SAMEDI 2 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 1er, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

COUP-D'OEIL SUR LES TRAVAUX DE L'ANNÉE.

Nous ne laisserons pas commencer une nouvelle année s'enfuir l'année qui finit, sans jeter un coup-d'œil ré-spectif sur les travaux scientifiques les plus importans ı en ont marqué le passage.

Chirurgie. L'histoire déjà si complète des amputations a fait de ıveaux progrès. Outre un nombre assez considérable de faits nous avons rapportés, et desquels on peut tirer de riches cou-uences, nous signalerons un article de M. Lisfranc sur l'op-tunité et les lois générales *des amputations dans la conti-ité des membres*. Ce sujet, tant de fois traité, a reçu sous sa des développemens pratiques que l'on consultera avec it. Au même rang se placent les réflexions de M. Legros sur *mputation des membres à un seul os*. Sous le point de vue amputations en particulier, nous signalerons les faits de MM. dillot et Chaumet, qui, chacun de leur côté, ont pratiqué avec cès l'amputation de la cuisse *dans l'articulation coxo-fémo-e*. La polémique qui a suivi ces publications a jeté un nou-u jour sur l'historique de cette grave opération. Pour les *putations de la cuisse dans la continuité*, M. Roux a cherché mettre en usage les rétracteurs métalliques imités de ceux de cy: cet essai n'a pas eu de succès. *L'amputation du maxil-re supérieur* a été faite par M. Ach. Flaubert, pour détruire polype des fosses nasales inabordables par les autres procédés. *mputation du maxillaire inférieur*, pratiquée un grand nom-de fois, a offert, dans quelques-uns des faits que nous avons bliés, des particularités nouvelles qui serviront à l'avancement l'art; nous signalerons encore sur ce sujet un travail complet M. A. Forget, qui y a joint une histoire fort bien tracée des umeurs fibreuses des os maxillaires.

Nous terminerons ce qui concerne cette série en rappelant la scription du nouveau procédé opératoire de M. Lisfranc pour *xtirpation des deux premiers os* de la seconde rangée du pe (trapèze et trapézoïde). Ce travail, fort détaillé, sera con-é avec avantage. Vient ensuite la modification de M. Vel-u pour la *résection du premier métatarsien*, le fait d'ampu-on de *l'acromion et de la clavicule*, publié par le même chi-gien. Les considérations toutes pratiques de M. Michon sur la *rose ne l'os du moignon* chez les amputés méritent égale-nt d'être signalées.

Anévrysmes. Nous rappellerons parmi les travaux sur les ané-smes une observation curieuse de M. Monod sur un cas *névrysme de la fémorale*; la ligature de la carotide et de la s-clavière du même côté, selon la méthode de Brasdor, pour anévrysme du tronc brachio-céphalique. L'opération faite M. Williams n'arrêta en rien les progrès de la maladie, et malade périt plus tard par la rupture du sac; ce fait, selon A. per, ne doit pas être invoqué contre l'usage que l'on pour-faire de cette méthode, car il attribue la non formation du lot dans ce cas à l'intégrité des tuniques internes du vaisseau. n, nous devons à M. Hubert Rodrigues un mémoire sur l'*a-rysme variqueux*, qui jettera un nouveau jour sur l'étiolo-la syndesmologie et les conséquences de cette variété.

Hernies. Au premier rang nous mentionnons les leçons prati-de M. Malgaigne sur les hernies; des recherches historiques statistiques curieuses, une manière toute pratique d'envisager question, une description exacte et critique des pelotes her-res et des bandages, des conséquences importantes, créant ainsi dire des règles exactes pour la construction des her-, que les praticiens avaient toujours trop négligées, donnent travail un caractère d'originalité et surtout d'utilité toute iculière.

Nos lecteurs pourront encore relire avec fruit les recherches beirn sur l'usage de la sonde rectale; la description d'un eau procédé pour la cure radicale, dû à M. Velpeau; et une rvation curieuse de hernie sous-pubienne, recueillie à la étrière.

Fractures et Luxations. Ces deux branches importantes de hirurgie, qui ont déjà donné naissance à tant de travaux que croirait impossible d'y ajouter quelque chose de nouveau, cependant fait le sujet de nombreuses publications. Pour les ières, ce sont les travaux de M. Mayor sur leur thérapeuti-puis ceux de M. Seutin sur l'appareil amidonné; puis la po-que de ces deux chirurgiens. Il y a du bon dans tout cela; il faut que désormais les chirurgiens avancés connaissent toutes ces méthodes diverses, les étudient dans leur applica-nous tracent les règles qui doivent guider dans le choix de ou telle; car, disons-le, pour un praticien modeste exer-[illegible], la question n'est plus : *une [illegible]e trouver une méthode de traitement*, mais *étant donnée, savoir à laquelle des nom-méthodes mentionnées il faudra confier la son?* Il y e[illegible] tant!

ur les luxations, voici venir M. Sédillot avec les moufles des ns et le dynamomètre des modernes, pour ainsi dire la qui agit et l'intelligence qui la pèse; les essais promettent reux résultats. Nous rappellerons encore la réduction d'une on sous-acromiale de l'humérus. datant de six mois, par M. igne; une autre datant de trois semaines, par M. Velpeau; de la deuxième cervicale, datant de neuf mois, par notre ère M. J. Guérin; l'arrachement de l'artère axillaire, par lbson, en réduisant une luxation de l'épaule.

Maladies des voies génito-urinaires. A des faits curieux d'ex-on soit totale, soit partielle de l'utérus, par MM. Velpeau ussat, nous ajouterons la polémique sur les injections intra-es, proposées par M. Vidal (de Cassis); une note sur les s de la matrice, par M. Lisfranc; des faits de lithotritie, ti-service et de la pratique de MM. Civiale et Leroy (d'Etiolles); le procédé nouveau de ce dernier pour la taille hypogastrique; des opérations de taille assez nombreuses, pratiquées par M. Guersant fils; la description d'un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale du varicocèle; ce procédé, mis en pratique par M. Ricord, et consistant dans la ligature sous-cutanée des vaisseaux variqueux, est d'une application facile, il paraît préserver le malade de certains accidens que ne pouvaient empêcher les procédés proposés jusqu'à ce jour.

N'oublions pas les leçons cliniques de M. Ricord, sur les maladies vénériennes, et la polémique élévée entre ce chirurgien et M. Devergie, à propos de la cautérisation employée dans le but de guérir les accidens primitifs de la syphilis.

Maladies des yeux. Nous avons publié un travail curieux de M. Sichel sur les cataractes secondaires et le procédé opératoire qu'il convient de leur opposer; ce praticien a exposé ensuite les règles d'une nouvelle méthode qu'il a plusieurs fois employée avec succès, et qui consiste dans l'extraction pratiquée par l'incision de la sclérotique. L'ophthalmie purulente, sévissant sur l'armée belge, et qui, depuis quelques années fixe l'attention des sociétés savantes et du gouvernement, a été le sujet d'un rapport savant, par M. Caffe, que nous avons publié. La question du strebisme, toute nouvelle encore, et appelée à un bel avenir, a été pour nous le sujet d'une attention soutenue, dans le but de livrer à tous les pièces du débat qui s'est élevé. Au début, M. Marinus nous a communiqué un travail historique complet et intéressant; viennent ensuite les considérations de MM. Sédillot et Baudens, les réflexions de M. Velpeau sur les divers procédés opératoires, le résultat des nombreuses opérations faites par M. Phillips; enfin divers documens épars çà et là, dus à MM. Lane, Huet, Gairal, etc.

Accouchemens. La clinique de M. Paul Dubois nous a fourni des considérations utiles sur l'emploi du seigle ergoté, sur l'implantation du placenta, sur l'éclampsie, sur l'accouchement artificiel et l'opération césarienne. Nous avons encore publié une statistique complète de M. Churchill et les travaux de M. Hoebeke sur l'hydrométrie, l'opération césarienne qu'il a pratiquée dix-sept fois, ainsi que l'histoire d'une nouvelle difformité du diamètre transverse du détroit inférieur du bassin, que ce chirurgien a mentionnée le premier.

Médecine. Sans citer nos compte-rendus continuels de toutes les grandes cliniques médicales de Paris, nous mentionnerons parmi les travaux qui méritent une attention particulière le savant mémoire de M. Giacomini *sur la nature, la vie et les maladies du sang*, que nous avons les premiers fait connaître en France, les expériences de M. Chomel relativement à l'emploi de la méthode ectrotique pour le traitement abortif de la variole, les recherches faites aux cliniques de MM. Bouillaud et Fouquier sur l'emploi du lactate de fer en thérapeutique, les leçons de M. Velpeau sur les diverses formes de l'érysipèle, celles de M. Rostan sur les maladies typhoïdes, celles de M. Lugol sur les affections scrofuleuses, et les conférences pratiques de M. Trousseau sur les maladies des enfans nouveau-nés.

D'importantes questions de médecine légale ont été soulevées. La complaisance des procureurs-généraux tendait à introduire dans les expertises judiciaires une hiérarchie funeste. Quelques hommes dont on blasonnait le bonnet doctoral prétendaient s'imposer à la consciance des jurés et dicter des sentences iarévocables. Plusieurs fois déjà une polémique puissante avait affaibli l'autorité de ces arrêts présomptueux, et appris aux princes de la science que la science doit apprendre à douter. Une cause célèbre a soulevé de nouveau le procès, et, la chose jugée, les princes ayent fui, la discussion s'est néanmoins engagée. Les accusés futurs se ressentiront d'efforts loyaux et désintéressés : on doutera de la véracité des réactifs; de la toute-puissance de l'appareil de Marsh, de la sincérité des taches arsenicales, et il faudra plus d'un demi-milligramme d'arsenic pour faire tomber une tête. Honneur à M. Raspail ! De sa lutte courageuse surgira une réforme en médecine légale. Le règne des experts-jurés est passé.

Sociétés savantes. Une foule de recherches pratiques et de communications intéressantes prennent place dans le compte-rendu des Sociétés savantes, telles que celles de la Société de médecine pratique, de la Société médicale d'Emulation, de la Société du Temple.

Nous avons rendu un compte exact des travaux de l'Académie de médecine, et nous rappellerons parmi les communications que nous avons rapportées les lectures ou les mémoires de M. Foville sur la structure de l'encéphale, la discussion relative aux fonctions de l'encéphale, les lectures de MM. Rodrigues, Bouillaud, etc., les travaux de M. Gerdy sur la vision, son rapport sur l'ostéite rhumatismale, qui traite de vues nouvelles sur l'anatomie pathologique du système osseux; ceux de M. Dubois (d'Amiens) sur la circulation capillaire, de M. Jobert sur la cystocèle vaginale et la ligature de la carotide primitive; enfin les discussions relatives à la morve, à la vaccine, aux eaux de Vichy, à l'intoxication arsenicale, à la thérapeutique des empoisonnemens par l'arsenic, etc., etc.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite et fin du n° 151 — 1840.)

Huitième erreur. 8° « Le vert de Schéele est un *arseniate* de cuivre, dit M. Raspail. » (P. 168.)

Réponse de M. Orfila. L'arseniate de cuivre est d'un blanc clair très distinct du vert de Schéele, qui est, non pas l'*arseniate*, mais l'*arenite de cuivre.* C'est une distinction capitale, sur laquelle ne manquent jamais d'insister les professeurs qui, dans leurs cours, montrent ces diverses réactions. »

O mon prote! quelle leçon vous m'attirez là; mais je ne vous en veux pas; je le vois, vous êtes un espiègle, qui saviez bien avec quelle superbe l'homme aux élémens allait tomber sur ce *canard là.* O France! jugez de la confiance que vous devez attacher au témoignage de M. Raspail! Il confond les *arseniates* avec les *arsenites!* Il n'a jamais assisté à notre cours, cet ignorant-là.

Et sans doute, doctissime doyen de la plus docte des facultés de l'Europe, je n'y avais pas assisté, moi ou mon prote, à votre docte cours, page 168, ligne 4, de mon Mémoire à consulter; et puis le mot est en *lettres italiques*, ces lettres que, sur les épreuves, je lis avec une certaine difficulté.

Mais, page 108, ligne 17, du même Mémoire à consulter, mon prote et moi nous avons donné, en *lettres romaines*, une preuve éclatante que nous avions assisté à votre seul docte cours parmi les plus doctes. Car on lit (page 73, ligne 24, et page 108, ligne 17) ces mots en toutes lettres : *avec l'arsenite de cuivre.*

En conséquence, que la page 108 obtienne, de votre loyauté, grâce pour la page 168! Car sur la page 168, c'est *arsenite* que les élémens ordonnent de lire. Gloire à vous, docte doyen, d'avoir découvert à la loupe ce malheureux *a* qui nous avait échappé.

Mais, ô le plus clairvoyant des éplucheurs de caractères d'imprimerie, je dois maintenant vous le déclarer, votre perspicacité est en défaut sur bien d'autres articles. Cet *a*, qui est de trop dans *arseniate*, page 168, ligne 4, se trouve de moins dans un mot de la ligne 26 de la page 147 du même Mémoire : et ce mot est non moins classique, non moins immortel que l'*arsenite* de cuivre. Nous avons écrit *Méchin* (qui est le nom du préfet actuel du Nord), au lieu de *Méchain*, cet illustre et infortuné collègue de Delambre, dans la mesure du méridien de France, et qui mourut de chagrin pour avoir erré de quelques centimètres sur l'évaluation d'une triangulation destinée à fixer la mesure d'une ligne égale à dix millions de mètres! On ne meurt pas aujourd'hui pour des erreurs plus graves; et j'en sais, de ces erreurs, pour lesquelles la belle âme de Méchain serait morte de vingt mille morts! Dois-je mourir, moi, pour l'*a* de trop de l'arseniate, et l'*a* de moins de *Mechin*, je le demande à vous, doctrissime correcteur de vos épreuces, et à qui il n'est jamais échappé, dans vos œuvres d'oublier, un point sur un *i*?

Ce n'est pas tout, et nous profiterons de cette circonstance (toujours en mettant à profit vos leçons et vos exemples), pour dire à notre prote :

Il est faux que, page 149, ligne 27, nous ayons écrit : *désigner un juge!* C'est *au juge* qu'il faut lire.

Il est faux que, dans le numéro du 22 décembre 1840, page 597, colonne 2e, nous ayons intercallé, après le premier paragraphe de la lettre de M. Bories, le paquet qui est la suite de la note 1re dont nous avons accompagné la susdite lettre!

Il est faux que, page 598 du même numéro, colonne 2e, ligne 30, nous ayons fait dire à M. Orfila : *acide sulfurique*; c'est *acide sulfhydrique* qu'il a dit.

Mais, mon non moins aimable prote, je vous pardonne ces soustractions de lettres, avec autant de bonne grâce que M. Orfila pardonne à M. Bories la soustraction d'un hectogramme de nitre. Je le vois bien, vous ne l'avez fait que qour m'être agréable et me servir. Je profiterai un peu plus bas de votre petit service.

Mais, afin d'apaiser par une hécatombe, complète les manes de la critiqne professorale, nous avouerons encore avoir eu tort (et ce tort, nous l'avions réparé dans une lettre inédite adressée à la Cour de cassation) de dire, page 18 de notre Mémoire à consulter :

« Il n'existe pas, que je sache, au dossier, aucun procès-verbal d'autopsie. »

Nous l'avions demandé en vain à Tulle; mais, à Paris, Me Paillet a eu l'obligeance de nous le communiquer, et ce n'est pas la pièce la moins importante et la moins favorable à la thèse que nous soutenions.

De plus, page 72, ligne 2, nous avons dit *onze* au lieu de *dix experts*! dont les noms se lisent au bas de notre page au nombre de dix!

Quelle bonne fortune, M. Orfila, pour tous les pauvres scribes que vous avez mis en quête de nos fautes d'impression, s'ils avaient pu vous ramener *mortes ou vives* ces assertions inexactes? Retenez-leur leurs gages, vous en avez le droit : ils auraient pu vous servir avec plus de zèle; ils vous ont enlevé quatre belles occasions de placer votre exclamation habituelle : *il est faux.*

En voilà assez sur mes fautes d'impression, et arrivons à un point de vue plus sérieux et plus scientifique : je vais sortir des élémens et parler philosophie à vos élèves; je veux leur apprendre à désapprendre la raideur des élémens. C'est moi maintenant qui professe. M. Orfila, ayez la complaisance de vous mettre un instant sur les bancs : ça ne sera pas long.

M. Orfila, vous venez d'établir en principe que l'arséniate de cuivre est *d'un bleu très clair.* (Voilà d'après vous son caractère distinctif du vert de Schéele, qui est vert.)

Pardon, Monsieur, mais les élémens disent le contraire, et vous apprennent que rien n'est plus variable que la couleur de l'arseniate de cuivre. On compte en effet un arseniate de cuivre *vert d'émeraude*, un autre *vert d'olive*, une autre variété *vert foncé, vert bouteille*, un autre *brun clair*, un autre *gris cendré*, un autre d'un *blanc tigré*. Cela fait six variétés d'*arseniate de cuivre* sur sept, qui ne sont rien moins que d'un bleu bleu clair. Dans quels élémens, Monsieur, avez-vous donc pris les principes que vous venez d'écrire?

Mais vous me direz : Dans mon cours, lorsque je traite une dissolution cuivreuse par l'acide arsénique, et une autre par l'acide arsénieux, je colore la première en bleu, et je précipite la seconde en vert.

Cela arrive sans doute; mais il peut arriver que vous précipi-

tiez en bleu par l'acide arsenieux. Il suffit pour cela que le liquide renferme une certaine quantité d'acétate de cuivre. En effet, tous les fabricans d'*acétate arsénieux de cuivre* ou d'*acétite*, si vous l'aimez mieux, savent que ce sel est d'abord bleuâtre, et que pour le ramener au vert voulu par le commerce, on est obligé de chauffer la couleur avec la potasse de commerce, précaution que vous ne prenez pas dans vos cours. Et de deux caractères erronés que vous apprenez, en médecine légale, aux élèves à qui on ne laisse d'autre professeur que vous.

D'un autre côté, est-ce bien du *vert de Schéele* que vous leur montrez, quand vous avez précipité le cuivre par l'acide arsénieux? En êtes-vous bien sûr? Vous feriez alors un grand plaisir de l'apprendre à nos fabricans, pour qui la fabrication en grand du *véritable vert de Schéele* est un mystère de fabrique, qu'ils sont forcés de remplacer par la fabrication de l'*acétate* ou *acétite arsénieux de cuivre* qui leur revient plus cher. Barruel vous aurait averti de toutes ces choses; Pourquoi n'avez-vous pas pris son fils à sa place? Il vous l'aurait également appris.

Il y a bien long-temps déjà que j'ai étudié le procédé de Schéele, d'abord dans la traduction de son beau *Mémoire sur l'arsenic* (imprimé en 1775 dans les *Mémoires de l'Académie des sciences de Stockholm*), mémoire où ce *vert* n'était qu'un germe; puis dans une note spéciale publiée dans les mêmes mémoires en 1776, et où il donne en poids et mesures la formule de la fabrication de cette couleur. Vous n'avez probablement jamais eu occasion de recourir à cette source: aussi, pour votre gouverne, je vous indiquerai le recueil des *Mémoires de Schéele*, traduits et *publiés en français* en deux volumes; vous trouverez ce qui vous concerne p. 170, vol. I, et la note supplémentaire dans le vol. II. Quand vous l'aurez lu ou donné à lire à vos préparateurs, ordonnez-leur de composer un vert dont s'accommode le commerce. Alors vous aurez fait pour la première fois du *vert de Schéele*, et vous pourrez en parler pertinemment. Jusque-là ne prononcez pas trop vite sur le mot *arsenite* ou *arseniate* qu'il s'agit théoriquement de donner à ce *vert*. Car maintenant que je vous ai fait toutes les concessions imaginables, je me permettrai de vous apprendre, moi, entendez-vous bien, que nous n'en savons rien: mon prote a eu peut-être plus raison que vous et moi.

Par la même occasion, et maintenant que je vous tiens, il faut que je fasse de vous un doyen un peu moins élémentaire, et partant un peu plus modeste; je veux vous apprendre à douter de votre savoir.

D. Vous croyez être bien sûr qu'avec les bases, l'arsenic puisse produire deux genres de sels atomistiquement différens, et qu'on doive désigner dès lors par deux terminaisons différentes: *arsenites* et *arseniates*.

R. Pourquoi pas, puisque nous connaissons deux acides de l'arsenic, l'acide *arsénieux* et l'acide *arsénique*?

D. Vous êtes donc bien sûr que l'*arsenic blanc*, qu'on a désigné successivement sous les noms de *chaux d'arsenic*, *d'oxyde arsénieux* ou *d'arsenic*, soit un acide qui se combine avec les bases, tel qu'il est, et qu'il soit obligé de passer par une transformation nouvelle, pour devenir acide arsénique?

R. Oui, d'après la nouvelle théorie atomistique.

D. La théorie arrange les faits à son cadre; mais elle est modeste, la théorie, car elle est savante; et elle a soin de vous dire que tout cela n'est qu'un arrangement, et qu'il pourrait bien, en réalité, en être le contraire. Mais avouez qu'en comparant *l'acide arséniaux* avec *l'acide sulfurique*, *l'acide nitrique*, etc., on ne comprend plus rien à son titre. Un acide presque insoluble dans l'eau, et qui donne à peine quelques traces d'acidité par les papiers colorés!

Cependant passe pour un acide en ce moment. Mais *l'acide arsenique* est-il si différent de *l'acide arsénieux*, qu'on puisse en soumettre la formule à des nombres atomistiques?

R. Comment? *l'acide arsenique*? lui si si soluble, ne serait pas un acide atomiquement distinct de *l'acide arsénieux*, de cet acide en pierre! L'acide arsénique qui est déliquescent! qui.....

D. Pardon, Monsieur, tout le monde connaît ce que vous allez dire; je vous en dispense. Mais, dites-moi, comment produit-on l'acide arsenique?

R. En traitant l'acide arsénieux par un acide minéral, par exemple par l'acide nitrique, et faisant évaporer: dès ce moment on a un acide soluble en toute proportion dans l'eau.

D. Ainsi, c'est parce que vous avez rendu *l'acide arsénieux* soluble après l'avoir traité par l'acide nitrique, que vous prononcez l'avoir transformé en *acide arsenique*.

Mais traitez l'acide mucique (qui, d'après nous, n'est qu'un oxalate acide de chaux) avec une nouvelle quantité d'acide nitrique, et vous lui aurez rendu de même une solubilité que l'acide mucique pur n'a pas. Faudra-t-il transformer alors son premier nom en *acide muqueux* pour avoir le droit de donner celui *d'acide mucique* à *l'acide muqueux* traité par l'acide nitrique? Le cas est le même, Monsieur, pratiquement et théoriquement. Or, vous n'avez aucune expérience concluante qui autorise à penser différemment! Me citerez-vous les analyses élémentaires? elles ne sont pas nombreuses sur une substance aussi dangereuse que l'arsenic. Mais je vous déclare, moi, qu'aucune d'elles ne saurait fournir un centième de preuve contre l'explication que je viens, pour la première fois, de vous faire entrevoir; et ce ne sera pas probablement le dernière. Ceci n'est qu'un avant-coureur, je vous en avertis.

R. Mais *l'acide arsenique*, direz-vous, ne donne que des sels solubles, et *l'acide arsénieux*?

D. En donne de solubles et d'insolubles; voilà le plus embarrassant. Et c'est là-dessus que je vous prends.

Vous traitez la potasse par l'acide arsénieux, qu'obtenez-vous? de *l'arsenite de potasse*?

R. Oui, Monsieur, d'après nos élémens nous obtenons *de l'arsenite de potasse et de soude;* en traitant l'acide arsénieux par la potasse et la soude caustique bouillante.

D. Vos élémens arrangent cela à leur manière. Mais remarquez tout ce qu'a d'équivoque un sel qui ne saurait cristalliser, qu'on a grand soin de conserver dans un flacon bouché à l'émeri, crainte que son nom systématique ne s'échappe par le premier jour qu'on lui donnera! Une *arsenite* qui devient immanquablement *arseniate*, en s'étendant d'eau, en absorbant l'humidité de l'atmosphère; un sel qu'il faut voir et ne pas toucher, dont on ne saurait donc connaître la nature par l'expérience directe, par la manipulation, fort heureux encore de pouvoir la deviner, à travers ses enveloppes de verre.

Tout cela tient une certaine place dans les élémens; mais en philosophie chimique, cela ne tient pas la place d'un atome, car c'est une chimère. Il n'y a pas, ne vous déplaise, *d'arsenite de potasse et de soude*; il n'existe pas un *seul arsenite soluble*, fixe ou volatil, mais qui dure au moins une seconde entre les doigts, de l'analyse exacte.

Voulez-vous que je vous explique ce que vous obtenez quand vous traitez à chaud, selon la formule des élémens, *l'acide arsénieux* par la potasse ou la soude caustique? Vous obtenez un mélange informe et variable à l'infini *d'arseniate de potasse*, *d'acide arsénieux* (*oxyde blanc* des anciens) et de potasse libre: mélange qui ne saurait être exposé à l'air sans subir d'apparentes transformations nouvelles, en absorbant l'humidité, à la faveur de laquelle il se fait une nouvelle combinaison entre les molécules de *l'acide arsénieux* et de la potasse libres; et quand tout est combiné et qu'il ne reste plus de potasse libre, l'acide arsénieux restant a l'air de se précipiter d'une dissolution, ainsi que se précipitent les molécules tenues en suspension par un liquide sirupeux, à mesure qu'on l'étend d'eau. Voilà tout le mystère, qui, je vous le répète, ne valait pas, à mes yeux, la peine d'une explication aussi longue. Il n'existe donc pas d'*arsenite de potasse* ou de soude; c'est là la conséquence de cette longue tirade. Biffez ce mot de vos élémens.

D. Mais pourquoi donc pas *d'arseniate de potasse*, et pourquoi n'existe-t-il pas *d'arsenite de potasse* fixe et durable dans la nomenclature?

R. Parce qu'il n'existe aucun sel de ce genre insoluble.

D. Vous voyez donc qu'il ne nous reste en définitive que la *solubilité* et *l'insolubilité* du sel, pour établir une distinction entre les *arsenites* et les *arseniates*. Car vous traitez la potasse par *l'acide arsénieux*, vous obtenez un *arseniate*; vous la traitez par *l'acide arsenique*, vous obtenez un *arseniate* également.

Pourquoi en serait-il autrement, puisque les sels à basc de potasse sont presque tous solubles?

Mais tout change avec des bases moins solubles ou insolubles, avec l'oxide de cuivre, par exemple.

Si je traite une solution cuivreuse par l'acide arsénieux, j'obtiens un précipité vert insoluble, que vous désignez sous le nom d'*arsenite*. Si je traite la même solution cuivreuse par l'*acide arsenique*, j'obtiens un sel soluble que vous désignez sous le nom d'*arseniate*, et qui, ne vous déplaise, ne diffère pas toujours, par la couleur, de l'*arsenite*.

Faisons une chose qui nous conduira peut-être à une autre manière de raisonner. Au lieu de traiter la solution cuivreuse par l'acide arsenique, traitons l'*arsenite insoluble*, le *vert* prétendu de *Schéele* par l'acide nitrique: vous n'y avez jamais pensé. Qu'obtiendrez-vous? Nécessairement un sel soluble et bleu, que vous appellerez alors un arseniate de cuivre?

R. Oui.

D. Mais pourquoi ne pas l'appeler tout simplement une dissolution d'arsenite de cuivre dans l'acide nitrique? Autrement dans l'oxalate de chaux, il faudrait voir deux sels: un oxalite, quand il est précipité; un oxatate, quand il a été rendu soluble par l'acide nitrique!

Mais le sulfate de chaux devra prendre deux noms différens par sa dissolution dans un acide et la solubilité que lui laissera l'acide évaporé, mais pas jusqu'à calcination.

Eh bien, Monsieur, ce n'est pas par une autre raison que vous avez un *arsenite* et un *arseniate* de chaux, un *arsenite* et un *arseniate* de cuivre, un *arsenite* et un *arseniate* d'argent. L'union de l'acide nitrique avec l'acide arsénieux fait toute la différence. Et désormais je vous invite à ne voir, dans l'histoire de l'arsenic, qu'un seul genre de sels, qu'il faudra bien nommer *arseniates*, tous tant qu'ils sont, solubles ou insolubles, bleus ou verts, précipitant le nitrate d'argent en *jaune* ou en *rouge de brique* (1). Un seul genre de sels, entendez-vous? Ce sera autant de moins à effacer dans quelques années. Ne me renvoyez pas à vos élémens qui disent que, dans les *arseniates* neutres, la quantité d'oxigène de l'oxide est à la quantité d'oxigène de l'acide comme 2 est à 5, et par conséquent à la quantité d'acide comme 1 à 7,2012; tandis que, toujours d'après vos élémens, l'oxigène de l'iode dans les *arseniates* est dans le rapport de 2 à 3 à l'oxigène de l'acide. Car ces rapports ont encore besoin d'être vérifiés, et l'on peut les expliquer d'une toute autre manière. Il y a de l'oxigène, vous le savez, dans l'acide nitrique, oxigène qui se joint à celui de l'acide arsénieux et en augmente la dose; et, quant à l'azote du même acide nitrique, les analystes n'y ont pas songé sans doute; mais y eussent-ils songé, qu'ils ne l'auraient peut-être pas toujours éliminé, surtout en traitant les *arseniates de cuivre*, vu que le cuivre en absorbe de considérables quantités dans la calcination; il se forme alors un azoture de cuivre.

Ainsi, Monsieur, permettez-moi de faire encore profession de mon ignorance à l'égard de vos élémens; ils embrouillent la science, qui est plus simple que ces ouvrages stéréotypés. Permettez-moi, en outre, de raisonner de l'antimoine comme de l'arsenic; de n'admettre chez l'une et l'autre substance qu'un oxide et qu'un acide, l'*oxide noir d'arsenic* et l'*oxide antimonique* et puis un acide arsénieux (*oxide blanc d'arsenic, chaux d'arsenic*) et un *acide antimonieux*, que je nommerai dès-lors *acide arsenique* et *acide antimonique*.

Quant à l'acide arsenique des modernes (acide arsenical de Schéele) permettez-moi de n'y voir que *mon acide arsenique* (*acide arsénieux* de la théorie) rendu soluble par l'acide nitrique. Nous aurons ainsi fait un premier pas vers la réforme de l'inexplicable histoire de l'arsenic et de l'antimoine, et de bien d'autres corps encore, je vous le prédis.

Je n'insisterai pas davantage ici, mais j'espère que la leçon servira, non pas à vous, Monsieur (est-ce qu'une leçon vous a jamais servi dans votre vie), mais aux élèves de l'Ecole où vous professez les élémens. La leçon est un peu longue; elle ne l'est pas encore assez pour prémunir les experts contre l'importance des théories classiques, et puis ce n'est pas ma faute, c'est la faute de mon prote, qui, devinant ma pensée peut-être, a insinué un *a* entre un *i* et un *t*, pag. 168, lig. 4 de mon *Memoire à consulter*, et vous êtes tombé dans son piége, car mon prote avait raison et vos élémens ont tort: *Felix culpa!*

Neuvième erreur. 9° Les sucs des végétaux renferment en abondance, dit M. Raspail, des *sels ferrugineux;* de là vient que le sulfate de cuivre ammoniacal précipite en vert le suc d'oignons, celui de café non brûlé. (Pag. 168.)

Réponse de M. Orfila. Nous comprenons ce que c'est que le suc d'oignons; NOUS NE COMPRENONS PAS AUSSI FACILEMENT ce que peut être le *suc* de *café* non brûlé; SANS DOUTE L'AUTEUR AURA VOULU DIRE L'INFUSION DE CAFÉ. Mais où l'auteur a-t-il pu prendre que ces liquides renfermaient en abondance des sels de fer? Il est si facile de s'assurer du contraire.

(1) L'*iodure d'argent* est *jaune* quand on l'obtient par la *solution aqueuse d'iode*; il est *rouge de brique* quand on l'obtient par la *solution alcoolique d'iode*. Voilà toute la différence, qui n'est pas dans les élémens.

On nous pardonnera sans doute de répondre d'un ton sérieux à de pareilles facéties. M. Orfila veut s'en tenir aux élémens; notre leçon ici ne saurait être qu'élémentaire.

On nomme aujourd'hui *suc végétal* toute substance soluble que renferment les cellules élémentaires d'un organe quelconque. C'est dans ce sens que la *gomme* est un suc, l'*opium* un autre, le *caoutchouc* un autre. On comprend bien que, pour soumettre ensuite ces sucs aux réactifs et les extraire de la plante, il faut avoir recours à la dissolution qui peut avoir lieu par *macération*, par *infusion*, par *décoction*; on peut même se passer de la *dissolution* au moyen de l'*expression*. Donc, quand vous aurez à soumettre aux réactifs le *suc de l'oignon* ou *celui du café non brûlé* (expression de mon mémoire), vous devrez préalablement soumettre au pressoir ces deux sortes d'organes, ou les laisser *macérer* dans l'eau, ou les faire *infuser* et même *bouillir*. Cela est bien entendu, maintenant. C'est peu de chose.

Arrivons au plus sérieux.

Tous les auteurs de chimie légale avaient pris soin de signaler aux experts le danger qu'il y avait de croire à la présence de l'arsenic dans un liquide où le sulfate de cuivre ammoniacal occasionne un précipité vert: car, disaient-ils avec raison, le même réactif produit le même genre de précipité, dans le suc de l'ognon on du café non brûlé, obtenu par *infusion* ou *décoction*, ou par *macération*; mais nul auteur n'en avait dit la raison, qui était fort simple. Nous l'avons publiée pour la première fois, dans le procès de Dijon, en reproduisant un vert analogue au *vert de Schéele*, par la simple addition d'un peu de sulfate de fer au sulfate de cuivre. Or, avons-nous ajouté, le suc d'ognon et celui du café non brûlé renferment des sels de fer: de là vient que le sulfate ammoniacal de cuivre se précipite en vert.

A cela je ne connais qu'un homme au monde qui aurait pu répondre cette phrase: « QU A-T-IL PU PRENDRE QUE CES LIQUIDES RENFERMAIENT EN ABONDANCE DES SELS DE FER? »

Où, Monsieur? dans un simple essai par le prussiate ferruré de potasse. Mais ce n'est pas moi qui l'ai trouvé le premier. Lisez plutôt les analystes; et quant au café, vous n'avez donc pas lu l'analyse de *Schrader*, qui a parfaitement donné le nombre du *phosphate de fer*. Vous n'avez donc pas lu sur le café les analyses de Payssé et Chenevix (Ann. de chim., tom. 59 et 63), de Cadet de Gassicourt (1807), de Robiquet? sur l'ognon, les analyses de Fourcroy et Vauquelin (Ann. de chim., t. 65)?

Mais que vous importe, à vous, qui n'écrivez pas et ne sauriez écrire pour des chimistes, et dont on veut sauver à tout prix le vernis princier aux yeux d'un public incompétent? Sauvez-vous par le grand monde: mais ici, en face de vos élèves, je vous arracherai jusqu'au dernier bout de manteau qui couvre le ridicule de vos méthodes; et je leur dirai: *Apprenez la prudence à la vue de ces moyens que je mets à nu; à nu depuis les pieds jusqu'à la tête, et sans en oublier un iota, un cheveu blanc!* Notre réfutation, du reste, est rédigée de manière à fournir aux experts un cours assez complet sur le sujet spécial qui nous occupe; et voilà pourquoi nous prions qu'on nous excuse si nous insistons pied à pied sur tous ces détails (1).

(*La suite au prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hernie inguinale étranglée de nouvelle espèce, chez une femme. Opération. Mort. Autopsie.

La femme Jeanne Nicolas, marchande de légumes, âgée de soixante-trois ans, d'une forte stature, très grasse, et paraissant douée d'une bonne constitution, ressentit, dans la soirée du dimanche, 29 novembre, un malaise général qui fut bientôt accompagné d'une douleur assez forte à la région de l'aine droite, presqu'instantanément suivie de nausées et même de vomissemens. La malade, inquiète, fit appeler un médecin, M. Ch. Fournier. Celui-ci, d'après les renseignemens vagues qui lui furent donnés, crut qu'il ne s'agissait peut-être que d'une simple indigestion, et pensa que la douleur du bas-ventre pouvait être attribuée aux effets d'une constipation qui existait depuis assez long-temps déjà, et qui avait pu occasionner un amas de matières fécales endurcies dans quelqu'endroit des intestins. Sa prescription fut faite en conséquence de ces idées; mais le lendemain, l'état de la malade persistant, et semblant même s'aggraver, il voulut s'assurer lui-même de l'état des parties où la douleur se manifestait, et où cette femme lui avait dit la veille qu'il n'y avait rien d'apparent. Il y découvrit une tumeur dont la présence et la situation, jointes aux symptômes qui se traduisaient encore, lui firent supposer l'existence d'une hernie. Il interrogea davantage la malade, et il sut alors qu'en effet elle était sujette à éprouver assez fréquemment des douleurs analogues, mais moins intenses dans cette région; qu'en même temps il s'y montrait quelquefois une tumeur vaguement circonscrite, mais qui disparaissait de même, que les douleurs se dissipaient après un temps plus ou moins long. Tous ces renseignemens confirmèrent davantage le médecin dans son diagnostic. Il tenta donc immédiatement de réduire la hernie; mais n'ayant pu y parvenir, il engagea la malade à se faire transporter le plus tôt possible dans les salles. Néanmoins elle n'y arriva que le mardi matin après la visite; et voici, en quelques mots, quel était alors son état:

La figure, plombée, exprimait une anxiété et un accablement profond: la malade se sentait mourir, suivant ses expressions. Les lèvres étaient bleuâtres, les traits retirés; joues creuses, yeux excavés; le ventre était ballonné, tendu; la peau de tout le corps était froide et sans sueur; la respiration gênée, lente et profonde. Elle se plaignait de la continuité et de l'intensité de ses douleurs, était toujours en proie à des vomissemens fréquens de matières bilieuses noirâtres, et évidemment mélangées de parties stercorales. Elle accusait, en un mot, tous les symptômes d'un étranglement bien prononcé dans une partie du tube

(1) Nous devons déclarer ici, dans l'intérêt de la vérité, que la copie de tout le deuxième §, ERREURS SCIENTIFIQUES, nous a été remise le dimanche 27 décembre. (*Note du réd. en chef.*)

intestinal. Il fallait donc chercher quel en était le siége. Toute la surface du ventre fut trouvée libre et régulière à l'ombilic, aux lombes, et jusque dans le pli de l'aine de chaque côté ; mais on rencontra un peu à droite du mont de Vénus sous le coussinet graisseux qui forme cette partie, une tumeur circonscrite représentant une portion de sphère de la grosseur d'un œuf ordinaire, et se perdant dans l'épaisseur des parois de l'abdomen sans descendre du côté de l'aine.

Evidemment cette tumeur était formé par quelque portion d'intestin étranglée ; il fallait alors savoir quel genre de hernie se présentait là. On ne pouvait pas soupçonner la présence d'une hernie crurale, quoique celle-ci soit la plus fréquente chez la femme, encore bien qu'on ait prétendu dernièrement que la hernie inguinale était aussi commune chez celle-ci que chez l'homme. Il est certain cependant que la hernie inguinale est aussi rare chez la femme qu'elle est fréquente chez l'homme, autant qu'il est sûr que les fractures et les luxations sont plus communes pendant l'hiver que pendant l'été : tout ceci est d'expérience et d'observation constantes.

En s'arrêtant donc à l'idée d'une hernie inguinale, on remarquait que la tumeur n'était pourtant pas assez rapprochée des pubis dont la symphyse était distante de 4 à 5 centimètres au moins ; mais elle était recouverte par une couche graisseuse, épaisse de 3 centimètres, qui empêchait d'en apprécier exactement la forme ; de plus, elle avait pu être entravée dans son développement par les couches épaissies des tissus, arrêtée peut-être dans le canal inguinal lui-même, dont le trajet chez la femme n'est ni long ni régulier comme chez l'homme, dont l'orifice de l'anneau extérieur est si petit ; dont la capacité est pour ainsi dire nulle, ne renfermant aucun organe, si ce n'est le ligament rond qui se confond avec les dernières fibres aponévrotiques du muscle grand oblique ; toutes conditions qui doivent singulièrement favoriser chez la femme la formation de cette espèce de hernie que l'on a appelée intra-pariétale ou intra-abdominale, et que M. Velpeau distingue des autres par le nom de *hernie inguinale incomplète.*

Cette variété de hernie existe assez fréquemment, mais il n'est pas toujours facile de la constater bien sûrement. En effet, quand l'anse intestinale, après avoir traversé l'anneau du fascia transversalis, entre dans le canal et y est arrêtée, la tumeur s'y épanouit, et, vaguement circonscrite, elle ne représente point, comme dans les autres cas, un globe, ni un cylindre, dont la forme est ordinairement sensible, mais plutôt un bourrelet à saillie peu prononcée qui s'étale sous les doigts qui le recherchent, qui fuit, remonte ou rentre, et qui le plus souvent échappe ainsi aux investigations. Cela arrive presque inévitablement quand la hernie est de date récente et peu volumineuse ; mais il n'y a plus tant à craindre de la méconnaître quand la tumeur ayant refoulé la paroi postérieure du canal inguinal s'est prolongée en grossissant du côté de la fosse iliaque et a acquis une diminution telle que l'anneau interne n'en souffre plus la rentrée ; c'est alors que l'étranglement survient.

Et pour y remédier, il résulte de ceci une réflexion pratique, savoir que cette variété de hernie n'est pas susceptible d'être réduite par le taxis comme les hernies complètes auxquelles ce mode de traitement convient généralement, à moins qu'il ne s'agisse d'un étranglement extraordinairement prononcé, parce que la tumeur, une fois repoussée dans l'intérieur du canal inguinal, trouve dans ses parois assez de résistance et de densité pour s'en faire un point d'appui à l'aide duquel quelques efforts la font pénétrer facilement et franchir tout à fait l'orifice de l'anneau intérieur pour rentrer dans le ventre ; tandis que dans un cas de hernie incomplète un peu volumineuse, il n'y a point là de voie en quelque sorte tracée d'avance, la main qui presse fait des efforts qui s'épuisent, se décomposent sur la surface étalée de la tumeur, et de cette façon il est impossible de rien gagner.

Doit-on en conclure qu'il faille alors sans retard recourir à l'opération, sans essayer le taxis ? Ce pourrait être une règle générale et d'une rigoueeuse observation, si les accidens étaient pressans et le danger imminent. Mais dans le cas qui nous occupe M. Velpeau ne voyant pas encore la menace d'un péril trop prochain, voulut tenter l'influence assez heureuse quelquefois de moyens qui n'avaient pas été employés, tels que les bains, les lavemens avec l'infusion de tabac, les purgatifs, etc. On comprend en effet que ces dernières remèdes doivent, par la réaction qu'ils opèrent sur le tube intestinal, imprimer à cette portion du système digestif des mouvemens spasmodiques qui le relèvent de l'état de torpeur où le maintenait la constriction de la partie étranglée, qui peut alors se dégager. Tel est le but qu'on se propose dans l'administration des lavemens avec l'infusion de feuilles de tabac ; tel est l'effet qu'ont souvent retiré quelques chirurgiens de l'usage de l'huile de ricin à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure. Il faut remarquer d'ailleurs que dans ces circonstances l'emploi des purgatifs n'offre pas de danger réel ; leur seul inconvénient serait de rendre les vomissemens plus fréquens ; mais de la secousse qu'ils occasionnent peut aussi résulter l'avantage que l'on espère.

Cependant ces moyens étant restés sans succès chez notre malade, M. Velpeau se décida à opérer vers cinq heures du soir, et voici comment il y procéda. Une incision, longue de dix centimètres environ, fut faite à la peau dans un sens parallèle au ligament de Poupart ; l'instrument divisa ensuite une couche de graisse épaisse de trois centimètres environ, et il s'échappa assez de sang des vaisseaux tégumentaires ; puis apparut aussitôt la tumeur, non pas recouverte d'une enveloppe, comme celle qui accompagne ordinairement les hernies, mais poussant au-devant d'elle l'aponévrose même du muscle grand-oblique, nullement altérée, épaisse, dense et nacrée comme dans l'état normal ; c'était donc cette aponévrose qui servait d'enveloppe à la tumeur et qui confirmait déjà le diagnostic porté d'une hernie inguinale incomplète, en témoignant qu'elle n'était pas sortie des parois du ventre. Cette aponévrose fut divisée un peu obliquement pour avoir de l'espace, car une incision parallèle à ses fibres n'aurait donné qu'un écartement sans aucun doute insuffisant. On vit alors la tumeur globuleuse, irrégulière, noirâtre, et l'on se demanda si l'on était arrivé sur le sac. On pensait bien qu'il ne devait pas être si près encore, mais il fallait diviser avec soin et précaution ; une couche graisseuse se présenta et vint rassurer l'opérateur ; puis le fascia transversalis épaissi et noirci, dont les fibres venaient d'être partagées. L'instrument trancha ensuite une couche celluleuse qui était le fascia propria et parvint enfin au péritoine, qui renfermait la tumeur proprement dite.

Ici, nouvelle appréhension : Il n'y avait entre le péritoine et l'intestin aucune apparence de fluctuation ni de liquide amassé, et il y avait grandement à craindre d'intéresser l'intestin ; le péritoine fut donc divisé avec le plus grand soin, mais pas une goutte de sérosité ne s'échappa et le feuillet péritonéal adhérait à la portion d'intestin qu'il recouvrait immédiatement. C'était une hernie formée par une plaque d'épiploon et environ 12 à 15 centimètres d'intestin.

Avant d'opérer ce débridement, M. Velpeau chercha à s'assurer de l'endroit où l'étranglement avait lieu, et ayant porté le doigt en arrière et en dehors de la tumeur, il crut reconnaître que la constriction était faite par l'anneau intérieur du canal iuguinal ; puis il prit un bistouri étroit boutonné, courbe sur son tranchant (celui dit d'Astley Coopor, avantageux dans cette circonstance en ce qu'il ne coupe que sur une partie de sa lame concave), et, songeant ensuite que, s'il n'avait pas à craindre, comme chez l'homme, de blesser le cordon testiculaire, restait toujours, redouter la lésion de l'artère épigastrique en dedans ; le chirurgien fit en dehors une incision de quelques lignes qui rendit libre l'anse intestinale échappée du ventre. Celle-ci apparut alors toute entière villeuse, noire, spongieuse, mais ne portant encore aucune trace d'affection gangréneuse.

L'intestin fut réduit, mais non par la portion d'épiploon entraînée avec lui, et qui, trop adhérente au sac herniaire, fut remise au fond de la plaie, laquelle fut pansée et réunie par seconde intention. M. Velpeau ne crut pas devoir agir autrement, craignant que dans une aussi grande caverne il ne se fît un épanchement et un amas de liquides de mauvaise nature qui auraient pu amener la complication d'un érysipèle phlegmoneux ou gangreneux.

Immédiatement après l'opération, les vomissemens avaient cessé. A dix heures, il y eut une selle ; l'état de la malade était satisfaisant ; la fièvre était légère, la soif peu vive, le ventre toujours tendu et très-sensible, ce qui ne rassurait pas contre le danger de la péritonite. Quatre nouvelles garde-robes eurent lieu pendant la nuit.

Ainsi, dans la journée du mercredi, aucun des symptômes fâcheux que nous indiquions tout à l'heure ne s'amenda ; le ventre, toujours ballonné, devint encore plus sensible sur tous les points ; l'aspect du visage n'était cependant pas trop mauvais, et le pouls, faible, dépressible, resta assez satisfaisant. M. Velpeau ne crut pas, toutefois, devoir recourir aux émissions sanguines employées la veille, malgré l'imminence de plus en plus certaine de l'inflammation qui allait envahir la portion de péritoine qui recouvre les intestins ; il prescrivit les purgatifs comme moyen préventif et curatif. Deux lavemens de cette nature furent donnés inutilement ; l'usage de l'eau de Sedlitz amena quelques selles, mais aucune amélioration ne survint dans l'état général.

Le jeudi, au contraire, les accidens devinrent plus graves ; les nausées et quelques vomissemens reparurent ; le ventre continua toujours d'être gros, tendu et excessivement sensible ; la face resta cependant encore assez bonne, et le pouls, à 80 pulsations, n'offrait aucun des caractères propres à celui de la péritonite ; des douleurs locales se manifestèrent ; l'aspect de la plaie qui fut examinée ne fut pas satisfaisant. On excisa quelques portions de tissus qui semblaient vouloir se gangréner, et dans la crainte d'un nouvel étranglement qu'auraient pu amener les vomissemens, le doigt fut porté dans l'anneau ; celui-ci était libre.

Si la péritonite n'était pas encore franchement déclarée, il était évident que la portion intestinale et non celle pariétale de la séreuse du ventre était affectée ; mais la face n'était point grippée, le pouls était asser bon, ce qui pouvait faire espérer que si les intestins parvenaient à se vider sous l'influence de quelque réaction, la malade aurait encore quelques chances d'échapper au danger qui la menaçait ; pour tâcher d'y réussir on continua les lavemens, mais on changea les purgatifs, et un décigramme de calomel fut administré toutes les deux heures.

Mais rien ne modifia l'état fâcheux de la malade ; cette malheureuse succomba dans la nuit du vendredi au samedi, trois jours après l'opération.

Autopsie. Nous dirons de suite que la hernie qui nous occupe ne ressemblait ni aux hernies inguinales internes, ni aux hernies inguinales externes, ni à aucune de celles antérieurement décrites : elle s'était faite entre le cordon des vaisseaux ombilicaux en dehors et le pubis en dedans à travers les fibres du muscle droit éraillés. Pour bien se figurer la position et les rapports de cette hernie, il faut se reporter à la description particulière des organes de cette région, telle que M. Velpeau l'a faite d'abord en 1825 dans la première édition de son *Anatomie chirurgicale*. Il montrait alors derrière le ligament de Poupart, l'existence de trois fossettes placées l'une à côté de l'autre formées et dénommées comme il suit, en procédant de dehors en dedans : la première assez irrégulièrement limitée en dehors par les aponévroses de la paroi abdominale et bornée en dedans par l'artère épigastrique, fait la fossette inguinale externe où se produit la hernie inguinale de même nom ; la seconde limitée en dehors par l'artère épigastrique, et en dedans par les vaisseaux ombilicaux, s'appelle la fossette inguinale interne, par rapport à la hernie inguinale interne qui s'y fait en dedans de l'artère épigastrique ; la troisième, que M. Velpeau propose d'appeler pubio-vésicale, se forme entre les vaisseaux ombilicaux du côté externe et le bord externe des muscles droits de l'autre côté. C'est là que M. Velpeau avait compris qu'il pouvait se faire une hernie, telle que s'y est produite celle dont nous parlons aujourd'hui ; mais alors s'était de sa part une simple théorie qu'aucun exemple n'avait encore confirmé ; néanmoins, ce professeur pense que, bien que non décrite, cette hernie devait exister cependant, de même qu'il en a été pour la hernie inguinale interne dont l'existence n'a guère été sûrement constatée et reconnue que vers 1806, lorsque Hesselbach attira l'attention des praticiens sur ce sujet, car indubitablement dans la série des temps qui ont précédé cette époque des cas de hernie semblables ont passé inobservés ou tout-à-fait méconnus.

En lisant, par exemple, l'observation rapportée par Astley Cooper d'un homme qui portait à la fois six hernies inguinales, ne doit-on pas croire qu'il en avait au moins une de l'espèce dont nous nous occupons ? Mais sans avoir recours uniquement à des suppositions, M. Velpeau rappelle les particularités relatives à un cas de hernie observée en 1834 par M. Goyrand, d'Aix, et dont la *Gazette des Hôpitaux* d'alors fit mention ; tous les détails de ce fait se trouvent applicables à l'existence d'une hernie sus-pubienne, ainsi que la nomme M. Velpeau ; et, de plus, l'observation du cas présent rappelle à M. Demeaux qu'il a lui-même remarqué, il y a environ deux ans, sur un sujet mort à la suite de l'opération d'une hernie, des circonstances absolument semblables que l'autopsie a démontrées, mais que la perte des pièces pathologiques faites depuis ce temps empêche de vérifier exactement.

Voilà donc déjà deux cas presque avérés à joindre à celui que nous rencontrons.

Tout ceci confirme M. Velpeau dans son opinion que cette espèce de hernie peut se rencontrer plus fréquemment qu'on ne le pense. Il fait remarquer en même temps qu'elle ne doit pas se produire spontanément, ni d'une manière rapide ; car pour arriver, comme celle-ci l'a fait, jusque dans l'intérieur du canal inguinal, à travers les fibres du muscle droit, ou celles du fascia transversalisqui y adhèrent, il faut que l'anse intestinale prépare pendant long-temps son trajet par cette voie, et dans la direction que prend la partie qui s'échappe se trouve encore une prédisposition à la formation de la hernie incomplète ; car l'intestin, venant obliquement de dedans en dehors tomber dans le canal qui a une direction opposée, est arrêté par la paroi qui le reçoit et qui fait tirailler l'orifice de l'anneau postérieur ; c'est alors que la masse intestinale retenue là s'y accumule et s'épanouit dans le trajet du canal lui-même sans en sortir.

Si nous examinons les rapports de la portion d'intestin herniée avec les parties voisines, nous trouvons en dedans uniquement le muscle droit, par conséquent absence de danger en portant le bistouri de ce côté ; en dehors sont d'abord les vaieseoux ombilicaux, qui, s'ils n'étaient oblitérés pourraient être lésés ; puis, plus loin, l'artère épigastrique, mais à une distance qui la garantit de toute atteinte. Il ne faut pas d'ailleurs tant redouter la lésion des vaisseaux qui entourent le sac herniaire ; elle est dangereuse sans doute quand elle arrive, pourtant on y remédie ; mais, avant tout, elle n'est pas si facile qu'on se l'imagine : ces vaisseaux ne se coupent plus comme le tissu fibreux, ils plient, fuient devant l'instrument et échappent d'eux-mêmes à son action. Il n'en est pas moins essentiel de donner tous ses soins à les éviter ; c'est pour cela que, dans tout cas de hernie, il faudrait, s'il était possible, savoir, avant de débrider, à quelle espèce de hernie on a affaire. On dirigerait alors l'instrument avec confiance. Dans une circonstance pareille à celle qui nous occupe, il est évident qu'on devrait débrider en dedans où rien n'est à blesser ; il ne conviendrait pas davantage d'inciser directement en haut plutôt qu'en dehors, comme on a conseillé de le pratiquer pour les deux autres espèces de hernies, car les vaisseaux ombilicaux passent là obliquement d'un côté et de l'autre. Nous avons déjà dit que les vaisseaux épigastriques étaient trop éloignés pour que l'on craignît de les blesser, même en opérant en dehors.

Sur la malade dont nous parlons, les vaisseaux ombilicaux étaient parfaitement accollés à la tumeur qu'ils contournaient, et ils avaient cependant échappé à l'instrument. L'incision, faite en dehors, n'avait intéressé ni les vaisseaux épigastriques, ni l'anneau postérieur du canal inguinal qui était intact ; en sorte que si la hernie avait pu persister et s'accroître sans compromettre la vie de cette femme, on conçoit qu'il eût été possible que la portion d'intestin échappée du ventre y rentrât par l'orifice de l'anneau postérieur, en formant une anse qui aurait em-

brassé par sa concavité intérieure les vaisseaux ombilicaux et ceux épigastriques.

Parmi les nombreux points d'observation que cette hernie laisse encore à examiner, il en est quelques-uns qui, quoique n'ayant plus de rapport avec l'espèce qui nous a occupés, n'en sont pas moins intéressans : ainsi, quant à sa position, nous voyons une hernie toute entière développée dans le trajet seul du canal inguinal, où elle a pénétré à près de trois centimètres de distance de l'anneau intérieur, et où elle s'est épanouie sans sortir de ce canal, sans aller au-delà des parois du ventre; car l'aponévrose abdominale a été trouvée dans toute sa force et nullement altérée. C'est bien là ce qu'on peut appeler la hernie intrapariétale, ou inguinale incomplète, dont M. Velpeau a d'ailleurs longuement traité dans sa Médecine opératoire; et l'on doit comprendre maintenant comment il se fait qu'une hernie de cette espèce ne laisse que peu de prise aux efforts du taxis, qu'il est inutile de trop prolonger, ainsi que nous l'avons dit.

Il est encore un autre point curieux à discuter : c'est celui relatif à l'endroit qui supporte l'étranglement, et par quelle partie il est fait; disons là-dessus deux mots seulement. L'étranglement a lieu à l'un ou l'autre des deux anneaux, soit dans le canal lui-même : Dupuytren prétendait qu'il était opéré le plus souvent au collet du sac herniaire et par ce sac lui-même; cela arrivait, disait-il, huit fois sur dix. M. A. Bérard, adoptant les mêmes idées, avait encore renchéri sur la fréquence de cette circonstance, et dit qu'elle se présente neuf fois sur dix. Enfin, un autre chirurgien avait annoncé que l'étranglement avait toujours lieu par le collet du sac.

M. Velpeau regarde ces opinions comme de plus en plus erronées : sans doute, dit-il, l'étranglement peut se faire par le collet du sac, cela a été vu et constaté par tout le monde, mais c'est rare; pour penser le contraire, il faut que ceux qui le disent aient pris l'anneau postérieur du canal inguinal pour le collet du sac herniaire, mille raisons prouvent qu'ils se trompent d'une manière ou de l'autre, car le taxis ne devrait alors que rarement réussir. L'on sait au contraire combien ce mode opératoire est souvent avantageux, et la raison en est que l'étranglement est fait par un des anneaux, et surtout par l'anneau antérieur, circonstance beaucoup plus favorable au succès du taxis que lorsque l'étranglement a lieu en arrière. Quand on opère sans ouvrir le sac, mais seulement en élargissant l'un ou l'autre anneau, les accidens ne persisteraient-ils pas dans la hernie rentrée si l'étranglement était à son collet? Et lorsqu'au contraire on incise le sac sans débrider l'anneau, ne faut-il pas finir par le faire pour arriver à la réduction de la hernie?

On peut s'assurer d'ailleurs qu'aux environs du collet du sac, le péritoine est là d'une souplesse remarquable qui approche même de la flaccidité, incapable alors de se prêter au resserrement, à l'étranglement qu'on suppose ordinaire; nous disons au contraire qu'il n'est pas commun en cet endroit par les raisons ci-dessus et une foule d'autres, tout en convenant qu'il peut y exister cependant, mais dans quelques cas rares et qui ont besoin d'être bien observés.

Dans l'exemple que nous avons eu sous les yeux, l'étranglement était fait, non pas par l'anneau *extérieur*, puisque la hernie n'était pas sortie des parois abdominales, mais par la constriction des fibres tendineuses ou aponévrotiques que l'intestin avait écartées pour arriver dans le canal; et si l'autopsie n'était venue démontrer cette particularité, on aurait pu croire, comme en effet M. Velpeau l'a pensé en opérant, que l'étranglement était fait par l'anneau profond du canal inguinal, mais non pas le collet du sac.

L..... E.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. MOJON. — Séance du 2 décembre.

Le commencement de cette séance a été consacré au renouvellement des membres du bureau. Le bureau de 1841 est composé de

MM. Belhomme, président.
Mojon, président honoraire.
Nonat, vice-président.
Rognetta, secrétaire-général.
Gillette et Brierre de Boismont, secrétaires annuels.
Adorne, trésorier.

—L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 28 décembre, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre pour la place laissée vacante, dans la section de physique, par la mort de M. Poisson.

La liste présentée par la section porte dans l'ordre suivant les noms de MM. Despretz, Cagniard-Latour, Peclet et Peltier *ex æquo*, Duhamel.

Le nombre des votans est de 60; majorité, 31.

Au premier tour de scrutin :

M. Duhamel obtient, 38 suffrages.
M. Despretz, 20
M. Peltier, 2

M. Duhamel ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

— La distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, a été faite le samedi 26 décembre 1840, dans la salle des concours de l'administration.

Une médaille en or a été décernée à M. Becquerel, élève interne en médecine à l'Hôtel-Dieu.

MM. Burguières, élève interne en médecine à l'hôpital Saint-Louis, et Tardieu, élève interne en médecine à l'hôpital Cochin, ont obtenu chacun une médaille en argent.

Des livres ont été distribués à MM. Aran, élève interne en chirurgie à l'hôpital des Cliniques; Roussel, élève externe remplissant les fonctions d'interne provisoire à l'hospice de la Vieillesse (femmes); Vaussin, élève externe en médecine à l'hôpital de la Charité.

Ont été mentionnés honorablement : MM. Aubry, élève externe, remplissant les fonctions d'interne provisoire à l'hôpital du Midi; Milcent, élève externe en chirurgie à l'hôpital de la Pitié; Grandhomme, élève externe, reçu interne provisoire pour 1840; Bergeron, élève externe à l'hôpital de la Pitié, enfin, M. Perrusset, élève externe, reçu élève interne provisoire pour 1840.

Dans cette même séance ont été proclamés les noms des élèves internes et externes en médecine et en chirurgie, nommés, à la suite des concours, pour occuper dans les hôpitaux les places vacantes au 1er janvier 1841.

— La statistique médicale de Paris présente cette fois encore une augmentation du personnel des médecins de la capitale, malgré le nombre considérable des jeunes docteurs qui annuellement quittent cette ville après quelque temps d'établissement infructueux. Voici le tableau de cet accroissement progressif : En 1833, il y avait à Paris 1,090 docteurs en médecine; en 1836, 1220; en 1839, 1310, et au 1er janvier 1841, on en compte 1360, d'où il résulte une augmentation de 270 depuis huit ans. Les chiffre des décès, parmi les médecins, a été, durant cette période, de 150.

— Notre ami, M. le docteur Pinel-Grandchamp, s'est fait opérer d'un strabisme convergent de l'œil droit, par M. le docteur Phillips.

Aucun accident n'a suivi cette opération, qui paraît devoir amener le plus heureux résultat.

— Un horrible accident est arrivé dans le laboratoire de l'Ecole de pharmacie. Un appareil pour solidifier le gaz acide carbonique, ayant fait explosion, le préparateur a eu la jambe brisée en plusieurs points. L'amputation a été pratiquée par M. Lisfranc.

De la nécessité des études pratiques en médecine légale, réflexions sur les procès criminels de Peytel et de madame Laffarge par Henri L. Bayard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc.—In-8°, prix : 1 fr. 25 c. A Paris chez J.-B. Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine; à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent street.

Du traitement de la folie en France, par le docteur Blanche (de Montmartre), médecin des hôpitaux de Paris (section des aliénés). Paris, 1840, in-8° de 66 pag. Chez A. Gardembas, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

Traité de l'Entérite folliculeuse (fièvre typhoïde); par C.-P. Forget, professeur de clinique médicale à la faculté de Strasbourg, président des jurys médicaux, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. In-8° de 856 pages. Prix : 9 fr. — A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Médecine légale, théorique et pratique; par Alph. Devergie, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur de médecine légale et de chimie médicale, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale; revus et annotés par J.-B.-F. Dehaussy de Robécourt, conseiller à la Cour de cassation. 2e édit. entièrement refondue. 3 forts vol. in-8°. 21 fr.

Considérations cliniques sur les engorgemens, par J. Moulinié, ex-chirurgien en chef de l'hôpital, et professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux. Brochure in-8°, 3 fr.

Traité pratique des Accouchemens, par F.-J. [illegible] fesseur d'accouchemens, des maladies des femmes [illegible] à la Faculté de médecine de Paris; médecin de la [illegible] couchemens de Paris. Texte, 2e partie.

Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8° et atlas de 60 planches in-folion, fig. n., 60 fr.
Idem, avec fig. color., 120
Le texte séparément, 2 vol. in-8°, 14

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 5 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 2, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du n° 1er — 1841.)

DIXIÈME ERREUR. « 10° Il est des substances phosphatées, dit M. Raspail, qui peuvent *s'isoler* (notre texte porte *s'étaler*), par l'action du dard de la flamme, en taches jaunes et même en taches jaunes d'un reflet métallique le plus trompeur. » (P. 112.)

Réponse de M. Ofila : Le but de ce passage est d'établir que l'on peut confondre ces taches avec les taches arsenicales.

C'est une erreur ; car ces taches sont toujours faciles à distinguer à l'aspect ; il suffit de les avoir vues une fois ; d'ailleurs elles attirent promptement l'humidité de l'air, et rougissent à l'instant même un papier bleu tournesol humecté, ce que ne font pas les taches arsenicales. Nous sommes en outre obligés d'apprendre à M. Raspail que, dans l'espèce qui est l'objet de l'expertise de Tulle, toutes les matières ont été traitées par l'acide azotique ou par l'azotate de potasse, le phosphore, s'il eût réellement existé dans ces matières, eût été transformé en acide phosphorique, *lequel ne donne jamais de taches* dans l'appareil de Marsh.

Comprenez-vous la réponse, lecteur qui voulez bien avoir la patience de nous lire ? Vous êtes trop poli pour répondre : *Pas le moins du monde.* Mais vous êtes trop partisan du système de *lucidité*, en fait de réponse, pour dire : *Oui.* Ce que j'y comprends le mieux, moi, c'est que M. Orfila ne paraît pas trop se comprendre. Je vais le commenter.

D'abord j'ai parlé de substances phosphatées et non phosphorées ; de substances renfermant des phosphates et non du phosphore isolé. Et quoi de plus commun dans la nature que les substances dont je parle : *Albumine*, *gélatine*, *cerveau*, *gluten*, et, pour être plus élémentaire, *les os.* Toute la leçon que veut bien nous infliger M. Orfila, reste donc un pied en l'air et l'autre ne touchant pas à terre. Laissons donc de côté cette leçon. Revenons-en aux taches dont j'ai signalé pour la première fois à Dijon, à M. Orfila en face, la dangereuse analogie avec les taches arsenicales. M. Orfila se ravise de son premier embarras, c'est naturel ; mais au bout d'un an, un professeur à cumuls devrait au moins avoir réuni sur ce point de la discussion, des expériences un peu plus décisives.

« Ces taches, dites-vous, sont toujours faciles à distinguer, il suffit de les avoir vues une fois. »

Mais il paraît que vous ne les avez jamais vues, car plus bas, dans votre leçon, vous dites, que l'acide phosphorique de ces substances ne donne jamais de taches par l'appareil de Marsh.

Ensuite, de quelle substance avez-vous retiré les taches en question ? Désignez-nous la substance, car toutes ne donnent pas les mêmes taches. Pour moi, qui en ai produit de toute espèce, je vous déclare que, pour l'aspect, il en est qui ne diffèrent en rien de certaines taches que vous prenez pour des taches d'arsenic.

« Elles attirent, dites-vous, promptement l'humidité de l'air et rougissent à l'instant même un papier tournesol, ce que ne font pas les taches arsenicales. »

Allons, Monsieur, vous n'en avez jamais vu, permettez-moi de vous le dire ; jamais de votre vie. Elles n'attirent pas plus l'humidité de l'air, et elles ne rougissent pas plus le papier tournesol qu'une tache arsenicale.

Et puis, Monsieur, comment osez-vous préciser la réaction du papier tournesol sur une simple tache ? Encore un tour de force ? Mais qui a jamais attaché de l'importance à cette réaction sur des infiniment petits ? Trempez donc un bout de papier bleu dans de l'eau pure, entendez-vous ! et il y a cent à parier contre un qu'il se rencontrera dans l'assistance un observateur aux yeux de qui ce bout de papier semblera rougir. Et c'est sur l'absence ou la présence d'un signe aussi équivoque que vous oseriez (et que n'osez-vous pas !) prononcer en justice sur la nature distinctive d'une tache de deux ou trois millimètres carrés !

J'avais pourtant prévu tout cela, Monsieur, en partant pour Tulle, et je profitai d'une heure qu'on me laissa, avant le départ, pour préparer à la hâte une réfutation comparative de vos œuvres. Je portai avec moi quelques tessons de porcelaine couverts de taches que j'avais produites à ma façon. En arrivant, j'allai voir les vôtres, et puis je montrai à ces messieurs les miennes, elles étaient encore plus belles d'aspect que les vôtres des assiettes A et B.

Elles attiraient si peu l'humidité de l'air, que je les ai gardées deux mois dans mon petit laboratoire humide, sans qu'elles aient bougé, et, je ne sache pas qu'elles m'aient donné par les papiers réactifs des traces d'une acidité même équivoque. Ainsi, à l'aspect, à la fixité et à la neutralité, mes taches rivalisaient avec les vôtres. Il y a plus, j'avais eu la précaution de préparer un autre genre de supercherie. Après avoir produit des taches miroitantes et *gorge de pigeon*, je voulus obtenir une cristallisation métallique analogue à celle du miroitement de l'arsenic, et j'obtins de beaux cristeaux gris d'acier qui s'enchâssaient dans le milieu de la plupart de ces taches. Et je me faisais fort, au milieu de l'auditoire, de vous dire mon secret. Je vais vous le dire maintenant ; vous pourrez bâtir un mémoire académique sur ce fait de la plus grande simplicité.

J'avais fait dissoudre du phosphate d'ammoniaque dans l'huile de térébenthine, et, avec le doigt, j'en avais enduit la surface de porcelaine, de place en place. Puis, j'avais promené sur cette surface le dard de la flamme d'hydrogène et chaque empreinte de mon doigt était devenue une belle tache miroitante, en tout analogue au moins aux taches de vos assiettes A et B de Tulle.

D'un autre côté, je déposai un simple cristal de phosphate d'ammoniaque dans une goutte d'huile essentielle appliquée contre la surface de porcelaine, et je dirigeai le dard de la flamme sur le cristal enduit d'huile. Mon cristal y devint gris d'acier, en conservant ses formes cristallines en partie. Dans le procédé par la réduction, il eût été pris pour de l'arsenic. Tout cela, je vous le répète, a si peu attiré l'humidité de l'air, qui les taches au bout de deux mois étaient encore aussi brillantes que le premier jour.

Vous allez vous rejeter, je vous connais, sur d'autres différences ; mais remarquez que je n'insiste ici que sur les différences que vous signalez dans votre note. Quant aux autres, je me fais fort, en variant les mélanges, de parvenir à les faire disparaître à volonté. Mes taches, à la vérité, s'effaçaient peu avec le doigt ; mais avec un peu moins de phosphate, elles se fussent effacées plus vite, car le phosphate forme croûte avec le charbon. Avec un peu de fer elles eussent donné le rouge de brique, par le nitrate d'argent ; et par le dard de la flamme elles eussent fini par disparaître à l'œil, ce qui, en médecine légale, équivaut à se volatiliser.

Remplacez maintenant notre huile essentielle par du blanc d'œuf, sans addition même de phosphate d'ammoniaque ; prenez toutes les substances organiques du laboratoire, une à une, et procédez de cette façon, il vous arrivera d'obtenir les effets les plus brillans et les plus analogues aux taches arsenicales, par l'aspect et souvent par l'ensemble des réactions dont vous proclamez, en justice, l'infaillibilité depuis un an.

Vous allez me répondre : Mais ici vous ne les obtenez pas vos taches par l'appareil de Marsh.

Que vous importe ? Je prends un appareil de Marsh qui fonctionne ; j'enflamme l'hydrogène en face des experts ; ils me donnent une assiette sur laquelle l'appareil ne dégorge aucune tache ; j'en prends une autre que j'essuie tout simplement avec le doigt, et dès lors j'obtiens des taches. Qui m'a vu ? qui le saura ? Je l'ignore, peut-être moi-même. Je me suis graissé les doigts d'un mélange sans m'en douter. Qu'importe ? la justice des hommes n'en sera pas moins dupe de mon innocente méprise ; et la rigidité de mes principes de médecine légale n'en aura pas moins été de nature à faire tomber la tête d'un innocent !!!

C'est là le danger que je signale à la justice de mon pays.

Cependant, ne pensez pas que l'appareil de Marsh soit incapable de dégorger de son sein des taches non arsenicales, mais analogues à l'arsenic, sur la surface la plus pure de porcelaine. Vous avez tort de le croire, et encore plus tort de le dire ; car un jour il sera démontré que cela n'est pas vrai, et peut-être alors il ne sera plus temps de réparer la méprise.

Imaginez-vous bien qu'avec l'appareil grossier dont vous faites usage, il n'est pas de substance au monde qui ne soit capable de venir s'étaler en taches sur la surface de porcelaine, en taches miroitantes ; et dès lors, vos réactifs seront bien embarrassés de démêler la nature du miroitement. Car la *buée* qui s'élève du fond de votre fiole, porte un peu de tout dans le tube conducteur ; on voit les bulles de liquide s'élever dans ce tube, et venir se décomposer à la flamme ; or, le produit de cette décomposition peut se traduire en taches, vous n'en douterez pas. Dès ce moment les sels de fer, les sulfures surtout viendront s'étaler en taches gorge de pigeon, brunes, jaunes, violettes, dorées ou rutilantes ; car le sulfure de fer prend dans la nature toutes ces colorations. Puis *les sels de cuivre*, puis *les sels de plomb*, etc.

Nous avons fixé l'attention des chimistes amis de la précision, sur cet inconvénient grave (pag. 65 de notre *Mémoire à consulter*, en note) ; et nous avons conseillé, pour prévenir en partie cet inconvénient, de faire usage d'une pipette chalumeau, dont la boule renfermerait du chlorure de chaux. L'idée n'est pas restée long-temps stérile, elle a été mise à profit (*voy.* les Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, n° 23, 7 déc. 1840, pag. 926). Vous le voyez, tous les chimistes ne sont pas aussi rétifs que vous, en fait d'appareil de Marsh. Si vous n'y prenez garde, on vous devance, et on vous arrachera des mains votre petit sceptre en verre.

Mais vous croyez que tout sera fini par cet amendement ? Pas encore, et *l'appareil de Marsh* n'en arrêtera pas pour cela au passage toutes les bases métalliques qui se trouvent au fond du matras. En effet, il n'y a pas que l'arsenic pour lequel l'hydrogène ait de l'affinité ; l'hydrogène se combine avec le fer et le rend gazeux, tout comme il se comporte avec l'arsenic ; cela était connu il y a trente ans, en France. Que fera cet hydrogène ferruré, cet hydrure de fer gazeux, en passant par la flamme de l'appareil de Marsh ? Il se décomposera et déposera sa proportion de fer sur le tesson de porcelaine, en taches d'un admirable miroitement. Taches solubles dans l'acide nitrique, qui les colorera à la vérité en jaune par évaporation (on aura alors la ressource d'expliquer le phénomène par votre découverte d'un *acide nitrique jaune*) ; le nitrate d'argent les colorera, nous avons dit comment, en *rouge de brique*, ou au moins en *jaune virant sur le rouge briqueté*, ce dont vous vous contentez aujourd'hui. Et quant à la volatilisation, soutenez encore qu'une surface sans épaisseur soit non volatile, fût-elle de platine, de titane et de fer ; on ne vous croira plus, car depuis long-temps on doute, et l'on est fatigué de douter. Ces sortes de doutes pèsent sur la conscience !

N'allez pas ensuite, et pour embrouiller une question bien posée, exiger que nous reproduisions tache à tache les taches que vous obtiendrez de l'acide arsénieux pur, afin de vous ménager la faculté de vous écrier dans l'auditoire : *Voyez plutôt*, Messieurs, *ma tache est bleue foncé, et on m'en donne une bleue violâtre* ; la mienne a un centimètre, et l'on m'en donne une de cinq millimètres.

Ces échappatoires ne sont plus aujourd'hui de franc jeu ; nous leur avons suffisamment arraché le masque en plus d'une circonstance solennelle.

En résumé, l'appareil de Marsh, construit aussi grossièrement que celui dont vous vous servez, est dans le cas de dégorger sur la porcelaine des taches de fer, de plomb, de cuivre, de bismuth, etc., et des sels de toute sorte, même des sulfates, même des phosphates.

Les taches phosphatées ne seront pas toujours acides, à cause des bases métalliques que l'acide phosphorique rencontrera dans la goutte qui les porte, pour se neutraliser en s'étalant.

Ces diverses taches pourront être aussi volatiles que celles de l'arsenic, et n'attireront pas plus l'humidité de l'air que ces dernières. Elles seront tout aussi solubles, dans l'acide nitrique, qu'elles ; et le nitrate d'argent pourra les précipiter en *rouge de brique* également. Vous aurez donc deux fois plus de motifs qu'il ne vous en faut ordinairement pour prononcer en justice que ces taches sont arsenicales, et pour vous écrier aux éclats de la foudre :

Le défunt est mort empoisonné : je vais le démontrer.

Et Dieu, Monsieur, le Dieu de toute justice et de toute vérité, réprouvera là-haut votre sentence, l'accusé fût-il réellement coupable, car il le serait alors à votre insu.

Onzième erreur. 11° « Qui ne comprend, a dit M. Raspail, qu'une combinaison arsenicale peut occuper, dans l'acide sulfurique en repos, les couches de liquide du fond, plutôt que les couches supérieures, en sorte qu'en déversant doucement les couches supérieures dans l'alambic de Marsh, on n'y introduira la première fois rien de cette quantité arsenicale, que le mouvement fera monter ensuite à la surface lorsqu'on aura à déverser l'acide une seconde fois. (P. 114.)

Réponse de M. Orfila. « Il aurait fallu dire : *qui pourra comprendre*, etc. En effet, il suffit des PLUS SIMPLES NOTIONS de la science pour savoir que les acides arsénieux et arseniques qui pourraient se trouver (toujours en très petite proportion) dans l'acide sulfurique, sont dissous dans cet acide, et uniformément disséminés dans toute sa masse. »

N'ai-je pas raison de trembler à la vue d'une aussi imperturbable assurance, quand je vois l'accusation invoquer un témoignage de ce timbre-là ? C'est à ne pas le croire, si on ne le lisait pas de ses propres yeux. Nous parlons d'une combinaison arsenicale ; cet homme remplace ce mot par ceux d'acide arsenique et arsénieux ! Allons, résignons-nous à descendre encore dans les élémens. La cause des accusés à venir nous impose ce sacrifice et cette résignation.

D. Vous dites, Monsieur, que les combinaisons arsenicales se trouvent toujours en petites proportions dans l'acide sulfurique ?

R. Oui, les notions les plus simples suffisent pour le démontrer.

D. Mais une proportion est pourtant bien digne du nom de *forte* et *considérable*, quand elle est capable d'*arseniquer* deux cents bouillons, ou même un seul bouillon ? Continuons. Vous soutenez qu'une combinaison arsenicale est toujours uniformément répartie dans l'acide sulfurique.

R. Oui, Monsieur, d'après les notions les plus simples de la science.

D. Permettez-moi alors de vous dire que vous n'avez jamais rien lu du pouvoir dissolvant de l'aide sulfurique. Je ne vous parlerai pas physique générale pour vous apprendre que dans une dissolution quelconque, et par l'effet de la pesanteur, les couches inférieures sont toujours plus saturées que les supérieures ; je ne vous citerai pas la préparation du verre d'eau sucrée, si l'on n'a pas soin d'agiter après l'entière dissolution, verre d'eau dont les premières gorgées ne sont que de l'eau non sucrée, et cela plusieurs heures après, si on opère en hiver, et même quand tout le sucre est fondu, et a disparu à la vue. Je ne veux m'occuper ici que de l'acide sulfurique. Vous savez que cet acide est sirupeux, visqueux, oléagineux (*oleum vitrioli*, l'appelaient les alchimistes) ; et vous pensez que tout se dissout uniformément dans un pareil liquide ? Laissons encore cette considération de côté. Mais vous ignorez donc que l'acide sulfurique est pour les sels un plus mauvais dissolvant que l'eau pure, et qu'il ne devient bon dissolvant qu'à proportion qu'on l'étend d'eau, en sorte que condensé, il reste en contact avec les sels les plus solublet sans les attaquer, même les carbonates ? Cela vous étonne ? mais c'est pourtant connu de tous. Les grains de fécule tombent même intacts au fond, si on a soin de boucher le flacon d'acide. Vous voyez donc bien qu'une substance moins soluble pourra se conserver indéfiniment au fond d'un flacon d'acide sulfurique sans se dissoudre, et que partant les couches supérieures d'acide sulfurique en seront exemptes de tout point. Vous méditez donc bien peu avant d'écrire ? ou vous seriez donc bien ignorant dans votre suffisance, si nous ne vous accordions le premier défaut ? Mais ce n'est pas tout. Ce n'est pas la science en tout ceci que vous avez perdu de vue, ce sont vos propres assertions ! Ne nous avez-vous pas dit à Dijon que vous n'aviez pu éliminer l'arsenic de la terre des cimetières qu'après 48 heures d'ébullition dans l'acide sulfurique concentré ?

Avant les 48 heures, la terre arsenicale refusait donc de se dissoudre dans l'acide sulfurique ? Que sera-ce donc dans l'acide sulfurique froid ? Elle s'y dissoudra encore moins ; si elle ne s'y dissout pas, elle restera précipitée au fond du vase ; les couches supérieures d'acide en seront donc exemptes. Soit donc un flacon de ce genre employé devant la loi, pour étudier par l'appareil de Marsh, les produits carbonisés de tout un cadavre. N'est-il pas évident, qu'en introduisant dans l'appareil les premières couches de l'acide sulfurique, vous le proclamerez pur d'arsenic ; et pourtant quand vous introduirez dans le même appareil, les couches du fond de l'acide sulfurique, l'arsenic que vous obtiendrez ne proviendra que de votre réactif prétendu pur ! Que direz-vous maintenant de vos *notions si simples* en fait de science ? Pardon, M. le Doyen de la Faculté de médecine, excusez ma distraction, je croyais parler à un élève de la première semaine d'un cours ; je reprends, dans la réfutation suivante, tout le respect que je dois à la présomption légale et universitaire de votre savoir. Comprenez-vous maintenant ?

(La suite au prochain numéro.)

— *Errata* du n° du 2 janvier 1841. — Page Ire, col. 3, lig. 1, d'un blanc, *lisez* : d'un bleu.

Pag. II, col. 2, lig. 67, l'iode, *lisez* : l'oxide.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Service des femmes.

Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par les solanées vireuses. — Des diverses espèces de cancers de l'estomac. — De l'acupuncture dans les douleurs névralgiques. — Manie aiguë.

Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par les solanées vireuses.

Dans notre dernière conférence, nous vous avons entretenu de la femme du n° 3 de la salle Sainte-Julie, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, chez laquelle nous employons le datura stramonium à haute dose. Aujourd'hui, le cinquième jour du traitement, cette femme est guérie. Quoique les douleurs soient à peu près complètement disparues, nous ne regardons pas la partie comme gagnée. Le rhumatisme, comme vous savez, est, de toutes les maladies, la plus sujette à récidive. C'est pourquoi nous continuerons quelque temps encore le datura stramonium. Nous vous avons dit que cette femme avait du dévoiement; si celui-ci venait à cesser, ce que nous ne désirons nullement, nous aurions recours, pendant un mois ou six semaines, aux purgatifs donnés tous les quatre ou cinq jours.

Nous avons en ce moment, rue des Francs-Bourgeois, un malade qui, dans un assez court espace de temps, fut deux fois attaqué de rhumatisme. La première fois, on pratiqua deux saignées en quinze jours; ce n'était pas là agir avec l'énergie et l'à-propos de M. le professeur Bouillaud : aussi avec cette médication bâtarde il guérit très lentement. Cette fois-ci il nous fit appeler, et nous prévînt qu'il ne consentirait point qu'on lui pratiquât aucune émission sanguine, ce à quoi nous souscrivîmes volontiers. Tous les deux jours nous prescrivîmes trois gouttes d'huile de croton-tiglium qui purgèrent très violemment notre malade, et chaque jour 20 centigrammes d'extrait de datura stramonium.

Dès le premier jour, délire violent, visions fantastiques, etc. : nous continuâmes le médicament sans toutefois en augmenter la dose. Cette personne se trouve très bien de cette médication, et hier, onzième jour de la récidive, nous l'avons trouvée levée. Nous continuerons aussi, chez ce malade, les purgatifs pendant quelque temps.

Suivez avec attention notre malade de la salle Sainte-Julie, et souvenez-vous qu'il existe dans le rhumatisme articulaire aigu une autre médication que les saignées, auxquelles très souvent les malades de la ville répugnent; médication dont les résultats sont aussi prompts que ceux obtenus par les antiphlogistiques.

Des symptômes du cancer de l'estomac.

Nous avons, au n° 34 de la salle Sainte-Anne, une vieille femme qui présente les symptômes d'une entérite chronique, ou mieux, pour ne rien préjuger, elle a une diarrhée chronique datant depuis six mois, s'accompagnant de quelques vomissemens. Il n'y a ni dans les garde-robes, ni dans les matières vomies, nulle trace de sang; quelques éructations; pas de tumeur dans la région de l'estomac; peau sèche; six à dix selles par jour.

D'après les symptômes qui précèdent, on devrait dire que cette femme est atteinte d'une entérite chronique avec ulcération de l'intestin, et cependant tel ne sera point notre diagnostic; car, jugeant ce fait par quelques autres soumis à notre observation, nous dirons que nous avons affaire à un carcinôme de l'estomac.

En général, on a une fausse idée de cette maladie; c'est-à-dire que l'on ne croit à son existence que lorsqu'il y a constipation, affaissement du ventre, tumeur dans la région de l'estomac, vomissemens de sang noir, éructations nidoreuses acides, séjour dans l'estomac des alimens qui ne sont pas digérés, peau jaunâtre et sèche. Cependant nous avons vu plusieurs cas de cancer de l'estomac démontré par l'autopsie, où rien de ce qui précède n'a été observé.

Il nous est arrivé, chez deux de nos malades de l'hôpital, dont l'autopsie a été faite, de constater quelques vomissemens, de la diarrhée; pas de matière noire dans les liquides rendus, pas de douleurs d'estomac, pas de tumeur dans la région occupée par cet organe, de l'appétit, la quantité d'alimens prise équivalant au quart des hôpitaux, digestion sans douleur; nous croyons à une entérite chronique, et à l'autopsie nous trouvons tout l'estomac cancéreux et tuméfié.

Plus tard, voilà environ six mois, au n° 1 de la salle Sainte-Anne, se trouvait une femme que plusieurs d'entre vous ont vue : son teint était jaunâtre; il y avait vomissemens et diarrhée, mais point de matière noire; un peu d'enflure des extrémités inférieures. Croyant à une entérite chronique, nous donnons le sous-nitrate de bismuth et des lavemens de nitrate d'argent. Tous les symptômes disparaissent. Cette femme se donne une indigestion, et meurt deux jours après. A l'autopsie, nous trouvons un cancer de l'estomac qui a désorganisé une grande partie de ce viscère.

En nous rappelant ces faits, nous sommes porté à nous défier de l'état de notre vieille femme, quoique les symptômes qu'elle éprouve ne doivent point faire craindre la terrible affection dont cependant nous la croyons atteinte, et soient bien plutôt ceux de l'entérite chronique.

Les symptômes du cancer de l'estomac doivent varier suivant que le cardia, le pylore ou l'estomac lui-même sera le siége de la maladie. Cela du reste se conçoit très bien.

Nous avions à l'hôpital Saint-Antoine une femme présentant : douleurs au niveau des cartilages des septièmes côtes, difficulté d'avaler les substances d'un volume un peu considérable, les potages et le lait font moins de mal en passant; amaigrissement progressif, teint cancéreux, jamais ni vomissemens, ni diarrhée (quelquefois cependant le cancer du cardia s'accompagne de selles ensanglantées), augmentation de la douleur par le passage des alimens; enfin celle-ci devint tellement vive qu'il fut impossible à la malade de prendre aucune nourriture, ni lait, ni même de l'eau; elle meurt de faim. C'est le deuxième cas de ce genre que nous ayons vu. A l'autopsie nous trouvâmes un cancer du cardia.

Pour le pylore, comme il est facile de toucher cette partie de l'estomac (ce qu'on ne peut faire pour le cardia), on constate dans les premiers temps de la maladie de la rénittence et de l'induration; plus tard, quand par les progrès de la maladie le pylore se rétrécit, l'estomac acquiert un volume considérable, se distend comme une besace, et occupe quelquefois jusqu'à la moitié de l'abdomen, à cause de la difficulté qu'éprouvent les alimens à traverser l'orifice pylorique; premier moyen de diagnostic. Puis, on sent une tumeur dans la région du pylore, et comme les alimens finissent par ne plus passer, il y a constipation au lieu de diarrhée, éructations nidoreuses et fétides, vomissemens; les substances ingérées restent quelquefois jusqu'à quatre jours dans l'estomac sans être vomies.

Dans le cancer diffus, c'est-à-dire dans le cancer qui occupe le corps même de l'estomac, le diagnostic est moins facile : il ne peut guère reposer que sur les troubles fonctionnels des organes digestifs. Il y a généralement diarrhée et vomissemens. Les matières rendues sont quelquefois ensanglantées. Alors, nul doute que l'estomac ne soit le siége de cette émanation sanguine. Assez souvent, ce signe manque. La peau est jaune-paille.

Vous voyez comment, avec un peu d'attention, on peut même assez facilement arriver au diagnostic du cancer de l'estomac, soit qu'il occupe le cardia, le pylore ou le corps même de l'organe. Ce dernier pourtant offre bien de la ressemblance avec l'entérite chronique; cependant, il est quelques symptômes, tels que le teint jaune-paille de la peau, les selles et les vomissemens ensanglantés qui pourront quelquefois le faire reconnaître.

De l'acupuncture dans les douleurs névralgiques.

Nous vous avons déjà parlé d'une femme couchée au n° 29 de la salle Sainte-Anne, qui présente cette névralgie très grave dans le côté gauche de la face. Nous avons pratiqué chez elle la section de l'artère temporale et les douleurs ont cessé. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, par cette opération, on ne coupe que le petit nombre de filets nerveux accolés à l'artère, et cependant la douleur cesse même dans les rameaux restés intacts, ce que l'on ne saurait expliquer que par la cessation de l'afflux sanguin dans les parties que ces mêmes nerfs occupent.

Vous vous rappelez que quelques jours après l'opération, cette femme ressentit, au-dessus du sourcil, au-dessous de l'orbite, dans la mâchoire inférieure et jusqu'à l'oreille des douleurs excessivement vives, qui furent quelque peu calmées par les frictions d'extrait de datura stramonium, des applications locales de sous-carbonate de plomb; que, pour faire disparaître ce qu'il restait de douleurs, nous donnâmes, mais vainement, le sulfate de quinine. C'est alors que nous avons eu recours à l'acupuncture, qui a sensiblement calmé les douleurs. Nous avons enfoncé une aiguille de platine au-dessous de la portion osseuse du conduit auditif; nous avons dû toucher et même transpercer des nefs, des artères, etc., et cependant, vous le voyez, il n'en est résulté aucun accident. Ainsi, c'est une chose bien démontrée aujourd'hui par l'expérience, que l'on peut, avec une aiguille à acupuncture, traverser impunément les nerfs, les artères, le cœur même, pourvu toutefois qu'on ne laisse pas séjourner l'aiguille plus de vingt à trente minutes.

Mais si l'acupuncture, ainsi pratiquée, ne peut déterminer aucun accident, il n'en est pas de même de l'électro ou de la galvano-puncture. En effet, par l'action du courant électrique ou galvanique, surtout quand elle est prolongée pendant quelque temps, les tissus placés dans le voisinage de l'aiguille s'enflamment; il se forme là une induration assez semblable à celle que l'on observe à la base des furoncles, induration qui peut abcéder. Vous comprenez que si, dans ce cas, vous avez blessé une artère ou un nerf, à quels accidens terribles vous donnerez lieu.

Manie aiguë.

Au n° 1er de la salle Sainte-Julie, nous avions une femme qu'un petit nombre d'entre vous a vue. Voici les renseignemens que nous avons eus sur cette malade quelques jours seulement après son entrée.

Elle était nourrice : dans la nuit du 9 au 10 novembre, elle se couche bien portante; quelques heures après elle est prise de délire et de fièvre; elle nous est amenée le 12.

Le 13, à la visite, nous trouvons chez cette femme du délire; sa peau est chaude, sa langue humide, sans paralysie, en un mot tous les symptômes de la manie aiguë.

La première idée qui nous vint, fut qu'il y avait chez elle une pneumonie; mais elle ne toussait pas; l'auscultation et la percussion nous ont, du reste, appris qu'il n'y avait rien du côté de la poitrine. Nous pensions alors à l'existence d'une fièvre typhoïde à son huitième jour; mais il y avait absence de dévoiement et de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La méningite, à part quelques petites différences, pouvait se traduire par les mêmes symptômes que ceux observés chez cette femme. Nous nous arrêtons à cette présomption, pensant qu'il pourrait bien y avoir, chez cette femme, ce que nous avons observé à Tours chez un capitaine d'état-major.

Cet officier, en 1823, étant en Espagne, à Séville, reçut une offense d'un officier de cavalerie en garnison à Tours. Il quitta l'Espagne et vint trouver l'officier qui l'avait offensé; un combat eut lieu. Le premier fut légèrement blessé à la cuisse; le deuxième reçut une balle qui traversa le bassin et perfora le rectum. Celui-ci guérit. L'officier d'état-major, qui, pendant neuf jours que dura son voyage, avait été préoccupé et de l'offense qu'il avait reçue, et de la réparation qu'il en attendait, qui, en outre, engagea le combat sans avoir goûté le moindre repos; cet officier, disons-nous, était dans des conditions très favorables, par suite de sa blessure, au développement d'accidens cérébraux. En effet, il fut pris d'une méningite, et au bout de trois jours il était mort. A l'autopsie on trouva une quantité considérable de pus à la surface du cerveau.

C'était aussi ce que nous espérions trouver chez la femme qui nous occupe, et qui a succombé avant-hier dans la nuit; mais nous avons été trompé dans notre attente, les meninges ne présentaient aucune espèce d'altération.

Le cerveau fut aussi examiné. Il y avait bien un petit pointillé rouge de la substance cérébrale, mais qui ne pouvait suffire pour expliquer les accidens que nous avions observés; rien dans l'intestin, rien du côté du cœur et des poumons.

Cette absence de toute lésion organique nous fait penser que cette femme a succombé à une *manie aiguë.*

Hydropisie ascite.

Aux nos 3, 6 et 8 de la salle Sainte-Anne, sont trois femmes atteintes d'hydropisie ascite. Deux d'entre elles, celles des nos 3 et 6, sont en voie de guérison; au contraire, celle du no 8, suivant toutes les probabilités, succombera à son affection. Depuis notre arrivée dans cet hôpital, voici six cas de ce genre que nous observons, et sur ces six cas nous avons un mort, et la femme du n° 8 que nous ne pensons pas pouvoir guérir; des quatre autres, deux sont sorties guéries; deux sont encore dans nos salles, dans un état qui nous fait espérer, surtout pour celle du n° 3, une guérison prochaine.

Par hydropisie ascite, on ne fait qu'exprimer un symptôme, la collection de sérosité dans le péritoine, mais on n'explique pas plus la cause de cet accident que par les mots catarrhe, etc.

Les causes qui peuvent déterminer une hydropisie ascite, sont nombreuses. En première ligne, l'on doit mettre les maladies du foie, la cyrrhose, l'atrophie et l'hypertrophie de cet organe, l'hépatite chronique. Viennent ensuite l'oblitération des veines-porte et cave, par l'obstacle qu'elles apportent à la circulation abdominale; quelque forme de péritonite chronique, principalement la péritonite tuberculeuse, les engorgemens mésentériques, les maladies du tœnia, et les tumeurs ovariques.

Passons un peu en revue les six faits que tout à l'heure nous ne faisions que de vous indiquer.

Une femme entra dans la salle Sainte-Anne, et fut couchée au n° 39. Elle éprouvait de vives douleurs dans le ventre, et depuis six semaines elle s'aperçut que celui-ci augmentait de volume. A son entrée ici, nous constatons un développement considérable du ventre, un peu de fréquence dans le pouls, un peu de dévoiement et de fièvre; la malade ne tousse pas; pas d'incurvation des doigts; pas de tubercule, ni par conséquent de péritonite tuberculeuse, cette forme si rebelle à toute espèce de médication. Nous croyons avoir affaire à une hydropisie dépendant d'une péritonite chronique, et nous employons le traitement suivant : frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain, quelques pilules de calomel six jours après le commencement de ce traitement, gonflement des gencives et salivation. Nous avons encore recours aux cataplasmes simples et aux vésicatoires volans. Enfin, elle est sortie de nos salles complètement guérie.

La deuxième femme était à peu près dans les mêmes conditions que la précédente. La maladie datait de deux mois et avait débuté brusquement, mais les douleurs étaient peu vives; puis le ventre peu à peu augmenta de volume, il survint un peu de diarrhée. Rien du côté du foie, point de tumeurs dans le ventre, ni dans le mésentère. Comme la précédente malade, nous croyons à une péritonite chronique et nous avons recours au même traitement. Au bout de quelques jours, salivation, amélioration; nous commençons à employer chez elle le cataplasmes de ciguë pour faciliter la résolution; à quelque temps de là elle semblait guérie; mais on sentait dans son ventre comme les parois d'un kyste épaissi, et formant sous la main une sorte de paquet.

La troisième est également sortie guérie : voici son histoire. Vingt-neuf ans, sœur d'un médecin qui habite Paris, elle a voulu, malgré son aisance, entrer à l'hôpital, espérant que pour la guérir on tenterait là peut-être quelques moyens devant lesquels on reculerait en ville.

La maladie datait du mois de mai 1839; huit ponctions avaient été pratiquées à six semaines l'une de l'autre d'abord, puis on ne pouvait plus, lors de son entrée aller au delà d'une vingtaine de jours. Chaque ponction fournissait dix à douze litres de liquide. Nous reconnaissions quelques tumeurs dans le ventre. Le pouls est fréquent; l'état général alarmant. Cette femme, comme vous voyez, était dans des conditions beaucoup plus graves que celles dont nous venons de vous parler; mais elle était pleine de courage et avait la ferme volonté de guérir, ce qui, disons-le

en passant, est d'un grand secours pour le médecin : c'est presque la moitié de la guérison.

L'état général joint aux tumeurs abdominales que nous sentions même à travers les masses de liquide, était peu propre à nous rassurer sur la guérison de cette femme. Néanmoins, fidèle à notre principe, qu'on ne doit jamais désespérer des malades, et qu'on ne peut pas en conscience les abandonner à eux-mêmes, nous prescrivons le traitement suivant :

Pilules avec 25 décimilligammes d'arsenic, on peut en augmenter la dose jusqu'à 5 par jour. Cette substance est passée dans le torrent de la circulation, car on l'a retrouvée dans les urines. Cataplasmes de ciguë sur le ventre, frictions sur la même partie avec une pommade composée ainsi qu'il suit :

Iodure de plomb,	4 grammes.
Axonge,	30 id.

dont on employait le quart à chaque friction.

Lotions également sur le ventre avec la teinture d'iode. Ces lotions n'étaient faites qu'une fois tous les jours et sur le quart du ventre à chaque fois. Avec cette médication les urines furent abondantes, et la malade eut toujours de l'appétit, puiqu'elle mangeait le quart.

Nous pratiquâmes une première ponction seulement à cinq semaines d'intervalle de la dernière. Nous pûmes reconnaître alors l'existence de dix à douze tumeurs dans l'abdomen. Comme bien vous comprenez, notre pronostic fut très grave, et nous pensâmes que s'il survenait de l'amendement il ne serait pas de longue durée ; cependant nous n'en continuâmes pas moins le traitement.

Le ventre se gonfla peu à peu, mais il n'avait point acquis à sa huitième semaine le volume qu'il avait à trois lors de l'entrée de la malade à l'hôpital. Nous ne voulûmes point attendre plus long-temps, et pour débarrasser cette femme nous pratiquâmes une nouvelle ponction. Après cette opération, en explorant le ventre avec soin, au lieu de dix tumeurs nous n'en trouvons plus que trois : c'était un puissant motif d'encouragement, joint à la diminution dans la sécrétion du liquide abdominal. Rien ne fut donc changé à la médication.

Cette femme reprit des forces et surtout du courage. On ajouta, aux moyens déjà employés, la compression uniforme que cette femme pratiqua elle-même avec le plus grand soin à l'aide d'un corset que nous lui fîmes donner.

Nous fûmes trois semaines sans l'examiner ; alors, à notre grand étonnement, nous ne trouvâmes plus de tumeurs ni de sérosité dans le ventre.

Cette femme est sortie guérie. Son frère et les personnes qui suivaient notre visite ont pu constater cette guérison. Depuis lors, elle nous a écrit en nous adressant une nouvelle malade. Il n'y avait point eu de récidive, et sa santé était parfaite.

Voici donc trois cas d'hydropisies ascites auxquelles dans les autres hôpitaux on n'aurait opposé aucune espèce de traitement, car ils eussent été regardés comme désespérés ; trois cas qu'avec un peu de persévérance nous sommes parvenus à guérir. Sachez donc, Messieurs, que dans l'hydropisie ascite, on peut faire quelque chose, et que des malades jusqu'à présent abandonnés à eux-mêmes pourront, si non toujours recouvrer complètement la santé, au moins voir leur position considérablement s'amender.

La malade du n° 6 de la salle Sainte-Anne, est une jeune femme très courageuse, atteinte depuis un an et demi d'hydropisie ascite, survenue quelque temps après un traitement antiphlogistique énergique mis en usage pour une douleur de côté qu'elle avait éprouvée. Depuis l'apparition de cette maladie, huit ponctions ont été pratiquées. A la première nous constatâmes la présence d'un si grand nombre de tumeurs dans le ventre que nous en fûmes effrayés, et que, désespérant de pouvoir jamais guérir cette malade, nous nous contentâmes de lui donner quelques diurétiques seulement.

Il y a environ cinq mois qu'apparut au sein gauche une tumeur qui, peu à peu, acquit le volume d'un œuf de pigeon. A quelque temps de là, apparition dans le creux de l'aisselle de tumeurs nombreuses agglomérées, grosses ensemble comme un œuf de dinde ; puis, d'autres tumeurs encore dans la région sous-maxillaire, de telle sorte que cette femme semblait être sous l'influence de la cachexie scrofuleuse la plus profonde.

Certes, si un cas devait être désespéré et désespérant, c'était bien celui-là, car la nature des tumeurs du ventre devait être la même que celle des tumeurs du sein, de l'aisselle et du cou. Cependant, cette malheureuse en voyant guérir celle dont nous venons de vous tracer l'histoire, insista pour être traitée. Nous la mîmes donc au traitement qui avait si bien réussi sur l'autre femme. Voilà le cinquante-sixième jour depuis la dernière ponction, et elle trouve son ventre moins gros qu'auparavant, où on était obligé d'avoir recours à la ponction tous les quarante jours. L'appétit est bon, le dévoiement qu'elle avait a disparu, les forces reviennent.

Dès le quinzième jour du traitement, nous avons observé une diminution de la glande du sein, puis de celle de l'aisselle, et enfin du cou, et maintenant il n'y a plus que de forts petits ganglions. Le ventre est de moins en moins volumineux : vous devez remarquer que cette femme engraisse d'une manière sensible ; son intestin est bon ; les tumeurs du ventre disparaissent, la sérosité y est en moins grande quantité, d'où nous pouvons conclure qu'elle va beaucoup mieux. Nous manquons depuis quelques jours de poudre de ciguë, nous y suppléons par des bains de vapeur, sous l'influence desquels son ventre devient moins tendu.

Peut-être nous demandera-t-on : Auquel des médicamens que vous employez est due la guérison ? Nous ne répondrons point à cette question ; peu nous importe en effet que ce soit l'un sans l'autre ; il est une chose à constater, c'est que chacun de ces médicamens pris séparément ne réussit point. Leur action combinée au contraire amène, comme vous le savez, des résultats satisfaisans. L'iode est un bon résolutif ; l'arsenic est un puissant modificateur de l'économie ; on peut donc concevoir qu'administrés en même temps ils fassent ce que seuls ils ne pourraient faire.

Voici comment nous avons été amené à faire usage de cette médication : la mère d'un de nos bons amis fut prise d'un eczema qui occupait la tête et les oreilles ; elle devint même sourde par suite de l'extension de cette maladie dans le conduit auditif externe. On vit en même temps se développer une petite glande dans le sein. A l'aide des lotions de sublimé, nous pûmes faire disparaître et l'eczéma et la surdité dont il était la cause. La glande du sein fit des progrès ; mais cette dame ne s'en occupa point. Au bout d'un an, cependant, les douleurs paraissant devenir plus vives, elle eut quelques inquiétudes, et nous fit appeler. Nous vîmes alors une tumeur de la grosseur du poing, bosselée, indolente, présentant à la partie inférieure un platis de veines variqueuses. La peau au sommet de cette tumeur était rouge pelure d'ognon, amincie, en un mot, nous avions sous les yeux un cancer des mieux caractérisé.

Justement effrayés, nous fîmes venir MM. Cloquet et Bérard, afin de voir ce que pouvait la chirurgie dans ce cas. Tous deux furent d'avis sur ce point qu'il y avait là un carcinôme ; mais le premier pensa qu'en raison de la marche rapide de la maladie, l'opération ne serait point suivie de succès. Le deuxième, au contraire, dit que la tumeur n'étant point adhérente, il serait possible que par l'opération l'on pût retarder la mort de deux ans ; qu'en conséquence, il conseillait l'ablation du sein, et dans le plus bref délai, car la peau était menacée de s'ulcérer avant quinze jours.

Sur ces entrefaites, la fille de cette dame, entendant parler de la guérison d'une femme-de-chambre à laquelle M. Lisfranc avait dû amputer le sein, alla trouver cette personne qui lui confirma ce qu'elle avait entendu dire, en lui indiquant le moyen qu'elle avait employé, qui consiste à faire cuire dans un pot de terre jusqu'à consistance d'emplâtre : minium 60 grammes par exemple ; huile d'olive *q. s.*, pour délayer le sel de plomb. Elle frictionnait son sein avec cette préparation, et tenait constamment sur la tumeur un linge recouvert de la même substance. On lui indiquait en même temps une dame habitant Saint-Germain-en-Laye, et qui avait été guérie d'un cancer du sein par un médecin allemand qui exerçait à Paris avec distinction.

Aussitôt qu'elle eut ces renseignemens, cette dame nous demanda s'il nous plaisait d'employer cette médication pour sa mère, ce à quoi nous consentîmes avec plaisir. Nous commençâmes donc, de concert avec M. K..., le traitement suivant : Application sur le sein du topique dont nous venons de parler ; à l'intérieur, l'extrait de souci à la dose de 1 à 10 grammes ; un purgatif tous les huit jours, et la glande, non-seulement cessa de faire des progrès, mais même elle diminua de volume. Voilà huit mois que ce traitement est suivi, et la tumeur qui devait, suivant l'avis judicieux du chirurgien, s'ulcérer au bout de quinze jours, ne s'est point ulcérée, et elle n'a plus aujourd'hui que la grosseur de la moitié d'un œuf.

Ce sont de ces faits-là que vous rencontrerez quelquefois dans la pratique de certains médecins, et le plus souvent de charlatans ou de médicastres, qu'il faut recueillir avec soin, et faire valoir au profit de l'humanité.

Nous avons pensé qu'une médication qui réussissait pour des tumeurs dont la nature cancéreuse avait été reconnue par des chirurgiens du plus haut mérite, à plus forte raison devait réussir pour d'autres tumeurs qui n'avaient aucun des caractères fâcheux des précédentes ; et voilà comment nous avons été amenés à traiter de cette manière nos hydropisies ascites.

Maintenant la jeune femme du n° 6 guérira-t-elle comme nous en avons vu guérir quelques autres ? Nous avons déjà obtenu beaucoup, et, suivant toutes les probabilités, nous pouvons espérer chez elle un résultat heureux.

Mais tous les cas ne se ressemblent pas ; et si nous avons vu cette médication réussir plusieurs fois au-delà de nos espérances, nous l'avons vue aussi échouer une fois d'une manière complète. C'était chez une femme atteinte d'hydropisie ascite avec tumeurs au sein et dans le ventre. Quoique nous ayons pu faire chez elle, nous n'avons jamais remarqué la moindre amélioration, et elle a fini par succomber à sa maladie.

La femme du n° 8 est aussi dans des conditions fâcheuses ; chez elle l'hydropisie ascite marche avec rapidité ; on sent plusieurs tumeurs mobiles à la partie inférieure du ventre : elle en est déjà à sa cinquième ponction. Il y a amaigrissement considérable, les yeux sont caves, les traits altérés. Un muguet, qui occupait naguère la bouche, le pharynx, a envahi le larynx, et amène ainsi une complication fâcheuse. La voix est altérée, il y a de la fièvre ; en un mot tout un ensemble de symptômes qui nous font désespérer de cette malade. Malgré cela nous ne l'abandonnerons pas à son malheureux sort, et nous continuerons les moyens employés jusqu'à ce jour, quitte à les modifier suivant que les circonstances l'exigeront. Fidèle en cela à notre principe, que jamais il ne faut désespérer des maladies chroniques, même les plus graves. Suivez cet exemple, Messieurs, et quelquefois vous obtiendrez des succès qui vous dédommageront largement de vos peines.

Hépatite aiguë entée sur une hépatite chronique terminée par un abcès. Opération. Calculs biliaires. Guérison ; par M. Fatout, de Coutances.

Madame Henriot, rue de Scipion № 11, est âgée de 49 ans ; elle a eu trois enfans, et est encore réglée. A quatorze ans, elle fut sujette, de 1818 à 1825, à une hémoptysie périodique assez fréquente. Sa santé en ressentit de violentes atteintes.

Cette hémoptysie cessa presque subitement, et fut suivie de l'affection que nous allons décrire.

Dans les premiers jours de mai 1835, madame Henriot ressentit, à la suite d'accidens nerveux, une vive douleur dans la région gastro-hépatique ; le décubitus ne pouvait avoir lieu sur l'un ni l'autre côté ; l'hypocondre droit était sensible au point de ne pouvoir permettre le plus leger toucher sur cette partie.

Les antiphlogistiques furent mis en usage dès le début, et, à la suite d'une saignée pratiquée au bras, survinrent des accidens gastriques, qui inquiétèrent beaucoup la malade. Bientôt au hoquet, aux nausées, aux vomissemens, succéda un ictère bien caractérisé.

M. T... prescrivit alors de l'orangeade pour boisson, deux lavemens chaque jour, avec le lait de chèvre, et fit couvrir l'hypocondre droit d'un large vésicatoire, auquel succéda plus tard l'emplâtre de ciguë.

Cependant, au bout de quelques jours, la douleur hépatique diminua d'intensité, et les symptômes inflammatoires cessèrent comme par enchantement.

Des déjections alvines abondantes, bilieuses d'abord, puis grisâtres, et ressemblant à du plâtre délayé, survinrent, et se renouvelèrent bien des fois.

La convalescence ne fut pas longue, et au mois de juillet de la même année, madame Henriot revint à la santé, et reprit en peu de temps son ancien embonpoint.

La face néanmoins conserva long-temps le stigmate ictérique ; les digestions furent consécutivement presque toujours laborieuses et pénibles. La région épigastrique resta sensible et sujette à des douleurs obtuses, qui empêchèrent bien souvent la malade de se vêtir comme auparavant. L'hépatite marcha dès-lors franchement à la chronicité.

Cinq années se passèrent dans des alternatives de souffrances et de bien-aise, lorsque, vers le 15 de mars 1840, madame Henriot devint plus sombre et taciturne que de coutume. Elle accusa plusieurs fois des douleurs gravatives, qui commençaient à l'épigastre et se propageaient de proche en proche, jusqu'au foie. Ces douleurs, qui se renouvelaient à des époques assez éloignées, se rapprochèrent, et amenèrent enfin une réunion de phénomènes nerveux assez sérieux.

26 juillet. Alors fut appelé M. le docteur E. Rousseau, du Muséum ; ce praticien éclairé constata :

Pouls fréquent et assez faible, langue blanche à la base, jaune dans la ligne médiane, respiration difficile et entrecoupée, face terne et altérée.

La malade se tient exclusivement couchée sur le dos, sans pouvoir prendre position sur l'un ou l'autre côté. Elle a de la constipation ; les urines sont rouges et donnent un sédiment rosé. La bouche est amère. Fièvre continue, avec redoublement le soir ; pendant le court paroxysme, la joue droite est un peu rouge.

Prenez : Pour boisson, une forte infusion de saponnaire ; — le sulfate de magnésie, comme doux purgatif, souvent répété, à la dose de quinze grammes.

Les selles furent copieuses, abondantes et ressemblant à de la râclure de parchemin.

La malade se sentit considérablement soulagée ; le sommeil fut meilleur. La plupart des symptômes inflammatoires se dissipèrent, excepté toutefois la pesanteur de la région gastro-hépatique.

Un mois se passa sans trop de malaises ; madame se livra à toutes les exigences pénibles de sa profession. Mais le 28 août dernier, de nouveaux accidens nécessitèrent de nouveau les soins de M. Rousseau, qui trouva la malade dans l'état suivant :

Frissons et chaleur à la peau ; langue sèche et blanche, bouche amère, douleur pongitive dans la région hépatique ; tumeur non circonscrite, de la largeur d'un grand pain à chanter, dure, rénitente, sensible au toucher ; appréciation, à travers la paroi abdominale, de l'état d'induration du foie. La couleur de la peau est normale et nullement rouge, dans toute l'étendue de la tumeur ; urines rouges, sédimenteuses et briquetées.

29 août. Le mal va toujours croissant ; le poids de la chemise peut à peine être souffert par la malade. M. Rousseau prescrit quinze sangsues sur le ventre aux confins de la tumeur.

3 et 4 septembre. Onctions deux fois chaque jour avec l'onguent napolitain ; potion de calomélas. Lavemens avec le miel commun, suivis de quelques évacuations grumeuses et grisâtres.

Le 6 septembre nous convînmes d'une consultation à laquelle présiderait M. le professeur Piorry. Voici les conclusions de cet examen.

« Il est bien difficile, dit M. Piorry, dans le cas qui nous occupe, comme dans tous ceux semblables, qui ont mis la science en défaut, d'établir un point de diagnostic fixe et invariable.

» Nous essaierons seulement d'énumérer quelques-unes des affections morbides des organes de l'abdomen qui peuvent offrir, quant à l'apparence, quelque analogie avec la tumeur sur la nature de laquelle nous sommes appelés à prononcer.

» Il est constant pour moi, comme il l'est, je crois, pour vous, que primitivement M. Rousseau a eu à combattre une phlegmasie aiguë du foie, entée sur des tissus frappés d'une phlegmasie chronique, ce que nous démontre l'état d'induration de cet organe ; mais il est pour moi de toute évidence que la tumeur non circonscrite, dure, rénitente, sensible au toucher, peu proéminente et formant une espèce de bosselure peu apparente à l'extérieur, ne présentant aucun changement de couleur à la peau qui la recouvre, est un abcès qui suppurera nous ne savons quand, qui s'ouvrira une voie nous ne savons par où, et j'ose même avancer sans répugnance qu'il n'intéresse en rien la substance propre du foie, et qu'il a son siége assez superficiellement. Je crois devoir ajouter, cependant, qu'il est possible que cet abcès s'étende profondément, et qu'il forme un godet profond ou cône, dont la base regarderait la paroi abdominale antérieure, et le sommet, la dépression ou échancrure du foie où est logé le bas-fond de la vésicule biliaire ; nous n'avons pas d'ailleurs trouvé celle-ci par la percussion, preuve matérielle de son occlusion...

» Pourrait-on supposer jamais, dans l'état où sont les choses, que cette tumeur est un squirrhe ?

J'avoue que cette affection jouit de presque tous les signes d'invasion que présente la tumeur, moins la sensibilité qui est ici très exaltée, tandis que le squirrhe est indolent...

» Soupçonnerait-on, au contraire, la présence d'hydatides ? Cela est douteux ; car les kystes hydatifères qui se développent dans l'abdomen donnent, par la palpation ou l'auscultation, au doigt qui percute et à l'oreille qui écoute, une sensation indici-

ble, une sorte de frémissement, de résistance élastique qui les repousse, et révèle à l'oreille un son qui participe du bruit humorique. Ces tumeurs sont presque toujours indolentes au toucher, sont mobiles et fuient devant une pression un peu forte, exercée sur le lieu qu'elles occupent ; ce qui n'a pas lieu ici.

» Il n'est pas plus probable que ce soit une tumeur causée par la rétention de la bile dans la vésicule, quoiqu'elle occupe organographiquement la place de cet organe, ou lui soit adossée. Les signes qui distinguent les abcès ou tumeurs de la vésicule d'avec les tumeurs ou abcès du foie sont, d'après Boyer, l'accroissement rapide de la tuméfaction externe, sa circonscription modelée sur la forme de ce réservoir ; la fluctuation dans toute l'étendue de la tumeur, sans œdème ni dureté à sa périphérie ; la mollesse et la mobilité des tégumens qui la recouvrent.

» Est-ce, enfin, un abcès de la substance propre du foie ? Rien ne porte à le croire, car nous n'avons eu aucun des phénomènes qui caractérisent cette affection : en effet, pas de hoquet ni de vomissemens, pas de nausées ; nuls symptômes ictériques ; pas de douleur qui s'étende du diaphragme le long des côtes, qui réponde à la clavicule et à l'épaule, en un mot, aucune augmentation appréciable dans le volume du foie.

» De ce qui précède on peut conclure :

» 1° Que la tumeur sur la nature de laquelle nous sommes appelés à prononcer, n'est pas due à nn squirrhe, ni à un carcinome de l'organe hépatique, pas plus qu'à une néphrite, à des hydatides, à un engorgement de la vésicule, ni à un abcès du parenchyme du foie.

» 2° Au contraire nous pensons, et telle est notre opinion, que cette tumeur, qui suppurera, est un abcès n'intéressant en rien l'organe biliaire, qui peut avoir pour cause un ou plusieurs calculs existant dans la vésicule biliaire ou dans le canal cystique, ce qui nous paraît suffiamment indiqué par les douleurs hépatiques nerveuses que ressent la malade à certains intervalles. Quoi qu'il en soit, il est, indépendamment de toute hypothèse, évidcnt qu'il existe un abcès ; mais qu'il soit le résultat de telle affection morbide ou de telle autre ; qu'il soit un mode ou une tendance de l'organisme à se vouloir débarrasser d'un ou de plusieurs corps étrangers, nous lasserons là les causes pour nous occuper des effets et des moyens thérapeutiques qui leur sont propres. »

En conséquence de ce qui précède, et eu égard à l'état de la tumeur, je propose, dit M. Piorry, le traitement suivant :

1° Frictions mercurielles avec l'onguent napolitain ;

2° Cataplasmes émolliens de farine de lin délayés avec l'eau de guimanve, et souvent renouvelés ;

3° Boissons adoucissantes et légèrement acidulées ;

4° Pilules aloétiques purgatives composées avec la coloquinte, l'extrait de gntiane, la résine de jalap et la gomme gutte ;

5° Bouillons légers et sucs d'herbes ;

6° Quand la tumeur sera ramollie et que la fluctuation sera sensible, une ponction ou demi-pouction devra être pratiquée suivant que l'abcès sera situé plus ou moins profondément.

9 septembre. Le toucher et une légère percussion sont soufferts avec moins de douleurs. Le teint est moins terne et moins injecté ; la respiration est plus facile et plus régulière. Les cataplasmes et les frictions mercurielles ont été employés. La limonade a moins bien réussi qu'une décoction de gruau et l'eau d'orge.

10, 11 et 12 septembre. Madame ..... est plus gaie, le sommeil, pendant les trois jours qui viennent de s'écouler, a été calme et long. La peau et les tégumens sont un peu ramollis. On peut percuter tout l'abdomen sans douleurs. La tumeur devient culminante, sans trop faire saillie ; on la distingue très bien de la surface lisse et indurée du foie. Les pilules aloétiques ont été administrées ; on les continuera plusieurs jours.

13 septembre. Les selles ont été abondantes. Les onctions mercurielles, les cataplasmes émolliens et la tisane d'orge ont été et seront continués. La tumeur est presque indolente ; il nous a semblé qu'un peu de fluctuation se faisait sentir au centre de la tumeur et dans un espace étroitement circonscrit. Les selles, de nouveau sollicitées, ont été copieuses.

14 septembre. La fluctuation est évidente et très sensible dans toute l'étendue de la tumeur. La peau qui recouvre l'abcès est à l'état normal, et ne semble nullement intéressée à donner passage à la matière qu'il contient ; nuls doutes qu'il ne pourra s'ouvrir une route à l'extérieur sans les secours de l'art.

15 septembre. La fluctuation est tellement manifeste qu'il y aurait péril à différer de l'ouvrir.

Rendez-vous fut pris pour le soir à quatre heures.

M. Piorry, armé d'un trocart à hydrocèle, le plonge à une profondeur de 26 à 30 millimètres environ, assez avant pour lui laisser espérer d'avoir atteint le foyer de l'abcès ; il retire le perforateur, la canule reste et donne issue à un pus blanc, homogène et sans odeur qui sort avec assez de difficulté, tant il est épais et plastique, et à cause du petit calibre de la canule. Après avoir légèrement comprimé le ventre au pourtour de l'abcès, on est parvenu à évacuer environ un verre et demi de pus de bonne nature ; la tumeur paraît bien affaissée, et l'abcès nous paraît vide.

16 septembre. Madame ... a passé une très bonne nuit, le sommeil a été long et calme. La suppuration est d'un demi-verre environ ; le pus est toujours blanc et sans odeur. La malade a éprouvé ce matin quelques légères coliques, dues à un peu de constipation. Deux lavemens ont produit leur effet : la couleur des selles est grisâtre.

Pour obvier à l'oblitération de l'orifice de la plaie, un trochisque d'éponge, préparée à la cire, long d'un pouce, y est introduit.

Prescriptions. 1° Potion avec l'eau de laitue, l'eau de fleurs d'oranger et le sirop diacode ; par cuillerées, toutes les heures.

2° Tisane d'orge ordinaire.

3° Gargarisme avec l'eau d'orge et le sulfate d'alumine.

17 et 18 septembre. La quantité et les qualités du pus sont les mêmes. La malade nous paraît plus gaie que de coutume. Le facies est satisfaisant, le pouls est quasi normal ; les urines sont médiocrement rouges : pas de selles. On donnera un lavement avec le sulfate de soude. Deux potages dans le jour.

Un petit carré de sparadrap diachylum est appliqué sur l'orifice de la plaie.

19 et 20 septembre. M. Piorry percute et nous assure du parfait état des viscères de l'abdomen. Les régions hépato-gastrique et entéro-hépatique sont explorées avec une attention toute particulière, et n'offrent rien de remarquable.

21. Madame ... est moins bien que les jours précédens ; elle a un peu de fièvre ; son moral est abattu. Des contrariétés de ménage ont seuls apporté ce changement. La collection purulente est à peu près comme la veille.

Prescriptions. Continuation de la potion. Même tisane, potages et bouillons de poulet ; vin vieux de Bordeaux.

29, quatorzième jour de l'opération. L'appareil enlevé et l'éponge retirée de la plaie, on donne issue, au moyen d'une légère pression sur le ventre, à un pus de bonne nature et assez abondant, qui entraîne dans son cours deux calculs de la grosseur d'un haricot, de formes triangulaires, de couleur brun marron, légers, et à plusieurs facettes, ce qui porte à croire qu'ils ne sont pas seuls. MM. Piorry et Rousseau pensent que ces calculs, qui sont purement de la bile concrète, viennent ou du canal cystique ou de la vésicule, car les matières stercorales contiennent et ont toujours donné de la bile ; tandis que s'ils avaient été logés dans les canaux hépatique ou cholédoque, les selles n'en seraient pas teintes, la bile aurait été résorbée ; de là vomissemens, hoquets, nausées et en général tous les phénomènes ictériques, ce que nous n'avons pas ici.

Après la sortie des calculs, écoulement par la plaie d'une cuillerée à café de liquide biliaire tachant le linge en vert foncé.

La malade se sent beaucoup soulagée depuis la sortie de ces corps, par cela même qu'ils ont changé d'état.

Pansement. L'éponge préparée à la corde agissant trop comme bouchon, nous lui avons substitué un petit tube en caoutchouc de la longueur de 3 centimètres, que nous avons introduit dans la plaie par son bord mousse et arrondi ; de cette manière, la pression de l'appareil et le refoulement vers les tégumens du foie poussé lui-même par le poumon dans l'inspiration, videront, ou à peu près, le foyer à mesure qu'il se formera du pus, et les calculs, s'il s'en présente, ne seront pas gênés pour sortir. Au lieu d'un mince gâteau de charpie, on en mettra une couche de 6 à centimètres d'épaisseur. Continuation du vin de quinquina ; potion antisp. éthérée ; tisane de saponnaire.

30 septembre. La canule ou tube enlevée, on donne issue comme la veille, à une certaine quantité de pus dans lequel sont trouvés *trois calculs biliaires* de la même grosseur, et ayant les mêmes qualités que les premiers. La malade avait ressenti de violentes coliques dans la nuit.

Prescriptions. Potion antispasm. éthérée ; vin de quinquina ; tisane de saponnaire.

1er octobre. A environ 8 centim. de l'orifice béant de l'abcès, à droite et un peu obliquement, s'est manifesté depuis hier un point dur, peu proéminent, avec rougeur à la peau et prurit. Cette petite tumeur paraît faire souffrir la malade ; peut-être aurons-nous affaire à un nouvel abcès. Le pus fourni par l'abcès ouvert est et dépasse à peine une cuillerée.

2 octobre. La petite tumeur est un peu culminante, quoique de peu d'étendue et de volume ; le pourtour en est très sensible. Application immédiate de la potasse caustique, à laquelle nous force d'avoir recours la pusillanimité de la malade et son antipathie pour les instrumens.

A l'aide d'un stylet boutonné, M. E. Rousseau explore le foyer vide de l'abcès et en apprécie les limites, qui s'étendent peu en largeur et d'environ 4 centim. en profondeur. Les adhérences semblent complètes, excepté toutefois du côté de la tumeur nouvelle, où le stylet s'engage ; mais madame Henriot nous force d'arrêter nos investigations.

4 octobre, dix-neuvième jour. La malade a éprouvé la nuit dernière, à quelques heures d'intervalle, des coliques assez légères, mais profondes ; elle semble un peu fatiguée. La quantité du pus dépasse une cuillerée ; il entraîne dans son cours *un calcul* de la grosseur d'une grosse lentille, qui jouit, quant aux qualités externes, des mêmes propriétés que ses devanciers, ce dont on s'assure en l'approchant de la flamme d'une bougie ; aussitôt il s'enflamme et fond comme la cire d'Espagne, jusqu'à consomption : c'est de la cholestérine pure, ou adipocire de Fourcroy.

Le même pansement est continué.

5, 6, 7, 8 et 9 octobre. Rien de bien remarquable ne s'est manifesté ; la suppuration, à peine remarquable, s'est bientôt tarie, et le 20 octobre, trente-quatrième jour, madame ... préside à ses affaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Vingt-unième séance publique. — Lundi 4 janvier 1841.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

MM. Robert et Sédillot : *Des opérations que nécessite la rétention d'urine.*

— Le préparateur de l'Ecole de pharmacie, dont nous avons annoncé l'accident, a succombé samedi dernier des suites de sa blessure.

Académie de Médecine. Prix pour 1840. — En rendant compte des prix décernés, nous n'avons pas cité les noms des médecins qui avaient obtenus les mentions honorables, parce qu'ils n'étaient pas encore connus ; nous réparons aujourd'hui cette omission. Dix mémoires avaient été envoyés : une première mention honorable a été accordée à M. Lagarde (Remi), docteur et lauréat de la faculté de médecine de Paris, membre correspondant de la Société royale de médecine de Bordeaux, etc., médecin à Confolens (Charente).

Et une deuxième mention honorable à M. Gilet de Grandmont, docteur en médecine à Paris.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 7 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 3, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840), *aux écrits de M. RASPAIL* (1er octobre) *sur l'affaire de Tulle;*

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite du numéro précédent.)

Douzième erreur. « 12° Je suis porté à croire, dit M. Raspail, que le nitrate de potasse est dans le cas d'introduire dans la matière une certaine quantité d'arsenic, étrangère à toute espèce d'empoisonnemt (p. 120). »

Réponse de M. Orfila: « Il ne s'agit pas de ce que peut croire M. Raspail, mais de la vérité ; si le nitrate de potasse ne contient pas d'arsenic, il n'en introduira pas. »

C'est bref, un peu trop bref ; car pour le sens et l'intelligence de notre phrase, il aurait fallu ne pas supprimer le commencement que nous restituons ici : *si l'on a recours aux creusets de Hesse.* Avec cette restitution, nul chimiste ne nous en demandera davantage. Mais M. Orfila n'écrit pas pour des chimistes. Expliquons donc le fait pour lui, et pour quiconque ne comprendrait pas mieux que lui.

Vous saurez tous que la pâte des creusets de Hesse est fort souvent arsenicale, mais que l'arsenic s'y trouvant vitrifié, on ne saurait l'en éliminer par la chaleur portée au degré où le creuset est infusible. Mais la potasse caustique est dans le cas de produire seule et sans chaleur cette élimination, car la potasse dissout la silice qui rentre en partie dans cette pâte ; elle désagrégera donc la substance de la pâte, et sera dans le cas de mettre à nu l'arsenic libre ou vitrifié. Cela est évident. Or, que fait le nitrate de potasse, quand on s'en sert pour carboniser la matière organique présumée empoisonnée, dans un creuset de Hesse? Ce nitrate se décompose et se transforme en potasse caustique, qui n'épargne pas plus le creuset que la substance organique ; qui forme avec la pâte de l'un *de la liqueur des cailloux*, et avec celle de l'autre *des carbonates et oxalates de potasse*, lesquels, si le feu dure, se transforment de nouveau en potasse caustique, et réagissent de nouveau sur les parois du creuset. Donc si le creuset est arsenical, la potasse sera dans le cas d'en introduire l'arsenic dans le charbon de la substance incriminée. Donc un nitre exempt d'arsenic peut introduire dans une substance incriminée, de l'arsenic étranger à toute espèce d'empoisonnement. *Quod erat probandum, doctissime decane almæ facultatis medicinæ parisiensis!* Ne vous ennuyez pas, mon bénévole lecteur, c'est de l'humanité que vous faites en m'écoutant ; je plaide en cette circonstance, élémentairement, dans l'intérêt de la justice qu'on s'expose à tromper, dans l'intérêt de l'innocence qu'on s'expose à calomnier ; continuez-moi votre bienveillante attention ! le ciel vous en récompensera par quelque bonne réforme de médecine légale.

Treizième erreur. 13° « Vingt-quatre heures pour décider, a dit M. Raspail, par la voie analytique, une question de vie ou de mort, quand le chimiste met plus de trois mois avant de se hasarder dans la décision de la moindre question industrielle, s'il a à opérer sur des infiniment petits (p. 139). »

Réponse de M. Orfila: Nous avons lu ce passage vingt fois, avant de nous décider à le combattre ; nous pensions qu'il y avait là une énorme faute d'impression. Puisqu'il n'en est pas ainsi, nous apprendrons à M. Raspail, etc. »

Je reviendrai dans un instant, sur ce que M. Orfila veut bien se donner la peine de nous apprendre. Mais je m'arrête un instant ici, pour demander aux chimistes-médecins comment ils s'expliquent la lenteur d'intelligence dont a paru affecté M. Orfila en lisant notre passage. C'est qu'il est des choses que l'on redoute de comprendre avec l'esprit, tant on en découvre la vérité avec sa conscience, avec la conscience dont on cherche à étouffer la voix ; voilà le mot de l'énigme.

Tenez, Monsieur, j'ai en ce moment entre les mains une vingtaine de questions industrielles bien simples, quand on en a obtenu la solution, et dont la solution peut s'obtenir sans mettre tout un cadavre au pot-au-feu. Je vous donne trois mois pour en résoudre une seule, à vous tout seul, et sans Barruel père ou fils. Trois mois, de manière pourtant que l'industrie s'accommode de la solution. Et au bout des trois mois, je vous en accorderai trois autres encore! et nous verrons si vous l'aurez trouvée! Et si vous vous trompez, votre erreur ne sera fatale à aucune tête, entendez-vous bien ?

Demandez aux vrais savans ce qu'ils pensent de votre présomption légale, eux qui savent douter de la puissance de leur art.

Tenez encore : Il y a quatorze ans que l'administration a mis toute l'Académie des sciences en demeure de découvrir une simple encre indélébile, ou même un simple procédé pour reconnaître ou prévenir les falsifications ; elle a de plus proposé une prime de 36,000 fr. à quiconque résoudrait, avec une rame de papier, ce problème. Quatorze ans! et rien de trouvé, par eux, du moins ! car il est des gens qu'on exclut des concours, même lorsque l'on sait qu'ils ont en main la solution du problème. Quoi qu'il en soit, les plus grands savans officiels, au bout de quatorze ans, n'ont rien pu découvrir d'acceptable ! Et il ne s'agit ici que d'un chiffon de papier.

Et vous ! vous, M. Orfila, il vous suffit de 24 heures pour résoudre le problème le plus terrible qui puisse être proposé à un homme de science ! celui de deviner ce dont Dieu seul tient le secret, dans son omni-science, à savoir la filière innocente ou criminelle par laquelle la mort est venue briser les ressorts du cadavre que la justice vient d'exhumer au bout de six mois ! Je ne sache, Monsieur, au monde qu'une chose de plus terrible que cette fonction confiée de par la loi! C'est le spectacle de votre assurance ! Puissé-je vous la briser comme un sceptre de verre; car à la manière dont on procède en instruction criminelle, la défense doit s'attendre à vous rencontrer encore bien des fois sur son chemin, lui barrant le passage par votre infaillibilité officielle. Dussé-je être long et prolixe ! il faut qu'une bonne fois je rompe la raideur de vos manières de déposer devant la loi, que je vous impose la modestie dans vos prétentions et la réserve dans vos assertions. Je veux vous rendre ce service : vous serez ainsi ma filière pour que je sois utile à la société.

« Vous apprenez à M. Raspail, dites-vous : 1° qu'il suffit *d'une demi-heure* pour constater la présence de l'arsenic, quand il existe dans le canal digestif à l'état solide (1), ou dissous dans l'eau. 2° Qu'il ne faut pas *plus de trois heures* pour dessécher trois ou quatre viscères du corps d'un homme empoisonné, pour les carboniser et pour en extraire l'arsenic. Dans ces différentes circonstances, ajoutez-vous, le chimiste dit seulement : *J'ai trouvé de l'arsenic : c'est tout simplement ce que nous avons fait à Tulle, quoi qu'en ait dit M. Raspail ; c'est ensuite au physiologiste et au médecin à se servir de l'élément chimique pour dire si l'homme est mort empoisonné ou non.* »

Voilà vos expressions : je ne les ai pas relues vingt fois pour les comprendre.

Il ne vous faut donc plus aujourd'hui qu'une *demi-heure* pour découvrir l'arsenic solide ou dissous dans le canal digestif ! Il ne vous faut plus que *trois heures* pour l'éliminer des viscères par la carbonisation !

Mais pourquoi avez-vous donc employé quatre analyses d'un mois environ chacune ; pourquoi avez-vous tenu huit mois dans les fers une pauvre et brave femme que la justice a proclamée ensuite innocente avec intérêt : je parle de l'épouse Mercier, à Dijon ; pourquoi ces longs travaux, ces nombreuses variations, si une demi-heure, si trois heures vous avaient paru suffisantes alors à l'effet de pouvoir vous exclamer dans l'auditoire :

Nicolas Mercier est mort empoisonné : je vais le démontrer.

Vous étiez donc bien novice à cette époque, ou vous avez fait depuis de bien effrayans progrès ! Si la progression de votre aptitude continue, il faut s'attendre à ce que l'année prochaine tous vos procédés analytiques se réduisent à la puissance du regard !

Vous revenez ici sur votre déclaration de Tulle, cette déclaration que quelques journaux de province ont rapportée textuellement, dit on ; et vous nous assurez encore vous être contenté de prononcer que vous aviez trouvé des taches d'arsenic. Mais relisez votre rapport où vous avez eu soin de dire que vous alliez démontrer que ces taches ne pouvaient provenir ni des réactifs, ni de la terre du cimetière, ni de la quantité normale du corps humain, ni des médicamens, etc. Cette démonstration ne prononçait donc pas implicitement et explicitement l'existence d'un empoisonnement?

Eh bien ! admettons que ces mots ne signifient pas la même chose ; vous avez dit, en pleine audience, avec une modestie, une réserve, une tristesse pleine d'anxiétude sur l'impuissance de votre art : « *J'ai obtenu*, Messieurs les jurés, *des taches que je vous soumets, que je crois arsenicales ; c'est là tout ce qu'en ma qualité d'expert j'ai le droit d'assurer. C'est maintenant à vous qui êtes meilleurs médecins et meilleurs physiologistes que moi, de tirer la conséquence de mes ésrultats, et de prononcer si la présence de ces taches aux débats signifie ou non la preuve d'un empoisonnement.* »

Mais il paraît que nul d'entre les jurés n'a compris la phrase, car nécessairement, ils vous auraient prié de vous expliquer, en se récusant comme chimistes, médecins ou physiologistes ; et ils vous auraient posé des questions, afin d'arriver à éliminer la vérité de vos réponses et de vos résultats.

Avouez donc que vous vous êtes fait à vous-même, avant de déposer, les réponses et les demandes : que, dans votre personne, le physiologiste et le médecin ont cru rassurer amplement la conscience du chimiste. En votre qualité d'expert cumulant les fonctions du chimiste, du physiologiste et du médecin, vous avez donc attesté que *Laffarge était mort empoisonné*, et je ne vous avais pas calomnié en assurant que, pour arriver à ce résultat, il vous avait suffi, cette fois, de vingt-quatre heures! D'après vous, il ne vous en faut pas tant ! Trois heures ; que dis-je, une demi-heure vous suffisent !

Monsieur l'expert, c'est là de l'expertise un peu trop expéditive, ne vous déplaise ! C'est une expertise d'état de siége ! Pire que l'expertise d'état de siége ! Car le Code militaire porte : *dans les vingt-quatre heures exécution!*

Un instant, que je vous arrête, Monsieur ! Vous n'êtes pas Français d'origine, et je le suis ; je sens autrement que vous, en ce qui concerne mes concitoyens, mes compatriotes ; j'ai d'autres entrailles, moi, que les vôtres ! Vos méthodes me font trembler pour mon pays.

« Il ne vous faut que trois heures, dites-vous, pour obtenir des taches, et, à vos yeux, dès qu'il y a tache, il y a arsenic ; un peu de nitrate d'argent le démontre ! »

Vous ajoutez aujourd'hui que désormais vous vous en remettrez au physiologiste et au médecin, pour prononcer si ces taches signifient un empoisonnement. Nous allons tomber d'accord, vous allez voir, à l'aide de ce supplément d'enquête, de cet accessoire qui va devenir le principal.

Le médecin vous demandera si les symptômes de la maladie étaient réellement ceux d'un empoisonnement. Il faudra dès-lors, Monsieur, que vous vous livriez à des recherches d'érudition ; car, dans l'espèce, nous ne possédons rien, sous ce rapport, de classique et de complet.

Mais tout un symptôme nouveau et contradictoire, avec l'idée classique d'un empoisonnement, arrive aux débats par la déclaration du médecin qui a soigné le malade. Par exemple, ce médecin assure que le malade a vomi des *matières stercorales* ; le *médecin-juré* vous demander si jamais pareil phénomène s'est montré dans un empoisonnement avéré par l'arsenic. Que répondrez-vous ? Je n'en connais aucun exemple. *Le médecin* ajoutera : croyez-vous qu'on puisse vomir des matières stercorales quand le canal digestif est travaillé par la désorganisation de l'arsenic, introduit par l'œsophage, et qui porte ses ravages tout d'abord dans les premières voies? Nous ne possédons aucune expérience qui permetta de répondre à cette question d'une manière péremptoire. Mais pourtant tout le procès est là. Force sera donc d'avoir recours à l'expérience ; le jury vous renverra donc au laboratoire à l'effet d'y opérer expérimentalement sur les animaux. Probablement une seule et première expérience n'aura aucun rapport avec la question ; et il faudra en recommencer plus d'une, en ayant soin de placer l'animal dans les mêmes conditions où se trouvait le défunt.

A cet égard le physiologiste se montrera plus exigeant et plus sévère sur le point de l'exactitude que le médecin ; il voudra varier l'expérience jusqu'à ce qu'il élimine un *oui* ou un *non*, comme on élimine un résultat négatif ou positif d'une équation.

Combien demandez-vous d'avance de temps pour vous croire en état de donner un réponse suffisante ? Pour moi, je n'en sais rien. Or, je n'en sais rien équivaut à plus d'un an, quelquefois ; mettons un mois, ce n'est pas trop, je pense.

Et d'une question, qui ne laisse pas que d'être fort importante ! Car s'il est démontré que jamais on ne puisse réussir, par l'arsenic, à faire vomir des matières stercorales, il sera bien permis de douter que dans un cas de vomissement de matières stercorales, on avait une grande probabilité que la maladie provenait d'une toute autre cause que d'un empoisonnement par l'arsenic.

Le physiologiste passera à un autre ordre de phénomènes : il vous demandera le poids de l'arsenic que vous avez obtenu. Car le physiologiste puise ses documens dans les poids et les mesures témoin Lavoisier, qui pesa deux ou trois ans de suite avant de se hasarder à poser un principe, que nous démontrons aujourd'hui en une demi-heure de temps. Le physiologiste cous dira donc : A combien évaluez-vous le poids des taches obtenues?

Vous répondrez, avec votre assurance habituelle : A un demi-milligramme. Un demi-milligramme que vous venez ainsi d'équilibrer d'un seul coup-d'œil.

Mais un demi-milligramme n'empoisonne pas un homme ; il en faudrait au moins 332 fois autant pour produire un effet mortel.

Le physiologiste vous demandera : Avez-vous multiplié et varié suffisamment les expériences pour pouvoir obtenir par une règle de trois, les rapports du poids de vos taches avec celui de l'arsenic utilisé par les organes dans son œuvre de mort? en sorte qu'on puisse poser la proportion suivante : L'appareil de Marsh ayant donné un demi-milligramme de tache par 500 grammes de substances incinérées, la quantité d'arsenic absorbé est égale à tant?

Vous ne possédez aucune expérience qui vous permette de répondre à cette question catégorique. Avant donc de répondre il faudra expérimenter sur de nouvelles bases, avec une certaine précision et sous la surveillance du physiologiste, qui n'est pas indulgent; encore moins indulgent que l'accusation, voyez-vous. On trouvera alors que l'appareil de Marsh est trop grossièrement construit, tel que vous en faites usage, pour permettre d'établir la moindre évaluation. Il faudra penser à essayer des autres formes de cet appareil, et à dresser des tables *arsenicométriques*, passez-moi cette expression. Je ne plaisante pas, Monsieur ; quand on veut se servir exclusivement d'un appareil qui décèle des atomes, il faut redoubler, centupler de précision... Et si ces instrumens vous semblent tous défectueux, il faudra songer à en construire un nouveau modèle. Tout cela est lent, Monsieur ; mais Dulong a passé cinq ans de sa vie pour dresser une table de la tension de la vapeur, afin de prévenir les explosions qui compromettent la vie humaine !

La physique et la chimie n'ont pas le talent de l'improvisation.

Je prévois, moi, qu'après toutes ces précautions vous n'arriverez à rien de satisfaisant en fait de précision ; car ni le sujet, ni l'instrument n'en sont susceptibles.

Le physiologiste vous demandera alors de lui dire si cette faible quantité d'arsenic, en supposant que ce soit bien de l'arsenic, ne pourrait pas provenir de la quantité d'arsenic qui peut s'introduire sans danger dans l'économie animale, soit par la respiration, soit par l'ingestion des alimens.

Répondrez-vous : Non !

Il vous demandera de lui dire comment vous le savez, et de lui détailler la série des expériences sur lesquelles vous venez d'asseoir votre dénégation.

Cela vous sera impossible, Monsieur ; impossible de tout point ; je vous le répète, impossible.

Il vous priera alors de procéder à la solution du problème expérimentalement, et, par exemple, sur un ouvrier soit des mines de Poullaouen, soit des forges où l'on exploite le minerai de fer arsenical du Limousin, soit des fabriques de *vert arsenical*, etc. Vous ne ferez pas tout cela en vingt-quatre heures, j'espère.

Je suppose, par politesse, que vous obteniez des résultats négatifs.

Le physiologiste vous demandera, si l'arsenic présumé trouvé par vous, ne proviendrait pas de la terre du cimetière, et si vous lui répondez : *Non ; car j'ai pris une poignée de terre en dessus et une autre en dessous de la fosse, et je n'y ai pas trouvé d'arsenic ;* il vous rira au nez, je vous en avertis, et vous priera de varier suffisamment vos expériences ; car, lui, physiologiste, en aura trouvé de l'arsenic, quelque part, par ci, par là. Or, consultez les ingénieurs des mines sur le laps de temps qu'ils consacrent à l'analyse d'un minerai, et parlez-leur d'une *demi-heure* ou de *trois heures* ; vous me direz comment ils vous recevront.

Et tout ne sera pas fini après ces questions et ces réponses, je vous en préviens ; car le physiologiste qui a entre les mains la balance de la justice, se sent quelquefois les doigts trembler, le cœur faiblir, et il lui faut quelques heures pour se remettre de son émotion. Quand Lavoisier pesait l'oxigène, il tremblait, crainte de se tromper ! Monsieur l'expert assermenté, savez-vous bien que c'est une tête humaine que la justice place sur les plateaux de votre balance ?

---

(1) Sur cent cas d'empoisonnemens criminels, il n'arrive pas de le rencontrer une fois sous cette forme. Le coupable en effet a pris à cet égard ses précautions.

Mais je me trompais ! vous ne vous servez pas de la balance. L'appareil de Marsh vous suffit aujourd'hui, disiez-vous tout-à-l'heure. Au nom de la médecine et de la physiologie, que vous venez enfin de prendre pour arbitres, ne le redites plus, et dorénavant ne vous avisez plus de décider en trois heures, une question de vie ou de mort. Cette question est plus compliquée que vous n'avez daigné nous l'apprendre Relisez-nous une vingt-unième fois, et vous nous comprendrez peut-être, ou la justice nous comprendra malgré vous; et je puis vous confier qu'il y a plus d'un an déjà, et dans tous ses bureaux, elle a commencé à nous comprendre; car, quelle que soit la divergence de nos opinions politiques, la justice française n'est pas disposée, pour vous faire plaisir, à prendre les allures de l'inquisition espagnole ! Tenez-vous-le pour dit.

QUATORZIÈME ERREUR. « 14° Une indigestion, une gastrite, une affection quelconque, a dit M. Raspail, de la portion du canal alimentaire qui s'étend du pylore au duodénum, etc. (P. 38.) »

Réponse de M. Orfila. Nous ignorons ce que M. Raspail a entendu par cette assertion; car il suffit d'avoir vu une fois le canal alimentaire pour savoir *qu'il n'existe rien entre le pylore et le duodénum.* »

Cela est vrai, Monsieur; mais un critique qui aurait vu une seule fois le canal alimentaire, aurait bien vu qu'il fallait lire : *au-dessous du duodénum* ou à *tout le duodénum*, et il se serait bien gardé de relever dans un écrit une faute d'impression, que nous avions signalée les premiers à vos colporteurs de listes de fautes typographiques; ils se seraient souvenus de cette idée de Pascal : *On ne parle jamais avec tant d'orgueil que des choses que l'on commence à apprendre ou que l'on achève à peine de savoir. De là, la pédanterie !* Nous reviendrons plus bas sur la leçon.

Quinzième erreur. 15° « Je ne trouve dans les symptômes de la maladie, que la fréquence des vomissemens qui soit un des signes ordinaires de l'empoisonnement par l'arsenic ou par d'autres substances métalliques (p. 132). »

Réponse de M. Orfila : Laffarge a éprouvé plusieurs des symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic : »

D. Lesquels?

R. 1° *Une constriction douloureuse à la gorge.*

D. Tout vomissement est dans le cas, par son âcreté, de produire à la gorge cet effet pathologique, et tout mal de gorge est dans le cas de compliquer une affection pathologique qui provoque les vomissemens, et on a vu des empoisonnemens par l'arsenic, sans constriction à la gorge. Lesquels encore?

R. *Des hoquets fréquens.*

D. Le hoquet fréquent n'est qu'un symptôme de l'état convulsif de la région diaphragmatique. Et l'on a vu des empoisonnemens sans hoquet. Encore?

R. *Des crampes.*

D. Dans les affections cholériques, les crampes sont bien autrement prononcées que dans un empoisonnement. Et une crampe n'est le symptôme de rien, si ce n'est d'une crampe. Il est des gens qui, sains ou malades, éprouvent des crampes au moindre froid et toutes les nuits. Encore?

R. *Des syncopes, le pouls presque insensible, les membres raides et froids, les mouvemens du cœur désordonnés.*

D. Mais c'est là le cortége de toute syncope, et une syncope n'est encore que le symptôme d'une syncope.

Vous nous renvoyez sans cesse, avec une impertinence princière, aux notions élémentaires de la pathologie. Chacun renvoie sans doute à ce qu'il croit savoir. Mais, Monsieur, vos notions sont par trop élémentaires. Permettez-moi d'ajouter à votre savoir la connaissance d'un cas bien désespérant pour la théorie des symptômes d'un empoisonnement métallique. C'est un cas de mort par empoisonnement, qui n'a pas offert le moindre symptôme d'un empoisonnement; je n'ai pas le temps de faire de la bibliographie médicale, car je pourrais au besoin vous en citer un plus grand nombre de ce genre; mais celui-ci les résumera tous :

Empoisonnement sans symptomes.

Le 22 avril 1787, Laborde, médecin au Mas d'Agenois, est prévenu que la nommée Menbielle, âgée d'environ vingt-sept ans, domestique chez un aubergiste, cédant à des scrupules religieux, avait trouvé le moyen de se procurer de l'arsenic en masse. Elle en croqua sous la dent une partie de la journée, et en avala de petits fragmens dans un verre d'eau. On la surprit : elle nia long-temps que ce qu'on avait vu au fond du verre fût de l'arsenic; mais elle fut convaincue par un morceau de la grosseur d'une aveline, qu'on trouva dans sa poche, et qu'elle paraissait avoir rongé. Pendant des heures entières, elle soutint n'avoir pris que très peu de poison. Le médecin, appelé vers six heures du soir, fut dupe de la *légèreté des symptômes*, et crut que la malade, ainsi qu'elle l'avouait, n'avait pris que très peu de poison. Elle avait l'air de la plus grande tristesse, il est vrai, et sa physionomie exprimait le chagrin et la morosité. Mais, du reste, le soir elle céda d'assez bonne grâce aux instances qu'on lui faisait pour boire abondamment. Elle voulut parler à son directeur, affecta un air tranquille, ne demandant autre chose que du repos, et *n'accusant aucune douleur; elle était fraîche, son pouls était tranquille et peu serré, sa bouche naturelle, sans la moindre excoriation, sans enflure, sans ptyalisme; point de spasme à la gorge, ni à la mâchoire; point de gonflement d'estomac ni de ventre; point de nausées; elle n'avait point éprouvé de vomissement* avant les secours du docteur; elle n'en eut beaucoup qu'après, *et ils s'exécutaient avec la plus grande aisance.* Chaque vomissement était suivi du poison, partie à demi-dissous, partie en petits fragmens encore durs et de la grosseur de grains de millet. Elle ne parut *souffrir de l'estomac* que vers huit heures du soir. Elle demanda ses poches : on les fouilla et on y trouva beaucoup d'arsenic en petits morceaux, mêlés avec de la mie de pain sèche. Vers les onze heures, *elle affecta une tranquillité* plus grande que jamais. Elle s'était retournée sur le côté et témoigna la plus grande envie de dormir.

A trois heures du matin, elle s'assit sur son séant, se plaignit un peu de l'estomac, et expira sans la moindre agonie. (Extrait du *Journ. de méd., chir., pharm.*, tome 70, janv. 1787, p. 89.)

Où sont, dans cet empoisonnement, les moindres symptômes d'un empoisonnement par l'arsenic? Où sont les crampes, la raideur des membres, les hoquets fréquens, le pouls insensible, les mouvemens du cœur désordonnés, etc.? Avant les vomitifs, pas même de vomissemens, pas même de nausées? Parlez-nous dogmatiquement des symptômes, après de tels exemples d'empoisonnement?

Seizième erreur. « 16° J'ai vu si souvent, dit M. Raspail, les maladies de ce genre (du genre de celle, ajoute M. Orfila, qu'a éprouvée Laffarge) s'enrayer et disparaître comme par enchantement par l'ingestion de trois ou quatre grains d'aloès ou de camphre. » (P. 39.)

Réponse de M. Orfila. « M. Raspail sera seul de son avis lorsqu'il proclamera que l'on enraye et fait disparaître, comme par enchantement, les maladies du genre de celle qu'avait éprouvé Laffarge, en administrant quinze ou vingt centigrammes d'aloès ou de *camphre.* »

Réponse de M. Raspail. Votre observation, Monsieur, n'est plus à l'ordre du jour depuis deux ans déjà, et les médecins ne sont pas rétifs aux progrès de la thérapeutique comme on paraît l'être à votre école. Si c'est le camphre qui vous offusque, préférez-vous la myrrhe, le baume de Tolu, l'eau de goudron, la mousse de Corse, etc. Je n'ai que l'embarras du choix dans deux ou trois douzaines de substances. Souvenez-vous que Sydenham réduisait tout son bagage thérapeutique à quatre ou cinq ingrédiens. C'est la méthode qui fait le succès du médicament. Ne voyez en tout cela que la méthode; vous avez assez dépensé en vains efforts de temps et de peines, pour la ridiculiser officiellement. La méthode n'y a pas même fait attention en se vulgarisant à petit bruit. Ainsi donc je vous soutiens que lorsqu'une affection quelconque du canal alimentaire résiste à ces antiphlogistiques qui avaient fini par rendre les gastrites endémiques en France, vous êtes presque sûr de les enrayer et de les guérir comme par enchantement par l'ingestion de quatre ou cinq centigrammes d'aloès ou de camphre de demi-heure en demi-heure, et par l'application constante d'une simple compresse d'alcool camphré, ou de pommade camphrée, ou de liniment oléagineux camphré sur l'abdomen ou le creux de l'estomac seulement. Ceci est un résultat acquis par près de deux ou trois cents observations de ce genre, sous mes yeux ou sous les yeux de médecins ou observateurs dignes de foi.

Un seul cas permettra d'en reconnaître la théorie, et j'invite MM. les médecins-experts à ne pas perdre de vue ces idées quand ils seront appelés dans des cas suspects. La théorie du vomissement n'est pas si bien achevée qu'on ne puisse plus rien y ajouter, en médecine légale.

Je prends le cas le plus simple, celui de la présence d'un helminthe dans le canal intestinal, du lombric, par exemple, ou *ascaride lombricoïde*, dont la longueur atteint quelquefois trente centimètres et l'épaisseur un centimètre.

Je suppose que s'appliquant par sa ventouse orale contre l'anneau pylorique, et se roulant sur lui-même, il obstrue le passage qui sépare les organes des deux digestions, l'*estomac* et le *duodénum.* Lorsque le chyme aura été parachevé, que les parois de l'estomac n'auront plus rien à absorber qui convienne à leur nature, elles le repousseront, au lieu de l'attirer; elles le chasseront au-dehors, et par où l'absence de résistance lui laissera une issue. Il se trouvera dès-lors que l'ouverture cardiaque opposera moins de résistance que l'ouverture pylorique : le chyme sera vomi.

Mais qu'au lieu de s'appliquer contre l'ouverture pylorique, cet helminthe obturateur s'applique contre le *duodénum*, au-dessous du canal cholédoque? qu'arrivera-t-il dès que la digestion duodénale aura été parachevée et que le chyme acide se sera transformé en chyle alcalin? Les parois du *duodénum* repousseront à leur tour un bol alimentaire où ils n'ont plus rien à prendre; car l'aspiration attire, et dès que des parois n'aspirent plus elles repoussent par l'expiration. Mais l'issue ouverte à cette répulsion ne pourra être, dans ce cas, que l'ouverture pylorique. Le chyle alcalin arrivera donc dans l'estomac qui ne saurait élaborer que le chyme acide, et qui, de sa nature, repoussera encore plus violemment ce bol détourné de ses voies naturelles par une cause simplement mécanique; l'estomac le vomira, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut.

Dans le premier cas, la matière du vomissement était acide; dans celui-ci elle sera certainement alcaline, et j'invite les observateurs à ne pas perdre de vue cette différence désormais; un simple papier réactif suffira pour reconnaître l'origine du vomissement. Que si le même obstacle mécanique réside à une certaine hauteur soit des intestins grêles, soit surtout dans le colon, là il produira le même effet qu'un étranglement herniaire, qu'un *volvulus*, et qu'une de ces *concrétions stercorales* dont la présence a tant de fois trompé la sagacité du diagnostic. Mais alors le vomissement sera stercoral, ce qui n'exige plus d'autre réaction que l'odorat et la vue.

Il est inutile de dire que pendant toute la durée de ces désordres, le malade pourra éprouver des crampes, des hoquets fréquens, des syncopes, du frisson, des convulsions et même des mouvemens tétaniques, etc.

Or, dans l'une ou l'autre de ces trois positions de la cause mécanique du mal, que produiront les antiphlogistiques, le lait de poule, la gomme liquide chaude, l'albumine? Evidemment ces liquides ne feront qu'entretenir la cause du mal, que la réchauffer et la couver pour ainsi dire. Mais qu'on arrive tout à coup à penser aux *amers*, aux *toniques*, à quelques centigrammes de *camphre* ou d'*aloës*, ou d'*assa-fœtida*, ou d'*helminthocorton*, ou d'*eau de goudron*; le soulagement suivra l'ingestion du remède comme par enchantement, car toutes ces substances sont antihelminthiques; l'obstacle abandonnera sa proie; le bol alimentaire reprendra son cours; et si vous continuez la méthode, guérison assurée après soulagement instantané ! C'est encore plus simple, vous le voyez, que les plus simples notions de pathologie. Et pourtant, voilà ce que vous n'avez pas craint de nier, vous qui professez la médecine !

Mais si, par suite de votre désastreuse méthode, l'homme vient à mourir, n'oubliez pas qu'il pourra arriver, à l'autopsie qui surviendra au bout de 24 heures, de ne rencontrer ni des traces de lésion, ni des traces de la présence de l'helminthe. Et si l'appareil de Marsh prend fantaisie de fournir quelques taches, il pourra se trouver, par le monde, des experts qui se croient fondés à prononcer que la victime d'un si petit être est victime d'un coupable de la même race qu'elle. Alors, au lieu d'une victime humaine, la terre, qui couvre bien des erreurs de ce genre, en dévorera deux.

C'est ce que je voudrais épargner à la justice de mon pays, entendez-vous? Et je termine là le paragraphe des erreurs scientifiques; je passe sur la 17e et la 18e. On n'a pas la force de relever de pareilles réponses. Que voulez-vous qu'on dise à un adversaire qui fait profession de ne pas comprendre les raisonnemens de la force de celui que renferme le dernier alinéa de la page 105, et de celui qui occupe les pages 61, 62 et 63 de notre *Mémoire à consulter?* Il nous faudrait nous transcrire, pour arriver à nous faire comprendre. Une démonstration ne se commente pas, elle se répète; on ne la comprend, quand on a l'intelligence un peu tardive, qu'à force de la répéter. Et puis enfin nous n'écrivons pas ici pour M. Orfila, mais pour le public, qui a pour nous l'intelligence plus complaisante que ne paraît l'avoir notre adversaire.

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

De la réunion par première intention à la suite des opérations pratiquées sur la face ou au sein, dans le service de M. Lisfranc, pendant l'année 1840; par E. DUMESNIL, interne.

Depuis un an presque toutes les tentatives de réunion par première intention ont échoué, à cause des érysipèles qui se sont développés.

On a pu observer, en ville comme dans tous les hôpitaux de Paris, qu'il était à peu près impossible de donner le moindre coup de bistouri, qu'il ne se manifestât bientôt une inflammation érysipélateuse.

Pendant les mois de janvier, février et mars, il se formait souvent autour des piqûres de lancette, dans la saignée, une auréole rougeâtre qui durait, dans certains cas, plus d'un septenaire. Cela n'avait pas lieu dans les salles de chirurgie seulement, mais aussi dans les services de médecine, d'où l'on nous a envoyé plusieurs malades affectés d'angioleucite ou d'érysipèle phlegmoneux, après la phlébotomie. Ces accidens ne doivent pas être attribués au peu d'habitude des externes de première année, les élèves qui sont depuis long-temps en fonction, et les internes de chaque division n'étaient pas plus heureux.

J'ai publié vers le milieu du premier semestre, dans la *Gazette des Hôpitaux*, sous le titre de *Phlébite*, trois observations qui ont trait au sujet qui nous occupe. La crainte de voir survenir l'inflammation a souvent arrêté M. Lisfranc, dans le cas où l'opération pouvait encore être différée sans danger pour les malades. Dans les opérations de la face, les sutures ont été brisées deux fois sur trois, mais jamais en totalité; toujours des points d'une étendue variable ont résisté; dans un seul cas, on s'est vu forcé de recourir à l'avivement des bords de la plaie cicatrisés isolément, pour obtenir la réunion.

Dans les opérations pratiquées au sein, soit pour des squirrhes, soit pour des cancers ulcérés, nous avons presque constamment été forcés d'enlever les aiguilles devenues nuisibles, après la manifestation des érysipèles. Ordinairement il ne se passait rien pendant les premières vingt-quatre heures, qui dût nous faire craindre l'insuccès : mais bientôt la langue devenait sèche dans toute son étendue, et saburrale, excepté à sa pointe; l'appétit diminuait, la soif augmentait, le pouls s'accélérait, et le lendemain une rougeur, peu intense d'abord, se manifestait autour des aiguilles et dans leurs intervalles, brisait la réunion commencée, et la plaie suppurait. Les moyens les plus simples suffisaient pour faire disparaître cette forme d'érysipèle : ainsi, des onctions avec l'axonge, la diète pendant un jour ou deux, et des boissons délayantes. J'ai observé sur deux femmes de 40 à 45 ans, une forme différente, si toutefois celle-ci appartient encore à l'érysipèle. Tout marchait régulièrement 48 heures durant; puis, sans qu'on saisît le moindre symptôme général, on voyait apparaître autour des ouvertures faites par chacune des aiguilles, un cercle inflammatoire large comme un centime. Les aiguilles retirées ainsi que les fils, il sortait du trajet des points de suture un peu de pus qui n'avait pas de mauvaise odeur; et cependant les parties touchées par les aiguilles se gangrenaient, il se formait une eschare que l'on pouvait bientôt détacher. Un des points de suture ayant porté sur l'extrémité d'un lambeau terminé en angle aigu, cet angle se gangrèna, et il y eut une petite déperdition de substance.

Les mêmes phénomènes ont eu lieu chez un enfant que l'on avait débarrassé d'une tumeur cancéreuse siégeant dans l'épaisseur de la lèvre supérieure du côté gauche. Il est encore aujourd'hui dans la salle Saint-Antoine pour une récidive. Ce qu'il faut surtout noter, c'est que dans ces trois observations, la réunion n'a pas faibli même dans le lieu de l'implantation des aiguilles, et si la guérison n'a pas été immédiate, c'est à cause des ulcérations, qui ont été plus de vingt jours à se cicatriser.

Tout le monde conviendra que ce n'est nullement dans la manière de faire le rapprochement des bords des solutions de continuité, qu'il faut chercher la cause de ces échecs. C'est l'influence atmosphérique ou toute autre agissant, soit sur la constitution du sujet, soit immédiatement sur la plaie, qu'il faut en rendre responsable. En effet, dans d'autres circonstances on ne voit survenir rien de pareil, quoiqu'on entoure le malade de moins de précautions. Néanmoins, je suis persuadé que, même dans les cas où les plaies ont une grande tendance à s'enflammer, tendance que l'on peut appeler épidémique cette année, on pourrait diminuer, éviter même cette inflammation à l'aide de certaines modifications, ou simplement de précautions qu'on néglige ordinairement. Ainsi, quand les épingles qu'on met en usage ont une mauvaise pointe, les efforts qu'on est obligé d'exercer pour les faire cheminer dans les tissus irritent plus ou moins les bords de la plaie, ce qui fait manquer presqu'inévitablement la réunion par première intention.

J'ai recueilli en ville deux observations d'opérations pratiquées sur le sein, dans lesquelles la cicatrisation immédiate n'a pas été obtenue, et je pense que c'est à cette cause qu'il faut s'en prendre : j'avais noté mes craintes le jour même de l'opération, et malheureusement elles se sont réalisées. Dans ces deux cas, l'inflammation était plutôt érythémateuse qu'érysipélateuse; car il n'y eut rien d'anormal du côté des fonctions digestives ou circulatoires, mais le résultat local n'en fut pas moindre; la cicatrisation n'était pas encore complète au bout d'un mois.

D'autres fois, c'est à l'enroulement des fils pour la suture entortillée que l'on doit rapporter la non-réussite. Si la peau est pincée; si, quoiqu'on ait évité de faire ces

espèces de petites losanges appelées *cerises* par les chirurgiens, on a trop serré ces fils, le gonflement qui survient nécessairement quelques heures après le pansement, ne pouvant plus se faire en liberté, tantôt les ponts se brisent dans une partie de leur longueur ou même en totalité, tantôt l'érysipèle se déclare, et, dans tous ces cas, il ne faut plus espérer d'atteindre le but auquel on a visé. Dernièrement, un vieillard portait dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, une tumeur de la grosseur d'une noix ordinaire, qu'on enleva à l'aide de deux incisions se réunissant en bas en forme de V; mais comme la muqueuse buccale du côté gauche semblait douteuse, on la scarifia jusqu'au niveau de la dernière molaire. Le pansement fut fait comme à l'ordinaire. Il y avait à peine une heure que le malade était dans son lit, qu'il survint une hémorrhagie abondante, fournie par une des branches de la maxillaire externe. Ce vieillard était extrêmement faible; dès que je le faisais mettre sur son séant, le sang cessait de couler, il perdait connaissance; mais aussitôt qu'il reprenait la position horizontale, le sang revenait à flots. Comme la compression ne l'arrêtait qu'imparfaitement, nous fûmes obligés, mon collègue M. Groslambert et moi, pour agir plus vite et plus sûrement, d'ôter toutes les aiguilles, que nous replaçâmes dès que nous fûmes maîtres de l'hémorrhagie. Supposant que l'irritation causée par toutes ces manœuvres sur les bords de la solution de continuité, amènerait un gonflement considérable et empêcherait même la réunion, nous ne fîmes que passer des fils autour de ces aiguilles pour empêcher l'écartement des lèvres de la plaie, et non pour les mettre en rapport immédiat, car nous laissâmes un léger intervalle entr'elles. Le lendemain l'intervalle n'existait plus, mais il n'y avait encore aucune trace d'érysipèle; deux jours après, la réunion était assurée.

J'ai conclu de ce fait et de quelques autres encore, que l'on avait tort de serrer les fils et de les multiplier sur les aiguilles. M. J. Cloquet, persuadé qu'il est inutile de les faire passer d'un point de suture à une suture voisine, craignant d'amener un bâillement qui s'oppose à la réunion, n'a pas vu cette réunion, dans les cas ordinaires, manquer pour cela dans l'intervalle de deux aiguilles. Chez un malade opéré par M. Levoir, dans le service de M. Sanson, la distance entre chaque épingle était de plus de 9 lignes; les fils étant posés d'après l'indication de M. Cloquet, la cicatrisation par première intention a été parfaite. C'est probablement d'après l'observation attentive de quelques faits semblables, que M. Rigal de Gaillac a été porté à chercher un moyen de réunion, qui fit éviter les inconvéniens que je viens de signaler. Je n'en parlerais pas si cet habile chirurgien ne l'eût déjà fait connaître dans quelques hôpitaux, et si nous ne l'eussions pas employé.

Au nº 16 de la salle Saint-Antoine, est couché maintenant un malade âgé de quarante ans, opéré il y a un mois, d'une ulcération cancéreuse située à la commissure droite de la bouche, s'étendant jusqu'au niveau du bord antérieur du masséter, et pour laquelle il a fallu reséquer une partie du maxillaire frontal. On a passé cinq aiguilles pour réunir les bords de la plaie; on a jeté sous chacune d'elles une anse de fil pour les maintenir, sans leur faire éprouver la moindre déviation. Ensuite, on a pris des bandelettes de diachylum de la largeur de 4 à 5 lignes et de la longueur de 6 pouces; on les a fendues bien régulièrement, en suivant un fil du tissu dans une étendue de 4 pouces seulement. On a mis une de ces bandelettes à cheval sous la tête de la première aiguille, dont la pointe a été embrassée par une autre bandelette; ces deux bandelettes appartenant à la même aiguille, ont été agglutinées sur la peau du cou et de la joue, en se couvrant réciproquement.

On a agi de même pour tous les autres points de suture, et l'on a coupé les fils qui servaient à assurer le rapport des parties divisées, ces fils étant devenus inutiles.

Deux jours après il survint de la rougeur à la partie antérieure du cou, rougeur se perdant sous les bandelettes de diachylum. Onctions avec l'axonge.

Le quatrième jour, même rougeur, qui se voit aussi sur les parties de la joue laissées à découvert. On ôte les bandelettes, craignant qu'il n'y ait sous elles du pus, cause de ces accidens, quoique l'état général soit satisfaisant et qu'il n'y ait plus qu'un peu de soif et un peu d'accélération dans la circulation. On remarque une inflammation assez vive sur la joue et la partie supérieure du cou; mais les parties au niveau des aiguilles n'offrent pas une couleur plus intense que celles qui sont plus éloignées. Toute l'incision, qui a plus de trois pouces, est parfaitement réunie et n'a point souffert de l'érysipèle qui s'est montré quarante-huit heures après l'opération, et qui persiste jusqu'au septième jour sans l'attaquer. Les aiguilles ne sont retirées que le huitième jour; leur présence pendant ce long espace n'occasionne aucun malheur.

Voilà, pour moi, le premier exemple d'un érysipèle survenant sur une cicatrice nouvelle sans l'avoir détruite en totalité ou en partie. Maintenant, si l'on se rappelle que ces inflammations ne se déclarent que deux, trois, quelquefois quatre jours après l'opération, époque à laquelle la réunion est faite dans presque tous les cas, on pressentira que le mode de pansement qui n'exerce ni compression, ni pincement, ni tiraillement sur les surfaces saignantes ou à leur voisinage, doit favoriser cette réunion et empêcher l'érysipèle d'acquérir en ce point un degré de force nécessaire pour effectuer la rupture des parties réunies. Aussi la méthode de M. Rigale me semble préférable à toutes celles employées jusqu'à présent; mais je pense que son application doit être fort difficile dans certaines régions du corps.

Coup-d'œil statistique sur les épidémies de petite-vérole qui ont régné en Angleterre et dans les Galles, pendant les années 1837, 1838, 1839; par M. Gregory.

Ce relevé est extrait du registre général déposé entre les mains de M. Farr; il comprend une période de deux ans et demi, depuis le 1er juillet 1837, jusqu'au 31 décembre 1839. Cette période est divisée, sur les registres, en dix trimestres. Un tableau (P) occupant seize pages in-8°, offre le total des morts par la petite-vérole, durant cette longue période, dans les 324 départemens (divisions), qui composent l'Angleterre et les Galles. Ce total général est représenté par les chiffres suivans:

Morts dans le trimestre d'été de 1837, par la petite-vérole, en Angleterre et dans les Galles, 2513. Dans le dernier trimestre de la même année, 3289. Total dans les six mois, 5802.

Morts de la petite-vérole en Angleterre et dans les Galles en 1838:

Premier trimestre,	4242
Deuxième trimestre,	4489
Troisième trimestre,	3685
Quatrième trimestre,	3851
Total,	16267

Morts de petite-vérole en 1839:

Premier trimestre,	2982
Deuxième trimestre,	2505
Troisième trimestre,	1533
Quatrième trimestre,	1730
Total,	8750

Total des morts dans les deux ans et demi, 30819; ce qui donne une proportion par an, de 12200.

Comme la proportion de la mortalité dans ces trois années a été de 20 à 25 sur 100, il s'ensuit que dans le cours d'une épidémie durant pendant trente mois, savoir du 1er juillet 1837 au 31 décembre 1839, il y a eu en Angleterre et dans les Galles rien moins que 154,000 cas de petite-vérole. Ce calcul est certainement étonnant, et démontre combien plusieurs de nos prédécesseurs ont exagéré les résultats probables de la découverte de Jenner.

On voit, par l'exposé précédent, que l'épidémie est arrivée à son maximum d'intensité dans le trimestre du printemps de 1838, et que son déclin a présenté des irrégularités, le quatrième trimestre de 1838 et de 1839 ayant offert une légère augmentation sur les trimestres précédens.

L'épidémie s'est déclarée d'abord à l'ouest de l'île: Liverpool, Bath et Exeter, sont les villes qui ont principalement souffert en 1837. La métropole et les contrées du sud en sont devenues les siéges principaux dans la première partie de 1838. A Manchester et à Leeds l'épidémie a été à son summum dans le dernier trimestre de 1838, la première ville ayant essuyé 180 morts et la seconde 197 du 1er octobre au 31 décembre 1838.

Dans la première partie de 1839, les provinces de l'est du royaume ont éprouvé leur part du fléau. Norwich comptait 384 morts dans la première moitié de 1839. La maladie, après avoir fait le tour de l'île, est revenue au lieu de son premier début, et Liverpool a eu à souffrir de nouvelles pertes: 130 décès ont eu lieu dans cette ville durant le dernier trimestre de 1839; à Salford, 88, et à Bradford, 80. Le total des décès à Lancashire a été de 446 durant la même période, ceux des premier et second trimestres n'ayant monté qu'à 179 seulement.

Le lecteur trouvera peut-être intéressans les détails suivans sur l'épidémie qui a régné dans la métropole. Il est bon de se rappeler que les quartiers (districts) métropolitains comprennent, d'après le registre général, une étendue de 70 milles carrés, et dont le nombre des habitans a été évalué, en 1838, à 1,884,844. Les morts par la petite-vérole, dans la métropole, sont énumérés dans le tableau suivant.

Tableau des morts par la petite-vérole, à Londres, depuis le mois de juillet 1837, *jusqu'au* 31 *décembre* 1839.

Métropole.	Morts dans chaque quartier.	Morts pour chaque année.
Troisième trimestre de 1837,	257	
Quatrième trimestre,	506	763
Premier trimestre de 1838,	753	
Deuxième trimestre,	1143	
Troisième trimestre,	1061	
Quatrième trimestre,	858	3817
Premier trimestre de 1839,	364	
Deuxième trimestre,	117	
Troisième trimestre,	65	
Quatrième trimestre,	60	606
Total,	5186	5186

Selon le docteur Farr, la mortalité par la petite-vérole a été plus grande dans la métropole, eu égard à sa population, que dans le reste de l'Angleterre. Le département district dont le nombre des habitans se rapproche le plus de celui de la capitale, et qui le dépasse même un peu, est le département nº 8, comprenant Cheshire et Lancashire. Dans ce département, les morts par la petite-vérole ont été:

En 1837,	1191
En 1838,	1907
En 1839,	1993
Total,	5091

L'avantage est, comme on le voit, pour la première; mais la différence n'est pas bien grande, vu la difficulté qu'on a d'évaluer exactement la population d'après le cens.

Une autre circonstance digne d'attention est relative à l'âge des victimes de la petite-vérole. M. Farr ne donne pas beaucoup de détails à ce sujet, mais il a noté sur ses registres l'âge de 8706 individus morts de la petite-vérole en 1839; il l'a noté également pour 1056 individus morts en 1837. Voici le résumé de ces recherches.

Tableau de l'âge de 9762 *individus morts de la petite-vérole, en Angleterre, pendant les années* 1837 *et* 1839.

	Morts.
Au-dessous de 5 ans,	7340
De 5 à 15 ans,	1668
De 15 à 30,	528
De 30 à 70,	210
Au-dessus de 70,	16
Total,	9762

Ce tableau nous apprend que la grande majorité des morts par la petite-vérole a eu lieu parmi les très jeunes enfans, dont aucun probablement n'avait été vacciné.

Il nous démontre combien la vaccination est négligée en Angleterre, et la nécessité de mesures convenables de la part du gouvernement pour étendre la vaccination. C'est une question de savoir si le bill de la dernière session propose les mesures les plus convenables. Je m'expliquerai sur ce sujet d'ici à quelque temps. Le fait de la mort de 3762 individus par petite-verole, dont 754 adultes, est sans contredit très digne de considération. La question de savoir si avant la découverte de la vaccine les proportions des victimes des épidémies varioliques étaient les mêmes, ne peut être probablement pas résolue. Je présume cependant qu'à toutes les périodes du monde les âges depuis la naissance jusqu'à cinq ans sont ceux que la petite-vérole a principalement ravagés.

Jusqu'à présent, les registres ne fournissent pas de données suffisantes pour décider la question de savoir dans quelle proportion les morts de petite-vérole en Angleterre ont eu lieu parmi les sujets vaccinés. Nous avons noté cependant qu'au-dessous de cinquante ans ils ont été fort rares (scarcely noticeable); on en compte en effet à peine un trentième de la mortalité totale. Il serait important de parvenir d'une manière précise et exacte à la solution de ce problème. Une circulaire adressée dernièrement par le comité central (registrar general) aux comités des quartiers de la capitale a précisément pour but de remplir cette lacune, en recommandant de noter avec soin l'état de vaccination antérieure. Cette mesure nous mettra en peu d'années en état de résoudre cette question, surtout lorsqu'elle aura été suivie dans les provinces.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 5 janvier.

Aveux candides de M. Mérat. — A l'occasion du procès-verbal, M. Chevallier prend la parole pour déclarer que M. Henry est l'homme indispensable dans la commission permanente des eaux minérales, et que n'ayant pas été nommé par le scrutin ordinaire, le conseil d'administration était prié de prendre une mesure à cet égard. M. Chevallier se plaint des listes qu'on fait circuler de banc en banc pour faire les nominations, listes qui induisent l'Académie en erreur, tout en lui ôtant la liberté du vote.

M. Mérat avoue ingénuement qu'il a fait de ces listes dans le conseil, et qu'il en a fait circuler *incognito* dans l'assemblée, pour le bien même de l'Académie, parce qu'il pense que ses listes sont meilleures que celles que d'autres font circuler, en se plaçant, bien entendu, en tête. (On rit.)

M. Chevallier demande la suppression de pareils abus. Vous vous donnez, dit-il à l'honorable préopinant, la mission gratuite de conduire l'Académie; croyant mieux faire, vous faites peut-être pis qu'elle-même. C'est l'Académie qui doit élire, par son choix libre, et non les listes émanées du conseil. (On rit toujours.)

Réception chez le roi. — M. Roux, président, donne lecture du discours qu'il a adressé au roi, au nom de l'Académie, dont la commission a été reçue aux Tuileries le jour de l'an. Il lit en même temps la réponse du roi. La substance du discours est celle-ci: L'Académie vient offrir son tribut habituel de respect au chef de la grande famille des Français; le félicite pour la naissance d'un nouveau rejeton dans l'auguste famille, et elle cherche à se rendre de plus en plus digne de la protection du roi, par ses travaux. Le roi a répondu: Qu'il remerciait l'Académie de toutes ces félicitations, et que l'Académie méritait plus que tout autre corps la protection de l'État, puisqu'elle s'occupe de travaux qui intéressent au plus haut point la société, etc.

Remèdes secrets. — *M. Guéneau-de-Mussy* fait un rapport défavorable sur une formule adressée par M. le ministre, de la part de M. G....., pharmacien, concernant une manière prétendue nouvelle d'administrer le copahu.

M. Dizé fait, à son tour, un rapport officiel sur un nouveau moyen prétendu propre à remplacer le vin dans les armées. Ce moyen consiste à préparer un liquide fermenté à l'aide de groseilles, de sucre, d'eau-de-vie et de quelques autres substances. Le liquide proposé, ayant été examiné par la commission, n'a pas paru propre à atteindre le but que son auteur s'était proposé. L'eau-de-vie, étendue d'eau, a paru préférable.

Chirurgie pratique. — *M. Velpeau* fait un rapport sur un travail de M. Bouillé, concernant plusieurs opérations de chirurgie. Ce travail, ayant été lu en séance, M. le rapporteur se borne à rappeler seulement le titre de chaque observation.

La première est relative à une tumeur cancéreuse de l'orbite avec lésion de la paupière supérieure. L'extirpation en a été faite en ménageant le globe oculaire. La paupière a été refaite à l'aide d'un lambeau emprunté à la tempe. Guérison.

La seconde concerne l'extirpation de quatre pouces du rectum, pour une affection cancéreuse. L'auteur a observé, ainsi qu'on le savait déjà, que par suite de la guérison, la section du rectum se rapproche de celle de la peau, de sorte que les deux parties

vont à la rencontre l'une de l'autre, et la cicatrice se trouve enfin très élevée.

La troisième se rapporte à l'extirpation d'une mâchoire supérieure conjointement à une amygdale cancéreuse.

La quatrième, à l'extirpation d'une parotide cancéreuse. M. le rapporteur doute que ce fût la glande de ce nom.

La dernière enfin, à des sarcômes profonds des os dans le la face. (Conclusion : Remercîmens ; insertion dans le Bulletin.)

Philosophie médicale. — M. Rochoux fait un long rapport sur un mémoire de M. Picard intitulé : Etudes sur les causes de l'organisation de l'homme et de tous les êtres de la nature. (Eclats de rire.) Nous avons dans le temps rendu compte de ce singulier travail, lu par l'auteur à l'Académie. Qu'il nous suffise de rappeler que la base de ce factum est celle-ci : L'univers est composé de matière inerte et d'êtres immatériels ; ces derniers animent la matière et la rendent organique ! M. le rapporteur a traité ce ridicule échaffaudage comme il le méritait, mais il a saisi cette occasion pour prôner son système favori, l'épicuréisme, et fustiger le spiritualisme. Il a attaqué en même temps la base de la physiologie de Bichat, savoir les propriétés vitales, que M. Rochoux regarde comme purement hypothétiques.

Cette lecture a provoqué plusieurs fois des murmures : le sujet introduit par M. le rapporteur paraissant étranger aux travaux habituels de l'Académie ; et ses assertions étant subversives des croyances de plusieurs membres.

M. Guéneau de Mussy, qui paraissait beaucoup souffrir pendant cette lecture, demande si l'excursion épicurienne de M. Rochoux a reçu ou non l'assentiment de la commission.

M. Rochoux répond affirmativement, le rapport étant signé par l'autre membre de la commission, M. Castel.

M. Castel déclare avoir accepté le rapport de M. Rochoux comme on accepte certaines successions, sous bénéfice d'inventaire. (Eclats de rire !) Je connais, ai-je dit à M. Rochoux, votre façon de penser sur cette matière, les ressources de votre esprit, et la nature de vos idées, qui sont les unes exagérées, les autres neuves, d'autres surannées. (On rit.) Je me réserverai de les apprécier devant l'Académie, s'il en est besoin. Quant à l'activité de la matière que M. Rochoux trouve dans Epicure, elle avait été signalée par Leibnitz. Arrivant aux propriétés vitales, M. Castel fait voir qu'il est impossible de les nier, et qu'elles se réduisent toutes à la sensibilité.

M. Pelletier croit que M. Rochoux a combattu le système absurde de l'auteur du mémoire par un système plus absurde encore, celui d'Epicure. (Rire général.)

M. Rochoux défie M. Pelletier de lui citer un seul fait qui prouve l'inertie de la matière. Selon lui, la matière est douée d'une activité incessante, même alors qu'elle semble immobile, car l'immobilité elle-même n'est que le résultat de l'action de ses propriétés ou de son mouvement.

M. Dubois (d'Amiens) pense que le travail de M. Picard ne méritait pas de rapport.

M. Gerdy demande à parler sur les propriétés vitales.

M. Roux : Soyez court, soyez court, M. Gerdy.

M. Gerdy : Si M. le président voulait parler pour moi, il serait probablement plus court ! (Eclats de rire.)

L'orateur pense qu'il existe réellement des propriétés vitales, et en plus grand nombre que Bichat ne le croyait. Il entend par propriété vitale la faculté qu'ont nos organes d'exercer chacun leurs fonctions. C'est, en d'autres termes, le pouvoir de fonctionner de telle ou telle manière. On peut par conséquent admettre autant de propriétés vitales qu'il existe de facultés fonctionnelles dans l'organisme. Chaque muscle a pour propriété vitale de se contracter, chaque nerf de sentir, le germe d'être fécondé, le sperme de l'animer, le cerveau de penser, de juger, de se ressouvenir ; les veines de sécréter le sang, etc., etc.

M. Rochoux répond que M. Gerdy confond évidemment les propriétés avec les fonctions. Il fait observer en outre que M. Gerdy s'accorde avec M. Castel pour déclarer erroné le système des propriétés vitales de Bichat.

Cette discussion a donné lieu à des tumultes, à des rires répétés et si contraires aux usages académiques, qu'on aurait eu peine à se croire dans une assemblée scientifique.

Anatomie cérébrale. — *M. Foville* lit un intéressant mémoire sur l'entrecroisement des racines des nerfs cérébraux. Ce travail portant sur de simples recherches descriptives, n'est pas susceptible d'analyse. L'auteur arrive à cette conclusion que l'entrecroisement des racines des nerfs cérébraux, démontré jusqu'à présent par la seule pathologie, peut l'être désormais, à l'aide du scalpel, par l'anatomie.

Séance levée.

SOCIÉTÉ MEDICALE D'EMULATION.

Présidence de M. Mojon. — Séance du 2 décembre.

M. Brière de Boismont fait un compte-rendu favorable à la candidature de M. Cornac :

« A un caractère honorable, à des principes arrêtés, à une droiture à toute épreuve il joint comme recommandation ses travaux et sa position scientifique. Neveu de Portal, il fut choisi par cet homme célèbre, pour lui servir de collaborateur dans son Histoire de l'anatomie pathologique et dans son Traité de la phthisie pulmonaire.

Pendant les guerres de l'empire, M. Cornac fut placé dans les armées en qualité de chirurgien-aide-major. Son mérite, son sang-froid et son courage le firent distinguer, et bientôt il parvint au grade de chirurgien-major. A la paix, M. Cornac fut nommé médecin de l'Hôtel royal des Invalides.

Lors de la création de l'Académie royale de médecine, M. Cornac fut compris dans la promotion, et il est juste de reconnaître que, dans les rapports et les discussions, il s'est toujours montré esprit logique et ami du progrès. »

Le rapport a été mis aux voix et adopté.

On vote au scrutin secret sur la nomination de M. Cornac. (Admis à l'unanimité.)

M. Belhomme, vice-président, fait un rapport sur une brochure de M. Bérigny, intitulé : *Des médecins légistes dans leurs rapports avec les cours de justice, à l'occasion du procès Laffarge.*

M. Belhomme conclut à l'admission de M. Bérigny, au nombre des membres de la Société. (Nous publierons son rapport prochainement.)

La Société s'occupe ensuite de la nomination de plusieurs membres correspondans : ont été nommés M. le docteur Rodrigues, à Montpellier ; M. Sachs, Berlin ; M. Neumeister, à Leipsick.

M. le docteur Jean-Jacob Sachs de Berlin, est connu par sa collaboration au Journal central de médecine et par sa publication de l'Almanach médical de Berlin ; il vient de faire paraître un ouvrage ayant pour titre : Annuaire des progrès de la médecine allemande et étrangère pour l'année 1839.

Deux volumes sont consacrés à reproduire l'état des connaissances pendant cette période de temps. Le premier comprend les travaux allemands. L'auteur jette d'abord un coup-d'œil sur la médecine en général, à laquelle il rattache les faits, la biographie, la littérature, la méthodique, la linguistique, la critique, la géographie, les épidémies, la topographie, la biostatistique, la statistique, les journaux annuels, trimestriels et autres.

Après cet exposé, M. Sachs divise le sujet de ses recherches en dix-sept chapitres. Le premier, qui traite de l'anthropotomie et de la physiologie, renferme ce qui est relatif aux faits de forme, à la science de la vie ; aux faits de développement, aux systèmes, organes et fonctions particulières du corps humain, c'est-à-dire aux muscles, aux vaisseaux, aux organes de la voix et de la respiration, au système nerveux, aux organes des sens, aux organes génito-urinaires, à la régénération, aux nouvelles formations et aux cicatrisations, au sommeil, à la décomposition et à la mort. Cette énumération rapide, et dont les différentes parties ont été tirées de la lecture de 87 auteurs, atteste combien sont nombreuses les recherches de M. Sachs.

L'anatomie pathologique comprend les vices de conformation, les altérations déterminées par l'inflammation, l'exsudation, la suppuration et les tumeurs. A cette occasion, l'auteur passe en revue les lésions des organes du mouvement, de la peau, de la muqueuse, des vaisseaux, des nerfs, des organes des sens, de la voix, de la respiration et de la digestion, ainsi que les lésions des organes génito-urinaires et les végétations pathologiques.

Un troisième chapitre comprend la pathologie générale, la nosologie, l'étiologie, le diagnostic général, la séméiologie et la thérapeutique.

Les analyses de M. Sachs sur la médecine clinique commencent par l'énumération des ouvrages les plus importans publiés sur la partie ; puis il s'occupe successivement des fièvres, des inflammations, des maladies de la peau et des nerfs ; des flux, des indurations, des hypertrophies, des atrophies, des discrasies, des gangrènes et des désorganisations.

La psychiatrique (maladies mentales) fait connaître les principaux travaux qui ont paru sur cette branche de la médecine. Si je ne m'étais interdit tout nom propre, je vous aurais dit en quels termes honorables M. Sachs parle des mémoires d'un des membres de notre société.

M. Sachs passe ensuite en revue les principales découvertes faites dans la chirurgie : les maladies de l'oreille (otiatrique) ; l'ophthalmologie, l'art du dentiste (odentrique), l'art des accouchemens ; cette section, plus étendue que les précédentes, entraîne la physiologie, l'hygiène, la pathologie, la thérapeutique et la technologie.

Des accouchemens aux maladies des femmes (gynécologie) et des nouveau-nés (padiatrique), la transition est toute naturelle ; les faits rapportés par M. Sachs ne sont pas tous connus, et plusieurs méritent d'être consultés.

La matière médicale n'est point oubliée : ses principales acquisitions sont soigneusement mentionnées dans l'annuaire de 1839.

Dans ses trois derniers chapitres, M. Sachs signale les différens travaux relatifs à l'hydropathie, à la toxicologie et à la médecine légale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

(Vingt-deuxième séance publique. — Mercredi 6 janvier 1841.)

Epreuve orale après trois heures de préparation.

M. Philippe Boyer : *Des opérations que nécessitent les polypes utérins.*

— La deuxième épreuve orale est terminée. Lundi prochain, 11 janvier, commencera l'épreuve de médecine opératoire sur le cadavre.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 9 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 4, TOME 3, — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉSUMÉ DE PLUS DE QUARANTE OPÉRATIONS DE STRABISME,

faites publiquement par M. BAUDENS, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, *d'après sa méthode, et sans un seul insuccès.*

A la leçon si remarquable sur le strabisme, faite par M. Baudens, et publiée dans le numéro du 26 novembre de la *Gazette des hôpitaux*, nous allons ajouter quelques corollaires non moins dignes d'intérêt, et que nous avons puisés dans les cours pratiques que cet habile chirurgien fait à son domicile, tous les dimanches à midi.

Plus de quarante opérations faites publiquement, sans compter celles qui ont été pratiquées à domicile, et en petit comité, sont venues suggérer à M. Baudens de nouvelles considérations que nous allons tâcher de reproduire.

Pressentie par notre célèbre ténotomiste Guérin, formulée par Stromeyer, et expérimentée pour la première fois sur le vivant, il y a seize mois, par le fameux Dieffenbach, l'opération du strabisme, dit M. Baudens, est l'une des conquêtes chirurgicales les plus remarquables des temps modernes. Sa mission ne se borne pas au rôle coquet de rétablir la vocation du regard, et de faire disparaître l'une des difformités les plus choquantes, elle rend au globe de l'œil la puissance d'optique dont l'avait privé la déviation. L'œil strabique, ne recevant de l'objet éclairé que des rayons obliques, fonctionne moins bien que celui du côté opposé, qui reçoit en plein, et directement, les rayons solaires. La prunelle qui, honteusement, va se cacher dans l'angle interne de l'œil, semble fuir la lumière, dont l'excitation fait défaut sur le nerf optique. Ce défaut d'exercice fonctionnel et d'excitation solaire fait tomber la rétine dans un état de paresse et d'inertie qui souvent se traduit par une dilatation de la pupille, et toujours par une faiblesse de la vue telle, que la plupart des personnes atteintes de strabisme ne voient point, de l'œil strabique, assez pour lire, et que souvent même la vue est si courte qu'il leur est impossible de distinguer les objets situés à trois pas de distance. Encore, pour obtenir ces faibles avantages de l'œil strabique, faut-il aider préalablement à son redressement en masquant l'œil sain pendant que l'autre fonctionne. Aussi, dans l'état habituel, les louches ne voient-ils réellement que d'un œil.

Le strabisme a donc une double mission, celle de rétablir la beauté et la régularité du regard, et celle non moins importante, qui consiste, comme par la pratique de la cataracte, à rendre la vue aux borgnes, sinon aux aveugles.

Le strabisme est simple ou double; toujours, dans ce dernier cas, il est moins fort d'un côté que de l'autre, et il suffit d'opérer l'œil le plus dévié, pour que, bien souvent, l'œil du côté opposé reprenne une rectitude presqu'absolue après quelques jours.

M. Phillips, de Liége, dit, à la page 74 de la brochure qu'il vient de publier (1) : « Il est souvent presqu'impossible de déterminer si le sujet louche des deux yeux ou d'un seul œil; c'est seulement après la première opération, lorsqu'on a délouché un œil, que l'on s'aperçoit que l'autre n'est pas placé régulièrement. Dans ce cas, il ne faut pas remettre à un autre moment la deuxième opération; il faut de suite, après le premier, entreprendre l'autre œil. »

Jusqu'à ce jour nous n'avons jamais suivi ce conseil, et à mesure que le cercle de notre pratique s'aggrandit et vient fortifier notre expérience, loin de nous en rapprocher, nous n'en éprouvons que plus d'éloignement. Sur sept personnes atteintes de strabisme convergent double et prononcé, six ont éprouvé immédiatement de l'amélioration du côté opposé à l'opération; celle-ci ayant eu un succès complet du côté soumis à la main de l'opérateur. Plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont été témoins de ces faits. Le jeune Duladour, ici présent, opéré il y a un mois, et que vous pourrez revoir chez lui, rue Coquillière, 34, en est un exemple frappant; cet enfant louchait si fort des deux yeux, que la moitié des prunelles se dérobait sous l'angle interne des paupières. Chez lui comme chez les cinq autres, l'amélioration instantanée de l'œil non opéré a fait de sensibles progrès de jour en jour, au point qu'il est difficile, même avec une attention soutenue, de trouver trace de strabisme d'un côté comme de l'autre; toutefois, chez deux d'entre eux, il reste un faux trait, mais si léger, qu'il y aurait folie à faire une deuxième opération. Le faux trait n'a d'ailleurs rien de disgracieux, loin de là; on sait que les anciens le considéraient comme un agrément. Le faux trait donne au regard quelque chose de tendre et de voluptueux; c'est ainsi qu'on représente la Straba-Vénus.

Le septième, louche des deux yeux, n'a obtenu de rectitude que du côté de l'œil opéré; l'amélioration de l'autre œil était assez sensible: mais il paraît que nous avions affaire à un muscle rétracté, raccorni, et nous avons, à la grande joie de ce pauvre diable, procédé à la deuxième épreuve, qui, comme la première, a été couronnée d'un succès entier et instantané.

A ce compte, il résulte que six sur sept ont profité des avantages de la temporisation dont nous nous sommes fait une loi en pareille circonstance.

Le précepte de M. Phillips nous paraît trop absolu; il faut nécessairement établir une distinction dans la variété et le degré d'intensité du strabisme. Nous croyons qu'en thèse générale, quand les yeux strabiques peuvent se mouvoir en dehors avec aisance lorsque la paupière opposée est masquée par un bandeau, il ne faut opérer que l'œil le plus affecté par la déviation et par l'affaiblissement de la vue; tandis que dans le cas contraire, quand les yeux strabiques peuvent à peine se replacer au centre du globe oculaire, il faut opérer des deux côtés parce que la corde musculaire est trop rétractée, et qu'il faut la couper.

Nous avons remarqué plusieurs fois qu'aussitôt après le redressement de l'œil qui vient d'être opéré, quand le strabisme n'existe que d'un côté, l'œil sain louche assez sensiblement. Ce phénomène ne doit avoir rien d'inquiétant; constamment il se dissipe en peu de jours. Voici comment nous l'expliquons: L'impression venue de l'objet éclairé ayant été pendant plusieurs d'années transmise au cerveau par deux axes différens, l'un droit, l'autre oblique, celui-ci a dû, par un travail rectificateur instinctif, corriger le vice d'optique dont l'habitude était devenue une seconde nature; et quand brusquement l'opérateur vient à redresser l'œil strabique, le cerveau étonné réagit sur l'œil sain momentanément pour reprendre en quelque sorte l'équilibre et l'harmonie de ses fonctions. Un autre phénomène qui pourrait aussi inquiéter les opérés, s'ils n'étaient prévenus que sa durée ne doit être que momentanée, consiste dans la vue double après l'opération. Singularité remarquable! Quand l'œil est droit naturellement, on voit double en provoquant le strabisme sous l'empire de la volonté; et quand le strabisme est acquis, la vue devient assez souvent double pendant quelques jours la main du chirurgien a remédié à cette infirmité.

Nous avons pratiqué plus de quarante opérations de strabisme, dit M. Baudens, en séance publique et en présence de témoins compétens, parmi lesquels je citerai MM. les docteurs Pasquier, Rognetta, Donné, Lallemand de Montpellier, Pétrequin de Lyon, Morin de Versailles, Scott, Beaumetz, Fiévée, Chamberet, Alquié, Piron, Piorry, Auber, Lestiboudois, Gama, et une foule d'autres qu'il serait trop long de nommer. A chacune de nos séances, quatre à cinq opérations de strabisme ont été faites devant quarante à cinquante personnes au moins; chaque fois, et à tour de rôle, nos anciens opérés se représentent aux séances. Eh bien! j'en appelle à la bonne foi de celles qui sont venues nous voir opérer; qu'elles disent si jamais nous avons éprouvé un seul insuccès, si à l'instant même et spontanément le globe de l'œil dévié n'a pas repris une rectitude parfaite.

Quand, parti de Berlin, le strabisme, dans ses heureuses et rapides pérégrinations en Allemagne, en Angleterre, en Russie, était naguère encore repoussé de Paris comme un mensonge, parce que des praticiens, d'ailleurs haut placés dans la science et dans l'opinion publique, avaient

(1) Au bureau du Journal. Prix, 2 fr.

FEUILLETON.

Les plus petites causes peuvent produire les plus grands événemens; ce proverbe n'est pas neuf, mais il vient d'être rajeuni dans le drame: *le Verre d'eau*, du Théâtre-Français, et sans avoir la ridicule prétention de donner à cet axiome d'Helvétius le même relief que la chute de Marlborough et les victoires de Louis XIV, nous dirons tout simplement qu'il était à Paris un médecin dont tout le monde parlait, et qui se crut obligé, pendant de longues années, de recourir à la presse politique pour la publication de ses articles scientifiques.

La *Gazette des Hopitaux* fut plus impartiale; la première, elle encouragea les travaux de M. Giraudeau de Saint-Gervais, et depuis lors ce soldat excentrique de la phalange médicale a été réintégré au poste qu'il aurait toujours dû occuper, et nous devons nous féliciter d'avoir été la cause première de cette réconciliation qui lui a permis de se faire connaître comme écrivain [illegible]stingué et qui, peut-être, lui a valu d'être choisi par Barthélemy, [illegible]eur de *Némésis*, pour la rédaction des notes de son dernier [illegible]me de *Syphilis* (1), tâche difficile, que plus d'un médecin [illegible] déclinée et qui a concilié à l'annotateur les suffrages de [illegible]e tous les journaux scientifiques. Du reste, la fin justifie [illegible]yens, et M. Giraudeau n'a pas à se repentir d'avoir été [illegible]'abord sévèrement, car, selon la parabole de l'Evangile, *plus de joie dans le ciel pour un pécheur qui se conver[illegible]e pour cent justes qui persévèrent*; et pour donner un [illegible]ti éclatant à ceux qui avaient douté de son retour sincère [illegible]on de la grande famille médicale, il vient de publier une [illegible]e édition de son *Traité des maladies syphilitiques* (2), [illegible]ait été accueilli par les hommes de science avec la même [illegible] que la *Relation de son voyage en Orient*, éditée par Arthus Bertrand, lequel volume a été envoyé par le ministre de l'instruction publique à toutes les bibliothèques du royaume. Nous avons cité ces antécédens pour prouver notre impartialité et pouvoir rendre notre critique d'autant plus sévère que l'auteur peut ne pas avoir besoin d'indulgence.

Chargé de rendre compte du traité du docteur Giraudeau de Saint-Gervais, nous commencerons par dire que nous sommes loin de partager ses opinions en ce qu'elles ont d'exclusif, et tout en approuvant le bon ton et les précautions oratoires qui sont employées pour les discussions de controverse, nous prouverons qu'il n'a pas été juste envers beaucoup de médecins qui font autorité en pareille matière, et nous le regrettons d'autant plus que ce livre est écrit avec une élégance qui va jusqu'à la prétention, et souvent avec un bonheur d'expression d'autant plus méritoire que les sujets sont plus scabreux et plus difficiles à manier.

Dès le commencement, M. Giraudeau se prononce franchement: après avoir rapporté des passages de Moïse, d'Hippocrate, de Dioscoride, de Juvénal, des vers de Fracastor, contemporain de Christophe Colomb, il soutient, contrairement à l'opinion des Ecoles, que la syphilis n'a pas été importée d'Amérique. Il examine ensuite le principe et la nature de cette maladie, et après avoir discuté avec beaucoup de logique les opinions contradictoires de MM. Rochoux, Marc, Nacquart, sur les miasmes et les maladies contagieuses, il prouve par induction qu'il existe un virus vénérien. Comment se fait-il donc que la théorie des disciples de Broussais ait pu tellement embrouiller ce sujet qu'on soit obligé de prouver qu'il existe un principe syphilitique qui avait été reconnu de tout temps. On aurait dû l'inoculer à ceux qui le niaient, et cet argument eût été aussi péremptoire que celui de ce philosophe grec qui, au lieu de répondre, se borna à donner un soufflet au rhéteur qui niait le mouvement. M. Giraudeau a fait preuve de connaissances étendues en littérature médicale en parlant des virus et des miasmes; peut-être quelques-unes de ses opinions sont-elles un peu hasardées, mais on rencontre dans ce chapitre une puissance de logique qui semble les faire sortir du chaos où l'Académie les rejette sans cesse quand elle s'occupe incidentellement des maladies miasmatiques, des affections contagieuses ou des fièvres typhoïdes. L'auteur admet avec Véroti, Huber, Cullerier et Devergie que le virus syphilitique peut se développer sans germe préexistant, et il l'explique en disant *qu'il est le produit d'une altération morbide qui se rattache à l'état et à l'exercice des organes sexuels.* Il entre ensuite dans de grands détails que les hommes de science liront avec intérêt sur l'existence des animalcules de MM. Raspail et Donné, et sur les opinions de MM. Jourdan, Desruelles, Ricord, Baumès, etc.

Après avoir tracé le tableau synoptique des affections produites par le virus vénérien, l'auteur aborde la question encore pendante et toute palpitante d'actualité, celle de l'inoculation. M. Giraudeau prouve que M. Ricord a rendu d'importans services à la syphilographie et à la médecine légale en démontrant l'existence d'un virus matériellement transmissible et inoculable sur tous les points du corps; il approuve donc ce mode d'expérimentation en théorie, mais comme pratique il le blâme vivement, en disant qu'il est souvent infidèle, et que quand il réussit, il peut être très dangereux. En cela, il ne fait que partager les opinions de MM. Desruelles, Ratier, Cullerier, Devergie, etc., qui disent avec raison qu'on ne doit jamais enrichir les annales de la médecine aux dépens des intérêts de l'humanité. Cela me rappelle aussi ce que j'ai entendu dire à M. D...., jurisconsulte célèbre, qui prétendait, *mais sans doute à tort*, qu'un médecin qui aurait déterminé par l'inoculation des symptômes généraux de syphilis chez un malade qui serait venu réclamer ses soins, pourrait être condamné à des dommages-intérêts, si l'on en réclamait devant les tribunaux.

Nous regrettons encore de voir M. Giraudeau de Saint-Gervais en désaccord avec M. Ricord, pour la cautérisation des ulcères; cependant ici, si nous consultons notre propre expérience, nous sommes forcés de dire qu'il nous semble dans le vrai, quand il énumère les dangers de la *cautérisation des chancres à leur début*. Nous savons que la théorie de M. Ricord est fort spécieuse; mais comment expliquer le trouble général qui accompagne la période d'incubation au moment même de l'infection? toute la surface muqueuse n'est-elle pas imprégnée en même temps? et pourquoi vouloir prendre l'effet produit pour la cause même? Il est certain que pendant les premiers jours de l'infection l'examen le plus consciencieux ne montre souvent aucun travail morbide: ce n'est que plus tard qu'on aperçoit un commencement d'ulcération; mais alors l'infection est complète, comme dans la transmission des autres venins.

L'étude des maladies primitives est faite avec une grande sagacité; les élèves consulteront avec fruit les paragraphes de la blennorrhagie aiguë ou chronique. Là vient encore cette question ardue et encore indécise, celle de savoir si les virus de la gonorrhée et des chancres sont identiques. Nous venons de lire l'ouvrage de Hunter, traduit par le docteur Richelot; et les notes de M. Ricord avaient ébranlé notre ancienne conviction, qui

(1) *Syphilis*, poëme en deux chants, par Barthélemy, avec des notes, par Giraudeau de Saint-Gervais, chez Béchet et Labé.

(2) *Traité des maladies syphilitiques*. Un vol. in-8°, avec planches; par Giraudeau de Saint-Gervais. Prix: 6 fr. Chez Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17, à Paris.

refusé de lui donner des lettres de naturalisation, nous l'avons pris sous notre patronage, dit M. Baudens. Nous avions foi en la loyauté non moins qu'au brillant talent de Dieffenbach; nous avons repris ses travaux en sous-œuvre, et après les avoir bien médités, nous n'avons pas tardé à pressentir que la différence des résultats obtenus sur l'une et l'autre rive du Rhin ne reconnaît d'autre cause que l'imperfection du mode opératoire. Entre Dieffenbach, qui annonce plus de 500 succès constans, et MM. Roux et Velpeau, M. Roux qui sur deux opérations a éprouvé deux mécomptes, et M. Velpeau, qui sur sept opérés a eu six récidives, il fallait opter.

L'étude et l'analyse du mode opératoire suivi par Dieffenbach, et cellesdes procédés usités par MM. Roux et Velpeau n'ont pas tardé à nous démontrer que, dans le premier, le muscle strabique devait être coupé en entier; tandis qu'il ne devait l'être que partiellement dans le second. J'ai fait répéter à l'amphithéâtre l'opération sous mes yeux, par d'habiles chirurgiens et par mes élèves : eh bien! ces manœuvres, que ni la douleur, ni le sang ne compliquaient, nous ont démontré néanmoins combien cette opération est encore délicate et exige de soins pour être faite à fond, pour que pas une seule fibre musculaire ne puisse échapper à l'instrument. Les fibres des muscles moteurs oculaires sont lâchement unies entre elles, et rien n'est plus aisé que de les écarter quand on va à la recherche d'un muscle strabique : de sorte qu'on peut croire à une section complète quand il n'en est cependant rien. De plus, ces muscles sont logés dans une gaîne aponévrotique, gaîne de glissement. Cette gaîne, dont personne que je sache n'a parlé avant nous, au point de vue du strabisme, doit également être coupée en entier, parce qu'elle constitue une bride fibreuse qui peut rendre le redressement incomplet, et amener même des récidives en rétablissant la continuité musculaire. La portion de cette gaîne qui est en rapport avec la sclérotique échappe très aisément à l'action de l'instrument, et quand elle a été coupée en entier, la sclérotique apparaît blanche, nacrée, brillante. Nous ne nous contentons pas de couper le muscle strabique, et d'en exciser même au besoin une portion : nous complétons notre opération par une manœuvre à laquelle nous attachons la plus haute importance, et sans laquelle nous n'aurions plus une certitude mathématique de succès. Quand le muscle a été coupé nous engageons l'opéré à regarder fortement du côté opposé à la déviation et alors nous accrochons avec une petite érigne double la portion musculaire adhérente au globe oculaire, nous faisons effort sur elle, l'œil cède aisément, et nous portons notre attention sur les angles de la division musculaire. Il est rare qu'il ne s'y rencontre pas quelque bride, sinon charnue, aponévrotique; ces brides pourraient amener des récidives, ou tout au moins des succès moins satisfaisans; nous les coupons avec de petits ciseaux courbes à pointes mousses. Après cette démonstration que nous appelons la preuve mathématique, il ne peut rester de doute sur la bonté de l'opération.

Quelle que soit la cause du strabisme, le résultat est toujours le même : c'est toujours le défaut d'harmonie et de puissance fonctionnelle entre les leviers musculaires destinés à mettre le globe de l'œil en mouvement qui opère la déviation.

Le muscle strabique est-il plus court que les autres? ou bien, tout en conservant sa longueur, n'agit-il sur le globe oculaire que par suite d'un excès de puissance provenant soit de la multiplicité de ses fibres, soit de l'influx nerveux? Je penche à croire que ces causes peuvent également se présenter. Quand le globe oculaire ne peut que difficilement se mouvoir, même en fermant l'œil sain, il y a évidemment rétraction musculaire; tandis que dans le cas contraire, quand, en mettant un bandeau sur la paupière opposée à l'œil strabique, celui-ci peut très aisément se redresser, ne plus loucher du tout, et même se mettre dans l'angle oculaire, ce qui est fréquent, il est probable qu'alors il n'y a pas raccourcissement des fibres musculaires, et qu'il y a seulement excès de ton ou d'innervation. Ce redressement complet de l'œil strabique quand l'autre est fermé étonne toujours ceux qui sont peu familiarisés avec les phénomènes strabiques. Il est cependant facile à expliquer. Quand un œil fonctionne seul, il doit nécessairement et forcément tendre à se redresser, sans quoi la vision ne pourrait s'exercer. Ce redressement a lieu quand il n'y a pas de raccourcissement musculaire. On conçoit en effet que dans le cas où le strabisme ne reconnaît d'autre cause qu'un excès de puissance musculaire, le muscle strabique peut, dans certains actes fonctionnels et instinctifs, être vaincu momentanément par la force réunie des antagonistes.

Quoi qu'il en soit de ces causes différentes, le résultat reste le même, et le remède ne varie pas. Toujours il faut couper le muscle strabique.

Dieffenbach n'établit aucune distinction entre les différentes espèces de strabisme. Il les opère tous indistinctement, d'après ce que M. Phillips nous a dit, et dans tous les cas il réussit.

Sans doute, il serait fort commode pour l'opérateur de se conserver une soupape de sûreté, et de pouvoir dire en cas d'insuccès : il existe diverses espèces de strabismes *fonctionnels*, par exemple, et *musculaires*. Les premiers doivent échouer même après l'opération la mieux faite, et les seconds seuls réussir. Si cette distinction existe, qu'on nous la fasse connaître à des signes certains et *à priori*; alors nous l'admettrons, mais *à posteriori*, c'est-à-dire quand l'opération n'aura pas réussi, nous ne saurions pousser à ce point la complaisance : le bon sens et la pratique repoussent cette logique.

Nous nous sommes élevé contre ces sophisme et ces subtilités; le premier nous avons écrit que l'insuccès ne reconnaît d'autre cause que l'imperfection de l'opération et le défaut de section complète du muscle; non-seulement nous l'avons écrit, nous l'avons dit en pleine Académie, en présentant à cette savante assemblée de médecins des opérés à la date de 48 heures.

Des hommes opposés au strabisme, et dont la parole puissante avait eu de l'écho non seulement au milieu des corps savans mais dans toute la presse politique et médicale, avaient fait bon marché de cette brillante opération qui avait échoué entre leurs mains.

Nous avons compris tout d'abord tout ce qu'il y avait de délicat et de difficile dans notre position, nous retrouvant en face de ces mêmes hommes auxquels notre conscience intime, les intérêts de l'humanité et de l'art nous faisaient un devoir de donner un démenti scientifique. Nous avons eu le courage de notre opinion, et nous avons tempéré, par les formes du langage toute la brutalité des faits que nous apportions à leur tribunal.

On disait que l'opération du strabisme est de sa nature fort dangereuse; l'un des deux opérés de M. Roux avait failli perdre la vue. On voulait bien accorder qu'il était possible d'obtenir quelque amélioration dans le redressement de l'œil, mais cette amélioration de l'œil devait être si minime et si passagère qu'on accusait hautement M. Dieffenbach et sa secte. D'autres, se croyant plus avisés, disaient que l'œil opéré se portait du côté opposé et regardait le nord au lieu du midi; et les plus modérés se contentaient d'avancer que l'œil perdait ses mouvemens et restait immobile comme un œil de verre au milieu de l'orbite.

Tel était l'état de la question quand nous avons abordé l'Académie royale de médecine.

En présentant nos opérés à cette assemblée, 40 heures après l'opération, nous voulions, comme nous l'avons dit, constater de suite plusieurs faits importans : d'abord, que l'opération n'est point dangereuse, puisque nos opérés étaient venus à pied se faire voir, et que la petite plaie, suite de l'opération, était en voie de cicatrisation sans avoir amené la plus petite ophthalmie; en second lieu, que le redressement de l'œil était complet, qu'il avait été spontané et ne s'était pas fait attendre pour n'amener, en définitive, comme on le pensait, qu'une amélioration momentanée. Nous avions surtout à cœur de faire constater que le globe oculaire s'était placé au centre de l'orbite ni trop ni trop peu; que loin d'être immobile il suivait tous les mouvemens de l'œil opposé, et que même il pouvait se porter en dedans malgré la section du muscle droit interne, avec la même aisance que si ce muscle eût existé.

Enfin, nous avons dit en terminant que nous tenions ces opérés à la disposition de l'Académie pour les lui faire voir toutes les fois qu'elle le désirerait, afin qu'elle pût juger les résultats consécutifs à l'opération.

Cette manière de procéder est, ce nous semble, on ne peut plus légale au point de vue scientifique, aussi fut-elle approuvée, si ce n'est par quelques hommes dont l'orgueil ne sait jamais plier même devant des faits, des faits qui intéressent si vivement la science et leur prochain.

Ils nous ont attaqué sans réserve et avec des formes peu académiques, sans comprendre que tout le poids de leurs coups retomberait lourdement sur leurs épaules. Au lieu d'aborder le point de vue scientifique, ils ont cherché à étouffer les débats et à obscurcir la question.

Ils trouvaient bon que la publicité propageât leurs opinions erronées, et ils s'offensent de ce que, désabusée aujourd'hui, la presse rétablisse, par cette publicité qu'elle leur a prêtée, la vérité dans tout son jour.

Battus sur deux chefs importans, les *accidens de l'opération* et *les succès spontanés*, ils ont changé de batterie. Dès aujourd'hui, s'ils osaient, ils diraient volontiers qu'on les calomnie, et dans quelques jours ils protesteront au besoin de leur amour pour le strabisme, ils diront qu'ils ne s'en prennent qu'au fanatisme, qu'ils veulent attendre pour juger, parce que l'un d'eux a eu six revers sur sept cas d'opération.

En se plaçant sur ce terrain de la chicane, nos adversaires ressemblent assez bien à ces avocats avisés, qui, pour amoindrir par le bénéfice du temps la faute de leurs cliens, font sans cesse remettre la cause. Soit! nous acceptons leur défi à terme. Dieffenbach, qui depuis seize mois opère le strabisme, s'est chargé de répondre pour nous. Mais puisqu'ils veulent voir, voir de leurs propres yeux; puisqu'ils refusent d'escompter le papier du célèbre et honnête chirurgien de Berlin, nous les forcerons bien de faire honneur à notre signature.

Après ces préliminaires, M. Baudens a procédé immédiatement, dans sa dernière séance, à l'opération du strabisme. Cinq personnes se sont présentées l'une après l'au-

---

est que le virus syphilitique peut produire chez l'un une blennorrhagie, chez un autre un chancre, et nous devons avouer que nous avons été bien aise de voir cette thèse adoptée franchement par le docteur Saint-Gervais. Du reste, s'il se trompe, c'est en bonne compagnie, puisqu'il ne fait que mettre en relief les opinions de Bell, de Hunter, de Hufeland, de Swédiaur, de Laguneau, de Cooper, de Roux, etc.

Les chapitres XII et XIII sont consacrés aux maladies caractérisées par l'ulcération primitive des membranes muqueuses, et aux affections constitutionnelles que l'auteur divise en celles des systèmes lymphatique, muqueux et cutané. Les dermatoses syphilitiques sont classées en huit ordres d'après les méthodes de Willan et Biett, et nous croyons que c'est une innovation fort heureuse pour l'étude des syphilides. Un chapitre intéressant, et qui dénote des connaissances étendues en jurisprudence, est consacré à l'examen de cette question qui se présente journellement en médecine légale : A quels signes peut-on distinguer la vérole des maladies pseudo-syphilitiques? Cette affection est-elle une cause de séparation de corps? Sur cette question, M. Giraudeau se prononce pour l'affirmative, et, comme Fodéré, il range avec raison la syphilis parmi la classe des injures et sévices qui peuvent autoriser le divorce, ou la séparation qui l'a remplacé; cependant il cite plusieurs jugemens et arrêts en sens opposé.

La partie la plus brillante du traité que nous analysons, celle où l'auteur a le plus amoncelé de preuves, de faits, de citations, d'observations curieuses, c'est sans contredit celle où il examine les différentes méthodes de traiter la syphilis, et si les opinions classiques ne dominaient toujours nos idées, on se sentirait entraîné à adopter tous les raisonnemens qui sont présentés avec beaucoup d'art contre les dangers du mercure; du reste, sans en nier l'efficacité dans certaines circonstances, l'auteur présente avec assez d'impartialité les différens modes de l'administrer soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, et indique les précautions qui peuvent en diminuer les inconvéniens.

Après avoir passé en revue les mille et une préparations hydrargyriques, l'auteur discute les propriétés plus ou moins réelles du platine, de l'or, de l'ammoniaque, de l'opium, des bois sudorifiques, des plantes dépuratives, et il termine en présentant des aphorismes pratiques, qu'il a nommés conclusions thérapeutiques, qui nous ont semblé empreints d'une haute philosophie médicale. L'auteur nie la spécificité du mercure, et dit que le traitement des maladies vénériennes doit être soumis aux règles générales de la thérapeutique, et qu'il doit être modifié suivant les âges, les sexes, les constitutions et les maladies concomitantes, et il dit que dans presque tous les pays on traite et l'on guérit par des moyens opposés, et que, par conséquent, il n'y a pas de spécifique.

La méthode de traitement du docteur Giraudeau nous paraît empreinte d'un sage éclectisme; il recommande les antiphlogistiques dans la période aiguë, puis il passe aux dépuratifs, aux opiacés, aux bains de vapeur et aux bains sulfureux, mais la base principale de son système nous paraît être la révulsion sur le tube intestinal par des sudorifiques unis aux purgatifs et dont il fait un emploi journalier.

Ceux qui veulent des lectures moins sérieuses que ces froides discussions scientifiques devront se borner à lire la notice sur la prostitution : c'est un résumé très complet de Parent-Duchatelet, de Desessarts, de Dulaure, de Sabatier, etc. Ce chapitre est traité philosophiquement, et plus d'un père de famille voudra que son fils le lise avant de l'envoyer à Paris, car il est toujours facile d'éviter le danger que l'on connaît, et cela vaudra mieux que le trivial proverbe *de la crainte* qui se trouve stéréotypé dans tous les conseils de morale que les parens de province enseignent à leurs enfans.

Le chapitre de la prophylaxie nous a paru aussi assez curieux : nous avons retrouvé avec plaisir un extrait du rapport fait à la Société des sciences de Bruxelles sur la police sanitaire pour arrêter la propagation de la syphilis, ainsi que de nouveaux réglemens sur la prostitution et l'indication des lois qui la régissent en Prusse et en Belgique. Cet ouvrage se termine par l'indication critique des principaux ouvrages qui ont paru sur la syphilis depuis 1496 jusqu'en 1841, et on lira avec beaucoup d'intérêt de longs extraits des poëmes peu connus de Séraphin, de Jean Lemaire, de Lalli, de Sacombe, et surtout du célèbre Fracastor, avec la traduction en vers en regard, par Barthélemy, ainsi que des fragmens de son dernier poëme de Syphilis, publié il y a quelques mois. Le dernier chapitre est une mosaïque de formules empruntées à tous les systèmes, à toutes les écoles, et qui n'ont de rapport entr'elles que leur liaison par ordre alphabétique : c'est au médecin à savoir bien choisir dans cet arsenal thérapeutique, et c'est ce que je lui souhaite. Je ne parlerai pas de la table analytique, quoiqu'elle m'ait été d'un grand secours pour rendre compte de cet énorme in-8°; mais dans l'intérêt des feuilletonistes qui n'ont pas grand temps à perdre, nous recommandons aux auteurs d'en faire autant, ils y gagneront et les lecteurs aussi.

En résumé, nous avons lu tout ce Traité avec une attention soutenue par l'intérêt, et c'est déjà un éloge par le temps qui court. Cependant, la vérité nous oblige à dire que ce livre manque d'unité; c'est une espèce de mosaïque chatoyante, formant un compendium médico-littéraire où plusieurs chapitres se heurtent les uns les autres et sont tout étonnés de se trouver ensemble; en outre, la forme n'en est pas assez médicale, on n'y trouve pas assez de recherches anatomiques, et si l'auteur *a guéri tous ses malades*, il aurait dû emprunter aux médecins des hôpitaux quelques observations d'anatomie pathologique, et nous disons cela sans jouer sur les mots. Mais, disait naïvement l'éditeur, tous ces défauts sont des titres à la vogue marchande; aussi s'est-il empressé, dit-on, d'acheter la seconde édition à un prix énorme, et les politesses d'un libraire sont de douces compensations aux tribulations des Aristarques.

Somme totale, pour être juste, nous devons dire que peu d'ouvrages de médecine se recommandent par une utilité plus réelle et plus pratique; et nous devons en même temps des éloges à M. Germer Baillière, qui n'a rien négligé pour la beauté du papier, des caractères et la fidélité des gravures, tout en donnant l'ouvrage à bon marché, ce qui est peut-être une bonne spéculation dans notre siècle d'économie. Ce traité de syphilographie occupera désormais une place importante dans la science que nous ne lui voyons pas disputée, et le temps est venu justifier les éloges que notre feuille donna à la première édition, qui parut en octobre 1838. Nous avons donné une analyse détaillée de cet ouvrage, parce qu'il nous semble que les devoirs de la presse, de cette sentinelle avancée de l'opinion, sont de signaler tous les ouvrages sérieux et consciencieusement élaborés, qui surgissent à l'horizon médical. D'ailleurs, dit Montaigne, tout homme qui écrit ce qu'il sait et ce qu'il a vu, mérite d'être écouté.

V....., D.-M.-P.

— A la suite d'un brillant concours ouvert à l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux et hospices civils de la ville de Paris, ont été reçus internes des hôpitaux les vingt-sept élèves dont les noms suivent :

MM. Moreau, Guéneau de Mussy, Cloquet, Delpech, Guignard, Bonnet, Grandhomme, Bergeron, Aubry, Figuière, Leroy, Bourgoin, Bodard, Boucher, de Lonjon, Belin, Gaubric, Lefebvre, Tricou, Guérin, Delâtre, Roussel, Chapotin de Saint-Laurent, Fortineau, Choyet, Decrozant, Houël.

tre au scalpel de cet habile opérateur.

Trois strabismes étaient convergens d'un seul œil, deux à gauche, un à droite. Le quatrième louche avait un strabisme divergent, et le cinquième un strabisme double.

Chez les trois premiers, l'opération a été aussi simple que possible ; en quelques instans le redressement a été complet, et c'était un spectacle attendrissant que de voir ces pauvres louches se jeter au cou de l'opérateur pour l'embrasser avec une effusion qui partait du cœur. Le quatrième a obtenu un résultat non moins prompt, non moins complet, non moins spontané ; seulement, comme il peut arriver que le strabisme divergent devienne convergent, M. Baudens nous avait prévenu de la possibilité de ce changement, et nous suivions l'opération avec quelqu'anxiété, mais nos craintes ne se sont pas réalisées. M. Baudens nous a dit avoir opéré six strabismes divergens et n'avoir pas encore eu occasion de constater la convergence consécutive. On conçoit, du reste, la possibilité de ce phénomène pour le cas dont il s'agit ; et quand il se présente, il faut, plus tard, couper le droit interne. Cette particularité doit toutefois n'être pas bien commune, puisque sur six cas elle ne s'est pas présentée une seule fois à M. Baudens. Quant au strabisme interne, on n'a rien de semblable à redouter, parce que les deux muscles obliques retiennent le globe oculaire en dedans.

Le cinquième opéré avait un strabisme très prononcé des deux yeux ; l'œil opéré a été redressé sur le champ, l'autre a subi de l'amélioration ; et si, dans quelque temps, elle ne fait pas de progrès, il faudra opérer le deuxième œil.

Un phénomène nous a frappé après ces diverses opérations : l'extrême mobilité de l'œil dans tous les sens et même du côté où le muscle a été coupé. M. Baudens l'explique en disant que les muscles droits supérieur et inférieur sont à la fois, par leurs fibres les plus externes et internes, adducteurs et abducteurs.

Voici comment M. Baudens opère d'après la méthode qu'il a créée, et qu'il met à exécution avec de si brillans succès :

La personne qui doit être opérée est assise sur un tabouret élevé ; un bandeau masque l'œil sain, afin que l'œil strabique puisse se porter facilement en dedans ou en dehors, selon l'espèce de strabisme.

L'opérateur, placé en face, relève la paupière supérieure avec l'élévateur de Pellier, et le confie à un aide qui, placé derrière le patient, lui soutient en même temps la tête qu'il appuie sur sa poitrine. L'opérateur place sur la paupière inférieure l'abaisseur de M. Charrière, et le confie à un aide situé de côté. On recommande au louche de regarder le plus possible du côté opposé à la déviation ; en dehors si le strabisme est convergent ; et dans ce moment l'opérateur implante dans l'angle de réflexion palpébro-oculaire de la conjonctive, une petite érigne à un seul crochet, en ayant soin de ne pas se borner à harponner cette membrane, mais à saisir en arrière et en dedans une quantité notable des tissus fibreux qui doublent cette toile. Si vous ne prenez que la muqueuse, dit M. Baudens, le globe oculaire conserve trop de mobilité, et comme cette membrane est unie par un tissu cellulaire fort lâche et fort extensible à la sclérotique, il en résulte que pendant l'opération elle rompt ses faibles adhérences et vient dédoubler la sclérotique jusqu'à la cornée. Quand il n'en résulterait d'autre inconvénient que de donner à la surface traumatique une plus grande étendue, et partant plus d'inflammation, il faudrait l'éviter, et on y parvient aisément en suivant notre conseil.

Si l'on opère un strabisme convergent droit, l'opérateur saisit l'érigne de la main gauche, et il la confie à un aide s'il opère à gauche. On fait effort sur l'airigne, et une corde transversalement étendue se dessine dans l'angle interne de l'orbite. Cette corde peut être divisée par un coup de ciseaux, par le bistouri droit, d'avant en arrière, ou un petit bistouri courbe d'arrière en avant, en la traversant à sa base. Après avoir essayé des trois moyens, M. Baudens, tout en conseillant les deux premiers aux opérateurs novices, préfère le troisième.

Cette corde doit être incisée à une ligne en dedans de l'implantation de l'érigne. Ce temps opératoire est si rapide, que le sang n'étant pas venu masquer encore le fond de la plaie, on y aperçoit distinctement les fibres charnues du muscle.

M. Baudens saisit alors l'instrument qu'il a imaginé et qu'il appelle crochet bistouri : ce crochet bistouri ressemble parfaitement, mais en miniature, par sa forme à l'aiguille à ligature artérielle de Deschamps. A deux lignes de son extrémité, qui est mousse et ne permet pas de blesser le globe oculaire, commence le tranchant d'un bistouri étroit, lequel embrasse en grande partie la courbure du crochet.

Porté au fond de la plaie, cet instrument ramasse à coup sûr le muscle strabique et le coupe du même coup près de son insertion au globe oculaire, en y comprenant le plus possible de sa gaîne aponévrotique ; on reporte l'instrument dans le fond de la plaie et on ramasse les fibres qui auraient pu échapper à la première recherche.

L'opération est terminée. Mais M. Baudens ne s'en tient pas là, il lui faut une dernière démonstration mathématique ; la portion musculaire attachée au globe oculaire saisie dans une érigne à double crochet, est portée en dehors ; il étudie la section du muscle, et portant sur ses angles une attention toute spéciale, il débride ses angles avec de petits ciseaux mousses et courbes ; il s'assure qu'il ne reste aucune bride soit charnue, soit aponévrotique. Et quand cette conviction est acquise, il emporte d'un coup de ciseaux les parties saisies dans l'érigne pour rendre plus nettes les lèvres de la plaie du côté du globe de l'œil.

Ce dernier temps opératoire, auquel M. Baudens ne manque jamais, allonge un peu l'opération qui, sans lui, serait faite en moins d'une minute ; mais il est essentiel pour éviter les récidives, et comme le muscle sur lequel on agit a déjà été coupé, il jouit de peu de sensibilité ; aussi les dernières investigations sont-elles fort peu douloureuses.

La méthode opératoire de M. Baudens n'est pas seulement remarquable sous le double point de vue de la sûreté, de la précision, elle l'est encore surtout au point de vue de l'innocuité des phénomènes qu'elle développe. Pas un seul des opérés de M. Baudens n'a eu besoin de sangsues ni d'un régime rigoureux ; pas un seul accident, pas un seul accès de fièvre n'est survenu, et la plupart d'entre eux ont continué leurs travaux journaliers en se contentant d'un bandeau et d'une compresse d'eau froide pendant trois jours.

Cette innocuité, qu'on ne rencontre pas aussi généralement dans les autres modes opératoires, M. Baudens l'attribue aux précautions qu'il prend pour respecter autant que possible les liens celluleux qui unissent le globe de l'œil aux parties environnantes.

S'il est survenu parfois des ophthalmies intenses avec suppuration et fonte du tissu cellulaire, c'est, dit M. Baudens, parce qu'on est allé chercher le muscle trop en arrière, et que le globe oculaire a été trop dénudé. Par notre méthode, nous arrivons directement sur le muscle ; constamment il est au fond de la petite incision conjonctivale, et le globe oculaire ne subit de dénudation que dans le point où le muscle a été coupé.

Après quinze jours, il reste quelquefois dans le lieu correspondant à la cicatrice une granulation rouge, de la grosseur d'un grain de groseille : quand elle ne se flétrit pas spontanément, nous l'enlevons, dit M. Baudens, d'un coup de ciseaux, après l'avoir embrassée avec une petite érigne.

Encore un mot avant de nous quitter. Faut-il, ou ne faut-il pas exciser une portion du muscle strabique ; et, avant tout, que devient ce muscle quand il a été divisé ?

Cette question, dit M. Baudens, ne sera réellement bien connue que par les études nécroscopiques, et il paraît que depuis seize à dix-huit mois que le strabisme a pris rang parmi les opérations chirurgicales, aucun des opérés ne serait encore décédé ; de sorte que nous n'avons que des données bien problématiques.

D'après l'opinion de M. Phillips, le muscle strabique, une fois coupé, irait se greffer sur le globe oculaire, mais dans un point plus rapproché du nerf optique ; cet habile chirurgien aurait eu une fois l'occasion de constater ce fait en coupant le muscle grand oblique, deux mois après qu'il avait déjà incisé le muscle droit interne. Ce fait isolé, et dont l'appréciation a dû être fort difficile, est évidemment insuffisant pour trancher la question.

Pour nous, dit le chirurgien en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, *à priori*, nous sommes tenté de penser que le muscle une fois coupé, se rétracte dans le fond de l'orbite, et que, privé de fonctions, il doit finir par s'atrophier, quand il a été divisé en entier, lui et sa gaîne fibreuse. Il est évident que si une seule fibre musculaire avait échappé à l'opérateur, la continuité du muscle pourrait se rétablir et faire perdre graduellement tous les bénéfices que l'opération promettait d'abord.

Il est encore possible, dit M. Baudens, que le muscle se soude avec les liens celluleux qui l'entourent, et que ces liens celluleux dont l'atmosphère embrasse, le globe oculaire servant d'intermédiaire entre l'un et l'autre, s'organisent en un tendon aponévrotique, et rétablissent la puissance du muscle coupé. Dans tous les cas, comme l'œil a été redressé, la corde musculaire nouvelle doit nécessairement s'accommoder aux mouvemens oculaires, et ne saurait rétablir le strabisme.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que le temps ne fera que continuer notre ferme croyance, que les récidives ont toutes pour cause la section incomplète du muscle ou de son étui aponévrotique ; et voilà pourquoi nous apportons une attention scrupuleuse et toute mathématique à vérifier le résultat de l'opération, quand même le complet redressement du globe oculaire semble nous confirmer un succès durable.

Ces récidives, d'ailleurs, n'ont jamais lieu qu'entre les mains d'hommes inhabiles, ou de chirurgiens habiles d'ailleurs qui ne sont encore qu'à leur noviciat dans le strabisme.

A l'aide de ces préliminaires, la question de l'excision de la portion musculaire restée adhérente au globe de l'œil devient d'une solution plus facile.

Nous savons bien que les muscles divisés par leur milieu et tenus écartés même de plusieurs pouces, finissent par se réunir et par combler la lacune par l'allongement de leurs fibres, de sorte qu'au bout d'un certain temps leur continuité est rétablie ; mais alors, si le muscle s'est allongé, il n'est plus raccourci, et il ne saurait, dans ce cas, rappeler le strabisme. Et d'ailleurs, si, comme on l'a vérifié, cette puissance d'allongement des fibres musculaires est grande, ce n'est point l'anéantir, ni se soustraire à ses résultats consécutifs, que d'exciser une à deux lignes du muscle strabique.

Or, le muscle strabique une fois divisé, le globe oculaire, par son redressement immédiat, laisse entre les bouts du muscle une distance notable, et la continuité musculaire n'est plus admissible que par l'allongement des fibres musculaires ; mais, encore une fois, le muscle, s'il s'est allongé, ne saurait plus être strabique.

Il faut donc chercher ailleurs la cause des récidives, et plus nous entrons dans la question, plus nous l'examinons sous ses diverses faces, plus nous restons convaincu que la seule et unique cause du strabisme réside dans la section incomplète de la puissance strabique.

Que si nous coupons nous-même, dit M. Baudens, la portion du muscle restée adhérente au globe oculaire, quand cette portion du muscle a quelqu'étendue, ce n'est pas dans la crainte des récidives, mais afin de purger et de nettoyer une portion de la sclérotique, qui désormais doit regarder le jour.

Un phénomène non moins remarquable que le redressement spontané du globe de l'œil immédiatement après l'opération du strabisme, c'est l'amélioration notable et également spontanée de la vue.

Nous vaus l'avons dit : les louches ne voient réellement que d'un seul œil. Pour voir de l'œil strabique, il faut qu'ils ferment la paupière de l'œil sain, et à cette condition seulement, en redressant un peu l'œil strabique, ils exercent la vue de ce côté, et encore très imparfaitement.

Quand l'œil est redressé, ils obtiennent des deux côtés le résultat qu'ils n'avaient qu'en fermant l'œil sain, et comme en réalité ils n'avaient jamais vu des deux yeux à la fois ils témoignent un étonnement dont ils ne se rendent pas bien compte d'abord, mais dont l'épanouissement de leur physionomie et la joie qu'ils témoignent fait bien augurer. Beaucoup s'écrient : C'est étrange ! mais comme je vois mieux !...

Les louches sont presque toujours myopes du côté affecté, et la myopie cesse après l'opération, la vue devient longue de courte qu'elle était.

Le strabisme aura donc résolu une question physiologique qui avait pour ainsi dire été abandonnée après bien des controverses, à savoir, l'influence sur le globe oculaire de son appareil musculaire. On sait que comparant le globe oculaire à une lunette de spectacle, on a dit que le globe de l'œil pouvait, comme celle-ci, s'allonger et se raccourcir sous l'empire des muscles oculaires. Les quatre muscles droits, en tenant l'œil au centre de l'orbite et agissant seuls diminueraient son diamètre antéro-postérieur, tandis que les deux obliques leurs antagonistes, tirant l'œil en avant, agrandiraient le même diamètre, et, selon le degré de puissance des uns et des autres, il y aurait myopie ou presbytie. Or, la section de l'un des muscles droits faisant disparaître la myopie après le strabisme, ouvre un nouveau et vaste champ à la physiologie oculaire et à la thérapeutique de la myopie considérée en dehors du strabisme.

Le strabisme, dit en terminant M. Baudens, a ses détracteurs et ses partisans : nous sommes de ces derniers sans arrière-pensée et par conviction ; et croyez-le bien, notre enjeu est trop lourd, et nous n'irions pas jouer légèrement un labeur de vingt années de travaux scientifiques, une haute position dans la chirurgie militaire, la confiance dont nous honore le second fils du roi, tout notre avenir en un mot, contre un mensonge. A. M....

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Torticolis congénital. Considérations générales.

Au n° 1 de la salle des femmes est une jeune fille âgée de vingt ans, atteinte d'un torticolis qui paraît être congénital. Son intelligence obtuse n'est pas en rapport avec son âge ; ses réponses sont vagues et le plus souvent par monosyllabes. Cette jeune fille est en même temps atteinte d'une amaurose incomplète, qui pourrait bien reconnaître la même cause que le torticolis, quoique l'affaiblissement de la vision soit plus prononcé à gauche, c'est-à-dire au côté opposé à celui vers lequel la tête est déviée. Nous croyons en effet qu'il existe un rapport de cause entre l'amaurose et le torticolis, ou du moins la chose n'est pas impossible. Disons avant d'aller plus loin que les différens moyens que nous avons employés dans le but de faire cesser l'amaurose sont restés jusqu'à présent sans efficacité.

La conformation de la face chez cette jeune fille est celle qui existe quelquefois chez des personnes qui ne sont pas atteintes de torticolis, mais qui le plus souvent accompagne la rétraction ou le défaut de développement du muscle sterno-cléido-mastoïdien : le côté de la face correspondant au torticolis est moins développé que le côté opposé. Or, ce défaut de développement, arrivé contrairement à cette loi qui fait que ce même développement, tant matériel que virtuel, du côté droit, est un fait constant chez les individus qui ne sont pas gauchers, prouve encore qu'il se rattache au torticolis. Tout le côté droit de la tête est d'ailleurs moins développé que le gauche.

L'obliquité de la tête est néanmoins peu prononcée, et c'est principalement pour son amaurose que la jeune malade a été reçue à la clinique, plutôt que pour être soumise à la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; non que nous soyons prévenu contre cette opération, mais parce que la difformité ne nous paraît pas assez prononcée pour réclamer l'opération. Loin de là, nous avons pratiqué un des premiers la section de ce muscle.

Il faut bien le reconnaître, ce sont presque toujours les chirurgiens qui ont pratiqué les premiers les sections tendineuses, opérations dont quelques hommes se sont emparés pour en faire une spécialité. Entre autres opérations, nous avons fait, il y a quelques années, celle d'une petite fille très précoce, atteinte de torticolis. Nous n'eûmes pas recours à la ténotomie sous-cutanée, car ce mode d'opérer n'était point imaginé alors ; nous ne fîmes pas non plus la section du muscle près du sternum, car les deux faisceaux de ce muscle étaient très larges dans cet en-

droit. Cette section fut faite vers la moitié de la longueur du muscle, où celui-ci était très étroit et très saillant. Au lieu d'une section transversale à la direction du muscle, pratique généralement suivie alors, nous fîmes à la peau une incision parallèle aux fibres de ce même muscle, qui, une fois mis à découvert, fut coupé transversalement.

Mais, encore une fois, la difformité est tellement peu prononcée chez notre jeune fille, qu'il est inutile d'avoir recours à la ténotomie. Aussi nous bornerons-nous à vous signaler son affection comme un cas curieux qui mérite surtout d'être examiné à cause de la coïncidence de l'amaurose avec le torticolis.

Cette difformité est-elle congéniale ou acquise? Voilà un point qu'il nous a été impossible d'éclaircir, à cause de l'insuffisance des renseignemens fournis par la malade.

Il serait encore curieux de rechercher si le torticolis est exclusivement le résultat de la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La rétraction de ce muscle concourt pour beaucoup, dans la majorité des cas, à la production du torticolis; mais la cause de celui-ci peut simultanément résider dans d'autres muscles, et c'est précisément là le motif qui fait que, dans quelques cas, la difformité ne cesse pas, entièrement au moins, après la section du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et que le résultat n'a pas été parfois plus favorable, même après l'usage prolongé d'un appareil mécanique que l'on a été dans la nécessité d'employer.

Il n'est donc jamais certain que la cause du torticolis réside exclusivement dans la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et que la section de celui-ci fera cesser la difformité. On conçoit difficilement, d'ailleurs, pourquoi la cause qui aurait provoqué la rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, aurait épargné les autres muscles rotateurs de la tête.

D'ailleurs, ne trouve-t-on pas ici, comme dans le pied-bot, quelques modifications dans la configuration des os, qui serait elle-même un obstacle à la cessation complète de la difformité? Je sais bien, qu'en général, ces modifications sont peu prononcées, et qu'elles le sont moins, à beaucoup près, qu'on ne le pensait lorsque furent publiés les premiers travaux sur ce sujet, principalement par Scarpa. Cependant, quoique ce soit moins dans les os que dans les muscles que réside la cause de la difformité, il est vrai de dire, néanmoins, que ceux-ci peuvent eux-mêmes offrir un certain degré de difformité capable de devenir un obstacle à la disparition complète du torticolis, après l'opération de la ténotomie. K...

Les médicamens ferrugineux ont toujours joué un rôle fort important dans la thérapeutique; mais depuis quelques années il y a eu recrudescence dans leur administration. On dirait que la mode les a pris sous son patronage; car on voit sur toutes les étagères-renaissance de nos femmes les plus élégantes des bonbons ferrugineux, et il n'a pas dépendu d'un célèbre professeur que le fer ne s'incorporât aux brioches de Félix. Qui n'a pas lu les réclames et les rapports plus ou moins académiques sur les préparations des docteurs Blaud, Vallet, Quesneville, et de MM. Louradour, Béral, Arrault, Gélis, Colmet-d'Aâge, etc.? Quel est le médecin qui n'a pas voulu essayer de ces nouvelles compositions, et qui n'en a pas obtenu quelques bons effets dans les maladies qui proviennent de la langueur du principe vital, de l'atonie des tissus et de la faiblesse des mouvemens organiques.

MM. Trousseau et Pidoux, dans leur excellent Traité de matière médicale, tome II, première partie, page 185, ont consacré un long article aux préparations ferrugineuses, dont nous croyons utile d'extraire ce qui suit: « Données à l'intérieur, elles exercent sur l'homme et sur la femme en état de santé des effets peu considérables, et qui pourtant méritent d'être notés. Après huit ou quinze jours il se manifeste un sentiment de pléthore sanguine, etc.

» Les garde-robes prennent une couleur noire analogue à celle de l'encre; et ce phénomène en a souvent imposé aux médecins pour des déjections mélaniques. Cette teinte noire, suivant Barruel, est due à la combinaison de l'acide gallique, ou tannique, qui se trouve mêlé aux alimens. Bonnet l'attribuait à la combinaison du soufre avec le fer. Dans ce cas il croyait à la formation d'un sulfure de fer. Les urines contiennent également du fer, comme les réactifs chimiques le démontrent. A l'extérieur, les ferrugineux exercent sur les tissus une action astringente; ils modèrent la suppuration des ulcères, hâtent la cicatrisation des plaies, tempèrent les hémorrhagies. Les préparations solubles sont évidemment les plus énergiques; les insolubles ont néanmoins les mêmes propriétés styptiques que les autres, mais à un moindre degré. »

L'action des ferrugineux est maintenant hors de doute; il ne s'agit donc plus que de déterminer le meilleur mode de les administrer. *Corpora non agunt nisi soluta*; et l'on a reproché, avec raison à la plupart des préparations de fer d'être insolubles et d'être difficilement absorbées, d'inspirer de la répugnance aux malades et de ne pas se conserver au même état d'oxidation; c'est ce qui a conduit à proposer le tartrate, le citrate et le lactate de fer, qui sont, en effet, plus solubles, plus assimilables, et par conséquent d'un effet plus positif.

« D'une part (*Dictionn. des dictionn. de Méd.* de Fabre, page 165, 10e livraison), l'acide lactique, abondamment répandu dans l'économie animale, existe aussi dans l'estomac; et d'autre part, les préparations ferrugineuses qui se dissolvent le plus facilement dans cet acide sont les plus actives; par exemple, la limaille de fer; il est donc probable qu'alors le fer n'agit qu'à l'état de lactate, et que le rôle de l'estomac se borne à une simple absorption. Or, en administrant directement le lactate de fer, l'efficacité du fer cesse d'être subordonnée à l'acidité des liquides de l'estomac.

« MM. Bouillaud et Fouquier ont essayé avec un plein succès, à l'hôpital de la Charité, l'emploi de ce médicament (*Gazette des Hôpitaux*); et du rapport de M. Bouillaud, au nom de la commission académique (*Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, février 1040), il résulte que le lactate de fer est soluble, facilement assimilable et inaltérable, qu'il peut être pris sans répugnance, ne détermine pas les douleurs gastriques presque toujours inséparables des sels de fer insolubles, et cause seulement un léger goût d'encre auquel les malades s'habituent facilement; enfin, que l'un des premiers effets de l'emploi du lactate de fer est une augmentation remarquable de l'appétit, et la disparition rapide des désordres chlorotiques ou anémiques. »

Le lactate de fer peut s'administrer en pastille, en chocolat, etc., mais nous pensons que la forme pilulaire adoptée par M. Trablit, pharmacien, est une des meilleures, parce que le goût styptique et atramentaire se trouve tout à fait masqué. Ces pilules ferrées contiennent chacune cinq centigrammes de lactate de fer incorporé avec sirop de gomme et poudre de guimauve, et elles sont recouvertes d'une feuille d'argent, de sorte que le malade peut les avaler sans aucune répugnance, et le médecin peut en graduer les doses selon l'âge et la constitution de ses malades. Nous pensons, d'après notre propre expérience, que les pilules de lactate de fer peuvent être employées pour guérir la chlorose (pâles couleurs) chez des enfans des deux sexes, et qu'elles peuvent être recommandées chez les jeunes filles à l'époque de la puberté. On les emploie avec succès chez les femmes vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, parce qu'elles activent la circulation et éloignent l'âge de retour. Le lactate de fer convient encore pour les faiblesses d'estomac, les pertes d'appétit, les maladies spasmodiques, nerveuses, et dans toutes les affections lymphatiques avec tendance au rachitisme. Elles sont encore préconisées contre la leucorrhée (flueurs blanches), les langueurs d'estomac et chez les individus épuisés par les excès, les travaux, les maladies ou les saignées, ainsi que chez les enfans pâles, chétifs, sujets aux vers ou affaiblis par de mauvaises habitudes.

DAROLLET, D.-M.-P.

Imprimerie de Bé[illegible] Vaugirard, 36.

MARDI 12 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 5, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

RÉFUTATION

DE LA RÉPONSE DE M. ORFILA (13 décembre 1840),

aux écrits de M. RASPAIL (1er octobre) sur l'affaire de Tulle;

PAR F.-V. RASPAIL.

(Suite et fin du numéro 3.)

§ III. OBJECTIONS. (1)

Si j'avais le choix du titre, je l'aurais remplacé par celui-ci : *Réfutation des objections sérieuses de M. Raspail, par les facéties de MM. Orfila et Lespinasse.*

Il est, en médecine légale comme dans toute autre profession, des caractères trempés de la sorte, qu'ils se livrent à un fou rire dès qu'ils cessent d'avoir peur. L'arrêt de la Cour de cassation a banni toute crainte. Soyons plaisans aux pieds d'un pilori ;

Commençons par les facéties de l'expertise légale.

Dans notre Mémoire à consulter, nous avions sérieusement reproché à M. Orfila une certaine tendance au plagiat. M. Orfila rétorque l'argument *ad hominem*, et nous accuse, à notre tour, de friser le plagiat dans notre mémoire. Savez-vous envers qui nous nous serions rendu coupables de cet abus de confiance ? Devinez :

Envers Rapp, Rose, Couerbe, Fodéré, Chaussier, et tous les toxicologistes qui ont écrit sur la matière depuis Tackenius, ce contemporain de Glauber, et que M. Orfila faisait vivre du temps d'Hippocrate, jusqu'à nous ?

Pas le moins du monde. En notre qualité d'ignorant, nous ne visons pas si haut ; nous ne pillons que nos semblables, que ceux qui font, ainsi que nous, profession d'ignorance dans tout ce que possède si éminemment M. Orfila. Vous commencez à comprendre : c'est, en un mot, à Mes Bac et Paillet, que nous avons rendu le mauvais service que M. Orfila est atteint et convaincu d'avoir rendu à M. Couerbe. Il me semblait d'abord que M. Orfila n'avait à plaisanter que moi ; car il sait mieux qu'un autre, qu'en empruntant à MM. Bac et Paillet, dont nul plus que moi n'est à même de reconnaître le beau talent ; en leur empruntant, dis-je, deux ou trois phrases chimiques, je n'ai fait que me voler moi-même ; car ces deux éloquens défenseurs, désespérant de nous voir arriver à l'audience, prirent le parti de puiser leurs réfutations chimiques dans les bons conseils des chimistes du pays et dans notre déposition de Dijon, dont ils avaient un exemplaire.

Ainsi, nos objections sur la chair musculaire (page 401) ; sur l'insignifiance de quelques taches dans un cas d'empoisonnement (page 104) ; sur l'influence de la respiration dans une atmosphère arsenicale (page 106) ; vous les trouverez déjà formulées en toutes lettres dans le procès de Dijon.

Laissons donc là ces facéties, qui appartiennent en propre à M. Orfila. Passons à celles qui sont du fait de M. Lespinasse, que, dans sa lettre publiée par la Gazette des Tribunaux (2), M. Orfila qualifie du *sieur Lespinasse!* Avis aux vassaux, vavassaux et vilains de la science !

Un renseignement de notre enquête nous avait révélé que M. Lespinasse avait administré à son malade neuf onces de colcothar, et nous avions fait observer qu'il y avait là de quoi tuer neuf malades dans la crise où se trouvait Pouch-Laffarge. A l'autopsie, en effet, on s'assura que le canal intestinal était encombré de cette poudre ferrugineuse, et vous vous souvenez que Laffarge mourut le jour suivant.

Ce renseignement était grave ; car on ne préjuge pas un empoisonnement, et on n'administre pas un semblable remède sans certaines précautions thérapeutiques.

Le fait était un tant soit peu inquiétant pour les futurs débats, dans le cas où ils auraient dû avoir lieu. De là correspondance active entre M. Orfila et M. Lespinasse. La réponse de M. Orfila offre toute une colonne remplie de ces bouts de lettres. J'avais envie de les transcrire, mais elles sont écrites de telle sorte, que vraiment, sans vouloir rien enlever au mérite littéraire de M. Lespinasse, nous ne saurions les admettre en nature dans une réfutation qui vise au sérieux. Nous nous contenterons d'en prendre les assertions sans la forme, et les raisons sans le désordre de l'exposition.

1° M. Orfila paraît avoir demandé à M. Lespinasse s'il était bien vrai qu'il eût administré le colcothar sec, impur, à l'état de carbonate ou de tritoxyde du commerce, et non à l'état d'hydrate ou d'oxyde humide, et doué d'une espèce de solubilité.

M. Lespinasse répond qu'il l'avait demandé à l'état d'hydrate, mais qu'on le lui avait expédié à l'état sec et rouge.

Devons-nous croire que M. Lespinasse ait reçu un sel qui n'était pas selon la formule ? Et d'abord, M. Lespinasse avait-il bien établi cette différence dans sa demande ? Nous pensons, nous, que nul pharmacien n'est capable de violer l'ordonnance pour si peu de chose.

Quoi qu'il en soit, M. Lespinasse avoue avoir administré, en une quantité que nous chercherons à déterminer tout à l'heure, d'abord du tritoxyde de fer provenant de la calcination du sulfate de fer ; secondement, du carbonate de fer.

Mais à quelle dose s'est élevé tout le fer ingéré ? Ici commence la polémique.

Depuis l'apparition de notre Mémoire à consulter, M. Lespinasse l'a demandé au pharmacien qui lui avait fourni le tritoxyde, ce qui prouve qu'au Glandier M. Lespinasse n'en savait trop rien. Que répond le pharmacien ? Dans la lettre de M. Lespinasse, il l'estime de 3 à 6 gros (ce sont ses expressions). Différence, le double en plus ou en moins ; choisissez. Mais, de souvenir toujours, M. Lespinasse croit cette estimation un peu faible ; et, pour ne pas être en dehors du vrai, il en porte la dose à *trente grammes* environ (7 gros 60 grains, près d'une once). M. Lespinasse a une balance approximative dans le souvenir. De plus, il en a une des plus exactes, exactes jusqu'au milligramme, au bout des doigts. Il prend une pincée de tritoxyde de fer ; il est en état de vous dire, au bout de dix mois, que cette pincée ne pesait qu'un gramme.

« D'abord, dit-il, la moitié des trente grammes fut *suspendue* (sic) dans une bouteille de liquide, et l'on en fit avaler un demi-verre à Laffarge. »

Ne cherchons pas à évaluer la quantité de peroxyde représentée par ce demi-verre ; *car* Laffarge, par des vomissemens répétés, le *rendit presqu'à l'instant.* Comment le sait M. Lespinasse ? A-t-il analysé les matières du vomissement ? Pas le moins du monde. Il le sait de souvenir.

Une heure après il en fait prendre, du même liquide, une dose moindre de la moitié, et cette dose fut *pareillement vomie.* Puis une dernière dose encore plus faible que la précédente ; elle est également vomie, et M. Lespinasse quitte le Glandier en laissant aux assistans le soin de continuer le remède.

M. Lespinasse assure que pendant son absence Laffarge ne prit qu'une seule fois, et cette fois très peu de peroxyde de fer. Il revient au Glandier, muni, cette fois-ci, de carbonate de fer ; il s'empresse aussitôt d'en *suspendre* (sic) un gramme (toujours pesé entre les deux doigts) dans une faible quantité de liquide, qu'il fait boire au malade. Il faut conclure de là que tout le peroxyde de fer avait été administré ; car autrement, pourquoi avoir recours au carbonate ? Oh ! pas du tout. On passe au carbonate sans nous dire pourquoi on abandonne le peroxyde : ce sont des essais. M. Lespinasse renouvelle la dose, et les vomissemens reparaissent. Cependant, à différentes reprises, on peut en faire prendre huit ou neuf doses pareilles, qui ne furent pas rejetées tout d'un coup, et furent gardées plus ou moins de temps. Enfin les vomissemens reparaissent, et les liquides rendus contiennent plus ou moins de carbonate de fer tenu en suspension... (ici des points ; suppression par M. Orfila de circonstances qu'il nous importerait de connaître) ; puis M. Lespinasse conclut que le peroxyde de fer avalé par Laffarge ne dépasse pas en poids *six grammes*, si toutefois encore cette quantité n'a pas été rendue par les vomissemens.

Quant au carbonate de fer, M. Lespinasse l'évalue (toujours de souvenir) à douze ou quinze grammes, en partie rendues par le vomissement.

Je me suis demandé sur quelle base M. Lespinasse avait fondé cette évaluation, et de quelle officine il tenait ce carbonate. Il paraît que, dans une première lettre, il avait dit à M. Orfila le tenir du pharmacien de Lubersac, village où M. Lespinasse exerce. Avant de l'écrire, ce fait était facile à vérifier. Eh ! bien, en l'écrivant, M. Lespinasse avait commis uns grave erreur, une erreur dont la réparation lui paraît piquante. Ce carbonate, il l'avait reçu trois mois auparavant de M. Dubois, de Limoges, qui lui en avait expédié UNE ONCE ; vous entendez bien, UNE ONCE DE CARBONATE DE FER ! (30 grammes), dont il envoie le restant (qui forme la moitié) à M. Orfila. Récusez ensuite une démonstration aussi péremptoire. M. Dubois n'est-il pas là pour se souvenir que trois mois avant la maladie de Laffarge il a expédié une once de carbonate de fer à M. Lespinasse, à trente lieues de distance environ ?

M. Raspail a osé écrire que les intestins de Laffarge étaient encombrés de poudres ferrugineuses ! Quelle erreur ! On y a trouvé à la vérité une *coloration brune* (sic) ; *mais il y a loin d'une coloration dont une faible dose de sous-carbonate de fer étendu de beaucoup d'eau, rend parfaitement compte, à une ingestion de poudres ferrugineuses aussi considérable que celle sur laquelle on base des hypothèses sans fondement* (Sic.)

Mais un fait précieux avait échappé à M. Lespinasse dans sa première lettre ; on avait administré à Laffarge des lavemens qui ont vidé à chaque fois les gros intestins ; lui-même en a ordonné un qui fut administré le 18, c'est-à-dire la veille de la mort.

Il est donc bien avéré que le canal intestinal ne devait renfermer pas la moindre trace de coloration brune et ferrugineuse ; car l'estomac l'avait toute rendue, le colon en avait été entièrement vidé.

Et pourtant tout le monde avoue que le canal intestinal était encombré d'une poudre brune que M. Lespinasse qualifie de coloration brune. Que voulez-vous ? Parmi les faits curieux de cette expertise, on en trouve de plus curieux encore !

Mais reprenons maintenant toutes ces données pour arriver approximativement à une évaluation quelconque.

M. Lespinasse assure n'avoir eu à sa disposition que trente grammes de tritoxyde de fer, un peu moins d'une once, puis seize grammes de carbonate de fer (quatre gros environ), qu'il n'a pas, dit-il, administré en entier. Pourquoi n'a-t-il pas révélé ce fait plus tôt, à l'audience et après la lecture de notre Mémoire ? Nous aurions pris de nouveaux renseignemens et rectifié l'erreur, dans le cas où, contradictoirement, elle nous eût été démontrée. Au lieu de neuf onces, nous eussions volontiers écrit neuf gros ; et au lieu de dire qu'il y en avait assez pour tuer neuf malades, nous nous fussions contenté de dire *un malade*, en l'état où se trouvait Laffarge, ce qui suffisait à notre démonstration. Neuf gros de colcothar impur, sulfureux, qu'on a pris on ne sait où, et dont, par conséquent, on ignore la nature : c'est quelque chose de pire qu'un médicament ! ! !

Mais comment accorder que telle soit la dose administrée à Laffarge ? Où en est la preuve ? La preuve d'une dose est dans la balance. Qui l'a pesée, cette double quantité ? En thérapeutique on ne pèse pas de souvenir. En chimie on n'a jamais vu peser du bout du doigt. On peut, dans une pincée, croire ne tenir qu'un gramme, et en avoir facilement trois, surtout quand on n'a pas acquis l'habitude de l'évaluation pondérale. Tenez ! j'invite les voisins de M. Lespinasse d'en faire la preuve, à la réception du présent numéro de la *Gazette des Hopitaux* ; qu'on interroge M. Lespinasse sur le poids, estimé à vue d'œil, d'une pincée de colcothar qu'on lui présentera à évaluer, et il y a cent à parier contre un, que M. Lespinasse sera à chaque fois exposé à une méprise grave, et à prendre trois ou quatre grammes pour un gramme. Donc, toutes ses évaluations de souvenir doivent être considérées comme nulles de plein droit ; et l'on peut être persuadé qu'à chaque dose il a dû tenir entre les doigts plus d'un gramme de peroxyde de fer. Qu'est-ce, entre les doigts, que dix-huit grains de colcothar ? Pour nous, un moyen moins trompeur d'arriver à une approximation plus raisonnable, c'est de compter le nombre de doses prises. J'en trouve, dans le récit de M. Lespinasse, l'équivalent au moins de 18 à 20. Mettons vingt prises. Admettons dix grammes à chaque prise ; et qu'est-ce que dix grammes de colcothar en poudre, tenus en suspension dans un verre d'eau ? Cela fait deux cents grammes de poudre ingérée ; nous ne sommes pas bien loin, de cette manière, des neuf onces (deox cent-quatre-vingt-huit grammes), nombre que nous avons consigné dans notre Mémoire ; et ce n'était plus, dès-lors, la peine d'encombrer une colonne de petit-texte de tant de dénégations contradictoires, pour se défendre d'avoir donné quatre-vingt-huit grammes sur deux cent-quatre-vingt-huit.

Une telle version, du reste, serait présentée avec plus de méthode, et rédigée avec plus d'habileté qu'elle serait encore irrecevable ; car il faut que le vrai, en chimie, soit du moins vraisemblable ; et il n'est pas vraisemblable de croire que, lorsqu'on rend tout par le vomissement et les lavemens, on retienne encore quelque chose. Que dis-je, quelque chose ? Une masse de résidu qu'on rencontrait dans toute la longueur du canal alimentaire du cadavre ! Nous maintenons donc les neuf onces (une once de plus que la demi-livre), d'après nos renseignemens, et cela surtout depuis les singulières dénégations de M. Lespinasse en faveur de M. Lespinasse. Quant à M. Orfila, nous avons assez démontré déjà qu'il n'est pas difficile sur le choix des preuves. Dans sa position, il est homme à s'en passer.

2° Récapitulons ces inductions.

M. Lespinass a administré à Laffarge du colcothar dont il ne savait plus, le 22 octobre, ui le poids au juste, ni l'origine. Il n'a rien déposé à l'audience de toutes les circonstances que, le 13 décembre, M. Orfila nous révèle en son nom ; et ces circonstances, dans l'espèce, sont pourtant de la plus haute importance, puisqu'elles étaient de nature à provoquer la position de la question suivante : *Laffarge est-il mort par l'effet du poison ou par celui du contre-poison ?* Aujourd'hui il est illégal de poser la question en ces termes, et nous n'avons plus le droit de nous en occuper, si ce n'est dans l'intérêt de la science et des cas à venir. Evaluons scientifiquement la circonstance.

Quand un médecin a recours à un antidote, c'est pour neutraliser jusqu'aux derniers atomes du poison. Or, lorsqu'il est convaincu que la victime a été gorgée de poison, le médecin doit nécessairement avoir en vue de la gorger de contre-poison. M. Lespinasse, sur la foi des livres de médecine légale, ayant admis en principe que le colcothar était l'antidote le plus puissant de l'arsenic, il aurait été coupable d'inconséquence s'il n'avait pas administré le colcothar à haute dose, surtout quand il voyait le malade rendre à mesure tout ce qu'il prenait. Un sel aussi insoluble que le colcothar carbonaté ne saurait profiter au malade qu'à haute dose, dans le cas où il serait démontré qu'on peut l'administrer avec succès.

Or, qu'est-ce qu'une demi-livre de colcothar ainsi administré, quand on pense que, d'après M. Lespinasse lui-même, on en a donné à Laffarge en dix-huit à vingt reprises au moins.

Donc il n'y avait rien d'exagéré dans le chiffre de 288 grammes (9 onces) que, dans mon enquête, on m'avait fourni d'après les renseignemens puisés dans les conversations de M. Lespinasse et dans les circonstances de l'autopsie cadavérique.

Le chiffre adopté aujourd'hui par M. Lespinasse est plus accusateur que le nôtre ; car il implique inconséquence et contradiction.

M. Lespinasse retourna au Glandier pour apporter une nouvelle dose de sel ferrugineux, donc toute la dose de colcothar était épuisée.

M. Lespinasse n'avait rien dosé avant de prescrire. Donc, il avait permis aux assistans d'administrer à pleines mains l'antidote qui absorbait toute sa confiance.

Enfin, quand après tant de vomissemens et de lavemens, le canal intestinal est encore, huit mois après, coloré en noir par un sel ferrugineux, ce que M. Lespinasse avoue, c'est que le malade en avait pris des masses avant de mourir ; 9 *onces*, c'est peut-être encore au-dessous de la vérité.

Chacun a senti combien cette révélation était grave ; elle changeait, à elle seule, toute la physionomie du procès, ainsi que nous allons le faire entrevoir plus bas. Le médecin et le toxicologue ont également bien compris le coup que ce fait portait, l'un

---

(1) L'ordre, ou plutôt le désordre, dans lequel sont présentées ces objections, ne m'appartient nullement ; il ne faut pas non plus en accuser les intentions de notre adversaire, mais seulement les habitudes de son esprit.

(2) La lettre de M. Orfila, insérée le 13 décembre, attaquait nominativement Me Lanvin et moi. J'adressai immédiatement à cette feuille une réponse de quatre lignes au plus, pour apprendre au public que je ne ferais pas attendre une réfutation deux mois et demi ; car dès le lendemain elle devait commencer à paraître dans la *Gazette des Hopitaux*. Ma lettre a été supprimée, comme c'est l'usage : le monopole de la presse confère ce droit, que la loi punit ensuite comme un délit quand on le lui dénonce. Nous nous contenterons de le dénoncer à l'opinion publique. C'est la quatrième fois que cette feuille judiciaire nous rend ainsi le service de ne pas tronquer ou altérer nos paroles. On nous objectera qu'elle a inséré notre réponse à Me Paillet ; mais je rappellerai, à cet égard, qu'elle se garda bien d'insérer la phrase en litige, ainsi que le *post-scriptum* dans lequel j'en demandai la restitution. Et puis enfin nous répondions à Me Paillet, adversaire loyal et de bonne-foi, qui n'aurait pas permis une suppression que d'autres sollicitent ou imposent en pareil cas.

à la sagesse de ses prescriptions, et l'autre à la raideur de sa déposition orale. Ils ont pensé l'un et l'autre à l'amortir; cela est dans la nature humaine. Mais alors il est bon d'être moins maladroit, et il est juste d'être un peu plus modeste. La morgue sied mal à la justification.

3° Cette leçon de savoir-vivre ayant été donnée à qui de droit, ne laissons pas cette circonstance stérile, et tâchons de la faire profiter à l'expertise et à la thérapeutique des empoisonnemens.

Un malade est présumé avoir été empoisonné par l'arsenic, il souffre depuis six jours des douleurs atroces ; les vomissemens ont fatigué ses organes digestifs. Vous cherchez un contre-poison. Est-ce le colcothar que vous devez prendre ? le colcothar sec, raboteux, âpre et insoluble? Mais avant qu'il ait pu agir sur l'arsenic pour le paralyser, cette poudre aura excorié les parois de la panse stomacale ; dans le cas d'un empoisonnement, elle aura ouvert de nouvelles voies à l'absorption du poison. Dans le cas contraire, elle aura déterminé une affection inflammatoire qui peut amener la mort. Si vous tenez tant à l'action du fer, que n'administrez-vous l'*acétate albumineux de fer* (c'est, d'après nous, le synonyme de *lactate*)? Vous serez à l'abri de ces terribles accidens, surtout si vous y ajoutez de temps en temps un peu de bi-carbonate de soude, pour neutraliser l'acide acétique dégagé.

Mais le fer est en général, à forte dose, une base peu salubre. Croyez-moi, ne l'employez, en ce cas, ni sous l'une ni sous l'autre forme.

Voici un programme thérapeutique sur l'exécution duquel je compte beaucoup, parce qu'il offre plus d'avantages, et qu'il ne recèle aucun inconvénient. Dès qu'on vous signalera un empoisonnement par l'arsenic,

Prenez: Lait quelconque, ... un litre.
Craie tamisée, ... un hectogram.

Agitez à chaque fois et administrez au malade, autant qu'il pourra en prendre à chaque fois, et aussi souvent qu'il vous sera possible. Attendez quelques instans après chaque fois, puis provoquez le vomissement; et recommencez cette série d'opérations, jusqu'à ce que vous soyez sûr que toutes les craintes sont dissipées.

Vous n'avez rien à redouter même de l'exagération de ce traitement, pourvu cependant que le vomissement ne soit provoqué que par des moyens mécaniques ou par la fadeur des potions oléagineuses.

La théorie, la voici.

La chaux forme avec l'acide arsénieux un sel insoluble, et indécomposable en quelque sorte par l'action des viscères. Et le carbonate de chaux, par lui-même, n'a rien de contraire aux fonctions de l'estomac ; associé au lait, il a perdu toutu la rudesse de sa forme pulvérulente.

Le lait qui l'accompagne va se cailler dans l'estomac, et le *caseum* enveloppera toutes les combinaisons arsenicales qu'il rencontrera en se coagulant ; il leur formera une enveloppe imperméable, il en préservera donc les parois stomacales ; le vomissement les débarrassera du tout ensemble.

Je vous en prie et vous en supplie, vous tous qui me lirez! dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, commencez toujours par cette méthode de traitement, Tout est désespéré, si elle est impuissante; on s'y sera pris trop tard. J'ai conseillé ailleurs (1) l'adjonction à ce mode de traitement, d'un peu de bi-carbonate de soude, pour tenir les liquides à un état constant de neutralité, dans le cas où, au lieu de craie, on croirait devoir administrer l'acétate neutre de chaux. Mais de la manière précédente, on peut se passer de ce dernier précipitant.

La méthode est, comme vous le voyez, bien simple ; laissez-donc là le colcothar.

Deuxième facétie. Encore une facétie, et puis nous parlerons sérieusement.

Vous souvenez-vous de la séance où M. Orfila crût devoir briser le cachet du paquet cacheté déposé le 29 septembre à l'Académie de médecine? Vous n'aurez pas oublié que M. Orfila ne dévoila ainsi le contenu de ce paquet mystérieux dont l'annonce avait si bien servi son silence, qu'il ne le décacheta, dis-je, que pour réclamer, contre M. Adorne, la priorité de la découverte de l'arsenic dans le colcothar.

Dans mon *Mémoire à consulter*, livré à l'impression avant ces circonstances, j'ai parlé de l'existence de l'arsenic dans certains colcothars ; mais j'ai ajouté, en note, que ce fait avait été signalé à Tulle, par les experts de Limoges, à M. Orfila lui-même, qui n'en avait tenu là-bas aucun compte ; et j'ajoutai, pendant l'impression, que M. Orfila, à Paris, n'avait pas été, sur l'importance de ce fait, aussi indifférent qu'à Tulle.

Que dit aujourd'hui M. Orfila? Il m'accuse presque d'avoir ravi à Me Paillet l'idée de l'existence de l'arsenic dans le colcothar. C'est donc, dit-il, à l'avocat de madame Laffarge qu'appartient l'objection.

Entendons-nous bien? Vous avouez qu'en votre présence, Me Paillet vous a signalé, à Tulle, la présence de l'arsenic dans le colcothar! Vous l'avez bien compris, bien retenu. Mais pourquoi donc alors, en arrivant à Paris, avez-vous écrit cette lettre cachetée à l'Académie sur l'existence de l'arsenic dans le colcothar? Pourquoi avez-vous réclamé la priorité de cette découverte sur M. Adorne? Vous aviez donc l'intention bien formelle de dépouiller sciemment Me Paillet. Défendez-vous de cette tentative de spoliation? c'est impossible. Pour moi, qu'un certain empressement extraordinaire dont on ne doit plus parler, a privé du plaisir d'entendre Me Paillet, dans son beau plaidoyer à Tulle, je serais excusable de ne l'avoir point cité sur ce fait ; on ne cite pas ce qu'on ignore. Et c'est moi pourtant, moi qui ne me suis rien attribué dans cette affaire, c'est moi que vous accusez d'avoir été le plagiaire de Me Paillet! C'est donc moi qui ai adressé votre paquet cacheté, le 29 septembre, à l'Académie de médecine! C'est donc moi qui ai réclamé la priorité de la découverte sur M. Adorne!

Ah! Monsieur, ne confondons pas ainsi, s'il vous plaît. Pas de ces méprises, S. V. P.

Au reste, ce n'est ni Me Paillet, ni les experts de Limoges que vous ou moi nous aurions voulu spolier de la priorité de la découverte... Cette découverte est en toutes lettres dans tous les livres de minéralogie qui vous ont signalé la présence de l'arsenic dans les minerais de fer, dans les *sulfures* de fer avec lesquels on obtient les sulfates, avec lesquels *sulfates* on obtient le *colcothar* ; filiation qui rend l'arsenic héréditaire dans tous les produits de cette *famille ferrugineuse*.

Troisième facétie. Encore une toute petite et dernière facétie; passez-nous la.

(1) *Gazette des Hopitaux*, no du 14 nov. 1840.

Dans la huitième objection, M. Orfila cite le no de septembre de la *Revue scientifique*. Vous pensez qu'il cite le nom de l'auteur de l'article, M. Van den Broecke ; c'eût été impolitique, aux yeux d'un public qui compte les témoignages, dans l'impuissance où il est de les peser. Cet excellent travail, j'en suis censé l'auteur ; et à ce travail d'une longue haleine, savez-vous ce qu'oppose en réfutation M. Orfila?

Ce bout de phrase :

« C'est une pure supposition que rien ici ne justifie. »

Que dites-vous de l'ignorance de M. Van den Broecke, Messieurs, qui l'avez lu? Quelle réfutation écrasante de son mémoire, que ce bout de phrase effilé comme la hache du licteur!

Assez, assez sur ces moyens facétieux qui rappellent les souvenirs d'un décanat d'une époque plus reculée. Je vais m'occuper un peu plus sérieusement de divers points d'expertise légale, que je vois disséminés dans ce plaisant paragraphe, intitulé *Objections*. J'ai promis de ne rien laisser sans réponse, rien, pas même les idées qui ont l'air de se réfuter elles-mêmes. Il faut, une bonne fois pour toutes, que je prémunisse la justice et les experts de province contre les méthodes par antichrèse de l'unique expert toxicologiste de Paris.

Première objection. « Si Laffarge est mort empoisonné, ai-je dit, vous eussiez dû trouver de l'arsenic dans la chair musculaire ; car, d'après vous, l'arsenic passe dans le sang. (P. 101.)

Première réponse de M. Orfila : « Nous n'avons agi que sur une faible quantité de chair musculaire (500 grammes), et encore nous nous étions bornés à ne prendre que le *décoctum aqueux* préparé par une ébullition de quatre heures seulement. »

Réfutation de cette réponse: Dans un cas d'empoisonnement, une quantité de 500 grammes devrait être plus que suffisante pour donner des traces impondérables d'arsenic. La chair musculaire de Soufflard vous a donné des taches, avez-vous dit dans vos *séances données ;* et vous n'avez sans doute pas opéré sur une plus grande quantité, ni autrement.

Deuxième réponse de M. Orfila : « Nous l'avons déjà dit, lorsque les tissus animaux ont été altérés par suite de la putréfaction, l'eau bouillante n'a pas beaucoup d'action sur l'arsenic qu'ils renferment. »

Réfutation de cette réponse : C'est là une pure hypothèse qui est en contradiction formelle avec les faits. Les produits de la putréfaction sont de puissans dissolvans de l'arsenic. Mais ensuite, qui vous empêchait de procéder autrement qu'avec de l'eau pure? Sur un point aussi décisif, pourquoi ne pas pousser l'expérience jusques dans ses derniers retranchemens?

Troisième réponse de M. Orfila : « Il nous sembla inutile, ajoutez-vous, après avoir retiré une suffisante quantité d'arsenic des viscères, de pousser l'expérience plus loin, et de chercher à extraire de la partie solide de la chair l'arsenic qu'elle aurait pu contenir. »

Refutation de cette réponse : En vérité, vous disposez un peu trop, comme bon vous semble, des ressources que la loi met à votre disposition. Et pourquoi donc juger inutile un complément aussi facile à obtenir, un complément de preuve négative? La quantité d'arsenic que vous aviez obtenue des viscères, dites-vous, vous suffisait pour vous prononcer sur l'existence d'un empoisonnement? Mais si le fait n'avait pas paru également suffisant à la conscience du jury, vous priviez la défense d'un autre ordre de preuves ; et vous n'aviez pas le droit de l'en priver.

Si, dans tout cas d'empoisonnement, la chair musculaire donne des traces d'arsenic, et que la chair musculaire de Laffarge n'ait rien offert de semblable, il en ressortait une immense présomption contre l'hypothèse d'un empoisonnement. Quant à l'arsenic des viscères, en supposant que les deux assiettes non suspectes renferment réellement des taches arsenicales, on a le droit d'en attribuer la faible quantité déjà au colcothar dont Laffarge avait été gorgé, sans parler d'une foule d'autres interprétations tout aussi naturelles. Ainsi, l'objection subsiste et subsistera longtemps encore dans son entier. Vous n'en avez pas même effleuré l'épiderme.

Deuxième objection. « En supposant, a dit M. Raspail, que les taches obtenues par les experts de Paris soient réellement des taches arsenicales, leur nombre représenterait-il une masse assez forte pour signifier la préexistence d'un empoisonnement arsenical? (p. 104). »

Première réponse de M. Orfila : « Nous n'admettons pas qu'on puisse mettre en doute la nature arsenicale des taches que nous avons obtenues *sur les trois assiettes*, et nous sommes prêts à le démontrer, comme nous l'avons déjà dit. »

Réfutation : Que vous l'admettiez ou non, le doute existe ; on l'a exprimé assez de fois depuis deux mois et demi, pour vous forcer à faire la preuve légale du fait, que vous vous offrez aujourd'hui qu'il n'est plus temps, de démontrer. Que n'a-t-on cessé de vous demander, si ce n'est cette démonstration? Pourquoi ne sortiez-vous pas plutôt de votre inexplicable silence? Pour abréger la démonstration, écartons la troisième assiette ; elle est au moins suspecte. Ne parlons que des deux assiettes A et B, que l'on veut bien vous passer. Vous nous offrez de nous démontrer que les taches en sont réellement bien arsenicales. Mais voyez, comme la providence vous frappe vite dans votre obstination! A peine venions-nous de livrer à l'impression la réfutation que nous vous opposons depuis un an, et que nous avons consignée assez longuement dans l'erreur dixième, qu'on adoptait à l'Institut littéralement toutes nos révélations à cet égard, et qu'on présentait à cette assemblée des taches qui jouent admirablement aux réactifs les taches arsenicales, et qui ne sont pourtant, ainsi que nous l'avions déjà publié, que des taches innocentes obtenues par l'un de nos procédés (phosphate ammoniacal et huile de térébenthine. Le nierez-vous encore? Continuez, débattez-vous, vous le ferez désormais sans danger pour la défense ; elle vous répondra : « Non, il n'est rien moins que démontré que les taches des deux assiettes A et B soient arsenicales. Rien ne vous autorisait donc à conclure, de leur présence, un empoisonnement. »

2° *Partie de la réponse de M. Orfila* : « Quant à la question de quantité, nous ferons observer qu'il est impossible de déceler la plus légère trace d'arsenic dans les viscères lorsqu'ils sont à l'état normal. »

Réfutation. Vous n'avez pas fait à cet égard la moindre expérience authentique et sur laquelle on ait droit d'asseoir le moindre jugement ; pas une seule, c'est moi qui vous le dis ! Il n'est pas de partie du corps humain qui, d'une manière ou d'une autre, ne puisse vous fournir, par l'appareil de Marsh, des taches qui se comporteront à vos réactifs exactement comme les taches arsenicales, et qui vous autoriseront de la même manière à vous prononcer hautement et solennellement sur l'existence d'un empoisonnement, lequel n'existera que dans votre déplorable méthode de tirer une induction en expertise légale. Et jamais, Monsieur, je n'ai eu plus raison qu'aujourd'hui de faire obser[ver] à la justice de mon pays combien votre méthode peut être f[atale] à la cause des innocens.

Mais, par manière d'acquit, vous nous faites à cette occa[sion] une révélation nouvelle qui tombe en contradiction avec ce [que] vous nous avez dit précédemment. Je ne puis m'empêche[r de] relever cet aveu : ce n'est pas si peu de chose qu'on le croir[ait à] une première lecture. Plus haut (19e calomnie), vous nous a[vez] soutenu avoir pris aux deux assiettes A et B une trentaine de [ta]ches, pour constater par l'analyse la nature arsenicale de eu pr[o]duit. Ici, au contraire, vous nous apprenez que cette analys[e a] été obtenue à l'aide des taches condensées dans deux capsu[les] creuses, dont nulle part jusqu'à présent vous n'avez eu la pr[é]caution de parler. En justice, Monsieur, de semblables rétice[n]ces et de semblables contradictions offrent un caractère grave [de] désordre, d'oubli, d'arbitraire ou de légèreté, que la défense [si]gnale et que la conscience du jury apprécie. Notre jury, main[te]nant, c'est le monde savant : ce qu'il apprend de vous dans [la] *deuxième objection*, c'est que la preuve que vous croyez te[nir] de la nature arsenicale des taches éparpillées sur les deux assi[et]tes A et B, ce n'est pas aux dépens d'une portion de ces tach[es] que vous l'avez obtenue. Cela suffit.

Troisième objection. « Nul n'a constaté, dit M. Raspail, qu[e] pendant son séjour à Paris, Laffarge n'avait pas été traité [par] une méthode arsenicale. » (P. 106.)

Réponse de M. Orfila. « Alors même que l'objection serait f[on]dée, elle n'infirmerait en rien les conclusions de notre rappor[t.] (N'en demandez pas davantage, mais croyez M. Orfila sur ce[tte] phrase ; c'est encore tout ce qu'il peut vous accorder. Arrivo[ns] à l'arsenic du colcothar.

Quatrième objection. « L'arsenic trouvé ou présumé trou[vé] dans les débris du cadavre de Laffarge, ne pouvait-il pas prov[e]nir du colcothar qu'on lui avait administré? »

Première partie de la réponse de M. Orfila. « Rien de ce [qui] a été soumis à notre examen ne renfermait de poudre ferru[gi]neuse. »

Réfutation. Mais tous ces organes pouvaient être imprég[nés] des produits de la dissolution de ce colcothar par un acide; et [de] l'arsenic mis en liberté par la formation de cet acide. On s[ait] aujourd'hui que l'acide nitrique se forme de toutes pièces, p[en]dant les diverses phases de la putréfaction. Au reste, nous po[ur]rions nier, avec autant de droit que vous l'assurez, que les o[r]ganes à vous soumis ne présentassent pas la moindre trace [de] poudre ferrugineuse. Vous avez passé si légèrement sur d'autr[es] circonstances bien moins visibles que celles-là à l'œil nu.

Deuxième partie de la réponse de M. Orfila. « M. Lespinas[se] nous a adressé une portion du sous-carbonate de fer qu'il av[ait] administré à Laffarge, et nous n'avons pas retiré une seule tach[e] arsenicale de 50 centigrammes de ce sel. »

Réfutation. En justice, qui se défend n'est jamais cru sur pa[]role. Et dans votre réponse concertée entre M. Lespinasse [et] vous, vous ne nous avez pas donné des gages suffisans pour no[us] rendre, en fait de vos assertions, plus complaisans et plus pol[is] que n'est la loi. Comment M. Lespinasse a-t-il pu vous certifie[r] que le sel de fer qu'il vous adressait était pris sur la quantit[é] dont il avait administré une portion à Laffarge, lui, M. Lespi[]nasse, qui ne se souvenait plus du pharmacien des mains de qu[i] il l'avait reçu. Je me méfie maintenant beaucoup de la mémoir[e] de M. Lespinasse. Je n'ai donc pour le moment pas d'autre mo[]tif pour ne pas révoquer en doute une analyse dont vous ave[z] différé deux mois et demi la publication.

On a adressé à M. Adorne, du Limousin, une quantité de col[]cothar qui lui a fourni de nombreuses taches, que vous avez dé[]clarées arsenicales vous-même. Savez-vous ce qu'en a fait M. Adorne? Il a répondu qu'on ne pouvait rien conclure d'un envoi qui n'offrait rien de légal et d'authentique. Imitez sa réserve, car elle est logique et fondée en raison. Je vous déclare, moi, que tous les sous carbonates de fer peuvent vous donner des taches que vous proclamerez arsenicales ; et bientôt vous ne le nierez plus.

Troisième partie de la réponse de M. Orfila. « Nous avons mêlé 50 centigrammes de ce sous-carbonate de fer avec 500 grammes de nitre pur et 400 grammes de gélatine sèche ; nous avons brûlé la matière dans un creuset de terre neuf, et nous avons obtenu une masse de *couleur olive*. Or, la masse que nous obtînmes à Tulle (et M. Dupuytren a coopéré lui-même à l'opération,) étant *d'un blanc grisâtre*, ainsi que nous l'avons dit dans notre rapport, elle ne pouvait donc pas même contenir 50 centigrammes de ce sous-carbonate. »

Réfutation. Si je descends jusqu'à la réfutation de semblables raisonnemens, c'est que je voudrais enfin vous en faire perdre l'habitude. M. Dupuytren a-t-il d'abord certifié que votre masse était d'un *blanc grisâtre*? Non, il assistait seulement à l'opération ; ne confondons pas. Ensuite, que signifie en chimie ce soin que vous prenez de déduire la preuve d'un poids, d'un simple phénomène de coloration? Dressez du moins auparavant une table des rapports de la couleur avec la pesée. Jusqu'à présent, l'idée seule implique ridicule ; n'en rions pas, ce sera une fatigue de moins.

Quatrième partie de la réponse de M. Orfila. « Par des expériences directes, nous n'avons pu retirer de l'arsenic des viscères d'animaux auxquels on avait fait avaler jusqu'à 128 grammes du colcothar le plus arsenical qu'on ait pu trouver ; donc l'arsenic que nous avons retiré des viscères de Laffarge ne provenait pas du colcothar ingéré. »

Réfutation. Qui est garant de ces expériences et de la méthode qu'on a suivie pour expérimenter? Où sont consignées ces expériences? Recommencez-les, je vous le conseille, et variez-les logiquement. Vous nous certifierez alors tout le contraire, j'ai l'honneur de vous le prédire. Un malade exténué par la souffrance, et dont l'estomac est excorié par les vomissemens stercoraux et autres, est prédisposé à absorber l'arsenic du colcothar plus qu'un chien ordinaire et bien portant. Rendez du moins vos expériences comparatives.

Donc, l'objection subsiste encore dans tout son entier.

Cinquième objection. « La respiration pulmonaire, a dit M. Raspail, dans certaines usines, est capable d'introduire dans le corps des quantités appréciables d'émanations arsenicales. Les minerais de fer du Limousin ne sont certes pas exempts d'arsenic ; et Laffarge était maître de forges : il s'occupait activement d'expériences propres à donner une grande extension à son exploitation. » (P. 106.)

Réponse de M. Orfila. « On sait, *à ne pas en douter*, par expériences faites sur les animaux, qu'il suffit de *quelques jo*[urs]

SUPPLÉMEN[T]

pour que l'économie animale se débarrasse de la portion de ce poison qu'elle aurait absorbée. D'ailleurs, pour *quiconque connaît le travail du fer* et les conditions dans lesquelles s'opère la réduction des minerais, cette objection n'aura aucune portée. »

Réfutation. Je commence par répondre à la fin de votre commentaire, et je dirai que pour quiconque connaît l'exploitation des minerais de fer, surtout des minerais du Limousin, qui renferment jusqu'à 0,37 d'arsenic, il sera évident que vous n'en aviez pas la moindre idée en écrivant ces lignes. Il se dégage souvent une vapeur arsenicale tellement sensible à l'odorat, que chacun tire au large. Vous avez donc décidé doctoralement d'une chose que vous ne connaissiez pas du tout.

J'arrive au premier membre de la phrase, et je demande aux physiologistes du monde entier, à l'exclusion de vous, Monsieur, de me dire dans quel auteur digne de foi il me sera possible de trouver les expériences tendant à prouver qu'il suffit de quelques jours pour que l'économie se débarrasse de l'arsenic introduit par la respiration pulmonaire? J'attends leur réponse *franco*, car les lettres anonymes m'ont ruiné. En attendant, j'aurai recours aux principes de la chimie pour établir que cette proposition est fausse de tout point. Car l'arsenic combiné avec la base calcaire des os est insoluble et ne saurait se prêter d'aussi bonne grâce que l'assure M. Orfila à la théorie du robinet.

Je demanderai ensuite aux jurisconsultes de me dire ce qu'ils pensent d'un expert qui se permet de donner comme des principes avérés par la science et fondés sur des expériences directes la première idée qui lui vient dans l'esprit en faveur d'un système qu'il est forcé de défendre contre la grande majorité des chimistes? Jusqu'à la réponse des jurisconsultes, nous nous permettrons de suspendre notre jugement sur ce point important.

Sixième objection. Si nous la transcrivions ainsi que la réponse qu'elle nous attire, ce serait là sixième édition de tout ce que nous avons dit ici et ailleurs sur le rôle des peintures en vert, dans le cas d'une exhumation juridique. Il paraît que ce fait inquiète M. Orfila plus sérieusement qu'il ne le laisse paraître; il y revient trop de fois, comme ramené par une idée fixe, vers une pensée qui lui pèse sur le cœur, et qui lui met les souvenirs en désordre. En effet, ici il ne nous transcrit plus, il ne cite plus nos pages; il nous arrange à sa manière, il fait des centons de nos phrases, il les entasse en bloc et comme à la pelle. Et puis il y répond comme il répond à tout, cavalièrement et sans s'inquiéter du reste.

« Les papiers peints en vert, dit-il d'abord, ne sauraient rien fournir d'arsenic au sol, puisqu'ils contiennent l'arsenic à l'état de sel insoluble, même dans l'eau bouillante. »

Réfutons d'abord et fort sérieusement cette réponse. Sans doute l'arsenite de cuivre est insoluble dans l'eau bouillante jusqu'à un certain point, que nous voulons bien négliger ici. Mais les peintures de papier vert sont faites par un mélange de poudre d'arsenite et de colle. N'est-il pas évident que l'eau, en dissolvant la colle, fera monter en suspension la poudre arsenicale, ce qui, dans l'espèce, équivaut à une dissolution, car cette dissolution en suspension aqueuse sera dans le cas de porter au loin la poudre arsenicale et d'en imprégner un cadavre en putréfaction de la tête aux pieds. J'admets que les molécules de cette poudre résistent à la faculté dissolvante de la décomposition cadavérique; mais quand vous prendrez une portion d'organes ainsi imprégnés à votre insu de poudre d'arsenite de cuivre, que vous la carboniserez par l'acide nitrique, vous transformerez l'arsenite en arseniate, c'est-à-dire vous le rendrez soluble; et dès lors tout votre échaffaudage théorique tombera devant l'expérience directe, qui vous donnera des taches étrangères à toute espèce d'empoisonnement. La potasse produira le même effet que l'acide nitrique sous le rapport de la solubilité.

Mais, Monsieur, la solubilité de l'arsenite, sous l'influence de l'acide nitrique, devancera peut-être votre expérience; car il se forme en l'air de l'acide nitrique dans les pluies d'orage; les pluies d'orage sont acides, Monsieur, apprenez-le bien, et ne nous parlez plus de l'insolubilité d'une couleur arsenicale, pas même de l'insolubilité de l'arsenite de chaux, qui peut se former dans le sein de la terre. Car il suffit que l'arsenite de chaux se répande pulvérulent sur le cadavre, pour que vos procédés d'analyse lui restituent tôt ou tard une solubilité qui le mette à la disposition de l'hydrogène qui se dégage de l'appareil de Marsh.

« Qui ne sait, ajoutez-vous, combien les eaux pluviales éprouvent de difficulté à pénétrer à la profondeur de quelques centimètres dans les terrains les plus perméables? »

Prenez garde, Monsieur, vous parlez à un ami du jardinage et même du labourage. Je ne veux pas être méchant: je ne parlerai pas de votre théorie de l'arrosage à mes camarades les experts jardiniers. Ah! c'est que, voyez-vous, ces braves gens-là sont trop fatigués pour ne pas brûler la politesse, même envers les doyens de nos Écoles, quai
calomnier de la sorte la ros
de la providence.

A quelques centimètres,
tez-vous? j'y consens. Mai
nos luzernes, dont les racin
de profondeur. Vos théorie
des sept plaies d'Egypte.

A quelques centimètres
plus en état que de produir
et pas même des champigno
dité et de l'obscurité la plu

Mais que va devenir la th
puits artésiens, si, de votr
établissez ainsi, par un arrêt classique; que désormais chacun doit savoir ou apprendre que, dans le terrain le plus perméable, les eaux pluviales ne pénètrent que très difficilement à quelques centimètres de profondeur. Mariotte, dans son *Traité des eaux*, avait consacré un long chapitre géométrique pour démontrer l'infiniment contraire. Que dis-je? Hippocrate, dans un traité homonyme, était de l'avis de Mariotte.

O mes bons amis les physiciens et les jardiniers, qu'allons-nous devenir si l'université nous ordonne de croire à cet axiome, que j'ai bien transcrit, que j'ai relu avant de transcrire, et que, pour plus d'assurance, je vais prendre la liberté de transcrire encore une fois!

« Qui ne sait, écrit M. Orfila (au deuxième alinéa de sa réponse à la 6e objection), qui ne sait, en outre, combien les eaux pluviales éprouvent de difficulté à pénétrer à la profondeur de quelques centimètres dans les terrains les plus perméables? »

Ignorant que j'étais, moi qui n'avais jamais su cela!

Septième objection. « Tout porte à croire, dit M. Raspail, que, par suite des progrès et sous l'influence désorganisatrice de la putréfaction, l'arsenic qui peut exister dans les os est dans le cas d'être entraîné dans les organes mous qui les recouvrent et les avoisinent. » (P. 89.)

Réponse de M. Orfila. « On sait par les expertises nombreuses qui ont déjà été faites soit à Paris, soit ailleurs, que les viscères extraits de cadavres inhumés depuis plus d'un an, et appartenant à *des individus non empoisonnés*, n'ont jamais fourni la plus légère trace d'arsenic par les procédés mis en usage pour le découvrir en cas d'empoisonnement. *C'est donc à tort que M. Raspail commence son objection* par ces mots: Tout porte a croire que par suite, etc. Il aurait fallu dire: Rien ne porte a croire, etc. »

Réfutation. Vous avez dit: *expertises nombreuses.* Je vous somme de les citer. Je ne sache qu'une seule de ces expertises dans laquelle on ait procédé ainsi comparativement: c'est une des vôtres dans l'affaire Mercier. Or, dans cette expertise le nombre des cadavres soumis à une soi-disant analyse se réduit, toujours d'après vous, à deux. Il vous est arrivé de vous écrier, dans l'une de vos séances données à la Faculté de médecine: *Je l'ai constaté par l'exhumation de cent cadavres.* On a été à la source, et on a constaté que le nombre de ces cent cadavres se réduisait encore à un seul. Je le tiens du témoin et de l'auteur de cette enquête, et je le crois par un excellent motif. Biffons donc les *expertises nombreuses*, et parlons du fait en lui-même.

Sur des cadavres frais on a obtenu le contraire de ce que vous avancez dans votre réponse. M. Van den Broeck a retiré des taches du sang veineux et artériel. M. Couerbe en a éliminé des cadavres en putréfaction. Vous-même, vous en avez recueilli à votre grand désappointement d'un cadavre non empoisonné, dans l'une de vos *séances données.* Ce fait malencontreux, vous avez été obligé de le consigner dans le *Journal* dont vous êtes le propriétaire.

En écrivant votre réponse, vous n'aviez probablement pas oublié ces trois ordres de faits, et vous avez écrit tout le contraire de ce que vous saviez démontré depuis plus d'un mois. Les savans seront juges.

Je passe sur la huitième objection. C'est une facétie dont j'ai déjà fait justice sous cette rubrique.

9e Objection. « M. Couerbe, dit M. Raspail, vient d'annoncer dans le no d'octobre 1840 (Ici M. Orfila a pris soin de supprimer la date 15 et le titre du journal la *Gazette des Hôpitaux*), que, pendant la putréfaction, il se développe de l'arsenic dans les *tissus mous.* »

Réponse de M. Orfila. « Il résulte de la lecture attentive de la note de M. Couerbe, qu'il entend par *tissus mous* les muscles et non les viscères; or, nous avons extrait l'arsenic des viscères, par conséquent l'objection, en la supposant fondée, ne serait point applicable aux résultats de nos expériences. D'ailleurs, il est un fait consigné dans notre rapport, et qui tranche la difficulté à cet égard, c'est que l'assiette A contient l'arsenic retiré de l'estomac de Laffarge, viscère qui n'a pas été inhumé et qui n'était pas putréfié. »

Réfutation. L'objection vous paraît fondée; mais, dites-vous, elle est inapplicable aux résultats de vos expériences.

D. Pourquoi?

R. Parce que M. Couerbe a entendu parler des muscles et non des viscères.

D. Vous aviez manifesté plus haut la prétention de passer pour un anatomiste. Pourquoi refusez-vous donc aux viscères (car je crois que par ce mot vous n'entendez parler que des intestins), pourquoi leur refusez-vous la qualité musculaire? Leur mouvement péristaltique ne leur suffit-il donc pas, pour participer des propriétés absorbantes de la chair musculaire? Et s'il est démontré que, dans l'acte de la putréfaction, l'arsenic est capable de passer des os dans la chair musculaire, vous vous croirez en droit, jusqu'à assertion du contraire, par M. Couerbe, de révoquer en doute l'application du fait aux viscères abdominaux? Vous aimez donc bien à ne céder le terrain que pied à pied, rigoureusement, pouce par pouce? Mais l'analogie, cette providence qui préside à la recherche de la vérité, l'analogie n'est-elle pas là pour suppléer à de minutieuses exigences expérimentales?

Quant au second membre de votre réponse, nous y trouvons deux inexactitudes qu'il importe peut-être de relever.

La première, c'est que vous désignez l'assiette A comme contenant l'arsenic *retiré de l'estomac de Laffarge*, estomac qui, avez-vous soin de le faire observer, n'a jamais été inhumé. Voilà la deuxième fois que vous commettez cette méprise. L'assiette désignée par le signe A, dans notre *Mémoire à consulter*, renferme les taches d'arsenic retirées de la *décoction des viscères* qui avaient été inhumés; c'est l'assiette B, de notre *Mémoire à consulter*, qui se rapporte à l'*estomac non inhumé.*

Quoi qu'il en soit, et en réparant la méprise, en ne parlant plus que de l'assiette B, il n'est pas exact de soutenir que ces [illegible] par

[illegible]

était terminé le 31. Calculez seulement le temps qu'il faudrait pour le transcrire, et dites-moi si un scribe aurait été aussi vite que le rédacteur de cet écrit. C'est que la conscience de n'avoir dit que ce qu'on a cru vrai, prête des ailes à la plume (*calamus velociter scribentis*); quiconque fait attendre deux mois et demi une réponse, sachez-le bien, prouve qu'il ne l'a pas prête, et qu'il a besoin de l'arranger ou de la donner à arranger. Résumons-nous après cette dernière et franche explication. A vous d'abord, je me résumerai ensuite, après avoir accompagné chaque phrase de votre résumé d'un renvoi ou d'une réflexion bien courte.

Résumé de M. Orfila.

A. Tout fait présumer que le précipité jaune soluble dans l'ammoniaque, obtenu dans la première opération par les experts de Brives, contenait du sulfure d'arsenic; cependant, il serait impossible d'affirmer qu'il en fût ainsi, ce précipité n'ayant pas pu être réduit à cause de la rupture du tube, qui devait servir à l'expérience.

Obs. *Voy.* la réfutation à la 10e *calomn*[illegible] à pag. 590, 2e col. de la *Gazette des Hôpita*[illegible]

B. On est également autorisé à pen
port des neuf experts et les renseign
tanciés fournis par l'un d'eux, que ce
une certaine quantité d'arsenic, en ag
du foie de Laffarge, et s'ils n'en ont
tage, c'est que les experts de Limoges,
pération, ont agi avec une flamme trop
pas su condenser le métal.

Obs. Cela est faux et controuvé. M. O
d'une tache signalée par M. Lespinasse;
Dubois avant nous, ce ne serait qu'un enf
mon expression de *faux*, qui donne à ma pl
de ressemblance.

C. Nous avons obtenu l'arsenic actu
les assiettes A et B, dans deux opérati
recourir *à l'emploi du nitre*, et en nous
réactifs dont les experts de Tulle avaie
à l'arsenic recueilli sur la troisième as
extrait en nous servant de nitre dont
la pureté. D'ailleurs, jusqu'à présent,
trouvé ce métal dans les nombreux é
que nous avons essayés.

Obs. Les deux premières phrases sont
mots: *nous avions constaté la pureté.*
la 13e calomnie, no du 22 décembre, 4e col
à la troisième phrase, elle a servi de base
ment.

D. L'arsenic de l'assiette A provien
vaient pas été *inhumées* et qui n'éta
Ainsi tombe l'objection à l'aide de l
faire croire que tout l'arsenic que n
cadavre de Laffarge provenait des réa
la putréfaction.

Obs. Il existe dans cette proposition u
qui abuse de la permission d'être faute ty
compte fait, la troisième fois que nous la
désigné sous la lettre A, l'assiette qui, à
cription: *Arsenic retiré de la décoction*
viscères avaient été inhumés. M. Orfila co
l'assiette A. *Voy.* pag. 116 de notre *Mén*

E. On ne sait pas si le colcothar
était arsenical; mais, alors même qu
affirmer que la quantité de poudres
dans les organes du malade était b
pour que l'on puisse soupçonner qu
senic que nous avons obtenu; les
par nous sur divers colcothars et sur
administré à Laffarge ne laissent aucu

Obs. Tout cela est en litige d'un bout
réfutation de la réponse à la 4e objection

F. Les objections présentées par
opposition avec les faits les mieux a
conséquent, sans valeur. Dans une disc
scientifiques, les personnalités ne sau
raisons; il faut, avant tout, ne pas a
trouvés, et être au courant de la scie
écrit.

Obs. Cette phrase n'étant qu'un résumé
académiques que M. Orfila a jetées à plein
de sa réponse, nous nous croyons dispens
faut plaindre l'accusé, quand il ne lui rest
défendre que l'insulte et la grossièreté. A
nous résumer.

Résumé de notre réfutation sous l[illegible] pertise légale.

1o Vous avez conclu l'existence de l'en
présence aux débats de trois assiettes de t
2o L'une d'elles, la troisième, doit être a
que vous avez offert de la considérer com
près les règles seules de la jurisprudence,
ration est irrévocablement acquise à l'a
parce que vous n'avez rien révélé dans vot
[illegible] circonstance, la plus gra
[illegible] procéd

[illegible]

propre réfutation sur ce point, dans
données.

4o Rien ne démontre que ces taches soi
nous avez révélé plus haut, dans la deuxiè
vous n'aviez nullement parlé à l'audience,
vait pas été prise aux dépens des taches ép
assiettes. Donc, rien ne prouve directemen
cale.

Tout démontre, au contraire, qu'en adm
renferme des taches arsenicales, il faut néc
que les taches des assiettes A et B ne le s
démontré aujourd'hui qu'on peut obtenir, e
tères, en propriétés, des taches en tout se
ces deux assiettes, avec des substances que
gnalées à Dijon, et qui n'ont rien d'arsen

5o Donc votre déclaration juridique n
preuve digne de ce nom!!!

6o Vous déclarez en terminant, que, q
nouvelles attaques de M. Raspail, vous les l

J'ai répondu, Monsieur, comme si vous n'aviez pas fait cette déclaration, et je vous dégage même de votre parole.

7° Vous ajoutez : « *En terminant sa plaidoierie, Me Lanvin a dit que notre conclusion devait être pour nous l'*ÉLÉMENT D'UN CRUEL REMORDS. *Nous espérons qu'après avoir lu ce Mémoire, le défenseur reconnaîtra que nos consciences doivent être fort tranquilles !!!* »

Je connais Me Lanvin, Monsieur ; si votre *Mémoire* avait pa u la veille de sa belle plaidoierie, au lieu *d'un remords*, il vous eût fait l'honneur de vous en attribuer *deux*. Vous nous déclarez avoir *la conscience fort tranquille* ; je n'ai aucun motif de le nier. Vous seul êtes juge de l'état de votre conscience.

RÉSUMÉ SOUS LE RAPPORT DE LA MORALITÉ.

Pour moi, Monsieur (car nous en sommes arrivés à une confession réciproque), pour moi, je vous avouerai que je ne me sens pas, dans la conscience, la même tranquillité que vous. Depuis l'arrêt de la Cour de cassation, j'ai éprouvé plus d'une insomnie. En repassant dans mon esprit tout ce que j'ai fait, il me semble avoir entrevu qu'il me restait beaucoup plus encore à faire dans l'intérêt de la cause que je défendais. J'ai été jusqu'à me reprocher les 1° deux heures que j'avais demandées pour préparer mes hardes de voyage et régler les affaires de la maison ; 2° les quelques instans que j'ai consacrés en route à prendre une bouchée de pain ; avec toutes ces fractions de temps perdu, il me semble souvent que j'aurais eu l'appoint des huit heures fatales qui m'ont manqué pour arriver à temps. Ce n'est pas tout, et je n'en finis pas à force de reproches ; je m'en prends ensuite à la faiblesse de mon talent d'écrire, à l'ignorance de mon esprit, à la froideur de mon ame ; je m'accuse de tout ce qui m'a manqué pour réussir. S'il m'arrivait souvent des missions de cette nature, je crois que je finirais par perdre tout-à-fait le sommeil. Car je me surprends à croire plus d'une fois dans la journée, que l'homme qui défend maladroitement une tête humaine, est aussi coupable que celui qui l'accuse injustement.

Et qu'on n'aille pas soulever ici, grand Dieu, ces saletés de suppositions, aliment ordinaire des lettres anonymes, et travestir mon affliction et mon abattement avec les prétentions surannées d'une affection d'un autre genre. Je ne sais ni me déguiser ni me rendre ridicule volontairement. Pour des ames d'une certaine trempe, et qui pendant vingt-cinq ans se sont roulées sur toutes les épines de la torture et de l'humiliation avec autant de calme que sur un lit de plume, il n'est pas, voyez-vous, de femme si séduisante, qui le soit assez pour les faire dévier de la ligne sévère du devoir. A des ames brûlantes d'amour, d'un indicible amour, à ces natures écloses sous un ciel de feu, et nourries du lait de certaines mères, il n'est pas de femme si malheureuse, si opprimée, si baignée de larmes, qui inspire assez de sympathies, qui paraisse encore assez aimante, pour fixer leur pensée ici bas, dans cette fange où l'amour humain se vautre en grelottant de froid ; leurs regards et les vœux de leur cœur se portent plus haut, je vous l'assure, et voilà bientôt sept ans que j'ai l'œil dirigé sur l'étoile qui y mène, à ce but ; sept ans que je prends un avant-goût du repos de la tombe, que je m'essaie à l'éternité sur ce lit de tribulations et de misère ; n'interprêtez d'une autre manière rien de ce que je fais, rien de ce que je dis ; car autrement ce ne serait pas la vérité.

Je suis désintéressé de cœur, désintéressé de tout autre point, dans cette affaire, entendez-vous bien ?

J'ai cessé toute correspondance avec madame Laffarge, du jour où la mission que la défense m'avait confiée a été remplie ; le lendemain de la publication de mon *Mémoire*, il y a deux mois et demi. Sa dernière lettre, qui date du 30 octobre, est restée sans réponse, et ce n'était pas la moins touchante de ses lettres, la moins empreinte d'espérance et d'une religieuse résignation. Je n'ai jamais reçu la moindre visite, la moindre lettre des membres de sa famille, la moindre preuve de remercîment ! Je suis libre encore aujourd'hui comme la veille de l'heure, de la minute, où l'on est venu me demander mon concours. Et mon cœur saigne bien plus que si l'on m'avait accablé de politesses ; et s'il m'était démontré que la condamnation de cette infortunée eût été basée exclusivement sur les preuves chimiques, j'aurais encore le courage de demander, et je le croirais plus fortement que jamais, la révision de ce mystérieux procès, et de traduire à la barre ; là sur le banc des accusés, l'analyse chimique, cause première d'une pareille méprise judiciaire. L'art. 445 du Code d'instruction criminelle m'en laisserait la latitude ; et tous les chimistes du globe se joindraient à moi pour servir de témoins en faveur de mes principes ; ils viendraient tous déposer avec moi de la fausseté de l'induction chimique des experts de Paris. Mais M. le procureur général près la Cour de cassation a certifié que l'expertise chimique est restée étrangère à la condamnation obtenue dans cette affaire.

La loi m'ordonne dès-lors de garder sur ce point le silence ; mais elle me laisse toute latitude sur les autres ; et j'userai de la latitude, dans toutes les circonstances possibles, ainsi que je viens de le faire ici.

Car, ô vous tous, chimistes experts, qui doutez tout aussi bien que moi (pour ne pas dire plus) de la valeur de l'expertise chimique qui nous occupe, à la place de MARIE CAPPELLE, faites descendre par hypothèse une pauvre fille du peuple, orpheline et sans appui ici-bas, innocente et convaincue de crime sur le témoignage d'une tache et demie !!! que serait-il arrivé d'elle ? Une poignée de terre eût recouvert ici bas la méprise légale, et Dieu seul eût réhabilité l'innocence là haut !

C'est là ce que j'ai vu au fond du procès Laffarge.

Hâtez-vous, Monsieur Orfila, d'étouffer par tous les moyens en votre pouvoir, de soustraire à la connaissance du public la réfutation que je viens d'opposer à une réponse que vous jetez à pleines mains et gratis, de boutique en boutique, de carrefour en carrefour. On comprendrait trop vite maintenant l'émotion dont je fais l'aveu, et la tranquillité dont vous accusez votre conscience.

Au revoir, F.-V. RASPAIL.

31 décembre 1840.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Diagnostic obscur. Hypertrophie du cœur, compliquée de pneumonie ou d'apoplexie pulmonaire.

Au n° 4 de la salle des hommes, est un malade entré il y a quelques jours, et dont la position appelle votre intérêt spécial. C'est un cocher d'Omnibus, âgé de quarante-cinq ans, et doué d'une constitution assez forte. Il y a trois ans environ, et sans cause connue, il éprouva des palpitations, de l'essoufflement en montant les escaliers : il survint de la gêne dans la respiration, et un peu d'œdème aux extrémités inférieures. Cette affection n'empêcha point le malade de se livrer à ses occupations accoutumées. Mais il y a trois semaines, des symptômes plus graves se sont manifestés. Le malade a été pris tout à coup d'une oppression extrême ; il lui a été impossible de se coucher horizontalement ; les pieds, puis les jambes et les cuisses se sont œdématiés. L'orthopnée a été portée à un tel point, que pendant quinze jours le malade a été obligé de dormir sur une chaise. Avant son entrée à l'hôpital, il a été saigné ; mais il n'a éprouvé qu'un soulagement médiocre. Nous lui avons fait pratiquer une nouvelle saignée, à la suite de laquelle il a pu passer la nuit dans son lit.

Voici son état à la visite de ce matin : La région antérieure de la poitrine offre une dépression considérable ; le sternum, déprimé, gêne l'auscultation et la percussion. Le malade est encore très oppressé ; il n'a pas de point de côté, il n'en a pas eu dans tout le courant de sa maladie ; le pouls est dur, résistant, a 120 pulsations par minute ; en arrière, on entend vers la base du poumon droit un râle sous-crépitant. Les crachats, hier, présentaient une couleur légèrement brunâtre ; aujourd'hui ils sont jaunes. A la région scapulaire du côté droit, la percussion donne un son un peu moins claire qu'à gauche. En auscultant la région du cœur, on distingue un bruit de soufflet au premier et au second bruit du cœur ; le son est obscur à la percussion, dans l'étendue de trois pouces et demi verticalement, et de deux pouces et demi transversalement. L'état fébrile persiste ; la respiration est fréquente, entrecoupée ; l'anorexie est complète.

Il est donc clair que ce malade est atteint de deux maladies différentes, l'une chronique, l'autre aiguë. La première réside évidemment dans le cœur, et tout porte à croire qu'elle n'est qu'une hypertrophie simple ; car, malgré l'existence du bruit de soufflet, il n'y a point d'irrégularité dans les battemens de l'organe. Mais quel est la nature de l'autre affection ? Il n'est pas très facile d'établir à ce snjet un diagnostic sûr. L'affection du cœur ne saurait donner lieu, à elle seule, aux accidens survenus si subitement, et caractérisés par une dyspnée intense, par la fièvre, par les crachats. La couleur rougeâtre de ces derniers semble appartenir plus spécialement à la pneumonie ; mais l'absence du frisson initial et du point de côté laisse des doutes sur l'existence de cette affection. Nous avons dû penser à l'apoplexie pulmonaire, quoique le malade n'ait point eu de crachement de sang. Laënnec, qui sert d'autorité, et certes à juste titre, à tout ce qui se rapporte aux affections des organes thoraciques, a défini l'apoplexie pulmonaire comme étant toujours accompagnées d'hémoptysie. Elle existe sans doute dans la plupart des cas ; mais il n'est pas rare de voir l'apoplexie pulmonaire sans que la plus minime quantité de sang sorte par les bronches, et les autopsies viennent tous les jours confirmer ce que nous avançons. En effet, nous trouvons assez fréquemment des portions de poumons circonscrites, d'une couleur d'un rouge-noir, et présentant l'apparence d'un caillot veineux. Et ces apparences morbides coïncidaient avec l'invasion très prompte de dyspnée, avec menaces de suffocation, sans hémoptysie. Nous avons donc quelques motifs de soupçonner l'apoplexie, qui, si elle existe, est très circonscrite.

Quoi qu'il en soit de ce point de diagnostic, le traitement est toujours le même, et se borne à l'emploi des évacuations sanguines, des boissons diurétiques, des laxatifs doux, et d'une diète rigoureuse.

Quant à l'affection du cœur, il est probable qu'elle ne tardera pas à subir quelqu'amélioration ; que l'absorption de la sérosité s'opérera en tout ou en partie, pour revenir plus tard ; car nous n'osons espérer pouvoir faire autre chose que le soulager. La position de ce malade est fort grave ; nous avons voulu vous en entretenir à cause de la complication d'une affection chronique avec une affection aiguë, et de l'obscurité du diagnostic.

Fièvre intermittente tierce. Engorgement de la rate et du foie.

Au n° 6 bis de la salle Saint-Augustin est un malade atteint depuis quelque temps d'une fièvre tierce : il est âgé de vingt-neuf ans, lamineur de son état ; il habite Paris depuis trois mois, et n'a jamais eu de fièvre intermittente avec son arrivée dans la capitale. Ceci est remarquable, car on a prétendu que les fièvres intermittentes ne se montraient jamais primitivement à Paris ; mais des recherches récentes ont prouvé que dans certains cas ces fièvres peuvent survenir à Paris, mais chez des individus qui avaient habité la campagne depuis peu ; il paraît constaté qu'elles ne se montrent point chez ceux qui y vivent habituellement. Notre malade est passé il y a quelque mois par le Hâvre où les fièvres intermittentes ne sont pas rares ; mais il a joui d'une santé excellente pendant près de deux mois après son arrivée à Paris. Il y a un mois environ, son affection a débuté par un frisson plus remarquable par sa longueur que par son intensité. Les accès ont eu une durée de cinq, six et sept heures, et se sont répétés tous les deux jours. Dans l'intervalle, l'apyrexie était complète, mais le malade restait fatigué, faible et incapable de se livrer au travail. Il était dans un état de langueur et de lassitude fort pénible. Après avoir souffert vingt jours, il a pris du sulfate de quinine : les accidens ont cessé pendant quatre ou cinq jours, mais au bout de ce temps, la fièvre s'est montrée de nouveau, et le malade est entré à l'hôpital présentant des signes manifestes de l'embarras des premières voies, savoir de l'empâtement de la bouche, intumescence de la partie supérieure de l'abdomen, inappétence, parfois des nausées, etc. Nous avons reconnu par l'exploration de la région ombilicale du côté gauche une rénitence et une augmentation de cette partie de l'abdomen, augmentation due évidemment à l'hypertrophie de la rate. Seulement, on ne peut distinguer chez cet individu le bord antérieur de cet organe. Cette circonstance peut tenir à un fait qui n'est pas rare, mais qui cependant mérite qu'on en fasse mention : c'est que le foie paraît aussi augmenté de volume, et on ne peut sentir non plus le bord tranchant de ce dernier organe ; ce qui s'explique par le rapprochement qui s'est opéré entre les deux viscères ; mais en revanche, la percussion vient à notre secours, et à l'aide de ce moyen d'exploration, il nous a été parfaitement facile de mesurer l'étendue de l'hypertrophie. Les parties inférieures du foie et de la rate descendent jusqu'à l'ombilic, et les supérieures remontent jusqu'à deux pouces au dessous du mamelon. Lorsque le malade est entré à l'hôpital, les accès se montraient tous les deux jours. Nous avons eu recours aux évacuans, et nous avons préféré, à cause de l'embarras des premières voies, l'emploi d'un éméto-cathartique (1 décigramme de tartre stibié avec 24 grammes de sulfate de soude).

Le lendemain de l'administration de ce remède, le malade s'est trouvé notablement soulagé ; la fièvre est passée à l'état de double-tierce, et les accès ont été moins violens et moins longs. Depuis quatre jours l'apyrexie n'a pas cessé ; mais le foie et la rate sont restés tuméfiés. A quel moyen thérapeutique faut-il avoir recours pour diminuer cette hypertrophie ? Dans ces derniers temps, on a pensé qu'il fallait poursuivre toujours avec le sulfate de quinine les engorgemens viscéraux qui restent à la suite des fièvres intermittentes. Les anciens n'étaient pas tout à fait de cet avis, et ils avaient raison jusqu'à un certain point. Ils ont distingué deux cas : 1° lorsqu'il y a engorgement accompagné d'un léger mouvement fébrile ; 2° lorsque l'engorgement persiste sans qu'il y ait la moindre trace de fièvre. Dans le premier cas, les anciens administraient le quinquina ; dans le second, non seulement ils en proscrivaient l'usage, mais encore ils affirmaient que ce médicament, loin de diminuer les accidens, tendait au contraire à augmenter l'hypertrophie. Cette dernière opinion est entièrement erronée, mais il ne faut pas croire pour cela que le quinquina jouisse de la propriété de fondre ces engorgemens chroniques des viscères. Dans ces derniers temps, MM. Bailly, Piorry et d'autres praticiens ont émis l'opinion qu'il fallait toujours avoir recours au sulfate de quinine pour combattre les accidens qui nous occupent. Nous avons fait des expériences pour éclaircir ce point, et nous pouvons affirmer que, depuis dix ans, nous avons presque constamment vu cesser ces engorgemens sans l'emploi de la quinine et en nous bornant à prescrire des boissons adoucissantes, les végétaux herbacés et un régime sévère. Nous ne voulons point dire que le sulfate de quinine soit nuisible ; nous maintenons seulement qu'il est inutle, car jamais nous n'avons vu la rate diminuer de volume plus promptement sous son influence que lorsque l'affection a été abandonnée à elle-même.

HOPITAUX DE LONDRES.

Affection granuleuse des reins (maladie de Bright). *Nécropsie* ; par M. T. THOMSON, médecin au dispensaire du Nord (Northern dispensary).

Mathilde S., âgée de vingt-cinq ans, pâle, de mauvaise constitution, s'est présentée à la consultation de M. Thomson, le 17 février 1840, pour être traitée d'un gonflement aux chevilles, accompagné de débilité générale. Elle avait toujours joui d'une assez bonne santé, quoique très délicate ; sa sœur jumelle est morte à l'âge de dix-huit ans. Elle a déclaré qu'elle venait d'accoucher depuis quatre mois, et qu'elle allaitait son enfant. Son pouls était faible ; mais à part cette faiblesse, il n'offrait aucun signe de maladie. M. Thomson lui a prescrit la potion de Grif. (*Griffith's mixture*) pendant une semaine, ce qui lui a du bien ; sa constitution s'étant améliorée, et le poul levé. Les organes digestifs sont naturels ; la malade rend par jour une pinte et demie d'urine naturelle. Le g... ment des jambes cependant augmente : on lui presc demi-gros de bi-carbonate de potasse et un scrupule tartrate potassique de fer, deux fois par jour.

Le 28 février, voyant que malgré l'amélioration générale le gonflement aux jambes continuait, M. Thom... traité l'urine avec l'acide nitrique, ce qui a produit u... cipité épais comme de la crême (curd-like precipitate) la quantité remontait à plus du quart du liquide. O... tinue les mêmes médicamens pendant plusieurs jours, sans amélioration bien manifeste. La malade s'est rappelée une circonstance importante qu'elle avait omise dans le commémoratif ; savoir : qu'un mois avant son accouchement elle avait été saisie d'une pluie dans un moment où son corps était en transpiration, et que c'était de cette époque que datait le début de sa maladie.

Le 3 mars, l'urine est extrêment albumineuse ; la peau sèche. On prescrit quatre grains de poudre de Dower tous les soirs ; vingt gouttes de vin antimonial dans une potion d'acétate d'ammoniaque trois fois par jour, et une petite dose d'huile de ricin de temps en temps.

Le 6 mars, l'antimoine paraissant irriter l'estomac et abattre les forces, on lui fait prendre l'acétate d'ammoniaque dans une potion mucilagineuse ; on continue la poudre de Dower tous les soirs, et l'huile de ricin tous les ma-

tins. Quatre jours après l'usage de cette médication, la quantité de l'urine augmenté, mais avec diminution de la proportion d'albumine ; la peau a paru légèrement moite. Cette amélioration se continuait depuis huit jours, lorsque la malade, s'étant exposée à l'air froid, a éprouvé une recrudescence : la quantité de l'urine est devenue aussi abondante que la première fois. On lui fait garder le lit ; on lui fait prendre de l'ipécacuanha, au lieu de l'acétate d'ammoniaque et de la poudre de Dower.

Le 24 mars, pas de changement; la peau est obstinément sèche. On prescrit dix gouttes de vin antimonial au lieu d'ipécacuanha ; poudre de Dower et huile de ricin *ut suprà*.

Pas de changement jusqu'au 31 de ce mois, alors le malade accuse des vertiges et des douleurs aux lombes. On prescrit six sangsues sur cette région ; quatre grains de poudre de James tous les soirs, au lieu de la poudre de Dower.

Le lendemain la peau est moite, la malade se sent mieux.

Le 3 avril cependant elle se pleint de céphalalgie ; son état empire ; œdème à la face, affaissement général ; réponses lentes et incomplètes ; yeux fermés ; dyspnée ; léger râle ; expiration sifflante ; légère contraction répétée du bras droit. Les carotides battent violemment ; le pouls est sensible, mais pas fort ; suppression presque complète de l'urine pendant vingt-quatre heures. Six sangsues aux tempes ; vésicatoire à la nuque ; administration immédiate de calomel et jalap ; 5 gouttes de teinture de cantharides toutes les quatre heures. Dans la soirée, la malade devient insensible. On pratique une saignée de deux pintes du bras. La respiration devient plus facile d'abord, puis nouvel affaissement. Mort. Le sang de la saignée était couenneux et contenait une énorme quantité de sérum. Ce sérum ayant été analysé par M. Reex, a paru composé d'un vingt-quatrième de grain d'urée et de cinquante-huit grains d'albumine.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. Cadavre émacié, non œdémateux, mais extrêmement pâle ; lèvres presque de la couleur de la peau ; os du crâne épais et dense ; arachnoïde naturelle ; vaisseaux des membranes presque vides. Cerveau exsangue et ferme ; ventricules secs ; le lobe gauche du cervelet peut-être un peu moins ferme que le droit.

La plèvre gauche contient huit onces de sérum sanguinolent ; la plèvre droite, six onces. Ces membranes ne sont aucunement rouges, mais elles sont couvertes de masses de lymphe molle sur quelques points. La gravité spécifique du sérum épanché est de 10,25.

Le cœur est flasque et distendu. Le poumon gauche présente à son sommet des cicatrices, résultat probable de cavernes anciennes.

Intestins très pâles. Foie sain ; vésicule biliaire pleine de bile noire.

Reins remarquablement petits ; ils semblent imparfaitement développés ; les papilles sont fort faibles ; chaque artère, au lieu de former un bassinet, se divise en plusieurs branches à son entrée dans le rein. Ces organes sont cependant évidemment très affaissés par l'effet de la maladie, et leurs tuniques adhèrent fortement entre elles. En les séparant, on y voit distinctement une surface humide. La substance des reins est uniformément pâle, surtout à cause de la présence d'une abondante granulation. Ces granulations sont petites, plus nombreuses dans la substance corticale et superposées à la substance tubulaire. C'est un bel exemple de l'affection granuleuse des reins à la première période.

L'auteur fait suivre cette observation des remarques suivantes.

1° La fréquence avec laquelle l'urine albumineuse a été observée associée aux affections hydropiques, et la connexion établie par le docteur Bright entre plusieurs affections alarmantes et cet état particulier des reins, font désirer que les phénomènes qui se rattachent à cette maladie soient recueillis avec soin dans chaque nouveau cas qu'on rencontre. Le fait que nous venons d'exposer intéresse particulièrement par son caractère de simplicité. L'altération rénale était si complètement bornée aux reins, l'apparence extérieure de ces organes était si peu altérée, que la maladie aurait échappé à l'observation sans les belles recherches de l'habile médecin de l'hôpital Guy.

2° Ce fait offre un exemple de mort par coma entièrement indépendant d'arachnite ou d'épanchement cérébral; mais ayant probablement de la connexion avec la suppression de la sécrétion rénale, suppression qui a probablement donné lieu au passage de l'urée en d'autres élémens dans le sang. Il est vrai que la proportion de l'urée dans le sérum était beaucoup moindre que chez ceux qui guérissent de cette maladie, mais il est probable que chez quelques sujets le passage prompt de cette substance dans le sang entraîne des accidens graves.

3° Il prouve jusqu'à un certain point les avantages du traitement diaphorétique, proposé par le docteur Osborne, de Dublin. Cette méthode est peut-être celle qui promet le plus de succès, en particulier l'usage de l'acétate d'ammoniaque et de la poudre de Dower. Dans la première période surtout, alors que la gravité spécifique de l'urine n'est pas beaucoup différente de l'état normal, les diurétiques peuvent être utiles ; mais dans une période plus avancée, ces moyens peuvent nuire, en diminuant la sécrétion urinaire et en augmentant la proportion de l'albumine. Dans quelques cas d'une longue durée, j'ai observé du soulagement et même une guérison apparente par une diarrhée spontanée ; mais jamais dans les cas graves je n'ai observé la moindre amélioration par le traitement ci-dessus.

4° On voit dans les circonstances de ce fait l'action d'une cause productrice de la maladie, le froid et la pluie. La cause prédisposante la plus fréquente est peut-être une constitution scrofuleuse ; mais il paraît que les boissons alcooliques exercent un grand pouvoir prédisposant et déterminant.

5° Reste toujours une importante question : celle de savoir si la maladie albumineuse est la cause ou l'effet de l'altération du sang. Plusieurs considérations viennent en faveur de la dernière opinion.

(*London medical Gazette*, nov. 1840.)

— La maladie de Bright a déjà été observée un très grand nombre de fois en Angleterre, en France et ailleurs; et pourtant tout est encore à faire sous le point de vue de la thérapeutique. Cela doit être, puisqu'on ne s'accorde pas encore sur la nature de la maladie, et que des hypothèses plus ou moins arbitraires dominent jusqu'à ce jour les praticiens qui s'en sont occupés. La discussion qui a eu lieu dernièrement à l'Académie de médecine sur ce sujet, prouve bien ce que nous avançons. M. Martin Solon a émis des idées différentes de celles de M. Bouillaud ; et cet habile observateur, tout en s'accordant avec les idées de M. Rayer, est loin de penser comme M. Rochoux, etc. Nos confrères d'outre-mer ne sont pas plus unanimes sur la nature de l'affection ; et le traitement peu rationnel qu'ils ont adopté prouve suffisamment qu'ils ne voient pas plus clair au milieu de ce chaos de pots pleins d'albumine. Ce chaos tient évidemment à la fausse voie dans laquelle on se laisse aller pour comprendre et juger la maladie. On veut voir la maladie primitivement dans le sang, comme si le sang était susceptible de maladies primitives ! On oublie que l'urine est un liquide élaboré, sécrété, et que son défaut doit incontestablement tenir à un dérangement de l'organe sécréteur.

On ne tient pas compte de la flaccidité excessive de la substance des reins affectés de la sorte ; de l'absence absolue de toute trace inflammatoire ou d'excitation ; de la flaccidité du cœur et de la faiblesse constitutionnelle. On ne veut se rappeler enfin que dans toute maladie phlogistique ou d'excitation des reins il y a suppression de la sécrétion urinaire, et que dans toute maladie dans laquelle ces organes sécrètent en abondance une urine limpide, il y a au contraire abaissement de la force organique, et par conséquent asthénie. Il nous semble impossible, dans l'état actuel des connaissances, de dissocier la maladie de Bright de la famille des affections asthéniques des reins, comme le diabète, quoi qu'en disent certains chimistes qui prennent l'organisme vivant pour une cornue inerte. On ne voit pas, en conséquence, quelle indication les remèdes diaphorétiques pourraient remplir dans cette maladie. Il est généralement connu que les antimoniaux et l'acétate d'ammoniaque que les praticiens anglais préconisent, produisent un effet antiphlogistique, c'est-à-dire affaiblissant et capable d'aggraver la maladie. Il est probable que si dès la première période, le mal n'est pas au dessus des ressources, c'est à l'extrait d'opium seul, à dose progressive, qu'on pourra avoir recours avec avantage, comme stimulant lent et permanent.

Diabète traité à l'aide du fer et du zinc; par M. Howard.

H. F., laboureur, âgé de vingt-huit ans, se plaignait, au mois de mars 1840, de faiblesse considérable. La quantité d'urine qu'il rendait était beaucoup plus abondante que dans l'état naturel. Cette augmentation existait déjà depuis deux mois. Il se plaignait en même temps d'une pesanteur à l'épigastre, laquelle augmentait après chaque repas. Fonctions intestinales fort irrégulières ; éructations acides, langue blanche et couverte au centre, bords rouges; pouls 84, très faible ; poumons et cœur sains à la percussion et à l'auscultation. On mesure la quantité d'urine que le malade rend : on en trouve dix-huit pintes par vingt-quatre heures ; elle est d'un goût manifestement saccarin. M. Howard prescrit : alimentation abondante et substantielle ; trois des pilules suivantes par jour : Pr. opium, un scrupule ; extrait de jusquiame, un scrupule ; m. et f. pilules 24. Poudre de Dower et autre diaphorétiques tous les jours. Ensuite, de l'*uva ursi*, de l'alun, du catechu ; le tout sans bon effet bien manifeste : la maladie continue à faire des progrès. J'ai alors pensé, dit l'auteur, que les toniques minéraux pourraient être utiles. J'ai donc prescrit la formule suivante : Pr. sulfate de fer, un gros ; sulfate de zinc, un gros ; extrait anthem., deux scrupules; f. pilules 30, à prendre trois par jour.

Cette médication a été suivie pendant deux mois : les symptômes ont diminué petit à petit et le malade guérit. Vers le mois de juin, cet agriculteur a pu retourner aux champs reprendre ses occupations. (*Ibid.*)

— Cette observation paraît concorder avec les réflexions que nous venons d'émettre dans le fait précédent sur la nature asthénique du diabète. Le repos, une alimentation abondante et substantielle, peut-être aussi excitante, voilà certes des modificateurs assez efficaces pour une maladie lente et non fébrile. Il est, selon nous, contestable que les substances médicinales employées par l'auteur aient agi dans le sens de l'indication qu'il se proposait de remplir, si l'on en excepte toutefois l'opium. L'un des plus grands défauts de la médecine anglaise est sans contredit ce maniement arbitraire d'une foule de médicamens à la fois dont l'action réciproque est souvent contradictoire, et qui donne par conséquent zéro pour résultat définitif. De ce nombre sont par exemple l'association de l'opium à la jusquiame, de l'opium au calomel, du vin à l'antimoine, etc.

Névrome (*tumeur nerveuse*). *Ablation ;* par M. Gutteridge.

M. Docker, âgé de soixante-quatre ans, a été frappé à la jambe droite d'un coup de pierre il y a trente ans. Une douleur intense s'en est suivie. L'endroit frappé, six pouces au-dessus du coude-pied et au bord supérieur du muscle *solœus*, est resté sensible pendant long-temps. Un an après, une petite tumeur s'est déclarée sur ce point, douloureuse à la pression. Elle a augmenté par degrés, et, il y a sept ans, sa sensibilité est devenue plus intense : la moindre pression, accidentelle ou exercée à dessein, produisait une douleur vive qui réagissait vers la tête et sur tout l'organisme. Le malade comparait cette douleur, quant à sa nature, à celle qu'on éprouve en frappant le nerf cubital contre le coude, mais beaucoup plus intense. Les parties du membre au-dessous de la tumeur étaient tout-à-fait saines. La marche prolongée produisait une sorte d'engourdissement dans la tumeur, mais pas de douleur, à moins d'une pression quelconque.

En août 1840, le volume de la tumeur égalait celui d'un œuf de poule, mais de forme sphérique ; elle ressemblait à un kyste, et laissait sentir manifestement de la fluctuation. On a pensé que les souffrances du malade tenaient à la compression du nerf péronéen par le kyste, et qu'il fallait enlever celui-ci pour en obtenir la guérison.

M. Gutteridge l'a opéré de la manière suivante : il a pratiqué une incision parallèle à l'axe du membre, laquelle a mis la tumeur à découvert ; les racines de celle-ci étaient solides et profondes. Au moment d'en achever la dissection en haut, le malade a éprouvé une vive douleur et s'est écrié : « C'est là qu'est le nerf ! » Il a exprimé la même sensation, mais moins vivement, en disséquant la partie inférieure de la tumeur. La plaie a été réunie par première intention et le membre mis en appareil. La cicatrice ne s'est opérée que lentement ; le malade a accusé beaucoup de douleur dans le trajet inférieur du nerf, mais pas dans le trajet supérieur comme auparavant. La partie inférieure du membre est devenue très froide. Dans les derniers temps, la plaie ayant de la tendance à revêtir la forme ulcéreuse, on a prescrit au malade une nourriture abondante et du vin, et des béquilles pour marcher.

Dix semaines après l'opération tout était rentré dans l'ordre et le malade était était bien portant ; il marchait droit et sans accuser aucune douleur, si ce n'est un léger engourdissement à la partie externe du pied, laquelle diminue de jour en jour.

A l'examen, la tumeur a paru enveloppée d'un kyste, lequel était évidemment formé par le tissu cellulaire condensé de la gaîne du nerf. Son intérieur contenait une substance analogue à du blanc d'œuf, rayonnée de stries colorées. Ces stries étaient manifestement formées par des filamens de la substance du nerf ; elles étaient longitudinales et disposées dans un ordre régulier comme les fibres d'un oignon. En la faisant couler, la matière du kyste offrait toutes les apparences de la vitrine (humeur vitrée de l'œil); seulement elle était d'un jaune paille mélangée d'une teinte verte. Evidemment cette substance était la pulpe nerveuse elle-même convertie ainsi, puisque le nerf avait été complètement emporté sur ce point ; on y voyait les filamens de la pulpe nerveuse épanouie et formant la paroi du kyste, conjointement à la gaîne. Ces deux dernières parties confondues ensemble, rappelaient tout à fait la sclérotique. Plongée dans de l'alcool délayé, la tumeur a acquis une consistance considérable.

L'auteur ajoute les réflexions suivantes. Ce cas démontre, dit-il, que le parenchyme des cordons nerveux est exposé aux mêmes causalités que les autres parties du corps, et qu'à la suite des violences extérieures il peut nevenir le siége d'une inflammation, laquelle peut se terminer comme ailleurs par l'une ou l'autre de ses manières accoutumées.

La terminaison, dans le cas en question, paraît avoir été un épanchement séreux dans le tissu cellulaire, qui réunit ensemble les fibriles nerveuses. L'irritation continuelle causée par la démarche, les frottemens, les coups accidentels, les maniemens volontaires, expliquent la prolongation indéfinie de l'état morbide. On comprend par-là comment, à la longue, la douleur se propageait jusqu'au cerveau, et retentissait dans tout l'organisme, et comment a pu se former là un véritable névrome. (*Ibid.*)

— On ne confondra pas cette tumeur avec celles qui se forment sur le trajet des gros nerfs et en dehors de la pulpe nerveuse, si bien décrite par Dupuytren. C'était là un véritable névrome, ou ampoule nerveuse, par une sorte de fusion de la pulpe nerveuse, conséquence presque certaine d'une névrite circonscrite ancienne. Cotugno a observé, comme on sait, quelque chose d'analogue dans le nerf sciatique atteint chroniquement de la phlogose sourde, qu'on appelle douleur sciatique. On peut ranger l'observation ci-dessus au nombre des cas rares. X.

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 4 janvier.

— M. Poncelet est nommé vice-président pour l'année 1841, et M. Serres passe à la présidence de l'Académie.

— M. Dutrochet lit un mémoire dans lequel il se propose de donner l'explication d'un mouvement dont certaines substances ont la propriété d'être agitées quand on en dépose une petite parcelle à la surface de l'eau. Le camphre en particulier présente

ce phénomène à un degré remarquable, et les physiciens n'ont pas encore donné la raison de ces singuliers mouvemens, qui n'ont pas été jusqu'ici étudiés à fond ; nous espérions rencontrer dans les expériences de M. Dutrochet des observations curieuses et des théories fondées sur des expériences exactes ; mais cette première partie de son travail ne nous a paru contenir que des hypothèses très hasardées, souvent obscures, et bien éloignées de la sévérité qu'exige l'état actuel des sciences : c'est ainsi que l'auteur de l'*endosmose* prétend expliquer le mouvement giratoire des particules de camphre et de plusieurs autres substances, telles que la potasse et la soude caustiques, le potassium luimême, etc., etc., que l'on place sur l'eau par des effluves électriques qui, s'échappant de la particule, lui communiqueraient l'impulsion à peu près comme les soleils d'artifice tournent sous l'influence du feu qui les pousse en sortant par leur extrémité.

— M. Arago annonce que M. Daguerre vient d'ajouter un nouveau perfectionnement très important à son procédé, qui lui permet d'obtenir les images en une seconde. On conçoit qu'avec une telle promptitude les objets les plus mobiles pourront être saisis par le daguerréotype, et les portraits en particulier ne présenteront plus aucune difficulté. Déjà, au reste, on on avait singulièrement perfectionné à cet égard la première méthode de M. Daguerre, et l'on peut voir, par exemple, sur le quai des Orfèvres, un magasin d'appareils exclusivement consacrés aux portraits, dans lequel on trouve des portraits exécutés avec une grande précision et avec la plus grande netteté en quatre minutes.

— M. Dumas communique quelques renseignemens sur le déplorable accident causé à l'école de pharmacie par l'appareil de M. Thilorier. On sait que cet appareil est destiné à liquéfier et même à congeler le gaz acide carbonique. L'expérience de la solidification d'un gaz, d'un air, est des plus curieuses, et fait le plus grand honneur à son inventeur, M. Thilorier. Il a fallu non-seulement une grande intelligence et beaucoup d'habileté pour combiner et faire réussir une semblable expérience ; mais il ne fallait pas moins de courage pour l'entreprendre, ainsi que ne le prouve que trop le malheur qui vient d'arriver. Depuis cette découverte, l'expérience de M. Thilorier a été répétée dans tous les cours de physique et de chimie des facultés. La complaisance et le dévoûment de M. Thilorier étaient sans bornes à cet égard, et il se transportait gratuitement partout à la demande des professeurs qui aimaient à montrer à leurs élèves ce résultat de la puissance humaine, de l'air solide comme de la neige, et se dissipant dans la main dès qu'on lui rendait sa liberté.

L'expérience consiste à placer dans un réservoir en fonte d'une grande solidité les matières propres à dégager l'acide carbonique en abondance, et à recevoir ce gaz dans un cylindre également en fonte à parois très épaisses. Ainsi du carbonate de soude est mis dans l'appareil avec de l'eau et de l'acide sulfurique ; l'air décompose le carbonate, s'empare de la soude, et met l'acide carbonique en liberté ; l'appareil étant hermétiquement fermé, le gaz qui continue à se dégager se comprime fortement, et c'est sous l'influence de cette compression qu'il se condense, se liquéfie, et arrive même jusqu'à l'état solide de neige, quand on le aisse échapper par une petite ouverture.

Pour donner une idée de l'énorme compression qui s'établit dans les cylindres et qui réagit contre leurs parois, il suffira de de dire qu'elle est d'environ 75 atmosphères au début de l'expérience, et qu'elle croît de deux atmosphères pour chaque degré de température ; or, le contact de l'acide sulfurique et de l'eau chargée de carbonate de soude, porte tout à coup la température de 20 ou de 30 degrés à 60, 80 et peut-être à 100 degrés ; on voit donc qu'il s'établit dans l'appareil une pression que l'on peut, sans exagération, porter au moins à 150 atmosphères.

Les précautions ont été si bien prises par M. Thilorier, dans la construction de son appareil, que les chances de danger seraient à peu près nulles s'il ne se présentait pas une autre circonstance ; aussi l'expérience a-t-elle été répétée maintenant, à Paris, en France et en Europe, plus de cinq cents fois sans qu'il soit jamais rien arrivé.

Mais par malheur il se produit, à ce qu'il paraît, par l'effet même du temps, de certaines modifications dans la texture intime de la fonte, qui la rendent tout à coup, et sans aucun avertissement fragile et cassante ; c'est pourquoi l'on voit de temps en temps d'excellens canons de fonte, à l'épreuve d'une multitude d'essais et de nombreux combats, éclater au moment où on s'y attendait le moins, et tuer ou blesser des hommes qui servent la pièce. Eh bien ! c'est là aussi ce qui est arrivé pour l'appareil de de M. Thilorier dans l'affreux accident qui a causé la mort du préparteur de l'Ecole de pharmacie ; cet appareil, quoique parfaitement intact, en très bon état, ayant été un certain nombre de fois soumis à l'épreuve par M. Thilorier lui même, a cédé tout à coup à l'énorme pression intérieure qu'il avait si bien supportée jusque là ; il s'est séparé en deux portions, en produisant une explosion épouvantable comme une chaudière à vapeur qui éclate, et a fracassé les jambes du malheureux préparateur qui le manœuvrait.

NOUVELLES DIVERSES.

— M. le docteur Foville, connu par ses travaux importans sur le cerveau, vient d'être nommé médecin en chef de l'hospice de Charenton, en remplacement de M. Esquirol, décédé.

— M. Battelle, directeur de la Salpêtrière, vient d'être nommé administrateur des hospices et hôpitaux de Paris, en remplacement de M. Desportes, décédé.

— Le bureau de la Société médicale du Temple est ainsi constitué pour l'année 1841 :

Président, M. Félix-Legros ; vice-président, M. Lesage ; secrétaire-général, M. Belhomme ; secrétaire, M. Lozes.

Les séances ont lieu le premier mardi de chaque mois, à huit heures, rue Vendôme, n° 5.

— Parmi les livres mis à l'index à Rome, on remarque la *Physiologie de l'homme aliéné appliquée à l'analyse de l'homme social* ; par le docteur Scipion Pinel.

— M. Gendrin a de nouveau fait signifier à M. Latour la contrainte par corps pour le paiement des frais du procès qui lui a déjà fait toucher au greffe de Clichy, 2,225 francs. Ces frais s'élèvent à 778 francs. Que dire de cette conduite?..... Qu'en dire!..... Que M. Gendrin a touché ses 778 francs!!!!

— Un de nos honorables confrères vient de renvoyer à M. Domange, secrétaire des bureaux de l'Ecole de médecine, un exemplaire de l'Almanach des médecins, accompagné de la lettre suivante :

« Monsieur,

» Je vous renvoie l'exemplaire de l'Almanach des médecins pour 1841 que vous m'avez adressé. J'avais souscrit à votre petit ouvrage, que je crois bon, et non à une interminable réclame de 34 pages, entièrement étrangère à votre sujet, sur les merveilles toxicologiques de M. Orfila, qu'on vous a fait placer en tête de l'ouvrage. J'ai pensé, Monsieur, qu'un honnête médecin ne pouvait garder sur son bureau de pareilles affiches.

» J'ai l'honneur de vous saluer. X..., D.-M. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 14 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 6, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

DU STRABISME.

Leçon faite par M. le docteur PHILLIPS, *dans l'amphithéâtre de M. Lisfranc.*

En prenant la parole devant le nombreux auditoire impatient de l'entendre, M. Phillips a commencé par remercier le chirurgien de la Pitié, son premier maître, de l'accueil bienveillant qu'il a toujours fait aux hommes qui sont venus à lui dépositaires de quelque découverte utile à la science et à l'humanité.

Ajoutons que toujours ce zèle empressé pour tout ce qui peut contribuer aux progrès de notre belle science, a été dirigé par un tact chirurgical exquis. Quand il a ouvert son amphithéâtre à MM. Mayor, Dieffenbach, Seutin, Areutz, Serre (d'Uzès), Guérin, Sédillot, Malgaigne, Rigal (de Gaillac), etc., le professeur Lisfranc avait jugé que leurs découvertes devaient rester dans la science.

Nous allons suivre le docteur Phillips dans le développement de quelques aperçus physiologico-pathologiques, avant de passer aux détails de l'opération.

Quelle est la nature du strabisme? telle est la première question que fait naître cette matière. Les chirurgiens, concluant des déviations des membres à celles du globe oculaire, ont généralement admis qu'il est le résultat de la contracture de l'un des muscles moteurs de l'œil; il n'en est pas ainsi, et voici deux faits qui prouvent qu'on est parti d'une fausse analogie.

1° Entre toutes les déviations des organes mobiles, prenons pour exemple l'une des variétés du pied-bot, le pied-équin: le talon est maintenu invinciblement à une certaine hauteur du sol, les muscles gastro-cnémiens ont une longueur rigoureusement appropriée à la distance de leurs deux points d'insertion; quelques efforts que tente le sujet, jamais il ne parvient à ramener son pied dans sa direction normale. Or, si vous observez ce qui se passe chez les individus strabiques à qui vous aurez fermé l'œil sain, vous verrez constamment l'œil dévié venir se placer au centre de l'orbite, pour ne l'abandonner qu'au moment même où vous ferez cesser l'occlusion de l'autre œil.

2° Jamais on n'a trouvé d'altération organique appréciable dans le muscle antagoniste de celui qui cause la déviation du globe oculaire; jamais ces transformations graisseuses, fibreuses, presque constantes dans les autres classes de déviation. M. phillips, qui a fait des recherches sur des sujets strabiques de tout âge, depuis trois ans jusqu'à soixante-deux, a constamment trouvé le muscle droit externe avec l'intégrité parfaite de ses caractères organiques (1).

Ainsi, en résumé, dans le strabisme interne, le muscle droit externe n'est désorganisé ni paralysé. Que devient donc l'objection de ceux qui nient l'efficacité de l'opération du strabisme, parce que, disent-ils, on ne peut pas, dans ce cas, compléter le résultat de la section du muscle par l'emploi des machines? Partis d'une fausse analogie, ils devaient arriver à une conclusion fausse.

Si l'on me demande, ajoute M. Phillips, quelle opinion je prétends substituer à celle que je combats, je répondrai que, pour moi, cette question est encore à résoudre. Le strabisme peut être rangé dans la classe des affections spasmodiques; voilà tout ce que je crois qu'il est permis de conclure dans l'état actuel de la science.

Seconde question.

Sur cent cas de strabisme extraits d'un nombre de trois cents opérés par M. Phillips à Saint-Pétersbourg, dix seulement étaient divergens. Pourquoi cette énorme différence entre les strabismes divergens et les convergens?

Une première raison peut en être donnée, un peu hypothétiquement, il est vrai, mais qui cependant est puisée dans une loi de physiologie générale, la tendance qu'ont tous les organes pairs à se rapprocher de la ligne centrale; tendance qui ressort surtout de l'étude des monstruosités.

2° Le nerf oculo-moteur commun qui fournit au muscle droit interne lui fait en quelque sorte arriver l'influence du grand sympathique par sa communication avec le ganglion ophthalmique au moyen de la racine courte. De là, pour le muscle, une double influence nerveuse; de là, par lui, une multiplication des causes de l'irritation spasmodique.

3° Un seul muscle porte l'œil en dehors, trois muscles le portent en dedans. Mais cette proposition a besoin d'être justifiée; car elle est en désaccord avec la physiologie généralement admise. Tout le monde reconnaît que les deux muscles, droit interne et petit oblique, sont adducteurs; mais on regarde le grand oblique comme abducteur, et là est l'erreur. En effet, dans un nombre de cas assez grand, l'œil étant resté dévié en dedans et en haut, après la section complète du muscle droit interne, M. Phillips a été conduit à couper le grand oblique, et aussitôt l'œil a repris sa rectitude. En second lieu, les sujets auxquels on vient de diviser le droit interne n'en conservent pas moins la faculté de porter la pupille en dedans en même temps qu'en haut. Or, la conséquence est forcée.

Sur les 90 strabismes convergens cités, il existe seulement deux déviations en dedans et en haut, et une en dedans et en bas.

Pour compléter la question de statistique, ajoutons que, d'après les observations de M. Phillips, le strabisme double est moins commun que le strabisme simple, et le strabisme simple plus fréquent à droite qu'à gauche, ce qui peut sans doute s'expliquer par le développement musculaire plus fort du côté droit que du côté gauche.

Troisième question.

Le strabisme ne constitue pas seulement une difformité; des désordres fonctionnels sont liés le plus souvent aux désordres de la locomotion; et parmi eux, les uns trouvent une explication toute naturelle dans les lois de l'optique; d'autres, au contraire, ne peuvent guère s'interpréter qu'en admettant une réaction des nerfs moteurs altérés sur les nerfs sensitifs.

1° Quand un œil seul est dévié, généralement la pupille du côté affecté est plus dilatée que celle du côté sain, et alors le sujet voit double quand il se sert des deux yeux; il voit peu ou point quand il n'emploie que l'œil malade. Si les deux pupilles sont également contractées ou dilatées, la vue n'est pas double, mais le plus ordinairement l'œil dévié est plus faible que l'autre.

2° Quand les deux yeux sont déviés, rarement ils le sont au même degré: presque toujours l'un d'eux est plus fortement porté en dedans, et la pupille, ordinairement dilatée, l'est surtout du côté où existe la plus grande convergence; la vue y est en même temps ou nulle ou presque nulle.

Le phénomène de la vue double; l'affaiblissement ou même l'anéantissement de la vue, dépendans d'un strabisme simple ou double, ont été, dans la majeure partie des cas, tantôt entièrement dissipés, tantôt considérablement amendés par l'opération. Les pupilles sont de même revenues à leurs dimensions normales, ordinairement après douze ou quinze jours. Nous avons surtout été frappés des exclamations de joie de deux jeunes sujets affectés de strabisme interne double, tout étonnés de voir avec l'œil qui venait d'être opéré infiniment mieux qu'ils ne voyaient auparavant. Pour qu'il ne reste pas d'amphibologie dans les termes, nous dirons avec M. Phillips que le désordre fonctionnel en question peut se traduire par la proportion suivante: l'œil sain ou le moins dévié ayant une portée supposée de dix, celle de l'œil le plus faible ne sera que de quatre. Cette proportion n'est, bien entendu, qu'une supposition; car nous avons déjà dit qu'elle est infiniment variable, depuis l'anéantissement complet de la fonction jusqu'au trouble le plus léger.

Opération.

Il est de principe, pour le docteur Phillips, d'attendre, pour opérer les enfans, qu'ils aient atteint au moins leur sept ou huitième année: 1° parce qu'il a vu le strabisme s'amender notablement, ou même disparaître spontanément vers cette période de la vie; 2° parce que si l'enfant qu'on aurait opéré venait à être pris de convulsions, ce qui n'est pas rare à l'époque du travail de la dentition, on risquerait fort de voir le strabisme récidiver, ou se transformer en une déviation externe si elle était interne, et réciproquement; un désordre notable dans la fonction de la vue le détermine seule à sortir de cette sage temporisation.

Quand il y a convergence des deux yeux, faut-il les opérer tous deux, ou suffit-il d'en opérer un seul? M. Phillips, à l'exemple de son maître, a d'abord coupé le muscle droit interne des deux côtés dans tous les cas; mais l'expérience et le raisonnement n'ont pas tardé à lui faire abandonner cette pratique exclusive, et voici la marche qu'il a adoptée: Quand il y a parallélisme des deux yeux déviés, il n'hésite pas à opérer sur-le-champ des deux côtés; dans les autres cas, qui sont de beaucoup les plus communs, il ne porte l'instrument que sur l'un des deux organes, celui qui est le plus convergent, et il attend presque toujours. Cette opération unique est suivie d'un redressement des deux yeux, qui ne manque guère au bout de quinze jours ou trois semaines; c'est à cette époque seulement qu'il se décide à opérer de l'autre côté, quand, ce qui est très rare, la déviation persiste sur l'œil qu'il avait d'abord respecté. Mais il n'est pas toujours facile de distinguer *à priori* de quel côté existe la plus forte convergence; on ne se trompera jamais si on part de ce fait mainte fois observé, que la pupille est plus dilatée, la vue plus faible ou nulle dans l'œil le plus dévié.

Procédé opératoire.

Dans toute opération, le point essentiel est de bien voir l'organe sur lequel on veut agir; le procédé de Dieffenbach est fondé sur ce principe. M. Phillips n'en met pas d'autre en usage; seulement, entre ses mains, ce procédé a subi de grands perfectionnemens, dont l'un important surtout, nous voulons parler de la résection du bout antérieur du muscle divisé.

Un premier aide, chargé de maintenir immobile contre sa poitrine la tête du sujet, légèrement renversée en arrière, relève en même temps la paupière supérieure au moyen de l'élévateur ordinaire. Un second aide, à genou devant le patient, déprime la paupière inférieure avec une double érigne mousse. L'opérateur, faisant face au sujet, implante deux petites érignes simples à courbure très prononcée, dans la muqueuse qui forme un léger relief entre la caroncule et le globe oculaire. Ces deux érignes, modérément tirées en sens inverse, l'une par la main gauche de l'opérateur lui-même, l'autre par un troisième aide, forcent la conjonctive à former entre leurs deux points d'implantation un repli transversal analogue à celui que l'on fait à la peau pour le débridement des hernies.

Le chirurgien porte sur ce repli des ciseaux fins, courbes sur le plat, d'un seul coup il le divise de son sommet à sa base, il dissèque d'avant en arrière en rasant la face interne du globe de l'œil, et met ainsi à découvert l'extrémité antérieure du muscle droit interne; cette dénudation du muscle, si je puis m'exprimer ainsi, doit être pratiquée dans une étendue d'autant plus grande que le strabisme est plus prononcé. Le même instrument, porté entre la sclérotique et la face interne du muscle qui lui est accolé, sert à l'en isoler d'une quantité également relative. Aux ciseaux est substitué alors un crochet mousse. Cet instrument, dont la supériorité sur le crochet aigu est facile à pressentir, sert à saisir le muscle et à l'attirer un peu en avant. Cet organe est divisé en travers, avec les ciseaux, à une profondeur de trois ou quatre lignes, terme moyen. A ce point de l'opération, quelques gouttes de sang inondent ordinairement la petite plaie; l'opérateur, à qui il importe de voir ce qu'il fait, les absterge avec une petite éponge fixée entre les mors d'une pince, avant de procéder à la section du muscle. Le crochet mousse, plongé de nouveau dans le cul-de-sac qu'il explore en tous sens, donne la certitude que le muscle a été entièrement divisé. On ramène les fibres musculaires qui pourraient avoir une première fois éludé l'action des ciseaux.

Pour M. Dieffenbach, l'opération se terminait là. M. Phillips ayant rencontré un assez grand nombre de cas où la récidive avait lieu, fit une loi de la résection du bout antérieur du muscle, et depuis il n'a plus observé un seul cas de récidive. Cette résection est facile, car le globe oculaire, attiré en dehors au moment où on vient de diviser le lien qui le maintenait dans la convergence, présente en quelque sorte aux ciseaux de l'opérateur la portion du muscle qui lui est restée adhérente: rarement on a besoin de recourir aux pinces.

Quand l'expérience n'aurait pas déjà sanctionné ce perfectionnement du procédé opératoire de M. Phillips, l'analogie devrait, *à priori*, le faire adopter. Que se passe-t-il, en effet, chez les sujets auxquels on a fait subir la section des gastro-cnémiens? La partie supérieure de ces muscles s'éloigne brusquement de leur partie inférieure, il s'établit entre les deux un écartement de quatre travers de doigt, bientôt la fibre musculaire soustraite à l'action spasmodique par la section des nerfs, commence à s'allonger, et ne tarde pas à se rapprocher assez de la portion tendineuse inférieure pour se cicatriser avec elle, et le tissu inodulaire qui s'interpose offre à peine le volume du doigt auriculaire. Les choses sont donc revenues dans le même état où elles étaient avant; la continuité nerveuse est rétablie, et l'action spasmodique peut se reproduire; elle ne se reproduit guère au pied pour des raisons faciles à sentir; à l'œil, elle trouve beaucoup moins d'obstacles à sa réapparition; de là les récidives.

Enfin le chirurgien complète l'opération en excisant avec les ciseaux les lambeaux flottans du tissu cellulaire et de la muqueuse oculaire, pour des raisons que nous développerons plus bas.

Le procédé que nous venons de décrire suffit à ce qu'on pourrait appeler l'état normal du strabisme convergent. Indiquons maintenant certaines circonstances exceptionnelles qui peuvent se rencontrer, en indiquant à chacune d'elles une modification appropriée dans le mode opératoire.

1° Le muscle droit interne ne se présente pas toujours sous la forme d'un ruban unique. Dans un assez grand nombre de cas il est divisé en deux ou trois faisceaux s'implantant en autant de points distincts de la sclérotique. On doit soupçonner cette disposition exceptionnelle quand, après l'opération, l'œil ne reste pas moins fixé dans sa position vicieuse. C'est alors que l'exploration consécutive du crochet mousse est plus que jamais indispensable, car la section doit être complète si l'on veut que le résultat le soit. De cette occurrence ressort surtout la supério-

(1) Nous ci erons deux faits exceptionnels.

rité du procédé opératoire qui permet de mettre à découvert l'organe sur lequel on doit agir.

2° Après la section complète du droit interne, l'œil reste quelquefois dévié en dedans et en haut. C'est au muscle grand oblique qu'il faut s'en prendre de cette persistance de la difformité. Prolongez largement en haut la dissection de la conjonctive, et avant de couper le tendon de ce second muscle, ayez soin de bien l'isoler et de le fixer avec le crochet mousse, car il est facile de le confondre avec les tissus voisins.

Jusqu'à ce jour le muscle droit interne a toujours été coupé d'abord, et ce n'est qu'*à posteriori* qu'on a jugé de l'opportunité de la section du grand oblique. Ne pourrait-on pas couper d'abord ce dernier muscle dans les cas où il y a déviation en haut en même temps qu'en dedans? Peut-être pourrait-on se dispenser d'opérer le droit interne?

Cette variété du strabisme est en outre caractérisée par deux phénomènes à peu près constans :

a. Les yeux déviés par le trochléaris présentent une convexité plus grande qu'à l'état normal.

b. La vue est plus courte dans ce cas ; en un mot, il y a myopie.

M. Phillips a toujours vu la section du trochléaris faire perdre au globe de l'œil son excès de convexité : la myopie cessait et la vue devenait longue sur-le-champ. N'est-on pas autorisé à penser que cette myopie est sous la dépendance de cette contraction musculaire? Ne peut-on pas espérer pouvoir améliorer l'état des myopes en coupant le tendon du grand oblique?

3° Il est arrivé qu'après la section du droit interne l'œil était pris de mouvemens spasmodiques, d'une sorte de mobilité brusque et très rapide. Cet état a cessé par la section du grand oblique.

Il n'est pas rare de trouver cette mobilité convulsive de l'œil chez les sujets louches antérieurement à toute opération. M. Phillips a vu la section du droit interne faire constamment cesser cette disposition, après quinze jours, trois semaines. Nous avons, en effet, immédiatement après cette section, constaté une amélioration manifeste de cette complication du strabisme interne chez une jeune fille de quinze ans, et chaque jour amène un nouveau progrès.

4° On voit très rarement le globe de l'œil se dévier fortement en dehors après la section du droit interne, parce que les deux obliques deviennent les antagonistes du droit externe. Dans le cas où il en serait ainsi, il faudrait recourir à une nouvelle opération ; il faudrait couper le droit externe.

5° Dans trois circonstances contraires, M. Phillips a vu l'œil rester immobile dans sa position vicieuse, quoiqu'il eût successivement coupé le droit interne et le grand oblique. Ces cas étaient sans doute une exception à la règle qui veut que, dans ce genre de déviation, le muscle antagoniste du muscle vicieusement contracté conserve sa contractilité en même temps que ses caractères organiques ; ils rentraient dans la loi générale des déviations des membres. Aussi cet ingénieux chirurgien eut-il recours à l'orthopédie : un fil de soie, passé dans la conjonctive oculaire, à trois lignes en dehors de la cornée transparente, et dont les deux chefs furent fixés sur la tempe, au moyen d'un petit emplâtre agglutinatif, maintint l'œil au centre de l'orbite. Le muscle droit externe ne tarda pas à recouvrer son action : le succès fut complet.

Soins consécutifs.

Il n'est pas de petite opération en chirurgie. Les plus simples en apparence peuvent être suivies d'accidens graves, si on ne se tient pas constamment en observation, si on n'aime pas mieux avoir veillé cent fois inutilement que de s'être laissé une seule fois surprendre. Ne dites donc pas au malade, en retirant votre dernière érigne : allez, vous êtes guéri.

Une jeune dame prussienne, qui occupe un rang distingué dans la littérature, passa la nuit qui suivit son opération à écrire à ses nombreux amis pour leur en apprendre l'heureux résultat; d'autres imprudences furent encore commises par cette femme à vive imagination. Une inflammation intense sévit sur tous les tissus renfermés dans l'orbite, et la comtesse de ... fut heureuse de ne payer son imprudence que de la perte d'un œil. Personne n'ignore avec quelle rapidité les phlegmasies parcourent et détruisent le tissu cellulaire intra-orbitaire, avec quelle facilité elles s'étendent à l'organe de la vue lui-même. Il faudrait exagérer les dangers de cette opération, au lieu de les atténuer, dit le docteur Phillips avec autant de bonne foi que de jugement.

En général, l'inflammation qui suit l'opération acquiert d'autant plus d'intensité que la dissection a dû être plus étendue ; dans les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des cas, elle se borne à une légère injection du voisinage de la plaie, et cette injection ne dure pas plus de quatre ou cinq jours ; seulement, il persiste quelque temps encore de petites stries rougeâtres appartenant à des vaisseaux dilatés. Quand les choses se passent ainsi, il suffit d'entretenir des compresses imbibées d'eau froide sur l'œil fermé, de recommander au malade la diète et le repos, et de lui administrer quelques laxatifs. Les bains de pieds, la saignée, les purgatifs peuvent être indiqués par une injection plus forte, par une congestion vers la tête. Quand l'injection est à son déclin, on peut substituer à l'eau froide un liquide légèrement astringent.

Presque constamment, et indépendamment de la marche suivie, le tissu cellulaire du fond de la petite plaie se développe après cinq ou six jours plus ou moins, en un certain nombre de bourgeons mollasses, blancs ou rosés ; il faut les exciser avec les ciseaux et ne jamais recourir à la cautérisation, qui donne lieu à la formation d'un tissu inodulaire dont la rétractilité n'est pas sans influence sur un organe aussi mobile que le globe oculaire.

Après la section de ces bourgeons, M. Phillips a vu deux fois se former à leur place une tache noire semblable à la mélanose. Il en fut inquiet d'abord ; mais il ne tarda pas à se rendre compte de cet incident : quelque petit vaisseau ouvert en excisant les bourgeons avait versé une ou deux gouttelettes de sang dans les mailles du tissu cellulaire, qui s'y était transformé en un caillot compact. Dans l'un des deux cas il put en acquérir la conviction, car il l'enleva avec des ciseaux ; dans l'autre il attendit, et la résorption en fit justice.

Pinel Granchamp, V. Baud.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Revue clinique du 31 décembre 1840.

Rétraction spontanée de l'aponévrose plantaire des pieds. Emploi des antiphlogistiques. (*V.* le n° du 31 décembre 1840.)

Nous vous avons entretenus dans la dernière séance de la petite malade couchée au n° 16 de la salle Sainte-Thérèse, qui nous présente un exemple remarquable de varus commençant du pied gauche, consécutif à une inflammation de l'aponévrose plantaire. Nous avons attaqué cette inflammation par une application de quinze sangsues et des bains de pieds émolliens, et nous suivrons avec intérêt la marche de ce cas curieux.

Plusieurs cas de fractures.

Nous vous avons également parlé des malades affectés de fractures, et nous devons vous en parler de nouveau aujourd'hui; pour vous signaler les quelques changemens qui sont survenus dans l'état de quelques-uns d'entre eux.

Ces malades sont, à la salle Sainte-Thérèse, le n° 8, petite fille rachitique, qui a une fracture du fémur ; le n° 12, moins rachitique que la précédente, qui a également le fémur fracturé ; le n° 19 de la même salle, petite fille douée d'une bonne constitution et d'une bonne santé, qui a une fracture de l'humérus.

A la salle Saint-Côme, les sujets fracturés sont : le n° 6, entré le 4 décembre, avec les deux fémurs fracturés ; et le n° 8, entré le 3 octobre, avec fracture du fémur.

Reprenons un instant un à un ces différens malades.

Chez la petite fille couchée au n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, la fracture date de dix à douze jours ; or, nous pensons, eu égard à sa constitution rachitique, que la consolidation ne doit pas encore être complète. Nous attendrons donc jusqu'à jeudi prochain pour ôter l'appareil et examiner le membre.

Le n° 12 de la même salle est une petite fille de trois ans, rachitique, avons-nous dit, mais à un moindre degré que la précédente. Aussi la consolidation était-elle complète au vingt-cinquième jour, résultat que nous n'espérons pas obtenir au bout d'un égal espace de temps chez la malade dont nous venons de vous parler.

La petite fille du n° 14 n'est à la clinique que depuis deux jours seulement, et nous nous contenterons aujourd'hui d'appeler sur elle votre attention. L'appareil a été appliqué tout de suite, ce sujet étant rachitique, nous croyons que la guérison se fera attendre cinq ou six semaines.

La petite fille du n° 19 est entrée pour une fracture de l'humérus siégeant sur un point de l'étendue de l'os, compris entre l'insertion deltoïdienne et le col de l'os. La malade est dans le service depuis seize jours, et déjà la consolidation est presque achevée.

A la salle Saint-Côme, le malade couché au n° 6, âgé de onze ans, et qui, avons-nous dit, est entré le 4 décembre, avec les deux fémurs fracturés, est au vingt-sixième jour de son accident. A droite, la fracture est complètement consolidée ; mais à gauche, cette consolidation est loin d'être achevée. Nous trouvons l'explication de ce retard, eu égard à ce qui s'est passé à droite, en ce que la fracture était ici plus oblique, et siégeait beaucoup plus haut et près des trochanters ; il se peut encore que, de ce côté, la fracture n'ait pas été aussi bien maintenue qu'à droite, ou bien, ce qui est au moins aussi probable, que l'inflammation ait été plus intense. Au demeurant, la consolidation n'est pas achevée, mais nous espérons qu'elle le sera dans huit jours. Nous verrons donc jeudi prochain.

Le n° 8 de la même salle est ici depuis long-temps (deux mois). Les conditions de sa fracture fémorale étaient très défavorables. Nous vous avons parlé de l'épanchement sanguin considérable qui existait ; nous avons signalé la très grande obliquité de la fracture ; enfin nous vous avons dit que toutes ces conditions fâcheuses avaient été aggravées par trois saignées générales, que l'intensité de l'inflammation nous avait imposé de pratiquer. Enfin, nous devons dire que la constitution lymphatique de cet enfant venait s'ajouter à tout cela.

Néanmoins, malgré tant de circonstances contraires, la marche de la consolidation a été, on peut dire rapide, eu égard à ce qui s'observe chez les adultes en pareille circonstance.

Cataracte congéniale. Abaissement.

Vous savez qu'il y a quinze jours aujourd'hui que nous avons opéré la cataracte gauche de la petite fille âgée de onze ans, couchée au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse ; vous savez de même que nous avons opéré par abaissement, et nous ne reviendrons pas sur ce que l'opération a présenté de notable.

Nous devons cependant vous rappeler, qu'après le déchirure de la capsule cristalline, un liquide laiteux s'épancha dans la chambre antérieure ; circonstance qui ajouta aux difficultés déjà si grandes de l'opération.

Au bout de quelques jours nous avons pu voir l'œil, et nous assurer qu'il n'existait pas de symptômes inflammatoires ; mais un point blanchâtre se présentait dans le champ de la pupille, qui, ainsi que nous avons déjà eu occasion de vous le dire, n'était autre chose qu'une partie du cristallin qui n'avait pas été abaissé.

Depuis huit jours, ce point blanchâtre disparaît progressivement ; ou, en d'autres termes, la résorption du morceau de cristallin s'effectue d'une manière assez heureuse, pour nous permettre d'espérer que sous peu elle sera achevée.

D'ailleurs, la petite fille distingue parfaitement les couleurs. Nous ne songeons pas encore à opérer l'autre œil.

Hydrocèle. Injection iodée.

Au n° 24 de la salle Saint-Côme, nous avons un petit enfant âgé de sept ans, chez lequel nous avons opéré, il y a quinze jours, une hydrocèle par ponction, suivie de l'injection faite avec la teinture d'iode (une partie de teinture d'iode et huit d'eau). Nous avons laissé le liquide dans la tunique pendant une minute ; après quoi nous l'avons laissé écouler, sans toutefois l'exprimer entièrement.

Le lendemain de l'opération, le scrotum offrait un gonflement considérable, qui est allé progressivement en diminuant depuis. Nous espérons obtenir ici un succès complet ; car cette méthode de traitement nous a toujours constamment réussi.

Brides congéniales réunissant les doigts médius et annulaire. Angine membraneuse. Mort.

Nous avons à vous annoncer l'issue funeste de l'angine membraneuse du malade couché au n° 23 de la salle Saint-Côme.

Au début de cette affection intercurrente, la plaie résultant de la section des brides devint tout à coup grisâtre. Des fausses membranes se développèrent tout d'abord sur les amygdales et se propagèrent promptement au voile du palais. Dès-lors nous conçûmes des craintes sérieuses relativement à la manifestation du croup, et nous espérâmes y obvier moyennant la médication active que nous avons eu occasion de vous signaler à plusieurs reprises.

Toutefois l'affection cheminait, paraissant cependant ménager le larynx ; le petit malade s'affaiblissait à vue d'œil. D'autre part les poumons fonctionnaient bien ; toutes les voies respiratoires paraissaient libres ; et c'est au milieu de ces conditions que le malade s'est éteint hier dans la nuit, sans menaces préalables de suffocation, nous a-t-on assuré. Voici toutefois la pièce pathologique, qui semble témoigner du contraire.

Des couches pseudo-membraneuses épaisses tapissent les amygdales et les piliers. Elles se prolongent dans le pharynx, au pourtour de l'épiglotte qu'elles enveloppent.

Au côté gauche du larynx existe également une production pseudo-membraneuse, qui nous paraît, par sa disposition et son étendue, avoir dû entraîner la mort par suffocation. Les cordes vocales sont à l'état sain.

Revue clinique du 7 janvier 1841.

Coup-d'œil général sur les fractures.

La malade n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, âgée de trois ans et demi, et celle du n° 14 de la même salle, âgée de deux ans et demi, qui toutes deux sont entrées à la clinique pour des fractures de cuisse, sont aujourd'hui guéries malgré leur état rachitique, à l'égard duquel nous nous sommes déjà expliqué ; la première au bout de vingt jours, et la seconde de dix. Chez la première, la consolidation est parfaite ; chez la seconde, quoiqu'elle laisse quelque chose à désirer, on peut, dès à présent, soulever la cuisse sans reproduire la difformité à l'endroit de la fracture et sans occasionner de douleur.

Le n° 19 de la même salle, jeune fille forte et d'une bonne constitution qui, ayant été renversée par un cabriolet a eu l'humérus fracturé, est presque tout-à-fait guérie. Aujourd'hui, dix-neuvième jour de son accident, la consolidation est assez avancée pour que nous ayons pu imprimer au membre des mouvemens assez étendus sans déterminer la moindre mobilité des fragmens.

Nous vous engageons à examiner la petite fille couchée au n° 21 de la salle Sainte-Thérèse, qui est complètement guérie, au bout de dix-huit jours, d'une fracture des deux os de l'avant-bras.

Le n° 5 de la salle Saint-Côme, est un garçon de onze ans, d'une bonne constitution, qui a eu les deux cuisses fracturées. Il y a eu peu de gonflement, et l'on n'a pratiqué qu'une seule saignée. Nous sommes au trente-sixième jour de l'accident, et la consolidation est achevée à droite. A gauche, au contraire, on détermine de la douleur lorsqu'on essaie de relever le membre, et le fragment supérieur fait alors saillie.

Donc, tandis qu'à droite la consolidation était achevée du vingtième au vingt deuxième jour, à gauche, au contraire, nous trouvons qu'elle n'est pas complète au trente-sixième. A quoi faut-il attribuer une différence aussi notable dans le résultat obtenu ? Nous nous sommes déjà expliqué à cet égard. Pour nous résumer de nouveau sur ce point, nous dirons : 1° que la fracture siégeait sur un

point plus rapproché des trochanters, qu'à droite ; 2° que la fracture était plus oblique ; 3° qu'au lieu d'appliquer le grand appareil, ainsi que nous l'avons fait à droite, nous avons appliqué un appareil étendu seulement du genou à l'aine, et cela dans le but de faciliter au malade le moyen de satisfaire aux besoins naturels.

Or, au bout de dix jours, nous avons reconnu que cet appareil était insuffisant et qu'il était indispensable d'y substituer l'appareil de Scultet, ce qui n'a pu être fait sans que le petit malade ait ultérieurement éprouvé de plus grandes difficultés pour recevoir la bassine. Sans doute l'insuffisance du premier appareil a contribué à reculer la consolidation ; ainsi que la nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvé de le changer.

Mais une cause qu'il faut principalement invoquer dans ce cas, c'est l'action des muscles psoas et iliaque qui a pu s'exercer avec une efficacité d'autant plus funeste, qu'elle agissait sur un levier peu étendu, puisque la fracture siégeant très haut, avons-nous dit, le fragment supérieur se trouvait être très court, et que, d'autre part, l'attelle antérieure, étendue seulement de l'aine au genou, était insuffisante pour combattre la tendance de ce même fragment à son déplacement antérieur.

En changeant l'appareil, nous avons fait l'application médiate des attelles ; indication sur laquelle Dupuytren insistait beaucoup, et de laquelle il faisait en grande partie dépendre la bonne réussite du traitement. Vous savez que dans leur application médiate, les attelles ne sont séparées de la cuisse que par les compresses, et partant agissent mieux sur les fragmens que les longues attelles de l'appareil de Scultet, qui sont séparées de la cuisse par les compresses, les coussins en balle d'avoine et le drap-fanon.

— Au total, la consolidation a marché rapidement chez tous nos malades, eu égard à ce qui s'observe dans les mêmes cas chez les adultes. Les auteurs se sont déjà expliqués sur les causes qui activent d'une manière aussi notable, chez les enfans, la marche du cal osseux. Indubitablement, il faut placer en première ligne l'exubérance vitale, qui est le partage de la première époque de la vie ; mais il est une autre cause non moins efficace, non moins puissante que celle que nous venons d'indiquer, cause qui a manifestement existé chez plusieurs de nos fractures, cause à laquelle il faut accorder la plus grande attention et qu'il importe de respecter si l'on ne veut s'exposer à perdre tout le bienfait qu'elle peut procurer, nous voulons parler de l'intégrité du périoste.

Souvent, en effet, chez les enfans, les os sont fracturés sans que le périoste soit simultanément déchiré, et nous croyons, conformément à ce qui a d'ailleurs été dit, que le périoste concourt pour beaucoup dans la production du cal osseux.

Or, il est essentiellement important de respecter un tel état de choses lorsqu'on a pu s'assurer qu'il existe, et nous nous sommes rigoureusement conformé à ce principe à l'égard des petites filles de la salle Sainte-Thérèse, qui rentraient presque toutes, par la nature de leurs fractures, dans la catégorie qui nous occupe. Il en a été de même de plusieurs garçons, et notamment de la cuisse droite du n° 5.

Mais, chez les enfans comme chez les adultes, la marche ordinaire du travail de consolidation peut être entravée par des complications nombreuses ; les unes locales, trop connues de vous pour que nous soyons obligé de les énumérer ; les autres générales, telles qu'un vice constitutionnel préexistant à la fracture, ou bien un état anémique dans lequel se trouve actuellement, et pour un temps variable, le malade par suite des saignées spoliatrices que l'on a dû pratiquer pour modérer l'excès de l'inflammation locale.

Or, ces diverses complications se sont présentées chez différens fracturés du service, et elles nous expliquent pourquoi la durée comparative des traitemens a été augmentée d'une manière variable. Ainsi, nous vous avons signalé un état rachitique pour les numéros 8 et 14 de la salle Sainte-Thérèse ; une très grande obliquité de la fracture à gauche chez le n° 5 de Saint-Côme ; des accidens inflammatoires intenses chez le n° 8 de la même salle, ainsi qu'un épanchement sanguin très considérable, et enfin un état anémique prononcé consécutif aux trois saignées générales pratiquées pour combattre l'inflammation locale et la réaction fébrile. Ajoutons que l'appareil n'a pu, par cela même, être appliqué que tardivement.

Vous avez dû remarquer que si, d'une part, nous appliquons aux grands enfans l'appareil ordinaire de Scultet, d'autre part, nous nous contentons, chez les plus jeunes, d'un simple appareil analogue à celui qui est usité pour la fracture de l'humérus chez l'adulte. Chez les petits enfans, en effet, qui pissent dans leur lit, l'appareil à coussins serait continuellement mouillé, et deviendrait pour ainsi dire un réservoir d'urine. C'est là un inconvénient grave, que l'on évite par le simple appareil dont nous venons de parler, et qui, d'ailleurs, remplit toutes les indications, dans la majorité des cas au moins.

Cataracte congéniale. Opération par abaissement sur l'œil gauche.

Nous n'avons rien de nouveau, de bien important, à vous signaler chez la malade du n° 15 de la salle Sainte-Thérèse. La résorption de la portion de cristallin qui est restée dans le champ de la pupille s'opère avec lenteur. Néanmoins la jeune fille distingue les couleurs mieux que par le passé. Quant aux différens objets qu'on lui présente, elle les distingue assez bien, mais ne les reconnaît pas et ne les appelle pas par leur nom, l'éducation de sa vision n'étant point encore faite chez elle.

Section du tendon d'Achille.

Au n° 5 de la salle Sainte-Thérèse, est une jeune fille de quatorze ans, non encore réglée, un peu lymphatique, affectée de pied-équin. Elle est sœur de la petite fille couchée au n° 4 de la même salle, que nous avons opérée des deux pieds-bots il y a cinq semaines.

Chez elle, le pied-bot est accidentel, mais elle n'explique pas bien de quelle manière il est arrivé. Il paraît cependant qu'elle a bien marché jusqu'à cinq ans, et à cet âge la jambe droite est devenue plus faible que la gauche. A l'âge de onze ans, il y a trois ans par conséquent, elle paraît avoir eu des convulsions.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui le bras et la jambe droits sont plus maigres et plus faibles que le bras et la jambe gauches. De plus, de ce même côté, on observe une rétraction du tendon d'Achille, donnant lieu à un pied-équin, d'où il résulte que la malade marche sur la pointe de ce même pied. Notons enfin qu'il y a surdité à droite ; la vue de ce même côté n'est point altérée.

La rétraction du tendon d'Achille nous paraît être le résultat d'une affection cérébrale ancienne, dont l'un des reliquats nous paraît être encore la faiblesse de tout le côté droit, qui existe.

Nous aurons, dans ce cas, recours à la ténotomie d'après le procédé de M. Bouvier, c'est-à-dire d'arrière en avant.

Après l'opération, nous nous contenterons de faire un pansement simple pendant quatre ou cinq jours, afin de pouvoir surveiller les accidens inflammatoires qui pourraient survenir.

Ceux-ci sont rares, à la vérité ; cependant nous devons dire que dans l'une des opérations pratiquées chez la sœur de la malade, il est survenu un phlegmon qui s'est terminé par abcès, et dont la guérison n'est pas encore achevée aujourd'hui.

K...

HOPITAUX DE LONDRES.

Hydrocéphale aigu. Guérison ; par M. C. Crowther.

Master-Alfred Beckett, âgé de onze ans et demi, leucophlegmatique, a été atteint de scarlatine le 1er septembre 1840. La fièvre s'est continuée une semaine sous forme bénigne. L'enfant est resté très faible et languissant jusqu'au 28 ; alors il devint œdémateux. Il a été saisi de nausées et de vomissemens le 4 octobre, et cet état s'est continué jusqu'au 7.

Le lundi soir 5, à six heures, l'enfant a été pris de convulsions qui se sont continuées jusqu'au lendemain matin à six heures. Il est devenu aveugle le 5, et a continué dans cet état jusqu'au 8 ; les pupilles immobiles. Le sens de l'ouïe est resté très aigu. Le malade éprouvait en même temps de la dyspnée intense, de la toux, prostration des membres, convulsions de temps en temps jusqu'au 7 ; alors il a dormi pour la première fois une heure, sans éprouver de convulsions. Il a commencé à se plaindre de sa tête, avec un sentiment de chaleur dès le 5.

Le 5, à l'examen, M. Crowter a trouvé les pupilles dilatées, la tunique albuginée pâle ; pouls fréquent, faible et précipité ; langue couverte et sèche, constipation, urine rare, face œdémateuse, délire. Pronostic défavorable. On prescrit de raser la tête et d'y appliquer un vésicatoire ; mixture noire, à répéter jusqu'à purgation ; une pilule d'*hydrargirium cum creta* de deux grains toutes les deux heures ; potion diurétique composée d'acétate d'ammoniac ; teinture de scille et teinture de digitale.

Pas d'effet jusqu'au 7 au matin. Alors, garde-robes noires et fétides ; très peu d'urine. On continue la potion diurétique ; le malade urine abondamment et souvent, le lit en est mouillé ; sommeil profond.

Le 8, plus de délire. Purgations ; diminution considérable de l'œdème. Hier, ses extrémités étaient devenues froides ; le pouls était imperceptible, et l'enfant paraissait mourant. Le soir cependant il a été mieux, et dès ce moment l'amélioration a été progressive. La toux cependant a continué pendant quelque temps encore. Par la suite, la céphalalgie s'est dissipée ; l'appétit est revenu ; l'œdème a disparu, et l'évacuation des urines s'est continuée pendant quelque temps.

Le 5 novembre, l'enfant est tout à fait bien portant.

(*London medical Gazette*, nov. 1840.)

— Cette observation offre sans doute de l'intérêt, puisqu'on voit rarement des enfans dans de pareilles conditions échapper à la mort ; mais est-ce bien là un exemple d'hydrocéphale ?

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 12 janvier.

Remèdes secrets. — *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets. Aucun de ces rapports n'a été favorable à leurs auteurs.

M. Pelletier désirerait qu'on ne rejetât pas indistinctement tous les remèdes qu'on adresse sous cette forme. S'il est vrai, dit-il, que la plante indigène qu'un de ces auteurs recommande peut remplacer la salsepareille, ce serait une chose à voir, à expérimenter.

MM. Boullay, Guibourt et Chervin font observer qu'on ne peut s'arrêter à la considération de M. Pelletier, vu que la plante en question a été indiquée comme telle dans une foule d'ouvrages anciens et modernes.

Le rapport et les conclusions sont approuvés.

Catarrhe vésical. — *M. Civiale* fait un rapport sur plusieurs observations de M. Gigouin relatives au catarrhe de la vessie traité à l'aide des injections d'une décoction de suie. Aucune de ces observations n'ayant paru ni assez détaillée, ni assez concluante, M. le rapporteur en propose le renvoi pur et simple aux archives.

M. Pelletier fait observer que la décoction de suie contient une très légère proportion de créosote, et que c'est plutôt avec cette substance délayée convenablement qu'on devrait faire les expériences, préférablement à la décoction de suie, dont l'énergie peut être fort variable.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Variole et vaccine. — *M. Gaultier de Claubry* fait un rapport sur un travail adressé par M. Heim, d'Allemagne, relatif à des expériences qu'il a faites avec succès en inoculant la variole sur des vaches, et en la réinoculant des vaches à l'homme. Ce travail ayant paru intéressant, la commission propose à l'Académie que les expériences soient répétées par la section de médecine vétérinaire.

M. Dupuy rappelle que Camper a pratiqué en Hollande un très grand nombre de vaccinations sur les vaches et les veaux, et qu'il les a parfaitement préservés d'une épidémie désastreuse. Il a observé qu'à la seconde génération les veaux n'éprouvaient qu'une éruption extrêmement bénigne, ce qui ferait présumer que le virus s'affaiblit en passant d'une génération à une autre, ou plutôt s'abâtardit, selon l'expression de M. Dupuy. Il en est de même, dit-il, de la rage qui, en passant sur les herbivores, s'éteint et ne se communique point de ceux-ci à d'autres animaux.

M. Bousquet dit avoir essayé sur quatre vaches l'inoculation du pus variolique, mais sans succès. M. Grégory cependant lui a assuré qu'en Angleterre la même opération avait été pratiquée avec succès, mais que les faits n'étaient pas encore concluans. A Londres, on a observé que le pus de la vache inoculé produisait une éruption générale, et un médecin a été condamné à une amende de 300 fr. pour s'être servi du pus de la vache pour inoculer un enfant.

M. Girard trouve le sujet en question fort intéressant, et se charge volontairement de répéter les expériences.

La commission accepte l'offre de M. Girard.

M. Rochoux ne pense pas que l'assertion de M. Dupuy concernant l'extinction du virus rabique chez les herbivores soit exacte, puisque MM. Breschet et Magendie ont fait communiquer la rage à un âne, qui l'a transmise à son tour à d'autres animaux.

M. Pelletier relève une expression de l'auteur du mémoire, qui veut qu'on délaie le virus vaccin soit avec du lait, soit avec de l'eau. Le lait étant putrescible paraît à M. Pelletier pouvoir décomposer le pus en se décomposant lui-même ; l'on sait d'ailleurs, ajoute-t-il, qu'en faisant putréfier le lait avec du sang, on obtient un nouveau produit, l'alcool.

Ce rapport a été renvoyé à M. Girard.

Congestion et inflammation. — *M. Dubois (d'Amiens)* continue ses intéressantes lectures sur le mode d'action des agens dits irritans sur le système capillaire. Dans la lecture d'aujourd'hui l'auteur a abordé directement l'état des capillaires dans la congestion et l'inflammation. Ce qu'il a observé de plus remarquable, c'est un fait nouveau dont la connaissance n'est pas sans utilité pour la pratique, savoir : que dans le début de la congestion il n'y a d'abord qu'accélération dans les globules des capillaires, puis, à mesure que le mal marche vers l'inflammation, il y a diminution dans le mouvement ; celui-ci devient intermittent, saccadé (ce qui répond aux pulsations dans le phlegmon), enfin, il y a arrêt complet dans la marche des globules, accumulation de ces derniers dans les capillaires, dilatation de ceux-ci, extravasation du sérum, ce qui répond au gonflement de la partie enflammée, etc. M. Dubois a conclu de là, que la théorie admise dans les écoles : *ubi stimulus, ibi fluxus*, n'était pas exacte, puisqu'il n'y a d'abord qu'accélération dans le mouvement, puis enfin arrêt des globules. C'est à compter de ce moment que la congestion commence. La congestion n'est donc pas l'effet d'un travail actif des capillaires, comme on le croit, c'est au contraire l'effet d'une stagnation du sang par arrêt des mouvemens des capillaires.

« Dans les principaux capillaires artériels, à mesure, dit l'auteur, que l'encombrement se prononce, tout espace entre les colonnes de globules et les parois des capillaires disparaît les globules se tassent inégalement, indifféremment, ils touchent immédiatement les parois ; bien plus, ils les pressent latéralement, ils les distendent, les éloignent de l'axe, les amplifient, les déforment et semblent même parfois les bosseler ; ils peuvent ainsi doubler et tripler leur diamètre. »

Passant ensuite à l'étude du travail dit de *résolution* de la partie enflammée, l'auteur signale l'espèce de débouché qui s'opère graduellement dans les capillaires et leur passage progressif de l'état d'arrêt à l'état de mouvement intermittent, lent, puis saccadé et accéléré jusqu'à leur retour à l'état normal. Il s'opère, en un mot, une succession de phénomènes analogues aux premiers, mais dans un ordre inverse.

Dans la prochaine lecture, l'auteur se propose d'examiner, avec l'expérience à la main, la dernière théorie générale adoptée en médecine, savoir : la théorie de l'irritation.

M. le docteur Lucien Boyer fait une communication verbale à l'Académie sur ses recherches relativement à l'opération du strabisme.

M. L. Boyer a fait de nombreuses expériences sur les animaux vivans, chiens, moutons, lapins, etc., et présente à l'Académie des pièces d'anatomie pathologique provenant de chevaux sacrifiés en plus ou moins grand nombre de jours après la section des muscles de l'œil. On peut voir que les muscles coupés ont contracté de nouvelles adhérences avec le globe de l'œil au moyen d'une trame celluleuse assez consistante le cinquième jour, et qui prend rapidement une densité plus grande. Cette adhérence nouvelle est postérieure à l'insertion primitive, ce qui produit un allongement relatif du muscle.

M. Lucien Boyer, dans ses expériences, a fait loucher les animaux, et leur a ensuite remis les yeux droits par la section successive des muscles antagonistes.

M. L. Boyer présente ensuite huit malades sur plus de soixante qu'il a opérés. Parmi ces malades, il y a cinq enfans et trois adultes, six opérés de strabisme convergent simple, un opéré de strabisme divergent double, un de strabisme convergent double. Les résultats satisfont pleinement les membres de l'Académie, qui les examinent avec intérêt, et dont quelques-uns avaient assisté à plusieurs de ces opérations.

Parmi les malades qu'il a opérés, M. L. Boyer a plusieurs fois pratiqué la section du muscle droit interne et du grand oblique. Sur une jeune malade, il a successivement coupé en deux fois le

muscle droit interne et le grand oblique d'abord, et le muscle droit supérieur huit jours après. Il a eu plusieurs fois aussi l'occasion de couper le muscle droit externe.

Un point important pour bien atteindre le muscle, c'est de faire un trou à la gaîne celluleuse qui enveloppe la sclérotique et le muscle au-dessous de la conjonctive, avant de placer le crochet destiné à soulever celui-ci.

M. L. Boyer insiste sur la nécessité de couper entièrement l'aponévrose du muscle et souvent les tractus celluleux qui peuvent encore retenir l'œil ainsi qu'il l'a observé trois fois.

Le procédé que M. L. Boyer a employé est celui de Dieffenbach, modifié en ce sens qu'il a remplacé les érignes et les crochets aigus par des pinces fixes à dents, qui ne peuvent jamais blesser ni la sclérotique, ni la cornée ; il ne se sert que de ciseaux mousses.

Il a fait aussi un crochet mousse double à écartement qui lui donne plus de facilité pour faire passer les ciseaux sous le muscle avant de le couper.

M. L. Boyer présente ensuite un individu qui n'a point encore été opéré, mais qui présente un cas singulier de strabisme vertical ascendant de l'œil gauche, manifeste seulement lorsque le malade regarde à droite. La cornée se cache alors sous la paupière supérieure, pour redescendre à sa place naturelle à mesure que l'axe visuel de l'œil droit se reporte au milieu des paupières.

Séance levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 11 janvier.

Recherches médico-légales sur l'arsenic ; par MM. DANGER et CH. FLANDIN. (Suite.)

Dans une précédente lecture, en nous prononçant sur la non existence de l'arsenic à l'état normal dans les parties molles des cadavres humains, nous avons fait réserve de notre opinion sur la présence de l'arsenic dans les os, où on l'avait plus exclusivement signalé. Nous venons aujourd'hui soumettre à l'Académie le résultat de nos expériences sur cette question ; ainsi que sur celles de la présence de l'arsenic dans le terreau des cimetières.

Pour rechercher l'arsenic dans les os, nous les avons d'abord traités suivant la méthode indiquée par divers chimistes. Nous les avons fait brûler sur une grille à une température modérée et de manière à les ramener à l'état de charbon animal. Nous les avons pulvérisés et fait bouillir dans l'acide sulfurique, puis, repris par l'eau et filtrés. Le liquide, introduit dans l'appareil de Marsh, a donné des taches abondantes. Pour déterminer la nature de ces taches, nous avons brûlé le gaz dans un appareil disposé de manière à ne rien laisser perdre des produits, et n'avons pas obtenu d'acide arsénieux. Comparativement, un demi-milligramme d'une matière arséniée, nous donne assez d'acide arsénieux pour en obtenir le métal et toutes les réactions qui caractérisent ce corps.

Nous avons cru devoir ne pas nous en tenir à cette épreuve ; nous avons voulu nous assurer si dans la combustion préalable, à l'air libre, des parties inflammables des os, il ne se dégageait pas d'arsenic. Nous avons calciné les os dans une cornue en porcelaine, en faisant passer les produits volatils à travers un tube de même matière, porté à la plus haute température qu'on puisse obtenir dans les laboratoires. L'appareil était disposé de manière à recueillir sans perte tous les produits.

En brûlant, les gaz dégagés n'ont pas donné d'acide arsénieux.

Les liquides condensés n'en ont pas fourni non plus.

Le charbon déposé dans le tube, le noir animal qui restait dans la cornue, repris par les acides jusqu'à la complète destruction du carbone libre, n'ont produit aucune réaction qui pût faire soupçonner la présence de l'arsenic.

Les expériences que nous avions faites sur les os, nous les avons répétées pour les terres. Nous avons été prendre du terreau dans les trois cimetières de Paris, Mont-Parnasse, Montmartre et le Père-Lachaise. Nous avons eu soin de le recueillir sur un grand nombre de points différens et dans des tombes nouvellement ouvertes. Traité par les acides, à l'instar des os, le terreau a toujours fourni, avec l'appareil de Marsh, un gaz qui déposait des taches miroitantes sur la porcelaine ; mais les produits de la combustion de ce gaz, recueillis avec soin, ne contenaient pas d'acide arsénieux.

Dans le but de détruire jusqu'aux dernières traces des combinaisons organiques, combinaisons qui compliquent encore aujourd'hui d'une manière inextricable les réactions chimiques les mieux connues, nous avons eu recours pour les terres au mode de calcination préalable que nous avions suivi pour les os. Dans l'un et l'autre cas, les résultats ont été identiques : nous n'avons retiré du terreau aucune trace d'acide arsénieux. Les taches obtenues, avec l'appareil de Marsh, dans l'épreuve précédente, n'étaient donc pas de nature arsenicale. Toutefois, malgré ces résultats négatifs, tant de causes peuvent disséminer de l'arsenic dans les terrains meubles, que nous n'induirons nullement de nos expériences qu'on ne trouverait pas d'arsenic dans les localités mêmes où nous avons pris le terreau qui a servi à nos essais.

Ces faits nous conduisent aux conclusions suivantes :

1° Il n'existe pas plus d'arsenic, à l'état normal, dans les os que dans les chairs des cadavres humains.

2° On ne peut prononcer sur la nature des taches obtenues avec l'appareil de Marsh qu'après avoir brûlé le gaz qui les produit, et s'être assuré que les résultats de cette combustion donnent indéfiniment les mêmes taches.

Nous ferons connaître d'une manière spéciale les procédés qui nous ont conduits à ces conclusions et à celles du travail précédent, en soumettant à l'Académie les applications directes que nous en avons faites aux cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Quatrième épreuve. — Thèses.

(Séance du mercredi 13 janvier 1841.)

MM. les compétiteurs sont appelés à tirer au sort le sujet des thèses qu'ils devront composer dans l'espace de *douze jours*, et déposer, au moins en épreuves, le jeudi 28 janvier, à quatre heures du soir.

Dans le cas où des épreuves seules auraient été déposées, il ne sera permis de faire aucune modification pour le tirage définitif.

1° *M. Sédillot :* De l'opération de l'empième.

2° *M. Chassaignac :* De l'appréciation des appareils orthopédiques,

3° *M. Bérard jeune :* Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne.

4° *M. Michon :* Des opérations que nécessitent les fistules lacrymales.

5° *M. Malgaigne :* Des appareils pour le traitement des fractures en général.

6° *M. Lenoir :* De la bronchotomie.

7° *M. Blandin :* des opérations qui peuvent survenir pendant les opérations, et des moyens d'y remédier.

8° *M. Vidal :* Des indications et des contre indications en médecine opératoire.

9° *M. Robert :* Des opérations que nécessitent les affections cancéreuses.

10° *M. Thierry :* Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies.

11° *M. Boyer :* Des opérations que réclament les plaies de l'estomac et de l'intestin.

12° *M. Sanson :* Des luxations congénitales et des méthodes opératoires proposées pour y remédier.

13° *M. Huguier :* Des opérations de pupille artificielle.

14° *M. Laugier :* Des cals difformes, et des opérations qu'ils réclament.

— Un procès assez singulier va, dit-on, être prochainement porté devant le tribunal de première instance. Lorsque le célèbre docteur Pinel mourut, en 1826, ses élèves les plus distingués, parmi lesquels se trouvaient des hommes qui plus tard devinrent célèbres à leur tour, tels que MM. Esquirol, Alibert, Récamier, Rostan, etc., après lui avoir prodigué des soins pendant sa vie, crurent devoir faire l'autopsie de son cadavre après sa mort, dans l'intérêt de la science. M. Esquirol, par le désir de conserver un souvenir sacré de son illustre maître, garda son crâne, soigneusement préparé par lui. Aujourd'hui que M. Esquirol vient de descendre aussi dans la tombe, M. Scipion Pinel réclame à la succession le crâne de son père, comme en étant le seul possesseur légal, et ne l'ayant jusqu'à ce jour laissé en des mains étrangères que par déférence pour M. Esquirol.

Nous avons déjà parlé plusieurs fois du SIROP et surtout du CHOCOLAT AU LACTATE DE FER préparés par M. Arrault ; nous avons même rapporté le résultat d'expériences faites avec ce médicament ; si nous nous sommes abstenus d'en faire de nouveau mention, ce n'est pas que nous ayons eu quelque doute sur son efficacité, mais bien parce qu'un procès pendant devant les tribunaux nous engageait à nous abstenir. Aujourd'hui qu'un jugement définitif a fait justice des prétentions de MM. Gélis et Conté, nous signalons de nouveau aux praticiens les pastilles de chocolat au lactate de fer ; ainsi administré, ce médicament est d'un emploi sûr, d'une forme agréable, et peut être donné sans difficulté même aux plus jeunes enfans.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 7, TOME 3, — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. ROUX.

Taille latéralisée. Phlébite de la plaie. Mort 72 heures après l'opération. L'autopsie démontre l'existence dans la vessie d'un second calcul, presque aussi volumineux que celui qui avait été extrait au moment de l'opération; lequel avait 28 millimètres (14 lignes) dans son grand diamètre.

Un fait du plus haut intérêt pour les praticiens vient de se passer à la clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu; fait qui démontre tout l'inconvénient que peut entraîner l'oubli de certains préceptes établis, et les dangers qui peuvent en résulter pour les malades. Il s'agit d'un cas de double calcul vésical, l'un d'eux ayant continué de séjourner dans la vessie après l'opération de la taille latéralisée; son existence n'ayant pas été soupçonné, quoique le calcul extrait présentait une facette articulaire ou de contact, et l'exploration avec le bouton ayant été négligée après l'extraction du premier calcul.

Nous nous contenterons de résumer la leçon faite sur ce sujet par M. Roux, à qui nous tiendrons compte avant tout de la franchise avec laquelle il a avoué sa méprise; qualité d'autant plus méritoire dans un clinicien, que dans la science les revers ont aussi leur côté utile. M. Roux rappelle rapidement que cette opération, pratiquée il y a huit jours, s'est terminée au troisième jour par la mort, sans que cette issue funeste ait été précédée par aucun des accidens qui sont à redouter dans les premiers jours qui suivent la taille latérale. A l'autopsie, dit ce chirurgien, on a trouvé dans la vessie une pierre aussi volumineuse que celle que nous avions déjà extraite, qui était de forme ovoïde, et qui présentait 14 lignes dans son grand diamètre. Ce cas me paraît avoir dû se présenter raremet, et sous ce rapport encore, il est digne du plus haut intérêt. Nous ne sachons pas que pareille chose nous soit jamais arrivée dans le cas de calculs multiples qui se sont présentés à notre observation, et nous devons vous dire à cet égard qu'une fois nous avons extrait par la taille chez un malade cent quatre-vingt-dix calculs, sans qu'après l'opération aucun symptôme soit venu annoncer qu'un autre calcul, ayant échappé à nos investigations, avait continué à séjourner dans la vessie.

L'existence simultanée de plusieurs calculs vésicaux est dans quelques cas indiquée par le cathéterisme. Alors, en effet, on parvient assez souvent à mettre en mouvement les calculs dans le liquide que contient la vessie, lesquels venant tour à tour se heurter contre l'algalie, donnent lieu à un cliquetis qui ne saurait avoir lieu dans le cas de calcul unique.

Le calcul dont l'opération avait procuré l'issue offrait la forme d'un ovoïde aplati, et sur l'une de ses deux faces correspondantes au plus petit diamètre présentait une facette à laquelle nous n'avons prêté d'abord aucune attention, mais qui, après coup, et lorsque l'autopsie nous eut appris qu'un second calcul avait séjourné dans la vessie avec le premier, nous a paru résulter du long contact et du développement simultané des deux pierres. C'était, en un mot, une facette articulaire; mais nous avons d'autant moins songé à la considérer d'abord comme telle, qu'ayant égard surtout au volume de la pierre, la pensée ne nous est pas venue un seul instant qu'elle pouvait être accompagnée d'une ou de plusieurs autres. D'ailleurs, les facettes que les calculs vésicaux peuvent présenter ne sont pas toujours le résultat de leur contact réciproque, puisqu'elles peuvent également résulter de la nature même des sels dont ils sont composés, qui, en vertu de certaines lois chimiques, leur donnent des formes obligées. Or, les calculs de notre malade étaient de la nature de ceux que l'on appelle muraux, ou ressemblant par leur forme et par leur couleur à des mû- res arrivées à maturité, composés en d'autres termes d'oxalate de chaux, sel qui, en se concrétant, donne d'ordinaire lieu à des pierres qui offrent dans leur configuration générale, des surfaces planes comparables jusqu'à un certain point aux facettes d'articulation ou de contact.

C'est la connaissance de ce fait qui nous a engagé pour ainsi dire à passer outre, car nous avons pensé qu'eu égard à la composition chimique de la pierre, elle se présentait ici avec sa forme la plus ordinaire; dès lors la pensée ne nous est pas venue relativement à l'existence d'un second calcul, et conséquemment nous nous sommes abstenu de toute exploration ultérieure de la vessie.

Telle a été précisément notre faute, faute que nous sommes le premier à avouer et à reconnaître, puisque nous nous sommes volontairement, et non par oubli, soustrait au précepte qui consiste à explorer la vessie après l'extraction de la pierre, exploration dont le but est de s'assurer qu'elle est entièrement débarrassée de toute sorte de corps étranger, et à laquelle il est d'autant plus important de se conformer que les moyens d'exploration antérieurs à l'opération ne sont pas de nature à fournir la base d'un diagnostic exact relativement au nombre des calculs, et qu'une certitude entière sur ce point ne peut être acquise que par l'inspection de la vessie au moyen du bouton, après l'opération. Mais, nous le répétons, nous n'avons pas eu égard à la surface de contact du calcul, car elle nous a semblé être une conséquence obligée du mode de cristallisation de l'oxalate de chaux, et non pas de l'existence simultanée d'un second calcul; et animé d'ailleurs du désir bien légitime de delivrer entièrement le patient des souffrances de l'opération, nous avons passé outre à l'examen définitif de la vessie.

Au demeurant, nous croyons pouvoir avancer avec certitude, que ce n'est pas la persistance d'une seconde pierre dans la vessie qui a provoqué la perte du malade: les dangers, qu'un tel état de choses pouvait entraîner, étaient loin d'être aussi imminens. Toutefois, il est vrai de dire que le malade, dans le cas où il aurait échappé aux périls de la première opération, se serait trouvé tôt ou tard sous le coup de ceux qu'une seconde opération de la taille aurait pu entraîner; à moins cependant, qu'avant l'époque déjà avancée de la cicatrisation de la plaie actuelle, il n'eût présenté des phénomènes capables d'éveiller des soupçons relativement à l'existence du second calcul, et que le fait ayant été avéré, il n'eût encore été possible d'en effectuer l'extraction par cette même plaie. Des douleurs vésicales inusitées en pareil cas, la rétention de l'urine, etc., sont les principaux phénomènes qui auraient pu produire un semblable état de choses.

Mais ici je dois encore vous présenter quelques remarques pratiques, qui ne seront peut-être pas sans quelque valeur, pour diminuer la gravité de la faute que nous avons commise, et dont nous éprouvons le besoin de nous justifier. Il est un fait dont l'expérience a démontré la véracité, savoir, qu'une seconde opération de taille est toujours moins grave que la première; en d'autres termes, une première opération de la pierre dispose les calculeux à mieux en supporter une seconde. Cela se conçoit, et pour plusieurs raisons. D'abord, le fait indique par lui-même que la constitution du sujet est bonne, et qu'il y a en lui une aptitude favorable pour en surmonter les dangers; en second lieu, son esprit est mieux disposé, puisqu'il est affranchi des craintes que doit inspirer la nécessité de se soumettre à une opération dont il ne pouvait jusqu'alors se former qu'une fâcheuse idée, exagérée par la non-connaissance des souffrances qui l'attendaient; enfin, les tissus sur lesquels on doit opérer sont, par le fait même de la première opération, plus denses, plus serrés, et moins disposés par conséquent aux hémorrhagies et aux autres accidens qui peuvent suivre l'opération de la taille périnéale.

Quoi qu'il en soit de ces explications, le fait n'en est pas moins mathématiquement vrai; et c'est une vérité depuis long-temps acquise à la science, que les opérations de taille pratiquées chez le même sujet après une première, offrent moins de gravité que celle-ci. Sans doute, il nous est arrivé de perdre ainsi quelques malades; mais s'il en est ainsi, ce mécompte nous est arrivé un nombre si minime de fois, que nous ne pourrions en ce moment en citer aucun cas en particulier. Il nous serait facile, au contraire, de multiplier les cas où notre conduite a été suivie du plus heureux résultat. Parmi ces faits, nous nous contenterons de citer celui d'un riche propriétaire du département du Cher, qui, ayant déjà été taillé par un chirurgien de la province, le fut une seconde fois par nous en 1824,

---

FEUILLETON.

Observations et considérations nouvelles sur l'anévrisme variqueux; présentées à la Société médicale d'Emulation, dans la séance du 7 octobre 1840; par M. HUBERT RODRIGUES, D.-M., professeur-agrégé et prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite du n° 137.— 1840.)

Anévrisme variqueux à la région inguinale; ligature de l'artère iliaque externe; gangrène du membre; mort.

Don Bartholo Xerez, de San-Yago, âgé de trente-cinq ans, se blessa à la cuisse dans le mois d'août 1825, à l'aide d'un couteau qu'il s'enfonça en voulant monter à cheval. L'artère et la veine fémorale furent percées. L'hémorrhagie fut arrêtée par la compression, et la plaie se cicatrisa. Un mois après une tumeur pulsatile se développa d'une manière progressive; puis elle resta stationnaire. En 1836, elle acquit un nouvel accroissement douloureux et continua de s'étendre de jour en jour. Au moment de l'opération la tumeur de la cuisse gauche est pulsatile, du volume d'un utérus au troisième mois de gestation, placée entre l'origine de l'artère fémorale profonde et le ligament de Poupart, pendant à côté de l'aine comme une sorte de melon. Ses pulsations sont isochrones à celles du cœur et accompagnées d'une sorte de sifflement très distinct. Ses parois sont très amincies. En comprimant l'artère fémorale sur la branche du pubis, la tumeur devient flasque et le sifflement disparaît. La pression sur la tumeur et sur l'artère crurale à la fois fait affaisser et vider complètement la poche morbide. On a alors la sensation de quelques dépositions osseuses à ses parois, surtout vers son pédicule. La jambe n'est point gonflée. L'artère crurale au-dessus de la tumeur est considérablement élargie.

Le 5 novembre, la tumeur menace rupture. M. Morisson lie l'artère iliaque externe d'après le procédé d'Abernethy.

Après l'opération, douleur intense dans la jambe et dans le pied, comme si de l'eau bouillante coulait dans les fibres de cette partie; le pouls est à 130 pulsations (saignée); puis vomissemens, météorisme, sueurs froides; deux jours après, mort avec gangrène de la jambe.

A l'endroit de la ligature, l'artère est coupée complètement par les efforts des vomissemens, le fil est resté attaché aux bouts supérieurs. L'artère présente un coagulum d'un pouce de longueur (27 millimètres). Des tuyaux de plume introduits dans l'artère et dans la veine passent dans le sac anévrismal.

§ I. L'anatomie pathologique de cette observation n'est pas assez détaillée pour que nous puissions nous en servir relativement à l'avantage ou aux inconvéniens de la ligature au-dessus de la maladie; c'est ainsi que nous ne savons rien sur l'état du sac, des ouvertures de communication et sur la texture des vaisseaux, etc. C'est un malheur que nous avous à déplorer pour presque toutes les observations qui sont consignées dans les journaux anglais et américains.

§ II. La gangrène de tout le membre est un accident très rare dans l'anévrisme ordinaire, à la suite de la ligature. Lorsqu'elle se déclare, elle reste habituellement bornée à un ou plusieurs doigts, à un ou plusieurs orteils, ou à une portion peu considérable des tégumens. Je ne connais qu'un petit nombre de faits où elle ait envahi toute l'épaisseur du membre de manière à ne laisser d'autre ressource que dans l'amputation. Ceci est surtout vrai pour la ligature pratiquée au-dessus d'un anévrisme, et les nombreuses anastomoses du système artériel sont plus propres à faire craindre le retour trop rapide du sang que la suspension trop prolongée de la circulation. Dans l'anévrisme variqueux, la gangrène est un accident plus commun et plus grave; ordinairement elle envahit tout le membre avec beaucoup de rapidité, et ne laisse guère de chances pour la conservation des jours du malade.

En outre de ce fait et de celui de Hennen, on pourrait en citer beaucoup d'autres. M. Dorsey, de Philadelphie, a fait connaître un exemple d'anévrisme enkysté et variqueux au-dessous du genou. Le malade avait reçu sur la jambe un coup de fusil chargé à plomb de chevreuil. Les docteurs Physick et Wistar lièrent la fémorale vers le milieu de la cuisse; la gangrène se déclara et entraîna la mort. A l'examen, on trouva la totalité du tronc de l'artère crurale très dilatée, les veines du membre considérablement distendues, et une bougie pouvait passer facilement de l'artère poplitée dans l'artère tibiale postérieure, qui participait à la dilatation, et de celle-ci dans la veine, en traversant un kyste. (*Elemens of surgery*, t. II, pag. 210.)

Le docteur Fleschier, rapporte un cas d'anévrisme variqueux à la partie moyenne de la cuisse, à la suite d'un coup de couteau. Dix ans après, une tumeur énorme s'était développée, et une incision, qu'on y pratiqua, détermina la gangrène du membre. Il fallut recourir à l'amputation, et l'examen du membre fit reconnaître qu'une large communication existait entre l'artère et la veine crurale. (*Grand Dict. des Sciences médicales*, art. ANÉVRISME.)

M. Breschet raconte l'histoire d'un anévrisme variqueux de l'artère crurale gauche, au tiers moyen de la cuisse, produit par la pointe d'un tranchet de cordonnier. On eut recours à la méthode de Hunter, la gangrène survint et la mort eut lieu le dix-huitième jour après l'opération. L'ouverture de communication des vaisseaux n'était pas encore oblitérée, etc., etc.

La gêne de la circulation dans les artères collatérales n'est pas assez considérable pour produire la gangrène, et il faut chercher une autre cause plus efficace dans la condition organique des parties. Cette cause se trouve dans la faiblesse de la vitalité des tissus au-dessous de l'anévrisme, faiblesse préparée de longue main par la transfusion du sang noir dans l'artère et le transport de ce sang non animalisé dans la trame organique, et recevant le dernier coup de l'abord considérable de ce sang, au moment où la ligature du tronc principal supprime l'ondée artérielle et ne laisse circuler par les anastomoses qu'une petite quantité de sang propre à entretenir la vie. Tant que le fluide vivificateur remplissait les artères, il ne passait que peu de sang noir par l'ouverture anévrismatique, et son influence pernicieuse était peu prononcée; mais après la ligature, le sang des parties inférieures arrive à sa destination sans être remplacé, un vide s'opère dans ces conduits et le sang noir y afflue jusque dans les plus petites ramifications. Notez d'ailleurs que dans tous les cas où la gangrène s'est manifestée, l'ouverture de communication entre les deux systèmes sanguins était énorme, ce qui rendait la transfusion du sang noir plus facile.

Pour remédier à cet inconvénient grave et se mettre à l'abri de cette cause puissante de gangrène, il serait bon de faire la ligature de la veine dilatée, toutes les fois que l'on aurait lieu de soupçonner une ouverture de communication un peu large; elle rendrait aussi la méthode d'Anel plus sûre. Dupuytren l'avait conseillée, à cause de l'insuffisance de la méthode nouvelle entre ses mains; mais on n'y donna pas suite. Peut-être reprendra-t-on cette idée lorsqu'on saura qu'il ne s'agit pas seulement de l'insuffisance d'une méthode, mais encore d'un moyen de prévenir un danger réel pour les opérés.

et une troisième l'année suivante. Cette dernière opération eut aussi un résultat heureux. Nous n'avons jamais pu nous expliquer la nécessité de revenir à l'opération, chez ce calculeux, à des époques aussi rapprochées. Serait-il possible, qu'après chaque opération, il fût resté un calcul dans la vessie? ou bien s'en était-il formé chaque fois un nouveau, avec tant de promptitude? C'est ce que nous ne pourrions affirmer.

Nous pourrions trouver dans notre souvenir quarante ou cinquante cas peut-être, où nous avons été appelé à pratiquer l'opération de la taille chez des sujets qui y avaient déjà été soumis une ou plusieurs fois, et toujours nous avons reconnu les avantages relatifs signalés par les auteurs. Parmi les faits remarquables de ce genre, qui sont à notre connaissance, nous pouvons vous citer celui d'un coutelier de la rue des Saints-Pères, qui fut opéré sept fois, tant par Desault que par Boyer, etc.

En résumé, les opérations de taille consécutives à une première, sont moins graves que celle-ci; d'où il nous est permis de conclure que, chez notre sujet, les chances de la seconde opération auraient été moins graves, s'il eût échappé aux dangers de la première. C'est en ce sens encore que la faute que nous avons commise chez lui n'était pas aussi grave qu'elle aurait pu le paraître tout d'abord.

Nous devons ajouter encore que le calcul ayant été extrait entier et sans se briser, nous avions cru pouvoir nous dispenser de terminer l'opération par une injection.

Maintenant, pour revenir un instant sur les détails de l'opération, nous vous rappellerons que la plus grande difficulté qu'elle nous ait présentée a consisté dans l'extraction du calcul.

Ce temps de l'opération de la taille n'a pas été et ne pouvait être soumis à des règles aussi rigoureuses, aussi invariables que celles que l'on a appliquées à l'incision. Ici en effet, chaque cas en particulier impose à l'opérateur une conduite différente. Cependant, nous devons vous indiquer quelques préceptes à cet égard.

La difficulté de ce temps de l'opération ne consiste pas à entrer dans la vessie, mais bien à en sortir. Quand l'incision est faite, il s'agit de procéder à l'introduction de la tenette. Disons avant d'aller plus loin que la plaie de la prostate ne se prête pas de la même manière chez les différens sujets: très extensible dans quelques cas, dans certains autres elle l'est fort peu; circonstance qui ne manque pas d'ajouter aux difficultés de l'opération, surtout lorsque le calcul offre un certain volume, et quoique l'étendue de la plaie soit assez notable.

L'introduction de la tenette se trouve de beaucoup facilitée par l'emploi du bouton. Il est presqu'impossible de concevoir tout d'abord les immenses services que ce dernier instrument peut rendre dans l'opération de la taille. Le premier est, ainsi que nous venons de le dire, de rendre plus facile l'introduction de la tenette, et de la réintroduire dans le cas de calculs multiples, et dans celui où un calcul unique a été brisé par la tenette. Ensuite, c'est avec le bouton que l'on explore la vessie lorsqu'on a lieu de supposer qu'elle n'est pas entièrement débarrassée, ou qu'il convient de s'assurer que le contraire existe.

Disons enfin que la curette dont cet instrument est fourni à l'une de ses extrémités est du plus grand secours pour opérer l'extraction des fragmens.

La tenette a subi successivement des perfectionnemens, tur lesquels il serait trop long de nous arrêter. Nous ne saurions non plus indiquer les mouvemens qu'on doit lui imprimer après son introduction dans la vessie; rien ne pouvant être précisé à l'avance à cet égard. Disons seulement que, destinée à saisir le calcul, le but auquel l'opérateur doit viser est d'engager une de ses cuillers entre la paroi de la vessie et le calcul; dans le cas, bien entendu, où celui-ci est libre dans la cavité de cet organe.

Il n'est pas toujours facile de saisir ainsi le calcul, et quelquefois il convient d'introduire le doigt indicateur dans le rectum, pour pousser au-devant de la tenette la pierre qui occupe le bas fond de la vessie.

La pierre doit être saisie de la manière la plus favorable à son extraction; mais c'est au hasard qu'on la saisit tout d'abord, à moins que le cathétérisme n'ait fourni quelque induction à cet égard. Ainsi, par exemple, si par le cathétérisme on a cru reconnaître que la pierre est peu volumineuse, et si, lorsqu'elle est chargée, on obtient un écartement de la tenette, il y a tout lieu de croire qu'elle a été mal saisie, et il convient alors de recommencer. La circonstance la plus fâcheuse est de charger le calcul par son grand diamètre; le bouton trouve ici encore une nouvelle application, car c'est par son emploi que l'on peut parvenir à changer la position de la pierre déjà saisie par la tenette.

La position la plus favorable est celle dans laquelle le grand diamètre du calcul est parallèle aux bords des cuillères de la tenette, le petit diamètre correspondant, d'autre part, à l'écartement des cuillères, dont il marque le degré.

Une des positions fâcheuses pour que le calcul chargé peut affecter, est celle dans laquelle son grand diamètre se croise avec le grand diamètre des cuillères; car alors il vient s'arc-bouter contre les bords de la plaie et son extraction devient très difficile. Enfin, l'extraction peut de même présenter des difficultés lorsque le calcul est saisi par les extrémités du moyen diamètre, et tel est le cas qui s'est présenté chez notre malade.

Cette circonstance nous a forcé de recourir à l'agrandissement de la plaie de la prostate, manœuvre que nous avons exécutée avec la crête du bouton: nouvel exemple des services que le bouton peut rendre en pareille occurrence.

Les avis n'ont pas été unanimes pour décider si, dans les cas où il faut agrandir la plaie, il convient mieux de déchirer ou d'inciser avec l'instrument tranchant; nous pensons qu'il faut préférer l'agrandissement moyennant la déchirure obtenue par l'emploi de la crête du bouton. Nous nous sommes conformé à cette pratique dans le cas qui nous occupe, et néanmoins la plaie s'est encore trouvée petite; l'extraction a donc continué à opposer de grandes difficultés.

Il est résulté de cet état de choses que de grands efforts ont dû être employés pour obtenir le calcul, ce qui a encore contribué à aggraver les conditions du malade. Cependant il ne faut pas se former une fausse idée des efforts que l'opérateur fait dans le cas qui nous occupe. Le but de ces efforts est plutôt de modérer les tractions que d'effectuer l'extraction brusque du calcul et de vive force. Ce temps de l'opération ne saurait presque jamais être difficile, si le but principal était de l'effectuer vite, quelle que fût d'ailleurs la force nécessaire qu'il conviendrait d'employer.

Nous terminerons en vous disant que la direction à donner aux tenettes, en procédant à l'extraction du calcul, est aussi un des points importans de ce temps de l'opération. Ordinairement, il faut les maintenir dans une direction verticale; la direction horizontale réussit ordinairement moins bien. Les difficultés de l'extraction enfin sont d'ailleurs subordonnées aux différens mouvemens imprimés aux tenettes.

— L'autopsie du sujet a démontré l'existence des caractères anatomiques de la phlébite. Les veines contenaient du pus, et une certaine quantité de ce fluide était infiltrée autour de la plaie.

K...

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES NOURRICES ET DES ENFANS A LA MAMELLE.

Pneumonie lobulaire (suite). — Considérations sur l'allaitement. Des biberons.

Pneumonie lobulaire (suite).

L'enfant du nº 3 de la salle Sainte-Thérèse, dont vous vous avons parlé dans une de nos dernières réunions, a été pendant quelques jours dans un état assez grave. Il a pris 20 centigrammes d'ipécacuanha, qui l'ont fait vomir plusieurs fois. Un assez large vésicatoire a été appliqué sur sa poitrine. Sous l'influence de ces moyens, la toux s'est notablement amendée; cet enfant a présenté un aspect plus favorable; mais, ce qu'il y eut de mieux, ce fut la grande amélioration survenue dans les symptômes locaux.

Aujourd'hui il est à peu près guéri; les symptômes du côté de la poitrine ont disparu; la résonnance est bonne; le peu de râle muqueux qui restait encore avant-hier ne se fait plus entendre.

A cet âge, dans les pneumonies lobulaires, on se trouve très bien de quelques vomitifs au début, d'un vésicatoire que l'on applique le deuxième ou troisième jour sur le côté de la poitrine correspondant au siége de la maladie. Cette médication est de beaucoup préférable aux émissions sanguines, surtout si l'enfant est dans une espèce de cachexie assez ordinaire dans les hôpitaux, ainsi que nous vous le disions il y a quelques jours. Au contraire, si c'est à une pneumonie lobaire qu'on a affaire (cette forme présente beaucoup d'analogie avec la pneumonie des adultes, et se rencontre plus souvent en ville), alors la saignée est le meilleur moyen qu'on puisse opposer à cette maladie.

Considérations sur l'allaitement.

Au nº 9 de la même salle, et au nº 2 de la salle Sainte-Julie, sont deux enfans nouveaux-nés qui n'ont jamais eu le sein de leur mère, et n'ont été nourris, depuis leur naissance, qu'avec du mauvais lait de vache. Ces enfans sont arrivés ici avec de la diarrhée et dans l'état le plus grave.

L'allaitement, ou l'acte de succion, est, pour l'enfant qui vient de naître, la chose la plus utile. En effet, le mâchonnement du sein excite sympathiquement les glandes salivaires; de là, sécrétion d'une quantité considérable de salive. Or, vous savez que la salive contient des principes azotés qui sont d'une grande utilité dans les digestions. Rigoureusement parlant, la salive n'est pas indispensable à l'accomplissement des fonctions digestives; mais elle est toujours utile. Si maintenant vous faites que les alimens arrivent dans l'estomac d'un enfant privé de ce liquide, ainsi que cela a lieu le plus souvent lorsque l'allaitement est artificiel, bientôt vous verrez la digestion se troubler, la diarrhée survenir et la membrane muqueuse intestinale se ramollir.

Anévrisme variqueux au pli du coude; ligature de l'artère brachiale à deux reprises et selon la méthode nouvelle; guérison.

Un homme âgé de trente-trois ans, d'une forte constitution, fut saigné à la veine médiane basilique, dans le mois de juillet 1835. Il s'échappa par la plaie un sang rouge que l'on ne put arrêter que par un bandage compressif très serré. Le lendemain la cicatrice était opérée, mais le membre était engourdi et le malade ressentait des fourmillemens au pli du bras. Le troisième jour il parut au-dessous de la cicatrice une petite tumeur qui augmenta rapidement et acquit, dans l'espace de huit jours, le volume d'une noisette.

On essaya inutilement la compression exercée constamment sur la tumeur, le membre se nourrissait moins que celui du côté opposé, les mouvemens perdaient tous les jours en force et en étendue; la sensibilité était engourdie. Aussi le malade entra-t-il à l'hôpital Saint-Eloi, le 7 mars 1836, pour y réclamer les soins de M. Lallemand.

Le membre droit est dans une demi-flexion forcée; on produit une vive douleur quand on le met dans l'extension; il est plus grêle que le gauche. Au pli du bras droit, on constate la présence d'une tumeur du volume d'une noisette, allongée sur le trajet de la veine médiane basilique. En l'explorant avec la main, on sent un frémissement qui se continue le long du bras explorateur. L'auscultation donne un bruit de soufflet et un mouvement d'expansion. Les battemens cessent quand on comprime l'artère brachiale; ils augmentent par la compression au-dessous de la tumeur. Celle-ci diminue lorsque le malade soulève le bras, et elle disparaît entièrement par une forte pression. Les veines de l'avant-bras sont dilatées et pulsatiles environ cinq centimètres (deux pouces) au-dessus et au-dessous de l'anévrisme.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Lallemand pratique la ligature de l'artère brachiale. L'incision est faite à vingt-sept millimètres (un pouce) au-dessus de la tumeur; on met ensuite à nu le nerf médian et deux vaisseaux agités de pulsations isochrones, l'un a une couleur bleuâtre, l'autre une couleur rouge foncé. Pour s'assurer de l'artère, on passe une sonde ou-dessous et on les soulève isolément; les battemens cessent dans la tumeur quand on agit sur le premier; ils deviennent plus forts pour le second. L'agitation qu'avait produite dans l'ame de l'opérateur cet état insolite des vaisseaux du bras disparaît aussitôt. Un fil simple ciré étreint l'artère, et la plaie est réunie au moyen de la suture.

Les pulsations et le frémissement ont cessé, la chaleur du membre diminue pendant quelques heures, il reprend ensuite une température égale à celle du reste du corps. Dans la journée, on fait une saignée au bras gauche.

La nuit suivante, insomnie, fièvre intense, douleurs intolérables dans le trajet des nerfs du bras: nouvelle saignée.

Le troisième jour, on perçoit les pulsations à l'artère radiale; la tumeur a diminué de moitié; elle est consistante, insensible, sans bruissement; plus de fièvre, mais encore quelques éclairs de douleur le long du bord interne du bras.

Le quatrième jour, rougeur érysipélateuse autour de la plaie. Une application de vingt sangsues au-dessus en arrête le cours.

Le huitième jour, la tumeur est réduite au tiers, dure et insensible; la plaie est réunie, sauf le point où se trouve la ligature.

Le onzième jour, le fil tombe en tirant légèrement dessus. Le malade est enrhumé.

Le treizième jour, à la suite d'un effort de toux, et pendant que le malade se promène dans la salle, il s'échappe du sang rouge en grande abondance à travers le bandage. Le chirurgien interne de garde, M. Alquié, comprime l'artère brachiale en attendant M. Lallemand, qui place une seconde ligature à cinq centimètres (deux pouces) au-dessus de la première.

Dans la nuit du seizième jour, un effort de toux occasionne une nouvelle hémorrhagie, que l'on arrête par la compression.

Le vingt-quatrième jour, troisième hémorrhagie; compression sur tout le bras aussi forte que possible, repos au lit pendant deux mois.

Le malade quitte l'hôpital le 19 mai; la guérison est complète.

§ I. Le siége le plus fréquent de l'anévrisme variqueux est au pli du bras, à la suite d'une saignée mal faite. Hodgson ne connaissait que trois cas où cette maladie eut existé ailleurs. Aussi la description générale que tous les auteurs ont donnée de cet anévrisme est calquée sur celui de l'artère brachiale. Notre observation n'ajoute rien de nouveau sous ce rapport.

§ II. Il est une circonstance que nous devons rappeler par rapport à la théorie émise par M. Breschet; je veux parler de cette coloration bleue de l'artère, tandis que la veine était colorée en rouge. Pendant l'état normal, la couleur bleue sert à différencier la veine de l'artère qui est rougeâtre. M. Breschet admet que le sang veineux s'introduit dans le tube artériel pendant la diastole, et que le sang artériel pénètre dans la veine pendant la systole. Il regarde comme preuves et effets de la circulation du sang noir dans les artères, l'engourdissement du membre, le sentiment de froid, la faiblesse musculaire, la diminution de sensibilité, et surtout la transformation des parois artérielles au-dessous de la blessure, transformation qui les rapproche du tissu des veines. M. Breschet prétend avoir vu cette transfusion pendant une opération de ligature, le sac étant incisé. « Dans chaque diastole, du sang sortait par la veine et pénétrait dans l'ouverture accidentelle de l'artère. » Le fait que nous venons de rapporter vient pleinement à l'appui de l'opinion de M. Breschet.

§ III. Le résultat heureux de la ligature au-dessus de la tumeur soulève une grande question de pratique chirurgicale. Presque tous les opérateurs modernes rejettent la méthode d'Anel dans l'anévrisme variqueux; ils sont revenus à la méthode ancienne pour cette variété. Après l'inefficacité de la compression, ils conseillent d'inciser les parties sur le trajet du vaisseau malade, de mettre à découvert la solution de continuité de l'artère, et de la lier au-dessus et au-dessous, en la soulevant au besoin à l'aide d'une sonde introduite dans sa cavité. Après avoir rapporté trois cas où la ligature au-dessus de la lésion a été insuffisante, M. Marjolin s'écrie: en voilà assez pour faire rejeter à jamais la méthode d'Anel ou de Hunter du traitement des varices anévrismales. M. Guthrie s'est prononcé contre elle, et M. Breschet a énuméré ses inconvéniens. La ligature du tronc artériel, dit-il, d'après la méthode de J. Hunter, appliquée aux anévrismes variqueux est dangereuse, le plus souvent funeste, et le moindre de ses inconvéniens est d'être insuffisante. Hodgson, qui conseille, dans le cas où l'on peut croire la ligature nécessaire, de la pratiquer au-dessus et au-dessous de la tumeur pour la varice anévrismale, pense qu'une seule ligature au-dessus de la maladie peut suffire, si la varice anévrismale est compliquée d'anévrisme enkysté. La diminution de la force du sang après la ligature favorisant la formation du coagulum, celui-ci finirait par oblitérer son ouverture de communication avec la veine. Scarpa recommande aussi cette opération, si l'anévrisme est circonscrit. Boyer ouvrait toujours la tumeur dans toutes les espèces d'anévrisme, etc.

Je ne disconviens pas que la ligature des deux bouts, en ouvrant la tumeur, ne soit plus sûre pour la guérison de l'anévrisme. Dans deux cas où la méthode d'Anel avait été suivie de la reproduction de la tumeur avec tous les symptômes de l'anévrisme, M. Breschet a obtenu une guérison solide en liant les deux bouts. Mais j'ai la conviction, par le rapprochement des faits, que cette

Le lait de vache, comme on le vend à Paris, n'est point une nourriture propre à l'enfant qui vient de naître, et si l'on persiste dans son usage, l'on ne tarde pas à voir paraître des accidents promptement mortels. Le plus souvent vous remédierez à ces accidens en faisant donner à l'enfant du lait de femme; mais toujours ou presque toujours vous les verrez cesser lorsque l'enfant pourra prendre le sein d'une bonne nourrice.

Des accidens du même genre se manifestent chez les enfans que l'on l'on veut sevrer, parce que dans le sevrage il arrive souvent qu'on néglige les précautions qui pourraient les prévenir. Vous avez eu connaissance de l'état grave dans lequel s'est trouvé le comte de Paris, lors de son sevrage, qui n'eut lieu cependant qu'au vingt-deuxième mois. La transition un peu trop brusque du sein à une autre alimentation, avait déterminé des vomissemens, de la diarrhée, en un mot, tous les signes du ramollissement de l'intestin; et il aurait succombé infailliblement, si l'on n'avait pas cessé les nouveaux alimens et mis l'enfant à l'usage exclusif du lait de femme. Quatre femmes sont journellement occupées à tirer leur lait, dont l'enfant se nourrit, et maintenant les vomissemens et la diarrhée ont cessé.

Il arrive très souvent que les enfans, une fois le sein quitté, n'y veulent plus revenir. L'enfant de madame de Beaumont, le petit-fils de Dupuytren, ayant cessé de téter depuis dix jours, présenta tous les signes du ramollissement de l'estomac. M. Lebreton voulut lui faire donner le sein, mais l'enfant refusa de le prendre. On le priva de toute espèce d'alimens pendant vingt-quatre heures, mais sans y réussir davantage. Ce n'est qu'après ce temps, qu'une femme-de-chambre qui avait beaucoup d'empire sur cet enfant, parvint, à l'aide de menaces, à le faire téter. Cet enfant s'est alors promptement rétabli.

La meilleure nourriture que l'on puisse donner à un enfant est, ainsi que nous venons de le dire, le lait de la mère. Mais maintenant, lorsque les femmes sont obligées de quitter leurs enfans soit pendant le jour pour gagner leur vie, soit pendant la nuit dans une classe plus élevée où il y a des devoirs sociaux à remplir, il faut alors avoir recours à ce qu'on appelle l'allaitement mixte, c'est-à-dire que, en même temps qu'on donne le lait de la mère, on fait aussi usage du biberon. Ce genre d'allaitement est le plus ordinaire et le plus heureux. La femme du peuple, qui emploie la journée à travailler, fait donner le biberon à son enfant pendant son absence; la nuit, elle le nourrit de son lait; c'est le contraire pour la femme du monde, souvent obligée, par les exigences de sa position, de passer la nuit aux soirées.

Ceci nous amène à vous dire quelques mots des biberons.

Des biberons.

On a imaginé beaucoup de biberons qui sont loin de remplir toutes les conditions désirables. En tête de tous il faut mettre le biberon de madame Breton. Il est difficile à fabriquer, et pour cette raison d'un prix élevé. C'est une bouteille percée à son ventre d'un petit trou imperceptible; l'embout et semblable à celui d'une carafe; il est arrondi et présente un trou capable de laisser passer le lait. A l'extérieur ce petit embout est recouvert d'une tétine de vache préparée et faisant une saillie de quatre à huit millimètres. Cette partie du biberon est molle et imite, jusqu'à un certain point, le mamelon de la mère. Pour s'en servir, on introduit dans ce biberon un mélange de lait et d'eau de fécule, mais seulement au moment de le donner à l'enfant; on le fait chauffer à une température égale à celle du sein de la mère, ce dont celle-ci s'assure en approchant le biberon de son sein. Puis, plaçant le doigt sur le petit trou que présente le ventre du flacon, on fait téter l'enfant, et quand la difficulté de tirrer le lait devient trop grande, on lève le doigt pour que l'air extérieur puisse pénétrer dans le flacon, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que l'enfant ait pris assez de nourriture.

Dans l'allaitement mixte, il faut donner tantôt le sein, tantôt le biberon.

Lorsqu'un enfant est malade, les choses qui lui conviennent le mieux, c'est, ainsi que nous l'avons déjà dit, le sein de la mère ou d'une bonne nourrice: on cesse alors le biberon.

Si, au contraire, on se servait du biberon seul, l'on verrait apparaître les accidens que nous vous avons signalés plus haut. Mais c'est surtout pour le sevrage que l'allaitement mixte est utile. En effet, accoutumé depuis long-temps à prendre tantôt le sein, tantôt le biberon, l'enfant que l'on voudra sevrer pourra, par une transition lente, être amené à ne plus prendre le sein et à se contenter du biberon; c'est-à-dire que tous les jours ou tous les deux jours, on donnera le sein une fois de moins et le biberon une fois de plus. Plus tard, pour passer du biberon à d'autres alimens, on devra prendre les mêmes précautions. Cette transition insensible du sein au biberon, de celui-ci à une autre alimentation, se fera sans que l'enfant ait à redouter les accidens si fréquens chez ceux pour lesquels ou aura négligé ces petits détails.

Darbot, cherchant à rétablir sa fortune, imagina aussi un biberon dont voici la description: Un flacon comme celui de madame Breton; l'embout est en buis, et présente deux trous; l'un, bouché par un petit morceau de jonc, qui, en raison de sa porosité, pourra laisser passer l'air; l'autre est fermé par un petit bouchon en liége bien préparé. C'est celui-ci que l'enfani doit prendre.

Ce biberon, tant que l'enfant n'a pas de dents, peut être employé; mais lorsque les mâchoires se garnissent celui-ci coupe avec les dents le bouchon de liége, dont les débris peuvent tomber dans le pharynx, quelquefois même dans le larynx. On doit donc, à cause de cet inconvénient, lui préférer le précédent. Mais comme le médecin n'est pas seulement appelé par le riche, qu'il faut aussi qu'il donne ses soins au pauvre qui les réclame, il doit faire tout ce qui dépend de lui pour ménager le peu d'argent de ce dernier. Tous les biberons pourront donc remplacer les deux dont nous venons de parler. L'embout sera garni d'un petit morceau de peau chamoisée, dont la facilité à s'imprégner de liquide le rendra très propre à cet usage.

Quelques considérations sur la boulangerie et les qualités du pain de Paris.

La propriété malfaisante de l'alun est généralement admise, et chacun pourra se rappeler à cette occasion l'anecdote de M. Arago. Ce savant parlait un jour de l'alunage de l'eau à un ingénieur anglais qui se lamentait sur l'imperfection actuelle des moyens de purification en grand de ce liquide: « Ah! que me proposez-vous, répondit-il sur-le-champ; *l'eau, comme la femme de César, doit être à l'abri même du soupçon.* » Voilà, dit M. Arago, dans une forme peut être singulière mais vraie, la condamnation définitive de tout moyen qui introduirait dans l'eau une substance nuisible.

Après l'eau, qui sert de véhicule et de dissolvant général aux alimens de l'homme, n'est-ce pas au pain qu'il convient le mieux d'appliquer la sentence de réprobation de l'ingénieur anglais et de M. Arago? Le pain, sous des formes quelquefois variées, mais le plus souvent identiques, est l'aliment de l'enfant et du vieillard, du riche et du pauvre, du convalescent et de l'homme en santé. Combien il importe donc que sa pureté soit à l'abri même du soupçon.

L'emploi de l'alun et du jalap, des carbonates d'ammoniaque, de magnésie, de potasse, etc., n'est pas un fait nouveau en boulangerie. Il y a déjà plusieurs années, l'alun fut introduit dans le pain par les boulangers de Londres, dans une telle proportion, que de nombreux accidens en résultèrent; les médecins et la Société de médecine de cette ville frappèrent cette falsification d'une réprobation unanime. Plus récemment les boulangers belges ont poussé la hardiesse jusqu'à faire entrer dans leur pâte un sel de cuivre, substance éminemment vénéneuse. Faut-il puiser dans le sentiment de délicatesse des boulangers parisiens la confiance que s'ils ajoutent à leur farine des substances étrangères et nuisibles à la santé, ils le font dans une mesure et une proportion telles qu'elles soient incapables le plus souvent de déterminer l'explosion d'accidens aussi violens que ceux que nous avons signalés dans nos observations; mais les irritations chroniques que fomente l'introduction répétée, même à petites doses, d'un poison dans le corps de l'homme, sont-elles à dédaigner! et d'ailleurs, si ces substances malsaines sont mises en œuvre, n'est-ce pas en vue de profits, et là où la cupidité sert de mesure, l'appréhension est légitime.

La boulangerie de Paris forme une espèce d'anomalie dans l'état actuel de liberté des professions industrielles; elle s'exerce à l'ombre d'un privilége qui garantit chaque titulaire d'un four contre l'éventualité d'un établissement rival. Le nombre des boulangers est limité, et leur charge se transmet au même titre que celle du notaire ou de l'avoué; ils forment une véritable corporation régie par des statuts, représentée et défendue par son syndicat. En échange de ces priviléges, la ville s'est réservée le droit d'imposer sa taxe à l'œuvre du boulanger: cette disposition supplée à une partie des avantages de la concurrence, dont le résultat infaillible est l'abaissement des prix; mais elle laisse le consommateur exposé, là comme ailleurs, aux chances du bon marché aux dépens de la qualité. En effet, la taxe a pour objet le maintien du prix du pain dans des limites assez restreintes pour que le peuple puisse facilement y atteindre, et éviter ainsi à la cité des perturbations d'autant plus redoutables qu'elles auraient pour élémens la souffrance et le besoin; mais il doit arriver souvent que l'exécution de cette mesure politique soit onéreuse à l'industrie boulangère, et la pousse en quelque sorte instinctivement à chercher un dédommagement aux dépens du poids et de la qualité du pain. Si ce sujet n'intéressait pas la santé publique, on pourrait croire que, contente d'avoir le pain à bon marché, l'administration se montre facile sur le reste; mais les nombreuses condamnations en police correctionnelle pour vente à faux poids, et son nouveau réglement, témoignent tout à la fois de sa sévérité et de sa sollicitude.

Le boulanger, forcé de mettre le poids parce que les moyens de vérification sont faciles, tâche d'y arriver sans mettre plus de farine: celle de bonne qualité est susceptible d'absorber les deux tiers d'eau et de donner un tiers de pain au-dessus de son poids; le prix de l'eau n'est pas élevé: il l'est d'autant moins qu'elle ne coûte au boulanger que la peine de la puiser à son puits. Une substance qui doublerait cette propriété d'absorption de la pâte pour ce liquide permettrait de mettre moitié moins de farine, et d'obtenir le même poids, ce qui assurerait ainsi un double bénéfice au fabricant. De toutes les substances employées, l'alun, si j'en crois un boulanger de Paris, est celle qui possède au plus haut degré cette propriété; il donne en outre à la pâte du corps et de la viscosité, conditions qui lui assurent après la fermentation panaire une belle apparence.

Il convient que le médecin connaisse ces falsifications, car elles peuvent constituer des indications précieuses dans le traitement de certaines maladies et dans le régime à prescrire aux convalescens. Je ne parlerai pas ici des pâtes de pâtisserie, dans lesquelles il entre des ingrédiens divers; leur usage est généra-

---

opération est très difficile, douloureuse, qu'elle expose à des hémorrhagies consécutives, parce que les nœuds de la ligature peuvent être mal posés, et que les membranes artérielles sont souvent malades au voisinage de la tumeur. Ne faut-il pas aussi redouter la phlébite; et tous ces inconvéniens fâcheux sont-ils compensés par un peu plus de certitude dans le résultat?

Je crois que la ligature au-dessus de l'ouverture artérielle et veineuse, selon la méthode d'Anel, soutenue par une compression douce sur tout le membre, et par une compression plus exacte sur l'anévrisme, ne serait plus accompagnée de récidive. Dans tous les cas, si nous ajoutons que la méthode d'Anel, dans l'anévrisme variqueux, a eu plusieurs succès, auxquels il faut joindre celui de M. Lallemand et un autre de Delpech, dont nous n'avons pas noté les détails, il paraîtra rationnel de la conserver parmi les moyens thérapeutiques de cette maladie.

Anévrisme variqueux au pli du bras; guérison spontanée sans interruption de la circulation.

Un jeune homme entre au dépôt de police pour se faire traiter d'une blennorrhagie aiguë, et on lui fait une saignée du bras gauche. Le sang sort rouge et par saccade; l'élève applique l'appareil ordinaire de la phlébotomie, et se tranquillise en voyant qu'il n'y a pas d'hémorrhagie. Deux heures après l'écoulement du sang se renouvelle, et je pus constater que l'artère avait été blessée. J'appliquai sur la plaie une pièce de monnaie enveloppée dans une compresse et soutenue par un bandage, depuis l'extrémité des doigts jusqu'au dessus du coude. Le lendemain les bandes sont enlevées par le malade, qui se refuse à ce qu'on en mette de nouvelles; la plaie est cicatrisée.

Le malade resta quarante jours à l'hôpital, et au moment de sa sortie il présentait tous les signes de l'anévrisme variqueux avec une petite tumeur au-dessous de la cicatrice, du volume d'un pois.

Deux ans plus tard, en 1837, j'ai rencontré ce malade à l'hôpital Saint-Eloi, où il se trouvait pour un rétrécissement de l'urètre et des fistules urinaires. Je l'ai examiné avec beaucoup de soin; il n'a plus de tumeur au pli du bras; on n'y entend pas ce bruit de susurrus propre à la varice anévrismale; la circulation se fait dans tout le trajet des artères et des veines du membre. Ce malade est perruquier.

§ I. Les anévrismes peuvent guérir spontanément suivant plusieurs modes, qui se confondent dans l'oblitération du sac jusqu'à l'origine des premières branches collatérales. On a admis quatre modes de guérison spontanée:

1° Par l'accumulation de caillots fibrineux dans la tumeur;

2° Par la compression qu'un kyste anévrismal volumineux peut exercer sur l'artère au-dessus de la crevasse;

3° Par le développement de bourgeons charnus et une véritable cicatrice, lorsqu'une inflammation aiguë s'empare des parties environnantes;

4° Par la gangrène du sac et la transformation de l'artère en un cordon ligamenteux.

§ II. La possibilité d'une guérison radicale sans oblitération complète du conduit artériel est regardée comme une chimère par beaucoup de bons esprits. Il en est cependant des cas observés par MM. Astley Cooper, Tyrell, Velpeau, etc.

Chez un malade dont l'artère avait été ouverte pendant une saignée, et qui fut conduit à la Charité, où l'existence de l'anévrisme put être constatée par une infinité de personnes, la tumeur finit par disparaître sans que la circulation eût cessé un seul instant dans le vaisseau blessé.

Un jeune homme chez lequel un canif avait traversé une des veines et l'artère du pli du bras, a présenté le même phénomène. La tumeur et tous les autres caractères de l'anévrisme variqueux se sont dissipés de la même manière, sans que les battemens aient cessé d'être appréciables un seul jour dans toute la longueur des artères radiale et cubitale. Peut-être, dit M. Velpeau, qui a rapporté ces deux exemples, la plaie de l'artère est-elle fermée par un simple caillot solide, et n'est-ce là qu'une guérison temporaire; mais peut-être aussi la question générale a-t-elle besoin d'être examinée de nouveau? Toujours est-il que ces deux malades, guéris depuis trois ans, ne portent pas aujourd'hui la moindre trace d'anévrisme au pli du bras. (*Nouv. élém. de Méd. op.*, t. II, p. 9, 2e éd.) M. Tyrell, à Londres, a observé cinq faits semblables, dont un avec examen sur le cadavre. (South, (*Med. chir. Review*, 1836.)

§ III. D'autres fois la guérison n'est pas spontanée, mais l'anévrisme variqueux ne fait pas de progrès, et n'occasionne qu'un peu de gêne. Faut-il tenter une opération qui peut devenir mortelle? On a pu donner un semblable conseil: mais je doute qu'il se soit trouvé un chirurgien assez imprudent pour le suivre. Hunter rapporte trois exemples d'anévrismes variqueux au pli du coude; dans l'un, la tumeur est restée stationnaire pendant trente-cinq ans; dans l'autre, pendant quatorze ans, et dans le troisième, cinq ans. Le docteur Clerghorn, dans un cas semblable, conseilla à son malade, qui était cordonnier, de prendre l'état de perruquier. B. Bell parle d'un cas qui n'a causé aucune incommodité pendant treize années, quoique le malade se livrât aux travaux les plus rudes. Scarpa a signalé un fait d'anévrisme variqueux qui n'augmenta pas pendant quatorze ans. Hodgson a vu cette maladie pendant trois ans sans la plus légère modification. M. Breschet a observé, à l'Hôtel-Dieu, un malade qui y était entré pour une contusion légère; il avait un anévrisme de l'artère et de la veine crurales depuis douze ans; il avait été cordonnier, tailleur, soldat dans la cavalerie, conducteur de charettes, cocher, et la veille il avait fait vingt-deux lieues à pied, sans éprouver aucune incommodité. Dupuytren présenta ce malade à la Société de la faculté de médecine. On entendait un bruissement très fort à la partie supérieure de la cuisse, mais on ne distinguait pas de tumeur. Pott, Bertrandi, Sharp, ont cité des faits de même nature. M. Velpeau a gardé, à la Charité, pendant deux mois, un homme qui portait un anévrisme de cette espèce à la cuisse depuis treize ans: il se doutait à peine de son infirmité. M. le baron Larrey a consigné dans ses mémoires et campagnes l'histoire d'une blessure reçue en duel par un coup de sabre qui coupa une portion de l'attache du muscle sterno-mastoïdien, le premier scalène, l'artère et la veine sous-clavière, et une grande portion du plexus brachial. La plaie fut cicatrisée le huitième jour; un anévrisme variqueux se forma au-dessus de la clavicule; des accidens graves survinrent, et furent combattus victorieusement. La tumeur anévrismale avait disparu entièrement le vingtième jour, et il ne restait plus qu'un bruissement considérable, notamment dans la veine céphalique.

§ IV. Se fondant sur des observations semblables, plusieurs auteurs ont avancé que l'anévrisme variqueux ne dépassait jamais certaines limites, et qu'il ne fallait jamais avoir recours, pour le guérir, à des opérations compromettantes. Tout au plus permettent-ils l'emploi de la compression sur la tumeur, comme ayant réussi quelquefois, et étant sans grand danger. Un jeune homme de dix-sept ans s'enfonça à la partie supérieure de la cuisse, l'extrémité d'une verge de fer presque rouge; il en résulta un anévrisme variqueux. Il fut décidé, dans une consultation, que le blessé porterait un bandage lacé tout le long de la cuisse, et sur la tumeur une forte plaque de liége recouverte de cuir. (Obs. XLVII d'Hodgson). Un dragon reçut une balle de pistolet dans le jarret, dix jours après, anévrisme variqueux. On emploie une simple bande autour du genou (obs. XLVIII, *id.*). Scarpa nous a transmis deux exemples de guérison complète, d'après Auguste

lement proscrit comme une cause de mauvaise digestion ; mais un aliment considéré comme sain, l'échaudé, doit souvent sa légèreté et sa porosité à l'introduction de la potasse dans sa pâte. Que l'on s'étonne ensuite s'il cause des aigreurs ! Il n'y a pas de ville où le pain soit plus agréable, mieux travaillé qu'à Paris, plus léger et plus poreux ; et il n'y en a peut-être pas où il soit moins sain. Ce n'est pas seulement au changement d'habitude, à l'influence de l'air, à l'usage de l'eau de la Seine qu'il faut attribuer les crampes d'estomac ou viscéralgies et les diarrhées qu'éprouvent sous le nom de bien-venue, la plupart de ceux qui viennent visiter Paris : leur véritable cause est dans l'insalubrité des alimens. Pour ne parler aujourd'hui que du pain, en le supposant même, contre vérité(exempt d'alun et de jalap, que d'impuretés ne lui apporte pas l'eau des puits, aboutissans naturels de toutes les infiltrations souterraines ; la nature et la quantité des substances étrangères que cette eau contient naturellement la font considérer par tous les hommes qui s'occupent d'hygiène comme impropre aux usages de la vie : il n'est pas une personne qui voulût en boire seulement un demi-verre après un quart-d'heure d'ébullition, tant elle se trouble et devient épaisse, et c'est gramme pour gramme qu'on le mange avec le pain ! Pour qui connaît l'influence de l'alimentation sur le développement des puissances de l'homme, de ses facultés physiques et morales ; pour celui qui pense qu'une portion nombreuse et souffrante de la population n'a pour nourriture que le pain et l'eau, la question paraîtra grande et digne d'intérêt. LEFÉBURE, D.-M.-P.

Cataracte lenticulaire ; par M. le docteur ROUSSÉ, à Bagnères-de-Bigorre.

Catherine Fourcade, ménagère, d'Escaunets, âgée de soixante-dix ans, était atteinte de cataracte lenticulaire droite, sans autre affection de cet œil ; le cristallin de l'œil gauche paraît blanchâtre, et la vue de ce côté s'obscurcit.

Les pupilles des deux yeux sont peu mobiles ; c'est à peine si son œil droit distingue le jour de la nuit.

1er octobre. Saignée ordinaire du bras.

2 octobre. 45 grammes de sulfate de soude dans une tasse de bouillon aux herbes ; vésicatoire à la nuque.

3 octobre, une heure du soir. Deux heures après avoir instillé dans l'œil droit 8 à 10 gouttes d'extrait mou de belladone : 1° incision de la cornée transparente à l'aide d'un couteau à cataracte parfaitement tranchant ; 2° ouverture de la capsule du cristallin ; 3° compression de l'œil qui ne chasse pas au-dehors le cristallin ; 4° nécessité d'introduire une curette dans l'œil. La pupille touchée se contracte fortement. Impossibilité d'arriver jusqu'au cristallin sans forcer l'obstacle.

Après avoir instillé entre les paupières des deux yeux 10 à 12 gouttes d'extrait mou de belladone, je couvre légèrement ces organes, et la malade est mise au lit la tête un peu élevée.

4 octobre. Je lève l'appareil et j'apperçois sur le dernier tour de bande qui couvre l'œil droit un cristallin mou, caséeux, jaunâtre, plus opaque à sa partie antérieure qu'à sa partie postérieure, plus aplati et moins convexe qu'il ne l'est ordinairement.

Depuis le 5 octobre jusqu'au 13, lotions d'eau de guimauve.

13 octobre. La malade distingue assez bien les objets qu'on lui présente.

28 octobre. La malade affirme ne presque rien voir lorsqu'on place devant son œil droit les verres bi-convexes plus ou moins. La pupille de cet œil est très contractée.

Réflexions. Oui, une plus forte pression aurait pu chasser au-dehors le cristallin ; mais lorsque l'incision de la cornée est ce qu'elle doit être, cette pression peut vider l'œil, surtout lorsque l'habitude vous a appris que vous pouvez l'exercer jusqu'à tel point, et c'est ce qui m'a empêché d'agir plus fortement. La pupille, très-contractée, a-t-elle remplacé un verre bi-convexe plus ou moins fort ? Cette observation le prouve assez.

NOUVELLES DIVERSES.

— La perte de M. Esquirol avait laissé vacante une place au conseil de salubrité de la ville de Paris ; M. le docteur Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine, vient d'être appelé à la remplir.

— La société de médecine de Bordeaux a décerné une médaille d'or à M. le docteur Steinbrenner, à Wasselone (Bas-Rhin), auteur d'un mémoire sur les Recherches relatives à la variole chez les vaccinés, question que cette société avait mise au concours.

— La société de médecine de Cand avait mis au concours la question suivante :

« Décrire tout ce qui est relatif à l'autoplastique ; en poser les règles générales et spéciales, et s'attacher surtout à l'appréciation raisonnée des cas spéciaux déjà acquis à la science, en établissant les règles à suivre dans les cas où des restaurations de parties pourraient être pratiquées. »

La commission a décerné une médaille de la valeur de la moitié du prix et le titre de membre correspondant à M. Marinus.

Le même titre a été accordé à M. Baumgarten, médecin et chirurgien à Dresde.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

et Antoine Brambilla, après trois mois et demi et six mois de traitement continu. La compression a réussi entre les mains de Guattani, de Monteggia, de B. Bell, etc. Galien l'avait employée avec succès, chez un sujet auquel on avait ouvert l'artère en le saignant. La compression est le plus souvent insuffisante, et d'ailleurs elle n'est pas toujours de mise. Dans une saignée du bras, l'artère est ouverte ; une année après l'accident, la tumeur s'enflamme et s'ouvre. Park de Liverpool agrandit l'ouverture et lie les deux bouts ; la guérison eut lieu. (*Méd. facts and obs.*, v. V.) Un fait semblable est rapporté par Physick de Philadelphie. (*medical Museum*, vol. I.)

§ V. On a pratiqué l'amputation du membre anévrismatique. M. Larrey, directeur de l'école de médecine de Toulouse, amputa la cuisse pour un anévrisme variqueux du volume des deux poings, qui occupait tout le jarret. Richerand a pratiqué l'amputation du bras d'un jeune homme qui avait un anévrisme variqueux à la partie moyenne : cet anévrisme avait été opéré quelque temps auparavant, suivant la méthode de Hunter, par Dupuytren. Vous voyez quelle distance sépare les chirurgiens : d'un côté ne rien faire, de l'autre amputer le membre.

Pour nous résumer, nous poserons les propositions suivantes :

1° L'anévrisme enkysté complique très souvent l'anévrisme variqueux ; il peut être sous-cutané et la varice anévrismale située plus profondément, les parois correspondantes des vaisseaux étant intimement unies.

2° Dans l'anévrisme variqueux, le sang passe successivement de l'artère dans la veine et de la veine dans l'artère.

3° Les vaisseaux se mettent en rapport de texture avec le nouveau sang qu'ils reçoivent ; les artères se dilatent et s'amincissent, les parois des veines acquièrent de l'épaisseur.

4° Le sang noir porté aux tissus organiques, affaiblit peu à peu leur vitalité.

5° La gangrène est très commune après l'opération de l'anévrisme par la ligature, à cause du sang noir qui arrive jusque dans les plus petites ramifications artérielles, au moment où le sang propre à la vie est en très petite quantité.

6° On pourrait y remédier par la ligature de la veine dilatée.

7° La guérison de l'anévrisme variqueux peut être spontanée, par l'oblitération du sac et des conduits divisés.

8° Elle peut avoir lieu spontanément sans interruption du cours du sang dans le tronc principal.

9° L'anévrisme variqueux peut rester stationnaire pendant plusieurs années et toujours.

10° Il suffit quelquefois de changer un état pénible pour un métier plus doux.

11° Une compression méthodique sur tout le membre peut arrêter les progrès de cette maladie.

12° Une forte pression sur la tumeur exercée pendant longtemps peut procurer la guérison.

13° Si ces moyens sont insuffisans et que la tumeur augmente, il faut avoir recours à la ligature.

14° La ligature suivant la méthode d'Anel compte beaucoup de récidives ; elle peut aussi revendiquer des succès solides. Aidées de la compression, les récidives devraient diminuer, peut-être même disparaître. Il ne faut pas être arrêté par la crainte de la gangrène due à l'insuffisance de la circulation artérielle.

15° La ligature par la méthode ancienne est plus sûre pour guérir l'anévrisme, mais on se crée beaucoup de difficultés, et on expose le malade à de grands dangers. On pourra l'employer lorsque la tumeur se sera ouverte naturellement.

16° L'hémorrhagie consécutive n'est pas rare après la méthode nouvelle ; le plus ordinairement elle a lieu par le bout supérieur et on doit lier l'artère au-dessus. Elle peut se faire par le bout inférieur à cause de la dilatation excessive des anastomoses, ou parce qu'un rameau artériel assez fort a été laissé entre l'anévrisme et la ligature. Il est indispensable alors d'aggrandir la plaie et de jeter un fil sur le bout inférieur.

17° L'hémorrhagie consécutive est tout aussi à craindre lorsqu'on a ouvert la tumeur et lié les deux bouts ; elle est même sans contredit beaucoup plus fréquente, car il arrive souvent que les fils laissent en-deçà une partie de l'incision faite à l'artère, et presque toujours les vaisseaux sont malades dans des points aux rapprochés de l'anévrisme.

18° Il faut encore tenir compte de l'inflammation du sac et ses suites, de la phlébite, etc.

19° L'amputation est un moyen exceptionnel, lorsque les autres ont été insuffisans, ou que la gangrène est survenue ; on n'a pas besoin d'attendre que la gangrène soit bornée.

20° Ce qui précède se rapporte seulement à l'anévrisme variqueux externe, à l'exception même de celui de l'artère sous-claviculaire et de l'artère carotide, qui reste stationnaire et ne demande aucune opération.

21° Dans ces régions, il est seulement incommode par le bruissement qui s'y passe et qui augmente dans certaines positions, et par l'engourdissement qui gagne quelquefois le membre supérieur.

MARDI 19 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 8, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur de la main formée par un mélange de tissu osseux et de tissu d'apparence cartilagineuse.

Le 30 novembre dernier, fut admise à l'hôpital de la Charité, et couchée au n° 24 de la salle Sainte-Catherine, la nommée Bourrelier (Flavie), âgée de vingt-cinq ans, journalière, d'un tempérament lymphatique et d'une assez faible constitution. Cette jeune fille, qui a d'ailleurs toujours été bien réglée, et qui, à part la maladie dont nous allons parler, a toujours joui d'une bonne santé, porte sur la main droite une tumeur volumineuse dont nous indiquerons les caractères extérieurs et la nature. Voici ce qu'elle nous rapporte sur le début et la marche de cette tumeur.

Il y a environ six ans, après une journée entière passée à laver du linge, elle éprouva dans la main droite une douleur, ou plutôt une fatigue, qui ne lui permit pas de vaquer aux soins de son ménage. Peu de jours après, cette fatigue disparut en grande partie; mais Flavie vit apparaître dans le milieu de la paume de cette main une petite tumeur qu'elle montra aussitôt au chirurgien de son pays. Celui-ci ne proposa aucun traitement. Cependant la tuméfaction augmenta continuellement de volume, sans occasionner, dit-elle, de douleur manifeste. Quelques mois après, cette tumeur avait acquis un volume énorme, et comprenait toute la main jusqu'aux espaces inter-digitaux, vers la racine des doigts.

Un grand nombre de médecins ont été consultés pour donner leur avis sur cette maladie, et toujours au dire de Flavie, on s'est borné à conseiller des pommades, des onguents; en un mot, des remèdes insignifians. Il y a trois ans, elle est venue à Paris, et il paraît que déjà, à cette époque, on lui avait proposé de faire le sacrifice de sa main. Il y a environ six mois, elle revint dans la capitale, et elle entra dans le service de M. Piorry : on lui renouvela la même proposition ; elle s'y refusa et sortit de l'hôpital. Depuis cette époque jusqu'à l'entrée de la malade dans le service de M. Velpeau, la tumeur, d'après des renseignemens exacts que nous avons pris, a augmenté d'un bon tiers de son volume.

Au dire de Flavie, cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur vive et continue; elle y éprouve seulement quelques démangeaisons; cependant elle ajoute que depuis environ un an elle y ressent quelques élancemens à des intervalles assez éloignés.

Quoi qu'il en soit de ce récit, voici l'état dans lequel nous observâmes la malade le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Flavie est assez colorée, ses chairs sont assez fermes; rien enfin, dans son extérieur, ne semble accuser une de ces affections qui, paraissant localisées à la surface du corps, exercent des ravages plus ou moins profonds dans tout l'organisme. L'appétit est bon; les digestions s'opèrent très bien; toutes les fonctions s'exécutent comme dans l'état normal; cependant cette jeune fille porte, comme nous l'avons déjà dit plus haut, sur la main droite, une tumeur énorme, dont nous allons décrire le volume, l'aspect extérieur et les limites.

Toute la main, ou, pour mieux dire, tout le carpe et le métacarpe, sont convertis en une tumeur offrant quarante-huit centimètres dans sa plus grande circonférence, dix-sept centimètres dans son plus grand diamètre transversal, onze centimètres dans son plus grand diamètre vertical, et une épaisseur au moins égale à la hauteur. Cette tumeur se termine brusquement au niveau du poignet, et se prolonge par en bas jusqu'aux phalanges des doigts. Pour pouvoir en donner une idée aussi exacte que possible, nous allons l'examiner successivement sur les faces palmaire et dorsale de la main, puis à son union avec les doigts et le poignet; enfin sur les bords latéraux.

C'est sur la face palmaire de la main que la tuméfaction offre le plus grand volume; là elle est divisée en deux masses distinctes par un sillon dirigé obliquement de dehors en dedans, depuis la racine du doigt indicateur jusque vers le milieu de la face antérieure du poignet. Ce sillon est fixe, et paraît correspondre à une bride profonde. La plus volumineuse de ces deux masses est celle qui correspond à la partie interne de la main, à l'éminence hypothénar. D'après le rapport de la malade, c'est à peu près sur ce point que la tumeur s'est montrée au début de la maladie. La peau qui recouvre cette double tumeur est parcourue par des vaisseaux sanguins plus ou moins volumineux et aplatis; elle offre une coloration d'un rouge assez intense, et même violacée lorsqu'on regarde la main à une certaine distance. Çà et là, mais sur des points très nombreux, et surtout sur la tumeur interne, la peau est légèrement soulevée par des espèces de tubercules aplatis, arrondis à leur circonférence, du volume d'un gros pois à celui d'une noisette, et offrant un aspect blanchâtre; on dirait tout autant de petits kystes remplis de liquide et logés à la superficie de la tumeur. Sur tous ces points, la peau est plus tendue que partout ailleurs, et on y sent une espèce de fluctuation qui semble indiquer que ce sont là des points ramollis. A l'exception de ces saillies, qui sont d'ailleurs fort peu élevées, la surface du gonflement est lisse, unie, et présente à la pression une consistance élastique, dure, comme cartilagineuse. Il est impossible, d'ailleurs, de distinguer les tissus qui, dans l'état normal, constituent cette partie de la main; tout paraît confondu et dégénéré.

La face postérieure ou dorsale de la main et beaucoup moins volumineuse que la face antérieure que nous venons d'examiner. De ce côté existent plusieurs bosselures assez distinctes, séparées par des sortes de sillons dans lesquels on voit se dessiner assez bien les tendons des extenseurs, lorsque la malade fait des efforts pour étendre les doigts. Ces bosselures sont assez saillantes et forment des reliefs marqués sur le reste du gonflement. De ce côté d'ailleurs, la tumeur offre la même consistance; mais la peau n'est point colorée, et il semble que sur quelques points on distingue encore assez bien les diverses parties qui, dans l'état normal, constituent le dos de la main.

Considérée dans son bord inférieur, c'est-à-dire à son union avec les doigts, la tumeur présente quelques particularités que nous devons faire connaître. Ainsi les doigts sont fléchis à-peu-près à angle droit sur la tumeur sans toutefois contracter avec elle aucune adhérence. Chacun d'eux offre une disposition particulière : le médius et l'annulaire, très rapprochés à leur base, se dirigent ensuite en divergeant; l'indicateur, très éloigné de ceux-ci, est fléchi directement, tandis que l'auriculaire, très écarté aussi de l'annulaire, est obliquement dirigé en dehors. Quelque volumineuse que soit la tumeur, ces doigts jouissent encore d'un certain degré de mobilité. C'est ainsi que la malade peut, jusqu'à un certain point, les fléchir et les étendre. Cependant ces mouvemens sont plus marqués pour l'indicateur et pour le petit doigt que pour les autres; quant au pouce, nous allons en parler.

Sur son bord interne la tumeur n'offre rien d'important à noter; elle forme là une espèce de triangle.

A son bord interne se trouve le pouce. Les mouvemens de ce doigt sont bien conservés, et son articulation avec le trapèze paraît saine.

A sa partie supérieure, le gonflement s'arrête brusquement au poignet, comme nous l'avons déjà dit. L'articulation du carpe avec les os de l'avant-bras est libre, et la malade peut étendre ou fléchir la totalité de la main sur le membre supérieur.

En ajoutant que cette masse énorme est indolente sur tous ses points et que la pression n'y développe aucune douleur manifeste, on aura, je crois, une idée aussi exacte que possible de la maladie.

Quelle était la nature de cette tumeur? Ce n'était pas évidemment une affection cancéreuse. Les détails dans lesquels nous venons d'entrer ne peuvaient laisser aucun doute à cet égard. M. Velpeau diagnostiqua une dégénérescence complète de tous les tissus qui composent la main dans l'état normal, et annonça qu'on trouverait un mélange de tissu osseux et de tissu d'apparence cartilagineuse, qu'il désigne sous le nom de tissu colloïde. On comprend toutefois que le diagnostic précis n'était ici que d'une utilité secondaire, car le seul remède en pareille circonstance était évidemment l'amputation. Cette opéra-

---

FEUILLETON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

TROISIÈME ÉPREUVE. — Leçon orale après trois heures de préparation.

1° Des opérations que nécessitent les maladies du sinus maxillaire.

M. Malgaigne. Après quelques considérations sur la disposition et la structure du sinus maxillaire, M. Malgaigne énumère les affections de cette cavité qui peuvent nécessiter des opérations quelconques.

Ceci étant posé, le candidat recherche quels sont les points par lesquels il est possible d'attaquer le sinus maxillaire; et après une discussion lumineuse, il donne la préférence aux procédés qui agissent sur la paroi antérieure et sur le rebord alvéolaire.

Mais ces procédés ne sont en général applicables qu'aux dégénérescences dont le produit est liquide; restent les productions morbides solides, telles que les polypes, divers produits cancéreux. C'est dans le but de faire disparaître le mal et les parois qui lui servent de limites, et de prévenir les accidens qui surviennent la plupart du temps après l'emploi d'autres moyens, que l'on a proposé la résection du maxillaire supérieur. M. Malgaigne décrit alors avec clarté et précision le manuel opératoire, et les conséquences de cette ablation.

Cette description est terminée par une appréciation des procédés divers qui avaient été proposés, ainsi que des indications qui doivent engager le chirurgien à donner la préférence à tel ou tel d'entre eux.

Cette leçon bien divisée, faite avec clarté et talent, a plu généralement.

2° Des opérations pour la fistule lacrymale.

M. Huguier débute par des considérations sur les analogies [illegible] les fistules lacrymales avec celles de quelques autres régions; puis il étudie avec détails l'anatomie chirurgicale des parties qui vont servir de théâtre à sa question.

Cette première partie étant terminée, M. Huguier passe en revue les diverses méthodes qui ont été tour à tour employées pour le traitement des fistules lacrymales.

Il est fâcheux que dans ses différentes épreuves M. Huguier ait donné autant de développement à la partie anatomique de ses questions, ce qui lui a rarement permis de pouvoir remplir tout le cadre qu'il s'était tracé; cela est d'autant plus à regretter, qu'il a fait preuve de connaissances solides et étendues.

M. Michon a fait une belle leçon, bien pratique et bien complète. Nous ne le suivrons pas dans l'histoire et dans l'appréciation des nombrenses méthodes qu'il a indiquées; qu'il nous suffise de constater ce nouveau succès.

3° Des opérations pour la cataracte.

M. Bérard jeune a successivement abordé la solution des questions suivantes: A quelle époque de la maladie convient-il d'opérer? Faut-il le faire, si un seul œil est malade? Faut-il opérer les deux yeux à la fois, lorsqu'ils sont tous les deux cataractés? Quelle saison faut-il choisir? Enfin, à quel âge faut-il opérer les enfans atteints de cataracte congénitale?

Ceci étant établi, il décrit les trois méthodes qui suivent, et leurs modifications : 1° abaissement; 2° kératonixis; 3° extraction. Il termine par la comparaison des résultats auxquels leur emploi donne lieu. Cette leçon a été écoutée avec intérêt; elle le méritait.

M. Sanson (Alphonse) traite ensuite la même question; nous lui reprocherons d'avoir trop sacrifié à des détails, intéressans à la vérité pour l'histoire de la cataracte, mais tout à fait étrangers à la question de médecine opératoire, la seule qu'il fallait traiter dans cette circonstance.

4° De la taille hypogastrique.

MM. Laugier et Thierry ont tour à tour tracé l'histoire de la découverte et des progrès de la taille hypogastrique. Les procédés divers auxquels cette méthode opératoire a donné naissance ont été ensuite passés en revue. Enfin ils ont terminé par l'appréciation des résultats, et par leur comparaison avec ceux que l'on obtient par l'emploi de la taille périnéale.

Ces deux chirurgiens ont prouvé que ce sujet avait fait l'objet de leurs études et de leurs méditations, et qu'ils joignent à des connaissances théoriques complètes l'épreuve de la pratique indispensable dans ce cas, pour bien juger toutes les nuances de cette question difficile.

5° Des opérations que nécessitent les anus contre nature.

M. Chassaignac débute par l'examen anatomo-pathologique de l'anus contre nature, de son siége, de sa disposition; il s'attache à faire connaître avec soin l'état de l'éperon, et le mécanisme qui lui donne naissance.

Après ces détails, M. Chassaignac cherche à déterminer l'époque à laquelle il faut opérer, les indications et les contre-indications qui peuvent se rencontrer; puis il termine par l'étude des deux ordres de procédés qui sont nécessaires à la cure radicale, les premiers destinés à détruire l'éperon, les seconds à oblitérer l'ouverture anormale qui reste après sa destruction.

Cette leçon a été une bonne épreuve pour M. Chassaignac.

M. Blandin, auquel la même question était échue, a mis à contribution le talent d'anatomisme et les connaissances pratiques en chirurgie qui l'ont fait distinguer dans ce concours; sa description de l'anus contre nature et de son évolution a été bien complète; l'examen des procédés divers n'a pas été moins satisfaisant, et l'auditoire a tenu compte à M. Blandin de ses excellens préceptes, et de ses heureux efforts pour les mettre à la portée de tous.

6° Des opérations que nécessitent les fistules à l'anus.

M. Lenoir débute par des considérations anatomiques et chirurgicales sur les fistules de l'anus. Les travaux de M. Ribes, de M. Larrey, de M. Velpeau sont d'abord exposés avec clarté et méthode; après ce préambule le chirurgien aborde d'autres détails pratiques non moins indispensables pour tracer avec sûreté et précision la thérapeutique de ces lésions, c'est-à-dire l'examen des causes et des complications générales et locales. M. Lenoir termine sa leçon par l'examen de toutes les méthodes qui ont tour-à-tour été proposées. Nous avons surtout remarqué l'appréciation critique par laquelle il a complété cette dernière division. Cet appendice a été fort complet et fort bien tracé. Cette troisième épreuve a maintenu M. Lenoir au rang distingué qu'il a conquis dans ce concours.

Au lieu de faire longuement de la pathologie externe, M. Vidal s'est demandé d'abord si on devait opérer la fistule à l'anus; c'était provoquer deux autres questions : 1° celle de savoir si ces

tion fut proposée à la malade, et le 23 décembre la main fut séparée de l'avant-bras à deux pouces environ au-dessus du poignet.

Les suites de l'opération ont été simples, et à part un érysipèle que l'emploi du sulfate de fer, d'après la méthode de M. Velpeau, a fait bientôt disparaître, tout s'est passé de la manière la plus heureuse. Aujourd'hui (15 janvier) la plaie est presque entièrement cicatrisée.

La tumeur, divisée dans ses plus grands diamètres, et examinée avec soin, a offert un mélange de tissu osseux et de tissu en apparence cartilagineux.

Strabisme.

M. Velpeau a opéré aujourd'hui (15 janvier) deux sujets affectés de strabisme convergent du côté gauche. Ce chirurgien a saisi cette circonstance pour présenter sur cette opération quelques considérations cliniques dont nous allons rapporter les principaux points, avant d'exposer le procédé opératoire qu'il a adopté.

M. Velpeau commence par déclarer qu'ayant été un des premiers, à Paris, à pratiquer la section d'un ou de plusieurs des muscles de l'œil pour guérir le strabisme, il ne comprend pas le rôle que quelques confrères voudraient lui faire jouer dans cette question. On voudrait, dit-il, par des motifs que je ne chercherai point à apprécier ici, faire croire que j'ai repoussé cette opération, et pour donner plus de poids à cette assertion, on lui donne pour base la non réussite de mes premières tentatives. C'est là une double erreur et rien de plus. Il est inutile d'entrer dans de longs détails pour en fournir la preuve. D'abord, je n'ai pas repoussé les avantages de cette opération, puisque, un des premiers à Paris, je l'ai mise en pratique dans cet hôpital; en second lieu, j'ai positivement et complètement réussi chez deux de mes opérés, que plusieurs d'entre vous ont pu examiner tout à leur aise; chez les autres, il est vrai, le succès a été plus ou moins incomplet, et je vous en indiquerai plus tard la raison. Il serait à désirer, pour le dire en passant, que tout le monde fût aussi sincère, la science y gagnerait beaucoup et la dignité de notre profession n'y perdrait rien. Quoi qu'il en soit, ce que je tiens à bien établir ici, c'est que jamais je ne me suis déclaré antagoniste de cette opération. Ceux qui prétendent que j'ai tenu un autre langage à l'Académie de médecine (séance du 8 décembre) lorsque M. Baudens présenta des malades qu'il avait opérés quelques jours auparavant, sont encore ici dans l'erreur.

Mon opposition porta ce jour-là non pas contre l'opération en elle-même, mais contre la précipitation avec laquelle on semblait vouloir faire constater des résultats heureux. Je dis alors, et je répète encore aujourd'hui, qu'il faut du temps pour être en droit d'avancer qu'une opération de ce genre a complètement réussi, que la cure est radicale. Quel est le praticien instruit, sensé, qui pourrait tenir un autre langage! Mais en voilà assez sur ce point; j'ai hâte d'arriver à la question scientifique.

Après avoir indiqué sommairement les diverses variétés de strabisme et leur fréquence relative, M. Velpeau s'est demandé quelle pouvait être la raison, la nature de cette difformité. Cette question, dit-il, n'est pas encore tout à fait éclaircie. On avait cru d'abord que le strabisme était le résultat de la contracture ou rétraction permanente de l'un des muscles moteurs de l'œil; que les choses se passaient ici à peu près comme dans le pied-bot ou les autres difformités des membres, dues à la rétraction des muscles. Il paraîtrait pourtant, comme l'a exposé M. Phillips dans une leçon conçue avec beaucoup de sagacité, et dans des intentions pratiques qui font honneur à ce jeune chirurgien (voir *Gazette des Hôpitaux*, 14 janvier, 1841); il paraîtrait, dis-je, que telle n'est point la véritable cause de la déviation des yeux dans l'affection désignée sous le nom de *strabisme*. M. Bouvier a montré en outre, à la dernière séance de l'académie de médecine, sur une pièce provenant d'une femme âgée de quatre-vingt-deux ans, affectée depuis son enfance d'un strabisme divergent, que cette difformité ne présente pas, comme le pied-bot, par exemple, un raccourcissement permanent des muscles placés dans le sens de la déviation, et que les muscles antagonistes n'offrent aucune altération appréciable. Ce fait d'anatomie pathologique, qui n'avait pas d'ailleurs échappé à M. Phillips, joint à quelques phénomènes que présentent les yeux strabiques, porte donc à penser, du moins dans l'état actuel de la science, que la difformité qui nous occupe peut être rangée dans la classe des affections spasmodiques. De nouveaux faits et des expériences subséquentes préciseront sans doute mieux ce point important de la question.

Après ces considérations, M. Velpeau, l'histoire à la main, fait à chaque pays et à chaque chirurgien la part qu'ils peuvent revendiquer soit dans l'idée, soit dans l'application de cette opération. Toutefois, ajoute-t-il, cette question de priorité, du moins quant à l'idée première, n'est pas encore résolue d'une manière positive, et nous laisserons à chacun le droit de défendre ses prétentions.

Avant d'arriver à l'examen et à l'appréciation des divers procédés opératoires, M. Velpeau pense avec raison qu'il existe deux questions préalables qu'il importe de résoudre. Ces deux questions sont les suivantes: 1° Cette opération est-elle dangereuse? 2° fait-elle disparaître la difformité?

1° Les faits, et les faits maintenant très nombreux, ont démontré d'une manière péremptoire l'innocuité de cette opération. Dans la presque totalité des cas, pourvu que les malades prennent certaines précautions que nous indiquerons plus tard, il ne survient qu'une inflammation modérée qui se calme après quelques jours. Quelquefois néanmoins, on a observé quelques symptômes de réaction du côté du cerveau; mais tout cela se calme avec la plus grande facilité, et souvent même les malades parcourent toutes les phases de cette opération sans éprouver le moindre accident. Est-ce à dire, ajoute M. Velpeau, qu'on doive engager les malades à ne tenir aucun compte des suites de cette opération? Non, sans doute. Une dame prussienne dont parle M. Phillips (art. cité) a été bien heureuse de ne payer une imprudence, qu'elle commit la nuit même qui suivit l'opération, que par la perte de l'œil opéré. C'est là un fait qu'on doit savoir gré à ce jeune chirurgien d'avoir fait connaître. Mais ce malheur ne peut point être attribué à l'opération en elle-même.

2° Cette opération fait-elle disparaître le strabisme? Ici encore, des faits bien constatés ne laissent aucun doute sur l'efficacité de cette opération dans un grand nombre de cas. Mais est-ce à dire pour cela qu'on réussira toujours, et qu'il existe des chirurgiens qui comptent leurs succès par le nombre des opérations qu'ils ont pratiquées? Je ne le pense point, et tout ce qui a été écrit de sérieux jusqu'à ce jour démontre qu'on n'a pas toujours été aussi heureux, et qu'à côté des succès plus ou moins nombreux on trouve quelques récidives. Il est donc démontré pour moi et pour tous ceux qui examinent cette question avec impartialité, que s'il est vrai qu'il existe des guérisons radicales en grand nombre, il est vrai aussi qu'on a eu des récidives. La question ainsi posée se réduit à ceci: L'opération est indiquée; quels sont les moyens pour s'opposer à la reproduction de la difformité? Tout indique jusqu'à ce jour qu'un bon nombre de récidives trouvent leur raison dans la section incomplète soit du muscle, soit des fibres celluleuses qui l'entourent. Il ne faudrait pas cependant admettre que c'est là l'origine unique de tous les insuccès. La question qui nous occupe est encore neuve pour ainsi dire, et je ne serais point étonné que de nouvelles recherches amenassent à de nouveaux résultats.

M. Velpeau passe ensuite en revue les méthodes et procédés opératoires. Nous ne suivrons pas ce chirurgien dans ces détails: les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* en ont déjà eu connaissance par divers articles. Nous nous bornerons à faire connaître le procédé opératoire mis en pratique par M. Velpeau sur les deux sujets qu'il vient d'opérer.

Les deux paupières étant préaltblement écartées par les instrumens ordinaires, M. Velpeau saisit du même coup, avec une pince à griffes, la conjonctive et le muscle rétracté près de l'attache de celui-ci à la sclérotique; une seconde pince à griffes est ensuite appliquée sur la conjonctive près de la cornée et confiée à un aide. Une traction légère et en sens opposé de ces deux instrumens donne lieu à un repli de la muqueuse oculaire. C'est sur ce point qu'avec des ciseaux droits et mousses, le chirurgien divise et la conjonctive, et la portion du muscle saisie par la première pince. Cela fait, pour bien s'assurer que la division est complète, et qu'il ne reste aucune fibre capable de reproduire la difformité, il passe dans le fond de la plaie un crochet mousse semblable à celui de M. Phillips; et si cet instrument ramène une portion du muscle non divisée, il la sépare avec les ciseaux. Ce procédé, comme on le voit, ne diffère pas essentiellement des autres procédés de la même méthode: nous n'avons pas à en apprécier ici la valeur.

Un des deux sujets opérés par M. Velpeau est couché au nº 26 de la salle Sainte-Vierge; nous l'examinerons avec soin, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de tout ce qui pourra se passer. Le second est un étudiant en droit, dont nous pourrons aussi donner avec exactitude les suites et les conséquences de l'opération.

Qu'il nous suffise de dire aujourd'hui que chez ces deux sujets, immédiatement après l'opération, l'œil a repris sa rectitude normale, et qu'il ne nous reste aucun doute que le muscle a été complètement divisé.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

S'il est un moyen de répondre d'une manière victorieuse à ceux qui, par quelque motif que ce soit, révoquent en doute des résultats dont chacun est à même, chaque jour, de vérifier l'exactitude, c'est de mettre sous les yeux du public médical, seul juge compétent en pareille matière, des résumés précis, des relevés authentiques de faits recueillis publiquement. Telle est la marche que, depuis neuf années qu'il professe la clinique, M. Bouillaud a cru devoir suivre. Déjà, l'année dernière, nous avons, mois par mois, publié dans ce journal les relevés partiels suivis d'un coup-d'œil général sur les observations recueillies pendant les cinq mois de la clinique. Nous présentons aujourd'hui l'analyse rapide et succincte de 100 cas de maladies, tant aiguës que chroniques, qui se sont succédé dans les salles de la Charité, du 1er novembre 1840, au 1er janvier 1841.

Nous les avons, comme précédemment, divisés en deux catégories; la première, consacrée aux maladies chroniques ou sub-aiguës, comprend 54 cas; la seconde, aux maladies aiguës, 46 cas.

Première catégorie.

Affections chroniques ou sub-aiguës, réparties de la manière suivante:

Douleurs rhumatismales apyrétiques,	9
Névralgies anciennes,	3
Sciatiques chroniques,	2
Anémies et chloroses,	6
Hypertrophies et lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux,	3
Bronchite chronique,	4
Entéro-colite chronique,	2
Ictère,	1
Colique saturnine,	1
Tremblement mercuriel,	1
OEdème des membres inférieurs,	1
Hypertrophie de la rate et du foie,	1
Aliénation mentale,	2
Eczema,	1
Choré générale,	1
Paralysie commençante,	1
Courbature, ou rien de caractérisé,	15
Total,	54

La plupart de ces cas ont présenté assez peu d'intérêt pour que nous puissions nous croire en quelque sorte dispensé d'y insister davantage. Nous ferons seulement remarquer, pour ceux qui regardent comme exagérée la loi de coïncidences établie par M. Bouillaud, que sur les trois cas d'affections organiques du cœur, qui figurent dans cette énumération, deux ont été observées chez des sujets

fistules pouvaient guérir spontanément; 2° celle de savoir si elles pouvaient être de quelque utilité pour détourner des viscères certaines causes morbifiques; enfin si elles pouvaient tenir lieu d'un exutoire. Dans ce cas on pourrait créer une fistule quand il n'y en a pas. M. Vidal a traité ces diverses questions avec lucidité.

Ce candidat a admis qu'il y avait des fistules qui guérissaient spontanément, d'autres qu'il fallait opérer. Il a renvoyé à la fin de sa leçon la question de savoir si on devait opérer les phthisiques qui ont des fistules à l'anus, et la question de savoir si on pouvait créer une fistule aux tuberculeux. Le temps n'a pas permis à M. Vidal de nous donner son dernier mot sur ces deux questions; ce qui est très regrettable pour nous et pour lui.

D'ailleurs M. Vidal n'a oublié aucun procédé: compression, injection, cautérisation, ligature, incision, excision, tout a été décrit avec soin. M. Vidal semble pencher pour la ligature d'après la méthode de Foubert, mais avec une modification qui lui appartient. Il voudrait qu'on suspendît un poids au fil de plomb pour ne pas tordre à tous les pansements et pour que les chairs soient coupées comme celles de l'oreille le sont par les bijoux quand ils sont trop lourds.

Le public a écouté et accueilli cette leçon comme la première; c'est un bon titre qui reste à M. Vidal pour l'avenir.

7° Des opérations que nécessitent les rétentions d'urine.

M. Robert, après avoir indiqué quelques particularités qu'il importait de faire connaître, arrive à cette conclusion qui doit diriger le traitement: *Il faut detruire les causes de la rétention d'urine, ou sinon en combattre l'effet.* En conséquence, il passe successivement en revue le cathétérisme ordinaire chez l'homme et chez la femme, au moyen des sondes d'un calibre ordinaire, ou bien par les grosses sondes, enfin celui par les instrumens sans courbure; en passant, il rappelle l'ancien procédé dit *tour de maître*. Vient ensuite l'exposition des difficultés qui s'opposent au cathétérisme; dans ces cas, que faut-il faire? M. Robert décrit alors le cathétérisme forcé, l'opération de la boutonnière, les ponctions par l'hypogastre, le périnée et le rectum.

Cette improvisation s'est fait remarquer par la clarté des descriptions, l'heureuse animation du débit, et par les appréciations toutes pratiques que M. Robert en a fait jaillir. C'était une leçon savante et bien faite que l'on a fort applaudie.

M. Sédillot a dignement complété cette longue épreuve. Nous ne le suivrons pas dans les divisions de sa leçon, qu'il a disposée à peu près comme celle de M. Robert; nous dirons seulement qu'il s'est acquitté avec talent de la tâche qui lui avait été imposée par le sort, et qu'il a su faire écouter sans fatigue les détails peu attachans d'un sujet que venait déjà d'exposer son prédécesseur.

Ici se terminent les épreuves orales et écrites des compositeurs: les thèses sont sur le chantier; nous ferons connaître la manière dont les différentes questions qui leur ont été soumises auront été résolues.

— Un concours pour des emplois de chirurgien sous-aide auxiliaire sera ouvert à Paris, le 3 février prochain, et le 15 du même mois, à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes et Lille. Chaque candidat, s'il est pourvu du diplôme de bachelier ès-lettres, ou du diplôme de maître en pharmacie délivré par l'une des écoles de Paris, Strasbourg ou Montpellier, et s'il comptait moins de trente ans au 1er janvier 1841, devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au *Journal militaire*.

— A la suite du concours supplémentaire pour les emplois de médecin-adjoint, qui vient d'avoir lieu à Paris, les candidats admis ont été classés par le jury dans l'ordre suivant: 1° Quenot, 2° Cuvillon, 3° Riboulet, 4° Jean dit Lagrave.

— Les mesures sont arrêtées pour la création d'un nouvel hôpital militaire à Paris, rue de Charonne.

— Par un arrêté du préfet de police, le nombre des pharmaciens qui ont le droit d'exercer dans le département de la Seine est fixé à 360, savoir: 303 dans Paris et 57 dans la banlieue.

Cette publication a été faite en conformité de l'article 28 de la loi du 21 germinal an XI.

— Sont décédés MM. Merle, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, et Deprez (J.-M.), adjudant d'administration en second aux ambulances de l'Algérie.

qui ont déclaré avoir eu des affections rhumatismales antérieures, et le troisième, chez un homme qui avait eu plusieurs fluxions de poitrine. Les faits de ce genre sont tellement fréquens, qu'il suffit d'apporter dans l'examen et l'interrogation des malades, un peu d'habitude, pour être à même de s'en convaincre.

Deuxième catégorie.

Maladies aiguës au nombre de 46. La plupart des cas rangés dans cette catégorie ont été assez importans pour que nous en présentions une analyse détaillée.

Rhumatisme articulaire, 91 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2.

Homme de trente-sept ans, entré le 23 novembre, malade depuis un mois. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec rougeur érysipélateuse de la peau au niveau de quelques articulations, etc., endocardite. Cas grave.

Quatre saignées générales, une application de ventouses, 15 palettes (1875 grammes) en trois jours ; convalescence le cinquième jour ; sorti le 7 décembre parfaitement guéri.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14.

Homme de vingt-deux ans, entré le 23 novembre, malade depuis quatorze jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite. Cas grave.

Quatre saignées, dont une locale, 13 palettes (1625 gr.) en deux jours ; convalescence le quatrième jour ; sorti parfaitement guéri le 7 décembre.

Ces deux cas ont été remarquables : outre la promptitude de la guérison, en ce que les malades, pendant tout le cours de leur convalescence, n'ont éprouvé aucune même de ces petites rechutes si fréquentes dans la maladie qui nous occupe. La guérison, tout d'abord bien complète, ne s'est pas un instant démentie.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6.

Homme de vingt-deux ans, entré le 16 décembre, malade depuis sept jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec un peu d'endocardite. Cas moyen.

Deux saignées, 5 palettes (625 gr.) ; convalescence le huitième jour ; sorti guéri le 31 décembre.

4° Salle Sainte-Madeleine, 1.

Femme de vingt-trois ans, entrée le 20 décembre, malade depuis huit jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec légère endocardite. Cas moyen.

Quatre saignées en trois jours, 12 palettes (1500 gr.) ; convalescence le quatrième jour ; sortie guérie le 9 janvier 1841.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16.

Homme de vingt-six ans, entré le 15 novembre, malade depuis huit jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu, généralisé, sans endocardite au moment de l'entrée. Cas intense.

Trois saignées générales, une locale, 15 palettes en deux jours : un vésicatoire ; convalescence le cinquième jour ; sorti guéri le 31 décembre.

Chez ce malade, qui n'offrait lors de son entrée aucun signe de coïncidence du côté du cœur, il se déclara le surlendemain une endocardite légère ; on put constater un peu d'obscurité et d'enrouement des bruits, symptômes qui durent faire recourir à l'emploi d'un vésicatoire, et se dissipèrent bientôt sous l'influence des émissions sanguines et du révulsif.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15.

Homme de vingt-sept ans, entré le 2 novembre, malade depuis sept jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu, d'intensité moyenne. Cas moyen.

Trois saignées générales, une locale, 12 palettes ; convalescence le quatrième jour.

Rechute le 8 novembre, accompagnée de quelques signes d'endocardite, qui se dissipèrent facilement après une saignée et l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale. Sorti parfaitement rétabli le 30 novembre.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10.

Homme de quarante-huit ans, entré le 30 novembre, malade depuis cinq jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu, borné aux membres inférieurs sans coïncidence d'endocardite. Cas moyen.

Quatre saignées, une application de ventouses, 16 pal. ; convalescence le septième jour. Encore dans les salles.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21.

Jeune homme de dix-sept ans, entré le 3 décembre, malade depuis sept jours. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire aigu généralisé, de médiocre intensité. Cas moyen.

Quatre saignées dont une locale, 12 palettes ; convalescence le sixième jour.

Sorti guéri complètement au bout de dix-huit jours, ce jeune homme fut forcé de rentrer à l'hôpital le 30 décembre, pour une rechute légère qu'il avait faite chez lui en s'exposant au froid et à l'humidité. Il est encore dans les salles.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5.

Homme de dix-huit ans, entré le 14 novembre, malade depuis trois semaines. *Diagnostic.* Rhumatisme articulaire partiel ; cas peu grave.

Deux saignées ; convalescence le quatrième jour. Sorti le 30 novembre, parfaitement rétabli.

Nous pouvons répéter ici les réflexions que nous avons déjà faites plus haut sur la loi découverte par M. Bouillaud, et formulée par lui dans son Traité du rhumatisme articulaire aigu ; à savoir : que dans les cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé d'une certaine gravité, la coïncidence de l'endocardite ou de l'endo-péricardite est la règle et la non-coïncidence, l'exception. Or, nous voyons que sur les 9 cas analysés ci-dessus, et parmi lesquels figurent 3 cas graves, 4 moyens, et 1 assez léger, partiel ; sur ces 9 cas, dis-je, dans 6 on observa des symptômes d'endocardite évidens.

Nous ne reviendrons pas sur cette objection que l'on a répétée à satiété, que le souffle que M. Bouillaud prend pour l'effet de l'endocardite, n'est autre chose qu'un *souffle anémique* produit par la soustraction de *l'énorme* quantité de sang qu'il enlève à ses malades. Il n'est plus permis de faire sérieusement ce reproche à la formule des saignées de la Charité, lorsque l'on a été à même d'observer des malades chez lesquels, et c'est ce qui est arrivé chez tous ceux que nous avons cités, un bruit de souffle existant à l'entrée diminuait sensiblement et finissait par disparaître tout à fait sous l'influence de saignées répétées coup sur coup pendant trois ou quatre jours, et après la soustraction de plusieurs livres de sang.

Entéro-mésentérites typhoïdes, 6 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13.

Homme de vingt ans, entré le 6 décembre, malade depuis huit jours. *Diagnostic.* Gastro-entéro-colite cholériforme ; plus tard, la maladie se transforme en fièvre typhoïde de forme muqueuse. Cas grave.

Le sujet étant assez chétif, on se borna à deux applications de ventouses sur l'abdomen, et l'on mit des vésicatoires aux mollets ; convalescence le 18 décembre. Durée de la maladie depuis l'entrée, douze jours. Le malade est encore dans les salles.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5.

Homme de vingt-cinq ans, entré le 2 décembre, malade depuis quinze jours. *Diagnostic.* Entéro-mésentérite étendue au gros intestin, parfaitement caractérisée, avec bronchite. Cas grave.

Quatre saignées, dont une locale ; convalescence le neuvième jour. Sorti guéri le 30 décembre.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15.

Homme de vingt ans, entré le 1er décembre, malade depuis dix jours. *Diagnostic.* Fièvre typhoïde avec prédominance des phénomènes inflammatoires. Cas moyen.

Trois saignées générales, deux locales de quinze palettes. Convalescence le dix-huitième jour. Ce malade est encore dans les salles.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11.

Fièvre dite typhoïde incomplètement caractérisée, forme gastro-inflammatoire, chez un sujet de trente-six ans, malade depuis quatre jours. Entré le 23 novembre, sorti le 1er décembre.

Trois saignées, dont une locale de 9 palettes. Convalescence le quatrième jour.

5° Salle Sainte-Madeleine, 13.

Fièvre typhoïde commençante, cas assez léger, chez une femme chloro-anémique, âgée de dix-neuf ans, malade depuis quatre jours.

Deux saignées. Convalescence le quatrième jour. Sortie guérie le 1er janvier.

6° Salle Sainte-Madeleine, 7.

Symptômes de fièvre typhoïde incomplètement caractérisée. Cas un peu douteux. Chez une femme âgée de vingt-cinq ans, malade depuis douze jours environ.

Traitement nul ; convalescence le troisième jour.

Faisant abstraction des deux derniers cas, qui ne paraîtraient peut-être pas à certains observateurs assez intenses pour être regardés comme des fièvres typhoïdes, on remarquera que sur les quatre premiers faits qui étaient d'une gravité assez considérable, pas un seul ne s'est terminé par la mort, résultat qui semble *un peu* contredire l'assertion émise dans une thèse récemment analysée par un journal de médecine, et dans laquelle il est dit que M. Bouillaud perd, dans la fièvre typhoïde, *six malades sur sept !*

Pleuro-pneumonie, 5 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, n. 10.

Femme âgée de cinquante-deux ans, d'une constitution détériorée, entrée le 11 novembre, malade depuis quinze jours. Le diagnostic fut ainsi porté : Pneumonie double, plus pneumonie à droite, mal traitée, probablement au troisième degré. Cas mortel.

Une saignée, un vésicatoire.

Par un hasard que nous ne pouvons guère qualifier que de miraculeux, la seule saignée que l'on crut pouvoir se permettre de faire et l'application du vésicatoire, furent suivies d'une amélioration progressive dans l'état de la malade. Au bout de sept à huit jours, elle prenait un peu de bouillon coupé, et maintenant, parfaitement rétablie, elle est encore dans les salles de la clinique.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21.

Homme de cinquante-six ans, entré le 25 décembre, malade depuis deux jours. *Diagnostic.* Pleuro-pneumonie peu intense au moment de l'entrée avec bronchite forte. Cas moyen.

Trois saignées, dont une locale de 10 palettes, vésicatoire. Convalescence le sixième jour. Encore dans les salles.

3° Salle Sainte-Madeleine, 12 *bis*.

Femme âgée de dix-huit ans, entrée le 24 décembre, malade depuis huit jours. *Diagnostic.* Pleuro-pneumonie au premier degré, occupant la base du poumon droit, chez un sujet anémique. Cas peu grave.

Deux saignées. Vésicatoire. Convalescence le cinquième jour.

4° et 5° Les deux derniers cas sont relatifs à un homme âgé de soixante-deux ans qui, entré le 14 novembre, au 9e jour d'une pleuro-pneumonie non traitée, succomba le lendemain matin de son entrée, et à une femme âgée de cinquante ans, atteinte d'une métrite chronique qui, entra le 10 novembre, au sixième jour d'une pleuro-pneumonie mal traitée avant l'entrée, et succomba dans la nuit.

Il est clair que sur les cinq cas de pleuro-pneumonie que nous venons d'analyser ici, les trois premiers seuls doivent entrer en ligne de compte, et que l'on ne peut se servir, pour évaluer la mortalité, des observations de deux malades apportés agonisans à l'hôpital, et morts quelques heures après leur admission.

Nous n'entrerons point pour les cas de *bronchite*, que nous avons été à même d'observer pendant ces deux mois, dans les mêmes détails que pour les affections précédentes, non que la bronchite, lorsqu'elle a son siége dans les dernières ramifications des bronches soit une maladie légère, M. Bouillaud redoute plus, et avec raison ce nous semble, une bronchite capillaire générale qu'une pleuro-pneumonie franche et bien caractérisée, mais ce serait inutilement fatiguer nos lecteurs de chiffres sur lesquels nous préférons glisser aussi rapidement que faire se pourra.

Sept cas de bronchite se sont offerts en novembre et décembre, parmi lesquels trois cas graves qui furent traités, l'un par quatre saignées, les deux autres chacun par trois émissions sanguines (moyenne pour chaque cas, dix palettes et un tiers). La convalescence fut décidée au bout de quatre à six jours. Les trois malades couchés aux nos 1, 7 et 22 de la salle Saint-Jean-deDieu, sont encore dans les salles.

Les quatre autres cas sont relatifs à des sujets affectés de bronchites peu graves et guéris facilement avec une seule ou même sans émission sanguine aucune.

Dix-neuf cas nous restent encore à examiner parmi lesquels nous citerons les plus importans.

Catarrhe chronique, hémoptisie, tuberculisation pulmonaire, pleuro-péricardite aiguë intercurrente, hydro-pneumo-thorax. Cas très grave.

Cette observation nous semble assez importante pour mériter d'être publiée en détail, lorsqu'elle sera terminée. Le malade est encore dans les salles.

Quatre observations de varioles ou de varioloïdes, pour la plupart légères, terminées toutes par la guérison.

Un cas d'arthrite rhumatismale légère.

Quatre cas de sciatiques rhumatismales, traitées et guéries en peu de jours par les ventouses scarifiées et les vésicatoires.

Trois cas d'érysipèles, dont un de la face, peu intense, et les deux autres occupant, l'un le pied droit, l'autre l'articulation tibio-tarsienne.

Trois cas d'angine et de pharingo-amygdalite.

Un, d'entéro-colite légère.

Un phlegmon de la grande lèvre gauche, chez une jeune fille de dix-sept ans.

Enfin, un cas assez douteux lors de l'entrée de la malade, époque à laquelle on porta le diagnostic suivant : Quelques symptômes hystériques. Cinq jours après l'arrivée de la malade, apparurent les symptômes d'une méningite aiguë tellement intense et rapide, que la malade fut emportée en deux jours, malgré tous les efforts du médecin.

Ainsi donc, et pour nous résumer en quelques mots, quarante-six cas de maladies aiguës ont été observés dans l'espace de deux mois, réparties ainsi :

Rhumatismes articulaires aigus,	9
Entéro-mésentérites typhoïdes,	6
Pleuro-pneumonies,	5
Bronchites,	7
Pleuro-cardite aiguë,	1
Varioles,	4
Arthrite chronique légère,	1
Sciatiques rhumatismales,	4
Erysipèles,	3
Angines,	3
Entéro-colite,	1
Phlegmon de la grande lèvre,	1
Méningite,	1
Total,	46

Si sur ces 46 cas, nous prenons la mortalité brute, nous trouvons 3 morts sur 46, ou 1 mort sur 15 ; mais nul ne prétendra faire entrer au nombre des malades traités dans le service les deux péripneumoniques agonisans lors de leur entrée, et qui ont succombé quelques heures après leur admission.

Il nous reste donc 44 cas de maladies aiguës, parmi lesquels *un seul mort.*

Nous ne savons si dans d'autres services l'on obtient de plus beaux résultats, mais nous pensons que, dans tout état de cause, on a droit d'être fier d'une méthode qui réduit à ce point la mortalité, et que l'on peut sans crainte marcher dans une voie semblable, lorsque l'on s'appuie sur de pareils succès. A. F.

NOTE SUR LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS LE FER ET DANS LES OS HUMAINS; PAR M. SCHAFHAENTL.

« La Gazette littéraire du 31 octobre (*Literary Gazette*) contient une lettre adressée à la *Gazette des Hôpitaux* par M. Couerbe, dans laquelle l'auteur établit comme un fait nouveau que tout peroxyde de fer contient plus ou moins d'arsenic. Or, en 1839, j'ai lu devant le Congrès britannique, tenu à Birmingham, l'extrait d'un mémoire sur la composition chimique du fer, mémoire qui a été ensuite imprimé dans le *Philosophical Magazine* (1839-40), dans lequel j'ai prouvé que les meilleures qualités de fer d'Angleterre, de Suède et de France, contiennent généralement une certaine quantité d'arsenic, et que leur qualité dépend précisément de ce mélange arsenical. Cet arsenic pro-

vient des mines dont on extrait le fer ; on en connaît de trois sortes, savoir, les mines de fer magnétique, les mines de fer des *specula* et les hématites rouges, et l'hydrate de peroxyde de fer, ou hématite brune. J'ai cependant rencontré des échantillons de toutes ces espèces, qui ne contenaient pas la moindre parcelle d'arsenic.

» Dans toutes les préparations pharmaceutiques qu'on fait avec ces fers, on trouve très sûrement de l'arsenic. J'ai vu, en Angleterre, de l'hydrate de peroxyde de fer préparé avec le fer suédois qu'on considère comme le plus pur de tous les fers, contenir une quantité si considérable d'arsenic que j'ai pu le reconnaître par l'épreuve la plus grossière, l'odeur alliacée, en projetant la substance sur les charbons ardens.

» Les préparations antimoniales de la *Pharmacopœia* contiennent pareillement une certaine proportion d'arsenic ; et dans un cas de toux convulsive, le kermès préparé avec l'antimoine pur d'arsenic, et le kermès préparé avec l'antimoine commun contenant de l'arsenic, m'ont donné des résultats tout-à-fait différens : le premier était tout-à-fait sans action. Les chimistes sont trop souvent portés à ne considérer l'action des remèdes sur le corps vivant que sous le point de vue chimique seulement, oubliant que l'action vitale cesse aussitôt que l'action chimique commence.

» Il est vrai que l'acide arsénique (*arsenic acid*) combiné avec le péroxide de fer ne peut exercer aucune influence délétère sur la constitution ; mais le résultat qu'on obtient par l'analyse chimique sur le cadavre d'un individu soupçonné empoisonné par l'arsenic, et qui aurait pris préalablement de l'hydrate de peroxide de fer comme antidote, ne serait aucunement dans mon opinion d'une valeur suffisante sous le point de vue légal.

» Les sels de fer dont on retire l'hydrate de peroxide de fer pour l'usage de la médecine devraient être complètement dépurés d'arsenic, en versant la solution neutre de chaque sel de fer dans le sulfhydrate d'ammoniaque. Après le séjour de quelques heures dans une température modérée, le sulfure de fer précipité sera parfaitement libre d'arsenic, ainsi que l'acide sulfurique ; et après avoir été lavé sur un filtre, il peut être dissous dans l'*aqua regia*, et ensuite employé pour la préparation de l'hydrate.

» En se servant de l'appareil de Marsh, une personne inexpérimentée ne saurait prendre trop de précautions. La simple apparence d'une goutte noire, laquelle n'admet pas d'investigation chimique ultérieure, ne saurait être jamais considérée comme une preuve de la présence de l'arsenic dans une expertise légale, surtout quand le liquide à expérimenter contient de la matière organique, et que le zinc employé contient du carbure de zinc ou de fer.

» Berzélius recommande de faire passer l'hydrogène arseniqué à travers un tube de verre horizontal, et d'en porter une partie à la chaleur rouge moyennant la lampe à esprit-de-vin. L'arsenic métallique se dépose dans un tube clos du côté de la partie chauffée ; j'ai observé cependant que quand on faisait usage d'un tube de ver anglais ordinaire, le plomb réduit de la masse de verre était pris pour de l'arsenic, alors qu'aucune trace d'arsenic n'existait dans le liquide à examiner.

» Quant aux os humains qu'on dit contenir de l'arsenic, je n'en ai jamais analysé de récens ; mais je puis affirmer que les os d'un tombeau germanique ou d'une tribu celtique et ceux d'un tombeau romain ne contenaient pas le moindre atome d'arsenic. Si les os humains de la génération présente en contiennent, c'est une question curieuse que de savoir quelle peut en être la source. Dans une expérience qui n'est pas encore complétée, j'ai injecté tous les jours dans l'estomac d'un chien de Terre-Neuve une once de subarséniate de peroxide de fer, et j'ai recueilli les fèces et l'urine aussi soigneusement que possible : le résultat de l'examen des excrémens a prouvé que non-seulement une grande partie de la substance injectée était absorbée dans le corps du chien, mais encore que cette substance se décomposait, et qu'il s'absorbait proportionnellement plus d'arsenic que du reste.

» Si l'on réfléchit qu'au bronze des anciens on a substitué aujourd'hui le fer pour les ustensiles domestiques, l'on comprend que des sels de fer sont continuellement introduits dans l'économie, bien qu'en petite quantité ; et comme les meilleures qualités de fer et d'acier contiennent presque immanquablement de l'arsenic, l'on comprend quelle peut être la source de ce poison dans la constitution.

» Le fer blanc, par exemple, dont on se sert pour les ustensiles de cuisine, n'est préparé que des meilleures qualités de fer contenant plus ou moins d'arsenic. L'étain qui couvre la surface du fer et qui pénètre dans sa masse contient toujours une portion d'arsenic ; or, aucun métal n'est plus facilement attaqué par presque tous les agens que le fer ou le fer et l'étain combinés, ce qui est bien connu et appréhendé surtout par les cuisiniers.

» Les sels de fer semblent être devenus presque aussi nécessaires à notre constitution que les céréales ; et le goût morbide que quelques enfans éprouvent pour les sels de fer, par exemple, pour l'encre, etc., semble avoir quelque analogie avec l'avidité que présentent les volatiles pour les sels de chaux.

» Il serait peut-être très intéressant de comparer les maladies qui attaquaient l'espèce humaine avant la substitution du bronze par le fer pour les usages domestiques, avec le caractère de celles qu'on observe aujourd'hui ; car j'ai récemment observé un caractère particulier de maladie dans une famille, changé par la substitution des vases de fer aux vases en cuivre étamé.

(*The Lancet*, 28 nov. 1840.)

NOTE SUR DE NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA SENSIBILITÉ DES NERFS RACHIDIENS ;

Par M. le docteur LONGET.

Dans une lettre récente encore (*Gazette des Hôpitaux* du 24 novembre 1840), j'annonçais que sur dix-sept chiens, la plupart adultes, j'avais constamment trouvé « les racines spinales antérieures, et les faisceaux correspondans de la moelle, complètement insensibles aux irritations mécaniques ; et, au contraire, les racines postérieures et les faisceaux médullaires postérieurs extrêmement sensibles. »

Depuis cette époque, neuf autres chiens ont été mis en expérience ; et, de nouveau, dans diverses séances, j'ai constaté l'exactitude de ce résultat en présence de MM. Flourens, Cruveilhier, Gerdy, Isid. Bourdon, Gerdy jeune, Capitaine, etc., etc. ; et enfin devant un auditoire nombreux, remplissant l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Mais j'ai voulu surtout démontrer, par ces dernières expériences, que l'agent galvanique pouvait servir à déterminer d'une manière enfin incontestable, les aptitudes fonctionnelles différentes, d'une part, dans les racines antérieures et les faisceaux médullaires correspondans ; d'autre part, dans les racines postérieures et les faisceaux postérieurs de la moelle. Les nouveaux résultats que j'ai obtenus faisant l'objet d'un mémoire récemment adressé à l'Académie des sciences, je veux tenter seulement ici de mettre à l'abri de toute objection le fait important que j'ai rappelé plus haut.

M. Magendie (*Gazette des Hôpitaux*, 1er décembre 1840), admettant encore une sensibilité très vive dans les racines antérieures (*Fonctions du syst. nerveux*, tome II, page 77), et une sensibilité très manifeste dans les faisceaux antérieurs de la moelle (*Ibid.*, page 153), je dois signaler, avec le plus grand soin, les précautions que j'ai prises dans la répétition d'expériences aussi délicates, et indiquer les causes d'erreur qui se sont offertes à mon observation, pour que je puisse être averti de celles qui, n'ayant pas été prévues, m'auraient fait si souvent échouer.

1° En ouvrant la portion lombaire du canal rachidien, j'évite soigneusement d'agir trop en dehors de lui pendant l'ablation des muscles spinaux et la section des lames vertébrales, afin de ne point léser le tronc ou nerf rachidien lui-même, lésion qui « empêcherait la sensibilité de rétrograder dans les racines antérieures. » (Ouv. cité, 2e vol., p. 343.)

2° Quand la moelle, revêtue de la dure-mère intacte, est mise à découvert, je fais usage d'eau tiède pour nétoyer la plaie ; je n'ai plus omis cette précaution depuis que m'étant servi une fois d'eau presque glacée, je m'aperçus qu'un violent frisson s'étant emparé de l'animal, la sensibilité avait à peu près disparu dans les racines postérieures ; mais, chose remarquable, l'animal ayant été réchauffé, la sensibilité reparut très vive dans ces racines, tandis qu'elle fut, comme toujours, tout à fait nulle dans les antérieures.

3° Je ne fends jamais la membrane dure-mère pour opérer les racines, sachant que l'écoulement du liquide céphalo-rachidien et le contact immédiat de l'air sur la moelle causent un affaiblissement considérable de l'action nerveuse.

4° Après l'ouverture du rachis (région lombaire), je laisse reposer l'animal pendant une heure entière, pour que la sensibilité profondément troublée par cette cruelle opération puisse [illegible] appréciable dans les tégumens du membre abdominal.

5° Je me suis assuré dans tous les cas que la moelle n'a point été contuse pendant l'opération, en agissant toujours comparativement sur les deux sortes de racines, afin qu'on ne [illegible] pas croire que si j'avais trouvé certaines racines antérieures réellement insensibles, les postérieures correspondantes le fussent aussi.

6° Constamment j'ai irrité mécaniquement (pincement, [illegible]tion, etc.) la racine antérieure avant la postérieure qui lui correspond, dans l'intention de prévenir le reproche que la lésion préalable de la racine postérieure aurait fait cesser la sensibilité dans l'antérieure.

7° Lorsqu'on introduit l'un des mors de la pince ou un crochet entre les deux racines, dans le but de saisir l'antérieure, l'animal peut crier et souffrir, par suite du léger tiraillement imprimé à la postérieure ; mais si l'on attend qu'il revienne calme, la racine antérieure sera écrasée sans la moindre douleur.

8° Chez le chien comme chez l'homme, on trouve quelquefois pour un nerf lombaire ou sacré trois cordons originels distincts, marchant parallèlement dans le canal rachidien ; deux appartiennent à la racine postérieure et le troisième à l'antérieure. Ce fait me semble d'autant plus grave à noter, qu'en croyant pincer le cordon de cette dernière, on pourrait saisir celui des deux cordons de la racine postérieure qui est le plus en avant, et alors on ne manquerait pas d'y trouver une très vive sensibilité. Je me suis toujours garanti de cette cause d'erreur qui n'avait point encore été signalée, et comme sur chacun des vingt-six chiens, j'ai expérimenté sur les racines de dix nerfs rachidiens, c'est-à-dire sur vingt racines, dont dix antérieures et dix postérieures, il en résulte que deux cent soixante fois j'ai constaté l'insensibilité complète des véritables racines antérieures et deux cent soixante autres fois la vive sensibilité des postérieures. Vingt-six fois j'ai trouvé le faisceau antéro-latéral de la moelle insensible, et le faisceau postérieur très sensible. Certes, pour me former une conviction je n'avais pas besoin de reproduire ces expériences un nombre de fois aussi considérable, mais un grand nombre de personnes m'ayant prié de les rendre témoins des résultats tranchés que j'avais obtenus, j'ai dû m'empresser de les satisfaire.

9° Dans les expériences sur les faisceaux de la moelle, j'ai toujours lésé d'abord le faisceau antérieur, en évitant avec soin de produire, surtout dans le point correspondant, une lésion préalable du faisceau postérieur ou de l'une des deux racines. Avant l'expérience, on divise nécessairement la dure-mère avec une ou deux insertions du ligament dentelé, et comme l'on opère de côté, il faut prendre garde de rencontrer sous l'instrument quelqees filets de racine postérieure dont la sensibilité éveillée ferait croire à celle du faisceau antérieur. Il faut surtout faire usage d'un instrument assez acéré pour diviser le faisceau antéro-latéral sans tirailler le postérieur ; et enfin, après l'expérience, il faut examiner si la lésion n'est pas limitée au faisceau latéral et si elle s'étend réellement à l'antérieur. Je n'ai négligé, dans mes recherches, aucune des précautions qui viennent d'être mentionnées.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 21 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 9, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Héméralopie pseudo-chromique simple; phénomènes remarquables ayant précédé cette affection. Insuffisance des moyens thérapeutiques jusqu'alors employés.

La malade couchée au n° 21 de la salle Saint-Bernard, est atteinte d'héméralopie; mais cette altération de la fonction visuelle existe à l'œil droit seulement. La vision cesse le soir et se rétablit le matin; l'écartement des paupières n'est normal qu'au milieu de la journée : alors elles le sont également aux deux yeux; mais vers le soir il diminue à l'œil amaurotique, et ne se rétablit que graduellement le matin.

Nous avons donc affaire à une héméralopie existant d'un seul côté; circonstance rare, surtout à Paris. C'est principalement dans les lieux bas et humides, et au milieu des armées, qu'on voit sévir cette affection, et alors il n'est pas rare de l'observer sur plusieurs individus à la fois.

Voici l'histoire de notre malade.

Elle est âgée de vingt-huit ans, et n'a été réglée pour la première fois qu'à vingt-deux. Une remarque à ce sujet. Lorsque les jeunes femmes atteignent cet âge sans voir paraître leurs règles, il est probable que le flux catamémial ne fera jamais irruption. Il est des médecins, du moins, qui raisonnent de la sorte, et non sans raison, il faut en convenir.

Les faits ne manquent pas cependant pour démontrer que ce raisonnement ne peut s'appliquer à la généralité des cas; et, pour mon compte, je puis citer l'exemple récent d'une jeune femme à laquelle j'ai donné des soins, et qui n'a été réglée qu'à vingt-huit ans. De ces faits, dont la connaissance est d'une grande utilité, il faut conclure que l'on peut se dispenser de trop affaiblir les jeunes femmes par les sangsues ou par toute autre médication capable d'établir les règles; car l'évolution de tous les organes, et de l'utérus en particulier, n'étant pas achevée chez toutes à la même époque, il est permis d'espérer que, lorsqu'elle sera complète, les règles s'établiront d'elles-mêmes.

La menstruation ne s'est donc établie chez notre malade qu'à une époque tardive. Voyons maintenant si nous trouverons dans l'histoire de cette femme d'autres phénomènes capables d'expliquer l'héméralopie. Elle nous a assuré n'avoir jamais éprouvé d'accidens nerveux, jamais de spasmes, jamais d'accès hystériques. Elle a eu la variole, quoique dans son enfance elle eût été vaccinée et que le vaccin eût bien pris. A vingt-six ans et demi, elle éprouva des douleurs dans les membres du côté droit, qui, au bout de quelque temps, se terminèrent par la résolution complète du mouvement et par la perte totale de la sensibilité. Notons que cet état des membres s'était établi sans phénomènes apoplectiques ni de congestion céphalique. Cette maladie extraordinaire, qu'il serait sans doute difficile d'expliquer, se prolongea pendant cinq mois; lorsqu'au bout de ce temps la malade entra à la clinique, elle avait en grande partie récupéré la force et la sensibilité, et il ne lui restait qu'une sorte de tremblement de ces mêmes membres qui se manifestait à la suite d'un exercice porté un peu trop loin.

Entrée en décembre pour une variole qui s'est terminée promptement, elle fut prise, à la fin de cette affection de douleurs pulsatives à la tête, avec caractère névralgique, accompagnées de surdité du même côté, et se faisant principalement sentir depuis cinq heures du soir jusqu'au lendemain. Cette sorte de périodicité dans les douleurs nous engagea à tenter l'emploi du sulfate de quinine, qui resta sans effet.

La surdité ayant provoqué l'inspection de l'oreille externe droite, on trouva une certaine quantité de cérumen accumulé dans le conduit auditif, qui fut extrait, après quoi l'audition se trouva rétablie. Toutefois, les douleurs persistèrent.

L'appareil dentaire fut aussi examiné avec soin, et une dent cariée qui existait à l'une des arcades, à droite, fut arrachée sans qu'il s'en suivît aucun amendement du côté des douleurs.

C'est alors que survinrent des tiraillemens dans l'œil droit, et, à partir de ce moment, l'héméralopie se dessina avec tous ses caractères, auxquels s'ajoutait l'état des paupières déjà indiqué.

Après avoir persisté pendant quelque temps, cette espèce de cécité éprouva un changement favorable. Peu à peu la malade parvint à récupérer en partie la faculté de voir les objets pendant la nuit, c'est-à-dire à la lumière artificielle, mais avec une altération de leurs véritables couleurs. Ces objets lui paraissaient tantôt totalement colorés en vert, en rouge, en gris, etc. Avec l'affaiblissement de la vue il y avait donc altération des couleurs ou pour mieux dire fausse perception des couleurs (pseudochromie).

Considérant que cette variété de l'amaurose ainsi que la douleur avaient résisté aux antispasmodiques, que la douleur en particulier avait persisté après l'avulsion de la dent cariée et l'extraction du cérumen, nous eûmes la pensée d'essayer les vomitifs et les purgatifs qui, au total, n'ont procuré qu'une amélioration peu prononcée, remarque que nous appliquerons également à un vésicatoire qui fut mis à la nuque.

Aujourd'hui l'héméralopie persiste, avec cette différence toutefois que, après le coucher du soleil, c'est-à-dire de cinq à six heures du soir, la malade continue à percevoir les objets jusqu'à dix heures environ, mais toujours faiblement et avec fausse perception des couleurs.

De quelle manière cet état de la vision se lie-t-il aux phénomènes antérieurs, tels que la menstruation tardivement établie, l'hémiplégie, etc.? Y aurait-il quelque chose de simulé dans la maladie de cette femme? C'est là une demande que le médecin doit toujours s'adresser lorsqu'il s'agit de faits qui sortent de la voie ordinaire. Toutefois, il est difficile de concevoir comment la malade pourrait maintenir pendant un temps si long les paupières d'un seul œil entr'ouvertes. D'ailleurs, rien dans l'apparence de la malade n'est de nature à faire recommander la suspicion; elle nous paraît être assez franche, de bonne foi et mériter d'échapper à cette méfiance que Morgagni veut que l'on ait à l'égard des femmes qui accusent des phénomènes extraordinaires et insolites.

Après l'emploi inutile des moyens indiqués, nous avons cru devoir recourir au séton; agent thérapeutique capable de révulser, tant par la douleur qu'il occasionne que par la suppuration qu'il entraîne. La malade a bien voulu se soumettre à son emploi; ce qui, selon nous, est encore un témoignage de sa bonne foi, et doit éloigner l'idée que l'affection pourrait être simulée.

Hémorrhagie utérine. Soupçons d'avortement. Préceptes et conseils à cet égard.

Avant-hier, est entrée, au n° 32 de la salle Saint-Bernard, une jeune fille atteinte d'une hémorrhagie utérine qui remonte à quinze jours.

Cette femme, qui est âgée de dix-neuf ans, nous a assuré avoir expulsé du sang par caillots assez volumineux. Un tel état de choses, chez les jeunes femmes, se rattache d'ordinaire à un avortement; nous sommes loin de vouloir insinuer par là que celui-ci ait pu être ou a été provoqué. Pour ce qui concerne notre malade, nous devons même dire que l'hémorrhagie utérine a succédé à une chute sur le siége.

Toutefois, cette pensée doit toujours être présente à l'esprit du médecin; savoir: que toutes les fois, qu'après la suppression des règles, il survient chez une jeune fille une hémorrhagie utérine, il y a fortement lieu de présumer qu'il s'agit d'un avortement. Nous croyons pouvoir presque nous dispenser de vous rappeler avec combien de circonspection le médecin doit user de la connaissance de ce fait; il constitue presque un secret pour lui, qu'il doit garder avec la plus grande fidélité.

Parmi les caillots expulsés, il y en a eu qui ont présenté un volume notable, au dire de la malade, laquelle assure n'avoir point remarqué autre chose. Cela se conçoit, l'œuf étant expulsé, dans les cas d'avortement au commencement de la grossesse, sous forme d'une masse sanguine, au milieu de laquelle les gens exercés seulement peuvent trouver les traces de l'embryon.

L'expulsion de ces caillots sanguins s'est faite avec des douleurs non continues, offrant le caractère des douleurs

---

FEUILLETON.

STRABISME.

Des effets de la division de plusieurs muscles orbitaires chez les animaux; par M. DAFFIN, chirurgien à Londres (1).

Dans le but de décider quel serait le meilleur parti à prendre dans certains cas de strabisme réfractaires à l'opération ordinaire de M. Dieffenbach, j'ai entrepris une série d'expériences sur les animaux. Les résultats que j'ai obtenus, bien qu'ils ne soient pas aussi satisfaisans qu'on pourrait le désirer, offrent cependant assez d'importance pratique pour les recommander à la méditation de mes confrères.

Avant d'exposer les faits, je dois déclarer que, dans ces expériences, j'ai souvent profité de l'assistance et des lumières de mes honorables confrères MM. Marshall Hall et fils, de MM. Samwell et Farguhar et de plusieurs savans étrangers à la médecine, qui, ignorant ce que je cherchais, observaient et jugeaient les phénomènes sans prévention. Je dois déclarer, en outre, qu'en agissant sur les animaux, on éprouve beaucoup de difficulté pour diviser avec netteté et précision ce qu'on désire, et que les résultats en sont toujours plus ou moins équivoques, vu que la faculté motrice de l'œil, chez eux, diffère considérablement de celle du même organe chez l'homme.

Chez les animaux, il existe d'ailleurs des muscles et des appendices oculaires qu'on ne rencontre pas dans notre espèce, et qui changent singulièrement les mouvemens de l'organe. Le muscle *suspensorius*, qui ne se trouve pas chez l'homme, donne aux animaux une grande puissance à rétracter l'œil, et ils le rétractent en effet d'une manière remarquable. L'office principal de ce muscle est de tenir l'œil en place ou de le fixer et d'empêcher par là les fâcheuses conséquences qui pourraient résulter de la position inclinée long-temps continuée de la tête, pendant que l'animal mange, ce qui, chez les ruminans, prend une grande partie de la journée et de la nuit. Aussi trouvons-nous dans cette classe d'animaux le muscle suspenseur non-seulement puissant, mais aussi très large et de la figure d'un entonnoir, de manière à embrasser d'une manière complète et non interrompue la moitié postérieure du bulbe oculaire. Chez les carnivores, qui n'ont pas besoin d'employer une grande partie de leur temps pour se nourrir, et dont la tête, par conséquent, n'est pas constamment inclinée, le muscle en question n'est ni aussi puissant, ni aussi étendu. Il est, au contraire, chez eux, divisé en plusieurs parties distinctes, formant quatre faisceaux charnus, ayant une origine commune, et insérés dans la sclérotique par des tendons séparés, vers le diamètre transverse du globe oculaire, et passant entre les attaches des quatre muscles droits principaux.

Les muscles obliques diffèrent aussi chez les ruminans et les carnivores sous plusieurs rapports. Chez les derniers, comme chez l'homme, l'oblique supérieur devient tendineux avant d'atteindre la poulie fixée à l'angle orbitaire du frontal, et se continue sous forme tendineuse dans sa réflexion, jusqu'à son insertion sur la sclérotique. Chez les ruminans, au contraire, la portion réfléchie de ce muscle est charnue, très épaisse et puissante, et devient ensuite tendineuse en s'attachant à la sclérotique; il est, par conséquent, digastrique chez eux. Le point d'attache de ce muscle sur le globe n'est pas précisément le même que chez l'homme: chez celui-ci, il s'attache un peu plus près de la cornée.

L'oblique inférieur est pareillement beaucoup plus fort chez les animaux, plus charnu et plus *ex abrupto* que chez l'homme : chez ce dernier, il offre un long et fort tendon.

Lorsqu'on essaie de blesser l'œil chez un animal, le muscle suspenseur, ou plutôt rétracteur, tire de suite l'organe en arrière dans l'orbite, et, cela faisant, l'animal déploie en même temps un autre organe de protection, la membrane nictitans, qui s'étale comme un rideau sur la partie antérieure du bulbe. En opérant surtout sur les muscles droit interne et obliques, cette membrane devient une source de difficultés embarrassantes pour l'opérateur, car elle se présente non seulement constamment contre l'instrument, mais encore elle empêche, après l'opération, de s'assurer avec précision de quel côté la pupille est retournée, l'œil exécutant des mouvemens rapides et involontaires, comme quand on irrite la cornée avec une plume ou autre chose.

Dans tous les mouvemens de l'œil, d'ailleurs, qui ne s'exécutent pas sous l'empire de la volonté de l'animal, il est difficile de bien saisir le point en question, puisque le muscle suspenseur exerce son influence. Une portion, en effet, de ce muscle qui répond à la plaie, peut agir à l'exclusion du reste, surtout chez les carnivores où le muscle est divisé en quatre parties distinctes. De sorte que si l'adducteur tire la pupille vers l'angle interne, et si la portion interne du suspenseur ou rétracteur opère en même temps, l'effet est beaucoup plus prononcé, la portion interne de l'œil étant tirée en arrière vers l'origine de ce muscle auxiliaire. La même chose a lieu pour les trois autres muscles droits, qui agissent involontairement. Si des expériences pouvaient être faites sur des singes, elles donneraient probablement des résultats plus satisfaisans, car ces animaux offrent une disposition musculaire dans l'orbite pareille à celle de l'homme; mais même alors, nous rencontrerions une autre difficulté comme chez les autres animaux, le manque d'intelligence. Quand un muscle est divisé chez un animal, nous ne pouvons pas en conséquence en apprécier rigoureusement les résultats, ne pouvant pas lui ordonner de diriger l'œil dans tel ou tel sens; ce n'est que par surprise ou par stratagème que que nous pouvons les observer regarder dans telle ou telle direction et en faisant mouvoir l'œil sain. Si l'œil opéré, qui dans l'état sain le suivait, ne le suit pas, nous disons qu'il a perdu la faculté motrice dans ce sens. Malgré tous ces obstacles, cependant il se présente dans ces expériences des faits assez clairs et curieux pour mériter l'attention de l'observateur.

La première série d'expériences que je vais exposer a pour but de faire voir quels sont les effets de la division des muscles droits, et laisser deviner quelles doivent être les conséquences d'une pareille division chez l'homme, alors que les muscles sont sains et l'œil non affecté de strabisme.

Première expérience. *Division du droit interne.* — Le tendon de l'adducteur de l'œil gauche a été soigneusement séparé de son attache à la sclérotique sur un chien espagnol de taille moyenne. La pupille s'est retournée instantanément et constamment vers l'angle externe de l'orbite, d'une manière si prononcée que le lendemain un tiers de la cornée y était cachée. L'animal paraissait dans l'impossibilité de désengager la pupille de cette position, et cette impuissance a persisté dans la suite.

Deuxième expérience. *Division du droit externe du même œil.* — Cette expérience a été faite huit jours après. Le muscle droit externe a été coupé sur le même œil; cela n'a pas changé cependant la position de l'organe; la pupille a persisté dans l'extroversion, et est restée cachée en partie dans l'angle orbitaire externe.

Ce résultat nous autorise à penser, ou que le muscle ne s'était pas réuni avec la sclérotique, ou que le globe de l'œil ayant été si long-temps tourné en dehors la réunion s'était opérée trop en

(1) Traduit par M. Rognetta.

expulsives de l'utérus ; au dire de la malade, ces douleurs portaient principalement sur les reins, caractère qui appartient encore d'une manière plus spéciale à celles qui se rattachent à l'avortement qu'à l'hémorrhagie utérine.

Aujourd'hui, le col utérin se présente à l'état normal : le sang coule encore ; le pouls est large et conserve une certaine fréquence ; le ventre est sensible ; et ces caractères réunis indiquent qu'il faut encore recourir aux émissions sanguines. Conséquemment nous avons prescrit une saignée au bras.

Nous avons dû nous assurer autant que possible s'il y avait réellement eu grossesse, et pour arriver à une presque conviction sur ce cas particulier, nous avions besoin que la malade nous avouât qu'elle s'était exposée à devenir enceinte. Cet aveu, nous l'avons obtenu. Nous devons de nouveau vous rappeler que les malades ne doivent rien savoir de ce qui se dit dans cette enceinte. Obligé en quelque sorte de vous confier certains secrets dont les malades nous rendent dépositaires, votre devoir à vous est de les garder et de ne point leur laisser entrevoir que vous en êtes instruits.

L'aveu que la malade nous a fait complète en quelque sorte nos soupçons à l'égard d'un avortement, mais non nos convictions, puisque nous n'avons point obtenu le produit de la conception. Le doute d'ailleurs sur ce point est d'autant plus permis, que d'autres fois déjà la malade a eu des interruptions temporaires des règles, et que celle qui a précédé l'hémorrhagie actuelle n'a pas été suivie des signes rationnels de la grossesse.

Les considérations générales qui précèdent s'appliquent également aux femmes récemment mariées. On pense assez généralement que la métrorrhagie est alors le résultat d'une excitation utérine occasionnée par les premières approches. Cela n'est pas exact dans la majorité des cas, excepté ceux bien entendu où il y a eu déchirure de la membrane hymen ; mais alors l'époque où l'hémorrhagie a lieu, et le point d'où le sang s'écoule, suffisent pour éclairer le médecin. A part ces cas, il faut encore soupçonner l'avortement. Il est d'autant plus important de connaître cette circonstance, qu'elle explique pourquoi certaines femmes restent pendant quelques années, et d'autres fois toujours, inaptes à la conception ; défaut d'aptitude qui reconnaît souvent comme cause permanente une inflammation totale ou partielle d'un ou de plusieurs des organes qui constituent l'appareil de la reproduction.

Variole secondaire chez un sujet vacciné et ayant déjà eu la petite-vérole. Etat adynamique. Pronostic grave. Emploi des toniques. Administration de l'esprit de Mindererus. Remarques à cet égard.

Au n° 12 de la salle Saint-Bernard, est une fille affectée d'une variole secondaire, chez laquelle est survenue depuis deux jours une aggravation des symptômes, qui est de nature à nous faire appréhender l'issue la plus funeste. Les pustules ont pris à la face une couleur rouge-brun ; sur le reste du corps, l'épiderme, qui était soulevé partout de manière à constituer presqu'une seule vésication, s'est enlevé sur plusieurs points, sous l'influence, probablement, des mouvemens de la malade, lesquels ont entraîné la rupture des filamens celluleux qui l'unissent à chacun des sommets des pustules. La dénudation du derme, résultant de cet enlèvement de l'épiderme, s'accompagne des douleurs les plus vives.

La langue est brunâtre aujourd'hui plus qu'elle ne l'a jamais été, et la déglutition, de même, est plus difficile ; l'ayant fait boire en notre présence, après quatre ou cinq mouvemens de déglutition qui ont été bien accomplis, le liquide a cessé de pouvoir descendre dans les premières voies digestives, et a reflué par les narines.

L'affaiblissement déjà notable du pouls, s'est accru depuis hier d'une manière remarquable ; nous n'avons pu le trouver à la radiale, tant par suite de son peu d'énergie, qu'à cause du grand épaississement qu'a subi le derme. Aussi est-ce à l'artère crurale que nous avons dû recourir pour constater le degré de force et de fréquence de l'arbre artériel. Ici nous avons pu nous assurer que les pulsations, que nous avons comptées au nombre de 103 à 104 par minute, sont d'une faiblesse extrême.

Les douleurs occasionnées par la dénudation du derme ont jeté la malade dans une telle exaspération, qu'elle a pu manifester un instant, la nuit dernière, l'intention bien déterminée de se précipiter par la fenêtre, circonstance qui a pu faire croire un instant aux infirmiers de la salle qu'elle était en proie au délire. Il n'en est rien pourtant ; l'intelligence n'a pas subi la moindre altération.

Ajoutons enfin, que les paupières sont tuméfiées et endurcies et les narines presque complètement obstruées, ce qui explique, en partie, l'état fuligineux et de sécheresse de la langue, la malade étant forcée de prendre haleine par la bouche.

Telles sont les circonstances principales de la maladie de cette femme. Si nous résumons actuellement les derniers changemens arrivés dans son état, nous voyons qu'ils consistent principalement dans la coloration d'un rouge brunâtre qu'ont acquis les pustules, dans l'enlèvement de l'épiderme et dans les douleurs qui l'ont suivi, dans l'augmentation de la disphagie, et enfin dans l'affaiblissement extrême du pouls et des forces en général.

Quelles sont les ressources thérapeutiques qui nous restent à tenter, ayant toujours égard aux indications actuelles ? Il est évident qu'il faut aviser aux moyens capables de relever les forces. Dans ce but, nous avons prescrit du bouillon coupé avec un tiers de vin. Hier, nous avons fait prendre à la malade de l'esprit de Mindérérus (acétate d'ammoniaque) qui était indiqué jadis comme propre à combattre la sécheresse de la bouche et entretenir son humidité. Nous devons avouer cependant, que c'est principalement pour nous conformer à un principe consacré, que nous l'avons administré, l'expérience ne nous ayant pas démontré d'une manière très évidente que l'esprit de Mindérérus soit réellement doué de la propriété qu'on lui attribuait autrefois. D'ailleurs, on peut arriver au même résultat au moyen de tout autre liquide.

Nous n'avons pas à revenir sur le pronostic grave que nous avons porté dans ce cas ; il n'est que trop probable qu'une issue funeste terminera cette affection dans deux ou trois fois vingt-quatre heures.

Nous ne devons pas terminer ce que nous avons à vous dire relativement à cette malade, sans vous faire remarquer combien il est à regretter qu'elle n'ait pas été revaccinée après sa première variole. K.....

HOPITAUX ANGLAIS.

Hoquet spasmodique, coïncidant avec une affection rhumatismale; par M. W.-F. Barlow.

Edouard Rose, âgé de soixante-un ans, souffrait d'un rhumatisme à l'épaule, qui est devenu plus douloureux par l'effet d'une pluie que le malade venait d'essuyer. A peine l'épaule douloureuse était remuée, que le malade était pris de hoquet. En comprimant légèrement l'épaule avec les doigts, le hoquet redoublait de force et de fréquence, et le malade en était fort incommodé. Si on élevait le bras, le même phénomène avait lieu. Le malade a déclaré qu'en s'habillant et se déshabillant il éprouvait le hoquet d'une manière intense, ce qui l'incommodait beaucoup. En se levant et en s'asseyant, le phénomène était reproduit à volonté, et le malade sentait une correspondance non équivoque entre la douleur de l'épaule et celle du diaphragme.

M. Barlow a jeté par surprise quelques gouttes d'eau froide sur le visage du malade : il s'en est suivi une profonde inspiration et le hoquet ; dans cet acte les muscles de l'épaule ont éprouvé une contraction.

L'auteur dit qu'il ne sait pas si le hoquet se manifesterait également lorsque les muscles de l'épaule seraient laissés en repos ; cela cependant lui paraît probable, puisqu'en fixant l'attention du malade sur quelque objet, le hoquet s'arrêtait, mais il reparaissait aussitôt après. L'année précédente, le malade avait été fortement incommodé par un hoquet coïncidant avec un rhumatisme au pied.

Cette espèce de sympathie entre les deux affections a déterminé M. Barlow à ne traiter que la principale, le rhumatisme, et il a eu la satisfaction de voir qu'à mesure que celle-ci se dissipait, le hoquet s'affaiblissait ; enfin le malade s'est complètement rétabli sans aucun autre traitement. (*The Lancet*, nov. 1840.)

— On connaît plusieurs exemples de hoquet spasmodique, mais nous ne sachons pas qu'on eût encore signalé la variété qu'on vient de lire. Il est probable que dans ce cas le tissu aponévrotique du diaphragme se trouvait dans les mêmes conditions que l'appareil fibreux de l'épaule, ce qui viendrait à l'appui des belles observations de M. Bouillaud sur la coïncidence des affections viscérales avec le rhumatisme externe.

Otorrhée cérébrale ; par M. Streeter.

M. Streeter a présenté à la Société médicale de Westminster, l'os temporal d'un enfant mort des suites d'une carie dans cette région. Le mal s'était déclaré depuis deux ans par une coqueluche, ensuite par un écoulement puriforme par l'oreille ; cet écoulement a duré pendant une année, et a été ensuite suivi de convulsions et de coma. A l'autopsie, on a trouvé la face antérieure du rocher cariée ; dix à douze onces d'eau dans les ventricules, les circonvolutions cérébrales aplaties, un épanchement de matière séro-fibrineuse dans la pie-mère et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la base du cerveau. L'auteur cite d'autres cas pareils observés dans sa pratique. (*Ibid.*)

— Nous avons déjà appelé l'attention sur cette maladie, si bénigne en apparence, si terrible au fond, et dont le caractère culminant est l'écoulement par l'oreille. Elle s'observe plus souvent chez les enfans scrofuleux, et paraît se rattacher quelquefois à la présence de tubercules dans le parenchyme osseux. Des phlogoses accidentelles de la base du crâne marchent sourdement dans quelques cas, et parviennent à la même terminaison. Souvent, néanmoins, la phlogose à la gorge ou ailleurs n'est que l'effet de l'affection de la substance osseuse.

arrière de l'insertion primitive pour permettre au muscle de ramener la pupille en avant.

Troisième expérience. *Division du droit externe seul.* — L'abducteur seul de l'œil gauche a été coupé sur un autre chien, de grosseur pareille au précédent. La dissection en a été très soignée. La pupille s'est tournée instantanément et d'une manière permanente en dedans, vers l'angle nasal de l'orbite, mais pas d'une manière aussi prononcée que dans l'extroversion du cas précédent. L'animal, au reste, ne paraît pouvoir, par sa volonté, déplacer l'œil de cette position anormale. Nous nous en sommes assuré en faisant tourner la tête de l'animal dans des directions différentes, et en appelant son attention de différentes manières. Dans toutes ces épreuves l'œil sain seul obéissait à l'acte de la volonté.

Ces trois expériences, que nous avons répétées un grand nombre de fois, ainsi que nous le dirons, nous autorisent à tirer les conclusions suivantes :

1° Que quand sur un œil sain on divise l'adducteur ou l'abducteur, le muscle antagoniste se contracte au plus haut degré, et produit une difformité dans l'œil semblable à celle qui constitue le strabisme interne ou externe, avec cette différence que les mouvemens de l'œil dans la direction du muscle coupé sont complètement détruits. Lorsqu'on divise cependant l'adducteur chez l'homme pour la guérison du strabisme, on ne voit pas ordinairement que l'œil se tourne en dehors au-delà de l'axe visuel de l'orbite. D'où l'on peut conclure que dans ces circonstances l'œil est empêché de se tourner en dehors par des causes accidentelles, indépendantes de l'adducteur contracté, puisqu'après sa section il n'offre plus de résistance. M. Guthrie présume que cela tient à une paralysie partielle du droit externe. Ces faits prouvent, en outre, la nécessité de s'assurer non-seulement d'une manière satisfaisante que l'œil est affecté de strabisme confirmé avant l'opération, mais encore de se prémunir contre les fâcheuses conséquences qui pourraient résulter immédiatement de la division de l'adducteur dans le second œil, s'il n'est aucunement infirme, ainsi que cela a été proposé et pratiqué par M. Elliot, de Carlisle, pour les cas où l'œil strabique n'éprouve pas instantanément et complètement de l'amélioration.

2° Que les muscles obliques prennent très peu de part dans les mouvemens latéraux de l'œil.

Quand le muscle droit interne était divisé, les obliques n'aidaient pas l'animal à tourner la pupille en dedans ; et ils ne l'aidaient pas davantage à tourner l'œil en dehors lorsque le droit externe était divisé, ou du moins, si cela avait lieu, c'était à un degré très faible. Nous avons vu, en effet, dans la troisième expérience, que la pupille n'était pas proportionnellement aussi tournée en dedans après la division du droit externe, qu'elle l'était en dehors après la division du droit interne. Cette différence dans le degré du déplacement de la pupille peut être attribuée à l'action combinée des deux obliques, si toutefois leur action combinée est propre à aider le muscle droit externe, ainsi qu'Albinus le présumait, et que sir Charles Bell, M. Marshal Hall et d'autres le pensent de nos jours. En conséquence, le pouvoir qu'ont plusieurs sujets de tourner les pupilles légèrement en dedans après la division du muscle adducteur pourraient peut-être dépendre plutôt des fibres internes des droits supérieur et inférieur, que de l'action combinée des obliques. De là, une nouvelle preuve en faveur de la doctrine que j'ai déjà soutenue ; savoir : que la division de ces deux derniers muscles ne sera jamais utile dans le traitement du strabisme convergent.

Une question pratique d'une grande importance se présente ; savoir : lorsque la pupille est excessivement extroversée après la division du droit interne, comme je pense que le temps ne changera pas cette position, doit-on attendre, avant de couper le tendon de l'abducteur, que la réunion du droit interne avec la sclérotique ait eu lieu dans cette position vicieuse, ou bien exécuter de suite la seconde opération ? Quand un pareil état existe, c'est-à-dire l'extroversion très prononcée de la pupille, je crains que le cas n'appartienne à un strabisme qui avait été primitivement interne, produit par le spasme du muscle droit ; et que le muscle externe étant sain, a pu ensuite exercer son plein pouvoir contractile. Dans ce cas, si l'on attendait, il est possible que l'abducteur acquierre des adhérences en arrière avec la sclérotique, et ne permette plus de ramener la pupille vers l'axe de l'orbite ; alors le tendon de l'abducteur devrait être divisé de suite. Si, d'un autre côté, l'on n'attend pas pour opérer, l'on fait bien ; mais il est probable que l'œil ne reviendra pas à sa position normale, car les deux muscles se trouvent alors dans l'impuissance à la fois, et l'œil reste dans la direction où il se trouvait, ainsi que nous l'avons vu. Cet état permanent d'extroversion cependant ne se rencontre pas chez l'homme, dans les circonstances en question. Quel que soit le degré de contraction du muscle droit externe après la section du droit interne dans un cas de strabisme, le patient possède toujours la faculté de porter l'œil dans le centre de l'orbite si cet organe agit en même temps que l'œil sain, bien qu'à la vérité les deux axes oculaires ne soient pas parfaitement parallèles et que la vision soit double. Si cependant un cas se présentait dans lequel la pupille restât permanemment tournée en dehors après la division du tendon de l'abducteur, et que le patient n'eût pas le pouvoir de remuer l'œil de cette position, je pense qu'on ne gagnerait rien d'attendre que la division de l'angle interne fût cicatrisée, et qu'il vaudrait mieux couper de suite le muscle externe. Il est possible que dans ce cas, l'œil étant délivré, les muscles droit supérieur et inférieur pussent rectifier la position de la pupille. Un cas analogue à celui dont il s'agit a été observé dernièrement chez l'homme ; c'était le muscle droit supérieur qui était affecté.

On pourrait croire *à priori* que dans la division des muscles droits supérieur et inférieur les choses se passent comme dans la division des muscles latéraux. Il n'en est rien cependant.

Quatrième expérience. *Division du droit inférieur.* — Dans cet exemple le tendon du droit inférieur a été coupé avec un grand soin. L'animal a perdu immédiatement et complètement le pouvoir de diriger la pupille en bas lorsque celle de l'autre œil était déprimée ; mais l'organe n'a pas été entraîné en haut comme on s'attendait par le droit supérieur. Trois jours après cependant nous avons trouvé l'œil déplacé dans ce sens, le tiers supérieur de la cornée paraissant caché sous la paupière supérieure où elle est restée par la suite.

Cinquième expérience. *Division du droit supérieur.* — Le droit supérieur de l'œil gauche d'un chien de taille moyenne a été divisé à son insertion à la sclérotique. La position de la pupille n'a pas paru altérée, bien qu'il ait été manifeste que l'animal ne pouvait pas diriger l'œil en haut.

Sixième expérience. *Division du droit inférieur, du droit supérieur et du droit interne.* — Cette expérience a été faite dans un but particulier, ainsi qu'on va le voir. Le droit inférieur a été coupé le premier, puis le droit interne, enfin le droit supérieur. La pupille a conservé d'abord sa position centrale naturelle, mais deux jours après, elle s'est tournée en dehors très légèrement et en haut. Mon but dans cette expérience était de m'assurer si, lorsque le muscle droit interne était coupé pour remédier au strabisme, et la pupille tirée en haut sous la paupière supérieure, en conséquence de la division du droit inférieur, on ne retirerait pas de l'avantage en coupant le droit supérieur. Il résulte de mes expériences que l'opération pourrait être utile après que le tendon du droit externe a contracté des adhérences avec le globe de l'œil.

Septième expérience. *Division de tous les muscles droits.* —

Nouvel instrument pour guérir les fistules vésico-vaginales; par M. Reid.

M. Reid vient de présenter à la même Société un instrument extrêmement simple, à l'aide duquel il a guéri une fistule vésico-vaginale existant depuis cinq ans. Cet instrument consiste en une bouteille en caoutchouc ayant d'un long goulot fermé et assez souple pour pouvoir être distendu ou affaissé à l'aide d'un robinet à air auquel on adapte une seringue. Lorsqu'il est distendu, l'instrument a la forme d'un pessaire. On l'introduit vide d'air, on adapte le goulot dans l'ouverture fistuleuse et on le distend ensuite peu à peu à l'aide de la seringue, de manière à convertir le goulot en un bouchon parfait et très serré. Aucune goutte d'urine ne s'échappe plus par l'ouverture au dire de l'auteur. Le liquide détourné de la voie accidentelle, celle-ci commence à se rétrécir naturellement; le goulot est rendu, après quelque temps, de moins en moins volumineux, et enfin l'infirmité disparaît complètement. Tout cela est d'une précision mathématique, d'après M. Reid; reste cependant l'expérience. Un seul fait n'a qu'une valeur particulière dans cette question; il en faut d'autres de bienconstatés; car ce problème a déjà été plusieurs fois résolu depuis vingt-cinq ans, et pourtant il est encore toujours à résoudre; Le docteur Barnes croyait, il n'y a pas long-temps, être parvenu à la même solution à l'aide des tampons en éponge dont on devait boucher l'ouverture fistuleuse: une guérison avait aussi été obtenue par l'auteur; et Monteggia lui-même augurait les plus heureux résultats au moyen de bouchons d'éponge préparée, de tentes de charpie mollette, etc. Tout cela cependant n'a pas eu les suites qu'on en attendait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 18 janvier.

La séance d'aujourd'hui a été remplie par une lecture de M. Dubois (d'Amiens) et la discussion qui a suivi.

Du degré de certitude de la théorie de l'irritation, tel est le titre du mémoire de M. Dubois (d'Amiens). Ce travail est le complément des autres mémoires que l'auteur a lus précédemment sur l'action des vaisseaux capillaires dans l'inflammation.

« Assurément et depuis fort long-temps on avait senti l'insuffisance de la doctrine de l'irritation; mais pour constater rigoureusement quel était son degré de certitude, si même elle avait un degré de certitude quelconque, il fallait remonter à ses principes; il fallait les vérifier, les contrôler par des expériences positives; il fallait examiner sur quelles bases cette doctrine avait été édifiée, et en déterminer la solidité, la valeur, toujours à l'aide d'expériences, de faits bien observés. C'est là le but que nous nous sommes proposé, on jugera si nous avons réussi.

» Personne n'ignore que Broussais donnant à sa doctrine la qualification de *physiologique*, avait eu en vue d'indiquer que ses principes avaient été rattachés à ceux qu'on professait de son temps en physiologie, c'est-à-dire aux principes de l'école de Bichat. »

M. Dubois rappelle ces principes, qui sont ceux de la doctrine de l'irritation, et qui se trouvent consignés dans l'anatomie générale. Il fait voir qu'ils sont complètement hypothétiques et erronés. Bichat admettait des capillaires à sang blanc, communiquant avec ceux à sang rouge, ce qui est faux. Telle est aussi, en conséquence, aux yeux de M. Dubois, la théorie de l'irritation. L'auteur discute la question de savoir s'il peut y avoir en médecine une théorie générale; il la résout affirmativement, mais cette théorie est encore à trouver; elle ne peut être que le résultat de théories partielles que quelque grand génie mettra à profit dans l'avenir. Jusque là les hommes laborieux doivent viser à trouver de ces théories partielles établies sur des faits bien observés.

Passant à l'examen des détails de la théorie de Broussais, telle que l'auteur l'a formulée dans son Traité de l'Irritation et de la Folie, M. Dubois en fait voir le peu de consistance.

Vient le résumé des recherches de M. Dubois sur l'hypérémie et l'inflammation: « Dans la doctrine de l'irritation, tous les agens capables d'impressionner l'économie vivante, d'exercer une modification quelconque, sont réputés des *irritans*; il n'y a d'autre distinction à établir que la différence du plus ou du moins. D'après les faits bien observés, nous disons qu'il faut distinguer et qu'on peut établir les classes suivantes:

« *Première classe.* Corps susceptibles d'exercer sur les tissus vivans une action simplement mécanique, soit en divisant, en perforant, en déchirant ou en meurtrissant ces mêmes tissus, et capables conséquemment d'altérer à différens degrés la structure de la substance animale, structure qui consiste essentiellement en une répartition toute spéciale des liquides et des solides; les premiers distribués en courans capillaires, les seconds en îles de matière fixe limitée par les mêmes courans.

» *Deuxième classe.* Corps susceptibles d'entrer en combinaison soit avec les liquides, soit avec les solides (Liebig, Introd. CLXXVI), ou susceptibles de changer le mode de groupement des élémens organiques (L. c. IX): dans cette classe, rentrent la plupart des poisons dits irritans.

» *Troisième classe.* Corps susceptibles d'exercer une action sur l'économie vivante, à raison du principe vénéneux qu'ils contiennent (L. c. CLXXVI): dans cette classe rentrent les poisons proprement dits.

« *Quatrième classe.* Corps ayant pour origine certaines décompositions particulières. Suivant Liebig, pour se faire une idée nette de leur mode d'action, il serait nécessaire de se rappeler les phénomènes de fermentation, de putréfaction, etc. Dans cette classe rentrent les virus et les miasmes.

» On voit combien cette manière de considérer les faits diffère de cette assertion générale et absolue des partisans de l'irritation, que tous les agens, sans exception aucune, doivent être regardés comme irritans. »

Cette lecture, écoutée avec un vif intérêt, a donné lieu à la discussion suivante.

M. Moreau se déclare partisan des doctrines de Bichat; il admet avec ce dernier un ordre de capillaires qui ne charrient dans l'état normal que la partie incolore du sang; exemples: la conjonctive qui de blanche devient rouge lorsque par maladie la partie rouge les traverse, la coloration instantanée du visage par le sentiment de la pudeur, le *nævus maternus* qui disparaît avec le temps, etc.

M. Dubois. répond par l'observation directe: examinez au microscope ces membranes qui vous paraissent blanches à l'œil nu, comme la conjonctive, vous y trouverez des capillaires extrêmement fins qui laissent passer des globules un à un, et dont le volume n'est pas assez considérable pour réfléchir le rayon rouge de la lumière; le sang qui les traverse pourtant est le même, tout aussi rouge que celui des gros vaisseaux. Il n'est donc pas vrai que ces vaisseaux ne laissent passer qu'un liquide blanc. Quand, par maladie, ils se congestionnent, ces vaisseaux sont de suite dilatés; les globules les traversent deux à deux, trois à trois de front, et ils réfléchissent la lumière rouge. La même observation s'applique aux autres objections de M. Moreau.

M. Bouillaud examine d'abord s'il peut y avoir en médecine une théorie générale; il répond négativement par la raison que les maladies se rattachent à des actions extrêmement diverses. Il existe dans l'économie des phénomènes physiques, chimiques, mécaniques et dynamiques ou vitaux: chacun de ces ordres se rattache à des lois diverses; en conséquence, il ne peut y avoir une théorie générale. C'est ce que Broussais avait parfaitement compris; aussi n'a-t-il songé à faire que des théories partielles: celle de l'irritation se rapporte aux inflammations et aux fièvres, et ne constitue pas une théorie générale, comme M. Dubois l'a dit par inadvertance. La doctrine qui donne un cachet à la médecine de Broussais est la doctrine physiologique.

Selon M. Bouillaud, il ne peut donc y avoir en médecine que des théories partielles, et ces théories ne sont vraies qu'autant qu'elles sont basées sur des faits bien observés; elles sont indispensables au progrès; sans elles, pas de science; et le meilleur théoricien est celui qui est doué d'un esprit positif d'observation, qui sait, en un mot, bien observer les faits en particulier. Tant que les faits ne seront qu'incomplets, la théorie sera chancelante, et pourtant sans théorie les faits isolés n'auront que peu de valeur. De grandes dissidences existent parmi les *princes de la chimie organique*, pourquoi? c'est que les faits de leurs théories ne sont encore qu'incomplètement observés.

M. Bouvier ne pense pas que les observations de M. Dubois portent précisément sur des tissus enflammés, puisqu'il n'est pas possible, selon lui, de produire en un instant de l'inflammation par le contact de quelques substances irritantes. On n'a pu produire par là que de simples hypérémies. Il ne pense pas d'ailleurs que les animaux à sang froid sur lesquels M. Dubois a opéré soient susceptibles d'éprouver de l'inflammation.

M. Dubois demande d'abord à M. Bouvier quel est selon lui le *criterium* de l'inflammation.

M. Bouvier ne répond pas.

M. Dubois: Je vais répondre maintenant. L'orateur prouve que les batraciens éprouvent instantanément des rougeurs accompagnées de gonflement, etc., aux cuisses par le simple contact de l'huile essentielle de moutarde, et que chez les animaux à sang chaud, comme la souris, la phlogose des parties sur lesquelles il a fait ces recherches était si positive, qu'elle se terminait par ramollissement et même par gangrène.

M. Dupuy rappelle ses expériences concernant les effets de la matière cérébrale injectée dans les veines.

M. Rochoux parle dans le sens de M. Bouillaud, et soutient les mêmes idées contre la physiologie de Bichat.

M. Castel trouve de la ressemblance entre la théorie de l'inflammation de M. Dubois et celle de Boerrhaave.

— Vers la fin de la séance, M. Gimelle présente une rotule fracturée transversalement, et qui s'était réunie immédiatement par un véritable cal osseux.

Séance levée à cinq heures.

Strabisme; instrument nouveau pour la section sous-conjonctivale; par M. P. Doubovitszi.

Le strabisme est quelquefois fixe; le malade alors ne peut nullement mouvoir l'œil dévié dans le sens opposé; plus souvent il est mobile, et l'œil peut être porté dans la direction opposée à la déviation, lorsqu'on ferme l'autre œil. Je ne parlerai que de ce dernier genre de strabisme, qui est le plus fréquent, et qui seul peut, dans la plupart des cas, être parfaitement guéri par la section des muscles malades. Tous les procédés opératoires proposés jusqu'à présent se résument à deux méthodes générales; à la méthode ordinaire, qui consiste dans la section du muscle malade, après avoir fait une ouverture plus ou moins large dans la conjonctive, ouverture qui permet de voir le muscle avant de le couper; et à la méthode sous-conjonctivale de M. Guérin, qui fait la section du muscle sans le voir, à l'aide d'un instrument particulier, introduit par une piqûre sous la conjonctive. La méthode sous-conjonctivale est préférable à la première sous beaucoup de rapports, principalement sous celui de la conservation de la liberté entière de tous les mouvemens de l'œil; mais jusqu'ici M. Guérin est le seul qui ait mis en usage son procédé; j'ai vu cet opérateur distingué l'exécuter maintes fois avec une habileté extraordinaire et obtenir les guérisons les plus brillantes. Jusqu'à présent ce procédé n'a point été généralement adopté, je pense que c'est à cause de sa trop grande difficulté. J'ai cherché à rendre cette méthode *plus facile* et *moins dangereuse* que toutes les autres, et *aussi sûre* sous le rapport de la section complète du muscle. Voici mon procédé:

Le malade étant couché, un aide écarte les paupières avec les doigts, ou avec les refouleurs employés par M. Guérin; un autre aide attire l'œil dans le sens opposé de la maladie avec une double airigne implantée dans la conjonctive, à deux ou trois lignes du bord de la cornée. L'opérateur fait une piqûre avec un petit bistouri pointu à double tranchant, à trois ou quatre lignes de la cornée, au niveau du bord supérieur du muscle; si l'on coupe le muscle droit interne ou externe; il introduit par cette piqûre mon instrument, qui, par sa forme, a un peu de ressemblance avec un tire-bouchon auquel on n'a laissé qu'un demi-tour de spirale; c'est un crochet avec une pointe mousse, coudé sur sa tige à angle ouvert; le coude est aussi mousse; le crochet n'est tranchant que sur sa concavité. On introduit cet instrument dans la piqûre par un petit mouvement de rotation; on appuie légèrement la pointe mousse sur la sclérotique au-dessus du muscle qu'on veut diviser, on imprime un mouvement de rotation sur son axe à l'instrument dont le crochet passe alors entre le globe et le muscle, accroche le muscle et le divise avec la plus grande facilité. On explore avec la pointe de l'instrument, et si l'on trouve encore quelques fibres qui n'auraient pas été divisées du premier coup, on en fait la section de la même manière. Après s'être bien assuré que le muscle est complètement divisé, on termine l'opération en retirant l'instrument comme on l'a introduit. On peut se servir du même instrument pour la section de tous les muscles droits de l'œil, et l'on peut avoir deux instrumens coudés dans le sens opposé.

Cet instrument a l'immense avantage de ne pouvoir jamais léser le globe de l'œil et de faciliter extrêmement la recherche et la section du muscle. Pour l'opération par la méthode ordinaire, je propose d'employer le crochet de M. Dieffenbach, rendu tranchant sur la concavité mousse de sa pointe: il sert à la fois à isoler, à saisir et à couper le muscle.

Programme des Prix de la Société de médecine de Bordeaux.

(Séance publique annuelle du 10 décembre 1840.)

La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr., sur la question suivante:

« La varoloïde est-elle une maladie nouvelle?

» La varioloïde est-elle une maladie distincte ou une simple modification de la variole?

» Eclairer par des faits ces questions. »

La Société a reçu quatre mémoires.

La Société jugé qu'aucun de ces mémoires n'a résolu complètement la question; mais elle reconnaît une supériorité incontestable aux numéros 2 et 4. En conséquence, elle accorde:

1° Une médaille d'or de la valeur de 100 fr. et le titre de membre correspondant à M. Ch. Steinbrenner, docteur-médecin à Wasselonne (Bas-Rhin), auteur du mémoire n° 2;

Dans cette expérience, tous les muscles droits externes ont été coupés. La pupille est restée fixe dans l'axe de l'orbite. Lorsque l'œil était irrité, il se rétractait, et la membrane nictitans s'étalait devant lui au même instant; de manière qu'il a été absolument impossible de décider quelle influence les muscles obliques exerçaient, ou s'ils produisaient un mouvement quelconque. Il a été évident néanmoins qu'ils ne tiraient pas l'œil vers l'angle interne, ni vers l'angle externe. D'où je suis porté à penser, ainsi que je l'ai dit, que lorsque les deux muscles se contractent ensemble, ils tendent à fixer l'œil dans l'axe de l'orbite, et contribuent à modifier le foyer de l'œil en comprimant la sclérotique. Ils sont dans ce cas antagonistes du droit externe.

Huitième expérience. *Division de l'oblique supérieur et du droit interne.* — De grandes difficultés ont été éprouvées pour exécuter cette opération d'une manière satisfaisante, par suite de la rétraction du globe et de la présence de la membrane nictitans. Un petit bistouri pointu a été introduit à angle droit contre le tendon, vers le milieu de l'espace compris entre la poulie fixée à l'os frontal et l'insertion du muscle dans la sclérotique. Aucun doute n'a pu rester sur la division complète du muscle, le bistouri ayant été poussé jusqu'à l'os. Aucun changement ne s'en est suivi dans la position de la pupille, et l'on n'a remarqué aucune altération dans les mouvemens naturels de l'œil.

Nous avons alors divisé l'insertion du muscle droit interne du même œil, et à l'instant l'organe a fait grande procidence (protraded considerably), et la pupille dilatée extraordinairement a été entraînée diagonalement en dehors et en haut, comme par la coopération des fibres externes du droit supérieur et des fibres supérieures du droit externe ou abducteur. L'œil est resté dans cette position, et lorsque les muscles étaient sympathiquement excités à se contracter involontairement par de légers attouchemens sur la cornée, l'organe était toujours rétracté par l'action du muscle *retrahens*. Dans ces occasions, la portion supérieure et externe de la sphère oculaire paraissait être la partie la plus rétractée; la portion inférieure et interne proéminait en même temps obliquement en avant et projetait d'une manière remarquable.

Neuvième expérience. *Division du droit interne et de l'oblique supérieur.* Dans la neuvième expérience, les mêmes opérations ont été répétées sur un autre chien. La section du muscle droit interne a été la première, ensuite celle de l'oblique supérieur. Le résultat a été le même que dans le cas précédent. L'œil s'est dirigé en dehors et en haut; sa surface antérieure et inférieure est devenue très saillante, et la pupille remarquablement dilatée. Lorsque le muscle droit interne seul était divisé comme dans la première expérience, la pupille était tournée simplement en dehors; mais aussitôt qu'on coupait l'oblique supérieur, sa direction devenait externe et ascendante à la fois. La direction diagonale de la pupille dans les deux dernières expériences, bien qu'apparemment produite par la coopération des muscles droit supérieur et droit externe, me porte à penser qu'elle dépendait en grande partie de l'action de l'oblique inférieur restée sans antagonisme, puisque cette direction diagonale n'avait pas lieu avant la division de l'oblique supérieur. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait de la grande procidence de la portion inférieure du globe, procidence tellement marquée que la face inférieure de l'organe était devenue antérieure et sortait de l'orbite pour peu qu'on baissât la paupière inférieure, ne peut être attribuée à d'autre cause qu'à la contraction de l'oblique inférieur non contrebalancée par l'oblique supérieur.

Dixième et onzième expériences. *Division de l'oblique inférieur et du droit interne.* — Ces deux expériences ont été exécutées comme les deux dernières. La section du premier muscle, celle de l'oblique inférieur, a été exécutée par le même procédé que nous avons indiqué pour l'oblique supérieur, le bistouri ayant tout scié jusqu'à l'os. Les résultats ont été les mêmes que dans le cas précédent. L'œil a fait procidence aussitôt que le droit interne a été coupé, mais pas avant; la procidence n'a pas été aussi marquée. La pupille était dirigée en dehors et pas en haut, et restait fixe dans cette situation.

La plupart de ces expériences ont été répétées plusieurs fois et ont donné constamment les mêmes résultats. Cependant le degré de leur manifestation a été variable selon l'espèce d'animal. Une fois, étant assisté par M. Samwell, en divisant l'oblique supérieur, la pupille a été si fortement tirée vers l'angle externe par l'action des muscles droit supérieur et droit externe, que sans l'antagonisme du droit inférieur, elle aurait complètement disparu. (*London medical Gazette*, nov. 1840.)

— M. le docteur AUZOUX commencera ses démonstrations d'anatomie physiologique le 24 janvier et dimanches suivans jusqu'au 28 mars. Les séances commenceront à une heure, rue des Saints-Pères, 13.

Tous les jeudis, de une à deux heures, conférences anatomiques.

2° Une mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur B. Houlès, médecin à Sorèze (Tarn).

La Société n'ayant reçu aucun mémoire sur la question suivante, qu'elle avait proposée pour cette année, la propose de nouveau. Ce prix sera décerné en 1841 ; il est de 200 fr., et a pour sujet la question suivante :

« Rechercher par l'analyse chimique, les principes actifs de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, et confirmer par des faits cliniques leurs vertus thérapeutiques.

La Société croit devoir rappeler ici les deux questions suivantes qu'elle propose encore ; la première, pour sujet d'un prix (1) de la valeur de 300 fr., à décerner en 1841 :

« Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier celles des fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées ? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles ? »

La deuxième, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle. »

La Société propose la question suivante, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera dans sa séance publique de 1842 :

« Faire l'examen comparatif de l'action thérapeutique des différentes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques. »

« Juger comparativement la valeur thérapeutique des préparations d'iode, d'or, d'argent et de platine. »

Chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point intéressant de l'art de guérir.

Pour être juste envers des collaborateurs actifs, et voulant leur donner une marque de sa reconnaissance, la Société décerne :
Une première mention honorable à M. le docteur Dubourg ;
Une deuxième mention honorable à M. le docteur Gué ;
Une troisième mention honorable à M. le docteur Lannelongue.

Les mémoires écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondaudège, n° 41, avant le 15 juin de l'année où chaque prix doit être décerné.

(1) Ce prix est celui qui a été fondé par M. Loze père.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Le traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil ne date encore que d'une année, et déjà cette opération a pris une telle extension, que nous croyons faire quelque chose d'utile en mettant sous les yeux des praticiens une liste des principaux instrumens qui ont été employés jusqu'à ce jour. Pour cela, nous avons eu recours à M. Charrière qui, comme toujours, du reste, s'est empressé de mettre à notre disposition tous les modèles qu'il a confectionnés, et qui ont reçu leur application sur le vivant. Chacun sait que c'est des ateliers de cet habile et ingénieux fabricant que sortent presque toutes les inventions et modifications instrumentales.

Pour éviter des répétitions inutiles, nous avons cru devoir faire abstraction, dans cette liste, des méthodes et procédés opératoires.

N° 1. Releveur des paupières de MM. Caffe et Comperat, ou autres.
2. Abaisseur à deux crochets mousses de M. Dieffenbach.
3. Abaisseur de M. Phillips.
4. Refouleur de la paupière inférieure, de M. Jules Guérin.
5. Abaisseur (modèle de M. Charrière).
6. Double releveur des paupières, de M. Rigal (de Gaillac).
7. Dilatateur des deux paupières de M. Sichel.
8. Id. id. de M. Florent Cunier.
9. Erigne à un, deux, trois et quatre crochets.
10. Id. de M. J. Guérin.
11. Id. de M. Phillips.
12. Id. de M. Carron du Villards.
13. Id. de M. Sédillot.
14. Deux érignes réunies en pince pour former le pli de la conjonctive, de M. Leroy-d'Etiolles.
15. Divers modèles de pinces à griffes.
16. Pince à érigne de M. Lucien Boyer.
17. Pince-crochet pour saisir le muscle et en faciliter la résection, de M. Leroy-d'Etiolles.
18. Crochet-pince de M. Lucien Boyer.
19. Pince à larges mors de M. J. Guérin.
20. Une paire de ciseaux droits (1).
21. Id, courbes sur le plat.
22. Id. courbes sur le côté.
23. Spatule de M. Dieffenbach.
24. Id. modifiée par M. Roux.
25. Crochet mousse de Dieffenbach.
26. Le même modifié par M. Phillips.
27. Souleveur du muscle, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien).
28. Crochet mousse à coulisse de M. Rigal (de Gaillac).
29. Crochet mousse dilatateur à bascule, de M. Lucien Boyer.
30. Crochet mousse à coulisse agissant par la partie dorsale, du même.
31. Crochet mousse avec des hameçons, de M. Leroy-d'Etiolles.
32. Crochet mousse, coudé et tranchant (dernier modèle de M. Doubovitszi).
33. Plusieurs modèles de petits scalpels.
34. Dissecteur de la conjonctive, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien).
35. Petit bistouri à double tranchant, pointu, pour ponction, du même auteur.
36. Bistouri courbe boutonné de M. Dieffenbach.
37. Myotome *sous-conjonctival*, de M. J. Guérin.
38. Myotome conducteur de M. Doubovitszi.
39. Id. à bascule, du même auteur.
40. Id. de M. Baudens.
41. Le même avec une pince à l'extrémité du manche, du même auteur.
42. Bistouri en serpe avec porte-éponge, du même auteur.
43. Myotome de M. Sédillot.
44. Myotome de M. Velpeau.
45. Myotome de M. Gairal.
46. Aiguille fine de M. Phillips.

Cette liste, comme on le voit, comprend plusieurs modèles d'instrumens du même genre. Les chirurgiens pourront ainsi faire un choix pour composer une boîte spéciale d'après le procédé opératoire qu'ils auront adopté.

Nous tenons de M. Charrière que ces boîtes spéciales, renfermant un appareil complet pour chaque procédé, avec des instrumens parfaitement conditionnés, ne coûtent que 25 à 30 francs. C'est là un renseignement que nous croyons devoir communiquer à nos abonnés de province.

(1) Nous avons vu plusieurs fois les opérateurs se trouver gênés dans la manœuvre par les anneaux des ciseaux ordinaires. M. Charrière a obvié à cet inconvénient en faisant confectionner des ciseaux à ressort de plusieurs modèles.

BAZAR CHIRURGICAL.

M. Melecot, le fondateur du Bazar chirurgical, a succombé au moment où il redoublait d'efforts pour mettre le complément à l'idée heureuse qu'il avait conçue. L'excellente organisation de l'entreprise de M. Melecot et l'impulsion qu'il lui avait donnée ont permis jusqu'à présent à madame veuve Melecot de continuer à en présenter au public les nombreux avantages.

D'un autre côté, des changemens importans ont été opérés dans les magasins du Bazar, dont les vides ont été entièrement comblés. Chaque jour l'établissement s'enrichit d'objets nouveaux, utiles au soulagement des malades, et qui n'y avaient pas trouvé place.

Cependant, quelques dérangemens inséparables du malheur qui l'a frappée, avaient pu faire craindre qu'elle ne fût obligée d'abandonner l'œuvre de son mari ; mais madame Melecot n'a pas tardé à trouver dans son activité, comme dans la sympathie publique, des ressources et des encouragemens, qu'elle est heureuse aujourd'hui de faire tourner au profit d'une entreprise, à la prospérité de laquelle elle a elle-même beaucoup contribué.

Le Bazar chirurgical va recevoir une nouvelle activité. Une mesure urgente, indispensable à son existence vient d'être prise. Un docteur en médecine, homme d'expérience et versé dans les sciences mécaniques, a bien voulu se charger de la direction de l'entreprise. Sous ce rapport, l'établissement offrira au public la garantie qu'avait affaiblie la perte de son chef.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 10, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Ozène syphilitique. — Rhumatisme apyrétique; *acupuncture.* — Double névralgie temporale; section des deux artères. — Affection syphilitique du larynx. — Traitement de la phthisie pulmonaire. — Des préparations ferrugineuses comme anti-emménagogues. — Phthisie aiguë. — Tubercules, phlébite.

Ozène syphilitique.

Au n° 42 de la salle Sainte-Anne est une femme atteinte d'ozène syphilitique. Vous avez vu tous dans quel état cette malheureuse est arrivée : douleurs vives du nez et de l'oreille, ulcération de la membrane pituitaire et très probablement de la trompe d'Eustache, nécrose des os du nez, ulcération du voile du palais à la partie postérieure, ulcération que nous ne voyons pas, à la vérité, mais que nous soupçonnons à une rougeur assez considérable qui existe sur cette partie de l'arrière-gorge, fétidité de l'haleine.

Comme cette femme avait suivi plusieurs traitemens antisyphilitiques sans succès, nous pensâmes à la mettre à l'usage de l'iodure de potassium : nous prescrivons 1 gr. de cette substance dans un julep ; mais comme celle-ci est supportée difficilement par l'estomac, nous lui associons l'opium à la dose de 15 milligr. Voilà dix jours que cette femme a commencé son traitement, et les douleurs de l'oreille et du nez sont presque complètement disparues; celui-ci est moins gonflé et moins rouge; la nécrose des os n'est pas guérie, comme bien vous pensez, mais il y a dans l'ensemble des symptômes une amélioration telle que nous sommes portés à croire que les accidens qui s'étaient montrés rebelles au mercure céderont, et même assez facilement à l'iodure de potassium.

C'est à Wallace, de Dublin, que l'on doit l'introduction de ce médicament dans la thérapeutique des affections syphilitiques. Jusqu'alors le mercure avait rendu de grands services; mais aussi combien de fois son emploi avait-il échoué dans les cas d'accidens tertiaires. Cependant l'on traitait ces sortes d'accidens par l'éponge brûlée, et l'on comptait de nombreux succès, quoiqu'on ne sût pas à quoi ils étaient dus, puisque l'iode n'était pas connu alors. Un médecin allemand, Girtanner, avait principalement conseillé ce moyen, et l'employait dans les accidens secondaires de la vérole, notamment dans les ulcères de la bouche et de la gorge. Il publia à ce sujet un mémoire qui depuis est tombé dans l'oubli. Mais Wallace fut le premier qui employa dans la syphilis l'iodure de potassium. Coindet, de Genève, qui avait donné à de si fortes doses la teinture d'iode, ne voulait point pour l'iodure de potassium, qu'il regardait à tort comme la plus active des préparations d'iode, la donner à plus de 5 centigr. par jour. Mais Wallace, comprenant qu'il fallait augmenter considérablement les doses, formula :

Iodure de potassium,	8 gr.
Eau distillée,	370

fameuse mixture qui porte son nom, et qu'il faisait prendre par cuillerées à bouche, une, deux et trois par jour, c'est-à-dire 50 à 80 centigr. d'iodure de potassium. Wallace vit à l'aide de ce moyen guérir avec une grande facilité des accidens syphilitiques très graves. Il recueillit 80 faits de ce genre et les publia. Sa confiance dans l'iodure de potassium alla si loin, qu'il n'hésita pas à le placer avant le mercure lui-même dans le traitement de la syphilis.

Aussitôt que les travaux de Wallace nous furent connus, nous reprîmes ses expériences en sous-œuvre. M. Ricord vint après nous, et nous dépassa dans l'emploi de ce médicament; sa position à l'hôpital des Vénériens le mettant plus à même que nous de le donner souvent : il en porta même la dose beaucoup trop loin, ce nous semble; tandis qu'avec un ou deux grammes, on voit se dissiper assez rapidement l'affection vénérienne. Lorsqu'on emploie un nouveau médicament, si la dose est insuffisante, on doit augmenter jusqu'à ce qu'on soit arrivé au but qu'on se propose, mais il ne faut jamais aller au-delà; c'est un nouveau système qui pourrait avoir des conséquences fâcheu[illegible] malade.

[illegible]us avez vu, chez une jeune fille sortie guérie [illegible]tion à peu près semblable à celle de la femme [illegible]lonner un à deux grammes d'iodure de potas[illegible]éterminer des accidens : nous avons dû alors, [illegible]ment ne pas augmenter la dose, mais encore [illegible]médicament qui n'amenait aucun résultat. Chez [illegible] fille, la maladie céda au mercure.

[illegible] il arrive que l'iodure de potassium réussit où [illegible] a échoué; mais de cela il ne faut pas conclure [illegible]ace que le premier de ces médicamens mérite la [illegible] sur l'autre, car vous verrez souvent le mercure guérir une syphilis que n'aura nullement modifiée l'iodure de potassium. La jeune fille dont nous venons de vous parler en est une preuve.

En résumé, ces deux médicamens, le mercure et l'iodure de potassium, peuvent être regardés comme succédanés l'un de l'autre; seulement le premier convient mieux dans les accidens secondaires, ainsi pour le bubon; dans les accidens tertiaires, au contraire, ces deux médicamens sont également utiles.

Rhumatisme apyrétique. Acupuncture.

Au n° 7 de la salle Sainte-Anne, est une femme entrée ici avec un rhumatisme apyrétique, ayant pour siége le bras et la jambe. On fit plusieurs applications de sangsues, qui ne furent suivies d'aucune espèce d'amélioration. Des vésicatoires ordinaires, saupoudrés d'hydrochlorate de morphine, calmèrent bien les douleurs; mais celles-ci reparurent quelque temps après dans le bras. C'est alors que nous avons eu recours à l'acupuncture. Vous nous avez vu enfoncer une aiguille à huit ou dix centimètres de profondeur, labourant de haut en bas toutes les parties situées en avant de l'apophyse acromion, sans presque faire souffrir la malade. Aussitôt l'aiguille enfoncée dans le bras, la douleur névralgique disparut; mais le point d'immersion de l'aiguille devint le siége de douleurs plus intenses qu'auparavant. La malade accusait aussi éprouver la sensation d'un poids considérable sur le membre; au bout d'une demi-heure, l'aiguille fut retirée.

Le lendemain, nous plongeâmes de nouveau l'aiguille à peu près à la même place, et aussitôt la douleur disparut. Mais, chose curieuse à noter, quelques minutes après que l'aiguille fut enfoncée dans les chairs, cette femme fut prise d'oppression, il lui semblait que sa poitrine était fortement comprimée; mais ce qui nous parut plus extraordinaire, ce fut de voir la peau autour de l'aiguille se recouvrir de sueur. Au bout d'une demi-heure nous retirons l'aiguille, et la malade ne ressent plus aucune espèce de mal. Ainsi, deux applications d'aiguilles de platine ont suffi pour faire disparaître une douleur qui résistait à des moyens pourtant très énergiques.

Chez la malade du n° 29, cette femme à la névralgie temporo-faciale, nous avons plusieurs fois aussi employé l'acupuncture et la douleur d'oreille que cette malade éprouvait, bien qu'elle disparût pendant le séjour de l'aiguille, revenait cependant quelque temps après l'ablation de l'aiguille, moins forte toutefois qu'auparavant. Comme depuis quelques jours la douleur restait stationnaire, nous avons donné les pilules de Méglin au nombre d'abord de deux, puis de trois et cinq par jour.

Aujourd'hui il n'existe plus de douleurs ni à la face, ni dans l'oreille. La malade dit souffrir un peu de l'estomac, ressentir comme des spasmes. Nous pensons que cette douleur doit être rapportée aux pilules de Méglin et non à un déplacement de la névralgie. Ainsi, voilà une femme chez laquelle nous avons employé successivement : le mercure, l'iodure de potasium (il y avait eu quelques symptômes de vérole), le sulfate de quinine, l'application topique de morphine, les frictions avec l'extrait de datura, le blanc de céruse et l'acupuncture sans aucun résultat, à part toutefois les trois dernières, qui ont amené un amendement notable, et que les pilules de Méglin vont peut-être guérir. Ceci vous prouve qu'il est bon d'avoir plusieurs moyens à sa disposition, parce que souvent il vous arrivera de voir échouer un médicament qui vous aura toujours bien réussi jusqu'ici et dans lequel vous avez la plus grande confiance. Rappelez-vous bien que si vous n'avez qu'un seul moyen à opposer à la même maladie, vous ne réussirez que dans des cas exceptionnels.

— La névralgie, qui d'abord avait paru céder, ayant redoublé d'intensité, et les pilules de Méglin, quoique prises au nombre de treize par jour, ne modifiant plus les douleurs en aucune manière, M. le professeur Trousseau jugea prudent de cesser cette médication. Il résolut d'employer les purgatifs drastiques d'après la méthode de M. Bonnet, de Lyon. Ce médecin dit que ce moyen lui a très bien réussi dans le cas de névralgie rebelle à tout autre traitement. La malade du n° 29 prend un purgatif tous les deux jours depuis déjà quelque temps; et les douleurs ont en effet disparu; mais elle éprouve depuis lors un peu de gêne dans la respiration; il y a eu déplacement de la névralgie sur la huitième paire, et il est survenu un léger catarrhe capillaire.

Eh bien, Messieurs, dit à ce sujet M. le professeur Trousseau, il y a là dedans quelques enseignemens :

1° Nous voyons que l'irritation produite sur le tube digestif par les purgatifs est un moyen perturbateur très utile dans les névralgies;

2° Les névralgies sont quelquefois utilement traitées par les purgatifs.

3° La névralgie, qui était excessivement douloureuse lorsqu'elle occupait les nerfs de la face, a cessé de l'être en envahissant la huitième paire, parce que ces nerfs ne sont point des nerfs de la sensibilité. Mais alors il y a eu augmentation de la sécrétion bronchique, comme cela se rencontre dans l'asthme nerveux, ainsi qu'on peut le voir à la quantité considérable de mucosités que rend le malade après l'accès.

Dans la névralgie sus-orbitaire, les larmes coulent abondamment; c'est la salive, dans la névralgie sous-orbitaire. Les névralgies augmentent les sécrétions; or, la même chose se passe dans les poumons si la névralgie occupe les nerfs de la huitième paire.

Dans ce cas il faut peu faire attention à la lésion organique, qui se dissipera toujours quand la cause qui l'aura produite aura elle-même disparu. Ainsi, dans l'asthme nerveux, quelques gorgées de fumée de datura stramonium font disparaître les accidens, et la sécrétion bronchique redevient normale. Il n'est pas jusqu'à certaines pneumonies qui ne soient, jusqu'à un certain point, dans ce cas.

Double névralgie temporale. Section des deux artères.

Il y a quelques jours, nous disions aux personnes qui suivent quotidiennement notre visite, que nous nous proposions de couper les deux artères temporales chez une jeune demoiselle cataleptique, qui, depuis quatre ans, est sujette à des douleurs de tête telles, qu'elle ne peut vaquer à aucune espèce de travail.

Nous avons pratiqué cette section voilà deux jours, et aussitôt après l'opération terminée, les douleurs ont disparu; mais, chose très remarquable, la malade ressentit en même temps dans le maxillaire supérieur du côté droit, une très vive douleur, qui, toutefois, ne dura que deux heures.

La section des deux artères a été faite à un jour d'intervalle, et sans avoir donné lieu au moindre accident. C'est à peine si la malade a perdu trente grammes de sang. Après la section de l'artère temporale gauche, la douleur s'est portée en arrière de l'oreille, mais elle était moins forte. Nous n'hésiterons pas à aller couper l'artère occipitale, si besoin est, pour remédier à ces nouveaux accidens.

Ainsi que nous vous l'avons souvent dit, nous attribuons cette cessation instantanée de la douleur, à la diminution dans l'acte congestif.

M. le docteur Mathieu nous adressa, à Saint-Antoine, un homme hémiplégique qui succomba à un abcès enkysté du cerveau. Il existait, chez cet homme, une névralgie de la tête pour laquelle nous fîmes la section de l'artère temporale, et, quoiqu'il ne s'écoulât pas de sang, la douleur cessa immédiatement.

Nous le répétons, la section de l'artère temporale est une opération simple, qui ne présente point de difficultés et n'occasionne aucune douleur, et à laquelle il n'est de névralgies, si douloureuses qu'elles soient, qui ne cèdent rapidement. Nous sommes décidé à en faire le plus grand usage. Toutefois, il faut bien observer que cette section de la temporale ne modifie les douleurs qu'au dessus du point où la section a été faite, mais nullement au-dessous.

Affection syphilitique du larynx.

Nous avons, au n° 13 de la salle Sainte-Anne, une femme âgée de quarante-sept ans, atteinte de phthisie laryngée de nature syphilitique. Vous pourrez rencontrer souvent dans les hôpitaux des phthisies laryngées tuberculeuses, contre lesquelles l'art, jusqu'ici, est resté impuissant; mais il vous arrivera rarement de voir une affection du larynx du genre de celle qui va nous occuper, et qui présente autant d'intérêt, parce que de pareilles maladies sont envoyées dans un service spécial.

Suivant toutes les probabilités, nous avons ici, comme au n° 10, une maladie de nature syphilitique. Voici, du reste, l'histoire de cette femme.

Il y a environ vingt-cinq ans qu'apparut la tumeur que nous voyons à la partie antérieure du cou, et que nous croyons être un goître. D'abord très petite, cette tumeur s'accrut peu à peu, et aujourd'hui elle présente à peu près le volume d'un gros œuf de poule. Elle embrasse étroitement le larynx auquel elle paraît adhérer par des prolongemens fibreux qu'elle envoie entre les cartilages hyoïde et tyroïde, entre celui-ci et le cricoïde. Si l'on cherche à la faire mouvoir, on s'aperçoit qu'elle entraîne avec elle le larynx. Cette tumeur est située en arrière des muscles sterno-hyoïdiens qui font saillie au-dessus et au-dessous d'elle, et se présentent sous forme de deux petits rubans.

La volubilité de la parole chez cette femme nous a servi pour établir notre diagnostic : voici comment. Lorsqu'après avoir parlé pendant quelques instans, elle veut reprendre haleine, on entend alors un sifflement considérable assez semblable au bruit [illegible] font les chevaux corneurs, ce qui indique [illegible], je vois un sou larynx. [illegible]e plus d'un lecteur ; je les [illegible]

Ce signe est pour nous de la plus haute importance, et lorsque dans notre pratique nous redoutons un rétrécissement du larynx chez un malade, nous avons soin de faire lire celui-ci, ou bien nous l'engageons à prendre pendant quelques minutes un exercice même assez violent, tel que monter et descendre plusieurs fois les escaliers. Voici comment nous sommes arrivé à ce mode de constatation.

Voulant reconnaître chez un enfant de sept à huit ans, que nous avions opéré de la trachéotomie, le degré de perméabilité du larynx, nous le fîmes lire, et nous remarquâmes qu'il prolongeait le plus possible le mouvement d'expiration, et quand il venait à reprendre haleine, l'inspiration s'accompagnait d'un sifflement considérable auquel nous ne fîmes pas grande attention. Deux jours après il fut pris d'une phlegmasie aiguë du larynx, mais phlegmasie simple, qui n'avait aucun rapport avec le croup, et qui céda très bien à des bains de pieds sinapisés et à quelques autres moyens bien doux. Depuis lors nous avons toujours fait attention à ce signe, à l'aide duquel nous sommes toujours arrivés à reconnaître le rétrécissement du larynx.

Ce sifflement se conçoit du reste très bien ; en effet, la capacité du larynx étant moins considérable, l'air devra le traverser avec une plus grande rapidité ; de là le phénomène que nous mentionnons. Revenons à notre femme.

Depuis six semaines elle est presque complètement aphone ; elle éprouve des douleurs au-dessus du larynx, et vers l'oreille. Lorsqu'elle ouvre la bouche, l'on voit sur le pilier antérieur du voile du palais à gauche une ulcération ronde et caractéristique ; la phonation est douloureuse. Pour ce qui concerne la maladie du larynx, cette femme est dans un état à peu près semblable à celui de la malade du nº 10.

Nous allons soumettre cette femme à l'usage de l'iodure de potassium. Nous aurons donc plusieurs affections de même nature traitées, les unes par les mercuriaux, les autres par l'iodure de potassium, et chez lesquelles vous pourrez comparer les effets obtenus. Vous nous avez vu recommander à cette femme, avant d'avaler sa potion, de s'en servir comme d'un gargarisme. Par ce moyen, nous espérons obtenir un effet semblable à celui des médicamens topiques.

Nous aurons soin de temps en temps d'appeler votre attention sur cette malade, et nous vous dirons ce que nous aurons obtenu par la médication que nous commençons à mettre en usage.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les cigarettes arsenicales.

Vous connaissez, Messieurs, notre principe touchant le traitement des maladies, principe que nous avons plusieurs fois formulé devant vous, et que nous vous rappellerons en deux mots, à savoir : quelque grave que soit une maladie, quelque rebelle qu'elle ait été à toutes les tentatives des médecins, jamais on ne doit l'abandonner à elle-même ; car peut-être, dans la série de moyens qu'on mettra en usage, s'en trouvera-t-il un qui, s'il ne guérit point, pourra au moins amender les douleurs du malade.

Si nous avons été fidèles à ce principe, c'est surtout pour le traitement de l'affection tuberculeuse du poumon. En effet, nous avons donné, puis abandonné tour à tour, l'extrait de cachou à dose très considérable, le ratanhia ; en un mot toutes les substances tonantes ; les cautères et les différens exutoires placés sur la poitrine ; l'opium à dose très élevée, le sulfure de calcium, les eaux d'Enghien, de Bonne, etc., et tout cela sans que la marche de la maladie ait pu être enrayée.

Aujourd'hui ce sont non-seulement d'autres moyens que nous employons contre les tubercules, mais encore une autre médication que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, appeler topique. Voici comment nous sommes arrivés là.

Un médecin des départemens vint nous trouver et nous dire qu'il avait découvert un moyen de guérir la phthisie pulmonaire, et que, si nous voulions lui confier quelques malades, il essaierait, sous nos yeux, sa médication ; mais il ajouta que son intention était d'en faire *une affaire*. Nous proposâmes à ce médecin de mettre à sa disposition quelques malades de nos salles ; toutefois, ce ne fut pas sans lui dire qu'en donnant de la publicité à sa médication, il aurait pu rendre un grand service à l'humanité. Il accepta notre proposition ; mais le lendemain il revint vers nous, nous dire qu'il refusait, dans la crainte qu'on ne surprît son secret. Cependant il nous confessa que ses moyens consistaient principalement en des fumigations irritantes. Ce moyen, employé chez une personne évidemment tuberculeuse, amena un peu d'amendement, et nous détermina à essayer aussi quelques fumigations qui pussent se mettre en contact avec tous les points du poumon.

La curabilité des tubercules du poumon n'est pas douteuse pour nous. Les autopsies de vieillards ont montré souvent des poumons présentant des cavernes cicatrisées ; et, comme entre la scrofule et le tubercule pulmonaire l'analogie est grande, nous songeâmes tout d'abord aux substances à l'aide desquelles on parvient à guérir les ulcères scrofuleux du cou, et plus particulièrement aux caustiques, comme médication devant, par analogie, donner de meilleurs résultats.

En effet, vous savez que si l'on applique une petite quantité de poudre de Vienne sur la peau, celle-ci est désorganisée ; mais au-dessous de l'eschare l'on observe une cicatrice récen[illegible] Que si l'on emploie un moyen un peu [illegible] la pommade arsenicale ou de chlorure d'antimoine, on obtient également la guérison de l'ulcère scrofuleux.

Enfin, que de tous les moyens de guérir le cancer superficiel de la peau, celui qui réussit le mieux c'est sans contredit l'arsenic, qui là agit de deux manières, 1º en cautérisant, 2º en vertu des propriétés altérantes dont il jouit ; nous nous arrêtâmes à cette substance, et nous prîmes la résolution de l'employer dans la nouvelle médication à laquelle nous allions soumettre les phthisiques, espérant bien en obtenir quelques résultats avantageux.

Il faut le dire, nous fûmes poussé à ce choix par la lecture des anciens auteurs. En effet, dans Dioscoride et dans Pline, vous voyez raconté que des cas de phthisie, de catarrhe, de crachement de pus, ont été guéris par l'emploi de ce qu'ils appelaient *pandarakè*, qui n'était autre chose que le sulfure rouge et jaune d'arsenic projeté sur les charbons ardens et dont les malades aspiraient les vapeurs. Plus près de nous, les médecins romains et arabes préconisaient le même moyen. Tout cela nous encouragea à choisir l'arsenic : mais par quel moyen le faire arriver dans le poumon ? c'était là notre embarras. Nous ne voulions point, à l'exemple des anciens, le donner en fumigations, dans la crainte de voir survenir des accidens.

Voici ce que nous avons imaginé : nous faisons dissoudre 1 gramme ou 2 d'arséniate de soude ou de potasse dans 10 grammes d'eau ; nous versons environ 2 grammes de cette solution sur une feuille de papier ; quand celle-ci est bien imbibée du liquide, nous la faisons sécher. L'eau se volatilise et l'arséniate de soude reste sur le papier. Nous faisons alors avec celui-ci de petites cigarettes arsenicales qui brûlent facilement, l'arséniate de soude activant la combustion. Nous avons ainsi de l'huile empyreumatique du papier mêlée à de l'arsenic métallique réduit au contact du charbon que produit en brûlant la cigarette.

Voici de quelle manière les malades fument ces cigarettes : l'une de celles-ci étant bien allumée, elles prennent une gorgée de fumée que, par un mouvement d'inspiration, elles font pénétrer dans les bronches ; elles toussent d'abord beaucoup, puis elles finissent par s'y habituer. Elles répètent deux, trois, quatre et cinq fois cette petite opération, suivant qu'elles supportent plus ou moins bien l'action du médicament.

En même temps que nous faisons fumer les cigarettes arsénicales, nous nous occupons de faire cesser les douleurs de poitrine, et pour cela nous employons des cataplasmes de ciguë, que l'on prépare en faisant avec du diachylon une sorte de cuirasse sur laquelle on étend l'extrait de ciguë.

Ce moyen agit de trois manières différentes : 1º en irritant la peau et opérant ainsi une révulsion ; 2º en empêchant tout espèce de contact du froid ; 3º en modifiant l'affection du poumon et de la plèvre par l'action résolutive de la ciguë. En même temps aussi nous donnons l'acide arsénieux à l'intérieur à l'a dose de 25 demi-milligr. à 1 milligr. ; on peut aller jusqu'à trois et quatre fois cette quantité, en l'associant à parties égales d'opium.

L'arsenic est un puissant modificateur de l'économie, et nous y avons recours parce qu'il est quelquefois bon, dans des cas où rien ne réussit, de faire de la médecine perturbatrice. Maintenant, quels sont les résultats que nous avons obtenus ?

Nous avons d'abord essayé cette médication sur deux femmes en même temps. L'une d'elles est sortie ; l'autre, vous la voyez encore au nº 5 de la salle Sainte-Anne. Chez celle-ci, il y avait tubercules ramollis au sommet du poumon droit ; respiration dure et prolongée au deuxième temps dans le côté gauche, sueurs nocturnes, diarrhée, fièvre. Six semaines ont suffi pour obtenir l'amélioration des symptômes généraux ; les symptômes locaux sont restés les mêmes. Quelque temps après, elle entra de nouveau dans nos salles ; mais son état était pire que la première fois : il y avait du dévoiement, de la fièvre hectique, en un mot les accidens les plus graves. Nous employons la même médication depuis peu de temps seulement, et déjà la diarrhée a cessé ; l'oppresion est moindre ; la fièvre hectique se dissipe peu à peu. La toux reste la même ; l'état général est meilleur. Les symptômes locaux ne sont nullement changés. Nous sommes donc parvenue à empêcher la maladie de faire des progrès, ou au moins nous avons ralenti sa marche en faisant disparaître les symptômes généraux.

Au nº 10 de la salle Sainte-Julie, est une femme dont nous vous avons déjà dit quelques mots. Accouchée il y a neuf mois, elle toussait déjà pendant sa grossesse. Elle allaite son enfant et les accidens thoraciques augmentent avec une effrayante rapidité. Elle arrive ici dans l'état le plus déplorable : plus d'appétit, sueurs nocturnes, fièvre hectique, diarrhée ; caverne énorme au sommet du poumon gauche ; gargouillement dans le même endroit ; en un mot, la position de cette femme est on ne peut plus grave ; elle paraît avoir tout au plus un mois à vivre. Elle est mise au traitement, et tous les symptômes généraux diminuent. A son arrivée ici, il lui était impossible de se coucher, même avec plusieurs oreillers, sans être prise de suffocation. Aujourd'hui, elle se contente d'un seul oreiller et peut très bien se coucher et dormir. Les symptômes locaux restent les mêmes. Cependant l'expectoration a diminué des trois quarts, elle est devenue catarrhale, et bien que les signes stéthoscopiques n'indiquent pas une lésion moindre, il y a lieu de penser que l'inflammation qui environne les tubercules ramollis a diminué.

Nous n'avons pas la prétention de guérir cette femme ; cependant nous persistons dans l'emploi de la même médication, et si nous pouvions avoir des tubercules moins avancés, à l'état de crudité par exemple, nous espérerions pouvoir conjurer les accidens.

Nous avons au nº 39 de la salle Sainte-Anne, une femme âgée de cinquante-huit à soixante ans, qui, depuis deux ans a eu cinq hémoptysies. Ses crachats sont arrondis, nummulaires. Elle est bien évidemment phthisique. A droite, quelques craquemens ; respiration dure ; à gauche, tout-à-fait au sommet, gargouillement considérable. Elle a perdu sa fille de la phthisie pulmonaire, ce qui ne fait que confirmer le diagnostic.

Les tubercules chez les vieillards ne présentent pas une très grande gravité. Il n'est pas rare de rencontrer de vieux tuberculeux qui vivent très bien avec cette maladie. Nous espérons guérir cette femme sans que *à fortiori* nous puissions conclure que nous réussirons dans tous les cas.

Dans la salle Sainte-Thérèse, la femme du nº 6 est âgée de trente ans : accouchée depuis vingt mois, elle a eu depuis dix mois plusieurs hémoptysies. Depuis sept mois, elle a éprouvé tous les symptômes de la phthisie, si ce n'est la diarrhée. Même traitement ; amendement considérable dans les symptômes généraux ; les symptômes locaux, comme dans les cas précédens, restent à peu près stationnaires.

Une autre jeune fille, qui est sortie, a obtenu les mêmes bienfaits de notre médication.

Disons, pour nous résumer, que nous ne prétendons pas guérir les tubercules pulmonaires avec l'arsenic ; seulement nous soutenons, et les faits sont là pour le prouver, que nous modifions par ce moyen les symptômes généraux, et que nous amenons dans l'état général des malades une amélioration notable.

On dira peut-être que les résultats que nous obtenons, nous les devons aux soins hygiéniques dont nous entourons nos malades ; cependant, si l'on compare nos phthisiques à ceux des autres services, l'on verra ceux-ci succomber bien plus rapidement que les autres ; par conséquent notre médication est pour quelque chose dans ce résultat.

Des préparations ferrugineuses comme anti-emménagogues.

La femme du nº 2 de la salle Sainte-Anne nous quitte aujourd'hui. A son entrée dans notre service, elle nous racontait que depuis environ quatre mois, elle éprouvait de fréquentes et d'abandantes métrorrhagies qui l'avaient amenée à un état de débilité profonde : il n'y avait que huit jours d'intervalle entre ses époques menstruelles. Le fer était bien indiqué ; mais il fallait mettre l'estomac en état de le supporter ; car l'estomac est comme la cheville ouvrière de toute médication. Dans ce but, nous prescrivons un purgatif, et quelque temps après nous donnons le fer. Peu à peu l'appétit revient ; mais, du côté de l'utérus, voici ce qui arriva : bien qu'il n'y eût pas long-temps que nous donnions la limaille de fer, les règles, au lieu de dix jours, n'ont duré que trois, et ont été quelque peu retardées. Voilà qui prouve que le fer, loin d'être emménagogue, jouissait des propriétés opposées, puisqu'il diminue la quantité de sang, qu'il fait que les règles coulent moins longtemps, et qu'enfin il retarde l'époque menstruelle.

Phthisie aiguë.

Voilà deux mois environ, une infirmière de l'hôpital des Enfans fut amenée dans la salle Sainte-Anne ; elle était malade depuis vingt jours ; elle avait eu de la fièvre, de la diarrhée, de la toux, des saignemens de nez et du délire. Son état était tel, que nous ne pûmes l'ausculter. Nous songeâmes à une fièvre typhoïde : elle mourut huit jours après. A l'autopsie, nous ne trouvons rien du côté des glandes de Peyer, mais, à notre grande surprise, les deux poumons étaient farcis de tubercules ; leur surface était comme sablée. Nous avions sous les yeux un cas de phthisie aiguë. C'était le deuxième que nous observions ; nous en avions déjà rencontré un premier cas dans notre clientelle.

Au nº 7 de la salle Sainte-Anne est une jeune fille âgée de vingt-trois ans. Son père est bien portant, sa mère est morte de la poitrine. Elle a craché du sang voilà deux ans, et dit que dans sa famille on crache beaucoup. Elle a toujours eu l'haleine courte ; mais, à part cela, elle se portait bien. Il y a trois semaines, elle s'est enrhumée ; elle eut de la fièvre, quoique pas assez vive pour qu'elle gardât le lit. A huit jours de là, elle est obligée de se coucher, elle a quelques saignemens de nez, de l'oppression, de la toux, de l'inappétence ; elle entre dans notre service. Nous examinons la poitrine, et voici ce que nous trouvons : à droite, résonnance à peu près normale, un peu de râle muqueux. A gauche, matité dans l'espace sus et sous-claviculaire ; râle et gargouillement dans le même endroit ; bruit expiratoire plus fort ; incurvation hippocratique de l'ongle des deux indicateurs.

Qu'a cette jeune fille ? On ne peut songer qu'à deux choses, ou à une pneumonie latente en voie de résolution, ou à une phthisie aiguë. L'on comprend difficilement qu'il y ait eu là une pneumonie du sommet sans crachats rouillés, sans point de côté, et sans que la malade prît le lit ; tandis que l'hypothèse d'une phthisie aiguë est bien plus probable : matité au sommet du poumon gauche sans souffle ; râle muqueux et gargouillement. C'est aussi à cela que nous croyons. Si, d'ici à quelques jours, les symptômes font de grands progrès, il n'y aura plus, à cet égard, de doutes pour nous.

Maintenant, la médication que vous nous voyez employer ordinairement chez les phthisiques sera-t-el[illegible]ile dans ce cas ? Nous ne le pensons pas. Quand la marc[illegible] cette maladie est si rapide que tous les jours on c[illegible]

la formation de nouvelles masses tuberculeuses qui viennent détruire le tissu pulmonaire, que voulez-vous obtenir avec notre médication ? L'arsenic et les autres substances que nous mettons en usage, malgré leur énergie, ne sauraient avoir la moindre prise sur une pareille affection.

Si les progrès de la tuberculisation étaient rapides, nous ferions pratiquer une petite saignée ; ce serait cependant avec précaution, car nous savons combien les émissions de sang hâtent la marche des tubercules. Nous nous contenterons pour le moment des antimoniaux comme sédatifs et aussi comme moyen de dérivation.

Tubercules. Phlébite.

Au n° 43 est une autre tuberculeuse dont la maladie est très avancée. Cette femme est dans le marasme, elle a de la diarrhée colliquative, des sueurs nocturnes ; ses membres sont infiltrés ; son état en un mot est désespéré, et la mort doit arriver dans quelques jours. Nous nous sommes contentés de lui donner de l'opium pour calmer un peu ses souffrances. Ce n'est pas sous ce point de vue *que* nous vous parlerons d'elle, mais seulement à cause d'une phlébite qui lui est survenue dans le membre abdominal gauche.

Avant-hier, ce membre n'était nullement enflé : il présentait seulement, comme l'autre membre abdominal et les bras, un peu d'œdématie. Hier, la malade sent un petit bourrelet dans la région inguinale gauche, sans douleur dans le reste de la jambe. Mais aujourd'hui il y a un gonflement considérable, tout à fait semblable à celui que nous avons observé chez cette femme du n° 34, affectée de carcinome utérin. Nous interrogeons la douleur, et comme cher l'autre femme, nous ne la trouvons qu'au mollet; mais là elle est intense. Ainsi donc voilà un œdème aigu de la jambe survenu brusquement ; eh bien, c'est encore là une phlébite. Notre conduite dans ce cas sera celle que nous avons pour habitude de tenir, c'est-à-dire que nous abandonnerons la maladie à elle-même, et que malgré cela elle guérira.

Cette femme mourra prochainement : vous pourrez alors constater sur le cadavre la guérison de la maladie qui nous occupe.

Nous appelons de nouveau votre attention sur ce sujet, afin que vous sachiez bien que la phlébite des membres abdominaux, qu'elle soit puerpérale ou non, ne présente pas ordinairement la moindre gravité. Ainsi peut-on trouver des désordres locaux plus considérables que ceux que nous avons constatés chez la femme du n° 34, dont nous avons fait avant-hier l'autopsie ; et cependant vous avez vu qu'il n'y avait chez cette malade pas même l'ombre de fièvre. Les veines enflammées s'oblitèrent, la circulation veineuse se rétablit par les collatérales. Tout cela, vous le verrez aussi chez les femmes en couche. En un mot, cette maladie n'est nullement sérieuse.

Des Causes des Rétrécissemens organiques de l'urètre (1);

Par le docteur Hubert-Rodrigues,

Professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il y a plusieurs espèces de rétrécissemens de l'urètre ; ceux qui sont produits par une altération de structure d'une partie de ce canal, les rétrécissemens spasmodiques et les rétrécissemens par compression.

Des tumeurs développées dans le voisinage du conduit extérieur des voies urinaires peuvent le faire dévier et produire une rétention d'urine. Ainsi, une exostose s'étant développée en dedans de la branche ascendante droite de l'ischion comprima le canal de l'urètre, le refoula à gauche et en haut. Il s'ensuivit une rétention d'urine dans laquelle le cathétérisme, d'abord très difficile, devint enfin impossible. Le malade mourut, et à l'ouverture du corps il fut permis de reconnaître la disposition que je viens d'indiquer. J'ai soigné un individu atteint de rétention d'urine, qui n'éprouvait de soulagement que dans la position sur le côté gauche ; après sa mort, je trouvai, entre la vessie et le pubis, sur le côté gauche, une tumeur fibreuse pédiculée, du poids de 30 grammes. Brodie, médecin du prince de Lorraine, a observé les mêmes symptômes dus à la présence, sur la face interne du pubis, d'un noyau osseux du poids de 20 onces. J'ai vu une tumeur cancéreuse dans l'épaisseur du périnée donner lieu à une oblitération presque complète de l'urètre. Dans tous ces cas, les tissus propres à l'urètre, et le tissu sous-muqueux en particulier, ne présentent aucune altération pathologique. La difficulté de l'émission de l'urine tient à une cause mécanique ; aussi leur étude doit être séparée de celle des obstacles organiques urétraux.

Quant aux rétrécissemens spasmodiques, ils sont, le plus souvent, idiopathiques, indépendans de toute lésion organique appréciable, et constitués par un état morbide particulier qui semble se rapprocher de la névralgie, et qui pourrait bien être une névralgie de l'urètre et du col de la vessie. Cet état peut se trouver avec diverses affections des organes génito-urinaires, mais seulement à titre de complication. J'ajouterai une dernière remarque faite par Barthez à propos des forces toniques. J'ai eu lieu, dit-il, de soupçonner une contraction spasmodique habituelle, dans la partie du péritoine qui recouvre le fond de la vessie, chez un homme qui souffrait continuellement d'une rétention imparfaite de l'urine contenue dans la vessie, sans qu'il y eût obstacle dans le canal de l'urètre ; rétention qui cédait au sommeil et aux calmans, et que le malade sentait être accompagnée d'une tumeur dans l'hypogastre, que le toucher ne pouvait découvrir. (Nouveaux Elémens de la science de l'homme, t. Ier, p. 155.)

Le rétrécissement organique est le résultat d'une altération pathologique propre aux parois d'une partie du canal de l'urètre, dont la capacité ordinaire a diminué dans une étendue plus ou moins grande, et d'une manière permanente.

Ceci entendu, occupons-nous des causes des rétrécissemens organiques.

Le plus fréquemment c'est une inflammation blennorrhagique qui a présidé à leur formation. En interrogeant les individus affectés de rétrécissement, on apprend qu'ils ont eu une ou plusieurs gonorrhées, et que la dernière s'est prolongée indéfiniment. Delpech regarde la gonorrhée comme cause du rétrécissement quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. Son expérience le portait à croire qu'on pouvait prévenir cette maladie, en arrêtant les gonorrhées dès le début, par l'administration du poivre de cubèbe et du copahu (Clinique chirurg., p. 271).

Hunter doute fort que les rétrécissemens soient le résultat habituel et même rare d'une semblable cause, parce que l'on voit des rétrécissemens se former dans tous les canaux de l'économie sans que l'on remarque aucun symptôme de vérole, et parce que les rétrécissemens se montrent rarement à la fosse naviculaire qui est le siége le plus fréquent de la blennorrhagie.

Les raisons sur lesquelles Hunter appuie son opinion sont plutôt spécieuses que solides, si elles ne reposent pas sur des faits mal observés. Les mêmes tissus sont sujets aux mêmes altérations dans toutes les parties du corps, avec certaines différences qui appartiennent aux organes à la formation desquels ils concourent; mais ces altérations se développent sous l'influence des mêmes causes. Les variations dans la capacité des conduits autres que celui des voies urinaires ne sont pas très communes, et lorsqu'elles surviennent, on peut remonter à une cause, qui ne sera pas la vérole, mais qui sera une inflammation. Or, peu importe la nature de l'inflammation, les effets locaux se traduisent de la même manière pour les résultats. D'ailleurs, on pourrait dire que l'inflammation blennorrhagique n'est pas ordinairement de nature vénérienne. Quant au siége de la blennorrhagie, c'est une erreur de le placer dans la fosse naviculaire. L'observation a prouvé que le siége le plus fréquent de la gonorrhée existe à la région prostatique ; c'est aussi dans cette partie de l'urètre que les rétrécissemens se montrent d'habitude. Entre cette opinion de Hunter et celle des anciens qui croyaient que les rétrécissemens étaient toujours dus à une blennorrhagie, la vérité est dans le milieu.

Il est des exemples de rétrécissemens qui tiennent aux vices dartreux, rhumatismal (Dictionnaire des sciences médicales), goutteux (Sœmmering, traduction de Hollard), scrofuleux. Hunter rapporte le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui avait un rétrécissement depuis huit ans, que l'on avait traité pour la pierre ou la gravelle, et qui présentait tous les symptômes d'une constitution scrofuleuse (Traité des maladies vénériennes, trad. d'Anduberti, p. 120). Boyer, Delpech, etc., ont vu des faits semblables.

Le plus illustre représentant de la chirurgie militaire, Larrey, admet que les rétrécissemens sont dus à la présence dans l'économie d'un principe morbifique particulier, produit et entretenu par le virus syphilitique ou scrofuleux. Les blessures du canal, les coups, les injections astringentes n'agissent que comme causes déterminantes (Clinique chirurgicale). Il est bien vrai que des militaires ont eu le canal de l'urètre entamé par des blessures reçues au combat sans qu'il soit survenu aucun rétrécissement ; mais il est également vrai que des rétrécissemens se sont formés à la suite de causes externes et locales sans qu'on pût invoquer l'existence d'un virus quelconque. S'il était besoin de prouver ce que j'avance, je pourrais citer une foule d'exemples ; mais tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

M. Lallemand a été consulté par un malade qui portait une fistule au périnée : il n'avait jamais connu d'autre femme que la sienne, n'avais jamais aperçu le plus léger suintement par la verge, la plus simple excoriation à la suface du prépuce ou du gland: il n'était sujet à aucune affection rhumatismale ou goutteuse, et on ne pouvait attribuer la maladie à aucun accident. Elle avait commencé par une douleur fixe derrière le scrotum ; le jet des urines avait diminué progressivement, enfin il était survenu une rétention complète à la suite de laquelle il s'était manifesté un abcès urineux au périnée, et par suite la fistule en question. Le rétrécissement était si considérable, qu'on ne put y faire pénétrer la bougie la plus mince ; peut-être même le canal était oblitéré. D'après les détails que donna le malade, on peut attribuer l'inflammation qui avait donné lieu au rétrécissement à des excès dans le coït.

J'en ai vu plusieurs qui n'avaient jamais eu de blennorrhagie, qui n'avaient jamais connu de femmes : c'étaient des malheureux qui s'étaient livrés à la masturbation avec fureur. J'ai dans ce moment un cas semblable dans ma pratique, qui présente beaucoup de difficultés pour le traitement.

Les rétrécissemens à la suite d'une inflammation accidentelle ont une ténacité effrayante ; quelquefois le canal est oblitéré. Un homme âgé de cinquante-deux ans entre à l'Hôtel-Dieu St-Eloi avec une rétention d'urine complète qui dure depuis deux jours : il était tombé à califourchon sur un pied d'arbre ; l'inflammation fut très intense, et l'oblitération du canal complète. Il ne resta d'autre ressource que dans la ponction de la vessie, qui fut faite au dessus des pubis. Il ne survint aucun accident, et cet homme est aujourd'hui aux Incurables avec sa fistule hypogastrique qui ne lui procure aucune gêne. Un bandage avec un tampon élastique sert à fermer l'ouverture vésicale, et à rendre l'émission de l'urine volontaire. Dans un voyage en province que je fis il y a deux ans, M. le docteur Pélissié, de Saint-Remy, me fit voir a homme de la campagne qui se trouvait dans la même position. Une charrette lui ayant passé sur les cuisses, il en était résulté un gonflement du périnée et une rétention d'urine. Au lieu de combattre cet état par les antiphlogistiques généraux et locaux, l'officier de santé de l'endroit ne trouva rien de mieux que de labourer le canal avec une sonde petite et pointue. Des fausses routes, des abcès fistuleux, et une oblitération du canal dans une étendue de deux pouces, furent la conséquence de cette pratique anti-rationnelle.

D'autres fois, c'est une équitation long-temps prolongée qui produit le rétrécissement. Un courrier de l'Empereur avait fait le voyage de Paris à Saint-Pétersbourg, et de Saint-Pétersbourg à Paris, à franc-étrier; souvent il urinait sans descendre de cheval pour gagner du temps. A son arrivée, le canal était devenu extrêmement étroit, et l'urine ne sortait plus que par gouttes.

Ou bien c'est un cavalier qui, en descendant de cheval, appuie fortement le périnée contre le pommeau de son sabre ; c'est un coup de pied reçu sur une partie du canal. (Lallemand, Observations sur les maladies des organes génito-urinaires, 2e part., p. 330.)

Le nommé Grau a un rétrécissement par une contusion violente du périnée ; en voulant sauter de terre sur un bateau, une de ses jambes s'engagea dans l'ouverture qui fait communiquer le pont avec la cale ; l'autre glissa en dehors, et le périnée porta vivement sur un rebord saillant disposé tout autour en arête. (Franck, Observations sur les rétrécissemens de l'urètre par cause traumatique.)

Desault a publié dans son Journal le cas d'un charretier qui se fit une violente contusion au périnée, en tombant, les cuisses écartées, sur l'extrémité de l'essieu de sa voiture Au vingt-neuvième jour de l'accident, les urines ne sortaient qu'avec difficulté et par un petit jet. Une algalie, qu'on introduisit, fut arrêtée à l'endroit de la cicatrice. (Journal de Desault, t. Ier.)

Buchanan, chirurgien en chef de l'Infirmerie générale de Glocester, décrit l'observation d'un rétrécissement considérable à la suite d'une chute d'un lieu élevé, les jambes étant fortement écartées et le sol offrant un rebord fort saillant.

Le rétrécissement de l'urètre peut être consécutif à une gangrène du périnée. Un homme âgé de quarante-cinq ans, implore le secours de la chirurgie pour une hydrocèle volumineuse du côté droit ; on a recours contre cette affection aux injections vineuses. Malheureusement la canule ayant abandonné la tuni-séreuse au moment où l'on poussait le liquide, celui-ci se répandit dans le tissu cellulaire des bourses. Une inflammation gangréneuse se déclare, les escharres se détachent du périnée, les testicules sont à nu. Peu à peu ces désordres se réparent ; mais un rétrécissement s'est formé à cinq pouces et demi.

Des malades atteints de chaude-pisse *cordée* se sont donné des rétrécissemens en *coupant la corde* ; ce qui se pratique en posant la verge en érection sur une table et en frappant dessus avec le poing fermé, ou en se livrant au coït. Le tissu spongieux de l'urètre étant malade, friable, dans cette espèce de blennorrhagie, toute violence extérieure est grave, parce quelle détermine la rupture du canal et, comme conséquence forcée, le rétrécissement. L'hémorrhagie qui a lieu immédiatement après la section de la *corde* est le symptôme diagnostique de la déchirure du canal.

Il est des causes de rétrécissement qui appartiennent à un ordre de faits récens, et qui agissent à l'intérieur de l'urètre, telles sont les déchirures du canal par de petites pierres et des fragmens de pierres après la lithotritie. Chez un jeune homme qui portait un calcul vésical volumineux, et qui se soumit au broiement, un fragment de pierre s'engagea dans l'urètre et ne put être extrait qu'après de nombreuses difficultés, le canal s'ulcéra et s'oblitéra.

Un enfant de douze ans entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Roux, pour se faire tailler ; il avait supporté, quelque temps auparavant, quelques séances de lithotritie qui avaient produit un rétrécissement. Ces exemples de rétrécissement deviennent plus fréquens à mesure que la lithotritie se popularise.

On a accusé les injections astringentes que l'on emploie contre les écoulemens chroniques de l'urètre, d'occasionner des rétrécissemens, et plusieurs auteurs ont proposé de bannir entièrement ce mode de médication de la thérapeutique chirurgicale. En Angleterre, où les rétrécissemens sont si fréquens, les injections sont d'un usage très commun ; aussi Everard Home et Wilson les ont considérées comme très dangereuses, et ne se décidaient à leur emploi qu'après avoir vainement épuisé toutes les autres ressources. En France, cette médication était abandonnée, lorsque M. Serre a cherché à démontrer que les craintes que l'on avait eues pendant long-temps sur les injections n'étaient pas fondées, et que les injections avec le nitrate d'argent, pratiquées d'une manière convenable, étaient un excellent moyen contre les écoulemens chroniques de l'urètre, sans avoir l'inconvénient de produire des rétrécissemens. Quant à ce qui concerne la dose du remède, un quart de grain de nitrate d'argent cristallisé par once d'eau distillée a paru à M. Serre remplir les conditions voulues, et il s'en est toujours tenu à cette dose, après avoir expérimenté sur près de deux cents sujets. MM. Delmas et Bourquenod ont mis en pratique ce mode de traitement pendant mon internat à l'Hôpital-Général ; j'en suivis les effets avec beaucoup de soin, et je dois dire que, dans un cas seulement, il me parut la cause déterminante d'un rétrécissement situé à quatre pouces. Dans la grande majorité des cas, les injections amenèrent la guérison de l'écoulement, quelquefois elles furent insuffisantes ou exaspérèrent la maladie.

J'ai vu M. Lallemand guérir par la cautérisation du canal avec le nitrate d'argent fondu un grand nombre d'écoulemens chroniques, et je suis resté pleinement convaincu qu'aucun agent n'est plus capable de mettre promptement un terme à ces chaudepisses opiniâtres et qui font le désespoir des malades. Cette cautérisation faite avec précaution, et par une main exercée, est exempte de tout inconvénient ; elle doit être légère et portée rapidement sur la muqueuse urétrale de la portion prostatique vers le méat. Entre les mains de certains praticiens, c'est un moyen à craindre, qui peut produire la formation d'eschares profondes, donner lieu à des hémorrhagies et à des rétrécissemens.

De ce qui précède sur les causes des rétrécissemens organiques de l'urètre, on doit admettre les propositions suivantes :

1° L'inflammation est la cause unique des rétrécissemens organiques ou permanens de l'urètre.

2° Cette inflammation est le plus souvent blennorrhagique.

3° Elle peut être sous la dépendance d'un état général ; goutteux, rhumatismal, dartreux, scrofuleux, vénérien.

4° Elle peut survenir à la suite d'excès dans le coït, dans la masturbation.

5° Il est des moyens conseillés contre les écoulemens chroniques, qui dépassent le but qu'on se propose, et entraînent quelquefois des coarctations plus ou moins étendues.

6° Les contusions, les commotions du périnée, et toute la série des causes externes, appliquées aux organes génito-urinaires, sont accompagnées souvent d'un état phlegmasique de la muqueuse urétrale ou du tissu sous-jacent qui conduit aux rétrécissemens.

7° Le même résultat a lieu par les déchirures du canal, avec ou sans plaie à l'extérieur, par des causes externes ou qui agissent à l'intérieur du conduit.

Une autre fois, nous examinerons la marche de cette inflammation dans la formation des rétrécissemens, et nous verrons pourquoi des individus ont pu garder des écoulemens chroniques pendant plusieurs années, sans qu'il soit survenu pour cela le moindre obstacle au cours des urines.

DU COÏT COMME MOYEN CURATIF DE CERTAINS ENGORGEMENS BLENNORRHAGIQUES DES TESTICULES ;

Par M. le docteur Ferry, de Metz.

Au titre seul de cet article, je vois un sourire d'incrédulité sur les lèvres de plus d'un lecteur ; je les prie ce-

(1) Extrait d'un Traité nouveau sur les rétrécissemens de l'urètre, qui va paraître.

pendant de suspendre leur jugement ; ce ne sont pas de vaines théories que je vais exposer, ce sont des faits, et les faits parlent haut, en médecine surtout.

Au mois de mars 1832, étant attaché à l'hôpital militaire de Longwy, je fus consulté par un de mes amis, officier au 58e de ligne, pour une urétrite qu'il avait contractée quelques jours auparavant. Cette maladie, de moyenne intensité, s'était manifestée avec ses symptômes habituels. Des sangsues au périnée, des bains, des tisanes émollientes, puis, au bout de quinze jours, les injections avec la solution de nitrate d'argent, la firent disparaître en moins de trente jours. Dix jours après sa guérison, sans que le malade se soit exposé à contracter une nouvelle affection, le testicule droit devint dur et douloureux ; puis le testicule gauche s'engorgea à son tour. Un traitement approprié dissipa les accidens inflammatoires en moins de trois semaines. Mais à dater de cette époque, la maladie resta stationnaire ; les testicules étaient durs, élastiques, légèrement augmentés de volume et douloureux à la pression. Je me contentai alors de prescrire des frictions mercurielles, des bains, etc., et j'engageai mon ami à se priver du coït jusqu'à parfaite guérison. Cependant, au bout de deux mois, le gonflement et la douleur existaient encore, lorsqu'un matin il me fit appeler en toute hâte dans sa chambre. Pour la première fois depuis l'époque où il avait contracté son urétrite, il venait d'avoir des rapports avec une femme.

Il commença par s'excuser près de moi de l'imprudence qu'il avait commise, malgré mes recommandations ; puis, tout effrayé, il me montra sa chemise recouverte de larges plaques couleur de chocolat, me disant que c'était là la matière qu'il avait éjaculée ; que, du reste, les sensations avaient été tout aussi vives, tout aussi voluptueuses qu'à l'ordinaire ; qu'il ne ressentait aucune douleur, et que la tuméfaction des testicules avait sensiblement diminué. Un examen attentif me confirma l'exactitude de tout ce que je venais d'apprendre. Les taches de la chemise, à l'exception de la couleur, avaient tous les caractères des taches spermatiques, et étaient manifestement le résultat du mélange intime, et à parties égales, de sang et de sperme. Les testicules avaient perdu de leur rénitence, et la pression des doigts y réveillait à peine une légère douleur, qui, la veille encore, était assez vive. Mon ami continua des relations journalières avec la même femme, et les taches spermatiques passèrent graduellement à des teintes de moins en moins foncées, pour reprendre enfin leur couleur naturelle au bout de sept à huit jours, époque à laquelle l'engorgement et la douleur des testicules avaient totalement disparu.

— Cette observation, qui n'est pas sans intérêt, serait restée perdue dans mes notes si un fait, que son entière analogie avec le précédent me dispense de rapporter, ne s'était présenté à moi dernièrement.

D'où provenait, dans ces deux cas, le sang si intimement mélangé avec le sperme, et qui donnait à cette liqueur la couleur que nous lui avons reconnue ? Des testicules probablement, puisque, à mesure qu'entraîné par le sperme il était rejeté au dehors, ces organes perdaient de leur sensibilité et de leur gonflement ; il y avait été déposé sans doute par le travail inflammatoire, et n'avait pu encore être résorbé. Pouvons-nous supposer que ce mélange se soit fait dans les vésicules séminales, ces prétendus réservoirs du sperme ? (Nous espérons démontrer dans un autre article que la sécrétion du sperme, comme celle du lait, est instantanée.) Outre qu'aucun symptôme inflammatoire n'a dirigé notre attention vers ces organes, comment expliquer dans cette hypothèse la disparition rapide de la douleur et de la tuméfaction des testicules ?

Ces faits, en confirmant les recherches anatomo-pathologiques d'un médecin allemand qui place le siége primitif de l'engorgement blennorrhagique dans les conduits spermifères, tendraient à faire penser que, dans certains cas donnés, l'inspection du sperme ne devrait pas être négligée pour établir le diagnostic différentiel des tumeurs du testicule, diagnostic qui, malgré les travaux récens de M. Philippe Boyer, ne laisse pas que d'être quelquefois très problématique.

— Puisque nous en sommes au testicule, je dirai quelques mots d'un procédé opératoire qui, je crois, m'est particulier, et que j'emploie dans certaines hydrocèles.

Il y a quelques mois, incertain sur la nature d'une tumeur de la bourse droite, je fis avec une lancette une ponction exploratrice. Je retirai 80 grammes environ d'un liquide citrin ; plus de doute alors, j'avais affaire à une hydrocèle simple ; le testicule était sain.

Si tôt le liquide évacué, je vis saillir entre les lèvres de la plaie, qui n'avait pas plus de 45 millimètres de longueur, une portion de membrane qu'à sa tranparence et surtout au liquide albumineux qu'elle contenait entre ses mailles, je reconnus être la séreuse. Je la saisis avec de petites pinces et la tirai au-dehors ; elle céda à la plus légère traction et j'excisai avec des ciseaux courbes toute la portion qui était sortie. Je continuai dix à douze fois la même manœuvre avec la plus grande facilité, car après chaque excision la membrane venait d'elle-même se présenter à l'ouverture de la petite plaie, et je ne suspendis l'opération que lorsqu'elle ne parut plus. Au bout de huit jours le malade sortit de l'hôpital, parfaitement guéri.

Enhardi par ce succès, j'ai opéré depuis deux autres militaires par le même procédé, et chez eux la guérison a été aussi prompte que chez le premier.

Dans ces trois cas, pas la moindre douleur pendant les excisions ; les tractions légères exercées sur les dernières portions de la séreuse, sur celles apparemment qui se réfléchissent sur l'épididyme, occasionnèrent seules quelques élancemens le long du cordon. Chez l'un d'eux, la petite plaie fournit pendant deux jours quelques gouttelettes de pus ; mais la guérison n'en fut pas retardée. Point de fièvre, point d'accidens consécutifs d'aucune espèce. Un cataplasme de farine de graine de lin, et le repos au lit pendant deux jours, firent tous les frais du traitement.

On conçoit facilement que ce mode d'opérer ne serait pas praticable dans tous les cas d'hydrocèle ; lorsque, par exemple, la séreuse a subi une transformation quelconque, dans les hydrocèles anciennes et volumineuses, cette membrane ayant perdu de son élasticité et ayant contracté des adhérences avec la tunique fibreuse, etc., etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 3 décembre 1840.

M. Parent présente un spéculum en gomme élastique, enduit à l'intérieur d'un vernis blanc, qu'il a fait fabriquer par M. Lasserre pour une dame chez laquelle on avait déjà employé, contre une maladie de l'utérus, divers traitemens, notamment la cautérisation du col utérin et même celle du vagin, qui lui avait fait éprouver un tel rétrécissement, que notre confrère a été obligé d'employer ce spéculum en gomme élastique. M. Parent a d'abord employé avec avantage les cataplasmes vaginaux et autres moyens émolliens ; puis il a terminé le traitement par de légères cautérisations faites avec une solution de 40 centigrammes de nitrate d'argent dans 250 grammes d'eau.

M. Guillon fait observer que le spéculum plein ne découvre pas bien le col de l'utérus, tandis que celui à valves, en s'écartant vers son extrémité utérine, fait mieux voir les parties qu'on a intérêt d'examiner.

M. Léger craint que la chaleur ne ramollisse le spéculum en caoutchouc et que le col utérin ne puisse entrer dans son orifice.

M. Sorlin a vu une dame de trente-deux ans, qui a été réglée à l'âge de onze ans : depuis cette époque, la menstruation n'a reparu que deux fois, en très petite quantité. Cependant elle a eu plusieurs enfans qui tous sont morts jeunes. Elle est encore de nouveau enceinte.

M. Sterlin a fait l'autopsie d'une femme de vingt-sept à vingt-huit ans, très délicate, morte d'une phthisie pulmonaire : la matrice était d'un très petit volume ; les ovaires et les trompes étaient tuberculeux.

M. Tanchou pense que chez les femmes non réglées ou la matrice est atrophiée, ou elle ne s'est pas développée, ou elle est tuberculeuse. Il a été consulté par une dame qui n'était réglée que tous les trois, quatre ou cinq mois : après l'emploi d'un grand nombre de moyens inutiles, il a obtenu leur apparition plus fréquente (tous les deux mois) par l'emploi d'une succion opérée sur le col de l'utérus, au moyen d'une ventouse appropriée.

Pour extrait conforme : Le secrétaire annuel, Duhamel.

— M. H. Larrey fils, agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé, par concours et à l'unanimité, professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce (hôpital militaire de perfectionnement).

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 26 JANVIER 1841. (14e ANNÉE) N° 11, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Nouveaux faits d'opértaion de strabisme.

A peine introduite en France depuis quelques mois, l'opération du strabisme est déjà adoptée par tous les chirurgiens, et tombée dans le domaine commun de la médecine opératoire. La *Gazette des Hôpitaux* a tenu ses lecteurs au courant des nombreuses modifications qui ont été employées pour exécuter la myotomie oculaire, et dès maintenant le manuel opératoire est porté à un grand degré de perfection.

M. Jobert a opéré trois malades affectés de strabisme. Sur ces trois malades, présentant tous une déviation convergente, le chirurgien a coupé le muscle droit interne et reséqué la petite portion du muscle adhérente au globe de l'œil. La dernière opération a été faite sur une femme couchée dans la salle Sainte-Marie. Cette malade présentait un strabisme convergent des deux yeux, mais bien plus prononcé à gauche qu'à droite. Nous avons examiné la malade avant l'opération, et nous avons remarqué que l'œil gauche, quelqu'effort de volonté que fît la malade, pouvait à peine être ramené sur la ligne médiane, tandis que l'autre œil exécutait avec facilité des mouvemens étendus dans tous les sens. En outre, en fermant l'œil gauche, le strabisme de l'œil droit était à peine apparent. M. Jobert ayant constaté cet état de choses, se décida à agir d'abord sur l'œil gauche, quitte à revenir plus tard au droit si la première opération ne déterminait pas un changement dans sa disposition.

L'opération réussit parfaitement, malgré la grande indocilité de la malade, qui, à plusieurs reprises, par des mouvemens brusques, arracha les érignes qui soulevaient la conjonctive. Nous n'avons rien à noter relativement au procédé opératoire, il est en tout semblable à celui adopté par M. Phillips; seulement M. Jobert excise constamment les petites portions de conjonctive qui ont été saisies par les érignes. Actuellement la malade, opérée depuis cinq jours, est dans un état parfait. A peine a-t-elle présenté quelque phlogose légère de la conjonctive sur l'œil opéré. Dès que la section du muscle fut pratiquée, l'œil se reporta immédiatement sur ligne médiane, et la malade assure qu'instantanément elle éprouva un changement dans la vision, changement qu'elle explique en disant qu'immédiatement il lui sembla voir *plus de jour*. Cette disposition a persisté, et la vision semble, à la malade, sensiblement développée. Quant à l'œil droit, il est presque dans une position normale, et, suivant toute probabilité, il ne sera pas nécessaire de l'opérer.

Un des autres malades de M. Jobert, qui avait quitté l'hôpital immédiatement après son opération, et qui s'était livré sans précaution à ses occupations ordinaires, restant tout le jour dans un lieu où il existait un courant d'air, a présenté, le lendemain de l'opération, une conjonctivite qu'on a dû combattre par les antiphlogistiques. Cette inflammation a été heureusement jugulée, et le malade jouit actuellement de tous les bénéfices de l'opération. Nous avons remarqué que son œil opéré (l'œil gauche) présentait une légère divergence. Du reste, cet homme assure aussi que depuis l'opération sa vue est meilleure. Nous citons ce fait d'inflammation pour bien prémunir les personnes qui pensent que la myotomie oculaire est d'une telle innocuité qu'elle n'exige après elle aucune précaution.

En terminant, nous ajouterons que M. Jobert, d'après les observations qu'il a faites sur quelques-uns des malades qu'il a opérés, range parmi les causes du strabisme une disposition anormale dans l'insertion du muscle vers le quel l'œil reste fixé. Ainsi, sur la femme dont j'ai brièvement raconté l'observation, nous avons constaté que l'insertion du muscle sur la sclérotique se faisait plus bas et plus en arrière que normalement.

Avant d'expliquer ces faits, il sera nécessaire de faire encore de nouvelles observations. Nous signalons seulement cette disposition remarquée déjà plusieurs fois par M. Jobert.

Deux cas de cataractes molles opérées deux fois. Considérations pratiques.

Nous avons observé dans le même temps deux malades, un homme et une femme, couchés dans le service de M. Jobert, présentant tous deux une cataracte double avec altération de la consistance du cristallin; ce n'étaient cependant pas des cataractes lactentes proprement dites. On voyait facilement que la capsule cristalline était ramollie, présentant de petites pellicules qui flottaient sur elle.

L'opération fut pratiquée une première fois. Le cristallin fut abaissé avec peine, et la capsule cristalline se laissa déchirer plusieurs fois par l'aiguille qui la déprimait. Le lendemain de l'opération, le cristallin était remonté et avait repris sa place. On put espérer que la résorption se ferait sous l'influence de l'inflammation; mais elle ne fut pas assez active, et dans un cas, un mois après, dans l'autre, un mois et demi après, on dut refaire l'opération. A peine y avait-il quelques particules du cristallin résorbées.

M. Jobert pratiqua donc l'opération, annonçant préalablement que la consistance du cristallin devait être bien plus forte, et par conséquent l'opération plus facile et la réussite presque certaine.

Ce chirurgien pense que lorsqu'une cataracte molle a été irritée par la présence de l'aiguille, il s'épanche autour d'elle un liquide plastique qui tend à la rendre plus solide. Du reste, ces deux faits ont parfaitement confirmé cette manière de voir, et la deuxième opération a été pratiquée avec facilité et plein succès, car le malade est sorti guéri il y a trois jours, et la femme qui est encore couchée dans la salle Saint-Augustin est en voie de guérison. Les yeux sont nets et la malade y voit.

Ainsi l'on ne doit pas craindre d'opérer une cataracte molle par abaissement quand bien même on aurait la conviction de ne pas réussir à une première opération; car on en pourra tenter une seconde, le cristallin se trouvant par le fait de cette première opération, dans des circonstances plus favorables.

De l'emploi de la cautérisation par le fer rouge.

Parmi les agens thérapeutiques les plus actifs, le cautère actuel doit être mis en première ligne. Est-il vrai, comme on le dit et comme on l'a écrit tout dernièrement, que ce moyen si puissant ait été négligé dans la pratique de la chirurgie? Pour nous, la réponse à cette question n'est pas douteuse. Fréquemment, et dans divers hôpitaux, nous avons vu la cautérisation par le fer rouge être mise en usage et généralement avec de beaux succès.

Nous avons surtout vu beaucoup de maladies traitées par cette cautérisation, dans le service de l'hôpital Saint-Louis. Déjà M. Jobert, il y a dix ans, avait publié sur ce sujet un mémoire étendu et contenant un grand nombre de faits; depuis, ce chirurgien a fréquemment eu recours à ce mode de traitement, et en a obtenu de très heureux résultats.

L'hôpital Saint-Louis, en raison de sa situation par rapport aux vastes foyers de putréfaction qui l'avoisinent, reste presque le seul hôpital qui ait conservé cette affreuse maladie gangréneuse, la pourriture d'hôpital; et plusieurs fois, chaque année, malgré tous les soins de propreté, et surtout quand le vent chasse les miasmes fétides qui naissent à Montfaucon, la pourriture d'hôpital règne épidémiquement dans les salles de chirurgie.

Un traitement simple suffit ordinairement pour combattre cette complication grave. Mais quelquefois, malgré les fumigations du chlore, les lotions aromatiques, et même la cautérisation avec le nitrate acide liquide de mercure, elle persiste; alors M. Jobert a recours au cautère actuel, et constamment nous avons vu la gangrène cesser ses ravages.

Nous signalons aussi les heureux résultats obtenus à l'aide de la cautérisation avec le fer rouge dans certaines affections utérines. Actuellement encore, plusieurs femmes couchées salle Saint-Augustin sont soumises à ce traitement, et aucune espèce d'accident n'est survenu, comme on devait le craindre à la suite d'une aussi violente action sur la matrice.

M. Jobert se sert d'un spéculum en ivoire qui isole parfaitement les parties voisines, et c'est à peine si les malades ont le sentiment de cette cautérisation qui semble si redoutable à quelques chirurgiens.

FEUILLETON

Courtes notices sur les hôpitaux civils et sur l'[illegible] *riale médico-chirurgicale de Sai*[illegible] *tembre* 1839; adressées à M[illegible] président de la Faculté de médecine [illegible] par le docteur G.-J. BARUFFI.

Pétersbourg compte maintenant sept hôpitaux civils : q[illegible] sont dus et appartiennent à la ville; l'un a été fondé par les marchands, un autre par divers bienfaiteurs, et le septième par l'impératrice Marie. A ces hôpitaux, ajoutez deux autres maisons particulières destinées aux pauvres femmes grosses sur le point d'accoucher, dont l'une appartient au grand hospice des Enfans-Trouvés, et l'autre est l'œuvre de la piété de la grande-duchesse Hélène. L'immense hospice des Enfans-Trouvés de Moscou, le premier et l'unique du monde pour son étendue, pour l'ordre et la propreté qui y règnent, soit dit par parenthèse, a été aussi érigé par une princesse, par Catherine-la-Grande; ce qui me rappelle une chose digne d'être remarquée, savoir, que ce sont presque toujours les femmes qui se sont le plus intéressées à l'institution de semblables établissemens pieux de bienfaisance : il paraît qu'elles sentent qu'il leur importe plus particulièrement de secourir les victimes d'une immoralité sociale dont leur sexe porte et le poids et la honte.

Parmi les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, celui nommé de *Calinchin*, d'après le nom du pont qui l'avoisine, est destiné aux maladies syphilitiques. C'est un édifice magnifique avec un jardin pour la promenade des convalescens, et largement pourvu de tout le nécessaire. En général, vous trouvez tant de propreté dans les hôpitaux russes, qu'ils semblent être l'asile de l'opulence plutôt que le refuge de la piété. Cet hôpital, comme tous les autres, à l'exception de celui de *Maria à la Liteina*, auraient peut-être besoin de salles un peu plus spacieuses; mais les médecins russes observent que, eu égard au climat très froid, elles peuvent être ainsi plus facilement échauffées. Il contient 300 lits, dont 50 sont destinés aux hommes, 50 autres aux prostituées, et les autres aux femmes non reconnues pour telles. Le service journalier est confié à six médecins ordinaires, auxquels sont adjoints des surnuméraires.

L'hôpital civil d'*Abukof*, qui est ainsi appelé du nom d'un pont voisin, est moins beau que le précédent, quoiqu'il ait un plus vaste jardin. Il contient 500 lits, et on s'occupe de l'ag[illegible]r pour pouvoir en ajouter 250 autres pour les femmes seu[illegible]atorze médecins sont chargés du service, et il y existe une école de phlébotomie, dont les étudians sont choisis dans [illegible]e des Enfans-Trouvés parmi les jeunes gens qui semblent le plus propres à l'étude. Quand ils ont terminé leurs cours, ils sont envoyés, suivant le besoin, dans les divers établissemens de [illegible]e.

[illegible]pital de *Maria* appartient aussi à la ville; et consiste dans [illegible]diocre édifice situé dans la *Vassili Ostrof*. Fondé en 1830, il a 160 lits et sept médecins, dont trois sont seulement surnuméraires.

L'hôpital de Pierre et Paul existe depuis trois ans et est un édifice magnifique. Il s'y trouve 260 lits et six médecins.

Dans ces trois hôpitaux de la ville, on reçoit tous les malades, de quelque nation et de quelque condition qu'ils soient, excepté les syphilitiques, pour lesquels l'hôpital d'Abukof a 25 lits. Les maîtres doivent en outre payer 18 roubles par mois pour leurs esclaves envoyés malades dans les hôpitaux de la ville.

L'hôpital fondé par les marchands est destiné aux enfans des deux sexes; et celui qui est fondé par la piété de divers bienfaiteurs est réservé aux ophthalmiques. On s'occupait de construire un édifice mieux adapté à ces établissemens de bienfaisance publique.

Finalement, l'hôpital de *Maria à la Liteina* (quartier de la fonderie) a été construit pour les pauvres en 1803, avec 200 lits. Au moyen des épargnes de la maison et avec quelques dons de bienfaiteurs, le nombre des lits a été porté à 300; et récemment l'empereur l'a fait monter à 400, en réservant toutefois 60 lits pour les maladies chroniques.

Cet hôpital est sous la protection de l'impératrice régnante, et, attendu qu'elle y fait des visites fréquentes, les maladies contagieuses en sont exclues. Les malades qui reçoivent des secours gratuits de ce grand établissement de bienfaisance sont divisés en *ambulans* et *stationnaires*.

Parmi les premiers sont admis les pauvres de quelque pays et de quelque condition qu'ils soient. De la seconde classe sont exclus les esclaves qui ne sont pas munis du passeport de leurs maîtres. Les *ambulans* se présentent à la visite des médecins dans l'hôpital et en reçoivent les remèdes. Les malades *stationnaires* sont reçus dans l'hôpital. Le nombre des premiers s'élève annuellement à environ 40,000 et les autres sont ordinairement de 4,000. Il est à remarquer que dans la première année de la fondation de cet hôpital *deux* seuls malades y entrèrent, dans la seconde *sept*, et dans la troisième *quatre cent sept*. La mortalité dans cet hôpital et dans les autres hôpitaux, à l'exception de ceux des ophthalmiques et des syphilitiques, se balance jusqu'à présent entre 1/3 et 9/10 et 1/5. Cette mortalité épouvantable dépend indubitablement de différentes causes, et en partie de la loi de l'hôpital qui admet de préférence les malades en plus grand danger, même sans espérance de guérison, en sorte que, par exemple, une phthisie déclarée est préférée à une pneumonie aiguë, et aussi, en partie, parce que la maladie est trop avancée quand le malade entre à l'hôpital. Et puis, ne vaudrait-il peut-être pas mieux que les grandes dépenses exigées par le luxe extérieur exorbitant fussent en partie employées à l'achat de meilleurs remèdes ou choses semblables? Les maladies qui dominent dans ces hôpitaux sont en général les fièvres gastriques nerveuses.

Ce grand hôpital de *Maria à la Liteina*, est le seul qui, depuis deux ans publie un compte-rendu. Le service médical est fait par dix-sept médecins et chirurgiens, dirigés par un médecin en chef qui, lui-même, est surveillé par un médecin-inspecteur.

La petite chirurgie est confiée aux phlébotomistes; l'administration des remèdes et des choses analogues aux veuves dites *de la Miséricorde*, choisies dans un établissement créé expressément par l'impératrice Marie. Quant au bas service, ce sont des infirmières salariées qui en sont chargées. Ces femmes, aussitôt qu'elles sont entrées au service de l'hôpital, revêtent l'uniforme de la maison, qui consiste en un habit et un fichu blancs, un petit bonnet blanc avec un ruban bleu-de-ciel et un tablier à lignes de la même couleur. Les malades, également après leur admission et après le bain, endossent l'uniforme de l'hôpital, qui est en toile blanche pour l'été, et en drap pour l'hiver. Dans toutes les salles, qui contiennent au plus dix-huit lits et pas moins de trois, règne la plus grande propreté sur les planchers qui sont vernissés, dans les lits et les linges qui semblent toujours lessivés depuis peu, et dans tout le service; les salles sont bien aérées et bien éclairées, l'on ne sent pas la moindre puanteur, et on y trouve partout de l'eau en abondance. Dans le plus grand froid, la température intérieure ordinaire est de 14 degrés au-dessus de zéro, du thermomètre de Réaumur.

L'hôpital dépend du conseil des *Pupilles*, lequel en commet l'administration à l'un de ses membres honoraires. L'hôpital est régi par un comité composé d'un inspecteur, d'un économe et du

Nous citerons, entre autres observations, celle d'une malade qui, par suite d'une affection utérine compliquée de pertes continuelles, se trouvait dans un état très alarmant, et qui, à la suite de trois cautérisations faites avec le fer rouge, lorsque celle pratiquée avec le nitrate acide de mercure n'avait rien produit, s'est trouvée dans un état de santé très satisfaisant.

M. Jobert combat aussi les névralgies et les paralysies par la cautérisation transcurrente. Nous en avons vu plusieurs exemples dans ses salles ; et généralement, quand les autres médications ont échoué, à l'aide de celle-ci on parvient à guérir les malades. On le voit donc bien, la cautérisation actuelle constitue pour la chirurgie une puissante ressource, à laquelle fréquemment on doit avoir recours.

D[r] Ed. L.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

REVUE CLINIQUE DES 14 ET 21 JANVIER.

Quelques conclusions tirées des fractures existantes dans le service.

Dans notre dernière conférence, nous vous avons parlé avec quelque détail de chacun de nos fractures en particulier, et nous allons aujourd'hui, pour compléter ce sujet, vous présenter quelques conclusions que ces faits nous ont permis de tirer.

Nous avons vu que les malades étaient différemment âgés entre les limites de deux à douze ans.

Voici ces conclusions.

1° La proportion des fracturés au restant des malades du service, nous permet d'établir que, chez les enfans, les fractures sont aussi communes que chez les adultes.

2° La plupart des fractures se présentent, chez eux, sans déplacement des fragmens ; circonstance qu'il faut attribuer à ce que le périoste conserve son intégrité au niveau de la fracture. Cette condition est d'autant plus commune, que les sujets sont moins âgés. Nous devons vous faire remarquer à ce sujet, que ce sont probablement des fractures de cette espèce qui ont été prises pour des fractures incomplètes, et qui ont fait croire que chez les enfans les os étaient susceptibles de se courber sans se fracturer, ou de se fracturer incomplètement comme le ferait une baguette.

3° Chez les enfans il sera toujours avantageux de mettre de bonne heure l'appareil, afin d'éviter que le périoste ne se déchire ultérieurement ; ce qui entraînerait le déplacement des fragmens, et priverait les malades des avantages que la marche du cal peut tirer de l'intégrité du périoste.

4° En général, les enfans guérissent beaucoup plus vite de leurs fractures que les adultes, et la rapidité de la consolidation est d'autant plus marquée qu'ils sont plus jeunes.

5° Parmi les enfans, les rachitiques sont ceux qui sont le plus fréquemment atteints de fractures ; et le rachitisme est la principale cause qui entrave chez les enfans la marche du cal.

6° La nature déjà si active, est aidée par les moyens généralement employés chez les adultes. Cependant, on peut se contenter d'appareils plus simples, tels que le bandage roulé, chez les enfans de deux à trois ans : d'abord parce qu'il offre moins de volume, et permet plus facilement d'accomplir les besoins naturels ; et en second lieu, parce que les attelles, étant alors immédiatement appliquées sur les fragmens, elles agissent mieux sur ceux-ci et s'opposent plus efficacement à leur déplacement.

Chez les enfans plus âgés qui ne pissent plus au lit, on applique l'appareil de Scultet, qui présente sur le bandage roulé l'avantage immense de permettre le renouvellement des pansemens sans déterminer des mouvemens toujours nuisibles. Nous renouvelons rarement l'appareil et nous visitons peu souvent le membre, excepté dans les cas de grand déplacement ; ce qui, avons-nous dit, est rare chez les enfans. De sorte que les malades profitent ici des mêmes avantages que pourraient procurer les bandages inamovibles joints à ceux qui appartiennent aux appareils movibles.

7° Pour ce qui concerne les fractures de la cuisse, l'appareil amovible nous paraît encore devoir être préféré à l'inamovible ; car l'urine dont cet appareil est ordinairement imbibé rendrait illusoire l'inamovibilité. Les enfans de dix, douze et treize ans, qui ne pissent plus au lit, font exception à cette règle ; cependant nous pensons qu'il faudrait de même s'abstenir de l'appliquer chez eux, si la fracture existait avec un grand déplacement capable de faire craindre sa reproduction, et pouvant nécessiter l'emploi de l'extension.

8° Enfin, l'application de l'appareil doit être retardée jusqu'à l'époque de la cessation du gonflement inflammatoire.

Excision d'une amygdale avec l'instrument de Fahnestock.

La petite fille couchée au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse, d'une constitution scrofuleuse, est sujette depuis trois ans à de fréquens maux de gorge qui quelquefois se sont accompagnés de gêne de la respiration.

La répétition de ces angines a entraîné l'hypertrophie de l'amygdale gauche, que nous allons exciser dans un instant. Quel est le procédé que nous devons mettre en usage ? Nous avons souvent employé l'instrument de Fahnestock, qui est d'une grande commodité chez les enfans. Avant l'addition à l'instrument de l'aiguille qui embroche l'amygdale, celle-ci, dans un cas qui nous est propre, a été avalée par le malade, inconvénient auquel on n'est plus exposé aujourd'hui. Mais quelquefois la cavité buccale est tellement petite, que l'instrument ne peut y être contenu, et l'excision doit alors être faite avec le bistouri. Il n'est pas survenu depuis lors d'accidens chez cette petite fille.

Cette opération, qui est très simple, comme vous avez pu le voir, et qui, dans l'immense majorité des cas, n'entraîne après elle aucune suite fâcheuse, peut néanmoins, dans quelques cas exceptionnels, donner lieu aux complications les plus graves. Nous nous contenterons de vous rappeler que l'opération ne s'est pas accompagnée d'inflammation couenneuse, ce qui doit être considéré comme très heureux dans les circonstances actuelles, où un si grand nombre d'enfans a été pris d'affections pseudo-membraneuses. Cette complication est une des plus redoutables, puisque c'est une de celles dont il est le moins facile d'influencer favorablement la marche par l'emploi des différens agens thérapeutiques dont elle réclame l'application, et en outre parce qu'on ne peut jamais prévenir rigoureusement l'issue qu'elle aura, et qui peut être des plus funestes.

Voici un fait qui peut venir à l'appui de ce que nous avançons. L'un de ces jours derniers, on nous a présenté à la consultation un enfant qui ne pouvait pas parler ; imperfection que nous avons espéré faire cesser par la section du filet. Deux jours après l'opération, l'enfant fut pris de mal de gorge, qui prit bientôt les caractères d'une angine couenneuse. Amené de nouveau par les parens, au sixième jour de l'invasion de la maladie, déjà il présentait les prodromes du croup, et est mort assez promptement pour que l'on n'ait pas eu le temps de songer à la trachéotomie. A l'autopsie, on a trouvé, d'une part, les caractères anatomiques de l'angine couenneuse, et d'autre part, des pseudo-membranes tout autour de l'épiglotte : il n'y en avait pas dans le larynx.

Nous devons donc nous considérer heureux, eu égard à la constitution médicale qui règne depuis quelque temps, que la petite fille du n° 2 de la salle Sainte-Thérèse, n'en ait pas ressenti l'influence ; et c'est dans le but de l'y soustraire ultérieurement que nous nous hâtons de la renvoyer aujourd'hui. C'est donc pour la dernière fois que nous vous en entretenons.

Pied-bot accidentel. Section du tendon d'Achille.

La ténotomie que nous avons pratiquée chez la petite malade du n° 5 de la salle Sainte-Thérèse, remonte déjà à quinze jours. Dès jeudi dernier nous vous avons signalé chez elle l'absence totale d'accidens inflammatoires ; plus heureuse en cela que sa petite sœur qui a eu un phlegmon, lequel fournit encore un peu de suppuration. Dès jeudi aussi nous fîmes l'application d'un appareil dextriné que nous avons renouvelé aujourd'hui pour augmenter la flexion du pied. Du reste, il n'est survenu rien de nouveau depuis jeudi, du côté de la petite plaie qui est cicatrisée.

Cette opération a procuré 3 centimètres d'écartement entre les deux bouts du tendon. La douleur a persisté en diminuant pendant une heure après l'opération. Depuis il n'est plus survenu de douleurs spontanées, et la malade n'en accuse qu'autant que l'on porte le pied dans la flexion forcée.

Il n'est pas survenu d'accidens inflammatoires. Aujourd'hui, huitième jour de l'opération, nous avons fait l'application d'un appareil inamovible autour du pied, dont l'action a été aidée par la planchette à semelle mobile. Nous ne toucherons pas à cet appareil avant jeudi, à moins d'accidens.

Cataracte opérée par abaissement.

La résorption de la portion de cristallin restée dans le champ de la pupille chez la petite fille couchée au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse, s'opère lentement, d'une manière assez évidente cependant pour que l'on puisse en apprécier les progrès. Cette lenteur se rattache probablement, en partie au moins, à la constitution scrofuleuse de cette petite fille, que nous cherchons à modifier avec une bonne nourriture et les pillules ferrugineuses. Rien ne presse pour procéder à l'abaissement de la cataracte droite, et nous attendons un moment plus favorable pour procéder à cette seconde opération.

Coxalgie. Mensuration du membre. Absence du raccourcissement.

La petite fille du n° 12 de la salle Sainte-Thérèse est

---

médecin en chef, lequel est considéré comme le véritable chef de l'établissement ; correspond avec le membre honoraire susdit pour la partie économique, et avec le médecin-inspecteur pour les choses médicales.

L'hôpital a une grande pharmacie particulière.

La somme des dépenses annuelles se monte à 240,000 roubles, intérêts du capital de 4,799,815 roubles que l'hôpital a dans la Banque nationale. Dans ma courte description des deux capitales de la Russie, vous trouverez quelques notices sur le nouvel hôpital militaire de Saint-Pétersbourg et sur l'Académie impériale médico-chirurgicale de Moscou. Je vous dirai seulement un mot ici de celle de Saint-Pétersbourg, l'une des grandes institutions d'Europe en ce genre, et sous le rapport des moyens nombreux dont elle est fournie, et sous celui des sciences qu'on y cultive.

Cette Académie a été fondée en 1808 et a reçu des améliorations considérables en 1835. On y enseigne la médecine, la chirurgie, la pharmacie, l'obstétrique, l'art vétérinaire, et en outre l'histoire et l'encyclopédie médicales, un peu de littérature latine, française et allemande et les principes du dessin. Elle est pourvue d'une bibliothèque riche en livres en planches, relatives aux sciences médico-chirurgicales et en collections et cabinets de tous genres pour faciliter les études. Parmi les cabinets, sont dignes d'être remarqués ceux d'anatomie et de chirurgie pour le nombre et les qualités des préparations et des instrumens. Ces derniers ont été considérablement augmentés par les acquisitions spéciales et par les soins particuliers du professeur Bouialski.

Les chaires sont confiées à des professeurs distingués par leur mérite et par les services rendus à la science. Celles d'anatomie et de chirurgie ont été occupées par MM. Zagorski et Bouche, les Nestors de la médecine russe, qui ont acquis une estime européenne ; elles continuent à jouir de leur célébrité sous MM. les professeurs Bouialski et Salomon, dignes successeurs de la réputation des deux premiers.

L'Académie, selon le nouveau règlement, est maintenant médico-militaire, étant spécialement destinée à fournir à l'armée de terre et de mer de bons médecins et chirurgiens. En conséquence, elle est placée sous la direction générale du ministre de la guerre, et est administrée par le général de l'état-major. Il y manque encore des cliniques, l'obstétrique et l'hôpital pour les enfans.

L'Académie est composée de la *conférence* (assemblée des professeurs), et de la *chambre administrative*, qui se compose de différens *fonctionnaires* et administrateurs.

La conférence s'occupe exclusivement de la partie scientifique, et la chambre susdite de ce qui regarde l'économie et les dispositions intérieures de l'établissement. Le président est chargé de la surveillance générale.

L'Empereur nomme directement le président, et les divers autres emplois de l'Académie sont conférés d'après le libre vote de la conférence ; cependant l'élection doit être sanctionnée par le ministre.

Les places de professeurs sont données à des individus qui se sont distingués par leurs études et par leurs travaux scientifiques ou littéraires, ou par une longue pratique médicale, et ont ainsi acquis une bonne réputation dans le monde savant.

Les aspirans au professorat doivent d'abord se faire inscrire en qualité de *candidats pour l'élection* ; ensuite, se soumettre à un examen rigoureux, et faire en présence de la conférence, comme essai, une leçon relative à la chaire et à l'enseignement auxquels ils aspirent ; et en troisième lieu, présenter deux dissertations dans les deux langues latine et russe, sur le thème proposé par la conférence. En outre, le candidat est absolument obligé de prouver, par un diplôme, avoir été reçu docteur en médecine et en chirurgie, ou du moins en médecine.

L'Académie compte présentement quatorze professeurs, et huit adjoints qui doivent aider les professeurs dans leurs travaux scientifiques, et se perfectionner dans l'art de l'enseignement, pour pouvoir remplacer les professeurs pensionnés ou morts. C'est pourquoi l'adjoint est chargé quelquefois de donner les leçons, sous la direction du professeur même.

Les adjoints sont nommés aux mêmes conditions que les professeurs. Les uns et les autres jouissent, aussitôt après leur élection, de prérogatives spéciales. Le professeur acquiert l'ordre civil équivalant à celui de lieutenant-colonel, et l'adjoint est considéré comme un major.

Chaque professeur jouit d'un appointement annuel de cinq mille roubles (de 1 fr. 20 cent. chacun), et l'adjoint en a deux mille. En outre, les professeurs et les adjoints peuvent se livrer librement à l'exercice pratique de la médecine, pour leur compte, dans les hôpitaux et dans la ville.

Les professeurs, après dix ans de service, seront nommés académiciens et recevront une pension viagère de cinq cents roubles par an. Les professeurs et les adjoints, après vingt-cinq années de service, ont droit à la totalité de leurs appointemens, à titre de pension.

Les professeurs qui jouissent de la pension sont libres de continuer le service ; et dans ce cas ils sont nommés émérites, et ... les appointemens de professeur, et en ou-

... ints sont admis à la retraite pour mo... t anticipé à leur égard.

... on d'un adjoint, la veuve re... l ; et si le père laisse des en... e à jouir, comme pension, des ... entiers du mari.

L'Académie maintient, aux frais de la couronne, deux cents élèves en médecine et en chirurgie, dix en pharmacie, et quarante en vétérinaire. Il est aujourd'hui question de porter à quatre cents le nombre des élèves. Du reste, les étudians volontaires, en nombre indéfini, sont admis à l'enseignement.

On reçoit généralement, parmi les élèves de l'Académie, les jeunes gens de bonne conduite et suffisamment instruits dans les langues latine et française, et dans les autres études auxiliaires, pour obtenir le grade académique qui, dans nos universités, est connu sous le nom de bachelier.

Les étudians ne sont admis à fréquenter l'Académie qu'après avoir subi au préalable un examen rigoureux sur la littérature russe et latine, sur la logique, etc., correspondant à peu près à notre examen de *magistero* (candidat en sciences).

Le cours des études dure cinq ans, et est divisé en cinq classes. Dans la première, on enseigne l'anatomie générale, la physique théorique et expérimentale, les mathématiques pures et appliquées, et l'histoire naturelle, en général, avec les élémens de zoologie et de minéralogie. Il me semble que pour enseigner et faire étudier à la fois tant de choses, l'enseignement se bornera à une partie bien superficielle.

Dans la seconde classe, on enseigne la botanique, la chimie, l'anatomie spéciale, y compris l'angéiologie, l'anatomie pathologique, la physique et la pathologie avec l'histoire de la médecine.

Dans la troisième classe, on étudie la pharmacie avec l'art de composer les formules, la chirurgie théorique, la pharmacologie, la thérapeutique générale, l'encyclopédie et la littérature médicales.

Dans la quatrième, on enseigne la thérapeutique spéciale, la chirurgie opératoire, l'obstétrique et la médecine légale.

Enfin, dans la cinquième classe, on apprend la police médicale et on étudie les épizooties.

Les élèves de la troisième et de la quatrième classe, outre leurs études théoriques, sont obligés de visiter les cliniques pour apprendre l'art de panser les malades.

atteinte de coxalgie depuis trois semaines ; elle est âgée de sept à huit ans. La cause de cette affection est obscure, mais elle s'accompagne d'un état lymphatique bien évident. La malade a beaucoup de peine à s'appuyer sur le membre droit, et l'on détermine une douleur assez vive en pressant sur le grand trochanter. Le pli de la fesse est plus bas que du côté gauche, et le bassin est fortement incliné à droite. Le membre pelvien droit présente un allongement apparent assez sensible ; mais mesuré de l'épine iliaque, supérieure antérieure à la malléole externe, il présente absolument la même longueur que l'autre. Cet allongement apparent résulte de l'inclinaison du bassin que nous avons indiquée. Il n'y a pas de tendance, quant à présent, à la luxation, et nous espérons prévenir celle-ci en nous hâtant d'arriver à l'emploi des cautères, l'expérience nous ayant appris que les antiphlogistiques sont d'un faible secours contre cette redoutable affection.

A côté de ce malade, nous devons dire quelques mots de la malade du nº 17 de la salle Sainte-Thérèse, atteinte également de coxalgie. Chez elle la luxation est opérée, et il y a raccourcissement du membre, par conséquent. Malgré l'époque avancée de la maladie, nous espérons encore guérir cette malade au moyen des cautères appliqués en grand nombre.

Tumeur blanche arrivée à la dernière période. Contre-indications pour l'opération.

La petite fille du nº 18 de la salle Sainte-Thérèse est atteinte depuis trois mois d'une tumeur blanche, qui actuellement existe avec un épanchement de pus dans l'articulation du genou et de vastes abcès autour de celle-ci. Cette articulation jouit d'une mobilité latérale remarquable qui dénote un état de ramollissement avancé des ligamens ; probablement les cartilages diarthrodiaux sont altérés, ou bien ils ne tarderont pas à l'être, s'ils ne le sont pas encore.

La constitution est éminemment lymphatique, et la santé générale s'altère chaque jour de plus en plus. Mais ce qu'il y a surtout de très grave chez cette petite fille, c'est l'existence non douteuse de tubercules pulmonaires ; circonstance qui a dû nous faire renoncer à l'espoir que nous avions un instant de conserver cette petite malade en pratiquant l'amputation de la cuisse.

Phlegmon gangreneux de la jambe.

Le petit malade couché au nº 20 de la salle Saint-Côme, robuste et d'une bonne constitution, est entré avec un phlegmon de la jambe qui avait déjà donné lieu au sphacèle en dehors de l'articulation tibio-tarsienne. Des incisions que nous nous sommes hâté de pratiquer ont procuré en grande partie le dégorgement du pus ; ce qui n'a cependant pas empêché ce fluide de pénétrer dans l'articulation du coude-pied. Aujourd'hui celle-ci est mobile et présente plusieurs fistules. La suppuration est toujours abondante, circonstance qui présente le double inconvénient d'affaiblir considérablement le malade et de le tenir continuellement sous le coup de la résorption purulente. Il est donc indiqué de recourir prochainement à l'amputation.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Avant de passer en revue les malades atteints de maladies des voies urinaires qui présentent le plus d'intérêt, nous devons vous dire que ces affections sont aussi fréquentes chez les enfans que chez les vieillards. Pendant deux années que nous avons passées à Bicêtre, nous avons observé vingt-quatre cas d'affections variées de l'appareil urinaire, et depuis un an que nous sommes chargé du service de chirurgie des enfans, ces affections se sont présentées au nombre de douze à notre observation.

Incontinence d'urine.

Cette fâcheuse incommodité tient fréquemment, chez les enfans, à un état de faiblesse du col vésical ou de la vessie elle-même. Ce qui prouve l'exactitude de notre assertion, c'est que fréquemment on fait cesser l'incontinence d'urine en soumettant les enfans à une alimentation substantielle et à une médication tonique.

Le sirop anti-scorbutique donne aussi, dans ce cas, les résultats les plus heureux. Un autre mode de traitement utile dans ce cas, consiste dans l'emploi des bains froids, dans les bains salés, sulfureux et de gélatine.

L'enfant couché au nº 14 de la salle Saint-Côme, et qui est sujet à l'incontinence d'urine, a éprouvé de l'amélioration depuis qu'il prend un bain sulfureux tous les deux jours : déjà il est averti du besoin d'uriner par la sensation accoutumée, et y satisfait selon l'exigence.

Affection des reins.

L'albuminurie est une affection qui s'observe assez fréquemment chez les enfans, surtout à la suite de la scarlatine ; mais elle n'est jamais aussi grave que chez les adultes. Les caractères qui traduisent cette affection sont, d'ailleurs, les mêmes chez les premiers comme chez les seconds.

Affection nerveuse de la vessie.

Le nº 30 de Saint-Côme est un enfant fort intelligent, qui est dans le service depuis cinq mois. Il souffre toutes les fois qu'il ressent le besoin d'uriner et toutes les fois qu'il y satisfait.

Des explorations répétées n'ont fait reconnaître aucune altération, soit de la vessie, soit des reins. Il a été sondé à plusieurs reprises et dans toutes les positions, au moment même où il expulsait les urines, et jamais nous n'avons constaté l'existence d'un calcul vésical. Les urines ne sont pas catarrheuses. Tous ces résultats négatifs nous ont conduit à admettre qu'il s'agissait ici d'une affection nerveuse, et nous l'avons traité en conséquence.

Les sangsues au périnée ont été appliquées d'abord, après quoi nous avons employé les calmans et les antispasmodiques sous plusieurs formes, sans plus de succès. Ce sont d'abord des frictions avec la pommade de belladone, qui ont été faites au périnée, auxquelles nous avons fait succéder l'introduction de bougies enduites de cette même pommade. Ensuite, nous avons successivement essayé la sonde à demeure, les injections narcotiques faites avec les feuilles de belladone et de morelle ; les vésicatoires volans appliqués à l'hypogastre ; l'eau de Vichy à l'intérieur, les bains sulfureux, et enfin les vésicatoires saupoudrés d'hydrochlorate de morphine. Nous avons persisté huit, dix ou douze jours dans l'emploi de chacun de ces moyens, sans que nous ayons vu survenir aucun changement favorable.

Le malade, à part son affection vésicale, se porte bien, et l'on ne remarque pas d'altération dans sa santé générale.

Maladies de l'urètre.

Il est des enfans atteints d'incontinence urinaire, qui sont tellement maltraités par les parens que, pour obvier aux inconvéniens de leur incommodité, et qui sont des sources de mauvais traitemens qu'ils subissent, se lient la verge. La constriction à laquelle l'organe se trouve soumis, entraîne souvent son excoriation, et dans quelques cas le canal de l'urètre est coupé par le lien.

Cet accident grave est arrivé chez le nº 31 de la salle Saint-Côme, qui, lors de son entrée à la clinique, présentait une plaie urétrale par laquelle passait la totalité de l'urine. Un tel état pathologique ne réclame pas d'autre médication que celle qui, en pareil cas, est employée chez l'adulte. Elle consiste essentiellement dans l'introduction d'une sonde qu'on laisse séjourner dans le canal. Il importe ensuite d'aviser aux moyens capables de procurer, autant que possible, le rapprochement des bords de la plaie.

K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Excision des petites lèvres sur une jeune fille de douze ans.

La nymphotomie faisait autrefois le sujet d'un article à part dans les traités de chirurgie ; c'est qu'alors cette opération était pratiquée aussi souvent qu'elle est rare aujourd'hui. On s'était imaginé que l'ablation de cette partie des organes génitaux pouvait mettre un frein à l'ardeur des désirs voluptueux et modérer la trop grande lubricité des femmes. C'est ce qui explique l'usage si fréquent qu'on faisait de ce moyen qui était même employé seulement par précaution ; mais on reconnut bientôt qu'on en abusait véritablement et après l'avoir blâmé on arriva jusqu'à le rejeter complètement ; ce qui fit tomber dans un autre extrême aussi nuisible que le premier ; car il est certain que l'excision des petites lèvres doit être quelquefois très utile. Par suite d'un trop grand développement de ces parties, ne reste-t-on pas exposé à voir survenir à ces lèvres pendantes des excoriations que produit ou entretient la malpropreté, une sécrétion âcre et irritante qui les imprègne et peut y amener de l'inflammation, des ulcères, etc.

Les petites lèvres sont d'ailleurs sujettes à une hypertrophie de tel genre que ce soit qui a été souvent observée ; on prétend même que la dimension outrée de ces parties constitue une sorte de beauté chez certains peuples, et, s'il faut en croire le récit de quelques voyageurs, il serait vrai que les femmes se plaisent à allonger leurs petites lèvres et, au moyen de poids qu'elles y suspendent, les font descendre jusqu'aux genoux, dit-on ; c'est ce qu'on appelle le tablier. Il n'est personne au moins qui n'ait entendu parler de la Vénus hottentote que nous avons vue en France et qui portait les nymphes très épaisses et fort longues.

Mais sans que l'hypertrophie des petites lèvres soit le résultat d'une aussi bizarre coquetterie, il est certain que cet état est naturel chez quelques femmes, et même dans nos climats. Maintenant, faut-il voir là la suite d'une dégénérescence éléphantiasique, comme le prétend M. Larrey, ou seulement le produit d'une simple hypertrophie, comme le veulent d'autres chirurgiens? C'est une question que des observations plus multipliées pourront éclaircir ; mais en admettant la possibilité de l'une ou de l'autre de

---

Ceux de la cinquième classe sont encore employés à l'hôpital militaire, où ils s'exercent dans la pratique et commencent à s'habituer à tous les devoirs du service, sous la direction et la surveillance du médecin en chef (qui est aujourd'hui le docteur Flovio, Piémontais, qui a le grade de général, est membre de beaucoup d'académies, chevalier de plusieurs ordres de Russie, publie souvent des articles dans divers journaux de l'empire, et a récemment fait imprimer, en langue russe, une savante monographie sur l'ophthalmie purulente qui a régné dans les armées d'Europe), dont le suffrage équivaut à celui de professeur de clinique.

Le cours annuel d'études commence, à l'Académie, le 1er septembre, et finit le 1er juillet. Les examens se font en public, devant les professeurs et les autres personnages de l'état.

L'examen roule verbalement sur les choses étudiées, et il est permis aux personnes présentes d'interroger à leur gré les étudians.

Quand les examens sont terminés, on lit le compte-rendu annuel de l'Académie, et on proclame, en présence de l'assemblée, les noms des étudians promus au grade de docteur en médecine.

Les étudians entretenus aux frais de la couronne, après avoir terminé le cours d'étude dans l'Académie, sont employés dans le service de l'armée, avec l'obligation, pour les médecins, d'y rester dix ans, aux vétérinaires huit, et aux pharmaciens six ans. Finalement, les étudians qui se sont le plus distingués par leur talent et par leurs progrès dans les études, reçoivent pour prix des médailles d'or et d'argent, et sont envoyés à l'étranger pour se perfectionner dans les sciences médicales, dans les diverses méthodes d'enseignement et dans la carrière entreprise.

Je terminerai ces notices en vous apprenant que, parmi les divers journaux politiques, scientifiques et littéraires qu'on publie à Saint-Pétersbourg, se trouvent quatre ouvrages périodiques spéciaux sur les sciences médicales :

1º Journal médico-militaire, publié sous les auspices de la division de la médecine militaire.

2º L'Ami de la santé, sous la surveillance de la division de la médecine de l'intérieur.

3º Feuille centrale du Nord, sur la pharmacie et la chimie, rédigée par la Société des pharmaciens de Saint Pétersbourg.

4º Les compte-rendus annuels de l'Académie médico-chirurgicale de Saint Pétersbourg, lesquels offrent le progrès des sciences médicales, et particulièrement de la médecine pratique. Tous ces journaux sont écrits en langue russe.

— Extrait et traduit du *Giornale delle Scienze mediche.* (*Luglio ed Agosto.*) Torino, 1840.

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 18 janvier.

Production artificielle de divers phénomènes morbides. — Peu de médecins prennent aujourd'hui la parole ou la plume sans glisser un mot, souvent fort allongé, sur leur rare talent à enlever, faire avorter ou prévenir les maladies, sans faire ressortir avec plus ou moins d'art les immenses services qu'ils rendent chaque jour à l'humanité souffrante. Voici un docteur qui semble avoir pris une direction quelque peu opposée. Il s'adresse à l'Académie, et conséquemment au public, non pour mettre savamment au jour les cures qu'il a opérées, mais pour se vanter des maladies qu'il a fait naître, qu'il a fait croître et mûrir dans les individus d'ailleurs les mieux portans.

M. le docteur Fourcault produit à volonté la suppression des fonctions respiratoires et perspiratoires de la peau ; il produit des altérations physiques ou chimiques du sang, des congestions de ce fluide dans le réseau capillaire, dans le système veineux, dans les cavités droites du cœur, des lésions de tissus, la désorganisation de certains viscères, une suractivité morbide des sécrétions et exhalaisons internes, la formation même de quelques agrégats inorganiques analogues aux tubercules des poumons, et enfin la dernière des maladies, la mort.

Tous ces phénomènes pathologiques sont le produit de la suppression pure et simple du contact de l'air sur la peau, comme on le savait à peu près déjà, par l'effet d'applications immédiates sur cet organe ; d'où résultent la suspension soudaine des fonctions cutanées, le refoulement à l'intérieur des élémens excrémentitiels de la respiration, du gaz acide carbonique, etc., et par contrecoup les altérations ci-dessus.

M. Fourcault annonce aux membres commis à l'examen de ses expériences qu'il est en mesure de les répéter devant eux.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'expériences physiologiques sur les animaux, et nous n'avons pas besoin de dire que, dans les intentions de l'auteur, ces recherches ont en définitive un but très médical. Il est très possible, en effet, d'arriver par elles à quelques lumières nouvelles sur la genèse si mystérieuse encore des affections morbides.

Propriétés curieuses de la naphthaline. — M. J. Rossignon appelle l'attention de l'Académie sur ce carbure d'hydrogène, trop négligé jusqu'à ce jour, que renferment l'huile de naphthe et les produits de la distillation de la houille, notamment le gaz pour l'éclairage, qui lui doit en partie l'odeur empyreumatique qui l'accompagne.

Il assure qu'en raison même de cette odeur très fétide très pénétrante, la naphthaline possède des propriétés précieuses et particulièrement celles du camphre au plus haut degré ; qu'elle est un puissant vermifuge, non-seulement comme agent thérapeutique, mais comme agent conservateur des substances organiques qu'attaquent ordinairement les insectes ; qu'elle préserve pour toujours, dit-il, les étoffes des teignes, qu'elle préserve les également les semences des insectes rongeurs, les engrais secs pulvérulens de matière animale de l'action des veers et des rats ; qu'elle agit comme puissant antiseptique.

Mélangée avec partie égale de camphre, la napthaline donne par trituration un composé tout à fait analogue à un cérat fusible à la chaleur de la main, quoique les deux corps le soient isolément assez peu, composé que l'auteur propose d'employer à la place de l'huile camphrée, formée d'acide nitrique et de camphre.

Nous ferons observer que la note de M. Rossignon se borne aux assertions ci dessus, qu'il eût été bon d'appuyer de la relation des expériences sur lesquelles elles se fondent.

ces affections dans ces organes, le moyen d'y remédier, le plus sûr et le plus prompt, reste toujours le même, c'est l'excision.

Telle est l'indication à suivre dans le cas qui nous a suggéré ces réflexions ; il s'agit, en effet, d'un allongement considérable des petites lèvres, chez une jeune fille de douze ans (6 centimètres environ pour chacune). M. Velpeau attribue ce développement à une simple hypertrophie des organes ; les tissus sont flasques, mous, colorés comme dans l'état normal, et ne semblent le siége d'aucune altération ; la disposition de ces parties coïncide chez cette jeune fille, comme cela arrive presque toujours, avec de mauvaises habitudes auxquelles elle se livre depuis quelque temps, mais dont elle ressent fort bien toute la honte et le danger, et contre lesquelles elle demande elle-même à être prémunie.

Il n'est pas certain cependant que l'excision des petites lèvres soit une ressource suffisante pour amortir les désirs de cette nature ; contre cette espèce de nymphomanie, quand elle est bien prononcée, il n'y a que l'ablation du clitoris qui offre un moyen assez sûr de la réprimer ; et c'est l'opération que M. Velpeau aurait pratiquée sans balancer sur cette jeune fille, si chez elle cet organe eût présenté un développement anormal, ou les traces d'une altération quelconque. Mais se bornant à l'excision des nymphes, il y a procédé suivant la méthode simple et ordinaire appréciable en pareil cas, c'est-à-dire qu'après avoir passé préalablement quelques fils vers la base des petites lèvres un peu en-deçà du point où devait porter la séparation, toute la portion allongée de ces parties a été enlevée d'un seul coup de ciseaux de chaque côté ; après quoi la ligature a été faite facilement par la réunion des fils avant de faire la section, afin qu'il n'y ait aucune difficulté à rapprocher ensuite les bords de la plaie et empêcher ainsi la séparation de la peau avec la muqueuse, qui arriverait inévitablement, et pourrait entraîner mille inconvéniens.

Chez notre jeune fille, une cicatrisation parfaite ne s'est pas fait attendre plus de huit jours, et elle est sortie guérie de son incommodité, et corrigée, disait-elle, pour quelque temps du moins, de ses mauvais penchans. L. E.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Effets du sulfate de quinine sur les engorgemens de la rate.

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son nº du 12 janvier, donne l'observation d'une fièvre intermittente avec engorgement de la rate. Le rédacteur de cette observation rapporte à ce sujet la leçon clinique de M. le professeur Chomel, où il s'agit de l'influence du sulfate de quinine sur les engorgemens de la rate et qui se termine par ces paroles :

« Nous ne voulons pas dire que le sulfate de quinine soit nuisible, mais nous maintenons qu'il est inutile, car jamais nous n'avons vu la rate diminuer de volume plus promptement sous son influence que lorsque l'affection a été abandonnée à elle-même. »

Or, cette question intéresse à un haut point la thérapeutique des fièvres intermittentes en général, et des hyperspléno trophies en particulier. L'opinion qui est attribuée ici à M. Chomel, étant en contradiction directe avec les faits observés tous les jours par M. le professeur Piorry, ce dernier, au lit d'un malade atteint précisément d'un engorgement de la rate qui, du jour au lendemain a notablement diminué sous l'influence du sulfate de quinine, a dit à ce sujet quelques mots qui, dans l'intérêt de la science, méritent d'être rapportés.

Il y a à peu près quinze ans, dit M. Piorry, que M. Bally, alors médecin à l'Hôte-Dieu, s'est aperçu que les engorgemens de la rate, suite des fièvres intermittentes anciennes, diminuaient constamment sous l'influence du traitement par le sulfate de quinine. Il traita tous les cas de ce genre par ce moyen, et il vit que lorsqu'il ne réussissait pas, ce qui était fort rare du reste, cela tenait à une dégénérescence de la rate, et que dans les cas d'hyperspléno trophies simples le succès était infaillible. Il fit part de ces faits au monde médical, dont la majorité connaissant la haute probité, les talens élevés et le caractère sans reproche de l'observateur, n'éleva aucun doute sur l'exactitude de l'observation, qui fut pleinement confirmée par bon nombre de praticiens.

Il se trouva pourtant des incrédules, et la chose n'est pas étonnante. On n'avait alors que la palpation pour mesurer le volume des organes, et on sait combien elle est insuffisante pour apprécier l'état d'un organe tel que la rate.

Mais bientôt arrive la percussion ; on parvient à l'aide de ce précieux moyen d'investigation à diagnostiquer les hypertrophies des viscères avec une exactitude mathématique. On reprend les recherches de Bailly. On mesure la rate ; on la trouve presque constamment hypertrophiée dans les fièvres intermittentes, et on voit que du jour au lendemain elle diminue sous l'influence du traitement par le sulfate de quinine, non pas d'une ou deux lignes, mais jusqu'à un pouce quelquefois. Ce n'est pas tout, ce n'est pas seulement dans l'espace de vingt-quatre heures que cela s'observe. Un malade est placé au nº 1 de la salle ; il est atteint d'une fièvre intermittente; la rate est grosse; on la mesure ; on marque avec des lignes noires ses limites ; on administre le sulfate de quinine à l'instant même ; la visite est continuée et, après la visiste, c'est-à-dire à une heure de distance à peine, on revient sur l'examen de la rate de ce malade ; on la trouve diminuée de plusieurs lignes, et ceci est arrivé assez souvent à la connaissance de beaucoup de médecins qui venaient ici pour se convaincre du fait. On ne s'est pas contenté d'un examen fait par une seule personne ; on a fait percuter bon nombre d'assistans, et pas un n'a nié, pas un n'a douté. On a parlé et reparlé de ces faits remarquables ; on les a répétés bien de fois à l'Académie, et nous possédons, ajoute M. Piorry, plus de trois cents observations recueillies avec le plus grand soin, qui constatent et corroborent notre opinion, et qui trouveront leur place dans un ouvrage où il sera question des fièvres intermittentes.

Et après de telles preuves, si claires et si évidentes, on vient aujourd'hui contester l'utilité du sulfate de quinine. C'est presque incroyable. Nous sommes surtout autorisés à nous en étonner par le souvenir bien récent encore du dernier concours pour le prix Corvisart.

Or, dans ce concours plusieurs élèves de MM. Chomel, Fouquier et Rostan, se disputaient la palme. Il s'agissait de déterminer les effets du sulfate de quine. Tous les concurrens parlaient de son action puissante sur les engorgemens de la rate, et ils s'appuyaient sur des faits observés dans les services de leurs maîtres. Les élèves de M. Chomel m'ont communiqué, avant de savoir que je serais leur juge, des observations analogues tirées du service de ce professeur. M. Chomel s'est uni à moi pour voter le prix à un de ses élèves qui a rapporté les effets remarquables du sulfate de quinine dans les hyperspléno trophies, et aujourd'hui M. Chomel nierait ses effets.

Encore une fois, si M. Chomel a dit cela, c'est qu'il n'aurait pas examiné la rate avec assez de soin. Se servant de la percussion sur le doigt, il lui aura été impossible d'arriver à des résultats positifs. D'ailleurs, disons-le, puisque nous en sommes-là, M. Chomel juge la percussion avec une prévention qui se ressent peut-être un peu de celle qu'il a contre son auteur. Ceci soit dit en passant, et nous serions bien fâché de mêler des personnalités à des questions scientifiques. Aussi ne nous verra-t-on jamais faire des attaques contre personne, mais on nous trouvera toujours ferme et résolu quand il s'agira de défendre l'exactitude des faits que nous avançons.

Nous défendrons nos opinions par des preuves positives. Ainsi, pour ce qui concerne la question qui nous occupe, nous maintenons que le sulfate de quinine est d'une utilité incontestable dans les hyperspléno trophies, et nous nous faisons fort de le prouver dans le service de M. Chomel lui-même, si on le veut. Nous demanderons seulement, si la partie est acceptée, qu'on nous laisse agir sur dix cas d'hyperspléno trophie, dont la moitié sera traitée par le sulfate de quinine, et la moitié par la méthode adoucissante de M. Chomel. La comparaison de ces cas les uns avec les autres nous apprendra alors à quoi nous en tenir.

La trachéotomie dans quelques cas de varioles confluentes.

Les terminaisons funestes si fréquentes dans les varioles confluentes, arrivent, comme on sait, par suite de la résorption purulente ; mais dans bien des cas, c'est l'anhématosie par le pus des pustules varioliques du pharynx et du larynx qui est la cause de la mort. Les pustules dans le pharynx sont accessibles à la vue, et leur existence dans le larynx est bien démontrée par les modifications qui surviennent du côté de la respiration et de la voix, et surtout par des faits très nombreux de l'anatomie pathologique. Il est on ne peut plus évident que dans des cas de cette gravité, les malades meurent asphyxiés. M. Piorry possède plusieurs observations de ce genre, et il regrette de n'avoir pas eu recours à la trachéotomie, qui, selon lui, aurait sauvé la vie à plus d'un malade. Il a la ferme conviction que ce moyen, tout théorique qu'il soit jusqu'à présent, mérite de fixer l'attention des praticiens ; il le mettra en pratique à la première occasion, et nous ferons part de ses résultats. Dr Lubanski.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 28 JANVIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 12, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Affection des organes génito-urinaires dont le point de départ fort ancien est difficile à préciser. Diagnostic intéressant. Théorie nouvelle des dépôts urineux.

Il s'agit d'un colporteur, Jean-Baptiste Finault, âgé de cinquante-un ans, et d'une constitution qui ne semble pas encore trop affaiblie en raison des fatigues et des maladies que cet homme a eu à supporter. En effet, dans les nombreuses excursions tant en France qu'à l'étranger auxquelles l'assujettissait son genre de commerce, il a été principalement atteint de fréquentes affections syphilitiques ; c'était chez lui un état presque habituel depuis la première chaude-pisse qu'il gagna à l'âge de vingt ans, étant militaire à la Guadeloupe ; depuis d'autres blennorrhagies, avec accompagnement de toutes les complications des maladies vénériennes, lui survinrent aux Indes, en Portugal, à Alger, etc., et ce fut par suite de ces affections multiples ou à cause de leurs traitemens incomplets qu'il y a environ douze ans, cet homme fut atteint d'un rétrécissement de l'urètre qui amena une rétention d'urine, une infiltration, puis un abcès occupant la région du périnée, et remontant le long des parois de la fosse iliaque droite. A cette époque, il fut soigné par Dupuytren, qui pratiqua deux ouvertures pour favoriser l'écoulement du pus, l'une à la région du périnée, l'autre vers la moitié de l'endroit correspondant à l'arcade crurale droite. Il sortit de l'Hôtel-Dieu à peu près guéri.

En 1830, Finault gagna une nouvelle chaude-pisse ; de nouveaux abcès survinrent, qui semblèrent être guéris au bout d'un certain temps ; mais il lui resta une difficulté continuelle à uriner ; et à la région du périnée, il se manifesta des points fistuleux qui persistent encore. Enfin, il y a environ quinze jours, l'émission des urines étant devenue presque impossible, et les douleurs d'une rétention prolongée étant tout à fait insupportables, le malade réclama de nouveaux secours. Il se rendit une première fois à l'hôpital de la Pitié, puis à l'Hôtel-Dieu ; et il y fut soulagé sans doute au moyen de bains, de linimens, de topiques émolliens, ou autres moyens dont il ne nous rend pas compte, prétendant seulement que dans l'un et l'autre établissement il a été impossible de faire pénétrer la plus petite sonde dans sa vessie. Aujourd'hui, c'est à nous qu'il s'est adressé, son état de souffrance le tourmentant davantage. Voici, en l'examinant, ce que l'on constate de plus clair : il porte au périnée, à peu près au niveau de la région bulbeuse de l'urètre, une tumeur volumineuse qui semble être le point d'arrivée des trajets fistuleux dont nous avons parlé. Trois ouvertures s'y trouvent par lesquelles il se fait un suintement continuel d'urine, et d'autant plus abondant depuis quinze jours, que le rétrécissement urétral semble avoir pris de la recrudescence. Cependant, dans les efforts que le malade fait pour uriner, quelques gouttes de liquide sortent aussi par le méat. Outre cette tumeur assez peu grosse, on en trouve une autre beaucoup plus volumineuse, occupant la fosse iliaque gauche, et dont le développement a été marqué par des progrès rapides depuis quinze jours, époque à laquelle le malade fait remonter son apparition. Cette tumeur s'étend de la partie inférieure de la ligne blanche et du ligament de Poupard qui la limitent en dedans et en bas jusqu'aux environs de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure qui la bornent en dehors et en haut. Néanmoins, elle est très irrégulièrement circonscrite ; et quant à sa profondeur, il est impossible de rien indiquer de certain, attendu qu'il est presque sûr que cette tumeur se continue dans le bassin, où elle a pris peut-être son point d'origine; c'est ce que nous tâcherons d'éclaircir. Sous la pression, il se manifeste, dans l'intérieur du bassin, une douleur vive et profonde et les doigts ne rencontrent qu'une fluctuation assez obscure ; à la percussion, la tumeur offre un peu de sonoréité ; la peau est sans changement de couleur ni aucune altération en cet endroit. Les mouvemens des muscles abdominaux correspondans, les mouvemens d'inspiration et ceux des efforts que le malade fait pour uriner sont ceux auxquels il accuse le plus de douleur.

En explorant l'urètre on rencontre un rétrécissement considérable situé, comme presque toujours, à la région membraneuse ; néanmoins une sonde n° 2 peut pénétrer dans la vessie, sans trop de difficultés, soit que les sinuosités du canal aient changé depuis les premières tentatives, soit qu'on ne se soit pas servi d'une sonde assez petite. Dès le lendemain, celle du numéro immédiatement supérieur a été introduite et laissée dans le canal, pour être remplacée par d'autres successivement plus grosses. C'était, de ce côté, tout ce qu'il y avait à faire.

Mais revenant à la tumeur de la fosse iliaque, tâchons d'en établir le diagnostic assez difficile et d'en faire reconnaître la nature ; c'est là le point important de cette observation. Pour y parvenir il faut procéder par élimination, et par conséquent mettre de côté les tumeurs qui, chez les femmes, occupent particulièrement cette région par suite d'hypertrophie, de dégénérescence ou d'altération des organes qui y sont situés.

Maintenant, dans l'un et l'autre sexe il peut se développer là des tumeurs de toute autre nature, soit concrètes, soit liquides et purulentes, soit occasionnées par la réplétion des intestins. Celles-ci ne sont pas rares ni peu dangereuses. Pouvant en supposer l'existence dans le cas actuel, M. Velpeau a fait administrer un purgatif qui a un peu soulagé le malade, mais n'a aucunement modifié la tumeur.

Quant aux premières, les tumeurs concrètes, elles ne s'établissent point ordinairement en quelques jours, et n'acquièrent pas surtout en aussi peu de temps un volume considérable comme celui de la tumeur que nous avons sous les yeux. On peut donc bien encore exclure ces deux classes de tumeurs et chercher parmi celles de nature liquide, qui nous restent à examiner, où ranger celle qui nous occupe. Il est évident que c'est dans cette catégorie qu'il faudra la placer : les signes de fluctuation qu'elle offre nous le disent, en outre que la présence de la maladie de l'urètre nous en a déjà fourni la présomption et nous l'explique. Mais cet état de la tumeur une fois reconnu, nous ne nous amuserons pas à faire constater d'avance quelle doit être la nature du liquide qui la remplit. Evidemment ce ne peut être ni du sang ni de la sérosité ; nous savons déjà que c'est du pus. Tâchons donc à présent d'établir d'où il vient et ce qui a pu occasionner sa formation, et disons en deux mots, que cette tumeur peut avoir été produite par une maladie quelconque des intestins, principalement de l'*S* du colon ou des muscles psoas ou des os du bassin ; mais, encore une fois, dans l'un ou l'autre de ces cas, un pareil résultat n'arrive point inopinément et sans avoir été précédé de douleurs et d'un état maladif général ou local, toujours facilement appréciable. Or, pouvons-nous maintenant aller chercher la cause de cette tumeur ailleurs que dans l'affection des organes génito-urinaires qui restent seuls pour nous l'expliquer et dont l'état nous le démontre clairement au surplus, par l'établissement des fistules qui se sont formées et la présence du pus qui en découle? Telle est donc, à notre avis, l'origine presque certaine de cet abcès, bien qu'il puisse encore provenir de quelque lésion des intestins, mais nous ne le pensons pas. Quoi qu'il en soit, il n'a pas semblé à M. Velpeau qu'il fallût attendre pour en faire l'ouverture et, ayant enfoncé un bistouri très étroit à une profondeur d'environ dix centimètres vers la partie externe et inférieure de la tumeur, il en sortit une grande quantité d'un pus grisâtre, fétide, urineux, mal lié et mélangé à des gaz également infects. Un stylet porté plus avant, pénétra très profondément dans la fosse iliaque du côté du périnée.

Pendant quelques jours la plaie laissa encore sortir beaucoup de pus, puis la quantité en diminua graduellement, en même temps que l'écoulement des urines par les points fistuleux devint aussi de moins en moins considérable, et leur trajet par l'urètre peu douloureux et assez facile ; mais un jour le malade irrité par la douleur que lui avait causée l'introduction d'une sonde d'un n° un peu plus fort, voulut si absolument sa sortie, qu'il fut impossible de la lui faire retarder. Son abcès était dans un bien meilleur état, mais il était loin d'être guéri ; cependant il se sentait, lui, aussi bien que possible, disait-il, et il allait recommencer à *rouler*, suivant son expres-

---

FEUILLETON.

Esquisse de la vie de frère Jacques.

Par M. SOUBERBIELLE.

Frère Jacques de Beaulieu est né en 1651, dans le hameau de Létendonne, aux environs de Lons-le-Saulnier, en Franche-Comté. Il était attaché à l'hôpital de cette ville comme chirurgien, lorsque la renommée de Paulony, chirurgien-lithotomiste italien, vint jusqu'à lui. Voulant s'instruire dans l'opération de la pierre, il se rendit près de ce lithotomiste, qui parcourait les contrées des Pyrénées-Orientales de la France. Il fut bien accueilli de ce chirurgien, qui l'admit à sa suite dans ses opérations. Lorsque Paulony voulut retourner dans sa patrie, il proposa à frère Jacques de le suivre ; celui-ci, en lui exprimant sa reconnaissance, refusa sa proposition, en lui disant qu'ayant tout il se devait à son pays, et ils se quittèrent en s'exprimant leurs regrets. Soit que Paulony eût fait opérer frère Jacques, ou qu'il se fût assez pénétré de cette opération, il s'y livra lui même, et bientôt les malades accoururent près de lui. Sa réputation s'étendit de plus en plus, avec d'autant puls de raison que les lithotomistes étaient fort rares dans ce temps-là. Les malades se rendaient en foule au-devant de lui, et il allait au secours de ceux que leurs souffrances et leurs infirmités empêchaient de se déplacer. Frère Jacques était appelé de toutes parts, non seulement dans toute la France, mais aussi à l'étranger.

Frère Jacques, après avoir opéré de la taille par le grand et le petit-appareil, pendant quinze années consécutives, ayant reconnu les vices de ces deux opérations, bornant l'incision du bulbe de l'urètre parallèlement au rafé, de sorte que la partie membraneuse et prostatique de l'urètre, le col de la vessie, une partie de son corps et la glande prostate qui y correspond, étaient dilatés par la violence, d'où résultaient la contusion, le déchirement, l'inflammation et la gangrène qui en étaient la suite.

La taille par le petit appareil était insuffisante et fort dangereuse.

Frère Jacques ayant remarqué toutes ces imperfections, crut pouvoir y remédier par l'invention de la taille latérale, qu'il exécutait en commençant son incision là où finissait le grand appareil de Jean des Romains, et où commençait l'incision du petit appareil ou la taille de Celse, en incisant latéralement, de manière que frère Jacques, par sa nouvelle méthode, coupait la partie membraneuse et prostatique de l'urètre, le col et le corps de la vessie, ainsi que la glande prostate qui y correspond. Ses succès le confirmèrent dans ses justes réflexions et observations.

Frère Jacques opérait toujours en présence des médecins et chirurgiens, et il enseignait son opération à tous ceux qui voulaient l'apprendre ; il ne demandait pour toute récompense que des certificats de ce qu'on lui avait vu faire en assistant à ses opérations. L'argent qu'il recevait des riches était distribué aux pauvres. Il avait adopté l'habit monastique, sans doute pour voyager commodément et à moins de frais, étant reçu dans les couvens.

Il fut toujours très exact à ses devoirs de religieux : ses ennemis lui rendent cette justice ; sa douceur le faisait aimer de tout le monde ; ses talens, sa dextérité et son expérience, étonnaient les gens de l'art témoins de ses succès et de ses ressources dans les opérations les plus difficiles.

Frère Jacques, après avoir pratiqué l'opération de la taille pendant vingt-cinq années, en y procédant quinze années par le grand et le petit appareil, et pendant dix autres années par sa nouvelle méthode latérale, et avoir taillé pour le moins quatre mille cinq cents malades, se rendit à Paris dans l'automne de 1697.

Porteur de certificats des médecins et chirurgiens qui l'avaient vu opérer, ainsi que des malades, magistrats et gouverneurs où il avait passé, il était aussi porteur d'une lettre d'un chanoine de Besançon à un chanoine de Notre-Dame de Paris ; celui-ci le présenta au président du Harlay, qui, après avoir pris connaissance des titres dont il était porteur, chargea Méry, de l'Académie des sciences, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et de la reine, d'examiner la manière d'opérer de frère Jacques, et de lui en rendre compte. Méry fit opérer frère Jacques sur le mort.

La description anatomique qu'il fait des parties qu'il avait intéressées dans son opération, ne laissait rien à désirer.

« Cette opération étant faite, je disséquai, dit-il, page 19, en présence de MM. les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, les parties qui avaient été coupées. Par la dissection que j'en fis, et en les comparant avec les mêmes parties du côté opposé que je disséquai aussi, nous remarquâmes que frère Jacques avait d'abord coupé des graisses, environ un pouce et demi d'épaisseur ; qu'il avait ensuite conduit son scalpel lithotome entre le muscle érecteur et l'accélérateur gauche sans les blesser, et qu'il avait enfin coupé le col de la vessie dans toute sa longueur par le côté, et environ à un demi-pouce du corps même de la vessie, et tiré la pierre avec facilité. »

Méry ajoute dans son premier rapport : « L'opération de frère Jacques ne peut être suivie ni de l'ecchymose, ni de la fluxion, ni de la suppuration, qui se font fort souvent dans les membranes des bourses, à l'occasion de l'opération du grand appareil que nous pratiquons. »

Il lui fit ensuite opérer à l'Hôtel-Dieu, un homme âgé de quarante ans, qui guérit promptement sans accidens.

Méry ne faisant pas son rapport à M. le président, las d'attendre, Jacques se rendit à Fontainebleau où était la cour. Il était porteur de lettres de recommandation pour MM. Fagon et Félix, premiers médecin et chirurgien du roi, dont il fut bien reçu ; ils savaient déjà ce qui s'était passé à Paris et à l'Hôtel-Dieu.

Ils désiraient le voir opérer sur le vivant. Il se présenta un jeune homme, cordonnier de sa profession ; il l'opéra avec son habileté ordinaire : le malade guérit si promptement qu'il se promenait dans les rues, en moins de trois semaines. Cette cure fut regardée comme merveilleuse, et faisait l'admiration de tous. Le bruit de cette cure arriva jusqu'à Louis XIV, qui voulut voir frère Jacques ; il le recommanda à Bontemps, son valet-de-chambre et gouverneur de Versailles, qui le retira chez lui, où il fut nourri aux dépens du roi.

Bientôt après, il suivit la cour à Versailles, où il trouva six calculeux qui l'attendaient. Il n'en tailla que quatre, deux à l'hôpital et deux en ville ; ils guérirent tous.

La cour chargea M. le premier président d'ordonner qu'il ferait toutes les opérations de la taille, au printemps suivant, 1698, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité de Paris. Frère Jacques se rendit à la capitale pour tailler quelques pierreux, en attendant le temps prescrit pour tailler dans les hôpitaux, et ses succès furent aussi heureux que ceux qu'il avait déjà obtenus à la cour.

Le premier président, en vertu des ordres du roi, chargea Méry, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu, de lui faire son rapport sur la taille de frère Jacques.

Premier rapport de Mery. (*V.* son livre publié en 1700, page 20 ; et Garangeot, p. 206.)

« Monseigneur,

» La manière d'opérer de frère Jacques me paraît beaucoup

sion, jusqu'à ce que des souffrances plus grandes vinssent l'arrêter tout-à-fait, ou que la mort ne le débarrassât complètement de son mal. C'est sans doute à ce caractère insouciant et à cette habitude de ne pas persévérer dans son traitement et de quitter les hôpitaux sitôt que son état était un peu amélioré, que cet individu doit de n'avoir pas encore été guéri de son affection, et c'est ainsi qu'il finira par la rendre tout-à-fait incurable.

Mais tout n'est pas dit ici, par cela seul que nous avons trouvé que l'abcès de la fosse iliaque devait provenir d'une altération des organes génito-urinaires, et que cet abcès était formé par du pus épanché, non pas dans une poche qui le contenait, mais au travers des aréoles mêmes des tissus qui en étaient infiltrés. Un dernier point de cette observation, le plus obscur peut-être, mais le plus important aussi, c'est de pouvoir préciser en quel endroit des différentes couches de tissus qui forment le plancher du petit bassin, le pus de notre abcès a pris naissance, et quelle route il a dû suivre pour que la tumeur vînt se manifester extérieurement comme elle l'a fait. Bien que la lésion la plus appréciable se trouve dans l'urètre, il est évident cependant que le pus amassé en arrière des parois abdominales au-dessus de l'arcade crurale, ne peut provenir de la lésion de cet organe, à moins toutefois qu'elle n'existe aux dernières limites de sa portion la plus reculée. Le pus vient-il alors de quelqu'affection de la vessie ou des uretères? On peut le supposer, mais il ne serait pas impossible non plus qu'il n'en fût rien; et cependant, malgré l'embarras que nous semblons faire naître ici pour la résolution de ces questions, il est peu de cas où l'on ne puisse savoir positivement lequel de ces organes souffre, et quelle est sa partie malade. Mais pour cela, il faut avoir étudié soigneusement les rapports de l'anatomie et de la chirurgie, et avoir fait cette étude non pas dans son cabinet, mais sur le cadavre; il faut connaître et se représenter exactement la position des différentes couches de tissus musculaire, aponévrotique et cellulaire qui s'entremêlent pour former l'épaisseur du périnée; car c'est de cette disposition anatomique que dépendra presqu'uniquement la marche du pus dans un sens ou dans l'autre; et comment comprendre cette marche, si l'on reste ignorant des raisons qui l'expliquent et la font même deviner?

En effet, qu'un abcès se développe au périnée, mais qu'il soit sous-cutané, c'est-à-dire placé dans le tissu cellulaire qui se trouve entre la peau et l'aponévrose superficielle ou inférieure, comme à la suite des lésions de la région profonde de l'urètre, par où s'étendra le pus qui s'amassera en cet endroit? Nulle part ailleurs qu'à la partie interne et supérieure des cuisses, à la partie superficielle du périnée, et autour des bourses inférieurement, sans pouvoir remonter jusqu'au bas-ventre; voilà déjà donc une première classe d'abcès siégeant dans le premier plan de tissu cellulaire, limités en avant par la peau, et en arrière par l'aponévrose inférieure ou superficielle.

Une seconde classe comprendra ceux qui s'établiront au-dessus de cette aponévrose superficielle, et au-dessous de l'aponévrose moyenne, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire qu'elles renferment entr'elles deux, et d'où le pus s'infiltrera facilement le long de l'urètre vers les bourses, entre les dartos qu'il distendra, si de ce côté l'aponévrose inférieure n'est pas éraillée, et si elle ne forme pas obstacle à ce que le pus pénètre en avant d'elle-même, c'est-à-dire à ce que l'abcès devienne sous-cutané; mais, si cette aponévrose inférieure résiste, alors le pus continuera de remplir l'interstice qui se trouve entre elle et la moyenne, et du scrotum qu'il aura d'abord envahi, il remontrera vers la racine de la verge, et pourra même s'épancher jusques dans les régions iliaque ou hypogastrique. C'est à cela qu'on reconnaîtra le résultat d'une lésion qui aura attaqué, soit les environs du bulbe de l'urètre, soit un point quelconque du second plan cellulaire du périnée limité par ces deux aponévroses inférieure et moyenne. Il est à croire que lors des incisions faites par Dupuytren, pour les premiers abcès survenus chez notre malade, c'était à ce mode d'infiltration purulente qu'on avait voulu remédier.

Enfin, une troisième classe d'abcès sera formée par ceux qui, partant de la portion prostatique de l'urètre, ou, plus profondément encore, du col de la vessie, de la vessie elle-même, ou des uretères, donneront naissance à une suppuration dont le produit s'épanchera soit dans le tissu cellulaire qui forme le troisième plan périnéal, c'est-à-dire qui se trouve entre l'aponévrose moyenne et celle profonde ou supérieure, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéale, c'est-à-dire en arrière ou au-dessus de cette dernière aponévrose, mais qui, dans tous les cas, au lieu de venir du côté du périnée, des bourses ou de la verge, ira remplir le tissu cellulaire garnissant tous les organes du petit bassin, et finira par remonter ainsi jusque dans la fosse iliaque sous les parois de l'abdomen.

Le point de départ de la tumeur qui se manifestera alors extérieurement, sera, il est vrai, plus difficile à préciser ici que dans les circonstances énoncées précédemment; mais il pourra toujours être soupçonné, et s'il y en a qui, ne saisissant pas ce genre d'altération ou ignorant sa marche ou ses symptômes, soutiennent qu'il n'existe pas, c'est que ceux-là n'ont pas voulu l'étudier. Il est vrai encore que le mal ne marche pas toujours aussi régulièrement, aussi naturellement que nous venons d'en donner l'idée. Sans doute quelquefois il se développe sur toute cette étendue un ou plusieurs points d'inflammation adhésive, des adhérences se forment, des brides s'établissent qui détournent ou arrètent l'infiltration du pus, et alors des modifications arrivent; mais ce sont là des cas fortuits, des accidens qui n'ont rien d'extraordinaire; c'est, en un mot, de la pathologie générale sous-entendue.

Ainsi donc, nous voyons clairement que, suivant la position qu'occupe l'épanchement purulent, on peut connaître le point de départ de la lésion qui y a donné lieu. Etendu superficiellement au périnée, sur les cuisses ou dans les bourses, le pus provient d'un abcès qui n'a pas sa source ailleurs que vers la prostate, qu'entre l'aponévrose inferieure et la peau; si le pus s'est infiltré entre le dastos, à la racine et dans toute la longueur de la verge, s'il a gagné le bas-ventre, l'abcès suinte alors entre l'aponévrose moyenne et l'inférieure, et peut avoir pour cause une lésion de la portion bulbeuse ou membraneuse de l'urètre; mais si l'épanchement situé profondément ne se manifeste que par une tumeur saillante au-dessus du pubis, dans la fosse iliaque, en arrière des parois abdominales, l'abcès se sera formé au-dessus de l'aponévrose moyenne, soit en avant, soit en arrière de celle superficielle, dans le tissu cellulaire intermédiaire à elles deux, ou celui sous péritonéal, et sans qu'on puisse le préciser exactement, l'on saura cependant que la maladie qui l'aura occasionnée a son siége, soit à la portion prostatique de l'urètre, soit au col de la vessie, à la vessie elle-même, soit aux uretères, ou enfin à tout organe renfermé dans le bassin.

Chaque classe d'abcès que nous venons de faire comporte nécessairement des variétés; beaucoup de détails seraient à donner sur chacune d'elles, mais qui nous semblent superflus, si l'on a bien suivi le principe que nous avons cherché à établir.

Ce serait donc à la troisième classe, c'est-à-dire à celle des abcès développés par suite de l'altération de la portion la plus profonde des organes urinaires, mais particulièrement à la lésion de la portion prostatique de l'urètre, que nous rapporterions le genre d'affection dont notre malade a offert l'exemple; primitivement peut-être ne s'est-il agi que d'un abcès de la seconde classe, c'est-à-dire développé entre l'aponévrose moyenne et celle inférieure; mais par suite de complications ou des progrès du mal, cette aponévrose moyenne aura bien pu livrer passage à l'infiltration du pus qui sera venu s'établir alors entr'elle et l'aponévrose supérieure, puis de là aura rempli le bassin et gagné la fosse iliaque? Quoi qu'il en soit, l'état de cet homme nous paraît très grave, attendu la présence des tissus mortifiés que nous avons vu sortir par l'ouverture de son abcès, et cela à cause de la difficulté de pratiquer dans cette région les larges incisions qui seraient nécessaires pour leur donner issue; mais cependant le péritoine et les autres viscères ne paraissant nullement altérés, il y aurait encore lieu d'espérer quelque heureuse modification, si le caractère de cet individu lui permettait de se soumettre aux soins longs et attentifs qui lui seraient indispensables.

L..... E.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

De l'iodure de potassium (1).

Sans agiter ici une question de priorité relative à l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, renvoyant, quant aux indications que j'ai posées et pour la méthode que j'emploie, à ce que j'en ai dit dans mes leçons cliniques et dans les différentes publications que j'ai faites à ce sujet depuis plusieurs années, je ne veux, pour le moment, que répondre à une petite insinuation, de la part de M. Trousseau, qui ne me paraît pas juste.

Si je l'ai bien compris, il paraît me blâmer d'avoir été trop loin dans les doses de ce médicament. Mais si M. Trousseau avait pris la peine de s'enquérir de mes préceptes, il aurait vu que ce sont précisément ceux qu'il professe, au moins pour l'iodure de potassium; c'est-à-dire qu'il faut en donner des doses suffisantes pour guérir, et jamais assez fortes pour être nuisibles. Or, puisque M. Trousseau m'accorde d'avoir vu plus de malades que lui, je lui dirai que j'en ai trouvé chez qui cinquante centigrammes par jour suffisaient, et d'autres chez lesquels il a fallu aller à *dix grammes;* et que, si j'avais dépassé la dose chez les premiers, j'aurais mal fait; comme aussi je n'aurais rien obtenu si j'étais resté au-dessous de la dose la plus forte, chez ceux qui la réclamaient. Il faut, avant tout, ne pas nuire aux malades: c'est une loi absolue; mais il faut aussi les guérir. Eh bien! pour guérir, mon honorable confrère verra, lorsque l'expérience l'aura un peu plus servi, que la dose avec laquelle il a obtenu un résultat, n'est pas celle qui lui réussira toujours. Du reste, si M. Trousseau avait besoin d'être rassuré sur les doses auxquelles on peut donner l'iodure de potassium, je lui

(1) *Voir* l'article publié par M. Trousseau dans le nº du samedi 23 janvier de la *Gazette des Hôpitaux.*

---

plus avantageuse pour l'extraction de la pierre que celle qui se pratique ordinairement, parce que l'incision étant faite dans le col et le corps de la vessie, et la pierre tirée par la partie la plus large, que forment les os du pubis, elle peut sortir avec facilité et sans aucun effort. De là vient que les parties que frère Jacques divise n'étant que coupées, peuvent plus facilement se réunir; qu'elle n'expose point aux hémorrhagies comme la commune opération, ni aux contusions, ni au déchiremens qui donnent lieu aux inflammations et aux fistules, en perdant une partie considérable de leur substance par la suppuration... (Premier exposé de Méry.) »

Mais il est fort à craindre, dit Méry dans son second rapport, huit jours après, à messieurs les administrateurs de l'Hôtel Dieu, assemblés à l'archevêché, que le sphincter étant coupé, il ne reste une incontinence d'urine. Voilà le texte du second rapport qu'il fit quelques jours après à l'assemblée des administrateurs, pour déprécier et atténuer le bel éloge qu'il avait fait de la taille de frère Jacques dans son premier rapport à M. le premier président.

Méry ajoute, p. 41: « Frère Jacques court risque de percer le rectum et de couper les rameaux des artères et des veines hypogastriques avec les vaisseaux de la verge; il sera aisé, dit-il, de juger que ces accidens étant d'une plus grande conséquence que ceux qui arrivent à la taille ordinaire, le grand appareil, la méthode qu'il pratique, c'est-à-dire la taille latérale, doit être aussi fort dangereuse, etc. »

Quel pitoyable raisonnement, quelle contradiction! et quelle envie s'élève dans le cœur de Méry depuis sept ou huit jours? Auparavant, il disait dans son rapport à M. le premier président: « Monseigneur, par sa manière d'opérer, frère Jacques ne coupe aucun des muscles de la verge; en faisant son opération, frère Jacques coupe, à la vérité, le corps des prostates, le col entier de la vessie par le côté, et un peu de son corps; mais ces parties n'étant arrosées que par de petits vaisseaux, l'hémorrhagie n'est pas tant à craindre que dans l'opération ordinaire que nous faisons, où l'on coupe toujours la partie spongieuse, la plus épaisse du canal de l'urètre, dans laquelle ces deux artères de la verge déchargent une grande quantité de sang. »

Comment concilier le dire de Méry dans son premier rapport, avec ce qu'il dit dans le second, par lequel il fait couper à frère Jacques les vaisseaux de la verge, qu'il évitait absolument dans le premier rapport, et que Méry avoue que les autres lithotomistes coupent toujours par leur taille au grand appareil? Cette contradiction de Méry avec lui-même, est trop manifeste pour en donner d'autres éclaircissemens.

Les clameurs désagréables des envieux, leurs cabales et leurs sourdes menées, dégoûtèrent frère Jacques du séjour de la capitale. Il quitta Paris au commencement de l'automne, et prit sa route par Orléans, où il était désiré. Il y tailla cinq pierreux à l'Hôtel-Dieu et trois en ville; il fit aussi quelques opérations de la hernie avec son succès ordinaire.

Au printemps de 1699, il se rendit à Aix-la-Chapelle, où il était attendu depuis long-temps. Le gazetier de Hollande l'annonça en ces termes: « Frère Jacques, lithotomiste du roi de France, est arrivé le 28 mai à Aix-la-Chapelle, et fait savoir que si quelqu'un est incommodé de la pierre, il le guérira, ne demandant rien ni aux riches ni aux pauvres, et il offre d'enseigner sa méthode aux chirurgiens. »

Cette annonce ayant attiré à Aix-la-Chapelle un grand nombre de calculeux, frère Jacques y fit plus de soixante tailles, qui furent toutes heureuses. Ce brillant succès donna un nouvel éclat à sa réputation et lui attira de plus en plus la confiance des grands et du peuple. Il se vit mander de toutes parts, et il resta en province presque toute l'année 1700, entre autres à Cologne, où il signala ses talens par de nombreuses opérations, qui lui gagnèrent l'estime et la considération des chirurgiens de cette ville. Ce fut dans cette même année, et pendant l'absence de frère Jacques, que Méry publia son libelle contre lui, dans lequel il le traita de la manière la plus calomnieuse et la plus indécente.

Néanmoins, Fagon, premier médecin du roi, qui avait la pierre, ne le perdait pas de vue, et entretenait avec lui un commerce régulier de lettres, dans le dessein de se convaincre de la sûreté de sa méthode, par la multiplicité de ses succès. Il l'engagea, vers la fin de cette même année, à se rendre à Versailles. La considération particulière que frère Jacques avait pour lui, détermina ce religieux, malgré sa répugnance, à revenir dans un séjour où il avait éprouvé tant de dégoût. Il se rendit à l'instance de M. Fagon, qui le logea chez lui.

Cet hiver fut encore artificieusement employé à lui faire faire de nouvelles épreuves sur les morts. M. Duvernay, fameux anatomiste, fut choisi pour les ouvrir et pour faire une recherche exacte des parties que frère Jacques intéressait dans son opération; on prétextait des corrections à faire à son incision et à sa sonde; mais ce n'était que pour donner le temps à M. Maréchal d'apprendre exactement le *modus faciendi* de ce religieux-chirurgien, auquel M. Fagon avait donné sa parole qu'il le taillerait, et afin de le frustrer en temps et lieu de l'honneur de cette cure. Frère Jacques, à cette époque, n'avait encore rien corrigé à sa méthode ni à ses instrumens; ainsi c'est mal à propos que plusieurs auteurs avancent qu'il avait fait des corrections à sa taille et à ses instrumens.

M. Fagon avait fait rassembler 38 pierreux, tant à la Charité royale de Versailles que dans la ville: Frère Jacques les tailla tous au printemps de 1701, et fit 14 opérations de bubonocèle en présence de ce premier médecin, de M. Félix, et de toute la Faculté de la Cour, celle dudit hôpital et celle de la ville.

Tous ceux qui furent opérés de la taille et du bubonocèle guérirent parfaitement. Ce succès inouï fut affiché par ordre du gouvernement dans tous les carrefours de Paris, et même à la porte de l'Hôtel-Dieu, pour servir de première réponse aux sarcasmes que Méry avait publiés l'année précédente contre le nouveau procédé de frère Jacques, et son impéritie en l'exécutant.

M. Fagon et plusieurs seigneurs de la cour envoyèrent frère Jacques à Angers pour tailler M. Pignerol, maître d'académie équestre dans cette ville, homme connu et estimé des personnes du plus haut rang. Frère Jacques trouva le malade fort exténué et avec la fièvre, et, quoique le cas fût périlleux, il ne laissa pas de lui faire l'opération, qui fut suivie d'une prompte et parfaite guérison.

Il tailla encore dans la même ville 49 autres pierreux, entr'autres M. le Baron de Saint-Denis, qui, malgré son grand âge, guérit en fort peu de temps, ainsi que tous ses autres taillés, à l'exception de deux; mais M. Hunault, célèbre médecin de cette ville, témoin oculaire, déclare, dans l'apologie qu'il fit de frère Jacques contre l'ouvrage de Méry, que les 2 taillés qui moururent sur 50 pierreux étaient incurables, à cause de la triste situation où ils se trouvaient lorsque frère Jacques hasarda de les opérer, ce qu'il ne fit que malgré lui et pour céder aux instances réitérées de ces pauvres malades.

Ce chirurgien-religieux n'ayant plus rien qui l'arrêtât à Angers, en sortit comblé d'éloges et d'honneurs, et revint passer l'hiver à Versailles, chez M. Fagon, qui l'attendait. Ce médecin était résolu de se faire tailler au printemps par frère Jacques; mais les chirurgiens de la Cour lui firent entendre que si l'opération venait à avoir des suites fâcheuses, on pourrait le taxer d'imprudence de s'être confié à un charlatan. Il se vit comme forcé de se mettre entre les mains de M. Maréchal, qui réussit parfaitement.

M. Maréchal tailla M. Fagon selon le procédé de frère Jac-

dirais qu'un de mes collègues, à l'hôpital des Vénériens, M. Puche, le donne très souvent à la dose de *vingt grammes* par jour, et qu'il a même été jusqu'à *quarante grammes!*

Je sais que dans un autre hôpital de Paris, où un de mes collègues très distingué prescrivait l'hydriodate de potasse à hautes doses, son pharmacien, devenu depuis longtemps une de nos célébrités chimiques, ne donnait pas le médicament; mais je sais qu'à l'hôpital des Vénériens il a été régulièrement pris aux doses prescrites. Du reste, il en est de ce remède comme de beaucoup d'autres que M. Trousseau emploie à des doses qui, pour des personnes qui n'en ont pas l'habitude, pourraient paraître blâmables.

Sans entrer dans l'appréciation rigoureuse des cas dans lesquels M. Trousseau emploie actuellement l'iodure de potassium, attendu que ses déterminations ne me paraissent pas bien arrêtées quant à ce qu'on doit entendre par accidens primitifs, successifs, secondaires et tertiaires, je dirai qu'il faut bien se garder de considérer l'iodure de potassium comme un succédané absolu du mercure, et préférable, même dans tous les cas, à cet agent thérapeutique; c'est une erreur professée par Wallace, et qui aurait pu nuire beaucoup à l'adoption de ce médicament. Si l'expérience nous a appris aujourd'hui qu'il est des cas qui guérissent indifféremment par le mercure ou l'iodure de potassium, il en est que le mercure aggrave et que l'iodure de potassium guérit; d'autres, qui résistent à l'iodure de potassium, et qui cèdent au mercure, et d'autres enfin qui réclament la combinaison des deux moyens. Ces cas, on peut presque toujours les déterminer d'avance par les distinctions que j'ai établies; mais pour cela, il faut être un peu plus précis dans l'histoire des malades, et un peu plus rigoureux dans le diagnostic absolu.

J'ai dû me convaincre de cette nécessité dans un voyage que j'ai récemment fait en Angleterre, où la plupart des médecins avaient peu de confiance dans l'iodure de potassium, parce qu'ils l'avaient employé d'après Wallace, sans distinction, et qu'ils avaient eu beaucoup d'insuccès; mais j'ai appris depuis, par M. Acton, un de mes élèves distingué et établi à Londres, qu'en tenant mieux compte des indications, on avait eu des résultats plus heureux et plus constans.

RICORD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 26 janvier.

Médecine vétérinaire. — *M. Renault*, directeur de l'Ecole d'Alfort et membre de l'Académie, fait une proposition écrite au nom de la section de médecine vétérinaire, concernant le nombre de candidats qui se présentent pour le remplacement de Huzard. Ces candidats sont au nombre de quatre : MM. Delafond, Huzard fils, Leblanc et Rigault. Le réglement prescrit de n'en pas porter plus de six, ni moins de trois sur la liste de présentation. La commission propose à l'Académie de les porter tous les quatre, et promet de faire bientôt son rapport sur leur mérite respectif. Cette proposition a été mise aux voix et adoptée (1).

Amputation de l'épaule. — *M. Larrey* fait un rapport favorable sur un cas d'amputation scapulo-humérale pratiquée par M. Goré, à Boulogne-sur-Mer, sur un des blessés de la suite du prince Louis-Napoléon. L'opération a été pratiquée d'après le procédé de Lafaye. M. le rapporteur profite de cette circonstance pour rappeler les cas les plus remarquables de sa pratique relatifs à cette opération, et présente un malade qu'il a guéri sans amputation d'une blessure grave à l'épaule. On voit une énorme cicatrice et un enfoncement dans le moignon; le membre a conservé une grande partie de ses fonctions. Ce sujet a été examiné avec beaucoup d'intérêt. (Remercîmens, approbation, impression dans le Bulletin.)

Réunion des plaies. — *M. Velpeau* fait un rapport sur un instrument de M. Decès, de Reims, propre à réunir les plaies sans suture ni bandelettes collantes, dont le but est de favoriser la réunion immédiate. Cet instrument n'est autre qu'une sorte de pince vissée à deux ou quatre branches. Les faits sur lesquels on base les avantages de cet instrument ne paraissent pas à M. le rapporteur assez concluans pour lui donner la préférence sur la suture simple ou enchevillée; il pense cependant qu'il faut encourager l'auteur, et l'engager à soumettre son invention à une plus ample expérience. M. Decès étant correspondant, aucune conclusion n'a pu être prise sur son travail.

Physiologie générale. — *M. Virey* lit un mémoire intitulé : Des causes physiologiques de la sociabilité chez les animaux et de la civilisation chez l'homme. L'auteur commence par poser en fait, que la cause de la sociabilité chez les animaux qui vivent en société est le sentiment de leur faiblesse. Se reconnaissant faibles, ils s'associent pour s'entr'aider ou faire face à leurs ennemis, etc. Les méchans et les forts s'isolent, dit M. Virey, par la raison contraire. (Hilarité.) Les animaux à chair blanche sont toujours plus civilisables que les animaux à chair rouge; la domesticité elle-même qui civilise certains animaux, en les rendant sociables fait blanchir leurs chairs. Quant aux causes de civilisation chez l'homme, M. Virey les place dans la perfectibilité des sens et du système nerveux; il saisit cette occasion pour faire une excursion sur les différentes races humaines, et remonte chrétiennement jusqu'à Noë, notre grand aïeul à tous.

Ce travail excite plusieurs fois l'hilarité à cause des idées excentriques qu'il renferme.

M. Londe attaque énergiquement le fond du travail de M. Virey. Le savant mémoire de M. Virey a pour objet, dit M. Londe, de faire dépendre de l'organisation entière certains actes exclusivement attribués par les physiologistes modernes aux spécialités de l'organe encéphalique. Cette prétention de M. Virey est erronée, et j'espère vous le démontrer :

M. Virey attribue d'abord à la faiblesse la source de sociabilité, qui fait l'objet de son mémoire. Eh bien, Messieurs, c'est là une erreur : certains animaux forts et puissans, vivent en troupeaux tout aussi bien que des animaux faibles; les buffles et les ours noirs d'Amérique vivent en troupeaux, tandis que la cigogne et le chevreuil vivent isolés; c'est même si peu la faiblesse et le besoin de secours mutuels qui rassemble les animaux, que dans un couple de cigognes réunies pour la vie, si l'un des deux meurt, l'autre lui garde fidélité et ne s'accouple plus.

M. Virey, continue M. Londe, vient de vous dire encore que la débilité de la constitution est la source de la domesticité. C'est encore une erreur : le taureau et le cheval ont été domptés, et des animaux d'une constitution beaucoup plus débile ne peuvent jamais être apprivoisés. M. Virey, en attribuant toujours à l'ensemble de la constitution certaines facultés exclusivement dépendantes de l'encéphale, dit que les races à cheveux blonds, à peau blanche, sont plus facilement réduites en esclavage que les peuples dont la peau est plus foncée, et dont les cheveux sont bruns. Il nous semble que la fierté et l'esprit d'indépendance de l'Ecossais est devenue proverbiale, et chacun sait ce que dans ces derniers temps ont tenté les Polonais.

Enfin M. Virey, continue M. Londe, attribue à la sensibilité de la peau, au développement du tact, le perfectionnement des facultés intellectuelles. Eh bien, Messieurs, c'est une erreur. Les sens externes sont destinés à porter au cerveau les impressions du monde extérieur; leur rôle ne va pas au-delà, et les idiots ont souvent des sens en aussi bon et quelquefois en meilleur état que les hommes de génie. C'est de l'encéphale seul que dépendent les différentes fins pour lesquelles ces impressions sont ultérieurement élaborées; c'est du développement et du perfectionnement seuls de cet organe que dépendent le développement et le perfectionnement des facultés intellectuelles; enfin la délicatesse des sentimens et des idées ne dépend pas du tissu mince et tendre de la peau, comme l'avance M. Virey. Les cinq sens sont les mêmes chez la plupart des animaux, et pourtant leurs instincts sont différens. Un philosophe a avancé que la différence d'intelligence du cheval à l'homme venait de ce que chez le premier les pieds au lieu d'être terminés par des doigts souples, l'étaient par un sabot. Ce philosophe ne voyait pas que le cerveau du cheval répond à sa botte, et que quand la botte de ce quadrupède se convertirait en doigts souples, cette botte subsisterait toujours dans le cerveau.

M. Gerdy attaque à son tour le travail de M. Virey. Il est faux, dit-il, que le méchant et le fort s'isolent, et que les faibles se réunissent par le sentiment imaginé par M. Virey. Les animaux agissent tous en vertu de leurs besoins physiques et de leur instinct. Entrant ensuite dans les distinctions des races humaines, M. Gerdy contredit point par point M. Virey.

M. Rochoux parle dans le même sens, et trouve cela dans les philosophes anciens, surtout dans Aristote. Il rattache tout à l'organisation et aux instincts qui résultent de cette organisation. Il touche enfin la question de l'origine de l'homme, remonte jusqu'à Adam, mais ne décide rien.

M. Chervin. Je conviens, avec notre honorable collègue M. Virey, que la supériorité intellectuelle de la race blanche a été généralement admise par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet; mais ayant vécu parmi les nègres pendant long temps je me suis occupé de cette question avec beaucoup de soin, et je déclare que mon opinion est tout-à-fait indécise, n'ayant rien vu qui démontre positivement que les noirs soient inférieurs aux blancs sous ce rapport.

Notre collègue, M. Virey, a dit, dans le but d'établir la supériorité des blancs, qu'à Haïti ce sont les mulâtres qui commandent, et qu'on n'a jamais vu les noirs commander aux blancs; mais notre collègue oublie que Toussaint-Louverture était noir, que c'était un homme d'un immense talent sous le point de vue administratif et politique, et que la colonie de Saint-Domingue n'a jamais mieux été gouvernée que sous son administration. Le nègre Christophe a prouvé aussi que les hommes de sa race ne sont point dépourvus de talent.

D'ailleurs si les mulâtres commandent dans la république d'Haïti, c'est que beaucoup d'entre eux, à l'époque de la révolution, avaient reçu une éducation plus ou moins soignée soit en Europe, soit dans les colonies. Il n'y avait donc aucune parité à établir entre les noirs et les gens de couleur.

Pendant mon séjour dans la république d'Haïti, je voyais souvent M. Loprée, proviseur du collége où il y avait des élèves de toutes les nuances, et il m'a assuré plusieurs fois que les jeunes noirs montraient autant d'intelligence que les enfans de couleurs les plus claires. D'ailleurs, vous savez, Messieurs, que c'est un jeune mulâtre de la Guadeloupe qui a remporté le premier prix au concours général des colléges de Paris. Un médecin de mes amis, qui habitait Nantes, m'a assuré que les élèves de couleur, qui étaient dans le collége de cette ville, remportaient souvent des prix.

Les nègres m'ont présenté une grande aptitude pour apprendre les langues. J'en ai vu à la Guadeloupe, amenés esclaves de la côte d'Afrique dans cette colonie, qui, pendant la traversée, qui n'était que de trente à quarante jours, avaient appris à parler le français. J'ai vu également à Porto-Rico de jeunes nègres de traite, qui avaient appris l'espagnol pendant le temps de la traversée de la côte d'Afrique dans cette île, aussi bien qu'aucun enfant européen aurait pu le faire.

J'ai connu à Saint-Domingue un nègre nommé Derfour, né

(1) On conçoit à peine la nécessité d'une pareille proposition de la part de la commission, puisque cela était dans le réglement et que l'opinion de la commission était de porter les quatre candidats qui se sont présentés. Des bruits divers ont circulé dans la salle concernant cette candidature. On assure que la commission, qui est composée d'hommes attachés ou intéressés sous plusieurs rapports à l'Ecole d'Alfort, emploie toute son influence pour ne faire arriver à l'Académie qu'un autre professeur d'Alfort. La section, qui a fait jusqu'à présent un corps compacte appréhende sérieusement, dit-on, l'entrée à l'Académie de l'homme qui fait le plus d'ombrage à l'Ecole d'Alfort, M. Leblanc. C'est cependant un candidat qui a d'excellens titres, et comme homme de science et comme praticien.

---

ques, sans quoi il ne se serait jamais exposé à se livrer à lui, ni souffert d'être taillé d'une autre manière. La multiplicité d'épreuves qu'on avait exigée que frère Jacques fit sur les morts pendant les hivers qu'il avait passés à Versailles, ne furent faites, comme nous l'avons déjà dit, que pour donner le temps à Maréchal de se mettre bien au fait de sa taille, et la correction de sa nouvelle méthode n'était qu'un prétexte; frère Jacques n'avait pas besoin d'être corrigé pour être même plus sûr de son opération lorsqu'il la ferait à M. Fagon. M. Maréchal la pratiquait déjà depuis longtemps sur le vivant comme il l'avait vu pratiquer à frère Jacques lors de ses premières épreuves sur les morts, et ensuite à la Charité, dont il était chirurgien en chef, sur le vivant. En voici la preuve.

Leister et Probi, chirurgiens anglais, étaient à Paris pour se perfectionner dans leur art, lorsque frère Jacques y vint en 1697. Ils avaient assisté à la première taille que ce religieux avait faite en septembre de la même année, à l'Hôtel-Dieu, et à celles qu'il fit le printemps suivant au même hôpital et à celui de la Charité.

Leister s'en retourna à Londres sur la fin de ce même printemps : voici ce que Probi lui écrit l'automne suivant, 1698.

« Les chirurgiens de Paris décrient violemment frère Jacques, tout en se servant de sa méthode. M. Maréchal l'a pratiquée depuis peu à l'hôpital de la Charité; Larue, chirurgien du même hôpital, y a taillé en même temps, à l'ancienne manière, et n'a pas eu le même succès que M. Maréchal, dont tous les malades sont guéris et se portent très bien; tandis que Larue en a perdu quelques-uns, et que la guérison des autres a été plus tardive que celle de ceux de Maréchal. » Il est donc manifeste que M. Maréchal taillait depuis quatre ans sur le vivant, à la manière de frère Jacques, lorsqu'il tailla M. Fagon au printemps de 1702, et que la taille latérale, selon Probi, réussissait entre ses mains aussi bien qu'entre celles de son auteur, ainsi qu'elle a réussi entre celles de Raw, chirurgien en Hollande, à qui frère Jacques l'enseigna quelques temps après, comme nous le verrons par la suite.

La différence qu'il y a entre ces deux chirurgiens, qui passent pour auteurs d'une méthode particulière, sans avoir rien inventé, ni ajouté à celle que frère Jacques leur avait enseigné (1), c'est que Maréchal ne s'en servit plus dès qu'il eût taillé M. Fagon, et que Raw l'a pratiquée le reste de sa vie avec un succès qui l'a immortalisé et qui honore son zèle pour l'humanité; mais dont les triomphes sont flétris par le sordide intérêt, parce qu'il en a fait un secret qui a anéanti cette taille salutaire avec lui pour la Hollande. Les haillons dont les *Albinus*, et surtout le fils, l'ont habillée, l'ont rendue si difforme, qu'aucun chirurgien hollandais contemporain, ni aucun de l'Europe entière depuis la mort de Raw en 1719, n'ont pu la reconnaître, ni la pratiquer d'après eux. Ils n'ont pas su faire honneur à la Hollande, du rapt qu'ils ont eu dessein de faire.

Maréchal, pour le fond, en a agi comme Raw; mais le motif en paraît différent. Ce dernier a sacrifié la reconnaissance qu'il devait à frère Jacques, et l'honneur de propager sa découverte à la soif de l'argent (1). Le chirurgien français, comblé des faveurs de la fortune, par la place distinguée qui lui était assurée auprès du plus grand roi du monde, n'aspirait qu'à la gloire de guérir son premier médecin, pour frustrer le frère Jacques de l'avantage que cette cure aurait ajouté à sa célébrité; d'ailleurs, étant contemporain de Méry, et chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, son refus de continuer d'opérer à la manière de frère Jacques laissait dans toute leur force les diatribes que son confrère Méry avait imprimées contre frère Jacques et sa méthode.

Les lithotomistes de Paris, jaloux de ses exploits et des succès merveilleux de sa nouvelle taille, serviles esclaves d'une vieille routine, trop vieux ou trop prévenus pour changer de manière d'opérer, convinrent comme d'un accord unanime de ne la point adopter, sous des prétextes aussi absurdes que mal imaginés, allégués par Méry dans l'ouvrage fait exprès, publié en 1700.

M. Méry, dans ses seconds rapports concernant l'opération latérale de frère Jacques, allègue des faits faux contre cet opérateur, qui sont démentis par plusieurs auteurs et des certificats authentiques produits par frère Jacques, comme nous le verrons plus loin, en même temps qu'il lui reproche de ne l'avoir pas appelé à l'ouverture de tous les morts qu'il avait taillés à l'Hôtel-Dieu, au printemps de 1698, et d'avoir choisi parmi les pierreux qui étaient à cet hôpital, quarante-deux des plus mauvais sujets, et réservé pour lui les meilleurs et ceux dont les apparences répondaient du succès, cependant dont il mourut plusieurs, mais dont Méry ne dit rien.

Pour juger de la bonne foi du rapport qu'il a fait des opérations de ce frère, à l'Hôtel-Dieu, le printemps de 1698, comparons celui qu'il fait de ceux qu'il tailla à la Charité de Paris. Ecoutons-le et examinons la fidélité de ses récits. (*Voy.* son livre d'Observations, pag. 42.)

Observation X[e]. « Le 24 mai 1698, le père prieur de la Charité et M. Maréchal, maître en chirurgie de cet hôpital, me mandèrent pour être témoin de l'ouverture qui s'y devait faire des cadavres de cinq malades de la pierre, dont quatre avaient été taillés il n'y avait que deux jours par frère Jacques; le cinquième était de la première taille qu'il y avait faite quelque temps auparavant. Celui-ci avait le bas-ventre si corrompu que nous ne pûmes examiner la cause d'où procédait un si grand désordre. » Cela est croyable, vu qu'il était mort vingt-deux jours après la taille, et non deux jours auparavant : premier mensonge. « Dans les quatre autres, nous trouvâmes la vessie divisée d'avec l'urètre et séparée des os pubis, etc. »

« Frère Jacques assista avec les témoins dénommés, au nombre de neuf chirurgiens ou médecins, à l'ouverture qui fut faite. Dans cette occasion le père prieur de la Charité dit à frère Jacques qu'il était indigne d'un honnête homme d'accuser, comme il le faisait en ville, ses religieux ou les chirurgiens de la Charité d'avoir fait périr ses malades par des instrumens qu'ils leur avaient poussés dans la vessie depuis son opération. Qui pourra croire qu'un homme de la trempe, de l'expérience et de l'adresse de frère Jacques, tronquait, en opérant, l'urètre à quatre de ses tailles. »

Méry en impose grossièrement, en disant que les quatre malade, opérés par frère Jacques, étaient morts le deuxième jour après l'opération.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Cela s'appelle être copiste et non auteur d'une méthode, tel qu'on l'a prétendu, ainsi que Raw, qui n'a été que son imitateur, puisque ses grands succès en lithotomie ne datent que d'après le voyage de frère Jacques en Hollande.

(1) Heister rapporte que Raw lui dit un jour qu'il ne voulait pas l'enseigner, dans la crainte qu'on ne lui fît du tort dans la suite. (Page 136 de sa Méthode des tailles au petit appareil, publiée en 1745.)

dans le pays de ce nom, qui avait été vendu esclave en Egypte à un général français qui lui avait appris à lire et à écrire. En 1816, cet homme se rendit dans la république d'Haïti, où il rédigea pendant long-temps le journal le Télégraphe avec assez de talent. Il n'y a pas long-temps un nègre abyssinien était à Paris et annonçait de très heureuses dispositions, d'après ce que m'en a dit un médecin américain de mes amis qui l'a vu chez M. Jomard.

Il est vrai que jusqu'ici les nègres n'ont produit que très peu de travaux littéraires et scientifiques : mais cela tient probablement plutôt à leur position sociale qu'à leur manque d'intelligence. Les faits que nous avons sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion générale. Il y aurait une grande expérience à faire, et qui ne peut être faite que par un gouvernement ou par quelque particulier très riche : ce serait de faire prendre 200 ou 300 enfans noirs de chaque sexe, soit sur la côte d'Afrique, soit aux Antilles, et de les faire élever en France dans nos meilleurs établissemens publics et au milieu des enfans blancs. Cela fournirait des élémens suffisans pour juger s'il y a supériorité ou égalité intellectuelle. Quant à moi, je déclare que toutes les observations que j'ai été à même de faire dans le cours de mes voyages ne m'ont fourni aucune donnée suffisante pour décider cette grave question.

M. Dubois (d'Amiens) trouve que M. Virey croit trop à l'influence des climats sur le caractère de l'homme. Il cite des exemples de peuples qui ont émigré dans des climats divers, et conservent pourtant encore leur type national primitif, malgré l'influence du climat qui dure depuis plusieurs siècles.

Le travail de M. Virey est adressé au comité de publication.

Luxations congénitales du fémur. — *M. Bouvier* présente deux cas de luxation congénitale du fémur appartenant à des sujets avancés en âge. L'un offre une luxation simple et une véritable articulation de la tête du fémur avec une cavité cotyloïde de nouvelle formation ; l'autre est un cas de luxation double : la tête du fémur n'est soutenue que par la capsule, qui l'embrasse étroitement et la sépare de l'iléum, disposition la plus commune dans ce genre de déplacement. On observe sur cette dernière pièce : 1° que le fémur ne peut glisser verticalement sur l'iléum que lorsqu'il est porté dans l'adduction ; 2° qu'à la faveur d'une forte adduction réunie à la flexion, on peut faire descendre la tête de l'os d'environ un pouce; 3° que la tête conserve dans ce mouvement le même rapport avec la capsule qui, en se repliant sur elle-même, oppose un obstacle insurmontable à la réduction ; 4° enfin que la cavité cotyloïde, réduite à l'état de vestige, admet à peine l'extrémité du doigt, tandis que la tête du fémur a presque son volume normal.

Séance levée après cinq heures.

LA DÉCOUVERTE DE LA LITHOTRITIE REVENDIQUÉE EN FAVEUR DE L'ITALIE, PAR LE PROFESSEUR RAMBELLI.

Il est généralement admis que la lithotritie est une découverte récente, que c'est à MM. Leroy et Civiale qu'il appartient d'avoir inventé les premiers instrumens qu'il fût possible d'employer pour pratiquer cette opération avec succès. On agite seulement la question de savoir si l'honneur de l'invention doit être attribué à Civiale, à Gruithuisen, à Elgerton, à Leroy (d'Etiolles), à Amussat, etc. Toutefois, il paraît démontré que plusieurs médecins arabes, qui florissaient vers le douzième siècle, ont exprimé dans leurs écrits l'idée de la lithotritie. Le baron Alibert nous apprend que dès l'année 1800, un Espagnol, nommé Barthélemi Rodriguez, avait tenté de briser et de dissoudre la pierre dans la vessie urinaire. (Journ. des conn. méd.-chir., sept. 1833.) Percy a rapporté qu'un moine de Cîteaux, affecté d'une pierre, avait imaginé d'introduire dans sa vessie une sonde creuse et flexible dans laquelle il faisait glisser une longue tige d'acier droite, de forme ronde et terminée inférieurement par un petit biseau qu'il poussait jusqu'au calcul ; alors, avec un marteau d'acier, il frappait à petits coups secs et brusques sur le bout extérieur de la tige, et au moyen de ce mécanisme il parvenait chaque jour à en détacher quelques parcelles.

On raconte encore qu'un colonel anglais parvint à faire pénétrer dans sa vessie, à l'aide d'une sonde creuse élastique, un gros stylet d'acier, courbé en forme de mandrin, sur la convexité duquel était pratiquée une lime bien trempée, à l'effet de réduire en poudre la pierre dont il était tourmenté.

Finalement il semble démontré que Georges Détharding (*De calculo vesicæ friabili*, 1729.) réussit à perforer et à rompre un gros calcul descendu et engagé dans l'urètre.

En 1834, le professeur Baggiolini a découvert dans les archives de la ville de Vercelli un ancien parchemin sur lequel est représentée la figure d'une opération de brise-pierre semblable, à ce qu'il assure, à la méthode de Civiale, et qu'il serait tenté d'attribuer à ce Jean de Romanis, qui fit revivre le grand appareil de la lithotomie.

Maintenant, le professeur Rambelli vient de nous démontrer ou de confirmer (Annal. med. chir.; et Memoriale della medicina contemporanea, Gennajo, 1840,) que la lithotritie fut d'abord découverte et mise en œuvre en Italie, et que le premier qui ait décrit des instrumens aptes à triturer la pierre dans la vessie fut Alessandro Benedetti, de Legnano, en 1553. Santorio ensuite, dès l'année 1626, inventa une sonde creuse qui contenait un instrument trifide avec lequel il saisissait les corps étrangers dans la vessie et dans l'urètre ; et quand il ne réussissait pas à extraire le calcul en entier, il le perforait avec un stylet qu'il faisait mouvoir dans son instrument.

Après Santorio, Anton-Filippo Ciucci, chirurgien d'Arezzo, en Toscane, en 1679, publia à Macerata, où il exerça avec réputation la chirurgie, son *Promptuarium chirurgicum*, ouvrage dans la seconde partie duquel il assure que parmi les moyens proposés contre les calculs, il n'y en a aucun qui puisse être comparé à sa *tenacula tricuspis*, instrument non tout-à-fait différent « à pede gryphio cum quo molæ ab utero educuntur » ; et qui s'en distingue cependant, « quia istud non habet acumina mucronata, sed retusa. » Le susdit auteur ajoute ensuite que : « debet chirurgus et tenacula frustula diligenter quærere », et que s'il reste de la douleur et de l'ardeur « possumus injicere modicum lactis... et sic absque incisione ad pristinam sanitatem languentem conducemus... citò, tutò et jucundè. Ciucci se fit lui-même opérer trois fois avec sa propre ténaille par Bonajuti, en présence de plusieurs médecins, et publia en outre la figure de son instrument qui est en partie semblable à celui que le Napolitain Alfonso Jerri inventa en 1550, pour extraire des blessures les balles d'armes à feu, lequel, confronté par le professeur Cittadini d'Arezzo avec celui de Civiale, ne présente d'autre différence qu'en ce que, dans l'instrument de Ciucci la pincette est solide et pleine, tandis qu'elle est creuse dans celui de Civiale, pour donner passage aux lithotriteurs qui agissent en perforant et en évidant le calcul.

On doit ajouter à cela que Baronio de Cremona, d'après le même professeur, Rambelli, fut le premier qui, en 1614, injecta dans la vessie urinaire le suc de citron et d'autres liquides propres, à son avis, à dissoudre les calculs; opération qui fut ensuite suggérée par Hales, de Langrish, Bather, Ruthenfort, Fourcroy, Vauquelin, etc., et que le chirurgien Santarelli, de Rome, dans ses recherches pour faciliter le cathétérisme (Vienne 1795), proposa long-temps avant les Français la sonde droite.

Il résulte de là que la lithotritie appartient indubitablement à Benedetti, à Santorio et à Ciucci (1).

(*Extrait* des Annali univ. di med., gia compilati Dal D. an. Omodei, continuati dal D. C. A. Calderini.—Vol. 93, p. 613 ; publicato il 6 aprile 1840.)

(1) Nous nous contentons de traduire textuellement, sans prendre en aucune manière la responsabilité de ces prétentions nouvelles.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 30 JANVIER 1841 (14e ANNÉE.) N° 13, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Phthisie pulmonaire? Valeur séméiotique de l'aphonie.

La malade couchée au n° 15 de la salle Saint-Bernard est aphone depuis six semaines. Elle est âgée de vingt-cinq ans, et a été réglée à dix-huit; elle est sujette à la céphalalgie et a fréquemment des étourdissemens. Jamais elle n'a eu de flueurs blanches, de dartres, ni d'affections syphilitiques. Jamais non plus aucun des membres de sa famille n'a été atteint d'une affection analogue à la sienne.

Il y a deux ans qu'elle eut une affection catarrhale accompagnée d'aphonie, qui dura six semaines. Ce phénomène ne s'était plus produit depuis, mais la femme resta sujette aux affections catarrhales pendant l'hiver. Cette année, elle s'est accompagnée de nouveau d'aphonie, état qui persiste depuis six semaines. En même temps, la malade dit avoir ressenti de temps à autre une douleur obtuse au larynx; mais ni la pression exercée sur cet organe, ni les mouvemens, ne déterminent aucune souffrance.

L'appétit n'a pas été beaucoup altéré, les forces n'ont guère diminué; mais depuis deux mois la malade maigrit. Ce matin, nous l'avons vue pour la première fois, et nous l'avons trouvée dans l'état suivant.

La voix est éteinte; il existe de la toux qui s'accompagne de l'expectoration de crachats mousseux, analogues à de la salive, composés par un liquide transparent et peu consistant. Le pouls est peu fréquent (84 puls.). Il n'y a pas de fièvre, mais seulement quelques frissonnemens de temps en temps. Les sueurs sont presque nulles; l'appétit set diminué. L'amaigrissement, au dire de la malade, fait des progrès depuis deux mois. L'affection catarrhale remonte à la même époque, et l'affaiblissement des forces fait chaque jour des progrès.

L'affection de cette femme paraît être peu importante tout d'abord: cependant ce serait une erreur que de l'envisager ainsi, car l'extinction de la voix se prolongeant au delà de la durée ordinaire d'une laryngite aiguë, se rattache le plus souvent à une affection tuberculeuse du poumon et du larynx. En conséquence nous avons soigneusement exploré la poitrine, mais la percussion ne nous a fourni que des signes négatifs, tandis que l'auscultation n'a permis de constater qu'une légère diminution de bruit respiratoire sur quelques points; phénomène qui peut d'ailleurs s'expliquer en admettant une modification dans l'action des muscles par suite de laquelle la poitrine est moins dilatée, et qui ne se rattache pas nécessairement à l'existence des tubercules dans le poumon.

L'aphonie n'en reste pas moins un phénomène très grave, et cela d'autant plus qu'elle a déjà existé une autre fois. Les suspicions relatives à une affection tuberculeuse du poumon augmentent lorsqu'on réfléchit que, d'autre part, il y a amaigrissement progressif depuis deux mois, diminution de forces. Nous devons ajouter que la soif est accrue, signe qui est encore d'une grande présomption, et que deux fois dans la pratique de la ville nous avons vu précéder les signes ordinaires de la phthisie, chez deux sujets qui, par suite de leur belle conformation apparente et de leur âge, étaient loin de laisser soupçonner aux gens du monde qu'ils étaient atteints de cette funeste maladie. Ce signe est surtout d'une grande valeur lorsqu'il s'accompagne de toux, et que celle-ci provoque fréquemment le vomissement; et lorsqu'en outre la chaleur est augmentée et l'essoufflement facile à la suite du moindre exercice.

Nous avons donc en apparence affaire à une affection tuberculeuse, et nous agirons en conséquence. Nous avons d'abord prescrit l'application d'un vésicatoire au-devant du larynx, pour combattre l'aphonie. Nous aurons recours ensuite aux eaux sulfureuses qui, par l'efficacité dont elles sont douées dans les phlegmasies bronchiques, se sont acquis autrefois une grande répu[illegible]tion comme moyen propre pour combattre la phthisie. Nous soumettrons en outre le malade à l'inspiration de vapeurs émollientes (fumigations avec une [illegible] fleurs pectorales). [illegible] la malade ayant eu autrefois des [illegible]es, nous lui ferons prendre [illegible] la saison sera plus favorable [illegible] ble, quoique fort difficile, qu[illegible]ant sur le larynx, eût déte[illegible]

Etat fébrile permanent; a[illegible]euse probable.

Au n° 19 de la salle Saint-Bernard est une jeune femme âgée de vingt-cinq ans; elle est coloriste de profession, et dit être malade depuis quatre mois. L'affection de cette femme est remarquable par l'état fébrile permanent qu'elle présente. Le pouls, qui ce matin a offert 112 pulsations par minute, diminue de fréquence vers le soir; alors surviennent des frissonnemens auxquels succèdent la chaleur et dans la nuit la sueur.

La malade assure avoir maigri; elle est pâle, les forces sont diminuées; les règles, interrompues d'abord, ont reparu; l'appétit est médiocre; il n'y a pas de diarrhée ni de toux.

Rien ne paraît annoncer tout d'abord, chez cette femme, une affection de poitrine, et la percussion ainsi que l'auscultation n'ont rien appris à cet égard. Toutefois, quand on observe chez un sujet la fièvre hectique, et que l'examen le plus attentif ne démontre aucune altération organique à laquelle il soit possible de le rattacher, il devient alors bien probable qu'il existe des tubercules dans le poumon. La probabilité est aussi grande dans ce cas, qu'elle l'est à l'égard de la fièvre typhoïde, lorsque la fièvre continue se prolonge au-delà de sept, huit à dix jours sans l'exanthème concomitant d'une phlegmasie capable de l'expliquer.

Donc, la fièvre persistant à l'état chronique indique dix-neuf fois sur vingt l'existence de tubercules pulmonaires; de même que la fièvre avec caractères d'acuité persistant au-delà du terme indiqué, dénote une lésion des plaques de Peyer.

D'autres circonstances confirment d'ailleurs chez cette femme nos soupçons à l'égard d'une affection tuberculeuse.

Ainsi, il y a eu au début une hémoptysie. Il est vrai de dire cependant que cette hémorrhagie est arrivée au milieu de conditions capables de laisser quelques doutes relativement à son origine. En effet cette femme, étant dans ses règles, rencontra la nuit, dans son escalier, un homme ivre, et elle fut tellement effrayée de cette rencontre que ses règles se supprimèrent subitement, et qu'aussitôt le vomissement sanguin eut lieu.

Nous devons nécessairement nous demander ici, si cette hémorrhagie doit être considérée comme une véritable [illegible]sie, ou si l'on ne doit pas plutôt voir en elle une [illegible]viation des règles, l'hémorrhagie pouvant avoir lieu dans ce cas par toutes les voies possibles et sans lésion organique.

Hors les cas d'hémorrhagie supplémentaire des règles, l'hémoptysie est un phénomène qui se rattache à l'existence de tubercules dans les poumons; de même que l'hématémèse dépend d'un carcinome soit de l'estomac, soit de l'intestin.

Ici il y a eu de la toux au moment de l'accident, ce qui indique que l'hémorrhagie avait lieu à la surface des bronches, et doit faire rejeter l'opinion qui tendrait à faire croire que le sang venait de l'estomac. L'éclaircissement de ce fait est d'autant plus important pour nous, que nous trouvons réunis chez la malade plusieurs autres signes qui sont de nature à faire craindre une affection tuberculeuse. Ainsi cette femme présente une conformation rachitique, les jambes sont légèrement courbées, et notons ici que les chevilles ont été enflées à plusieurs reprises. L'extension des bras est incomplète, circonstance qui se rattache à un défaut de conformation des surfaces articulaires qui, lui-même, dépend du rachitisme indiqué, et qui coïncide fréquemment avec les tubercules pulmonaires. De plus, la partie supérieure de la poitrine porte la trace ineffaçable d'un abcès froid, et l'on observe plusieurs ganglions cervicaux tuberculeux.

En rapprochant toutes ces circonstances, et malgré l'absence de toux et de signes fournis par la percussion et l'auscultation, nous sommes conduit à admettre qu'il existe des tubercules pulmonaires. Ce qui vient surtout en confirmation de cette opinion, c'est la répétition des hé-

FEUILLETON.

NOTICE SUR L'ANATOMIE ET SUR LA PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYMUS;

Par le docteur JOSEPH CORTI (1).

La glande thymus est un organe si naturellement variable dans son volume, et en même temps sujet à tant de changemens dans sa forme, dans sa couleur et dans la cohésion de ses parties, que Joseph Frank la qualifie de *corpus incomprehensibile*. On doit ajouter à cela que, extraordinairement volumineuse chez le fœtus et dans l'enfance, flétrie et atrophiée dans l'âge adulte et dans la vieillesse, sa fonction est encore aujourd'hui un mystère.

En effet, l'opinion de Broussais, au moyen de laquelle il prétend soutenir que le thymus sert de diverticule pendant la gestation à une partie du sang provenant des bronches, de la tunique muqueuse qui les revêt, des cellules pulmonaires et du diaphragme du fœtus (2); cette opinion, dis-je, est bien loin d'être démontrée, et elles ne sont point exemptes de puissantes d'objections les théories émises par Tiedemann et par Fohmann (3), que le thymus, ainsi que les glandes dépourvues de canal excréteur, et les ganglions lymphatiques, servent à favoriser, peu à peu, le mélange de la lymphe et du chyle avec le sang (4).

Le changement incompréhensible de forme et de volume qu'il présente dans la succession des âges de l'animal, et l'ignorance où nous sommes encore de la fonction qui lui est dévolue par la nature, sont peut-être la cause à laquelle on doit attribuer que les pathologistes, jusqu'à ces derniers temps, se soient fort peu occupés de cet organe, pour en connaître et en distinguer le mode d'affection et le genre de maladie qu'il peut ou souffrir idiopathiquement, ou propager à d'autres tissus par sympathie.

Ainsi à l'exception de quelques aperçus rapides et à peine ébauchés, répandus et presque perdus dans des ouvrages qui ont trait à d'autres matières, les auteurs de médecine des siècles passés ne nous ont transmis aucune description déterminée des maladies aiguës de cet organe; et si la science possède quelque chose de plus positif relativement aux désordres chroniques dont il peut être le siége, cela regarde plutôt l'anatomie pathologique que l'exposition exacte des phénomènes particuliers qui, pendant la vie, sont susceptibles de révéler la nature et le degré de l'affection.

Kopp, si je ne me trompe, a été le premier qui se soit spécialement occupé de l'étude des maladies du thymus. Il a publié en 1830 un ouvrage dans lequel, au moyen d'excellentes raisons, appuyées sur un nombre suffisant de faits opportuns et bien évalués, il démontre qu'une variété d'asthme, qui attaque particulièrement les enfans, provient d'un gonflement et d'une congestion active de l'organe sus-mentionné.

Par la suite, Astley Cooper (1) se livra à des recherches particulières sur l'anatomie du thymus, qu'il éclaira plus que ne l'avaient fait ses devanciers. Enfin Haugsted (2), après avoir fait des investigations profondes sur ses fonctions probables, a décrit avec beaucoup de soin les transformations anatomiques et pathologiques auxquelles est sujet cet organe chez l'homme et dans les différens animaux, suivant le progrès des divers âges.

Les recherches et les conclusions de ces observateurs se trouvant résumées dans l'excellent ouvrage que vient de publier Guillaume Stokes sur les maladies de la poitrine (3), j'aime à croire que les personnes qui cultivent les sciences médicales ne considéreront pas comme tout à fait inutile, et accueilleront volontiers la traduction que je vais leur offrir des quelques pages consacrées par l'auteur irlandais au résumé de ce qu'on connaît de nos jours de plus positif, par rapport aux transformations anatomiques et aux affections morbides de la glande thymus. J'y ajouterai, en outre, comme appendice, les éclaircissemens et les développemens, que la trop grande brièveté du texte me semblerait exiger, en m'occupant spécialement de ce qui concerne la pathologie de l'organe dont il s'agit.

Comme la glande thymus a les plus intimes rapports avec la trachée et avec les gros troncs artériels et veineux, s'étendant assez souvent en haut de manière à se réunir à la thyroïde, et à se mettre même en contact avec le larynx; comme elle est en outre fournie d'artères, de veines, de vaisseaux absorbans et de nerfs, lesquels nerfs semblent communiquer avec les principaux nerfs de la respiration, il n'est pas étonnant que, toutes les fois qu'elle s'agrandit d'une manière morbifique, ou qu'elle est le siége d'une autre condition pathologique, elle suscite de graves symptômes, dont on observe les plus importans chez les sujets d'une constitution scrofuleuse.

Afin de donner des idées plus distinctes sur ce sujet, je dirai d'abord un mot relatif au développement du thymus.

Cette glande, dont on ignore presque entièrement les fonctions, est puissamment modifiée dans sa manière d'être par l'état de l'enfance, et à l'instar d'autres organes, est placée sous l'influence de l'évolution progressive du corps; en sorte qu'on peut observer toutes les phases de son accroissement et suivre pas à pas les différentes stades de sa perfection, de son décroissement et de sa disparition.

Les investigations de Haugsted ont démontré que le thymus reçoit son plus grand développement durant un certain laps de temps après la naissance, et qu'il n'est pas un de ces organes qui parviennent à leur plus grande augmentation pendant la vie fœtale, et qui commencent ensuite à décroître et à devenir sans aucun usage dès l'instant de la naissance.

Des observations très exactes ont démontré que le thymus ne commence pas à diminuer de volume dès la première période de la vie extra-utérine; que, au contraire, il croît, ainsi que les autres organes du corps, jusqu'à l'âge d'un ou deux ans; et que, sur la fin de cette époque, il arrive à son maximum d'accroissement (1). Depuis cette période jusqu'à l'âge de huit ou de dix

(1) *Giornale delle Scienze mediche, Luglio e agosto. Torino*, 1840.

(2) Mém. sur les particularités de la circulation avant et après la naissance. Paris, 1816.

(3) Recherches anatomiques sur l'anastomose des vaisseaux absorbans; introduction. Heidelberg, 1821.

(4) Office qui ne diffère guère de celui que Heister assignait au thymus par voie de conjecture. — Forte lympham secernit, eamque per vasa lymphatica ductui thoracico infundit, pro sanguinis et chyli dilutione. Compend. anat.

(1) The anatomy of the thymus gland. London, 1832.

(2) Thymi in homine, ac per seriem animalium, descriptio anatomica, pathologica et physiologica, 1832. — Archives générales de médecine, 1834.

(3) A Treatise on the diagnosis and treatement of diseases of the chest. Dublin, 1837.

(1) *V.* sur ce sujet l'ouvrage de Verheyen, Anat. corp. hum., tract. III, cap. VI. Morand, Mém. de l'Acad. des Sciences, 1755. Lesquels nient que le thymus s'oblitère aussitôt que l'enfant respire.

morrhagies bronchiques, répétitions qui ont eu lieu à d'autres époques que celles marquées par les règles, et enfin la persistance de la fièvre.

Nous avons prescrit d'abord une saignée pour arrêter l'hémoptysie; un vésicatoire a été appliqué, et l'on fera des frictions sous les aisselles avec la pommade de protoiodure de mercure. Nous devons vous avouer cependant le peu d'espoir que nous avons d'arrêter par l'emploi de ces moyens les progrès du mal, qui, à une époque plus ou moins rapprochée, finira par entraîner la mort.

Variole secondaire. Mort. (*V.* le n° du 21 janvier.)

Nous avons perdu la malade atteinte d'une variole secondaire, qui était couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard.

A l'autopsie, on n'a constaté aucune lésion de l'encéphale. Les poumons ont présenté quelques noyaux apoplectiques. L'intestin était sain.

C'est le larynx qui était surtout altéré. La luette est recouverte de pustules, et l'éruption se prolonge sous forme excessivement confluente dans le pharynx, où elle s'arrête brusquement à l'origine de l'œsophage, où le contact des surfaces commence; elle se prolonge de même dans la cavité du larynx, dans la trachée-artère et dans les bronches, dont elle envahit les 1[re], 2[e], 3[e] et 4[e] divisions.

AFFECTIONS PYRÉTIQUES, SANS LOCALISATION BIEN MANIFESTE.

Première observation. *Pleurésie latente probable.*

Au n° 4 bis de la salle Saint-Bernard est une femme qui présente des phénomènes anormaux, et qui, par cela même, mérite toute notre attention.

Elle est âgée de cinquante-six ans, est mère de dix enfans, et dit être malade depuis cinq mois. A cette époque elle a fait une chute sur le côté droit de la poitrine, qui, en outre de la douleur vive qui en est d'abord résultée, a été suivie de près par une altération quelconque de l'appareil biliaire, se traduisant pour lors par la jaunisse.

Après la disparition de celle-ci à une époque que la malade ne sait préciser, la douleur de côté persista, et le 25 décembre dernier, au milieu d'une santé assez satisfaisante d'ailleurs, la malade fut prise d'un frisson, après lequel survint de la toux avec expectoration. La malade ne précise pas non plus la durée de la persistance de ces derniers phénomènes; mais, ce qu'elle affirme, c'est que de tout temps les fonctions digestives n'ont pas été notablement altérées, et qu'elle a pu continuer à se livrer à son travail jusqu'au 20 janvier, époque de son entrée à la clinique, quoique cependant ses forces allassent depuis quelque temps en s'affaiblissant.

Les symptômes que la malade présente actuellement, sont assez extraordinaires. Et d'abord, le pouls marque de 120 à 130 pulsations par minute, fréquence remarquable qui contraste singulièrement avec la chaleur générale qui est peu prononcée et presque normale. La toux persiste et s'accompagne de l'expectoration de crachats visqueux, mêlés à un peu de sang; ils sont transparens, ont quelque ressemblance avec ceux de la pneumonie, sans présenter cependant ce mélange intime du mucus avec le sang qu'ils offrent dans cette affection, dont les signes que l'on peut tirer de la percussion et de l'auscultation manquent d'autre part.

La fièvre présente un redoublement le soir; mais dans les périodes d'intervalle l'appétit est conservé au point que la malade a mangé hier encore deux portions (une demi-livre environ de pain, et viande en proportion); en même temps les digestions continuent à se bien faire, circonstance qui, lorsqu'on la rapproche de l'état fébrile qui existe, ne laisse pas de présenter quelque chose d'extraordinaire.

Le diagnostic demande à être porté, dans ce cas, avec une grande circonspection; car, si actuellement nous récapitulons les différens symptômes offerts par la malade, et si nous en pesons la valeur respective, nous n'en trouverons aucun, en particulier, qui puisse être considéré comme pathognomonique d'une maladie quelconque.

Et d'abord, la *douleur* doit être considérée comme étant plus probablement le résultat de la chute, ou, en d'autres termes, de la violence ressentie par la région au moment de la chute, que comme le symptôme d'une phlegmasie thoracique.

Les *crachats*, avons-nous dit, sont loin de présenter ce mélange intime du sang et du mucus qui caractérise ceux de la pneumonie.

La *fréquence du pouls*, qui, de tous les phénomènes que la malade présente, est assurément le plus grave, prend un caractère plus sérieux encore, lorsqu'on le rapproche de la faiblesse progressive que la malade accuse. Il dénote une altération croissante quelconque; mais, il faut bien le reconnaître, il ne suffit pas pour éclairer sur le siége et la nature de celle-ci.

La respiration est plus faible à droite; mais, sans invoquer une altération directe de l'organe respiratoire pour l'expliquer, on peut en trouver la raison suffisante dans plusieurs autres causes, et entr'autres dans une altération dynamique des parois thoraciques.

En définitive, une affection thoracique paraît réunir ici en sa faveur les plus grandes probabilités; mais, dans cette hypothèse même, nous en sommes à nous demander si cette affection consiste dans une pneumonie ou dans une pleurésie.

L'existence d'un épanchement pleurétique nous paraît plus vraisemblable, ou bien une pleurésie quelconque. A la vérité, certaines pneumonies centrales ne se traduisent pas par les symptômes ordinaires, et peuvent, par cela même, être confondues avec les pleurésies anormales. Mais dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire, les traits du malade portent constamment l'empreinte d'une altération profonde, caractère qui est loin d'être commun aux inflammations de la plèvre; qui, d'autre part, peuvent exister avec les apparences de la santé la plus parfaite, pour ce qui est de l'état général.

Il se peut, dans ce cas, que la dilatation et la matité d'un côté de la poitrine soient les seuls caractères qui traduisent la pleurésie, chose qui avait déjà été remarquée par Awenbrugger, qui, à l'époque où il constatait ce fait, ne pouvait profiter des avantages que l'on a tiré plus tard de l'auscultation.

D'ailleurs, comment concevoir la persistance normale des fonctions digestives, en admettant, d'autre part, l'existence d'une pneumonie?

D'autre part, une pleurésie peut-elle exister sans matité? Ce fait ne saurait être contesté pour certaines pleurésies profondes, telles que la diaphragmatique, la médiastine, l'inter-lobaire, qui peuvent donner lieu à des épanchemens partiels, peu propres par leur nature à altérer d'une manière notable la sonoréité de la poitrine. Notons cependant qu'ici il existe à droite une diminution du bruit respiratoire, et que ce fait pourrait bien se rattacher à une compression du parenchyme pulmonaire, provoquée par un épanchement pleurétique profond.

Quelle est la thérapeutique qu'il convenait d'employer dans ce cas obscur, où le diagnostic laisse tant à désirer? Le mouvement fébrile devait, avant tout, appeler notre attention; et, considérant, d'autre part, que nous arrivions par voie d'exclusion à admettre l'existence probable d'une pleurésie latente, nous avons dû agir en conséquence. D'ailleurs, en présence de cet état pyrétique, l'expectation devait être éloignée, malgré l'incertitude qui régnait à l'égard du diagnostic. Aussi, préférant une médication active, avons-nous fait appliquer sur le côté droit de la poitrine des ventouses scarifiées.

Nonobstant cette émission sanguine, le pouls a conservé de la fréquence, ce qui nous a engagé à pratiquer au bras une saignée de deux palettes. Ensuite, quoique la malade ait conservé à peu près tout son appétit, nous avons cru devoir supprimer son alimentation ordinaire, et la restreindre pendant quelque temps à l'usage du bouillon.

Nous suivrons ce cas avec intérêt, et à mesure nous remplirons les indications qui pourraient se présenter ultérieurement.

Nous ne terminerons pas sans vous faire remarquer que dans la pratique il se présente de temps à autre, et peut-être plus fréquemment qu'on ne le pense généralement, des cas où il devient très difficile, sinon tout à fait impossible, d'asseoir un diagnostic exact, certain. Et cependant s'il faut en croire quelques praticiens, il n'en est jamais ainsi, tout est facile à cet égard. Pour ces cas douteux, le médecin, devant, avant tout, ne point compromettre la dignité de son art, ne saurait jamais user d'une assez grande circonspection, et agir avec assez de prudence pour ne point aventurer un diagnostic peut-être erroné, et exposer les malades aux conséquences d'une thérapeutique non moins erronée, et qui pourrait devenir désastreuse.

Deuxième observation. *Sujet adonné à la boisson. Fièvre continue sans localisation manifeste.*

La malade couchée au n° 25 de la salle Saint-Bernard se trouve, à certains égards, dans des conditions analogues à la précédente.

Le 18 janvier dernier, elle est entrée à la clinique dans un état qui paraissait être de l'ivresse. Elle a avoué plus tard, en effet, qu'elle avait bu de l'absinthe. La figure était rouge, animée; le pouls était plein et fréquent, et son haleine laissait émaner une odeur spiritueuse assez prononcée. Je le répète, on a pu croire tout d'abord que cet état se rattachait à l'ivresse.

Mais la fièvre a persisté après la durée habituelle de celle-ci, avec les caractères que l'on assigne à la fièvre inflammatoire, forme que la fièvre typhoïde revêt le plus souvent à son début. Aussi nous sommes-nous demandé, lorsque nous avons vu la fièvre se prolonger, si nous n'aurions pas affaire dans ce cas à une lésion des plaques de Peyer.

Quant à présent, nous croyons devoir répondre négativement à cette question, car la malade ne nous présente pas l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde. En effet, il n'y a point de céphalalgie, point de diarrhée, ni de douleur à la fosse iliaque droite, pas de borborygmes, ni d'augmentation dans le volume de la rate; il n'y a pas eu d'épistaxis; la parole est libre, l'ex-

---

ans, la masse de l'organe subit peu de changement, et c'est là un point de physiologie sur lequel Haugsted est en opposition avec l'autorité de Meckel (1), de Burdach (2), et de Hewson (3).

Nonobstant, quoique son volume reste sans altération, cependant il survient quelque mutation dans sa structure: ses cellules se rétrécissent, et le fluide qui y est contenu diminue de quantité, sa pesanteur spécifique s'amoindrit de plus en plus par degrés; mais il continue néanmoins à vivre, et ses vaisseaux ne s'oblitèrent pas; car le procédé d'atrophie ne commence à s'y effectuer que dans la seconde période de l'enfance, c'est-à-dire quand les dents non caduques se développent.

Depuis l'âge de douze jusqu'à celui de seize ans, le rapetissement de l'organe progresse avec plus de rapidité, jusqu'à ce qu'il devienne enfin tout-à-fait atrophique, et ne laisse d'autre trace de son existence qu'un certain tissu graisseux et quelques parcelles de substance brunâtre.

Il paraît que ce mode de destruction commence à sa partie inférieure et s'étend de là supérieurement, de manière que la dernière partie qui reste et qu'on trouve encore existante chez l'adulte est cantonnée dans un petit espace au-dessous de la pièce supérieure du sternum.

Pour servir à la démonstration de ce que je viens d'avancer, j'ajoute ici la table suivante; elle est coordonnée de façon à représenter les changemens de volume et de poids que le thymus humain subit dans le cours des différens âges.

Enfant du sexe féminin, bien trapue, à peine née.—Longueur, 1 ligne et demie à 3 pouces; largeur, 1 à 2 pouces; épaisseur, 2 à 4 lignes; poids, 240 grains.

Enfant chétif et décharné, à peine né. — Long., 1 4/5[e] de p.; larg., 1/2 p. à 1 p. 1/2; épais., 2 l. 1/2; poids, 84 gr.

Enfant maigre et fluet, de quatre semaines. — Long., 2 p.; larg., 7 à 9 l.; épais., 2 l.; poids, 120 gr.

Enfant vigoureux et bien développé, de neuf mois. — Long., 2 p. 1/2; larg., 1 p. 1/2; épais., 4 l.; poids, 270 gr.

Garçon replet, scrofuleux, de dix ans.—Long., 2 p. 1/2 à 3 p.; larg., 1 p.; épais., 1 l. 1/2; poids, 110 gr.

Petite fille faible et scrofuleuse, de dix ans. — Long., 2 p. à 2 p. 1/2; larg., 7 l.; épais., 1 l.; poids, 36 gr.

Jeune homme de dix-sept ans. — Long., 1 p. 9 l.; larg., 9 l.; épais., 3 l.; poids, 90 gr.

Jeune homme de vingt-un ans. — Poids, 40 gr.

Au nombre des affections morbides qui provoquèrent des symptômes de laryngisme, et que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes fondé à rapporter au thymus, on doit placer l'agrandissement, l'inflammation et les dégénérescences tuberculeuses dont on trouve plusieurs exemples dans les auteurs de médecine.

Les symptômes qui survinrent dans presque tous les cas étaient ceux de dyspnée et de respiration *croupale*, qui variaient dans le mode d'invasion et dans le caractère, suivant l'âge de l'individu. Ainsi, la maladie des enfans à laquelle on donna à tout bout de champ le nom d'*asthma infantum*, de *maladie du gallicinio* (chant du coq), de spasme de la glotte, etc., fut reconnue coexister avec l'augmentation de volume ou l'hypertrophie de la glande thymus; accident morbide auquel fit allusion J.-P. Frank, et plus récemment Kopp, qui appela cette infirmité *asthma thymicum.*

On assure que, dans cette maladie, toute émotion subite qui rend la respiration énergique ou laborieuse, suffit pour susciter une attaque de dyspnée ou de suffocation, et dans quelques cas les convulsions même; de manière qu'une mort prompte et instantanée peut frapper un enfant qui semble jouir de la santé la moins douteuse et la plus florissante.

Toutefois, comme l'étiologie de cette maladie est loin d'être solidement établie, et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour démontrer de quelle manière l'état du thymus produit un effet si remarquable, devons-nous croire que cet organe remplisse un rôle actif dans ces accès, ou plutôt que son agrandissement permanent soit la cause passive de l'affection? Nous ne possédons aucune donnée qui nous mette à même de répondre à ces questions; mais d'après la ressemblance qu'offrent les cas de la maladie du *gallicinio*, avec ceux dans lesquels on trouva l'élargissement du thymus, nous pouvons vraisemblablement déduire que l'état morbide du thymus contribue effectivement à faire naître les symptômes de *l'asthma infantile*, dit de *Millar.*

Il est cependant vrai que, relativement aux cas où une mort subite enlève les enfans, encore que ceux-ci présentent une dilatation de la glande thymus, nous n'avons pas de raisons assez fondées pour nous autoriser à rapporter leur mort à la cause indiquée. Les symptômes, dans le cas où ils provinssent de compression sur les vaisseaux, ou bien sur les nerfs, devraient procéder d'une dilatation subite et presqu'instantanée de la glande; mais l'innervation peu prononcée dont elle jouit, sa structure, et le petit nombre de vaisseaux qu'elle reçoit, militent puissamment contre la probabilité d'un tel phénomène. Le thymus offre peu d'analogie avec les organes érectiles. Tandis que dans les tissus de semblable nature, on observe ampleur de vaisseaux, texture évidemment vasculaire, et sensibilité exquise; on ne retrouve, au contraire, rien de tout cela dans le thymus qui, est même dépourvu de l'appareil subsidiaire qui en favorise l'érectilité.

Si les mesures prises par Haugsted sont exactes, il convient malgré cela d'être circonspect pour ne pas confondre le volume normal de la glande avec son agrandissement morbide. On possède déjà des preuves nombreuses et évidentes qui attestent qu'on est autrefois tombé dans des méprises analogues par rapport à d'autres organes, et il reste encore à démontrer si la coïncidence du symptôme dont il est question avec le résultat anatomique n'est pas simplement un fait accidentel.

L'augmentation de grosseur du thymus peut exister isolément ou être associée à d'autres conditions anormales dont la plus importante est la permanence de l'état fœtal du cœur. En effet, plusieurs cas d'hypertrophie du thymus, rapportés par les auteurs, présentent le trou ovale resté ouvert, en sorte que la suspension du développement d'une partie coïncidait avec la modification de l'autre. Cela pourtant est bien loin d'être constant, et, comme nous l'avons dit ci-devant, la dilatation du thymus peut avoir lieu chez un enfant avancé en âge et jouissant d'une bonne santé. Quoi qu'il en soit, je conviens très volontiers que chaque fois que le thymus est atteint d'induration ou de toute autre altération morbifique, il doit produire, même chez l'adulte, tous les symptômes terribles de compression pulmonaire et trachéale, et occasionner la mort par asphyxie.

Dans le cas de ce genre rapporté par sir A. Cooper, la jeune malade éprouvait une grande dyspnée chaque fois qu'elle était couchée; et quand il lui arrivait, en dormant, de tomber dans cette position, elle se relevait au bout de quelques minutes et s'agitait avec violence afin de reprendre sa respiration. Une tumeur considérable occupait la partie inférieure du col et s'étendait au dessus de l'une et de l'autre clavicule; elle existait depuis plusieurs années, mais en dernier lieu elle avait acquis un accroissement rapide. Les symptômes et les angoisses devinrent de jour en jour plus pénibles, et à tel point qu'elle ne pouvait prendre haleine que quand la tête était penchée en avant, et en même temps soutenue par des aides. Dans ce cas le thymus, énormé-

(1) Mém. d'Anat. gén., descript. et pathol., t. III.
(2) Die Physiologie als Erfahrungs Wissenschaft.
(3) Experimental inquiries, vol. III, pag. 87.

pression de la physionomie est naturelle et ne porte pas l'empreinte de la stupeur. L'absence de tous ces symptômes a dû nous éloigner de la pensée que nous pourrions avoir affaire ici à une fièvre typhoïde.

Loin même d'avoir de la diarrhée, cette femme était constipée depuis plus de huit jours, circonstance qui nous a engagé à employer les agens thérapeutiques capables de procurer des évacuations alvines. Dans ce but, nous lui avons d'abord fait prendre 10 grammes d'huile de ricin, qui n'ont produit aucun effet purgatif, ainsi que 20 grammes que nous avons prescrit le lendemain. Nous n'avons pas été plus heureux par l'emploi de 30 grammes de sel de Sedlitz. Enfin, nous en sommes venu ce matin à lui prescrire 10 grammes d'huile de ricin avec addition de 2 gouttes d'huile de croton-tiglium.

Pour nous résumer actuellement à l'égard du diagnostic, nous sommes obligé de reconnaître qu'il ne s'agit pas, quant à présent, au moins, d'une fièvre typhoïde. En rapprochant cette malade de la précédente, notre but a été principalement de vous présenter deux affections analogues à certains égards, puisque toutes les deux elles sont pyrétiques, et que néanmoins elles présentent quelque chose d'anormale dans leur manière d'être.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit concernant la première malade. Voyons encore en quoi l'affection de la seconde est anormale. Nous vous avons signalé chez elle l'existence d'un état fébrile qui se prolonge depuis quelques jours, et auquel il est impossible d'assigner, même approximativement, une localisation quelconque. Or, lorsque la fièvre continue se prolonge au-delà de la durée ordinaire de la fièvre inflammatoire, sans qu'il soit possible d'en expliquer l'existence par une phlegmasie locale quelconque, elle n'indique, selon nous, que le début d'une fièvre typhoïde, dont les caractères se dessineront mieux dans la suite. C'est là un principe bien démontré pour nous, qui souffre de rares exceptions. En voici une cependant qui se présente en ce moment à notre observation, et que par cela même nous signalons à votre observation.

La fièvre, en effet, se prolonge chez notre malade au-delà du terme ordinaire de la fièvre inflammatoire ; et cependant nous n'avons pas eu occasion, quant à présent, de voir survenir aucun des symptômes de la fièvre typhoïde.

Cherchant à nous expliquer ce fait, et réfléchissant à l'état d'ivresse dans lequel la malade est arrivée à l'hôpital, nous nous sommes demandé si elle ne serait pas adonnée à la boisson, et si l'état fébrile qui existe actuellement ne serait pas le résultat de l'usage habituel des boissons alcooliques. Mais les aveux de la malade nous manquant à cet égard, nous nous trouvons réduit à nos seules conjectures.

En résumé, nous manquons, dans ce cas, d'un diagnostic satisfaisant ; circonstance qui nous engagera d'épier les changemens qui pourraient survenir ultérieurement, et nous mettre sur la voie d'une phlegmasie profonde, qui aurait échappé jusqu'alors à nos moyens d'investigation.

K...

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Amputation sus-malléolaire de la jambe droite, par suite d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. — Hémorrhagie au huitième jour de l'opération. — Ligature de la tibiale postérieure impossible. — Ligature de la fémorale au tiers inférieur de la cuisse ; par M. Demarquay, interne-provisoire.

Guerinet (François), journalier, né aux environs de Paris, âgé de vingt-deux ans, de force moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entra à l'Hôtel-Dieu vers la fin de novembre dernier et fut placé dans le service de M. Blandin, salle Saint-Jean, nº 7. Ce malade était affecté depuis long-temps d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite. En effet, cette maladie datait déjà de six mois et lui était survenue à la suite d'une violente entorse malgré laquelle le malade voulut continuer ses travaux. Mais bientôt, des accidens inflammatoires graves forcèrent Guerinet à cesser ses occupations et à garder un repos complet. Quelques sangsues furent appliquées sur la partie douloureuse ; des applications de topiques émolliens furent mises en usage pendant un laps de temps assez long sans amener aucune amélioration dans l'articulation malade ; bien plus, cette dernière augmenta considérablement de volume, des abcès même se formèrent dans son voisinage, et en s'ouvrant ils la firent communiquer avec l'air extérieur.

Au moment de son entrée à l'hôpital, Guerinet présentait l'état suivant ; sa constitution générale ne paraissait point avoir beaucoup souffert ; toutes ses fonctions se faisaient bien ; mais l'articulation tibio-tarsienne droite était gonflée, douloureuse et devenait le siége de mouvemens insolites au moindre effort. La peau qui la recouvrait n'offrait plus sa teinte normale et présentait plusieurs ouvertures fistuleuses à travers lesquelles on faisait pénétrer un stylet jusque dans l'articulation ; il était alors facile de sentir tous les désordres qu'elle avait subis. Les os étaient dénudés, la membrane synoviale était boursouflée et il était facile de voir que les ligamens étaient en partie détruits. D'ailleurs, depuis long-temps le malade ne pouvait marcher sans béquilles, ni s'appuyer sur la jambe malade.

Il était de toute évidence qu'une amputation seule pouvait le guérir ; elle fut donc faite à la partie inférieure de la jambe droite, un peu au-dessous des malléoles. Cette opération, pratiquée dans les premiers jours de décembre 1840, ne présenta rien de particulier.

Mais le lendemain et les jours suivans, un érysipèle se manifesta sur les bords de la plaie, et s'étendit sur la surface interne de la jambe en remontant vers le genou, et s'accompagna de quelques phénomènes généraux assez intenses, tels que fièvre, soif vive, inappétence, etc. Pour calmer cet état inflammatoire, M. Blandin eut recours à plusieurs applications de sangsues sur les ganglions inguinaux gonflés et douloureux. Cette médication active fit promptement cesser les accidens. Tout faisait espérer une terminaison heureuse, lorsque, vers le huitième jour, il survint une hémorrhagie considérable qui prenait sa source dans la partie postérieure de la plaie, et qui fut rebelle à plusieurs moyens hémostatiques employés pour la combattre. Après s'être assuré que cette hémorrhagie était fournie par la tibiale postérieure, M. Blandin résolut d'en faire la ligature ; il fit une incision à la partie postérieure et inférieure du lambeau, et mit cette artère à découvert. Essayant alors d'appliquer une ligature sur ce vaisseau, il ne put y parvenir ; ce dernier était devenu tellement sécable par le fait de l'inflammation, qu'il se rompait à la moindre pression que le fil exerçait sur sa circonférence, et quelque effort que l'on fît, il fut impossible de le lier.

Dans cette circonstance, M. Blandin se décida à faire la ligature de la fémorale au tiers inférieur de la cuisse ; cette opération mit fin sur-le-champ à une hémorrhagie grave, et inquiétante même pour les jours du malade.

Depuis cette époque, aucun accident grave ne s'est plus manifesté. Les plaies, d'abord pâles et même un peu blafardes, donnaient un pus ténu et séreux ; elles furent pansées avec de la charpie imbibée de chlorure : ce pansement ne tarda point à leur donner une teinte vermeille, et à modifier la nature de la suppuration. Des alimens en petite quantité furent d'abord accordés, et actuellement le jeune Guerinet est presque complètement guéri ; il ne lui reste plus qu'une petite plaie à la partie inférieure de son moignon. Celle qui fut faite pour lier la fémorale est complètement guérie ; et bientôt, au moyen de la jambe de M. Martin, ce jeune homme pourra reprendre ses occupations, et cacher en partie la perte qu'il a faite.

Cette conduite si sage, si rationnelle et à la fois si hardie, qu'a tenue le chirurgien habile auquel notre malade fut confié, devrait être suivie par tous les chirurgiens dans une circonstance semblable ou analogue. Quelle que soit la gravité de la ligature pratiquée sur la fémorale au tiers inférieur de la cuisse, elle n'est rien comparativement aux désordres bien plus graves qu'auraient entraînés de nouvelles tentatives pour lier la tibiale : car rien ne pouvait faire prévoir où se terminerait l'inflammation dont ses tuniques étaient affectées, et partant faire de nouvelles tentatives pour la découvrir, c'était s'exposer à mettre au contact de l'air des parties profondément situées, c'était s'exposer en un mot à voir survenir une suppuration des plus abondantes, des dénudations et des nécroses du tibia même, qui eussent fini par entraîner au tombeau ce jeune homme déjà affaibli par l'opération, l'érysipèle et l'hémorrhagie ; tandis que la ligature de la fémorale, opération régulière et facile pour des mains habiles, était substituée à une opération indéterminée dans son étendue et dans ses résultats probables. Il n'eût point été plus sage de recourir au tamponnement de la plaie long-temps continué : ce moyen eût été insuffisant pour arrêter une hémorrhagie considérable survenue chez un sujet affaibli et dont le sang avait perdu de sa plasticité. Cette hémostase provisoire appliquée pendant un certain temps, eût-elle amené la fin de l'hémorrhagie, n'en aurait pas moins été suivie d'accidens plus graves sans doute que l'opération qui fut pratiquée. Outre qu'elle n'eût point arrêté immédiatement l'accident contre lequel elle eût été faite, elle n'eût point manqué de contondre des parties qu'une suppuration longue et difficile à supporter par le malade aurait à peine fini par éliminer. Toutes ces raisons ont sans doute porté M. Blandin à pratiquer l'opération que nous venons de rapporter.

HOPITAUX ITALIENS.

Observation remarquable de pneumatose utérine, lue à l'Athénée de Brescia dans la séance du 5 juillet 1840, par M. Ercoliani.

Une jeune personne de tempérament grêle, de belles proportions, s'est mariée à l'âge de vingt ans. A l'époque de la puberté elle avait beaucoup souffert d'hystéritie ; mais après que les règles eurent pris leur cours naturel, sa santé s'est beaucoup améliorée, et elle se portait parfaitement à l'époque de son mariage. Elle est devenue de suite enceinte, mais sa grossesse a été orageuse ; des vomissemens fréquens, de l'inappétence, des mouvemens convulsifs, l'ont singulièrement abattue pendant les cinq premiers mois. A compter de ce moment cependant, sa santé s'est améliorée ; elle a pris de l'embonpoint et de la fraîcheur. L'accouchement a été heureux ; il s'est accompli en dix heures ; seulement, comme vers la fin les douleurs étaient faibles, on a été obligé d'administrer le seigle à la dose de deux grammes ; en outre, le placenta a dû être extrait avec la main quelques heures après l'issue de l'enfant. Les membranes du sac ont paru plus consistantes que de coutume. Pendant les premières vingt-quatre heures après l'accouchement, la femme s'est portée fort bien ; à cette époque elle a éprouvé un accès fébrile sans aucune réaction viscérale appréciable. Cet état fébrile s'est continué pendant deux jours ; alors des douleurs à la matrice se sont déclarées, et bientôt des symptômes de métro-péritonite. Saignées générales et locales, limonade tartarisée (solution de crème de tartre), seule boisson tolérée par la malade. En dix jours, les symptômes locaux d'inflammation ont été dissipés ; l'écoulement lochial a reparu, bien que peu abondamment ; la fièvre cependant a persisté. On continue le traitement antiphlogistique : la malade néanmoins vomit tout ce qu'elle prend. Deux mois se sont écoulés dans cet état de fièvre et de malaise ; il n'y avait pourtant plus de symptômes de métro-péritonite ; la fièvre était continue et s'exacerbait tous les soirs ; émaciation progressive.

A cette époque on examine de nouveau la région utérine avec soin. La matrice paraît turgescente et indolente. On applique des sangsues plusieurs fois, des fomentations à la région utérine ; le développement de la matrice augmente de plus en plus ; la fièvre persiste ; constipation, hémorrhoïdes très douloureuses. On prescrit de la magnésie, la décoction de tamarin, de casse ; mais la malade vomit tous ces remèdes, même sous forme de pilules. On donne le calomel à la dose de cinq grains, qui est toléré, qui produit des garde-robes, et deux jours après gonflement des gencives et ptyalisme abondant ; éruption aphtheuse à la langue et dans toute la bouche, qui persiste pendant quinze jours et gêne la parole. La maladie tou-

ment agrandi, s'étendait depuis la crosse de l'aorte jusqu'à la glande thyroïde ; la trachée en était comprimée, et son diamètre transversal avait éprouvé une diminution notable (1).

Comme dans cet exemple d'affection du thymus, il n'est pas fait mention qu'on ait fait aucun examen stétoscopique, on ne peut encore déterminer quels sont les signes physiques qui sont susceptibles de la faire reconnaître. Cependant on pense généralement que les principes sur lesquels s'appuie le *criterium* diagnostique des autres tumeurs intrà-thoraciques, sont applicables aux dilatations chroniques de la glande thymus.

(La suite à un prochain numéro.)

STRABISME.

M. le docteur Phillips a présenté à l'Académie de médecine (séance du 26 janvier) plusieurs malades opérés depuis deux mois de différens strabismes.

A cette occasion, M. Philips a dit : Que les strabismes doubles embarrassaient souvent les praticiens, parce que l'œil le plus dévié étant redressé, il semble que l'autre louche aussi. Dans cette circonstance, il ne faut jamais opérer les deux yeux. Insensiblement le malade s'habitue à voir les objets avec les deux yeux ; il apprend à regarder, et ce strabisme *par habitude* disparaît de lui-même.

Il faut seulement opérer des deux yeux les sujets qui louchent parallèlement, c'est-à-dire quand la déviation est au même degré des deux côtés ; dans ces cas, les deux opérations doivent être faites dans la même séance.

Le strabisme convergent est quelquefois produit en dedans et en haut. Cette variété peut entraîner une erreur de diagnostic préjudiciable au malade, car on peut couper inutilement un muscle que l'on croit contracté et qui ne l'est pas.

Voici dans quelles conditions cette erreur peut être commise. Le muscle droit interne et le muscle droit supérieur sont généralement plus forts que les autres muscles droits ; quelquefois aussi leur extrémité antérieure se divise en deux ou trois faisceaux séparés par du tissu cellulaire. Que l'on suppose une bifurcation du muscle droit interne, ou une bifurcation interne du droit supérieur ; que dans cette dernière circonstance le muscle interne soit contracté, ainsi que le faisceau musculaire détaché du droit supérieur : deux forces agiront dans des directions différentes sur le globe de l'œil, et la résultante de ces deux forces sera une direction intermédiaire, c'est-à-dire que l'œil ne sera pas dirigé en haut directement ni en dedans, mais bien en dedans et en haut ; le globe de l'œil suivra la perpendiculaire élevée sur la base du triangle des deux puissances.

Si au contraire le muscle droit supérieur est bifurqué en dehors, le globe de l'œil sera dirigé en haut et en dehors. Cette variété est fort rare : je l'ai vu une fois seulement. La bifurcation musculaire est fréquente. Je l'ai trouvée 41 fois sur 63.

La contraction du muscle grand oblique détermine aussi la direction en dedans et en haut, de sorte que l'erreur est facile, comme je le disais tout-à-l'heure. Il faut dans ce cas étudier la vue de l'œil dévié : si le grand oblique produit la déviation, la vue est courte dans cet œil, le globe est bombé et l'individu est myope, ce qui n'a jamais lieu lorsque les muscles droits sont seuls contractés.

— On sait l'horreur religieuse qu'inspirait aux Turcs la dissection des corps humains. Par ordre du sultan des opérations chirurgicales de cette nature ont eu lieu ces jours derniers, pour la première fois, à Constantinople, et désormais la médecine et la chirurgie pourront faire de rapides progrès dans l'empire Ottoman.

(1) Sir A. Cooper, dans son mémoire intitulé : Anatomie de la glande thymus, est d'avis que, dans ce cas, le thymus et la thyroïde aient été conjointement lésés, que vraisemblablement ces affections sont souvent associées, et qu'une semblable complication a lieu dans les cas de broncocèle, où la respiration striduleuse se manifeste dans les premières périodes de la maladie.

On lit dans l'ouvrage de Haugsted plusieurs cas qui ont beaucoup d'analogie avec celui-ci. Egalement, dans un cas décrit par Meckel, les paroxismes semblables à celui décrit par A. Cooper survenaient avec une exacerbation très marquée, après un intervalle de rémission prononcée. L'auteur cite un exemple notable tiré de la *Racolta di opuscoli medico-pratici di G. Luigi Targioni Tozzetti*, dans lequel la maladie dura vingt ans et se termina par hydropisie : le thymus pesait plusieurs onces. Et comme d'autres faits du même genre sont rapportés par les auteurs, nous possédons ainsi des argumens suffisans pour soupçonner la présence de cette affection dans certains cas où la dyspnée se manifeste sans cause apparente.

che à son quatrième mois. On persiste dans le traitement antiphlogistique énergique ; le volume de l'utérus continue à augmenter ; les hémorrhoïdes et l'émaciation également. Au toucher, l'utérus est dur, égal, douloureux à la pression ; il ne donne aucun son particulier à la percussion ; le col de l'organe est proéminent et offre çà et là des bosselures ; les hémorrhoïdes sont très douloureuses, et empêchent de toucher par le rectum le fond de l'utérus. Dans cet état de chose, une entéralgie se déclare ; à chaque accès la malade jette les hauts cris et a des garde-robes noirâtres et liquides. Lavemens huileux qui sont rendus sur le champ, le sphincter étant relâché, ouvert et comme paralysé ; les hémorrhoïdes disparaissent ; pouls petit et fréquent ; froid et pâleur de la mort, dyspnée, évanouissemens. Cet état dure pendant deux jours ; alors le sphincter se resserre et les lavemens sont retenus ; les douleurs diminuent ; amélioration ; le col utérin s'ouvre et laisse échapper en quantité considérable de l'air et de l'eau ; la malade ressent entre les cuisses une ventilation continuelle. L'utérus diminue de volume, la fièvre s'apaise, l'appétit reparaît, les fonctions se rétablissent et la malade va de mieux en mieux. Des gaz cependant continuent à s'échapper de la matrice avec de l'eau ; le col utérin est douloureux au toucher. Cette pétulance utérine persiste plusieurs mois, puis l'écoulement aqueux cesse, mais les échappées d'air continuent, quoique la femme soit bien portante d'ailleurs. Deux années et demie se passent dans cet état de ventosités utérines. La femme se porte bien ; cependant elle éprouve de temps en temps des douleurs aiguës au pubis et à la région épigastrique, mais sans fièvre. Les fomentations émollientes apaisent ces douleurs en faisant sortir les gaz et affaissant l'utérus. Les règles sont peu abondantes, mais normales. Au bout de ce temps l'écoulement menstruel s'arrête ; nausées, mouvemens convulsifs légers ; l'utérus se gonfle de nouveau, et les ventosités recommencent ; douleurs utérines, dyspnée nocturne. Saignée, bains tièdes répétés.

Nouvelle grossesse ; accouchement régulier ; écoulement lochial normal ; retour de la tympanite utérine, qui se prolonge jusqu'à ce jour : la femme se porte bien d'ailleurs. Les gaz s'échappent en quantité considérable et à des époques plus ou moins rapprochées. Les ventosités augmentent après le coït, après les purgations, durant les chagrins. Les explosions ont lieu à toute heure de la journée, mais surtout le matin, lorsque la femme est encore au lit, et avec les cuisses rapprochées : c'est alors seulement que les gaz produisent du bruit en sortant. Le gaz est inodore ; la femme ne souffre aucunement du reste, si ce n'est des attaques hystériques de temps en temps, accompagnées de nausées, de céphalalgie, de trouble de la vue ; douleurs légères au pubis et à l'épigastre.

— S'étant livré à des recherches sur cette singulière affection, l'auteur a recueilli les documens suivans :

Hippocrate en a parlé au livre VII *De Morbis populorum*. « Il est plusieurs affections utérines, dit-il, qui produisent des flatulences, lesquelles se caractérisent par des éructations, des bruits dans le ventre, des tumeurs aux lombes, et des douleurs aux reins et aux hanches. » Il n'est pas certain cependant qu'Hippocrate ait voulu parler des flatulences utérines. Un peu plus loin, néanmoins, il ajoute que « chez la femme enceinte l'utérus est quelquefois rempli d'air, ce qui cause l'avortement. » Il prescrit pour cela des cataplasmes de substances aromatiques, des clystères émolliens, des injections de décoction d'anis, de feuilles de lin, et des ventouses.

Un auteur français qui a imprimé, en 1570, à Paris, un Traité des maladies des femmes en latin, Martin Akakia, s'exprime avec plus de netteté sur l'affection en question. « Souvent il arrive, dit-il, que l'utérus est distendu, tantôt par de la pituite, tantôt par des gaz, car l'humeur pituiteuse est gazéifiée facilement par une faible chaleur. » Il intitule le chapitre XVI : *De Flatu in utero* (des gaz de l'utérus). « Quelquefois, dit-il, des gaz sont enfermés dans la cavité de l'utérus ou dans quelqu'un de ses coins. Ils dépendent de la pituite qui les exhale sous l'influence d'une légère chaleur, ou de grumes sanguins retenus dans l'utérus. Ajoutons que de l'air peut s'y introduire de l'extérieur, etc. » L'auteur donne les symptômes de la maladie ; mais, ainsi que le fait observer M. Ercoliani, il paraît confondre la tympanite utérine avec la métro-péritonite.

Dans la même erreur est tombé Maurice Cordé, président de la Faculté de médecine de Paris, en 1559 (suit le passage latin).

Astruc a également écrit sur l'affection en question. Il distingue la tympanite utérine en persistante et vague. « La persistante, dit-il, est une collection d'air retenu dans l'utérus, tantôt seul, tantôt mêlé à du liquide. Cette maladie est rare, et n'est pas confirmée par un grand nombre d'observations. L'autre variété est plus commune ; elle consiste dans la faculté qu'offrent quelques femmes, bien constituées d'ailleurs, de rendre des flatuosités de l'utérus en inclinant leur tronc en avant, ou de manière que la matrice soit comprimée. »

Cet auteur n'a admis d'autre cause que l'introduction pure et simple de l'air extérieur dans la matrice, dont le col se resserre et le retient, et que la chaleur dilate. Il révoque en doute les exemples de véritable tympanite utérine cités par les auteurs, et ne cite qu'une seule observation de lui. « Je n'ai eu l'occasion de voir, dit-il, qu'un seul cas de véritable tympanite utérine. La matrice était plus volumineuse qu'elle n'est au troisième ou quatrième mois de la gestation. »

Pierre Frank a traité de la *phisométrie* ou de la tympanite utérine, dans son *Epitome de curandis hominum morbis*; mais quant à la cause et aux symptômes, il n'a fait que répéter ce que les anciens en avaient dit. Il a néanmoins établi une idée importante qu'on ne trouve pas chez les écrivains antérieurs ; savoir : que le gaz pouvait, dans certains cas, être sécrété par la membrane interne de l'utérus, saine ou malade. Il cite plusieurs exemples tirés des auteurs, et assure que la pneumatose utérine est plus commune qu'on ne le croit ; il est étonnant que lui, dans son immense pratique, n'en ait pas rencontré un seul exemple.

M. Ercoliani regarde l'infirmité comme le résultat d'une sécrétion morbide de la membrane interne de l'utérus ; mais quelles sont les causes de cette sécrétion accidentelle ? Il parle d'irritation, d'inflammation de la face interne de l'organe ; mais bien que cela semble vraisemblable, il n'existe aucune recherche nécropsique propre à appuyer cette hypothèse. Il affirme, au reste, que le phénomène dont il s'agit est beaucoup plus commun qu'on ne le croit : il dit en avoir rencontré depuis plusieurs exemples. (*Annali universali*, décembre 1840.)

— La remise des thèses pour le concours de médecine opératoire a été faite hier jeudi, à quatre heures.

La première argumentation aura lieu mercredi prochain, 3 février, à quatre heures.

— Les deux dernières livraisons de la NÉMÉSIS MÉDICALE sont en vente aujourd'hui au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

L'ouvrage est complet.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard • 36.

MARDI 2 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 14, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Hydropisie ascite (*V.* le n° du 5 janvier). — Altération des os (*V.* le n° du 21 décembre 1840). — Névralgie, chlorose. — Rhumatisme articulaire aigu; traitement par les solanées vireuses (*V.* les nos du 8 décembre 1840, des 2 et 5 janvier 1841. — Tubercules pulmonaires; hémiplégie. — Fissure à l'anus; extrait de cachou. — Dysménorrhée; acétate d'ammoniaque.

Hydropisie ascite.

Au n° 6 de la salle Sainte-Anne, chez cette femme atteinte d'hydropisie ascite remontant à quinze mois, nous venons de pratiquer la ponction. C'est la huitième depuis le début de la maladie. A partir de la première jusqu'à ce jour où la malade a été soumise à la médication altérante l'espace de temps compris entre chaque ponction allait en diminuant. Depuis cette époque nous observons le contraire : ainsi, nous avons pratiqué la première six semaines après celle qui l'avait précédée, la deuxième, il y a eu cinquante-huit jours d'intervalle; celle d'aujourd'hui a été faite après soixante-trois jours, et, il faut le dire, il n'y avait point urgence, le ventre n'avait point encore acquis le volume qu'il avait lors des précédentes ponctions.

Nous avons continué les préparations arsenicales, les frictions avec la teinture d'iode, l'iodure de plomb, les cataplasmes de ciguë; depuis quelque temps seulement la malade a été mise à l'usage des bains de vapeur, auxquels nous attachons une grande importance dans les affections chroniques.

Sous l'influence de ce traitement, nous avons observé la disparition presque complète des glandes du sein, de l'aisselle et du cou; quoique nous ayons pratiqué la ponction, nous aurions pu évidemment attendre jusqu'à la fin du troisième mois, et vous savez fort bien que telle n'est pas la marche ordinaire de cette maladie. En effet, l'époque de chaque ponction se précipite jusqu'à la terminaison, qui est toujours funeste. La médication a donc ralenti la sécrétion des sérosités de l'abdomen, ce qui est de fort bon augure.

Vous avez vu l'effroyable altération que nous avions à combattre : une tumeur énorme de 25 à 26 centimètres de hauteur, partant très probablement du mésentère, occupant la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, s'étendant transversalement vers la fosse iliaque droite, et offrant dans ce diamètre aussi 25 centimètres. Cette tumeur ne s'enfonce pas profondément dans le bassin; elle est bosselée; sa nature paraît tuberculeuse, comme dans celles du cou, de l'aisselle et du sein; elle est divisée à son centre par une scissure profonde.

Voilà certes une bien grave altération : on pourrait, en face de pareils désordres, perdre courage; cependant nous ne désespérerons pas du salut de cette malade, car nous avons vu disparaître rapidement les tumeurs du sein, du cou et de l'aisselle. La tumeur abdominale elle-même qui, à notre dernière ponction, remontait à un centimètre au-dessus de l'ombilic, ne va plus aujourd'hui qu'à deux centimètres au-dessous de ce point. C'est donc une raison pour persévérer dans le même traitement.

Ajoutez à cela que l'état général de la malade est meilleur; elle est un peu engraissée, quoiqu'encore bien maigre; ses forces reviennent; en un mot, nous arriverons chez elle à un bon résultat, si nous ne réussissons pas complètement à la guérir. Aussi ne perdons-nous pas espoir.

Altération des os.

La femme du n° 14 dont nous vous avons parlé il y a un mois, et qui présentait cette tuméfaction des vertèbres cervicales, avec impossibilité de faire exécuter à la tête le moindre mouvement, cette femme qui ne paraissait pas avoir jamais eu la syphilis, éprouva sous l'influence de notre médication un amendement notable. La tête exécute aujourd'hui à peu près la moitié des mouvemens d'un individu sain; la force des bras augmente. Il lui fallait soutenir sa tête pour se coucher, et l'appuyer quand elle était assise; cette précaution est inutile aujourd'hui. Cette femme guérira, nous n'en doutons pas; et abandonnée à elle-même, elle allait droit à la mort. En effet, les progrès ultérieurs de la maladie, en diminuant insensiblement le diamètre du trou de conjugaison et du canal rachidien, amenaient inévitablement ce résultat.

C'est le troisième cas de ce genre que nous observons; vous en rencontrerez dans votre pratique, et vous constaterez toujours les heureux effets des bains de sublimé. Il faudra plusieurs mois pour voir la guérison complète, parce que dans une affection chronique, il faut une médication chronique. Il faut savoir que, pour les maladies des os, l'on doit poursuivre la médication avec persévérance jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'elle est mauvaise, ou complètement inutile.

L'exemple suivant vous fera voir la persistance qu'il faut mettre à suivre une médication.

Une demoiselle de 27 ans, atteinte de douleurs gastralgiques, nous fut adressée. Pour remédier à ces douleurs, on l'avait saignée, on lui avait appliqué des sangsues, on l'avait mise à la diète. A la suite de ce traitement, qui ne fit qu'accroître les accidens, il y eut des ménorrhagies; la faiblesse augmenta : elle ne s'était pas levée depuis quatre mois quand nous la vîmes. Nous trouvâmes du bruit de souffle dans les artères carotides et le cœur; rien autre chose du côté de cet organe : cette demoiselle était chlorotique. L'indication à remplir était bien simple; mais l'estomac ne pouvait rien supporter. Tous nos soins ont été dirigés vers cet organe, et nous nous sommes dit : nous ne quitterons pas la partie que nous ne soyons parvenus à ingérer du fer dans cet estomac.

Nous donnâmes l'opium, la thridace, sans aucun résultat. Le sous-nitrate de bismuth modéra un peu les douleurs et les vomissemens; mais il échoua aussitôt que nous voulûmes lui adjoindre le peroxyde de fer. L'eau de Vichy nous réussit un peu mieux; nous pûmes donner le sirop de citrate de fer, puis du fer (il nous fallut un mois pour amener l'estomac à en supporter 5 centigrammes. Enfin le fer put être augmenté, et la jeune fille finit par guérir. Elle ne put se lever que trois mois seulement après qu'elle eût commencé l'usage des préparations ferrugineuses.

Lorsque vous aurez bien reconnu une indication, quelque éloignée qu'elle soit, quelque échec que vous éprouviez d'abord, revenez, biaisez, tournez les obstacles jusqu'à ce qu'enfin vous ayez obtenu le résultat auquel vous aspirez. L'estomac ne pouvait rien supporter chez cette demoiselle; il fallait pour ainsi dire lui en refaire un. Toutes les préparations de fer ont échoué d'abord; mais une fois le tube digestif bon, alors le rétablissement de la santé a marché rapidement.

Pour en revenir à la femme du n° 14; l'indication était de guérir par le mercure, et si tout d'abord la maladie ne paraissait pas marcher vers la guérison, nous n'en avons pas moins continué la même médication.

Névralgie, chlorose.

Chez la jeune fille du n° 19, salle Sainte-Anne, atteinte de gastralgie, névralgie intercostale, temporale, durant depuis long-temps; le fer ne fut point souffert : avec la thériaque, il fit moins souffrir; enfin l'opium permit d'en continuer l'usage. Les douleurs d'estomac restèrent aussi vives mais durèrent moins long-temps. Cependant la névralgie occupait tantôt l'estomac, tantôt les nerfs intercostaux à gauche, puis à droite, puis revenait à l'estomac. Nous eûmes recours aux vésicatoires, et tout disparut complètement pour quelque temps.

Ainsi, voici des névralgies chlorotiques qui ont cédé aux vésicatoires. Tout n'est donc pas dit quand on a guéri la chlorose. Il arrive quelquefois que certaines affections intercurrentes qui devraient être modifiées par le traitement mis en usage pour l'affection générale, réclament d'autres moyens.

Cette jeune fille, qui était bien réglée avant son traitement, éprouve aujourd'hui du retard dans l'époque de la menstruation.

FEUILLETON.

Esquisse de la vie de frère Jacques.

Par M. SOUBERBIELLE.

(Suite du n° 12.)

J'ouvre le registre de la Charité, et je trouve que frère Jacques tailla, le 26 avril 1698, Nicolas Dubray, âgé de six ans; Nicolas Petit, âgé de cinq à six ans, tous les deux sortis guéris le 27 mai et le 6 juin.

Le 27 avril, frère Jacques tailla Gaspard Durand, ramoneur, âgé de quatorze ans, sorti guéri le 4 juin suivant.

Le 29 dudit mois, frère Jacques tailla Guillaume Brohant, âgé de quinze ans ou environ, décédé le 23 mai suivant, c'est-à-dire vingt-quatre jours après son opération. Ainsi Méry en impose de vingt-deux jours sur le temps de la mort de ce pierreux. Voyons s'il est plus véridique sur le temps de la mort des quatre autres.

Dudit jour 29 avril 1698, frère Jacques tailla Jacques Chauron, âgé de six ans, sorti guéri le 4 juin suivant.

Le lendemain 30 avril, frère Jacques tailla Zacharie Cufin, âgé de dix-sept ans, sorti guéri le 2 juin suivant.

Dudit jour, il tailla Nort Bragrlonuer, âgé de quatorze ans ou environ, décédé le 12 juin suivant.

Le lendemain 1er mai, frère Jacques tailla François Gilbrot, âgé de quatorze ans, décédé le 10 mai.

Ledit jour, il tailla Guillaume Bourgeois, âgé de sept ans, sorti guéri le 7 juillet suivant.

Plus, ledit jour, Jacques Chéron, âgé de vingt-six ans, sorti guéri le 8 juillet.

Le 2 mai, frère Jacques tailla Joachim de Bol, âgé de vingt ans ou environ, décédé le 1er juin suivant, vingt neuf jours après sa taille.

Le 3 mai, frère Jacques tailla Pierre-Philippe Amelin, âgé de onze ans, décédé le 23 mai, c'est-à-dire vingt jours après son opération. C'est l'époque où Méry est mandé par le père prieur et M. Maréchal pour ouvrir, dit-il, *cinq morts* opérés de la pierre par frère Jacques deux jours *auparavant.*

Du 5 mai, frère Jacques tailla Jacques Fouillart, âgé de onze ans, décédé le 23 mai, c'est-à-dire dix-huit jours après sa taille. Or, Méry en impose en le disant opéré deux jours auparavant.

Le 9 mai, il tailla Jacques de Rinville, âgé de quatorze ans, décédé le 24 mai. Or, Méry en impose de quinze jours sur le temps de l'opération.

Le 15 mai, il tailla Jean de Saint-Aubin, âgé de cinq ans, décédé le 23 mai. Or, Méry en impose de huit jours sur le temps de sa mort après sa taille.

Les 6 et 7 mai, frère Jacques tailla Etienne Legrand et Nord Prévot, âgés de dix ans, tous deux sortis guéris.

Par le relevé ci-dessus, on voit que frère Jacques fit sa dernière taille, à l'hôpital de la Charité, le 15 mai 1698.

Méry est appelé se transporte à la Charité le 24 mai, où il trouve décédés les taillés de frère Jacques.

1° Guillaume Brohant, taillé le 29 avril précédent.

2° Pierre-Philippe Amelin, taillé le 3 mai.

3° Jacques Fouillart, taillé le 3 mai.

4° Jacques Rinville, taillé le 9 mai, qui n'est mort que le 24 dudit mai.

5° Jean de Saint-Aubin, taillé le 15 mai, décédé le 23, c'est-à-dire huit jours après sa taille. Il fut le dernier taillé de frère Jacques audit hôpital, quoiqu'il soit l'un des taillés qui soit mort peu de jours après la taille.

Méry a fort mauvaise grâce d'écrire que ces cinq taillés étaient décédés deux jours après leur taille, observation X; mais il dit plus dans le chapitre XI, page 80 : il assure que quatre de ces taillés moururent vingt-quatre heures après l'opération que leur avait faite frère Jacques; ainsi Méry renchérit dans sa fausse allégation contre frère Jacques. D'après cette infidélité qu'il fait partager à dix personnes de l'art, témoins oculaires de l'ouverture des corps mort de ces taillés, que doit-on présumer, d'après les faux rapports faits par Méry, sur l'époque de la mort des taillés que frère Jacques avait opérés à la Charité, pour justifier ce qu'il allègue touchant les pierreux que ce chirurgien-religieux avait taillés à l'Hôtel-Dieu, dont il était chirurgien en chef?

Rien n'est plus honteux pour un homme de mérite, honoré d'une place dans une société savante, chirurgien en chef du grand hôpital de la capitale, de s'oublier par passion, au point de manquer au public et à la justice sur des faits qui l'intéressent de si près, en faissant ainsi sa gloire et sa réputation ternies par de faux rapports, comme de ne point adopter une meilleure méthode de tailler; dont il avait parlé avec le plus grand éloge à M. du Harlay, dans son premier rapport, où il a mis dans le plus grand jour les parties que frère Jacques avait intéressées dans le trajet de son opération, et décidé qu'elle était plus avantageuse à tous égards que celle qu'on pratiquait ordinairement.

A l'égard des urètres qu'il dit avoir trouvé séparés net du col de la vessie par la manœuvre de frère Jacques, il est à présumer que cette section, supposé qu'elle ait existé, n'était pas de sa besogne, comme il le disait fort bien, et encore moins des faits d'un homme qui a inventé la plus belle taille qu'on ait connue, qu'il l'avait pratiquée avec le plus grand succès sur plus de quatre mille pierreux.

Frère Jacques avait encore observé que le pansement de la plaie des taillés était nuisible à leur guérison; qu'il la retardait prodigieusement, surtout lorsqu'on le faisait avec des emplastiques gras soutenus sur les plaies avec plusieurs compresses et le bandage en T. L'expérience nous a confirmé le danger de cette espèce de pansement, et nous l'avons abandonné depuis longtemps. Les mauvais effets qu'il produit sont de retenir en partie les urines dans le trajet de la plaie des taillés, d'en faciliter la cautérisation et l'infiltration dans le tissu cellulaire des environs, d'en ronger les chairs et les bords pour peu qu'elles soient caustiques, et occasionner des accidens graves par leurs effets sur la partie, ou tout au moins retarder le progrès des chairs et rendre la cure beaucoup plus longue.

Lorsque frère Jacques était maître du traitement de ses taillés, son pansement se réduisait à leur dire : Vous voilà délivrés, et Dieu vous guérira; et ses malades pour l'ordinaire, guérissaient presque tous et très promptement, c'est-à-dire au plus tard dans l'espace d'un mois ou environ.

Méry, chapitre XI, s'efforce de justifier l'imputation faite par frère Jacques dans le public, touchant la conduite qu'on avait tenue envers ses taillés dans les hôpitaux, et en même temps persuader que la séparation du col de la vessie d'avec l'urètre, est un effet de son opération latérale. Il décide que le grand appareil est bien plus avantageux que la taille de frère Jacques. La proscription et l'abandon que tous les auteurs et les lithotomistes éclairés en ont fait depuis long-temps est une preuve sans réplique que Méry était de mauvaise foi, ou bien un pauvre appréciateur des choses utiles à l'art de guérir et à ses progrès; car la taille de frère Jacques sert de type à toutes celles que l'on a imaginées depuis qu'il a tenté de l'avilir dans son livre.

A qui Méry persuadera-t-il que frère Jacques tronquait l'urètre en opérant contre le col de la vessie! Je soutiens qu'ayant ce dessein, l'exécution en serait impossible, lorsque ce canal renferme une sonde de la grosseur de celles dont frère Jacques se servait pour tailler. Cette allégation de Méry est aussi fausse que

La jeune fille du n° 23, précédemment couchée au n° 16, qui présente aussi une névralgie intercostale qui cédera, nous en sommes certains, aux vésicatoires, quoique soumise depuis long-temps aux ferrugineux, n'a éprouvé aucun retard dans l'apparition de ses règles. Ce fait se rencontre très rarement.

Rhumatisme articulaire aigu. Traitement par les solanées vireuses.

La femme couchée au n° 3 de la salle Sainte-Julie, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, dont nous vous avons entretenu dans une de nos précédentes réunions, a présenté quelques particularités que nous devons vous mentionner. Arrivée dans nos salles au septième jour de sa maladie avec de la diarrhée, nous l'avons mise à l'usage des préparations de solanées vireuses. Le cinquième jour de ce traitement, elle est guérie.

Cependant la fièvre reparaît le lendemain; on entend un bruit de souffle du côté du cœur au premier temps; nous craignons une recrudescence. En effet, le jour suivant, le septième du traitement, apparition au genou gauche de douleurs paraissant siéger dans les tendons qui avoisinent cette partie; autre douleur dans le premier métacarpien et dans la partie externe du coude du même côté, occupant quelques coulisses synoviales et les ligamens, l'articulation elle-même étant libre.

Bien que ces douleurs ne fussent pas violentes, ce n'en était pas moins une récidive. Nous avons pendant six jours insisté sur l'emploi du datura stramonium. Les nouveaux accidens ont disparu; mais il restait toujours un peu de bruit de souffle au premier temps. Nous avons alors donné le calomel associé à l'opium: 10 centigrammes de calomel sur 1 centig. d'opium. Et aujourd'hui la malade est bien.

Tubercule pulmonaire; hémiplégie.

Hier a été couchée au n° 38 de la salle Sainte-Anne une femme dont voici l'histoire. Elle est âgée de quarante-deux ans; depuis environ quatre ans elle éprouve de violentes douleurs dans le côté gauche de la tête et au front; douleurs qui quelquefois lui arrachaient des cris. Pour les calmer un peu, elle portait le bras gauche sur l'endroit qui en était le siége. Bientôt apparition dans le membre de nouvelles douleurs, qu'elle attribue à la fausse position qu'elle lui donne.

Il y a quinze jours elle se couche, ne souffrant pas plus que les jours précédens, et le lendemain son bras est paralysé; il n'y a plus de douleur, pas de contracture, pas de mouvemens convulsifs. En général, cet accident occupait tout un côté du corps. Que s'est-il donc passé dans la jambe gauche? Il est assez difficile de constater si ce membre est aussi frappé de paralysie, et cela parce que le point de comparaison nous manque, cette femme présentant à la cuisse droite une luxation spontanée.

Vous savez que toujours la paralysie est moins prononcée dans le membre pelvien que dans le bras, et que les recouvremens reparaissent bien plus lentement dans celui-ci que dans le membre inférieur. Pour éclaircir ce point, nous élevons le bras et nous l'abandonnons à lui-même: aussitôt il retombe lourdement sur le lit. Même chose pour la jambe; mais alors le résultat est un peu différent. La jambe retombe lentement; il y a mieux, la malade peut élever ce membre et le tenir soulevé assez long-temps. Le mouvement, dans cette partie, est donc en partie conservé, ou plutôt la diminution du mouvement est moins grande là qu'au bras. C'est ainsi, comme nous venons de le dire tout à l'heure, que cela se passe ordinairement.

Notons encore que depuis quatre ans, qu'apparurent les douleurs de tête, celles-ci n'étaient pas continuelles; elles venaient de temps en temps, et duraient une dizaine de jours. Il n'y avait pas alors d'engourdissement dans le bras gauche; la vue était bonne; il y a quinze jours, elle travaillait encore à l'aiguille, et ne s'était jamais aperçue d'affaiblissement dans son membre thoracique. Dans ses paroxysmes de douleurs de tête, elle était un peu abasourdie, son esprit était un peu moins présent. La douleur du bras paralysé se manifeste par des élancemens et une sensation de brûlure. Depuis quinze jours, c'est le bras droit qu'elle met derrière la tête, et cependant il n'est le siége d'aucune douleur.

Cette femme est accouchée il y a neuf mois, et depuis cette époque elle a toujours eu de la toux: il y a aujourd'hui aphonie complète, matité et gargouillement au sommet du poumon droit.

L'intelligence et la sensibilité sont parfaitement conservées.

Cette femme est atteinte de phthisie pulmonaire. Mais laissons là cette grave maladie, et voyons, du côté du cerveau, à quelle lésion organique nous avons affaire.

Trois sortes d'altérations peuvent amener des accidens de la nature de ceux que nous observons: ramollissement, tumeurs, ou bien les épanchemens du cerveau. La conservation de l'intelligence au moment de l'accident, exclue toute idée d'hémorrhagie ou de congestion.

Il y a eu chez cette femme douleurs datant de quatre ans, avec paroxysmes, clameurs, cris, puis paralysie subite du côté gauche.

Ces symptômes sont à peu près ceux qui annoncent la présence d'une tumeur dans le cerveau, ainsi qu'on l'observe souvent chez des enfans atteints de cette maladie, et qui finissent par succomber à une méningite tuberculeuse.

Mais, dans ce cas, il y aurait eu des convulsions et du coma, et nous savons de la malade que jamais elle n'a rien éprouvé de semblable.

Est-ce à un ramollissement que nous aurions affaire?

Les douleurs que cette femme a éprouvées depuis long-temps, la pensée où nous sommes qu'il n'y a pas de tumeur, tout cela nous fait croire à un ramollissement chronique.

Dans le ramollissement du cerveau, il y a assez souvent des signes prodromiques; je dis assez souvent et je m'explique: Le plus ordinairement l'on voit la paralysie survenir dans cette affection sans avoir été annoncée par aucun prodrôme. J'ai eu exemple de ce genre sous les yeux.

Une jeune femme, entrée depuis long-temps à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, pour un catarrhe chronique, était convalescente de cette maladie; elle nous appelle un jour et nous dit que son bras gauche venait d'être paralysé; la bouche et le larynx n'étaient point déviés; son intelligence était parfaitement conservée; elle n'avait rien présenté qui pût faire prévoir cette nouvelle affection; elle était bien portante la veille et n'avait point éprouvé des douleurs de tête. Il y avait résolution complète du membre: nous pensons à un ramollissement. Cette femme se rétablit peu à peu, et au bout de cinq mois il restait à peine quelques traces de ces accidens.

A quelque temps de là elle succombe à des accidens thoraciques.

Nous examinons le cerveau, et nous trouvons un ramollissement crêmeux du corps strié, séparé du reste du cerveau par de la substance cérébrale indurée, au milieu de laquelle il était logé comme un séquestre.

Pendant cinq mois que nous pûmes l'observer, il n'avait jamais eu de contracture, mais une flaccidité complète; vers la fin seulement, nous avons remarqué un peu de raideur dans le bras.

Lorsque nous prîmes, à l'Hôtel-Dieu, le service de M. Récamier, nous étions, touchant les maladies de l'encéphale, tout à fait dans les idées de M. Lallemand; nous croyons que toujours le ramollissement s'accompagnait de contracture, et qu'il ne pouvait pas en être autrement. Nous trouvons, un matin, dans la salle Saint-Paul, une femme frappée d'hémiplégie avec conservation de l'intelligence, point de contracture; nous croyons à une hémorrhagie. M. Récamier vient, examine la malade, et annonce un ramollissement de la protubérance à gauche; le lendemain, mêmes accidens de l'autre côté. M. Récamier diagnostique alors un ramollissement de toute la protubérance. Cette femme meurt; M. Récamier fait l'autopsie lui-même, ouvre les deux hémisphères cérébraux, ne trouve rien, retourne le cerveau, incise la protubérance, et nous la voyons ramollie, réduite en bouillie.

Depuis lors nous fûmes plus circonspect dans le diagnostic des affections paralytiques, et pendant le temps que nous passâmes dans le service de M. Récamier, sur quatorze ou quinze malades nous n'observâmes qu'un seul cas d'hémorrhagie, tous les autres étaient des ramollissemens. Dans le premier cas, la paralysie s'accompagnait de contractures, dans les autres il y avait absence de ce signe, flaccidité du membre, conservation de l'intelligence et de la sensibilité.

Tous ces signes s'observent chez notre malade du n° 38, aussi croyons-nous à un ramollissement autour d'une tumeur.

(La suite à un prochain numéro.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Accumulation et arrêt de fragmens calculeux dans l'urètre à la suite de la lithotritie. — Remarques pratiques à l'occasion du fait publié dans le n° 148, pag. 594.

Les débris de la pierre s'arrêtèrent dans l'urètre du malade qui fait le sujet de cette observation, quoique le canal fût parfaitement libre et très large. Plus d'une fois déjà nous avions observé cet événement, qui devient quelquefois une source d'accidens graves, et de tribulations pour le chirurgien.

Suivant M. Civiale, l'arrêt des fragmens calculeux dans l'urètre est un des accidens les plus fréquens de la lithotritie, et aussi un des plus graves. Nous avons vu dans les hôpitaux plusieurs cas suivis de mort dans lesquels les désordres qui ont entraîné la mort avaient pour point de départ l'urètre obstrué par un éclat de pierre. Les auteurs qui se sont occupés de la lithotritie ont proposé pour détruire, refouler ou extraire ces fragmens, des moyens et des procédés qui n'ont pas tous la même valeur, et qui ne sont point également applicables à tous les cas. Voici

---

celle qu'il fait dans sa treizième observation, page 46, d'un jeune enfant auquel, dit-il, frère Jacques fit une incision de *cinq pouces* de profondeur en le taillant au petit appareil!

1° Il est fort douteux, d'après la figure que Garangeot donne de son instrument lithotome, que son manche et sa lame eussent ensemble assez de longueur;

2° Prenez un pied-de-roi, placez-le à l'intérieur du bassin du squelette d'un jeune enfant, et vous trouverez que l'incision de 5 pouces que Méry fait faire à frère Jacques, dépassait le niveau du nombril; alors l'opérateur, tenant la pierre assujétie contre le plancher musculeux du périnée avec deux doigts introduits dans le fondement, aurait coupé ses doigts après avoir percé le périnée, la pierre et la vessie de part en part; d'ailleurs, étant obligé de garder dans sa main droite une bonne partie du manche de son lithotome, la partie active du tranchant aurait-elle pu fournir un excédant de cinq pouces?

Il faudrait être aveugle et dépourvu de sens commun pour croire aux assertions de Méry sur le fait qu'il allègue.

3° Frère Jacques était si exercé dans cette opération, de l'aveu de tous ceux qui en parlent, et de Méry lui-même, qu'il l'exécutait avec tant d'aisance et de sang-froid, qu'elle n'était qu'un jeu pour lui;

4° La pierre que l'on tire par l'opération du petit appareil, étant appliquée et maintenue exactement avec les doigts introduits dans le fondement, sous le plancher musculeux du périnée, est le point fixe et sensible vers lequel un opérateur adroit, de la trempe de frère Jacques, par exemple, dirige la pointe et le tranchant de son lithotome, auquel la surface de la pierre sert d'arrête, et l'empêche d'aller plus avant offenser les parties qui sont derrière son corps. Si frère Jacques a coupé de part en part la pierre de ce jeune enfant, avec le tranchant de son scalpel, Méry ne serait pas plus fondé dans l'impéritie qu'il lui prête dans l'opération citée, dont il rend compte, d'où il faut conclure que Méry en a imposé.

Frère Jacques, qui était sincèrement attaché à M. Fagon, et qui ambitionnait la gloire de le tailler, mortifié de la préférence qu'il avait donnée à M. Maréchal, après la plus parfaite assurance que ce serait lui qui l'opérerait, quitta Paris et la cour pour la seconde fois, en 1702, avec la ferme résolution de ne plus revenir dans un pays qui lui causait tant de désagrément, et prit sa route, avec son compagnon, pour se rendre à Beaumont et à Beauvais, d'où il avait reçu plusieurs lettres de différens pierreux qui le pressaient de venir les délivrer.

Il passa une partie de l'année en province, où il fit plusieurs opérations, et ne songeait rien moins qu'à Paris, lorsqu'il se vit tout à coup rappelé par M. le maréchal de Lorges, qui, ayant la pierre, avait depuis long temps jeté les yeux sur lui, malgré les clameurs de Méry et celles de ses adhérens, pour lui confier son opération. Flatté de l'espoir de guérir un malade de ce rang, il oublia tout son ressentiment et revint à Paris sur la fin de novembre de la même année, 1702.

M. le maréchal le logea dans son hôtel et lui fit préparer un petit hôpital, où furent reçus vingt-deux calculeux de différens âges. Le frère Jacques les tailla au commencement du printemps de 1703; ces vingt-deux malades guérirent tous parfaitement, ce qui, ayant décidé entièrement M. le maréchal, il se fit faire l'opération; mais malheureusement il se trouva dans la vessie des fongus et sept pierres de la grosseur d'une fève, chatonnées dans des champignons autour du col de cé viscère, ce qui rendit le travail plus long et plus douloureux, et le malade mourut peu de jours après, suite ordinaire lorsque les fongus sont cancéreux.

Tous les assistans convinrent que frère Jacques avait opéré avec toute la prudence et la dextérité possibles, qualités si nécessaires aux lithotomistes, et que ses antagonistes, même les plus éclairés ne lui ont jamais contestées. M. le maréchal, avec tant de complications, serait mort entre les mains de tout autre opérateur. Il avait recommandé, avant de mourir, frère Jacques à madame la maréchale, et déclaré qu'il n'y avait point de sa faute, parce que sa maladie n'était pas susceptible de guérison.

Quant à l'argent qui lui fut compté pour son opération, et qu'il n'osa refuser, il n'en voulut rien garder pour lui, et il employa la somme toute entière en aumônes en faveur des vingt deux calculeux qu'il avait taillés dans le petit hôpital particulier où on les avait placés.

La mort de M. le maréchal, quoiqu'il ne fût qu'un individu sur vingt-trois taillés, fut un coup de foudre pour frère Jacques; il se repentait d'être retourné dans une ville où le sort semblait lui préparer toujours quelque nouvelle disgrâce, et il résolut, pour la dernière fois, de ne plus y reparaître.

On le pressait également alors de se rendre en Hollande, et à Genève, mais il se décida pour cette dernière ville qui le rapprochait de sa famille, qu'il ne perdait jamais de vue.

Frère Jacques passa l'hiver dans sa famille, et, après avoir taillé plusieurs pierreux dans les environs, il se rendit à Genève où, ayant opéré ceux qui l'avaient demandé, avec son succès ordinaire, le grand et le petit conseil de cette ville lui firent un présent chacun, et il en partit pour Amsterdam avec un négociant hollandais, en passant par Bâle, où il s'embarquèrent sur le Rhin. Frère Jacques arriva à Amsterdam, avec son associé, vers le 15 juillet 1704.

La première visite qu'il fit dans cette ville, fut à M. Raw, le seul lithotomiste qui fût alors en Hollande et qui eût de la réputation, qu'il connaissait très particulièrement depuis Paris, où ils s'étaient vus lors des premières tailles qu'avait faites frère Jacques dans cette capitale. Il se présenta ensuite aux magistrats, qui le reçurent fort honorablement. Quelque temps après il tailla quelques pierreux en présence de tout ce qu'il y avait d'habiles médecins et chirurgiens dans la ville, et de Raw lui-même, qui taillait encore au grand appareil.

Les cures nombreuses que fit notre opérateur-religieux à Amsterdam, répandirent son nom dans toute la Hollande. Les magistrats d'Amsterdam, par un sentiment de reconnaissance bien louable, ordonnèrent que frère Jacques serait nourri et défrayé aux dépens du trésor public. Ils ajoutèrent à cette première marque de distinction, celle de faire graver son portrait; il y fut représenté avec son habit religieux. Dans le lointain de l'estampe se voyait un petit hermitage, et on lisait au haut cette inscription tirée de Cicéron: *Quia non idcirco nulla medicina est;* et au bas. *Frater Jacobus de Beaulieu anachoreta Burgundus, lithotomus omnium Europæorum peritissimus.* Nous avons encore des exemplaires de cette estampe, où on lit un distique écrit en hollandais, dont voici la traduction littérale (1).

Peu de temps après, frère Jacques partit pour se rendre à La Haye, où il était attendu depuis long temps. Il fut d'abord chez M. de Bourepos, ambassadeur de France, qui chargea M. Bernier père, ancien inspecteur des hôpitaux pour la chirurgie, de

(1) *Aux Enfans opérés et guéris.*

Innocens enfans qui après tant de couleurs, après tant de larmes, vous vous voyez guéris par la main de frère Jacques, prenez maintenant les armes pour la défense de cet hermite votre sauveur. La calomnie s'attache à ternir sa gloire, à flétrir sa réputation; armez-vous pour lui de votre pierre; voyez vos succès: déjà l'envie brise ses dents sur cet invincible bouclier, ce qui prouve que la persécution de Paris le suivait partout.

L'on a mis en vers au bas de son dernier portrait, l'idée de ce distique, ainsi que sur sa poitrine, la médaille d'or de 400 livres que cette ville lui envoya à Bruxelles.

quelles sont les distinctions que M. Civiale établit à cet égard.

1° Lorsque le fragment est arrêté dans l'orifice interne de l'urètre, ou qu'il ne dépasse point la portion prostatique du canal, il faut le repousser dans la vessie à l'aide d'une grosse bougie molle ou d'une sonde en gomme élastique. Une pression douce, graduée, sans secousses, sans brusquerie, suffit ordinairement, et ne produit pas de fortes douleurs. C'est un moyen que M. Civiale emploie très souvent avec succès. Les petites bougies, dit-il, ne réussissent pas; elles sont trop faibles, se déforment ou s'engagent entre les parois du canal et le fragment qu'elles ne repoussent point dans la vessie. Les sondes d'un petit calibre ont des inconvéniens plus graves encore; elles s'insinuent entre le calcul et l'urètre, qu'elles fatiguent, froissent et peuvent même déchirer.

Il faut que l'instrument dont on se sert remplisse le canal, et que son extrémité présente assez de surface pour couvrir le corps étranger. Nous avons vu dans un de ces cas, M. Civiale, n'ayant sous la main qu'une bougie de médiocre volume, l'introduire par le gros bout qu'il avait eu soin d'arrondir. Dans une autre circonstance, n'ayant pas non plus de grosse sonde, il en introduisit une petite jusqu'au calcul, et sans chercher à repousser la pierre avec cet instrument insuffisant, il fit une injection d'eau tiède poussée avec force; le calcul, l'eau et la sonde entrèrent en même temps dans la vessie; mais nous ne saurions trop faire remarquer combien, dans tous ces cas, M. Civiale agit avec précaution et ménagement. Il ne cesse de répéter que c'est là le plus sûr moyen d'éviter de fortes douleurs au malade, et il a grand soin d'ajouter que les manœuvres dans l'urètre sont généralement très douloureuses.

2° Quand le calcul est parvenu dans la partie membraneuse de l'urètre, ce qui n'est pas rare, M. Civiale a quelquefois recours au même moyen, notamment aux injections, à l'aide d'une grosse sonde en gomme élastique et à courbure fine; il introduit cette sonde jusqu'au corps étranger, la maintient appliquée sur lui, et pousse avec vitesse une injection; la colonne de liquide écarte les parois de l'urètre, et la pression de l'algalie sans mandrin suffit quelquefois pour faire rentrer le fragment. Ce procédé est le plus simple, le moins douloureux, et c'est par lui qu'il faut commencer. On peut même recourir aux grosses bougies molles et mousses à l'extrémité, qu'on introduit avec lenteur; nous avons vu M. Civiale réussir ainsi plusieurs fois, et nous-même nous avons employé ce moyen avec succès. Cependant il arrive quelquefois alors que la bougie, la sonde, ou tout autre instrument dont on pourrait faire usage, s'engage entre la pierre et les parois urétrales; ce qui arrive avec d'autant plus de facilité, que l'instrument et le calcul sont plus petits, que la partie membraneuse de l'urètre est fort dilatable, et qu'elle se prête aisément à une grande distension. Qu'alors on vienne à pousser avec force, l'instrument laboure les parois du canal, et on comprend que des désordres fort graves puissent arriver. Rien n'est donc plus important que de procéder avec douceur et ménagement, alors même qu'au moyen d'une sonde ou d'une bougie de gros calibre, on parviendrait à repousser le fragment, en évitant que l'extrémité de l'instrument s'introduisît entre lui et les parois urétrales; il faudrait encore agir avec beaucoup de précaution pour ne pas froisser la partie membraneuse. Si on éprouve de la résistance, il vaut mieux s'arrêter sur l'injection poussée avec vitesse à l'aide d'une grosse sonde; elle entraîne moins d'inconvéniens; mais il y aurait également imprudence à employer trop de force.

Dès que la résistance paraît trop grande pour pouvoir être vaincue sans violence, M. Civiale a recours aux moyens d'extraction dont une longue expérience lui a démontré l'utilité. Le premier qu'il emploie est une pince à deux branches construite sur le modèle de celle de Halles, mais dont les branches sont courbes, de manière que l'instrument ouvert représente, non pas comme les pinces ordinaires, un cône dont la base corresponde à l'extrémité libre des branches, mais un ovale dont la partie la plus large correspond a la moitié de la longueur de celles-ci. Quand on est parvenu à saisir le fragment calculeux, c'est l'extrémité libre des branches, et non pas le talon, qui s'applique sur le corps étranger et le retient solidement. L'instrument entier a deux lignes de diamètre, et les pinces offrent assez de résistance, sinon pour écraser le calcul, du moins pour le fixer de manière à ce qu'il ne puisse échapper. Une autre disposition importante des pinces à gaîne de M. Civiale, consiste en ce qu'elles sont munies d'un stylet qui fait connaître si le fragment calculeux s'y trouve engagé, et cela sans qu'il soit nécessaire de fermer les pinces, ce qui diminue considérablement les douleurs de la manœuvre: ce stylet offre d'ailleurs une ressource précieuse dans les cas où le gravier ne peut être ni écrasé à cause de sa dureté, ni extrait à cause de son volume; il permet alors de le repousser, et de le faire sortir des pinces préalablement ouvertes; tandis que les anciennes pinces exposent à ne pouvoir se débarrasser du calcul saisi, et à être obligé, pour l'extraire, d'exercer des violences qui ont été funestes à plus d'un malade: du reste, une vis de pression sert à rendre la pince immobile dans la gaîne après qu'on a fixé la pierre, et des rondelles servant de poignet donnent la facilité de tirer avec force sur la pince et d'exercer une grande pression à l'aide du stylet, sans se blesser.

Dans certains cas, nous avons vu M. Civiale employer utilement des pinces dont la partie des branches qui reste hors de la gaîne est légèrement recourbée. Au moyen de cette disposition, on saisit le calcul avec plus de facilité; mais, en faisant tourner la pince sur elle-même pour prendre la pierre, il faut agir avec beaucoup plus de lenteur, parce que l'extrémité de la partie recourbée des branches exerce alors sur la surface de l'urètre un grattement qui est douloureux, et qui pourrait causer de légères excoriations si l'on usait de violence. Plus d'une fois, soit à la Maison de santé, soit à l'hôpital, nous avons vu M. Civiale retirer de grands avantages de cet instrument. Chez les deux malades que nous avons vus, le volume du calcul ne permit pas de l'extraire, et sa dureté le fit resister à de fortes pressions. Chez l'un d'eux, l'écrasement fut pratiqué au moyen d'un petit instrument à trois branches; chez l'autre, il le fut à l'aide d'un très petit lithoclaste que M. Civiale fit exécuter pour des cas de ce genre et dont nous parlerons plus loin.

3° Les fragmens s'arrêtent rarement dans la portion bulbeuse de l'urètre; M. Civiale en a rencontré un cas qu'il a décrit et qui intéressa beaucoup en raison de sa rareté, mais qui n'offrit rien autre chose de particulier.

4° Les études anatomiques sur la structure des parois urétrales ont prouvé à M. Civiale que la partie spongieuse du canal est la moins extensible. Lorsqu'elle est distendue d'une manière quelconque, il en résulte une réaction parfois très grave: ce sont deux points qu'il ne faut jamais perdre de vue lorsqu'on a un frgment à extraire de cette partie de l'urètre où il n'est pas rare d'en observer.

M. Civiale nous a cité plusieurs faits de sa pratique qui lui ont fourni l'occasion de remarques importantes:

Un jeune calculeux avait subi plusieurs séances de lithotritie dans un autre hôpital, un fragment s'arrêta dans l'urètre à l'insertion du scrotum; tout fut inutilement tenté pour l'extraire ou le déplacer, et l'on demeura convaincu que la seule resssource était une incision qu'on allait pratiquer, quand M. Civiale fut consulté. Ce chirurgien pensa que ce corps étranger pouvait être extrait, et le malade fut envoyé dans son service.

Le gravier se trouvait arrêté vers le milieu de la partie spongieuse de l'urètre, et tellement serré, qu'il y avait impossibilité de le déplacer soit en avant soit en arrière. A la première exploration, le chirurgien de l'hôpital Necker s'assura que les parois urétrales étaient boursouflées au-devant de la pierre, et il était rationnel de penser que la même chose avait lieu en arrière, car le corps étranger était là depuis quatre mois. On ne put passer une pince à deux branches même très mince, tant le canal s'appliquait sur le calcul. A une seconde tentative, M. Civiale parvint à glisser derrière ce dernier l'instrument qu'il appelle crochet, et qui consiste en une tige d'acier dont une partie est aplatie et recourbée.

On se croyait déjà maître du fragment, mais il fut impossible de l'amener en dehors sans s'exposer à déchirer l'urètre; on retira donc le crochet. Toutefois cette tentative prouva que l'on pouvait faire passer un corps quelconque entre la pierre et le canal. Comme le crochet de M. Civiale avait de l'analogie avec la branche femelle de l'instrument courbe ordinaire, il se trouva tout naturellement conduit à employer un lithoclaste à tige mince et à mors très courts. Au bout de huit jours, ce petit instrument fut appliqué sous nos yeux avec un succès complet. La branche femelle fut placée derrière le calcul, comme l'avait été auparavant le crochet simple, et par le même procédé, avec cette différence néanmoins, que tout en glissant la branche femelle derrière le fragment, le chirurgien tirait à lui la branche mâle, qui se trouva naturellement placée au-devant de la pierre; dès-lors ce corps étranger était compris entre les deux branches de l'instrument, il devint facile de l'écraser par la seule pression de la main. Les éclats furent repris et broyés à leur tour. Quelques débris sortirent dans l'instrument, d'autres furent expulsés par l'urine, et les plus gros retirés avec le crochet: leur réunion formait une masse considérable.

Ainsi se termina une opération qui avait été jugée impossible, et qui, entre les mains de M. Civiale, ne présenta même pas de grandes difficultés. Aucun accident ne survint. Après l'extraction, on reconnut que le canal présentait deux nodosités très dures en avant et en arrière du lieu qu'occupait le calcul. Le petit malade fut engagé à passer tous les jours des bougies molles jusqu'à la disparition des nodosités, afin de prévenir la formation de ces rétrécissemens durs et calleux dont il est toujours si difficile d'obtenir la guérison.

Ce fait résume à lui seul toutes les difficultés de la position; mais dans les cas ordinaires, surtout quand le calcul n'a pas fait un long séjour dans la partie spongieuse de l'urètre, on parvient a l'extraire sans l'écraser. Le crochet est l'instrument dont M. Civiale se sert le plus communément, et la principale raison qui l'engage à la préférer, c'est la très petite épaisseur de la portion qu'on doit faire passer entre le fragment et les parois du canal. Après avoir huilé ce crochet, il l'introduit jusqu'au calcul, qu'il presse légèrement à travers les parois du canal avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, puis il incline en bas la partie droite de l'instrument tenu de la main droite, jusqu'à ce que la partie courbe soit dans la direction de l'urètre et puisse glisser le long du fragment. Ce glissement s'opère par une pression ménagée, très lente; à mesure que l'instrument avance, on ramène sa partie droite dans la direction normale de la verge, et il se trouve ainsi placé; on maintient les deux doigts de la main gauche en place, et l'on tire doucement sur la tige du crochet.

5° Il n'est pas rare que les fragmens calculeux s'arrêtent dans la fosse naviculaire; mais on les en extrait toujours facilement au moyen d'une pince à deux branches, ou miencore d'un crochet, qui est aussi l'instrument préférable. A défaut de l'un et de l'autre, on peut employer une branche du trilabe. Toutes les fois qu'il n'y a pas disproportion entre le volume du calcul et les dimensions du méat urinaire, l'extraction s'exécute avec la plus grande facilité. Lorsqu'au contraire cette disproportion existe, il ne faut pas hésiter a débrider l'orifice externe de l'urètre avec l'nrétrotôme de M. Civiale, qui mérite à tous égards la preférence dans cette opération.

Telle est l'indication sommaire des moyens que M. Civiale met en usage contre les fragmens calculeux accumulés et arrêtés dans l'urètre. Quand on a été témoin de la facilité et de la promptitude avec laquelle il opère ces sortes d'extractions, on a peine à comprendre ce qui a pu arrêter d'autres chirurgiens dans des cas analogues. On est parti de ces difficultés pour proposer et employer l'incision des parois urétrales; mais une telle opération a des inconvéniens par dessus lesquels on a cru devoir passer, qu'on n'a même peut-être pas aperçus. Y recourir, c'est laisser entrevoir que la lithotritie manque de ressources en pareil cas, ou qu'on ignore celles qu'elle possède, ou qu'on ne sait pas les appliquer. Or, ce que nous venons de dire de la pratique de M. Civiale prouve jusqu'à l'évidence qu'il est non-seulement possible, mais même facile d'extraire les fragmens arrêtés dans l'urètre sans recourir à d'autres procédés qu'à ceux de la lithotritie, sans être obligé de soumettre le malade à l'action de l'instrument

---

suivre frère Jacques dans ses opérations. Il fut très flatté qu'un homme de l'art, très connaisseur, le vît travailler, parce qu'il ne demandait pas mieux que d'opérer sous les yeux de gens éclairés, afin de leur inspirer le goût de sa nouvelle méthode latérale, et les convaincre par ses succès, de son utilité et de sa supériorité sur toutes les méthodes des anciens et celle des modernes.

Dans cet intervalle, Raw, fort intéressé et prévenu en faveur de son mérite, jaloux des brillans exploits et des grands honneurs qu'on déférait à frère Jacques, crut, à l'imitation de Méry et de ses adhérens, pouvoir se livrer impunément à blâmer son procédé; et à y trouver les dangers imaginaires dont les chirurgiens de Paris voulurent persuader toute l'Europe, où ils avaient fait distribuer le livre de Méry; mais les magistrats d'Amsterdam, témoins des succès inouïs de frère Jacques, ordonnèrent à Raw et à ses confrères de se taire, persuadés que ses clameurs n'avaient pour principe que l'esprit de cabale et d'envie, qui avait animé les lithotomistes français contre ce religieux et sa nouvelle opération.

Raw, jusqu'ici, n'avait eu que les succès ordinaires de tous les autres lithotomistes. Il faisait comme eux le grand appareil, dont les vices devaient nécessairement avoir les mêmes inconvéniens entre ses mains qu'entre celles des autres lithotomistes; mais l'amour du gain, et peut-être celui de l'humanité, lui inspirèrent de lui préférer la taille de frère Jacques, dont il eut les succès qui l'ont immortalisé et qui lui ont valu, de la part d'une infinité d'écrivains, et surtout des Albinus père et fils, le titre d'auteur de méthode de tailler, dont ses panégyristes donnent la description, mais que personne n'a pu pratiquer à la lettre, vu qu'elle est aussi imaginaire qu'impraticable. On doit cependant à Albinus le père, et au premier rapport de Méry, l'honneur de nous avoir conservé l'idée de cette opération de frère Jacques, de l'avoir transmise aux Anglais, d'après laquelle M. Lecat, chirurgien de Rouen, très expérimenté, a fait les plus grands efforts pour la retrouver pendant plus de vingt années consécutives, et qu'enfin le frère Côme, feuillant, a entièrement rétablie en France en 1748.

Les magistrats de La Haye reçurent frère Jacques avec les plus grandes marques d'estime et d'affection. Le grand nombre de malades qu'il tailla, et dont la guérison lui fit un honneur infini, lui procura la même célébrité qu'il s'était acquise à Amsterdam.

(*La fin à un prochain numéro.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Argumentation des thèses (1).

Lundi, 1er février 1841.

M. Thierry: Des opérations pour la cure radicale des hernies.

Le candidat a été argumenté successivement par MM.

Boyer (Philippe),
Lenoir,
Bérard jeune,
Vidal (de Cassis).

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 21 janvier, M. le docteur Charles Londe, membre de l'Académie royale de médecine, est nommé inspecteur des eaux minérales d'Hauterive.

A M. le Rédacteur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Alais, le 28 janvier.

Monsieur et très honoré confrère,

Une erreur grave s'est glissée dans la note que j'ai eu l'honneur de vous adresser relative à une nouvelle méthode d'opérer l'hydrocèle: la petite plaie par laquelle je donne issue au liquide et à la séreuse n'a que 5 millimètres de longueur au lieu de 45.

Cette rectification étant très importante, vous m'obligerez en donnant publication à cette lettre.

Agréez, etc. FERRY, de Metz.

(1) Nous publierons prochainement l'analyse des différentes thèses.

tranchant. A la vérité, inciser les parois urétrales n'est pas une opération grave, ni très douloureuse, mais elle entraîne une infirmité presque toujours incurable, c'est-à-dire qu'elle laisse une fistule dans la partie mobile de l'urètre. Ce résultat fâcheux n'est pas constant sans doute : mais il est possible et même très commun. C'est donc à tort qu'on s'y expose, quand l'art possède des moyens qui en mettent à l'abri. X...

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Fistule stercorale à l'ombilic Doutes sur la disposition anatomique du trajet fistuleux avec l'extérieur.

Au n° 40 de la salle Sainte-Marthe est couché un jeune homme âgé de vingt-deux ans environ, qui présente une fistule sternale dont l'orifice extérieur s'ouvre à l'ombilic. Une partie des matières stercorales trouve son issue par les voies naturelles, tandis qu'une certaine quantité s'échappe par la fistule.

Le commémoratif, chez ce jeune homme, est entouré de la plus grande obscurité. Voici les quelques renseignemens que le malade, qui ne manque cependant pas d'une certaine intelligence, nous a donnés.

Il y a deux ans environ que ce sont manifestés les premiers phénomènes qui ont précédé l'établissement de la fistule. Ces phénomènes ont principalement consisté dans une douleur ressentie à la région ombilicale. Cette douleur, qui était vive, au dire du malade, a promptement été suivie de la formation d'une tumeur à cette même région, qui elle-même s'est ouverte, et a laissé échapper des matières stercorales et un ver intestinal.

Depuis, les dimensions de l'ouverture fistuleuse ont présenté de nombreuses variations; mais dans les derniers temps, une éponge préparée avait été introduite dans la fistule par une personne de l'art, afin d'en obtenir la dilatation permanente. Nous nous sommes hâté de faire cesser cette pratique, nuisible selon nous et maintenant l'ouverture fistuleuse se trouve réduite à de faibles proportions.

La nature des matières stercorales qui s'échappent par la fistule, indique que l'ouverture intestinale existe au gros intestin, quoique cependant elles présentent quelquefois la coloration jaunâtre de la bile et le mousseux qui indique leur mélange avec des corps gazeux, circonstance qui serait de nature à faire présumer que la lésion intestinale existe dans un point plus élevé du tube digestif.

Quelle est la configuration du trajet au moyen duquel le canal alimentaire s'ouvre à la région ombilicale? C'est ce qu'il est difficile d'établir; la disposition anatomique des parties n'admettant pas d'autre examen direct que celui qui peut être pratiqué au moyen d'un stylet. Or, cet instrument, introduit la fistule, arrive à une assez grande profondeur, peut être dirigé en tous sens, mais de préférence en bas, vers le pubis. Je le répète, il est aussi difficile d'établir quelle est la configuration de la fistule, que de dire quelles sont les connexions qu'elle a avec les parties voisines.

La jeunesse extrême du sujet est une circonstance qui doit engager à tenter quelque chose pour le délivrer de son infirmité; mais que faire, dans l'ignorance où nous sommes à l'égard des dispositions anatomiques de la région sur laquelle il faut agir; que décider à l'avance sans la connaissance de la disposition que l'intestin présente en particulier?

Si cet organe affectait ici la disposition caractéristique qu'il présente dans l'anus contre nature proprement dit, la marche à suivre serait toute tracée d'avance, et notre but principal serait de détruire l'éperon résultant de l'adossement des deux bouts de l'intestin; mais nous ignorons si les choses se présenteront ainsi.

Tout nous fait présumer que derrière l'orifice fistuleux existe une poche assez vaste; mais est-il permis de croire que c'est l'intestin lui-même qui la constitue? La chose nous paraît d'autant moins probable, qu'en admettant un instant cette hypothèse, il deviendrait alors difficile d'expliquer pourquoi le stylet pénètre aussi profondément du côté du pubis. D'autre part, comment l'introduction si fréquemment répétée du stylet dans l'intestin n'aurait-elle pas provoqué des accidens? Se pourrait-il qu'il existât un espace communiquant avec le péritoine, ou bien séparant l'intestin de la paroi abdominale, et dont la paroi postérieure serait représentée par le péritoine lui-même.

Malgré toute l'incertitude qui règne sur ce point, nous croyons qu'il n'y aura pas d'inconvénient à faire une ouverture à la partie la plus déclive de cette poche, pour nous assurer de l'aspect et de la disposition de ses différentes faces à l'égard des parties voisines, et notamment de l'intestin et du péritoine.

Peut-être prolongerons-nous cette ouverture jusqu'à l'orifice de la fistule, afin de mettre la poche entièrement à découvert, et nous assurer si nous avons réellement affaire à un anus contre nature, ou simplement à une fistule stercorale.

Calcul vésical chez un sujet jeune. Rejet de la lithotritie à cause du volume et de la dureté du calcul.

Depuis quatre jours il nous est arrivé à la clinique un nouveau calculeux qui nous paraît être dans un des cas où l'application de la lithotritie serait plutôt nuisible qu'utile.

Nous croyons avoir affaire à un calcul mural, ou d'oxalate de chaux, très dur et très tenace, par conséquent. Il nous paraît d'ailleurs être très volumineux, circonstance qui doit encore faire préférer la taille à la lithotritie. Un des motifs qui doit faire éloigner, dans ce cas, cette dernière opération, c'est que les calculs de la nature de celui que nous présumons exister chez notre sujet, se brisent en éclats et ne se réduisent pas tout d'abord en poussière, ce qui impose la nécessité de les broyer secondairement, un à un, séparément. La surface de ces calculs est généralement inégale, d'où il résulte qu'ils irritent beaucoup la vessie, et qu'ils sont tolérés par les malades pendant un temps moins long que certains autres calculs d'une composition chimique différente.

Cette circonstance, qui existe chez notre calculeux, nous confirme dans l'opinion que nous nous sommes formée relativement à la nature chimique, ainsi qu'à la configuration de sa pierre. Le broiement exigerait donc plusieurs séances, ce qui nous engage à lui préférer la taille, que nous pratiquerons prochainement.

Nous reviendrons prochainement sur ces deux malades, qui tous deux ont été opérés. K...

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 4 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 15, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MAISONNEUVE, (par intérim).

Observations recueillies par M. BOCANDÉ, élève des hôpitaux.

1° *Ligature de l'artère cubitale.*

Le volume peu considérable des artères de l'avant-bras, leur éloignement du tronc, leur position superficielle, font que le plus grand nombre des chirurgiens regardent les blessures de ces vaisseaux comme peu dangereuses. « Nul doute, dit M. Velpeau, que la plupart des hémorrhagies de cette région ne puissent être arrêtées par une compression bien faite. Au poignet et au-dessus, ajoute le même auteur, le bout supérieur de l'artère ouverte étant lié, il suffit d'en comprimer le bout inférieur pour prévenir le retour du sang. »

Il existe cependant quelques faits qui sortent de cette règle générale. Chez un sujet qui avait eu l'artère radiale blessée, M. Dubreuil fut obligé, après avoir essayé la compression, la ligature de la radiale, puis de la cubitale, d'en venir à la ligature de l'artère brachiale elle-même. Chose semblable à peu près arriva à M. Gouraud. En 1838, M. Roux vit un de ses malades mourir d'hémorrhagie à la suite d'une blessure de la paume de la main, malgré la ligature des deux artères de l'avant-bras. A ces faits on peut joindre le suivant, qui me paraît offrir d'autant plus d'intérêt, qu'il porte en lui-même l'explication des différentes anomalies qu'il a présentées.

Un homme de trente-cinq ans, fortement musclé, reçut, le 6 septembre 1840, une blessure par instrument tranchant, à la partie inférieure de l'avant-bras gauche, sur le trajet de l'artère cubitale; immédiatement survint une hémorrhagie abondante: le sang sortait en jet impétueux et saccadé, et le malade ne tarda pas à tomber en syncope. Le médecin du voisinage fut appelé : il établit d'abord une compression méthodique sur la plaie, puis sur le trajet du vaisseau dans toute la longueur de l'avant-bras; l'hémorrhagie cessa, mais reparut bientôt, se faisant jour à travers les linges et les bandes. Une nouvelle compression plus énergique ne réussit pas mieux; le sang arrêté pendant quelques heures reparaissait au moindre mouvement.

Depuis quatorze jours le médecin luttait avec la même impuissance contre cette hémorrhagie rebelle, quand le malade, épuisé par la perte du sang et les souffrances, entra à l'hôpital Saint-Louis. Les internes essayèrent de découvrir le vaisseau, pour en faire la ligature; mais la chose paraissant difficile, on appela M. Maisonneuve.

L'avant-bras du malade était tuméfié, douloureux, comme dans l'imminence d'un phlegmon diffus; à sa partie antérieure, inférieure et interne, à trois centimètres au-dessus du poignet, existait une petite plaie, large au plus de deux centimètres, contuse, profonde, d'où sortait, tantôt en jet, tantôt en nappe, un sang rouge évidemment artériel. La tuméfaction empêchait de sentir les battemens des artères radiale et cubitale. La compression de la brachiale n'arrêtait qu'imparfaitement l'hémorrhagie. Le chirurgien fit quelques recherches dans la plaie pour rencontrer l'artère; mais, ne pouvant y parvenir, il pratiqua, à quatre centimètres au-dessus, une incision qui lui permit de découvrir le vaisseau et d'en faire la ligature.

Cette opération longue et difficile, à cause de l'engorgement des tissus et leur coloration uniforme, n'eut aucun résultat; le sang continua à couler. La compression du bout inférieur, celle de la radiale étant impossible, l'opérateur débrida la plaie, et, après de nombreuses recherches, parvint à découvrir l'artère, profondément située, au milieu de tissus mâchés et contus. Avec une aiguille courbe, il fit passer un fil au-dessous. Il souleva le vaisseau pour constater son identité, et, malgré le sang qui ne cessait d'inonder la plaie, on vit qu'il n'était pas entièrement coupé, mais percé seulement d'une ouverture ovalaire assez semblable à celle des sondes urétrales. La ligature fut serrée au-dessous de cette ouverture.

Les deux bouts du vaisseau se trouvaient oblitérés; le chirurgien dut croire sa tâche accomplie. Mais, contre l'attente générale, le sang parut encore; il coulait, il est vrai, avec moins d'abondance qu'auparavant, mais d'une manière continue. Le malade, courageux et patient, voulait être débarrassé à tout prix de cette hémorrhagie qui le tourmentait depuis si long-temps. L'opérateur se remit donc à l'œuvre, et finit par découvrir une petite artère qu'il crut, avec raison, être la branche transversale de communication entre la radiale et la cubitale. Elle s'ouvrait dans celle-ci, précisément au-dessus de la dernière ligature, au niveau de la plaie, sur la paroi intacte du vaisseau. Aussitôt elle fut liée, et l'hémorrhagie disparut complètement. La plaie, pansée simplement comme une plaie contuse, suppura près d'un mois; au bout de ce temps le malade sortit guéri de l'hôpital.

Voilà donc un cas où le compression inefficace a rendu la ligature difficile et laborieuse, où la méthode d'Anel et la ligature même des deux bouts ont été insuffisantes. Ce qui rend ce fait vraiment curieux et instructif, c'est qu'il nous a été facile de constater la cause de toutes les difficultés qu'il a présentées.

Nous avons vu distinctement que l'artère conservait encore sa continuité dans les deux tiers de sa circonférence, et n'était percée que d'une ouverture ovalaire. Ce fait, rare surtout pour une artère d'un si médiocre calibre, rend compte de l'insuffisance de la compression et de la persistance de l'hémorrhagie. On sait qu'une des conditions les plus importantes pour l'oblitération d'un tube artériel, est le froncement et la rétraction de ses tuniques, phénomènes qui ne peuvent avoir lieu quand sa division est incomplète. Nous avons eu l'exemple, plus rare encore, d'une anastomose venant s'ouvrir sur la paroi intacte de l'artère, précisément au niveau de l'ouverture latérale, de sorte que le sang arrivait à la plaie par trois voies différentes :

1° Par le bout supérieur;
2° Par le bout inférieur;
3° Par l'anastomose transversale. Enfin nous avons vu que même dans ces circonstances difficiles, un habile opérateur peut se dispenser de la ligature du tronc brachial, toujours incertaine dans ses résultats.

1° *Abcès de la cloison des fosses nasales.*

Le nommé Bertrand, bijoutier, âgé de vingt-huit ans, se heurta violemment le front contre le manteau d'une cheminée, le 5 septembre 1840. Il en résulta un étourdissement passager et une petite plaie contuse au-dessus du sourcil gauche, à deux centimètres en dehors de la ligne médiane. Une bandelette de diachylon, appliquée pendant cinq jours, suffit pour amener la cicatrisation; mais au moment où il devait se croire guéri, le malade fut pris d'une céphalalgie frontale, légère d'abord, puis de plus en plus intense; il s'y joignit bientôt un embarras dans la respiration nasale et l'apparition de deux petites tumeurs qui proéminaient par l'une et l'autre narine.

Alors seulement il réclama les secours de l'art. Le médecin qui le vit pour la première fois, n'ayant égard qu'à l'aspect des tumeurs crut à l'existence de polypes muqueux et prescrivit des lotions astringentes. Le malade ne retira aucun soulagement de cette médication, et vint à la consultation de M. Maisonneuve, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 septembre.

A la première vue, le chirurgien n'hésita pas à reconnaître la nature de ces tumeurs que tous les assistans regardaient déjà comme des polypes; il nous fit remarquer leur aspect lisse et muqueux, leur forme régulière et arrondie, leur adhérence à la cloison et leur simple contiguïté à la face externe des cavités nasales, leur mollesse, leur fluctuation évidente. Remontant aux circonstances antérieures, il nous fit observer que ces tumeurs dataient seulement de quelques jours; qu'elles s'étaient développées à la suite d'une contusion au niveau du sinus frontal; que leur apparition avait été précédée de phénomènes inflammatoires, de douleurs fixes et pulsatives dans la région supérieure du nez; il conclut à l'existence d'un abcès double de la cloison des fosses nasales et dont les loges communiquaient ensemble au moyen d'une perforation de la lame cartilagineuse.

FEUILLETON.

Esquisse de la vie de frère Jacques.

Par M. SOUBERBIELLE.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Il fut demandé avec instance par un seigneur de la première qualité dans la province d'Over-Issel, pour le délivrer de la pierre. L'opération fut si heureuse que le malade ne croyait pas pouvoir lui en témoigner assez sa reconnaissance. Le frère Jacques, plein de désintéressement pour lui même, ne songea qu'à tourner la libéralité de son malade au profit de la religion : il avait remarqué dans le village où ce seigneur faisait sa résidence une petite église à moitié ruinée; son zèle se réveilla à l'aspect de ce précieux monument de la catholicité; et considérant qu'il ne pouvait être mieux récompensé de son travail que si le rétablissement de cet édifice en devenait le prix, il n'hésita pas à le demander à son malade, qui le lui accorda sans peine; et M. Bernier fut témoin lui-même de l'exécution.

Frère Jacques, content qu'une cure si heureuse l'eût mis en état de signaler son zèle pour la religion, se rendit à Delft, où il fit en deux jours huit opérations avec son succès ordinaire, toujours en présence de M. Bernier, et revint ensuite avec lui à La Haye. Son retour fut une espèce de triomphe pour lui : le peuple accourait en foule sur ses pas pour le féliciter. Les magistrats, à l'imitation de ceux d'Amsterdam, firent graver son portrait, et ils ajoutèrent à cette marque d'estime un présent de plusieurs instrumens de lithotomie et de deux sondes en or, comme un monument de leur reconnaissance envers un homme dont les talens étaient si profitables à l'humanité. Il quitta la Hollande en passant par Utrecht, et se rendit à Bruxelles, à Anvers, et de là à Nantes, où il eut les mêmes succès et les mêmes applaudissemens.

Son désintéressement, sa piété et sa charité envers les pauvres lui gagnèrent le cœur et l'affection de tout le monde. On ne pouvait se lasser d'admirer tant de vertus réunies en un seul homme, surtout cette humilité chrétienne qui se remarquait dans toute sa conduite, et que la supériorité de talens semble toujours exclure.

Quelque temps après, Amsterdam le redemanda : mais il refusa de s'y rendre, et répondit qu'on avait dans M. Raw un homme plus habile que lui; ce qui contribua aux gratifications des magistrats envers ce chirurgien qui, bientôt après se vit honoré du titre de lithotomiste d'Amsterdam et de La Haye, avec une pension considérable. C'est ainsi que frère Jacques se vengea d'un homme à qui il avait appris sa méthode, et qui, à l'imitation de Méry, avait voulu détruire ou ternir sa réputation.

Malgré le refus de frère Jacques de revenir à Amsterdam, les magistrats de cette ville ne crurent pas lui avoir suffisamment marqué leur reconnaissance s'ils n'ajoutaient au témoignage d'estime qu'ils lui avaient déjà donné des honneurs plus éclatans encore. Ils firent frapper une médaille d'or de la valeur de 400 livres, sur la face de laquelle était le buste de frère Jacques, et sur le revers les armes de leur ville, avec cette légende : *Pro servatis civibus* (1). Cet honorable présent lui fut envoyé à Bruxelles. Cette dernière ville, qui venait de partager le fruit de ses talens avec Amsterdam et La Haye, voulut aussi, par une louable émulation, lui laisser un monument de sa reconnaissance. Elle fit graver son portrait pour la troisième fois, en 1704, ajoutant à cette distinction un présent d'instrumens de prix.

Je ne m'arrêterai point à calculer le nombre de cures heureuses que frère Jacques fit en Hollande et dans les Pays-Bas : les honneurs publics que tant de villes lui décernaient annoncent suffisamment qu'il était considérable. Leister, Salsmauvels-Bach, Garangeot, Morand et Levacher, le témoignent assez dans leurs ouvrages, d'où je transcris les principaux passages de sa vie.

Frère Jacques a dit en 1702, dans sa défense contre Méry et ses adhérens, qu'il avait opéré jusqu'alors, tant en France que dans les pays étrangers, plus de 4,500 pierreux, et qu'il avait fait 2,000 opérations du bubonocèle, depuis dix-neuf ans qu'il avait quitté ses parens, ses biens, et les autres opérations de la chirurgie pour travailler uniquement à la perfection de la taille. Combien le nombre n'en a-t-il pas dû être augmenté depuis cette époque? Cette opération grave et dangereuse n'osait être tentée par les chirurgiens des petites villes, ni ceux des provinces. Il ajoute qu'il opérait en présence des gens de l'art les plus célèbres; qu'il était charmé d'enseigner la manière d'exécuter cette opération aux chirurgiens, et leur prêtait ses instrumens; il la faisait sur les morts comme sur le vivant, aux yeux de tous ceux qui voulaient l'apprendre, afin de procurer des secours aux pauvres pierreux des campagnes, qui n'avaient aucun opérateur, ni les moyens de se transporter dans les grandes villes.

Nous avons exposé les réflexions qui engagèrent frère Jacques à imaginer une meilleure manière de tailler que celle que l'on pratiquait alors. Que la lecture de Celse lui ait suggéré ou non celle qu'il a inventée, décrite par lui-même en 1702, après que Méry, Saviard et Delaunay, en 1700, se furent réunis pour la décrier, ainsi que son auteur, dans un livre public fait à ce dessein, l'humanité ne lui en est pas moins redevable. Les additions qu'on y a ajoutées, fort inutiles au progrès de l'art, n'ont été faites dans le fond que pour mieux en imposer sur la vérité des avantages de la taille de frère Jacques, et affaiblir l'idée qu'on avait conçue de ses talens et de son expérience en lithotomie, tandis qu'une foule de certificats de médecins et de chirurgiens, ainsi que des magistrats de provinces et pays étrangers, en faisaient authentiquement foi.

Méry, et ceux qui l'ont copié, assurent que frère Jacques ne se servait pas d'une sonde cannelée, et que celle qu'il employait n'avait point de rainure sur sa convexité. Pour décider si ce fait est vrai ou non, écoutons parler frère Jacques lui même, en 1702, sur ce point capital, dans sa réfutation des faits allégués par Méry et Saviard, dans leurs livres imprimés en 1700.

Frère Jacques parle en tierce-personne.

Nouvelle méthode de tailler et tirer la pierre de la vessie, par frère Jacques de Beaulieu, en Franche-Comté de Bourgogne, et ses différences avec l'ancienne.

« Ayant situé le malade, dit-il, il introduit la sonde dans la vessie, et la tenant par son anneau avec un doigt de la main gauche, il incise dans sa rainure le col de la vessie par-dessous les muscles et les artères de la verge, sans les couper, entre l'accélérateur et l'érecteur gauche; ensuite il met le doigt dans la vessie par le sphyncter, le long de la sonde, pour y reconnaître la pierre, et la tire par la partie la plus large de *l'angle des os pubis*, et rapproche les chairs. Cette incision a paru difficile au commencement à découvrir la rainure de la sonde avec le scalpel lithotome; mais l'année dernière, 1701, il l'a perfectionnée selon l'âge de chaque sujet. »

Comment doit-on entendre cette perfection avouée par frère Jacques, qu'il n'a faite que quatre années après lui avoir été conseillée, dit-on, par Méry, qui n'aurait pas omis, dans son rapport

(1) Morand, dans ses opuscules, p. 58; Ouvrage des savans, décembre 1769, p. 545.

Une incision fut immédiatement pratiquée sur l'une et l'autre tumeur, et donna issue à deux cuillerées environ d'un liquide puriforme, filant et opalin. Les parois de l'abcès étant abaissées, le malade put respirer librement.

Le surlendemain, 29 septembre, cet homme revint, comme on le lui avait recommandé. Les petites plaies étaient déjà cicatrisées et les tumeurs commençaient à reparaître. M. Maisonneuve eut alors l'idée d'employer, pour obtenir la guérison, un moyen qui lui avait déja parfaitement réussi dans un cas de grenouillette, je veux parler du séton. Après avoir ouvert les deux petites cicatrices, il introduisit dans l'une d'elles un stylet aiguillé qu'il passa au travers de la cloison déjà perforée par le fait de la maladie, et qu'il fit ressortir par la petite plaie de l'autre côté. Ce stylet servit à conduire un fil de soie qui fut noué au-dessous de la sous-cloison du nez. Ce fil, dont les bouts furent coupés très près du nœud, était presqu'imperceptible. Il fut laissé à demeure pendant huit jours, au bout desquels les tumeurs étant complètement affaissées et cicatrisées, le chirurgien le retira et le malade fut guéri.

—Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs égards. D'abord, le fait principal qui lui sert de base est assez rare pour qu'il soit facile de compter sur ce point les richesses de la science. Depuis Monteggia, qui, le premier, en a fait mention, MM. Cloquet et Bérard, en France, M. Fleming, en Irlande, sont, je crois, les seuls qui en aient rapporté quelques exemples. Du reste, malgré la rareté de ces tumeurs, leur histoire est assez complète, vu l'extrême analogie qui s'est remarquée jusqu'à présent dans les divers cas cités par les observateurs. C'est ordinairement à une contusion que ces tumeurs doivent leur origine; elles sont toujours doubles; elles contiennent toujours un liquide séro-purulent; la perforation du cartilage de la cloison les accompagne toujours; enfin elles guérissent constamment avec facilité par l'incision de leurs parois.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

Tableau du mouvement effectué pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1840, résumant les entrées, les sorties, les opérations et les décès qui ont eu lieu pendant ce laps de temps. — Quelques mots sur une angine pseudo-membraneuse épidémique.

Le service de chirurgie de l'hôpital des Enfans continue à offrir une activité progressive dans son mouvement, et dans le résumé dont nous allons nous occuper, nous aurons encore à enregistrer un bon nombre de cas variés très intéressans. Les quatre derniers mois de l'année qui vient de s'écouler, se font remarquer par le nombre des opérations qui ont été pratiquées et qui, sous le rapport de leur variété, ont assurément été une source féconde d'instruction pour les élèves qui suivent habituellement ce service.

En effet, un service chirurgical d'enfans offre le double avantage d'un service ordinaire de chirurgie et d'un service où, eu égard à la nature des sujets, ou, en d'autres termes, à leur jeune âge, on a occasion d'observer des faits en quelque sorte spéciaux, que des réglemens administratifs excluent des autres hôpitaux, les enfans n'y étant point admis. Aussi s'est-il pratiqué à l'hôpital des Enfans beaucoup de sections tendineuses, pour des déviations congénitales ou accidentelles des pieds, des opérations de bec-de-lièvre, de spina-bifida, etc. Les maladies des voies urinaires ont fourni un large contingent, ainsi que celles du système osseux, qui les unes ainsi les autres ont fourni à M. Gersant l'occasion de présenter quelques considérations spéciales d'une bonne utilité pratique.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques; car notre intention étant de faire une statistique éclairée, au lieu de présenter un simple tableau de chiffres, nous ferons suivre les résultats numériques par des commentaires nécessaires pour expliquer les proportions de la mortalité et ses résultats heureux, envisagés chez les sujets opérés comme chez ceux qui n'ont été soumis à aucune sorte d'opération.

Nous voudrions cependant dire quelques mots de la constitution épidémique, au milieu de laquelle s'est terminée l'année 1840 et commencé celle de 1841, qui a exercé d'aussi funestes ravages parmi les malades du service, et qui n'est pas encore arrivée à son terme. Mais nous pourrons résumer en quelques mots ce que nous avons à dire concernant un sujet médical aussi difficile, et qui reste toujours environné de la plus grande obscurité, pour ce qui concerne son étiologie, malgré les écrits des médecins les plus illustres. Notre science, en effet, nous abandonne lorsque nous essayons de nous élever jusqu'à la pénétration des causes premières, spécifiques, immédiates des épidémies, et au milieu du mouvement progressif qu'ont ressenti les sciences médicales, on n'a guère été plus avancé sur ce point, du temps de Sydenham, de Lepecq de la Clôture, de Rœderer et Wagler, de Sarcone, de Tissot, et de nos jours mêmes, qu'on ne l'était de celui du père de la médecine.

Nous abandonnerons donc la question étiologique de l'angine pseudo-membraneuse qui a régné et règne encore sous forme épidémique, et nous négligerons de même les conditions au milieu desquelles l'épidémie s'est développée et a sévi; car, d'une part, nous ne pourrions, à l'imitation des anciens, que nous livrer à des hypothèses toujours contestables, et que, d'autre part, en nous conformant à la méthode hippocratique, nous ne serions arrivé qu'au résultat confirmatif de ce qui a été avancé par plusieurs auteurs, et notamment par M. Guersant père, pour ce qui concerne les saisons, les climats, les conditions atmosphériques, etc., au milieu desquelles l'épidémie s'est montrée.

La maladie s'est présentée d'ailleurs avec les caractères que les auteurs lui ont assigné de tout temps, et qui, malgré les différentes dénominations qu'elle a tour à tour reçu, permettent de la reconnaître dans les écrits d'Arétée, de Villaréal, de Fontecha, de Sgambati, de Foglia, de M.-A. Severin, de Carnevale, de Ghisi, de S. Bard, de Starr, de Marteau-Granvilliers; caractères dont le tableau a de nouveau été tracé de nos jours, et complété par MM. Bretonneau, Gendron, Bricheteau, Bourgeois, Billard, Guersant père, Deslandes, etc.

La gravité reconnue de l'angine pseudo-membraneuse épidémique ne s'est pas démentie dans cette circonstance, et le plus souvent elle l'a conservée en dépit de l'emploi le plus énergique des moyens indiqués pour la combattre. Souvent les symptômes du croup ont précédé la mort, et l'autopsie a démontré les caractères anatomiques de cette funeste complication; la mort est arrivée, dans d'autres cas, sans cette complication, et à l'examen nécroscopique on a pu s'assurer que les productions pseudo-membraneuses s'arrêtaient du côté des voies aériennes, au pourtour de l'épiglotte et de la glotte. Une fois l'angine a revêtu la forme gangréneuse, et une circonstance qui nous paraît mériter d'être notée, c'est que ce cas s'est présenté à la période de déclin de l'épidémie; à l'autopsie on n'a trouvé aucune trace de fausse membrane, et l'on a constaté l'existence dans les fosses gutturales de plaques noirâtres ecchymosiques, n'ayant rien de commun avec les plaques pseudo-membraneuses.

Le traitement, avons-nous dit, a rarement exercé une influence salutaire sur la marche de la maladie. Les topiques et les évacuans en ont fait la base, et se sont succédé dans leur emploi avec toute la promptitude que la gravité du mal exigeait. Le jus de citron, le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, ont été tour à tour appliqués localement; les éméto-cathartiques, le calomel, ont été donnés à l'intérieur; leur action a souvent été aidée de celle des frictions mercurielles sur les parties latérales du larynx, et de celle d'autres révulsifs appliqués sur les extrémités inférieures, tels que les vésicatoires, etc. Dans les cas de complication de croup ayant nécessité la trachéotomie, la mort a eu constamment lieu. On a négligé les antiphlogistiques, dont l'insuffisance, en pareil cas, a été reconnue et signalée par MM. Bretonneau, Trousseau, Guersant père et plusieurs autres auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de cette matière d'une manière tout à fait spéciale.

Ce serait un travail bien intéressant, que d'étudier l'angine pseudo-membraneuse régnant épidémiquement dans ses rapports avec les maladies chirurgicales; mais ce travail nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons de dire que si, dans quelques cas, l'affection a existé à part, et s'est développée indépendamment de l'affection chirurgicale préexistante; d'autres fois, par contre, l'affection chirurgicale est devenue la cause déterminante chez des sujets chez qui l'opportunité à gagner la maladie épidémique restait jusqu'alors latente, et ne se traduisait par aucun des caractères qui lui appartiennent. Tel a été le cas d'un enfant chez lequel avait été pratiquée la section du frein de la langue, et qui a succombé consécutivement à la maladie épidémique.

L'angine pseudo-membraneuse épidémique affecte plus particulièrement les enfans que les sujets âgés, ce que l'on attribue généralement à la plus grande tendance qu'ils ont aux inflammations des membranes muqueuses. Mais est-il raisonnable d'admettre que toute inflammation franche, légitime de la membrane muqueuse de l'arrière gorge et des premières voies digestives et respiratoires, puisse, en raison de son intensité, revêtir la forme pseudo-membraneuse? Nous croyons qu'il faut en outre le concours de circonstances spéciales qui font alors de cette inflammation une inflammation spécifique. C'est une opinion analogue, que M. Bretonneau émet sur la nature de l'angine diphtéritique. Or, ces circonstances spéciales ne nous sont pas connues; nous savons seulement qu'elles agissent avec plus d'efficacité chez les enfans et chez les femmes, que chez les adultes du sexe masculin, sans que nous puissions expliquer pourquoi; car nous ne pouvons accepter comme explication la plus grande tendance qu'ont ces sujets à l'inflammation du système muqueux que l'on a voulu invoquer dans ce but.

C'est le concours de ces circonstances inconnues, qui a provoqué l'explosion de l'affection épidémique chez quelques malades du service, sans le concours des maladies

---

à M. du Harlay, que frère Jacques se servait d'une sonde ronde sans cannelure. On voit par la suite qu'il en fait mentian avec Fagon et Félix, qui tous, par égoïsme, prétendent à l'honneur de lui avoir fait corriger son incision et ses instrumens. D'abord, ce ne peut être le procédé de son opération qu'il a corrigé : nous avons vu par le rapport de Méry et par ses succès antérieurs qu'il n'avait pas besoin de l'être; c'est donc ses sondes qu'il faut convenir que frère Jacques a perfectionnées, non pas qu'il y ait ajouté une rainure qui n'y était pas, comme ses adversaires veulent le persuader : car il dit expressément « qu'il y en avait une qui a paru au commencement difficile à découvrir; » mais en faisant faire, pour tous les âges, des sondes qui avaient des cannelures plus larges et plus profondes pour la commodité des lithotomistes de Paris, à qui les siennes n'avaient pas paru assez sensibles; et afin qu'ils puissent les rencontrer plus facilement avec le lithotome. C'est tout ce que frère Jacques convient avoir perfectionné; il ne paraît pas même dans le cours de son écrit, et Méry n'en dit rien dans son premier rapport, où il en aurait fait mention, qu'on lui eût reproché que sa sonde ou cathéter ne fût pas rainelé ou cannelé; car il y parle partout des rainures. Cette perfection, au surplus, lui était personnellement fort inutile. La difficulté que les chirurgiens de Paris trouvaient à découvrir la rainure de la sonde n'en était point une pour lui, puisqu'il s'en servait avant de venir dans la capitale avec le plus grand succès et toute la dextérité possible. C'est l'aveu des médecins et chirurgiens du roi et de la cour, et de tous ceux qui l'ont vu opérer.

« Il n'y a qu'à remarquer, continue frère Jacques, que toutes les chairs voisines du rectum sont membraneuses et souples, prêtent tant que l'on veut, et en faisant avancer le col de la vessie par dessous les muscles de la verge, avec le talon de la sonde, selon que le sujet est maigre ou que la pierre est grosse, en pesant avec le pouce, on fait tendre et avancer les chairs sous le col de la vessie, au défaut de l'urètre, à l'épaisseur d'un écu de la sonde, les y tenant sujettes avec le pouce pour y faire l'incision obliquement dans la rainure, et, ayant retiré la sonde, le col, et le sphincter de la vessie, les chairs s'éloignent l'un de l'autre et retournent chacun dans leurs situations naturelles; par ce moyen, l'incision se trouve dans les chairs, à un pouce ou deux doigts du côté gauche du rectum ou de l'anus, et, de cette manière, on évite de couper non seulement les muscles et artères de la verge, mais encore le rectum et les vésicules séminales, ainsi que les rameaux des veines et artères hypogastriques, et ce sont les parties que l'on doit éviter d'intéresser dans cette opération. »

Frère Jacques poursuit :

« 1° Les accidens, à la manière ancienne, sont causés parce qu'au lieu de faire l'incision au col de la vessie obliquement dans les chairs, on la fait au haut du périnée et à l'urètre; on coupe et sépare toujours les muscles accélérateurs de la verge dans leurs origines ou jonctions, et les rameaux de veines et artères hypogastriques, et les artères de la verge qui s'y trouvent, ce qui cause l'hémorrhagie, ainsi que les vaisseaux qui se déchargent au scrotum, et qui portent le sang, y font échymose, qui cause la gangrène.

» 2° On retire toujours la pierre de la vessie, par la partie la plus étroite de la tête de l'angle des os pubis, et l'on froisse et déchire les parties divisées du corps, du col de la vessie et de la verge ce qui fait perdition de substances, et cause la fistule pour peu que la pierre soit grosse et raboteuse.

» 3° Il faut remarquer que l'incision du col de la vessie, obliquement dans les chairs, n'est point sujette à l'hémorrhagie ni à la fistule, et n'est pas si douloureuse que celle qui est faite à l'ancienne manière au périnée et à l'urètre, qui sont des parties membraneuses et spongieuses où l'on coupe les muscles et artères de la verge.

» 4° La pierre passe plus librement par la partie la plus large de l'angle des os pubis, que par la plus étroite de la tête des os de cet angle. »

Frère Jacques remarque, dans sa brochure, la grande différence et les avantages de son opération sur l'ancienne, et dit :

« A la manière don frère Jacques fait l'incision, l'opération est plus facile qu'à l'ancienne, parce que, tenant la sonde d'une main, il y assujettit la peau et les graisses avec son pouce, et fait l'incision ce l'autre main, avec sûreté, dans la rainure de la sonde; au lieu qu'à l'ancienne manière, l'opérateur ne saurait tenir la sonde d'une main. L'aide qui la tient l'assujettit au périnée avec les deux mains, pendant que l'opérateur fait l'incision des chairs et à l'urètre; de sorte qu'il ne peut faire avancer le col de la vessie par-dessous les muscles de la verge, pour y faire l'incision obliquement; alors il couperait le rectum, parce que la sonde ordinaire n'est pas assez coudée. Au contraire, quand la sonde est coudée, comme celle de frère Jacques, il est facile, en la tenant de la main gauche, d'avancer le col de la vessie par-dessous les muscles de la verge, et d'approcher les chairs du périnée à l'épaisseur d'un écu, en pesant avec le pouce contre la convexité de la sonde, et les y tenir assujetties pendant que l'on fait avec la main droite l'incision obliquement dans la rainure de la sonde, pour couper le col de la vessie jusqu'au sphyncter, sans intéresser l'urètre que fort peu à son principe. »

Frère Jacques, dans sa description, ne parle que du manuel de son opération. On voit partout une rainure à sa sonde.

Il paraît que frère Jacques n'osait avouer que son incision intéressait et le col, et le corps de la vessie, ainsi que la glande prostate, qu'il divisait réellement, parce qu'on regardait alors, et même il n'y a pas encore long-temps, les incisions faites à la vessie comme très dangereuses, et même mortelles (1). Cette opinion serait aujourd'hui une dérision, pour peu que l'on fasse attention que le succès de la taille dépend absolument de la section exacte de la corne gauche de la prostate du col, et du corps de la vessie, autant qu'il est nécessaire pour tirer facilement la pierre, et prévenir les suites les plus désastreuses.

La suite que Méry a donnée à son premier discours est uniquement pour blâmer frère Jacques et son opération, étant l'ouvrage de l'envie; on remarque qu'il est plein de contradictions et de puérilités répréhensibles, qui tendent à jeter de la confusion dans le plus beau procédé de tailler les pierreux qu'on ait jamais imaginé pour les délivrer avec succès de leur calcul. La description anatomique qu'il fait des parties intéressées par la taille de frère Jacques, ne laisse rien à désirer.

« Cette opération étant faite sur le mort, je disséquai, dit-il, page 19, en présence de MM. les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, les parties qui avaient été coupées par la dissection que j'en fis, et en les comparant avec les mêmes parties du côté opposé, que je disséquai aussi, nous remarquâmes que frère Jacques avait d'abord coupé des graisses environ un pouce et demi d'épaisseur; qu'il avait ensuite conduit son scalpel lithotome entre le muscle érecteur et l'accélérateur gauche sans les blesser, et qu'il avait enfin coupé le col de la vessie dans toute sa longueur par le côté, et environ à un demi-pouce du corps même de la vessie, et tiré la pierre avec facilité. »

---

(1) Lisez les œuvres de M. Lecat, sur la lithotomie, Méry et Franco, principal auteur de cette erreur.

chirurgicales, pour lesquelles ils étaient retenus à la clinique. Quelles sont les conditions organiques spéciales, si toutefois c'est dans les organes qu'il faille les trouver, capables de donner l'explication de la plus grande fréquence de l'angine diphtérique chez les enfans ; c'est encore un point que l'on ignore et que cette épidémie n'a point éclairée. Mais si c'est dans une altération dynamique qu'on voudrait la faire consister, ce serait une erreur, selon nous, que d'invoquer un défaut de réaction contre une cause extérieure quelconque, car la période de la vie entraîne avec elle, comme condition obligée, l'idée d'une exubérance vitale.

Voici maintenant le tableau du mouvement effectué pendant les quatre derniers mois de l'année dernière.

Entrés : Garçons, 74 ; filles, 140.
Sortis : Garçons, 70 ; filles, 120.
Morts : Garçons, 11 ; filles, 10.
Opérés : Garçons, 11 ; filles, 22.
Opérés morts : Garçons, 2 ; filles, 7.

Ces derniers font déjà partie du chiffre de la mortalité que nous avons indiqué plus haut, et qui se monte, avons-nous dit, à 11 pour les garçons et 10 pour les filles.

Les différens chiffres qui précèdent se trouvent ainsi répartis pour les quatre mois.

Mois de septembre. Salle Sainte-Thérèse. Existantes au 1er septembre, 10 filles ; entrées, 15 ; sorties, 12.

Trois opérations ont été pratiquées dans le courant du mois ; savoir :

1° Une excision de staphylôme (guérie).
2° Un bec-de-lièvre simple (guérie).
3° Une fistule à l'anus (guérie).

Il est mort dans ce même mois :

1° Une petite fille, qui était à la clinique pour une tumeur blanche, et qui, au milieu des meilleures conditions possibles, a été enlevée par une angine pseudo-membraneuse.

2° Une petite fille, à laquelle on avait pratiqué la section de brides consécutives à une brûlure, et qui a été prise au milieu du traitement de symptômes adynamiques, auxquels ont succédé de près ceux d'une angine pseudo-membraneuse qui a enlevé la malade.

Salle Saint-Côme. Existans au 1er septembre, 27 garçons ; entrés, 14 ; sortis, 12.

Trois opérations ont été pratiquées dans le courant du mois ; savoir :

1° Une taille bi-latérale (guéri).
2° La section d'un tendon d'Achille, chez un sujet à qui une semblable opération avait été pratiquée à l'autre pied dans le mois d'août (guéri).
3° L'amputation du doigt indicateur par suite d'écrasement.

Mois d'octobre. Salle Sainte-Thérèse. Existantes au 1er octobre, 21 filles ; entrées, 13 ; sorties, 9.

Il a été fait six opérations dans le courant du mois ; savoir :

1° La section du tendon d'Achille, pour un pied-équin simple accidentel (guérie).
2° La même opération, pour un équin varus accidentel (guérie).
3° Un bec-de-lièvre congénital (guérie par deuxième intention).
4° Deux pieds-équins varus chez le même sujet (guéri).
5° Destruction de brides à la main (guérie).
6° Extirpation d'un fongus hématode de l'œil (récidive, mort).

Salle Saint-Côme. Existans au 1er octobre, 29 garçons ; entrés, 26 ; sortis, 22.

Six opérations ont été faites dans le courant du mois ; savoir :

1° Une amputation du premier métacarpien, par suite de l'articulation métacarpo-phalangienne (guéri).
2° Une hydrocèle acquise cloisonnée, opérée par simple ponction (guéri).
3° Spina-bifida, traité par la ligature enchevillée. Méningite de la moelle ; tétanos (mort).
4° Taille bi-latérale ; gangrène de la plaie ; résorption purulente (mort en novembre).
5° Taille bi-latérale (guéri).
6° Lithotritie ; destruction du calcul en trois séances ; angine pseudo-membraneuse (mort).

Il est mort dans le courant du mois :

1° Le spina-bifida signalé.
2° Une carie vertébrale compliquée de pleurésie avec épanchement.

Mois de novembre. Salle Sainte-Thérèse. Existantes au 1er novembre, 21 filles. Entrées, 20 ; sorties, 18.

Il a été pratiqué une seule opération dans le courant du mois, savoir :

Une double ténotomie pour deux pieds-équins-varus.

Il est mort trois malades, savoir :

1° Une tumeur blanche du genou ; tubercules pulmonaires ; entéro-colite.
2° Un abcès scrofuleux au col ; tubercules pulmonaires.
3° Une fracture d'avant-bras ; rachitisme ; pneumonie. A l'autopsie, on trouve la fracture consolidée.

Salle Saint-Côme. Existans au 1er novembre, 31 garçons. Entrés, 13 ; sortis, 21.

Sept opérations ont été pratiquées, savoir :

1° L'excision d'un exostose de la seconde phalange du gros orteil (guéri).
2° Un paraphymosis chez un calculeux (guéri).
3° Une hydrocèle enkystée du cordon : ponction et injection iodée (guéri).
4° Taille bi-latérale ; calcul énorme ; nostalgie (mort).
5° Taille bi-latérale ; calcul mûriforme (guéri).
6° Une fistule lacrymale ; procédé de la canule (non guéri).
7° Section de brides congéniales unissant le médius à l'annulaire.

Cinq sujets sont morts dans le mois, savoir :

1° Une carie vertébrale ; abcès par congestion.
2° Un calculeux taillé en octobre ; résorption purulente.
3° Une brulure étendue du thorax ; mort d'indigestion.
4° Coxalgie, scarlatine ataxique, albuminurie.
5° Le calculeux nostalgique indiqué, et qui n'a offert aucune lésion appréciable à l'autopsie.

Mois de décembre. Salle Sainte-Thérèse. Existantes au 1er décembre, 20 filles ; entrées, 18 ; sorties, 11.

Une seule opération a été pratiquée dans le courant du mois, savoir :

Une cataracte congéniale opérée par abaissement.

Deux sujets sont morts, savoir :

1° Une brûlure ancienne du bras, qui s'est compliquée d'angine pseudo-membraneuse, de croup et d'apoplexie pulmonaire.
2° Une brûlure presque générale ; morte seize heures après son entrée.

Salle Saint-Côme. Existans au 1er décembre, 18 ; entrés, 21 ; sortis, 15.

Six opérations ont été faites dans le courant du mois, savoir :

1° Une amputation des deux mains, par suite d'écrasement (guéri).
2° Une fistule lacrymale opérée par la canule de Dupuytren.
3° Une hydrocèle chez un enfant de huit mois, opérée par ponction et injection iodée (guéri).
4° Une section de membranes congéniales réunissant l'annulaire et le médius ; angine pseudo-membraneuse (mort).
5° Une hydrocèle opérée par ponction et injection iodée (guéri).
6° Une trachéotomie pour un croup (mort).

Quatre sujets sont morts dans le courant du mois, savoir :

1° Un calculeux lithotritié en octobre ; angine pseudo-membraneuse ; pneumonie. A l'autopsie, on trouve la vessie entièrement débarrassée de son calcul.
2° Un croup pour lequel on a pratiqué la trachéotomie.
3° Une angine pseudo-membraneuse qui s'est compliquée de croup, ayant nécessité la trachéotomie.
4° Division de brides congéniales ; angine pseudo-membraneuse.

— Après ce que nous avons dit plus haut, il ne nous reste plus rien à ajouter à cet article. Nous terminerons seulement en faisant remarquer de nouveau, combien, dans le mouvement total, la proportion de la mortalité s'est trouvée augmentée par la complication fréquente d'angine pseudo-membraneuse. C'est à celle-ci qu'il faut incontestablement attribuer le peu de succès qu'ont obtenu, comparativement parlant, toutes les opérations en général, et en particulier celles très graves que l'on a pratiquées sur l'appareil urinaire et dont nous trouverons encore quelques exemples dans le mois de janvier qui vient de s'écouler, quand nous en publierons les résultats en temps et lieu. K.....

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 2 février.

Aliénation mentale. — *M. Leuret* lit un mémoire intitulé : « Sur la révulsion morale dans le traitement de la folie. » L'auteur présente d'abord quelques considérations générales sur ce mode de traitement, déjà employé par les anciens, et dont M. Leuret a entretenu l'Académie ; puis il expose deux observations dans lesquelles cette méthode a été employée avec succès. Dans l'une, il s'agit d'une femme qui se croyait mariée, ne l'étant pas, puis mariée, s'imaginait être abbé, vicaire, chanoine, pape. M. Leuret dit l'avoir guérie en établissant avec elle une lutte morale, par laquelle il croit avoir produit une salutaire révulsion dans l'esprit de la malade. Dans l'autre, il est question d'une demoiselle qui s'était condamnée à un mutisme volontaire depuis dix-huit mois. M. Leuret dit l'avoir guérie en une séance en feignant d'être muet comme elle. (Commission.)

Ténotomie dorsale. — *M. Bouvier* lit un travail intitulé : « Mémoire sur l'inopportunité de la section des muscles du dos dans le traitement des déviations de l'épine. » Proposée d'abord en Allemagne, cette méthode, dit M. Bouvier, a été prônée dans ces derniers temps en France comme une chose neuve. Ce qui a favorisé surtout ces tentatives, c'est la fausse analogie qu'on a cru voir entre les déviations de l'épine et le pied-bot et le torticolis. J'aurais gardé le silence, ajoute M. Bouvier, si le résultat était en réalité différent de celui qu'on obtient journellement par les seules machines. Les recherches nécropsiques m'ont fait voir que les muscles de la partie concave de la courbe n'étaient aucunement contractés, et lorsque je les ai coupés, aucun changement n'est survenu dans la déviation, pas même une plus grande facilité au redressement mécanique. Mes expériences sur le vivant m'ont confirmé dans le même fait : après la section des muscles, le redressement de la colonne n'a pas été plus facile qu'avant, et le temps de ce redressement n'a pas été moins court que dans le cas où aucune opération n'était pratiquée. Il résulte de là que l'opération dont il s'agit fait souffrir le malade sans aucun avantage.

M. Bouvier se livre à des réflexions basées sur des faits pour développer son argumentation, et fait voir jusqu'à l'évidence que la source d'une pareille erreur est dans l'idée que Delpech mit en avant le premier en 1812, que M. Gerdy a soutenue ensuite, savoir, que les déviations vertébrales pourraient dépendre d'une contracture musculaire occasionnée par une affection des nerfs. Or, cette assertion est complètement fausse dans la majorité des cas, non-seulement pour les déviations de la colonne, mais encore pour celles du pied, du cou, des yeux, etc.

Il suffit de descendre du champ des suppositions aux faits matériels fournis par l'anatomie pathologique, par la saine physiologie et par l'expérience journalière, pour prouver de pareilles erreurs. M. Bouvier s'est surtout attaché à démontrer qu'il n'y avait aucune parité à établir entre les déviations vertébrales et le pied-bot ou le torticolis, qu'on guérit par la ténotomie. Cette lecture pleine de faits pratiques a été écoutée avec une attention soutenue.

Séance levée à cinq heures.

Nouvelles recherches sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil ; par M. le docteur BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Bonnet a écrit la lettre suivante à M. le président de l'Académie des sciences :

Monsieur,

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie l'exposé de recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil. Ces recherches conduisent à l'interprétation scientifique de la persistance d'action des muscles de l'œil, après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme ; elles éclairent sur la méthode à suivre dans cette opération, et peuvent jeter quelques lumières sur les mouvemens de l'œil et des paupières étudiés dans l'état normal.

L'œil n'est pas en contact, comme l'écrivent les anatomistes, avec les graisses de l'orbite : il en est séparé par une capsule fibreuse dans laquelle il peut se mouvoir avec facilité. Cette capsule concave et ouverte en devant s'insère sur l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil, sans être en contact avec eux, et se termine aux paupières qui en forment le prolongement. Les muscles droits et obliques la traversent pour se rendre à l'œil, et contractent avec elle des adhérences intimes ; ils ont ainsi deux insertions : l'une à la sclérotique, l'autre à la capsule fibreuse, et ils ne peuvent se mouvoir sans transmettre à celle-ci tous les mouvemens qu'ils exécutent.

L'existence autour de l'œil d'une aponévrose non décrite jusqu'à présent et la double insertion en avant des muscles oculaires, sont les deux dispositions anatomiques que je me propose de faire connaître dans cette lettre. En les décrivant, je montrerai quelle est leur influence sur les mouvemens de l'œil et des paupières. Les faits, ainsi rapprochés de leurs conséquences, seront plus aisément compris dans leurs détails, mieux appréciés dans leurs applications.

On sait que lorsqu'un des muscles de l'œil a été coupé dans l'opération du strabisme, l'action exagérée d'où résultait la maladie cesse immédiatement, et que les mouvemens qu'on attribue au muscle divisé s'exécutent comme dans l'état normal. L'explication de ces effets doit, pour être satisfaisante, s'appliquer indistinctement à tous les muscles de l'œil, puisque la persistance de leurs fonctions s'observe après qu'on a coupé l'un ou l'autre d'entr'eux ; elle ne doit supposer aucun phénomène qui exige, comme la cicatrisation, un travail de plusieurs jours, puisque les mouvemens que déterminent les muscles divisés se manifestent immédiatement après que leur section a été faite. L'explication anatomique que je vais présenter est la seule qui réunisse cette double condition. Elle est fondée sur ce fait que les muscles de l'œil s'insérant tout à la fois à la sclérotique et à la capsule fibreuse, on ne coupe dans l'opération du strabisme que la première de ces insertions. La seconde persiste toute entière, le muscle continue à agir sur la capsule, et, par l'intermédiaire de celle-ci, transmet à l'œil ses contractions simplement affaiblies. Les dissections et les expériences suivantes sont nécessaires pour vérifier ces assertions.

On enlève le globe de l'œil en ayant soin de couper les muscles qui s'y attachent, ainsi que le nerf optique, aussi près que possible de la sclérotique. La capsule fibreuse se voit alors distinctement avec toutes les dispositions que j'indiquais plus haut ; les muscles coupés peuvent être retrouvés à la surface interne, et l'on peut s'assurer qu'ils la traversent obliquement, et contractent, avec elle, les adhérences les plus intimes. Celles-ci sont si fortes, qu'en découvrant les muscles à leur partie postérieure, et exerçant des tractions sur eux, on les déchire plutôt que de les séparer de la capsule, et que tous les mouvemens qu'on leur imprima se communiquent à cette dernière.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte que les muscles de l'œil ne peuvent se contracter, sans faire mouvoir la capsule on cherche à déterminer comment celle-ci adhère à l'œil et peut lui communiquer les mouvemens qu'elle reçoit. Sur une autre pièce anatomique, on écarte fortement les paupières et l'on enlève la conjonctive, après avoir reconnu l'adhérence circulaire qu'elle établit entre l'œil et la capsule fibreuse. Ces deux parties se montrent alors écartées l'une de l'autre de 2 à 4 millimètres ; l'intervalle qui les sépare est rempli d'un tissu cellulaire très lâche que traversent les colonnes formées par les muscles qui vont se rendre à la sclérotique.

Après ces dissections doivent venir les expériences sur une pièce qui n'a pas encore servi ; on enlève la paroi supérieure de l'orbite dans ses deux tiers postérieurs et l'on met à découvert un muscle, le droit interne par exemple. On s'assure qu'une traction exercée sur lui tire l'œil en dedans, et on le coupe ensuite à son attache à la sclérotique. Cette section terminée, on peut imprimer à l'œil les mêmes mouvemens qu'avant qu'elle eût été faite, en ayant soin toutefois d'exercer sur la portion orbitaire du muscle des tractions beaucoup plus étendues qu'on ne l'avait fait d'abord.

La même expérience, répétée sur les autres muscles, réussit également, mais il faut pour cela changer de pièces ; car, si l'on pratique plusieurs sections sur le même sujet, les adhérences de la capsule fibreuse à l'œil, successivement divisées, sont impuissantes à transmettre les mouvemens de l'une à l'autre. La dissection étendue de la conjonctive suffit même, à elle seule, pour détruire la possibilité de cette transmission, preuve expérimentale que si un muscle détaché de la sclérotique par des sections aussi bornées que possible, peut encore agir, quoique plus faiblement, sur le globe oculaire, cette dernière action peut être détruite, si l'on a disséqué la conjonctive dans une trop grande étendue. Sans doute c'est dans des cas de ce genre que l'on a produit des strabismes en sens inverse de ceux que l'on voulait guérir.

La double insertion en avant des muscles de l'œil et les adhérences de cet organe à sa capsule fibreuse expliquent, il est vrai, la persistance d'action des muscles après qu'on les a coupés, et indiquent les conditions de cette persistance, mais ils ne condui-

sent pas à connaître la méthode à suivre dans l'opération du strabisme.

Cette connaissance me paraît ressortir, en partie du moins, des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée, et que Ténon a fait connaître sous le nom de membrane nouvelle de l'œil. Cette membrane, bien distincte de la capsule que j'ai décrite, se confond avec les gaînes fibreuses des muscles, et sert à les unir les unes aux autres, formant ainsi une couche intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique.

Il faut la traverser dans l'opération du strabisme, et lorsque par sa section on est arrivé dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'œil le stylet glisse sans obstacle derrière la gaîne des muscles, et l'on peut couper ceux-ci avec leurs aponévroses sûrement et en totalité. Je me suis assuré sur le vivant comme sur le cadavre de la facilité étonnante que la connaissance de la membrane de Ténon donne à la section des muscles de l'œil. Cette connaissance est aussi importante dans l'opération du strabisme que celle de la gaîne des artères dans la ligature de ces vaisseaux.

Il est plusieurs particularités que présente l'action physiologique des muscles de l'œil et dont la cause se trouve dans les dispositions anatomiques que je décris dans cette lettre. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'influence des muscles droits sur le mouvement des paupières. On s'est demandé, sans en trouver la solution, quel muscle abaisse la paupière inférieure, et comment s'établit cette harmonie admirable qui met toujours en rapport les mouvemens d'élévation et d'abaissement des paupières avec ceux que le globe de l'œil exécute dans le même sens. Ces phénomènes sont faciles à comprendre, dès qu'on sait que les cartilages tarses sont la continuation d'une capsule fibreuse à laquelle s'insèrent et que mettent en mouvement les muscles élévateur et abaisseur de l'œil. Ces derniers ne peuvent se contracter sans agir tout à la fois sur l'œil et sur les paupières; et la cause de cette action simultanée est tellement anatomique, que sur le cadavre, on ne peut tirer ces muscles en arrière après avoir découvert leur moitié postérieure, sans que les paupières ne se meuvent en même temps et dans le même sens que le globe oculaire.

Je pourrais entrer dans des détails beaucoup plus étendus sur l'anatomie des annexes de l'œil, et sur les conséquences que l'on en peut déduire; mais je dois me borner, dans une lettre, à esquisser le travail que je me propose de faire sur ce sujet. Il me suffit dans ce moment, où l'importance physiologique des muscles de l'œil sur les phénomènes de la vision ressort si évidemment des suites de l'opération du strabisme, d'avoir ouvert une voie nouvelle, par une anatomie plus exacte, à l'étude de ces muscles dans l'état de santé, et d'avoir donné une raison incontestable de la persistance d'action des muscles de l'œil après la section de leurs adhérences à la sclérotique. Sous le rapport de cette persistance de fonctions, l'expérience avait démontré des faits que les connaissances acquises ne permettaient pas de prévoir, qu'elles ne pouvaient même pas expliquer; la science s'était laissée dépasser par la pratique, je crois l'avoir, par mes recherches, conduit au point où la pratique elle-même était arrivée.

Veuillez agréer, etc. BONNET.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE (24 janvier 1841).

L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de Paris a eu lieu le 24 janvier 1841 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. La séance a été remplie par le compte-rendu de M. Gibert, secrétaire-général, et par la nomination des membres du bureau et de la commission.

Le nombre des sociétaires s'élève à 404.

L'année 1840 offre 7 décès, 7 démissions et 21 admissions. Depuis 1834, la société a reçu environ 200 demandes de secours, et depuis cette époque elle a distribué environ 6,000 fr. L'année 1840 entre pour 945 fr. dans ce compte. Cette année, la Société a aussi pu placer sur l'état une somme de 6,776 fr. qui, au taux actuel des rentes (5 p. 100), élève le capital social inaliénable à une somme d'environ 42,000 fr., donnant un revenu annuel de 1,875 fr.

La Société a entendu ensuite la lecture d'un projet de pétition de M. le docteur Renouard, qui propose de demander collectivement la suppression des officiers de santé, et, en attendant ce résultat définitif, une loi qui leur interdirait les localités dont la population excède 2,000 âmes. Cette proposition a été adoptée.

MM. Orfila et Fouquier ont été réélus président et vice-président.

Membres de la commission.

1er arrondissement. MM. Bardoulat, Duval (Louis), Andrieux, Lacorbière.
2e MM. Forestier, Goupil, Tanchou, Cabanellas.
3e MM. Andry, Janin, Bourgeois, Parmentier.
4e MM. Godard, Pillon, Léger Fleurus, Jacob-Bouchenel.
5e MM. Sterlin, Campardon, Roger, Scellier.
6e MM. Bernardin, Erambert, Ledeschaut, Lasne.
7e MM. Jacquemin, Videcoq, Duclos, Manceau.
8e MM. Belhomme, Angouard, Berton, Maurin.
9e MM. Bourjot, Deville, Hatin, Dubois.
10e MM. Baumetz, Guersant, Smith, Robert.
11e MM. Vasseur, Ricord, Régnier, Lesueur.
12e MM. Bourse, Lemoine, Ratier, Dubois.

Pour faire partie de l'association, il faut s'inscrire chez M. Vasseur, trésorier, ou chez le secrétaire, ou chez l'un des membres de la commission.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Argumentation des thèses.

Mercredi, 3 février 1841.

M. Philippe Boyer a été argumenté par MM.
Lenoir,
Bérard jeune,
Vidal (de Cassis).
Blandin.

— Des opérations que réclament les plaies de l'estomac et des intestins.

Vendredi, 5 février.

M. Lenoir sera argumenté par MM.
Bérard jeune,
Vidal (de Cassis),
Blandin,
Michon.

— De la bronchotomie.

CONCOURS ET PRIX.

La Société de médecine de Bordeaux a décerné une médaille d'or sur le meilleur mémoire touchant les Recherches sur la variole chez les vaccinés, question qu'elle avait mise au concours. L'auteur du mémoire couronné est M. le docteur Steinbrenner, de Wasselonne (Bas-Rhin).

Concours pour une place de médecin communal de la ville de Strasbourg.

Le maire de la ville de Strasbourg a fait annoncer, dans les journaux du département, un concours pour une place de médecin communal, *extra muros*. Les candidats seront examinés par une commission composée de deux professeurs de la Faculté de médecine et trois praticiens de la ville. Le jour de l'ouverture du concours n'est pas encore fixé. On s'inscrit au secrétariat de la mairie. Le titre de docteur en médecine est exigé, et les candidats doivent connaître la langue de la localité.

Enseignement. Distribution des prix de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix institué par l'Université. — Premier prix de l'École pratique : M. Hirtz (Louis), de Wintzenheim (Haut-Rhin). — Premier second prix : M. Joyeux (Jules-Antoine), de Strasbourg. — Deuxième second prix : M. Rebeil (François-Libéré), de Strasbourg.

Prix institués par la Faculté. — Première classe de l'école pratique. Premier prix : M. Willemin (Prosper-Alexandre), de Strasbourg. — Deuxième prix : M. Coze (Pierre-Léon), de Strasbourg. — Seconde classe. — Premier prix : M. Hauser (Josué), de Dormenach (Haut-Rhin). — Deuxième prix : M. Wieger (Frédéric), de Strasbourg. — Troisième classe. — Premier prix : M. Hirtz (Louis). — Deuxième prix : M. Reibel (François-Libéré).

Prix d'anatomie pratique. M. Delineau (Henri), de Poitiers.

Prix d'observation clinique. M. Joyeux (Jules).

Thèse couronnée : Celle de M. le docteur Hergott (Fr.-Jos.), de Guebwiller (Haut-Rhin).

—*Nécrologie.* M. le docteur Félix Capitaine, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, vient de mourir à l'âge de trente-un ans, après une maladie de quelques jours.

— M. Baudens est parti en poste pour Lunéville, où règne une épidémie de maux de gorge.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 6 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 16, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. A. Bérard.

Fracture des côtes, par cause interne.

Le 15 décembre 1840 est entrée dans le service Marianne Finet, âgée de cinquante-quatre ans, veuve de Charles Arnoult, tablettier, demeurant à Paris, dixième arrondissement.

Cette femme raconte que le 10 décembre, tandis qu'elle était encore au lit, elle sentit, en passant sa main sur le côté gauche de la poitrine, une tumeur peu volumineuse et dure, qui était le siége d'une douleur augmentant par la pression et les mouvemens respiratoires un peu étendus. Ne connaissant point la nature de cette tumeur, elle appliqua quelques cataplasmes, et ne fit appeler un médecin que le 14 décembre. Celui-ci reconnut à l'instant même une fracture de la dixième côte gauche, et conseilla en même temps à cette malade d'entrer à l'hôpital.

Le lendemain, à la visite, M. A. Bérard ne fait que confirmer ce premier diagnostic; il constate que les fragmens font saillie sous la peau; que la fracture est transversale, et située à une distance à peu près égale de la ligne blanche abdominale et de la série des apophyses épineuses des vertèbres dorsales.

Interrogée sur les causes qui ont pu donner lieu à cette fracture, la malade répond qu'elle ne sait comment l'expliquer; elle prétend n'avoir reçu aucun coup sur la poitrine; la veille au soir, elle n'éprouvait aucune douleur dans cette région, ce qui fait supposer que cette côte n'a pu se rompre que pendant la nuit, à la suite d'une quinte de toux, car il faut dire que depuis huit mois cette femme est atteinte d'une bronchite passée à l'état chronique.

L'on est d'autant plus porté à regarder cette cause comme la véritable, que quelques jours après, le 1er janvier, une nouvelle côte s'est fracturée à la suite d'un violent accès de toux; cette fois c'était la neuvième du même côté, et la fracture avait son siége à douze centimètres du sternum.

Le 8 janvier, nouvelle fracture succédant encore à une quinte de toux violente: elle occupe la côte immédiatement inférieure aux deux précédentes, et se trouve à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'arc qui réunit le sternum à la colonne vertébrale.

Ces deux dernières fractures, qui se sont, pour ainsi dire, opérées sous les yeux du chirurgien, ne peuvent laisser aucun doute sur la cause de la première. Connaissant parfaitement la cause occasionnelle, nous devons maintenant rechercher, dans l'état antérieur de la santé de Marianne Finet, quelles peuvent en être les causes prédisposantes.

Parfaitement réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle n'a cessé de l'être qu'à cinquante. Jusqu'à ce moment elle a toujours joui d'une très bonne santé, et n'a jamais offert aucun symptôme spécifique de syphilis, de scorbut ou de scrofules; mais depuis quatre ans beaucoup de causes morales sont venues se réunir pour altérer sa constitution, qui est maintenant dans un grand état de délabrement. Elle a vu successivement mourir dans le courant de la même année, son mari, atteint d'une maladie de langueur durant depuis dix-huit mois, et son fils, épuisé par la suppuration qui était survenue à la suite de l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou. Ajoutons encore à ces causes l'influence du séjour dans un appartement humide et malsain.

Le 22 janvier 1841, obligée de sortir pour des affaires de famille, elle quitte l'hôdital; la fracture de la dixième côte est seule consolidée. Son traitement n'a consisté que dans un bandage de corps placé autour de la poitrine. Infusion de fleurs de mauve pour tisane; potion calmante; lavemens amidonnés et laudanisés pour remédier à la diarrhée.

— Les observations de fractures de côtes par cause interne ne sont pas très nombreuses; M. Malgaigne, qui les a recherchées avec soin, n'a pu en rencontrer que sept; il les a consignées dans son Mémoire sur les fractures de côtes (*Voy.* Archiv. de médec. 1838, t. II.) et les a fait suivre de quelques réflexions que nous allons résumer en peu de mots:

Les deux premiers cas se trouvent dans les OEuvres de Gooch, auquel ils avaient été communiqués par un jeune chirurgien de la marine anglaise.

Le troisième cas a été observé par Monteggia, sur un homme de cinquante et quelques années.

Le quatrième, publié par le docteur Graves, de Dublin, est relatif à une dame de quarante-sept ans, d'une taille et d'une force musculaire au dessus de l'ordinaire. (9e côte gauche, sur le point d'union du cartilage avec la côte ou très près de cet endroit.)

Le cinquième est rapporté par M. Casimir Broussais: il fut rencontré sur un soldat atteint de pneumonie chronique avec hypertrophie du cœur. La fracture siégeait sur le trajet de la quatrième côte sternale gauche, à la réunion du quart antérieur avec les trois quarts postérieurs.

Les deux derniers se sont offerts à M. Nankivell, qui les a consignés dans le *London medical Gazette*, juillet 1835: le premier sur une dame de soixante-trois ans, qui avait une fracture évidente des cinquième et sixièmes côtes gauche; et le second sur une femme de cinquante-neuf ans: celle-ci présentait une fracture de la dixième côte un peu en avant de son angle.

Après avoir rapporté ces observations avec plus de détails, M. Malgaigne pose cette question: Quel est le mécanisme de ces fractures? Il note d'abord que dans aucun des cas connus le système osseux ne paraissait avoir subi d'altération morbide, mais que presque tous les sujets étaient dans un âge un peu avancé, puis il ajoute: «Quant à la cause occasionnelle, M. Nankivell fait observer que chez ses deux malades, il y avait une maigreur générale jointe à la gracilité des formes; que la cage osseuse du thorax était d'une rigidité remarquable, surtout chez la première femme: les mouvemens y étaient très limités, peut-être par une ossification prématurée des cartilages costaux. Enfin, ni l'une ni l'autre n'avaient jamais été exposées à la toux; en sorte que ce thorax immobile ayant à subir des mouvemens brusques et inaccoutumés à l'instant où les muscles inspirateurs le dilataient outre mesure, les muscles droit et oblique externe, dans le premier cas, les deux obliques, dans le second, réagissant en sens contraire, les côtes prises entre ces deux puissances n'auront pu que se fracturer.

» Cette théorie, assez spécieuse pour les deux cas observés par l'auteur, ne saurait s'appliquer à la fracture de la quatrième côte signalée par M. Broussais.

» Dans tous les cas, hors le dernier, la fracture avait eu lieu dans la partie la plus antérieure de la côte, et même, dans ce cas exceptionnel, vu le peu de longueur de l'os, la fracture était encore assez voisine du cartilage. Ne pourrait-on pas soupçonner que dans les fortes inspirations qui précèdent la toux, la légère torsion que l'élévation du sternum imprime aux côtes ne s'exécutant plus parfaitement, à raison de l'ossification des cartilages, les os se sont rompus parce qu'ils ne pouvaient plus céder? Ainsi s'expliquerait assez bien le lieu d'élection de la fracture; et il y aurait un rapprochement curieux entre les fractures par cause indirecte reconnaissant pour cause la dépression du sternum, et les fractures par action musculaire ayant pour cause l'élévation du même os; toutes deux s'opérant, du moins en partie, par un mouvement de torsion des côtes, et toutes deux affectant de prédilection leur région antérieure. »

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pneumonie chez un sujet âgé. Valeur diagnostique du frisson initial dans les affections aiguës chez les vieillards. Considérations sur la gravité comparative de la pneumonie considérée aux différentes époques de la vie.

Au n° 11 de la salle des femmes, est entré le 29 janvier une femme âgée de soixante-cinq ans, autrefois cantinière, malade depuis le 25 janvier. Interrogée sur les circonstances qui ont accompagné le début de sa maladie, elle nous a dit que ce même jour elle s'était sentie un peu plus fatiguée que d'ordinaire, mais que nonobstant cela, étant sur le point d'entrer au service en qualité de por-

---

FEUILLETON.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AMPUTATIONS,

Lues devant l'Association britannique (section de chirurgie), par M. Lawrie, professeur de chirurgie à l'Université d'Anderson, chirurgien à l'hôpital de Glascow.

La fréquence des amputations, la mutilation qu'elles causent, les dangers qui les accompagnent, rendent cette opération des plus importantes et digne de l'attention du chirurgien, surtout dans les hôpitaux. Dans la pratique civile elle n'est exécutée que très rarement, surtout dans les rangs élevés de la société; comparativement aux autres opérations, elle occupe le premier rang sous le rapport de la fréquence. A Glascow et aux environs, le climat prédispose singulièrement aux maladies des articulations. Le nombre de nos travaux publics, l'étendue et la variété des machines employées dans nos manufactures, nos nombreux navires et paquebots, nos mines de charbon et nos carrières, les constructions toujours croissantes dans Glascow et ses environs, donnent souvent lieu à des accidens qui rendent fréquentes les amputations, et cette fréquence devient malheureusement progressive par l'accroissement incessant de ces accidens.

On agite depuis long-temps la question relative aux avantages de l'amputation primitive ou secondaire. Wiseman et Mauby étaient pour l'amputation immédiate, tandis que John Hunter prônait l'amputation secondaire. Les chirurgiens anglais modernes cependant ont tous été unanimes pour l'amputation primitive. M. Guthrie a publié les tableaux suivans.

Amputations secondaires dans les hôpitaux militaires.

Amputations du membre supérieur, 296; morts 116; guéris 105; en traitement 75.

Amputations du membre inférieur, 255; morts 149; guéris 65; en traitement 41.

Amputations immédiates sur le champ de bataille.

Amputés du membre supérieur, 163; morts 5; guéris 64; en traitement 94.

Amputés du membre inférieur, 128; morts 19; guéris 48; en traitement 66.

Il résulte de ces deux tableaux que sur 551 sujets amputés secondairement, 265 sont morts, c'est-à-dire près de la moitié, tandis que sur 291 amputés primitivement, il n'en est mort que 24, ou un douzième environ. Pour le membre supérieur, la mortalité dans l'amputation secondaire est à celle de l'amputation primitive comme 12 est à 1; et pour le membre inférieur comme 3 est à 1. Ces résultats paraissent tout à fait favorables à l'amputation immédiate dans la pratique militaire. Sous d'autres rapports cependant, ces tableaux laissent beaucoup à désirer, les sujets en traitement étant considérés comme guéris. Dans les hôpitaux civils, nous ne pouvons regarder un amputé comme guéri que lorsqu'il a été congédié bien portant, et comme le nombre des sujets en traitement dans les deux tableaux est de 276, on ne peut prendre la résultante de M. Guthrie comme rigoureuse.

Dans la Gazette médicale de Londres du mois de juin 1838, le docteur Philips. de cette ville, a publié un article intitulé: Observations sur les résultats des amputations pratiquées en différens pays, dans lequel il n'a compris que les amputations du bras, de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe pratiquées dans la période des quatre dernières années dans les hôpitaux civils et dans la pratique privée. Il est arrivé aux résultats suivans.

	Opérés.	Morts.	Pour 100.
En France,	203	47	23 31/203
En Allemagne,	109	26	23 93/109
En Amérique,	95	24	25 5/19
En Angleterre,	233	53	22 179/233
Total,	640	150	23 1/7

Il résulte de ce tableau que la mortalité serait dans la proportion approximative de 23 1/2 pour 100.

Le reste du travail de M. Philips porte sur la question relative aux avantages de la réunion immédiate après les amputations. Ses recherches l'ont conduit à cette conclusion que la mortalité avait été de 25 pour 100 chez les sujets dont le moignon avait été pansé par la réunion immédiate.

Il est facile de prévoir que l'expérience d'un seul chirurgien, quelque occupé qu'on le suppose, est insuffisante pour résoudre la grande question dont il s'agit. Des recherches sur une grande échelle deviennent donc indispensables pour atteindre ce but. J'ai pensé que les registres d'un grand hôpital, comprenant une grande période pouvaient fournir des documens précieux. Assisté de mes jeunes amis, MM. les docteurs Leau et Parish, j'ai compulsé soigneusement tous les registres de notre infirmerie, depuis la fondation de l'hôpital (1794) jusqu'au commencement de l'année 1839. Les détails que j'ai trouvés ne sont pas à la vérité très étendus ni très minutieux, mais leur ensemble m'a paru assez intéressant pour le faire connaître.

Le nombre total des amputations pratiquées dans cet hopital, depuis l'année 1794 jusqu'à la fin de 1838, est de 276. Sur ce nombre on compte:

Guérisons, 176 (63,7 pour 100).
Morts, 100 (36,3 *id.*).

La mortalité est aux guérisons, comme 1 : 2,75.

Le chiffre total de 276 comprend, sous le rapport des sexes:

	Guéris.	Morts.	Prop. des morts aux guéris.
Hommes, 217	130	8	1 : 1,6
Femmes, 60	46	14	1 : 3,3

On voit par là que la proportion des hommes est à celle des femmes opérées, comme 3 1/2 : 1; et que la proportion de la mortalité des hommes est à celle des femmes, comme 1,6 : 3,3. La mortalité moins grande parmi les sujets du sexe masculin s'explique par l'époque immédiate de l'amputation que la plupart d'entre eux ont subie, ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

Dans 133 cas, le nombre des jours de demeure à l'hôpital après l'amputation se trouve noté: 79 sont guéris; 54 sont morts. Le nombre des jours pour les guéris est, terme moyen, de 42; le *minimum*, 8 jours; le *maximum*, 128. Pour les morts, terme moyen, 13 jours; le *minimum*, 3, le *maximum*, 199 jours.

J'ai divisé les amputés en deux classes: 1° amputés par maladie; 2° amputés par blessures. La seconde classe comprend séparément les amputés primitivement et les amputés secondairement. Par amputations primitives j'entends celles qu'on pratique immédiatement après la blessure ou peu de temps après, aussitôt que les accidens le permettent; presque toujours dans les premières vingt-quatre heures et sans aucune tentative de sauver le membre. Par amputations secondaires j'entends celles dans lesquelles on a essayé de sauver le membre sans succès et qu'on pratique à la suite de ce traitement inutile.

Amputations par maladie, 153, c'est-à-dire plus de la moitié du chiffre total indiqué:

Guéris, 118 (77,1 pour 100).
Morts, 35 (22,9 *id.*).

tière, anticipant en quelque sorte sur ses fonctions futures, elle avait balayé les escaliers de la maison. Cet exercice, du reste, ne l'avait pas échauffée ; elle n'avait pas transpiré, et n'avait, par conséquent, pas eu de refroidissement à la suite. Le lendemain elle eut un frisson suivi de malaise, de soif, d'oppression et de toux : elle fut obligée de s'aliter.

Le surlendemain, à ces phénomènes s'ajouta une douleur peu intense au côté droit de la poitrine, qui depuis a toujours persisté pendant les efforts de la toux seulement. C'est la faiblesse qui a engagé la malade à entrer à l'hôpital.

Le matin, nous avons trouvé la malade dans l'état suivant : oppression notable, toux assez fréquente, accompagnée de l'expectoration de crachats sanguinolens ; ceux-ci présentent un mélange intime de sang avec le mucus, et de plus quelques stries de sang. Notons, avant d'aller plus loin, cette particularité des crachats, qui présentent, d'une part, le caractère qui appartient à ceux de la pneumonie ; savoir, le mélange intime du sang et du mucus ; et, d'autre part, des stries de sang, qui peuvent être indépendantes de cette inflammation, et qui, dépendant d'une déchirure, se rattachent plus fréquemment à la bronchite.

Nous voyons donc que dans l'affection de cette femme, il y a eu au début un frisson assez intense. Ce symptôme était d'une grande valeur pour arriver au diagnostic de son affection, eu égard à l'âge avancé du sujet ; et à lui seul, en l'absence même de l'oppression, de la douleur thoracique, de la toux ainsi que de l'expectoration qui l'accompagne, devait suffire pour déterminer de grandes présomptions relativement à l'existence d'une phlegmasie thoracique, et principalement d'une pneumonie. Ce diagnostic doit prévaloir ; même dans le cas où des phénomènes cérébraux ou des vomissemens se montreraient après le frisson, et pourraient raisonnablement indiquer que les désordres se passent, soit du côté de la tête, soit du côté de l'abdomen. Pénétré de la valeur diagnostique du froid initial dans les maladies de la vieillesse, nous en avons surtout compris l'importance dans des cas où le délire, par exemple, qui lui avait succédé, laissait quelques médecins préoccupés de la crainte relative à la possibilité d'une affection cérébrale ; ou bien dans d'autres cas où les vomissemens inspiraient de semblables appréhensions à l'égard d'une affection abdominale. Loin de partager ces craintes, il nous est arrivé souvent d'annoncer que le danger qui se préparait n'avait pas sa source dans les organes que l'on présumait être affectés, mais qu'ils dépendaient d'une inflammation du parenchyme pulmonaire, dont probablement on verrait bientôt se dessiner les caractères, ce qui arrivait, en effet, avec plus ou moins de promptitude.

Chez notre malade, la douleur de côté ne s'est déclarée que 48 heures après le frisson.

Au moment de son arrivée à la clinique, la percussion a indiqué une matité manifeste dans la fosse sous-scapulaire droite, et dans cette même étendue l'auscultation a permis d'apprécier l'existence d'un râle crépitant fin, analogue au bruit qu'occasionne la projection de petits grains de sel sur des charbons incandescens. A la crépitation s'ajoutait sur quelques points la bronchophonie, symptôme qui a cessé d'être appréciable aujourd'hui, ce qui semblerait indiquer une marche déjà rétrograde de la maladie ; chose peu probable, à la vérité, eu égard à l'époque à laquelle se trouve arrivée la pneumonie, et surtout à l'âge du sujet. En effet, l'affection n'est qu'au cinquième jour de sa marche, dont la durée totale est, terme moyen, de dix, douze ou quinze jours, et d'autant plus longue qu'elle affecte les sujets pour la première fois ; l'observation ayant appris que les récidives, ou la reproduction de la maladie, sont suivies d'une résolution plus prompte.

Il ne faut donc pas espérer dans cette rétrogradation de la pneumonie, qui ne concorderait pas avec l'époque à laquelle l'inflammation est arrivée, et qui est d'autant moins probable que la pneumonie, à l'instar de l'érysipèle, ne cède le plus souvent sur un point que pour se reproduire dans un autre, circonstance qui explique du reste pourquoi la bronchophonie a cessé d'exister sur les points où hier même elle s'était fait entendre.

La circulation est peu accélérée en apparence, car le pouls ne donne que de 80 à 84 pulsations par minute ; mais ce défaut d'accélération est, disons-nous, plus apparent que réel, puisque des intermittences assez marquées séparent les pulsations qui se suivent avec vitesse, et qui, sur un temps donné, seraient bien plus nombreuses, si elles remplissaient les espaces de temps marqués par les intermittences.

La langue est excessivement sèche, mamelonnée, ce qui est d'autant plus grave que, de son aveu, cette femme a beaucoup souffert, et, qu'ayant plus d'une fois manqué du nécessaire, sa constitution s'en est trouvée appauvrie.

Ajoutons à ces circonstances défavorables, l'âge de la malade qui ne l'est pas moins et qui, à lui seul, devient d'ordinaire une cause de mort, lorsque les sujets ont dépassé soixante ans.

Pour donner une idée exacte de l'influence que l'âge exerce sur la marche de la pneumonie et démontrer en même temps combien il est important d'en tenir compte lorsqu'on se livre à des travaux statistiques, nous dirons que nous l'avons vue le plus souvent mortelle chez les sujets âgés de cinquante, soixante, soixante-dix ans et plus, tandis que sur quarante-quatre sujets, âgés de dix-huit ans et au-dessous, que, dans l'espace de huit ans nous avons reçus à la clinique, deux seulement sont morts.

On peut dire, en effet, que quel que soit le traitement que l'on emploie alors, la guérison a lieu quand même, et que la mort n'arrive que dans des cas exceptionnels excessivement rares.

Eu égard au grand âge de la malade, nous nous sommes borné à l'emploi des moyens thérapeutiques, à l'usage de l'émétique à haute dose et à l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine. Nous devons peut-être à l'action réunie de ces deux agens la cessation depuis hier de la bronchophonie. Nous persisterons dans l'emploi de ces moyens, car nous croyons utile de nous interdire la saignée ; mais nous conservons peu d'espoir de sauver cette malade, à cause de son âge avancé.

Fièvre continue sans caractère typhoïde bien évident. Caractères négatifs de cette affection. Valeur de la faiblesse musculaire dans le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il nous est entré au n° 6 bis de la salle Sainte-Agnès un homme qui dit être malade depuis dix-huit jours, et être depuis ce temps en proie à une fièvre continue, fièvre qui, jusqu'à présent, ne présente pas de caractères typhoïdes bien tranchés.

Cet homme est âgé de trente-six ans, et est à Paris depuis quinze ans, circonstances importantes à noter, car la fièvre typhoïde se développe le plus souvent chez des sujets depuis peu arrivés dans cette ville, et plus jeunes que lui. Voici comment la maladie a débuté : le matin, sans qu'il eût fait aucun excès la veille, il a éprouvé du malaise, et bientôt des vomissemens, de l'inappétence ; les jours suivans, il a eu de la diarrhée, qui a duré deux ou trois jours. Pendant ce temps, il est obligé de garder le lit, et est incommodé par une soif vive. Depuis près de quinze jours que la diarrhée a cessé, il n'a plus eu d'évacuations alvines, et la constipation persiste encore aujourd'hui. Il n'a pas eu d'épistaxis, pas de céphalalgie, et n'a eu que quelques bourdonnemens d'oreilles. Il n'a pas bien dormi depuis, et a été fréquemment réveillé par la sécheresse extrême de la langue et le besoin de boire. Il dit n'avoir jamais été très faible, mais cette assertion nous paraît d'autant moins exacte, qu'on a dû le transporter du Bureau central sur un brancard, et de là à l'Hôtel-Dieu, et que dans la salle même il eût été incapable de faire sans être aidé, le trajet bien court du poêle au lit qui lui était destiné. Ce fait atteste une altération profonde de la contractilité musculaire, dont le malade ne se rend pas compte.

La sécheresse de la langue, qui est encore un signe grave, persiste aujourd'hui. Il y a toujours absence de diarrhée, caractère négatif d'une fièvre typhoïde, dans laquelle elle se montre avec le plus de fréquence : toutefois il n'est pas permis de conclure de son absence que nous n'avons pas affaire à cette maladie, car il n'est pas très rare de la voir manquer, lorsque d'autre part l'ensemble des symptômes démontre bien évidemment que la maladie s'accompagne d'une lésion des plaques de Peyer.

Du côté du ventre, nous trouvons de même des phénomènes confirmatifs et négatifs de l'affection qui nous occupe : ainsi, d'une part, il n'y a pas de météorisme, tandis qu'on observe des taches lenticulaires rosées, qui disparaissent par la pression. Le ventre n'est pas douloureux à la pression, excepté à la région hypogastrique ; mais nulle douleur n'existe à la fosse iliaque droite, où l'on ne constate pas non plus de gargouillement. Cependant la douleur hypogastrique est loin d'être entièrement dénuée de valeur, puisqu'on la rencontre quelquefois dans la fièvre typhoïde. La rate n'est pas tuméfiée, signe négatif de peu de valeur, à la vérité, eu égard à l'époque à laquelle la maladie est arrivée, car la tuméfaction de la rate est un phénomène des premiers jours de la maladie, qui disparaît dès que sa marche s'avance.

Le pouls offrait hier 120 pulsations et était par conséquent très fréquent, il n'en présente ce matin que 90 à 96. Du côté de la poitrine on a remarqué hier quelques râles typhoïdes qui ont cessé ce matin.

Si nous résumons maintenant l'histoire de ce malade, nous trouvons d'une part : invasion soudaine s'accompagnant d'une lésion de la contractilité musculaire assez prononcée pour forcer le malade à se mettre au lit, qu'il ne quitte plus depuis. A côté de ces phénomènes existe une inappétence complète, l'insomnie, une soif très-vive, sécheresse très prononcée de la langue, des taches typhoïdes, de la diarrhée pendant quelques jours, du râle sibilant, un état fébrile permanent qui persiste pendant dix-huit jours. Voilà autant de symptômes confirmatifs d'une affection typhoïde. La fièvre permanente principalement doit faire présumer qu'il existe une lésion des plaques de Peyer, toutes les fois qu'elle se prolonge au-delà de huit, dix et douze jours, et à plus forte raison de dix-huit, ainsi que nous avons déjà eu occasion à plusieurs fois différentes de vous le rappeler ; axiôme médical que nous ne craindrons pas de vous rappeler encore lorsque l'op-

---

Le tableau suivant présente les détails de ces 153 amputations :

		Guéris.	Morts.	Prop. des morts aux guéris.
Épaule,	2	1	1	1 : 1
Bras,	17	14	3	1 1/2 : 7
Avant-bras,	4	4	0	0 : 0
Cuisse,	92	73	19	1 : 3 4/5
Jambe,	35	23	12	1 : 2
Pied (partielle),	3	3	0	0 : 0
Total,	153	118	35	

Les maladies pour lesquelles ces amputations ont été pratiquées ont fourni le tableau suivant.

		Hommes. Guér.	Morts.	Femmes. Guér.	Mort.	Total des guér.	Total des morts	Proport. des morts aux guér.
Malad. artic.	98	60	11	23	4	83	15	1 : 6
Nécrose.	12	7	1	2	2	9	3	1 : 3
Carie.	21	13	4	3	1	16	5	1 : 3
Tumeurs.	12	6	2	3	1	9	3	1 : 3
Gangrène.	5	1	1	2	1	3	2	2 : 3
Ulcères.	5	1	4	0	0	1	4	4 : 1

Dans ce tableau des amputations les plus communes, la colonne des amputations au dessous du genou est celle qui offre les résultats les moins avantageux. Cela dépend probablement des conditions défavorables dans lesquelles ces opérations ont été pratiquées.

Une circonstance qui m'a frappé dans ces recherches, c'est sur les 30 premières amputations qu'on a pratiquées par maladie, c'est-à-dire de 1794 à 1810, un seul malade est mort, 29 sont guéris ; tandis que sur un nombre égal postérieur de 30, il y a eu 8 morts et 22 guéris seulement. Présumant que ce résultat pourrait être accidentel, j'ai pris les chiffres moyens de 142 à 209 inclusivement, et la proportion s'est trouvée de 19 guérisons et 11 morts. Il n'est pas facile de rendre compte de ces différences, à moins de les attribuer à la manière d'opérer.

Dans les trente premières opérations dans lesquelles nous venons de voir que la proportion des guérisons était, par rapport aux morts, comme 29 : 1, il est probable que l'amputation avait été exécutée d'après la méthode circulaire double, que tous les moignons avaient été pansés avant que les sujets quittassent la table de l'opération, que l'appareil avait été enlevé d'après les règles, avec peu d'égards pour l'apparence du moignon, et que, dans tous les cas, le tourniquet avait été appliqué ; tandis que dans les 30 dernières, dans lesquelles on trouve 8 morts et 22 guérisons, on a suivi la méthode à lambeau simple ou double 28 fois. Sur ces 28 sujets, on trouve 7 morts et 21 guéris ; sur les deux autres, on a suivi la méthode circulaire double, et l'on trouve une guérison et un mort.

Je dois faire une remarque concernant les pansemens. On attache une grande importance à ne pas panser de suite le moignon ; on attend six ou huit heures afin de voir s'il n'y aurait pas une hémorrhagie secondaire. Cette méthode est, selon moi, mauvaise ; on ajoute par là souffrance à souffrance. J'ai dû y renoncer tout à fait, et je puis dire que jamais je n'ai été obligé de défaire l'appareil pour remédier à une hémorrhagie secondaire. Lorsque j'ai voulu ne pas panser le malade aussitôt opéré, j'ai eu à me repentir ; les souffrances ayant été plus grandes et les accidens en conséquence, le pansement tardif ayant produit un second choc comme celui de l'amputation elle-même. L'hémorrhagie arrive rarement, attendu que l'appareil posé immédiatement la prévient ; et si elle a lieu quelquefois, il y a moins d'inconvéniens à la refaire qu'à laisser le moignon non pansé pendant plusieurs heures.

Il est probable qu'avant l'ouvrage de M. Brodie sur les maladies des articulations, surtout du genou, on confondait tout sous le nom de tumeur blanche, qu'on regardait comme incurable, et l'on amputait de bien meilleure heure qu'on ne le fait de nos jours. Je me suis assuré de ce fait par l'étude des notes consignées dans les registres de l'hôpital. J'ai vu que l'amputation a été pratiquée dans des cas pour lesquels l'opération n'est pas jugée urgente de nos jours. Pour prouver cette assertion, j'ai dressé le tableau suivant. J'ai pris les premiers 71 cas de maladie articulaire qui se sont présentés sur les registres, à compter de 1794, et 82 autres à compter de 1833, sans choisir. Les chiffres 71 et 82 sont purement accidentels. L'on verra par les tableaux ci-après, que sur les 71 cas de maladie articulaire, on en a amputé 30, ou 1 sur 2, dans la première période de l'affection, tandis que sur 82 de la seconde série, qui se trouvaient dans la seconde période, on en a amputé que 22, ou 1 sur 3. La différence est plus frappante encore relativement à l'articulation du genou. Sur 44 sujets dont le mal était dans la première période, on en a opéré 19, ou 1 sur 2-30 ; tandis que sur 57 à la seconde période, on n'en a opéré que 11, ou 1 sur 5-1. Sur le nombre total des amputés à la première période, il en est mort 1 sur 9 ; sur ceux à la seconde période 1 sur 3 2/5. Il résulte de mes recherches, que le nombre des guérisons dans la première et dans la seconde période est exactement le même ; avec cette différence, que dans la première période, la guérison a été obtenue à l'aide du bistouri ; tandis que dans la seconde, elle l'a été sans opération sanglante.

Tableau exposant les résultats des maladies articulaires traitées à l'hôpital dans la première et dans la seconde période.

Première période.

	Amputés. Guéris.	Morts.	Non amputés. Guéris	Soulag.	Morts.	Nombre des cas.
Coude.	5	»	1	6	»	12
Poignet.	1	»	1	2	»	4
Genou.	16	3	9	15	1	44
Coude-pied.	5	»	2	4	»	11
Totaux,	27	3	13	27	1	71

Deuxième période.

	Amputés. Guéris.	Morts.	Non amputés. Guéris	Soulag.	Morts.	Nombre des cas.
Coude.	3	»	2	6	»	11
Poignet.	2	»	3	»	»	5
Genou.	8	3	24	20	2	57
Coude-pied.	4	2	2	1	»	9
Totaux,	17	5	31	27	2	82

Une autre remarque importante à faire, c'est que dans les maladies en question, plus tôt on pratique l'amputation, plus on a de chances de réussite. Lorsqu'on attend long-temps, et qu'on ne se décide à amputer qu'après avoir épuisé inutilement les autres médications, on n'a que peu de chances favorables. C'est là la raison pour laquelle nos prédécesseurs comptaient plus de succès que nous dans cette opération. Toute la difficulté est dans le diagnostic, et consiste à déterminer, dans la première période, si la maladie est ou non curable sans amputation. L'erreur de la pratique moderne consiste à différer trop l'amputation, uniquement parce que le malade ne paraît pas mourant. La conséquence a été la réduction du succès des amputations de 1 sur 30, à 1 sur moins de 3, d'après un calcul, et de 1 sur 9 à 1 sur 3 2/5 d'après un autre. Nos prédécesseurs amputaient pour enlever ce qu'ils

portunité s'en fera sentir, tant son importance est grande. En effet, de toutes les affections aiguës, la fièvre typhoïde est celle qui est le plus susceptible de rester plus long-temps latente.

Mais à côté des signes confirmatifs que nous venons d'énumérer, il en est d'autres qui manquent ; ce qui doit au moins nous engager à porter le diagnostic avec une grande réserve. Ainsi nous avons observé la diarrhée, pas de météorisme, pas de gargouillement, pas de céphalalgie, pas d'épistaxis. Au milieu du doute qui résulte de la contradiction des symptômes, nous ne pouvons cependant pas méconnaître qu'une fièvre typhoïde réunit pour elle les plus grandes probabilités.

Quant au traitement, nous n'avons, pour le présent, d'autre indication à remplir que celle de provoquer des évacuations alvines moyennant l'administration de quinze grammes d'huile de ricin.

Dans les phénomènes actuels de la maladie, il n'en est aucun qui porte péril avec soi ; mais ce qui ne peut néanmoins pas nous dispenser de porter un pronostic grave. En effet, nous raisonnons ici dans l'hypothèse qu'il s'agit d'une lésion des plaques de Peyer ; or, les conditions générales et locales qui s'y rattachent peuvent, d'un instant à l'autre, revêtir le caractère le plus sérieux. Disons cependant que, quant à présent, nous avons tout lieu d'espérer que les choses se passeront pour le mieux.

Engorgement dans la fosse iliaque droite. Tumeur du rectum, dont la nature est restée pendant quelque temps douteuse. Guérison.

Nous ne devons pas laisser partir le malade couché au n° 6 de la salle Ste-Agnès, sans vous en entretenir encore une fois, ce sera la dernière. Cet homme est entré à la clinique avec un engorgement peu volumineux de la fosse iliaque ressemblant, dans ses dimensions ainsi que dans sa configuration, à la moitié d'un œuf de poule. Sa surface était bosselée, et avec l'existence de cette tumeur coïncidaient des symptômes du côté du tube intestinal et principalement du rectum.

Cette circonstance ayant provoqué de notre part l'inspection directe de l'extrémité inférieure du tube digestif, quand le doigt indicateur a eu atteint une certaine hauteur, nous sommes arrivé dans une grande excavation, au-dessus de laquelle nous avons rencontré derrière le pubis une surface rénitente, dont les mouvemens que nous lui imprimions avec le doigt se transmettaient à la tumeur de la fosse iliaque droite, avec laquelle elle paraissait par conséquent avoir des rapports de contiguïté, sinon de continuité.

Notre première pensée fut qu'il s'agissait, ici, d'une tumeur de mauvaise nature. Mais aujourd'hui nous devons revenir sur cette opinion, puisque, au bout de quinze jours, elle avait notablement diminué de volume, et a presque tout-à-fait disparu aujourd'hui, ce qui ne serait pas sans doute arrivé si cette double tumeur eût été de nature cancéreuse.

D'autre part, l'appétit est bon, les digestions se font bien et nul trouble n'existe dans les autres fonctions. Cet homme nous a demandé à s'en aller et nous avons jugé que son état nous permettait d'accéder à son désir. K.

HOPITAUX ANGLAIS.

Cas de réunion osseuse d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur ; par M. WALTER, chirurgien à l'hôpital Stafford.

Un homme âgé de plus de quatre-vingts ans est reçu à l'hôpital pour y être traité d'une fracture du col du fémur. On le panse en lui appliquant une attelle sur le côté externe du membre s'étendant depuis la hanche jusqu'au pied, en lui liant les deux jambes ensemble et en lui passant une bande autour du bassin. Il a été tellement incommodé par une toux qui lui est survenue, qu'il a ôté tout son appareil. La toux s'étant ensuite calmée, on a réappliqué l'appareil, qu'il a gardé pendant six à huit semaines. Par la suite, il a pu marcher à l'aide d'une canne, et dix-huit mois après, il est mort d'un catarrhe chronique. A l'autopsie, on a trouvé la capsule très épaissie, le trochanter très rapproché de l'acétabulum. On ne pouvait d'abord distinguer la direction de la fracture, ni la matière de la réunion : mais après la macération il a été facile de voir qu'il s'agissait d'une fracture intra-capsulaire réunie par substance osseuse véritable. L'auteur a présenté la pièce pathologique à la Société médico-chirurgicale, ce qui a donné lieu à la discussion.

M. Stanley a examiné attentivement la pièce : il déclare que le fait lui paraît très intéressant, 1° parce qu'il offre un exemple incontestable de réunion osseuse d'une fracture intra-capsulaire du col ; 2° parce que la réunion s'est effectuée sur un sujet très avancé en âge ; 3° parce qu'aucun appareil n'a été appliqué pour coapter fortement les fragmens.

M. Bransby Cooper ne partage pas les convictions de l'auteur, la réunion ne lui paraissant pas osseuse. En admettant d'ailleurs l'existence d'une matière osseuse entre les fragmens, cela ne prouve rien contre l'opinion généralement admise que les fractures intra-capsulaires du col ne sont pas susceptibles de réunion osseuse, car en examinant la pièce, on voit que la tête fémorale est très rapprochée des trochanters, ce qui prouve que le col a été résorbé, sa division n'ayant pu se réunir.

La réunion de la tête sur les trochanters ne s'est donc opérée qu'aux dépens d'une matière osseuse sécrétée par la partie corticale de l'os. Au surplus, M. Bransby Cooper ne nie pas que la réunion du col ne pût avoir lieu dans aucun cas, mais il faudrait pour cela que le périoste de cette partie restât intact et que le malade gardât le repos treize à quatorze mois au moins.

M. Brodie examine à son tour la pièce pathologique et déclare que, selon lui, c'est bien là un cas remarquable de réunion osseuse, mais faite aux dépens de la matière sécrétée par les trochanters et par la partie corticale de l'os, le col ayant complètement disparu. Il dit en outre que, selon lui, le meilleur traitement de la fracture du col du fémur est celui qu'a proposé M. Amesbury, et qui consiste à mettre le membre dans un appareil inamovible pendant très long-temps. M. Brodie a obtenu ainsi des réunions inespérées dans des cas où la fracture s'était terminée par fausse articulation depuis deux à trois ans, soit au membre inférieur soit au membre supérieur.

M. Lyston dit avoir vu un exemple de réunion osseuse de fracture intra-capsulaire du col. Le périoste était intact. La pièce lui a été montrée par sir A. Cooper.

(*The Lancet*, décembre 1840.)

Eruption dermique à la tête chez un enfant à la mamelle (crusta lactea, ou porrigo larvalis) ; *mort ; autopsie ;* par M. DAVIS.

Un enfant éprouve, quelques jours après la naissance, une éruption sur le cuir chevelu de la tête. On l'a traité pendant quelque temps sans avantage. L'éruption avait pris la forme du *porrigo larvalis*, ou croûte lactée, lorsque le petit malade a été confié aux soins de M. Davis. Toute la tête était couverte de croûtes, partagées par des fissures dirigées en différens sens ; le cuir était enflammé, et rendait une matière purulente assez abondante ; la démangeaison était tellement grande, que l'enfant ne pouvait dormir. La face et le reste du corps étaient également couverts de croûtes ; mais c'était surtout à la tête et au visage que les croûtes étaient très abondantes. La partie gauche de l'abdomen cependant en offrait en grande quantité de fort épaisses ; la peau de cette région était très enflammée. L'enfant paraissait gras, et suçait avec appétit ; il offrait une légère courbure de l'épine à droite. Garde-robes régulières et de bonne apparence.

On prescrit deux grains de *mercurium cum cretâ* matin et soir ; lotions de sulfate de zinc, de sous-acétate de plomb et d'eau ; cataplasmes émolliens la nuit, pommade de zinc. Ces moyens ont apaisé la démangeaison ; mais l'agitation nocturne continue. Ensuite la peau s'est enflammée davantage ; démangeaison ; insomnie ; épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané de toute la surface du corps, surtout des membres inférieurs qui sont constamment rétractés vers l'abdomen. A ces symptômes se joint de la dysphagie occasionnée par des ulcérations aux amygdales, difficulté de respirer. Ces symptômes s'aggravent et l'enfant meurt.

A l'autopsie on trouve toute la surface du corps infiltrée de fluide. La peau offre des inflammations parcellaires et des croûtes en abondance, surtout au côté gauche de l'abdomen et à la cuisse du même côté. En incisant sur ces points, on fait sortir une quantité considérable de sérosité ; la graisse sous-jacente est libre et granuleuse. Le cerveau est très pâle et couvert de sérosité à sa surface ; les ventricules latéraux cependant ne contiennent point de liquide ; les sinus sont congestionnés. L'arrière-bouche, l'œsophage et la trachée ne présentent rien d'anormal. Le cœur ne contient pas une seule goutte de sang dans ses cavités ; l'oreillette droite de cet organe est d'un rouge écarlate ; pas d'épanchement dans le péricarde. Poumons sains ; la cavité pleurale gauche est remplie dans ses deux tiers de sérum, ce qui rend compte de la dyspnée que le malade avait présentée. Pas d'inflammation ni d'adhérences sur cette membrane ; la cavité pleurale droite contient un peu de sérosité. Le foie est volumineux, mou, granuleux ; rate congestionnée de sang noir et caillé ; reins dans le même état, tuberculeux et durs à leur surface, ils semblent cartilagineux sous le tranchant du bistouri. La cavité péritonéale renferme une pinte de sérosité. (*Ibid.*)

— Ce fait offre un intérêt réel sous le double point de vue pathologique et thérapeutique. Nous ne sachons pas qu'on ait jamais eu l'occasion de disséquer anatomiquement la lésion dont il s'agit, qui n'est ordinairement mortelle par elle-même. On a pu voir cependant que le scalpel n'a dévoilé qu'un simple état de phlogose dans le tissu cutané, et un épanchement sous-dermique qui en était la conséquence. Il résulte de là que ce qu'on appelle vulgairement croûte lactée, n'est que l'effet d'une dermite d'abord

croyaient incurable, la santé étant encore bonne ; tandis que nous, nous opérons pour sauver la vie, ou plutôt pour prévenir une mort immédiate. On explique par-là nos insuccès.

Amputation immédiate. Sur le chiffre de 276, on trouve 77, ou 1 sur 3-5 amputations primitives. Sur ce nombre, on trouve 38 guérisons, 39 morts ; en conséquence, le nombre des guérisons et des morts a été presque égal. Le tableau suivant en expose les détails.

	Nomb. de chaq. amputation.	Guéris.	Morts.	Prop. des morts aux guéris.
Epaule.	3	2	2	2 à 1
Bras.	23	12	11	11 12
Avant-bras.	15	15	»	» »
Hanche.	1	1	»	» »
Cuisse.	11	»	11	» »
Jambe.	22	7	15	2 1
Demi-pied.	2	2	»	» »
Total :	77	38	39	

Le fait le plus remarquable dans ce tableau, est la grande mortalité. On voit, en effet, qu'elle dépasse les guérisons ; et si l'on en excepte l'avant-bras, dont les cas se sont terminés par la guérison, la proportion devient plus effrayante encore. Si nous comparons ce tableau avec celui de M. Guthrie, la différence est vraiment extraordinaire. Dans ses opérations immédiates, les morts sont aux guéris comme 1 : 12 ; tandis que dans les nôtres ils surpassent les guérisons. Je crois que dans la chirurgie militaire, surtout sur le champ de bataille, on abat beaucoup de membres que dans la pratique civile nous nous efforçons de conserver. Dans nos hôpitaux, rarement, sinon jamais, nous n'amputons à moins d'être sûr que la conservation du membre serait impossible. Il est probable, d'ailleurs, que lorsque le patient est amputé presqu'immédiatement après avoir été blessé sur le champ de bataille, il est dans un bien meilleur état de supporter l'opération et de guérir que dans la pratique civile, où le chirurgien ne le visite qu'après un certain temps de l'accident et après avoir fait plusieurs milles pour arriver à l'hospice. Les accidens qui réclament l'amputation sont presque toujours compliqués : une chute de haut, un éboulement de terre, non-seulement encommage, écrase un membre, mais encore intéresse l'autre membres, la tête, ou d'autres organes importans, et occasionne un violent choc sur la constitution. Il en résulte que nos sujets sont en de mauvaises conditions ; ils peuvent à peine supporter l'amputation, et vers l'époque de la réaction ils sont pris de fièvre typhoïde, ou d'autre affection organique à laquelle ils succombent.

M. Guthrie insiste beaucoup sur l'inopportunité de l'opération, tant que la constitution est sous l'influence d'un choc (commotion) ; ce qui veut dire que plus la santé est voisine de l'état normal, plus l'organisme est en état de supporter l'amputation, et par conséquent de se rétablir. Je crois, en effet, que c'est à l'état d'affaissement dans lequel ils se trouvent, que plusieurs de nos opérés doivent leur mort.

Une autre circonstance remarquable dans ce tableau, est la gravité mortelle de nos amputations primitives de la cuisse. Sur onze cas, il n'y a pas eu une seule guérison. Cela nous a tellement frappé que nous avons craint de nous être trompé, et nous avons compulsé une seconde fois les registres ; nous avons trouvé une seule omission, elle est relative à un enfant de douze ans qui est guéri.

Amputations secondaires. Sur les 276 cas, 46, ou 1 sur 6 sont relatifs à des amputations secondaires. Dans ce nombre, il y en a 20 de guéris, 26 de morts ; ce qui donne une proportion des morts aux guéris comme 2 : 4.

	Nomb. de chaq. amputation.	Guéris.	Morts.	Prop. des moats aux guéris.
Epaule.	1	1	»	» à »
Bras.	13	6	7	7 6
Avant-bras.	3	3	»	» »
Cuisse.	24	8	16	2 1
Jambe.	5	2	3	3 2
Total :	46	20	26	2 4

Ce tableau confirme, en apparence, l'expérience de nos chirurgiens d'armée, en ce qu'il prouve que l'amputation secondaire offre moins de chances favorables que la première. Il prouve néanmoins la nécessité des tableaux analytiques ; car, loin d'établir que les amputations secondaires sont moins favorables que les amputations immédiates, il démontre le contraire. Pour rendre cependant ces relevés réellement utiles, il importe de comparer entre elles les amputations de chaque membre.

Tableau comparatif des résultats des amputations primitives et secondaires de chaque membre.

	Primitives. Prop. des morts aux guéris.	*Secondaires.* Prop. des morts aux guéris.
Epaule,	2 : 1	0 : 0
Bras,	11 : 12	7 : 6
Avant-bras,	0 : 0	0 : 0
Cuisse,	11 : 1	2 : 1
Jambe,	2 : 1	3 : 2

Ce tableau démontre qu'à la cuisse l'amputation secondaire offre plus de chances favorables que l'amputation primitive ; à la jambe aussi, à l'avant-bras également ; à l'épaule encore plus ; au bras un peu moins. Il est remarquable que sur 22 amputations de l'avant-bras, on a obtenu 22 guérisons. Il serait prématuré de tirer de ces tableaux aucune conclusion contre l'amputation primitive comparativement à l'amputation secondaire. Je puis dire néanmoins qu'à notre infirmerie les résultats de l'amputation primitive ne sont pas encourageans. Ce sujet mérite quelque considération, et, pour l'éclaircir, j'ai pris note de 40 cas de fractures et luxations compliquées, dans lesquels on a essayé la conservation du membre.

Résultat de fractures et luxations compliquées traitées sans amputation.

	Nombre des cas.	Guéris.	Morts.	Prop. des morts aux guéris.
Cuisse,	5	1	4	4 : 1
Jambe,	21	15	6	2 : 5
Pied,	5	2	3	3 : 2
Bras,	5	3	2	3 : 2
Coude,	2	1	1	1 : 1
Avant-bras,	2	1	1	1 : 1
Total,	40	23	17	

Il résulte de ce tableau que dans le traitement des fractures et luxations compliquées les guérisons surpassent de beaucoup les morts. L'avant-dernier tableau démontre que lorsque la tentative de la conservation du membre échoue, l'amputation secondaire est plus favorable que l'amputation primitive. Ces résultats combinés semblent autoriser la pratique qui vise à conserver le membre et à se réfugier au besoin dans l'amputation secondaire.

locale, ensuite générale, qui peut se compliquer d'une manière fâcheuse. Quelle est la cause déterminante de cet état morbide chez l'enfant? C'est ce qu'il serait difficile de dire, à moins d'en accuser la malpropreté, certaines conditions atmosphériques, la nourriture, etc. Toujours est-il qu'il n'y a là qu'un état phlogistique, spécifique ou non, qui veut être traité en conséquence. N'est-il donc pas étrange de croire, avec le vulgaire, qu'il faut respecter ces croûtes chez l'enfant? Il est évident qu'une fois établi sur la tête et la figure, le mal peut s'étendre sur tout le derme et occasionner des réactions viscérales mortelles. C'est donc à un traitement antiphlogistique et émollient qu'il faut avoir recours directement dans ces cas, sans omettre, bien entendu, des mesures analogues chez la nourrice.

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 1er février.

M. Baudens donne lecture d'un mémoire sur un nouveau mode d'amputation dans l'articulation du pied avec la jambe. M. Baudens avait déjà pratiqué cette opération en 1837. Le malade avait été parfaitement guéri et marchait sans difficulté. Un nouveau fait s'est présenté dans la pratique de ce chirurgien, et il a fait la même opération avec le même succès. C'est ce fait qui sert de texte au mémoire de M. Baudens; il y a joint des planches explicatives. Une commission examinera ce travail et en rendra compte à l'Académie.

Strabisme. — Lettres de M. Dieffenbach qui écrit pour réclamer la priorité, et de M. Bonnet, qui donne sur le strabisme quelques nouveaux détails anatomiques. (*V.* le dernier no.)

M. Lucien Boyer a aussi adressé une communication qui a pour but de faire connaître les conclusions d'un mémoire sur le *strabisme*, qu'il doit lire à l'Institut. En attendant cette publication, qui ne peut manquer d'offrir de l'intérêt, nous reproduirons les conclusions qui suivent:

1° Le strabisme est toujours le résultat d'une contraction inégale des muscles antagonistes de l'œil.

2° L'étude plus approfondie des muscles de l'œil jette un grand jour sur l'opération du strabisme, et permet de résoudre plusieurs questions qui étaient jusqu'alors restées litigieuses (1).

3° L'appréciation exacte des fonctions des muscles de l'œil est indispensable aux chirurgiens qui veulent pratiquer sûrement la nouvelle opération.

4° Les expériences sur les animaux vivans nous ont permis d'éclairer plusieurs points de cette question; elles seules donnent la certitude des fonctions des muscles de l'œil, apprennent à vaincre les difficultés, et donnent par conséquent l'assurance nécessaire pour bien pratiquer l'opération sur l'espèce humaine.

5° L'opération du strabisme est plus difficile qu'elle ne le paraît au premier abord. Beaucoup de chirurgiens y ont été trompés; quelques-uns même des plus habiles ont échoué. Pour exécuter sûrement cette opération, il ne faut pas se contenter des essais sur le cadavre, il faut aussi faire des études chirurgicales sur les animaux vivans.

6° La section complète des agens qui produisent le strabisme fait cesser immédiatement la déviation. La fonction du muscle coupé doit être supprimée entièrement.

7° La réunion du muscle divisé ne se fait jamais par soudure immédiate de ses deux bouts, mais toujours par son adhésion au tissu cellulaire intermédiaire à lui et à l'œil; tissu qui, par suite des tractions du muscle, revêt peu à peu les caractères d'une aponévrose, qui a toujours une insertion distincte des insertions primitives.

8° La vue s'améliore souvent après l'opération. Cette amélioration, quelquefois lente, d'autres fois subite, peut franchir en un instant tous les degrés qui séparent une cécité presque complète que l'on a pu confondre avec l'amaurose, d'une perception à peu près distincte des objets; et les suites de l'opération sont presque nulles, ou du moins infiniment moins graves qu'on ne l'aurait pu supposer.

9° Sur 140 opérés, nous n'avons eu aucun accident grave pendant ou après l'opération, et nous pouvons dire que nous avons obtenu les résultats les plus complets, parce que notre procédé nous permet de faire plus sûrement et plus rapidement qu'aucun autre tout ce qu'il faut faire, c'est-à-dire couper un ou plusieurs muscles suivant le besoin, et leur aponévrose intermédiaire en totalité ou partiellement.

— *M. Lucien Boyer* a présenté à la fin de la séance un grand nombre de malades qu'il a opérés du strabisme. Ces malades ont été examinés avec intérêt; tous sont dans un état parfait de guérison.

(1) Cette huitième proposition, en opposition directe du reste avec plusieurs passages de la lettre de M. Bonnet, de Lyon, publiée dans le numéro précédent, indique particulièrement que nous sommes arrivés sous le rapport anatomique à des résultats identiques. Par ces mots, agens qui produisent le strabisme, nous avions en vue non seulement le muscle principal agent de la déviation, mais encore l'expansion aponévrotique qui de sa partie antérieure s'étend au muscle voisin, et qui les rend solidaires les uns des autres, et quelquefois ces muscles eux-mêmes en partie. Nous avons reconnu et fait dessiner la véritable disposition des muscles, leur gaîne, l'aponévrose qui les lie, et nous avons montré les pièces aux nombreux médecins français et étrangers qui suivent les conférences chirurgicales de M. Amussat; leur description détaillée se trouve dans le mémoire pour la lecture duquel nous sommes inscrit à l'Académie des sciences, et dont cette lettre n'est qu'un sommaire très abrégé. Une préparation bien simple, et qui n'a pas été indiquée par M. Bonnet, suffit pour donner une juste idée de la disposition des muscles de l'œil en avant; elle consiste, après avoir enlevé avec soin tout ce qui est contenu dans l'orbite, à étaler les muscles d'arrière en avant, en les débarrassant de la graisse en arrière et de la conjonctive en avant. On voit alors très bien cette aponévrose intermédiaire dont parle M. Bonnet, et que nous avons nous-même fait dessiner.

Ces dispositions anatomiques se trouvent mentionnées dans le numéro de janvier de la Revue médicale, pag. 155 et 157.

— M. le docteur Guillon a adressé à M. le président de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, une lettre qui nous paraît intéresser vivement le corps médical.

Cet honorable praticien propose à la Société de demander à M. de Rambuteau, préfet de la Seine, l'exécution des deux mesures suivantes, qui sont l'application de plusieurs des articles de la loi *du 19 ventôse, an XI.*

1° Chaque année, les listes des médecins, des chirurgiens et des officiers de santé exerçant dans le département de la Seine seront revues et livrées à la publicité.

2° Ces listes, composées sous forme de tableau synoptique, seront envoyées aux maires, aux juges-de-paix, aux commissaires de police, afin qu'ils les fassent afficher dans les mairies, les salles d'audience, etc., et leur donnent ainsi une publicité analogue à celle que reçoivent les listes des pharmaciens, des avocats et des notaires.

Cette mesure serait un excellent moyen de répression contre le charlatanisme; et bien que l'autorité soit, en général, peu bienveillante pour les intérêts du corps médical, nous espérons que, cetre fois, elle prendra en considération la juste demande de M. le docteur Guillon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Lundi, 8 février 1841.

Argumentation des thèses.

Bérard jeune sera argumenté par:

MM. Vidal (de Cassis).
Blandin.
Michon.
Malgaigne.

(Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne.)

Tableau exposant le nombre des amputations exécutées aux différens âges, les guérisons et les morts d'après le sexe et l'époque de l'opération.

Hommes.

Age.	*Maladie.*		*Amputation primitive.*		*Amputation second.*	
	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.
1 à 10	9	4	»	»	1	»
10 à 20	30	2	5	8	3	7
20 à 30	17	9	10	14	5	»
30 à 40	15	6	10	4	2	6
40 à 50	6	4	4	4	1	6
50 à 60	3	1	1	5	3	3
60 à 70	1	3	1	»	»	1
70 à 80	»	»	2	»	»	»
80 à 90	»	»	»	1	»	»
Totaux:	81	29	33	36	14	23
	110		69		37	

Femmes.

Age.	*Maladie.*		*Amputation primitive.*		*Amputation second.*	
	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.
1 à 10	2	»	1	»	»	»
10 à 20	13	3	2	»	2	»
20 à 30	6	1	2	2	2	»
30 à 40	7	2	»	»	1	»
40 à 50	4	1	»	»	»	»
50 à 60	»	»	»	»	»	2
60 à 70	2	»	»	»	»	»
70 à 80	»	»	»	»	»	»
80 à 90	»	»	»	»	»	»
Totaux:	34	7	5	2	5	2
	41		7		7	

216 hommes.
55 femmes.

Total général: 271

A la suite de ces tableaux, l'auteur en présente deux autres fort longs que nous croyons pouvoir omettre sans inconvénient, ainsi que quelques autres détails. L'auteur se déclare partisan de la réunion par première intention dans les amputations en général, présumant que l'écoulement dans le moignon détermine un mouvement rétrograde et une réaction fâcheuse vers les organes.

On dit cependant que plusieurs sujets amputés pour une maladie et traités par la réunion immédiate sont morts peu de jours après, uniquement parce qu'on a supprimé l'écoulement du moignon. On n'a pas réfléchi que la mort tient à des phlogoses internes dont le germe préexistait à l'opération. Aussi est-il important de ne pas amputer tant que le malade présente certains symptômes. L'auteur démontre en même temps les avantages de la réunion immédiate et les inconvéniens de la réunion par seconde intention. La phlébite surtout est à craindre dans cette dernière méthode. (*London medical gazette*, déc. 1840.)

— M. Maisonneuve, chargé par intérim du service chirurgical de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, commencera, samedi 6 février, des leçons de clinique chirurgicale qu'il continuera les mardis, jeudis et samedis, après la visite.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 9 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 19, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Observation de pneumonie centrale du poumon gauche au 2e degré, avec coïncidence d'endocardite; suivie de quelques considérations sur la pneumonie centrale; par le docteur Félix ANDRY, chef de clinique.

Un jeune homme de dix-neuf ans, marchand de marrons, est reçu, le 25 janvier 1841, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22. Ce malade, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, habite Paris depuis quatre mois; il est habituellement d'une bonne santé. La veille de son entrée, il fut pris tout à coup, dans la soirée, d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, de frissons et d'un tremblement qui se prolongea toute la nuit et une partie de la journée suivante, sans chaleur fébrile bien notable. Il survint en outre de la céphalalgie, des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles, une anorexie complète, de la soif et une toux suivie de crachats qui, dès le principe, offrirent des traces de sang. Après une nuit sans sommeil, il se sentit trop faible, le lendemain matin, pour rester debout; il garda donc le lit une partie de la matinée, et se décida même à venir de suite à l'hôpital. Il y fut conduit en voiture, et n'arriva jusqu'à la salle qu'avec quelque peine, par suite de faiblesse et d'étourdissemens. Il ignore la cause de sa maladie, déclarant seulement avoir eu froid aux pieds dans la journée. Il n'a pris, chez lui, que de l'eau froide pour toute boisson, et un bouillon avant de se mettre au lit. A son entrée, nous constatons les phénomènes suivans :

Le visage est animé aux pommettes, d'un jaune marqué partout ailleurs; la langue est un peu sèche et assez rouge; la soif vive, la bouche pâteuse, l'épigastre et le ventre indolens, les selles et les urines normales. La chaleur de la peau est peu élevée en ce moment, le malade venant d'arriver et frissonnant de tout le corps. Le pouls est à 108, assez fort, un peu vibrant. Pas de palpitations, pas de matité anormale au cœur. Les bruits de cet organe sont un peu plus sourds que normalement, notamment le deuxième sans souffle. Persistance d'une douleur rapportée par le malade à la région sous-mammaire gauche, d'où elle s'irradie jusqu'à l'épaule du même côté; douleur augmentant par la respiration et la toux. Celle-ci est peu fréquente, non quinteuse, suivie, pendant l'examen, de l'expuition facile de deux crachats aérés, peu visqueux, mais d'une couleur de rouille caractéristique. La respiration est à 28. En avant, la résonnance est bonne des deux côtés; la respiration est assez bonne aussi, sans râle bien caractérisé.

En arrière, la résonnance est généralement assez bonne; à peine un peu plus faible à gauche et dans la région sous-axillaire de ce côté. La respiration est assez bonne aussi partout; seulement, à gauche, dans la fosse sous-épineuse, on entend, à la fin des fortes inspirations, quelques bulles d'une crépitation assez grosse, mais rares et disséminées. On en distingue aussi quelques-unes plus petites et non moins rares, dans la région sous-axillaire. La tête est lourde et douloureuse; sentiment de faiblesse. Pas de douleurs de reins. Saignée de 3 palettes.

26 janvier. Le malade ne se trouve pas mieux. La douleur de côté est toujours très vive; la respiration à 32; les crachats fortement rouillés, presque rouges, visqueux, aérés. La résonnance du côté antérieur gauche est assez bonne jusques vers la région précordiale, où la matité due à la présence du cœur va se confondre en dehors avec un peu de matité produite par la pleuro-pneumonie. La respiration est bonne en avant. En arrière, le résonnance est bonne à droite; à gauche elle est normale au sommet, puis à partir de la fosse sous-épineuse elle s'affaiblit graduellement jusqu'en bas. La respiration est faible dans cette même région, avec une crépitation clair-semée et un léger froissement pleural en tirant vers la région externe. Ni souffle, ni bronchophonie. Les battemens du cœur sont superficiels, bien sensibles à la main, à 116, avec une espèce de bruissement un peu obscur. Les bruits sont très manifestement étouffés, surtout dans la région des cavités droites, un peu râpeux, mais sans souffle bien caractérisé. Le pouls, assez résistant, est médiocrement développé pour la force du sujet. Le visage est abattu, la faiblesse prononcée. La soif très vive; la langue assez rouge. Le caillot de la veille est d'une consistance médiocre et sans couenne; la sérosité très jaune. Saignée de 4 palettes ce matin; ventouses sur les régions précordiale et postérieure gauche de la poitrine, 3 pal. Saignée de 3 pal. ce soir; guimauve sp. de gomme, 4 pots; julep béchique; cataplasme; diète.

27. Le malade est un peu mieux. La douleur de côté a diminué. La respiration est un peu moins gênée. Les crachats sont aérés, spumeux, sans traces de sang bien distinctes. La résonnance est sensiblement plus claire que la veille, dans la région latérale gauche. En arrière, la résonnance est toujours plus faible à gauche qu'à droite. La respiration n'est accompagnée que de quelques bulles d'une crépitation assez fine dans la fosse sous-épineuse. Pas de frottement distinct en dehors. La chaleur est modérée. Le pouls à 100-104, médiocrement développé, assez résistant. Les bruits du cœur très sourds, surtout dans les cavités droites, sans souffle. Les deux caillots sont couverts d'une couenne ferme, épaisse et retroussée sur ses bords; la sérosité est jaune, ainsi que celle des ventouses dont les rondelles sont réunies en un caillot. Saignée de 3 palettes; ventouses *ut suprà*, 3 pal.

28. Le malade se dit mieux, la douleur de côté ne se faisant plus sentir que dans les fortes inspirations; mais la chaleur de la peau est toujours plus que normale; le pouls est à 104, assez développé. Quelques soubresauts dans les tendons. Les bruits du cœur sont toujours obscurs, surtout à la partie inférieure du sternum. Hier soir et pendant la nuit, trois ou quatre épistaxis ont eu lieu. La toux est assez fréquente; les crachats albumineux, mousseux, sans traces de sang. La matité de la fosse sous-épineuse gauche est toujours bien marquée; on y entend à la fin de l'inspiration, une crépitation fine et assez nombreuse. La couenne du caillot est toujours ferme et très épaisse. Saignée de 3 palettes; vésicatoire précordial.

29. La douleur de côté n'existe que lors des secousses de la toux; mais la peau est encore chaude et sèche; le pouls est à 116. Les bruits du cœur toujours obscurs; quelques crachats adhérens, visqueux, d'un jaune roussâtre, mêlés de quelques stries de sang provenant des fosses nasales. En arrière à gauche, l'inspiration est terminée par des bordées de crépitation fine et assez abondante; et même dans le tiers supérieur, on entend un souffle bien prononcé avec bronchophonie. La langue est sèche; soif. Deux selles pendant la nuit; le ventre indolent. Le caillot isolé, glutineux, est recouvert d'une couenne ferme, à bords retroussés, épaisse de deux à trois millimètres. Saignée de 3 palettes.

30. Le malade a été pris pendant la nuit d'une douleur plus forte dans le côté gauche, mais cette douleur est moins vive ce matin; la peau est un peu moins chaude et moins aride; le visage meilleur; le pouls à 100-104, assez développé; les bruits du cœur plus distincts, mieux frappés, quoique encore enroués. Les crachats offrent encore une teinte de sucre d'orge assez prononcée; ils sont en partie albumineux, mousseux. La respiration est à 36. En arrière à gauche, le souffle est moins marqué; on entend encore de la crépitation à la fin des fortes inspirations dans la fosse sous-épineuse. Le caillot est ferme et recouvert d'une couenne bien organisée. Vésicatoire à la partie postérieure du poumon gauche.

31. Le malade se trouve beaucoup mieux. La respiration est à peine gênée; elle est à 16 - 20 par minute. Les crachats, en quantité médiocre, sont albumineux, sans trace de sang. La respiration est très pure en arrière, à gauche sans souffle, se terminant seulement dans la région du scapulum par un peu de crépitation humide. Le visage est calme. La chaleur douce et moite. Le pouls à 80, souple, passablement développé. Les bruits du cœur tout-à-fait dégagés, bien frappés, sans souffle. La langue humide et nette. Soif presque nulle. Retour de l'appétit.

Malgré cette amélioration commençante, M. Bouillaud maintient encore la diète; mais le lendemain et les jours suivans des bouillons, d'abord, puis des soupes sont prise et très bien supportées, et aujourd'hui, 4 février, le m

---

FEUILLETON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

L'attention du public médical a été fortement éveillée par la décision que vient de prendre M. le ministre de l'instruction publique relativement au prochain concours de cette Faculté. Le *Courrier du Bas-Rhin* (27 janvier 1841), qui publie une brochure de M. Scoutetten, ayant pour titre : *Exposé des motifs qui ont privé la Faculté de Médecine de Strasbourg du droit de juger le concours qui devait s'ouvrir devant elle le 2 janvier* 1841, accompagne cet écrit des réflexions suivantes, qui font connaître les véritables motifs de la décision du ministre :

« Une décision récente de M. le ministre de l'instruction publique a enlevé à la Faculté de médecine de Strasbourg le droit de juger un concours qui devait s'ouvrir devant elle, pour deux chaires vacantes dans son sein.

» Cette décision est grave; elle est sans exemple. Rendue par le ministre, sans même que celui-ci ait daigné en faire connaître les motifs à la Faculté, elle est presque injurieuse pour cette dernière, car elle la met en état de suspicion. Aussi a-t-on cherché de toutes parts à deviner les raisons qui ont pu guider le ministre et à soulever le voile qui devait cacher d'étranges mystères.

» Quelques pages que vient de publier à ce sujet M. le docteur Scoutetten, chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire, font connaître la vérité tout entière. Les révélations de M. Scoutetten sont d'une nature si extraordinaire, qu'on aurait peine à y ajouter foi, si l'on ne savait de quelle juste estime jouit cet honorable professeur, et quelle considération lui a déjà méritée à Strasbourg comme à Metz la loyauté de son caractère.

» Ces révélations sont foudroyantes pour le doyen de la Faculté de médecine, M. Coze. Dans l'espérance d'écarter du concours M. Scoutetten, dont il redoutait sans doute l'indépendance, M. Coze s'est permis de supposer un candidat qui n'existait pas, de faire écrire par un tiers une lettre qui contenait une fausse allégation, de faire inscrire ce candidat supposé le lendemain de la clôture légale de la liste, et de violer ainsi les réglemens universitaires; enfin de cacher à la Faculté une décision ministérielle, et de faire prendre à la Faculté à son insu, une décision contraire à celle du ministre. Que devient donc, dans ce dédale d'intrigues, la dignité de la Faculté de médecine de Strasbourg? Ne devait-elle pas être gravement compromise aux yeux du ministre, par les faits et gestes de son doyen? Et la décision du ministre qui prive la Faculté du droit de juger le concours n'est-elle pas la punition d'actes dont elle est entièrement innocente? C'est à elle à voir si elle doit laisser ainsi impunément compromettre son honneur.

» Nous nous abstiendrons de toute autre réflexion : les faits parlent d'eux mêmes dans la brochure de M. Scoutetten. Qu'on nous permette toutefois de regretter de n'avoir jamais eu à nous occuper de M. Coze que dans des affaires de ce genre : nous aimerions beaucoup mieux rencontrer une fois son nom dans le domaine de la science médicale. Quand donc nous en fournira-t-il enfin l'occasion? »

Ces faits, déjà fort graves en eux-mêmes, ne faisaient d'ailleurs que renouveler des intrigues qui depuis deux ans avaient déjà dû fixer l'attention de l'autorité, comme on le voit par la lettre suivante, que son auteur nous prie de publier, par suite du refus d'insertion fait par la *Gazette médicale de Strasbourg*, qui paraît depuis un mois sous l'influence de la Faculté.

A Monsieur le docteur FABRE, *rédacteur en chef de la* Gazette des Hôpitaux, *à Paris.*

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli un article que le rédacteur de la *Gazette Médicale de Strasbourg* a refusé de publier : je vous prie de vouloir bien l'insérer tout entier dans votre estimable Journal, et agréer les sentimens de considération distinguée avec lesquels j'ai l'honneur d'être,

Votre très humble serviteur et dévoué confrère,
R. FAURE.

Strasbourg, le 27 janvier 1841.

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette Médicale de Strasbourg.

Monsieur,

Dans le premier numéro de votre journal, qui a paru le 5 de ce mois, vous déplorez la fatalité qui vous oblige à émettre et à soutenir un principe que vous aviez déjà l'intention de défendre lorsqu'une décision ministérielle est venue, pour ainsi dire, vous y provoquer. Vous craignez *d'avoir l'air d'agir* contre des personnes, quoique vous ne soyez mu que par des motifs d'équité; et vous trouvez l'occasion de manifester votre sympathie pour la Faculté de médecine de Strasbourg, *outragée, selon vous*, par un arrêté du ministre de l'instruction publique, qui transfère à Paris un concours annoncé comme devant avoir lieu à Strasbourg. A Dieu ne plaise que je trouve à redire à la publication des sentimens qui vous animent, lors même que vous parlez d'interdire aux officiers de santé des armées l'accès des facultés de médecine, quelques preuves de capacité qu'ils aient données pour obtenir d'y entrer comme professeurs. Vos opinions, on peut les combattre, si, comme je le crois, il est plusieurs points essentiels sur les quels elles sont peu fondées. Elles sont du domaine de la discussion publique, qui épure les conceptions individuelles au profit de l'intérêt général. Mais lorsque je vous reconnais le droit de penser tout haut et de proclamer l'éloge d'un corps savant assez puissant par lui-même; lorsque vous faites remarquer ses droits à la considération publique et aux égards de l'autorité supérieure, de celle-là même qui, selon vous, vient de le frapper dans la partie la plus sensible de ses priviléges ou prérogatives; vous conviendrez, j'espère, que je suis libre de ne pas penser comme vous, et de dire sur quoi je me fonde pour avoir une opinion différente de la vôtre.

Au temps où nous vivons, il n'est que trop ordinaire de voir des hommes, même fort remarquables, entrer en lice, dans les publications périodiques comme dans les assemblées ou réunions politiques, avec plus de passions que de raisons évidentes, avec plus d'esprit de parti que de faits distincts : j'espère éviter ce grave inconvénient, qui retombe tout entier sur les auteurs de pareilles tentatives et les frappe de discrédit. J'ai des faits positifs à articuler. Ces faits sont les œuvres de personnes que vous représentez comme irréprochables; ces faits n'ont aucun rapport avec leur vie privée, ils ressortent de leurs fonctions publiques; ils se sont adressés directement à moi; ils m'ont atteint dans mes intérêts, dans ma réputation; ils ont détruit mon passé, brisé mon avenir; lorsqu'ils devaient être de toute équité, ils sont devenus la critique amère de ma vie entière, d'une vie intègre, Monsieur, et dans laquelle vous ne trouveriez rien de comparable à ce que je suis obligé de reprocher à d'autres. Il semble donc que si je prends part à la discussion commencée par vous, c'est que cela me regarde. Vous conviendrez peut-être que je puis avoir été bien inspiré, lorsque j'ai refusé de m'abonner à un journal qui devait commencer par me faire subir l'éloge de la Faculté de médecine de Strasbourg.

En 1837, j'adressai des plaintes trop fondées à un des grands

lade est en pleine convalescence ; ses crachats sont blancs, peu abondans ; son pouls est à 64.

Cette observation, bien comprise, est intéressante à plus d'un titre. Remarquons d'abord que, dans ce cas, comme dans toute phlegmasie dont le début a été brusque et rapide, la gravité de la maladie fut en raison directe de la soudaineté de son invasion. Ne semble-t-il pas, en effet, et, bien entendu, cette remarque s'applique spécialement aux individus bien constitués, que la promptitude avec laquelle un malade s'est laissé abattre, le degré même de cet abattement nous donnent, en quelque façon, la mesure de la gravité du coup qui l'a frappé ? Je le répète, cette sorte de sidération accuse de suite le danger de l'affection et, sous ce point de vue, le mode d'invasion des maladies aiguës est sans contredit l'une des bases essentielles sur lesquelles leur pronostic doit être assis.

Ici, néanmoins, on m'objectera peut-être le peu d'importance et de gravité que présentaient à l'entrée du malade, les signes stéthoscopiques qui furent notés. A peine, en effet, trouvait-on alors quelques bulles éparses d'une crépitation rare et mal dessinée. A cela je réponds que, pour moi, loin de considérer comme rassurant, dans le cas qui nous occupe, le silence de l'auscultation, je le signalai dès la visite du soir, quand je recueillis l'observation du malade, comme un signe fâcheux lui-même et venant aggraver encore le pronostic.

Je m'explique : un malade se présente atteint de pleuro-pneumonie ; il accuse une douleur de côté ; il tousse ; ses crachats sont visqueux et rouillés : aucun doute sur la validité du diagnostic. On l'ausculte et on ne rencontre qu'une crépitation très rare, disséminée. Or, la phlegmasie est récente encore, je le veux bien, mais déjà le malade est profondément abattu, déjà chez lui la réaction fébrile est intense. Que conclurez-vous alors ? Direz-vous que cette disproportion entre la violence de la fièvre et le peu d'étendue apparente de la maladie locale n'a rien qui vous étonne ? Qu'habitué à voir les choses de plus haut et à dédaigner cette étroite et mesquine façon d'agir de ceux qui veulent tout rapporter à des lésions d'organes, vous voyez là deux choses bien distinctes : la fièvre d'une part, fonction (j'emprunte une de vos expressions) indépendante et abstraite, et de l'autre, une affection du poumon qui n'a d'autre corrélation avec la première que d'en être l'expression plus ou moins fidèle, la traduction plus ou moins complète ? Libre à vous sans doute d'interpréter ainsi les faits ; je ne m'arrêterai pas à redresser par le raisonnement cette manière de considérer les phénomènes pathogéniques à l'envers de ce qu'ils sont. Je dirai seulement que, pour nous, qui envisageons la fièvre comme étant constamment le résultat d'une lésion locale, le fait actuel nous paraît venir en aide, de la façon la plus péremptoire, à cette vue clinique ; et qu'ainsi donc si, dans l'espèce, les signes locaux furent si peu en rapport avec la gravité des phénomènes généraux, c'est que derrière cette pneumonie périphérique légère, disséminée, qui n'envoyait à notre oreille que quelques bulles éparses et peu nombreuses, se passait profondément et dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire un travail phlegmasique dont la crépitation ne pouvait arriver jusqu'à nous ; c'est qu'en un mot nous avions affaire ici à une pneumonie centrale, phlegmasie insidieuse, latente, bien qu'en ait dit Laënnec, qui s'exagérait à son égard la puissance de l'auscultation, phlegmasie qui me paraît avoir été plus d'une fois sans doute l'un de ces inconnus si variés sur lesquels s'appuyèrent jadis les fièvres dites essentielles, comme sur un échafaudage précaire et provisoire que les progrès de l'anatomie pathologique devaient faire crouler peu à peu.

Remarquons maintenant combien, en admettant une pneumonie centrale comme cause du mouvement fébrile signalé dès l'entrée du malade, combien, dis-je, nous nous trouvons d'accord avec les phénomènes ultérieurs qui semblent avoir pris soin de justifier amplement ce diagnostic. Rappelons ici ce râle crépitant à bulles nombreuses et ce souffle bronchique et cette bronchophonie si manifestement constatés dans les deux ou trois derniers jours de la maladie. Qui peut se refuser à voir ici l'expansion du foyer pneumonique qui, petit à petit, avait en quelque sorte rayonné du centre vers la circonférence ? Et remarquons à ce propos combien ces pneumonies centrales sont bien autrement rebelles et tenaces que les pneumonies périphériques, puisque, pour abattre la pneumonie centrale dont nous parlons ici, cette pneumonie pourtant si voisine encore de son début, il n'a pas fallu moins de huit émissions sanguines dont six par la veine. Et que de réflexions ne pourrions-nous pas faire à cette occasion sur cette puissante méthode des saignées coup sur coup, si l'on ne pouvait se dire à son sujet que déjà tant de faits sont venus en démontrer la valeur que, pour la nier encore, il faut avoir sans doute de ces raisons secrètes qu'une discussion scientifique ne saurait atteindre. Disons que si cette méthode est puissante, c'est à la condition d'être mise en usage par des mains exercées à son emploi, et qu'une longue pratique peut seule donner cet heureux instinct, ce tact médical qui vous fait sentir la limite en deçà de laquelle vous ne pouvez vous arrêter sans compromettre le résultat du traitement, et qui, une fois atteinte, couronne tout-à-coup vos efforts d'un succès d'autant plus soudain que souvent jusques-là rien n'a pu vous le faire présager. Remarquons, par exemple, combien, chez notre malade, un amendement réel et solide succéda promptement aux deux dernières saignées, et combien il fallut de coup-d'œil et d'assurance pour avoir osé prescrire ces émissions sanguines, qui pourtant décidèrent du sort du malade et furent, si je puis ainsi dire, le coup de grâce de la maladie.

J'ai insisté un peu longuement sur la pneumonie centrale. J'ai montré que cette variété de pneumonie avait été, du moins à mon sens, le fond de la maladie dont je venais de récapituler les détails. Je serais néanmoins incomplet si je n'ajoutais encore quelques mots sur une complication de la maladie importante à noter, et qui si souvent joue un rôle essentiel dans les phlegmasies aiguës des organes respiratoires. Cette complication, c'est l'endocardite. Chacun sait les merveilleux progrès qu'a faits dans ces derniers temps le diagnostic des affections du cœur, et combien, sur cette belle partie de notre art, la science doit à M. Bouillaud. Mais ce que chacun ne sait pas, c'est toute la portée clinique de ces progrès, c'est leur immense utilité dans le traitement des maladies même les plus différentes en apparence des maladies du centre circulatoire. Je dis que bien des médecins l'ignorent, car chaque jour on en entend qui osent encore demander à quoi bon perfectionner à ce point le diagnostic d'affections de leur nature incurables, et qui feront toujours le désespoir de la médecine. A cette question il y aurait beaucoup à répondre : mais pour cette fois je me contenterai de dire que l'un des principaux avantages de ces recherches cliniques est précisément de savoir reconnaître le début de ces affections de manière à ne pas leur laisser le temps de devenir incurables. Et cette assertion, je l'appuierai encore sur l'observation précédente. Et en effet, pour quiconque a tant soit peu d'habitude du diagnostic exact des maladies du cœur, n'y eut-il pas chez notre malade l'endocardite la plus incontestable, affection presque congénère de la maladie principale qui se développa non moins promptement qu'elle, tint bon pendant quelque temps, et enfin céda au traitement qui, tout en combattant l'une, était non moins propre à triompher de l'autre ? Dira-t-on que de pareils faits sont de rares exceptions ? Je répondrai qu'ils sont journaliers, que chaque jour les pleuro-pneumonies, et surtout, il est vrai, celles du poumon gauche, sont accompagnées d'endocardite, et que si cette complication échappe inaperçue, c'est que les lésions valvulaires du cœur ont généralement ceci de fatal qu'elles ne font sentir leur présence au malade qui les porte que lorsqu'il est trop tard pour qu'on puisse y porter remède.

Telles sont les principales réflexions que fait naître l'observation clinique que j'ai rapportée. J'aime à croire que le lecteur me pardonnera leur étendue en faveur de l'intérêt pratique du fait qui me les a suggérées.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Fistule stercorale. Opération inutile. Symptômes abdominaux inquiétans. (*V.* le numéro du 2 février.)

Nous avons annoncé, dans le numéro du 2 février, que le malade atteint de fistule stercorale, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans ce même numéro, avait été soumis à une opération qui, eu égard à l'ignorance qui régnait relativement à la disposition anatomique des parties, n'avait pu être décrite ni déterminée d'avance.

M. Roux avait bien annoncé l'intention de pratiquer une incision au-dessous de l'orifice externe de la fistule et de la prolonger sur la ligne médiane du pubis vers cet orifice même ; mais il avouait ignorer complètement ce qu'il aurait à faire ultérieurement, reconnaissant de plus que sous ce rapport il se trouverait lui-même en quelque sorte à la merci des dispositions pathologiques de la poche sur laquelle il devait nécessairement tomber, puisque l'exploration avec le stylet avait démontré à plusieurs reprises qu'elle se prolongeait sur la ligne médiane du côté du bord supérieur des pubis. En agissant ainsi, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, animé assurément par le sentiment bien louable d'être utile au malade, s'abandonnait-il avec trop de confiance au hasard ? Nous laisserons à chacun le soin de juger cette question. Cependant, s'il est permis de prendre en considération les événemens, pour justifier les causes qui les ont provoquées, nous verrons que les symptômes abdominaux inquiétans que le malade a présentés postérieurement à l'opération, ont failli, par les suites qu'ils pouvaient avoir, exposer M. Roux à un repentir trop tardif. On aurait d'autant moins excusé cette opération, en quelque sorte explorative, si les suites en eussent été plus fâcheuses, que, marchant pour ainsi dire sans boussole sur un terrain inconnu, M. Roux s'éloignait ici totalement des règles de médecine opératoire applicables au cas, et consacrées par l'expérience. Assurément il ne faut pas imposer au praticien de s'enfermer dans ce qui a été fait dans le connu ; ce serait ajouter un obstacle aux difficultés déjà si grandes de la chirurgie, dont le génie, du reste, saurait bien s'affranchir ; mais le génie agit par une sorte de mathématique instinctive, dont les résultats en marquent la justesse, la pureté. Cette mathématique, qui ne se formule pas, s'agite vers des vérités qui n'exis-

---

corps de l'état ; pour avoir vu créer, au profit d'un Espagnol récemment naturalisé français, une chaire de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Montpellier, dont je m'étais rapproché par des services rendus dans les armées françaises, et par des efforts honorables dans un concours public ; ces plaintes furent étouffées. Je pouvais les renouveler pendant la session de 1838 ; mais un concours pour une chaire de médecine légale allait s'ouvrir devant la Faculté de Strasbourg, ville dans laquelle j'avais été envoyé comme pour faciliter dans la Faculté de Montpellier la pompeuse installation d'un étranger qui n'avait rien fait. Il était plus digne de moi de descendre de nouveau dans l'arène, et d'obtenir, dans une lutte académique, ce qu'on accordait à des protégés sans qu'ils l'eussent disputé à personne ; je me déterminai à le tenter.

Le concours commença le 17 avril 1838. Loin de diminuer pendant la discussion des thèses, les chances de succès s'accrurent pour moi, et lorsque le 11 juin, je venais de terminer par une défense honorable de mon travail imprimé, une suite d'épreuves que je puis rappeler sans le moindre embarras, le jury vint déclarer qu'il n'y avait pas lieu à nommer, décision dont fut stupéfait tel juge suppléant (M. Bouisson) qui, à la rapidité avec laquelle on en était venu à cette conclusion dans la salle du conseil, ne put s'empêcher de reconnaître que le coup avait été monté d'avance, c'est-à-dire dans un sens tout-à-fait contraire à la justice et à l'opinion des spectateurs de nos actes publics.

J'écris à Strasbourg, sans redouter aucunement que mes expressions soient désapprouvées par la majorité des personnes compétentes qui liront ces pages.

Annuler un concours était une mesure extrême. Pour que la responsabilité n'en pesât sur personne, il fallait que tous les votans la partageassent ; c'était le seul moyen de s'abriter, non contre l'opinion des hommes instruits qui en avaient suivi la marche, ce n'était pas possible, mais contre les reproches du ministre de l'instruction publique, qui paie les frais de ces longues luttes. Une telle déclaration eût retombé de tout son poids sur les concurrens ; mais ils étaient au nombre de cinq ; il était probable que si quatre ne réunissaient pas les qualités désirables, le cinquième devait les offrir, surtout mesuré à l'échelle dont la Faculté allait se servir quelques mois après dans deux concours successifs, où il ne parut chaque fois qu'un seul candidat. N'importe, l'unanimité vint prodiguer la diffamation à des hommes qui avaient mérité des éloges et une récompense promise.

Le jury pouvait s'exhausser en nous mettant sous ses pieds, en nous sacrifiant sans le moindre danger pour lui ; il le fit. Un candidat de prédilection ne pouvait être nommé : ne nommer personne plut à quelques jurés, et on pouvait décider les autres. Il est si facile de détourner des hommes appelés à faire des égaux de leur puissance, de leur renommée, de leur crédit ! ! ! M. Coze, doyen de la Faculté et juge suppléant de ce concours, s'était décidé à agir d'autant plus volontiers peut-être, que la chance était meilleure pour moi et que son candidat était plus jeune. A tout événement, il fut d'avis qu'il ne fallait nommer personne ; que la Faculté gagnerait du lustre en se montrant sévère ; que les mêmes candidats seraient plus forts deux ans plus tard (il pouvait bien prévoir que, dans le cas d'un non succès, je ne me représenterais pas). Mais il ne garda pas cette opinion pour lui : le professeur Boyer, qui était juge, nous a dit que pendant tout le concours, et dès la première épreuve, M. Coze n'avait cessé de l'obséder pour lui prouver l'avantage qu'il y aurait à ne nommer personne.

Je livre au lecteur ce texte de réflexions salutaires. J'ajouterai seulement que pendant la durée de ce concours, M. Coze reçut la croix de la Légion-d'Honneur !

Le jury fut donc d'une partialité révoltante dans le verdict qu'il porta contre nous au sein de la Faculté d'où il émanait en grande partie. Nous en avons la preuve positive : *habemus confitentem reum.*

Au cas où cette affligeante vérité ne serait pas démontrée aux yeux de tous ceux qui peuvent en connaître, nous pouvons en fournir la contre-épreuve. Si la Faculté de Strasbourg s'écarte de la justice, ce n'est pas toujours pour éloigner des prétendans ; il est des circonstances où elle offre la compensation de ses répugnances en allant au devant de candidats mal préparés, au dire de ceux qui les virent à l'œuvre. Voici un fait entouré de plus de détails, et où il n'y a pas eu unanimité de votes pour admettre, comme il y eut trois mois auparavant accord parfait pour rejeter. La philanthropie de certains juges se montra d'autant plus à découvert, qu'elle contrastait davantage avec l'opinion de l'un d'entre eux qui était malheureusement le plus compétent, le plus instruit dans la matière.

Un concours pour la chaire de chimie toxicologique commença bientôt après le nôtre, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, puisqu'il fut fini le 16 août. Des deux candidats qu'il y avait d'abord, un se retira devant les épreuves pratiques, après avoir assez bien fait. Celui qui resta fut fort loin, dit-on, de dédommager de l'absence de tout autre. Néanmoins il fut nommé. M. Persoz, professeur de chimie à la Faculté des sciences et directeur de l'école de pharmacie de Strasbourg, était, sans doute, le juge le plus compétent, car il est difficile en province de composer un jury pour de tels concours. Veut-on savoir ce qu'il pensa de cette nomination ? Le voici.

Selon lui, « La composition écrite du candidat était si mauvaise, qu'il défiait la Faculté de la faire imprimer sans se déshonorer.

» La première leçon fut loin de prouver en sa faveur.

» Dans la deuxième leçon, faite après trois heures de préparation, M. C..... eut à traiter *de la marche à suivre dans les empoisonnemens douteux.* Il fit preuve de si peu de notions en fait d'analyse, et posa des principes si peu fondés, que les deux jurés chimistes qui l'écoutaient en furent étonnés au dernier point. Ce fut alors que M. Langlais dit spontanément à M. Persoz qu'il se verrait à regret obligé de donner un billet blanc à M. C.....

» A la sortie de cette séance, M. Persoz se fondant sur ce qu'il venait d'entendre, dit au doyen, président du concours, que le candidat échouerait dans les épreuves pratiques, parce qu'il était dans une ignorance absolue des lois de l'analyse. L'événement ne justifia que trop cette prévision.

» En effet, pour première épreuve pratique, qui se fait à huis clos, on donna à M. C... un mélange dans lequel se trouvaient : 1° de l'antimoine, 2° du zinc, 3° de l'étain, 4° du chrôme, 5° du manganèse, 6° du phosphate de soude, 7° du sulfate de strychnine ; et deux questions lui furent ainsi posées :

« Existe-t-il dans ce mélange une base organique, et quelle est » cette base ?

» Y a-t-il des bases inorganiques, et quelles sont ces bases ? »

» Après dix heures de recherches (c'est-à-dire avec deux heures de plus que le temps primitivement accordé par le jury), M. C. ne retrouva rien, ni substances organiques, ni substances minérales ; selon M. Persoz, un élève de troisième année aurait retrouvé ces substances en moins de quatre heures.

» A l'épreuve pratique publique, M. C... avait à reconnaître le mélange d'un sel de Nickel avec un sel de chrôme : il dit qu'il croyait avoir reconnu du Nickel. Au bout d'une demi-heure de tentatives, il demanda au président du jury combien de temps il lui restait : le président lui répondit tout le temps qu'il voudrait. Malgré cette latitude, M. C... n'alla pas plus loin.

» Après la sentence de la thèse, M. Boyer demanda dans le conseil que la discussion fût ouverte pour s'éclairer, et M. Persoz fut prié de s'expliquer.

tent d'abord dans l'esprit qu'à l'état latent, et que les applications matérielles seulement rendent manifestes pour chacun.

Que pensait rencontrer M. Roux en ouvrant la poche placée derrière la fistule, et qui se prolongeait vers le pubis ? La disposition anatomique ordinaire de l'anus contre nature, ou quelqu'autre chose dont il ne pouvait se représenter l'image, dont il ne savait se faire une idée. Et, il faut en convenir, cela était difficile. Dans la première supposition, l'opération pratiquée devenait tout à fait gratuite, et pouvait même compliquer le traitement de l'anus contre nature, si ultérieurement on eût eu à attaquer l'éperon. En effet, ce que M. Roux aurait eu à faire pour combattre l'étroitesse de la fistule, était de la dilater ; la dilatation, qui avail déjà été commencée par le chirurgien qui a soigné le malade avant son entrée à la clinique, et que M. Roux a abandonnée en la taxant de mauvaise pratique. Ce qu'il avait à faire encore, eût été de pratiquer tout au plus des débridemens ménagés, et tout cela sans jamais perdre de vue que la fistule stercorale n'ayant pas succédé à un opération de hernie, il y avait fort à présumer qu'elle se présenterait avec des caractères autres que ceux qui subsistent d'ordinaire en pareil cas.

Dans la seconde supposition, M. Roux eût dû soigneusement s'interdire toute opération dans une région aussi délicate, au milieu de conditions aussi difficiles, sous peine de rester tout court le bistouri à la main, ainsi que cela lui est arrivé après un commencement d'opération très grave pour les suites funestes qu'elle aurait pu avoir. C'est là, du moins, ce qu'il aurait dû prévoir.

Voici, du reste, de quelle manière M. Roux a opéré : une incision a été faite sur la ligne blanche, étendue du bord supérieur des pubis au point qui séparait en deux moitiés égales l'étendue comprise entre le point de départ de l'incision et l'orifice fistuleux externe. L'incision intéressait toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Cette incision pratiquée, elle a été traversée par un séton que l'on a fait sortir par l'orifice de la fistule ! Cela étant fait, l'opérateur s'est *ravisé* (nous conservons ici son expression), a retiré le séton et a prolongé l'incision jusqu'à la fistule. C'est alors seulement qu'il a été possible d'examiner la poche, dont on n'a pu parvenir à reconnaître ni la disposition exacte, ni la nature. Est-ce une dilatation morbide de l'intestin ; est-ce une poche formée entre la paroi de l'abdomen et le feuillet pariétal du péritoine ? n'était-ce rien de tout cela ? C'est ce que l'on n'a pas pu décider.

M. Roux a compris alors que l'on avait trop fait pour arriver à un résultat aussi incomplet, et a regretté de n'avoir pas dilaté simplement la fistule, ce qu'il n'avait pas fait dans la crainte de léser l'intestin. Il a cru ne pouvoir laisser subsister sans inconvénient une si large ouverture, et a réuni la moitié inférieure au moyen de la suture.

Nous avons dit que cette opération avait donné lieu à quelques accidens inquiétans, mais qui cependant n'avaient pas eu de suites graves. Si l'incision n'a pas de résultat faborable relativement à l'anus contre nature, ce que nous aurons soin d'indiquer plus tard, M. Roux se propose de tenter autre chose.

Absence de la partie inférieure du rectum. Anus artificiel par le procédé de Littre. Mort au bout de 24 heures. Autopsie.

Nous croyons devoir rapprocher du cas qui précède, celui d'un enfant venu au monde sans ouverture anale, et chez lequel on a pratiqué, à la clinique, un anus artificiel. La naissance datait de quatre jours ; et, quoique le ventre fût peu volumineux, cependant l'enfant était dans un état de faiblesse et de prostration qui s'est manifesté au moment de l'opération, par l'absence de tout indice de souffrance et de vagissemens.

On a dû renoncer à la pensée, soit de rétablir l'anus naturel, soit de créer la portion de rectum qui manquait, parce que rien n'indiquait l'étendue dans laquelle cet organe manquait, et que, bien évidemment, il ne s'agissait pas d'une simple imperforation de l'anus. On a conséquemment songé à créer un anus artificiel. M. Roux a préféré, dans ce cas, le procédé de Littre à celui de Callisen. A partir d'un peu au-dessus du ligament de Fallope, on a pratiqué une incision de deux pouces environ, se rendant entre le pubis et l'épine supérieure-antérieure de l'os iliaque. La peau, l'aponévrose du grand oblique, les fibres inférieures du petit oblique, le fascia transversalis et le péritoine, ont été successivement divisés. Alors il a fallu aller en quelque sorte au-devant de l'S romaine du colon qui ne se présentait pas derrière la plaie. Cet organe offrait sa couleur et sa distension naturelle, au lieu d'être tendu et livide, comme cela existe d'ordinaire. Une anse de cette portion du gros intestin ayant été amenée au dehors, une anse de fil a été passée à travers son mésentère pour l'empêcher de rentrer. L'intestin a ensuite été ouvert dans le sens de la plaie, ce qui a procuré l'issue immédiate d'une quantité plus que médiocre de méconium.

Vingt-quatre heures après l'opération, l'enfant avait cessé de vivre.

A l'autopsie, on a vu que le rectum manquait dans l'étendue d'un demi-pouce : il se terminait du reste par un cul-de-sac, et était considérablement distendu par le méconium qui s'y était accumulé en presque totalité.

Taille latérale. Extraction d'un calcul mûral très friable, qui s'écrase au moment de son extraction. Substitution du gorgeret tranchant d'Hawkins, modifié par sir A. Cooper, au lithotome caché du frère Côme. Regret de ne pas avoir soumis le sujet à la lithotritie. (*V.* le n° du 2 février.)

Nous rappellerons que M. Roux avait annoncé chez ce malade un calcul assez volumineux, à surface inégale, ce qui faisait présumer qu'il devait être mûral, et partant d'une grande dureté ; circonstances qui, réunies, avaient fait préférer la taille à la lithotritie. Nous rappellerons encore que ce calculeux était jeune, d'une bonne constitution, et qu'il avait toujours joui d'une bonne santé, à part les quelques incommodités qui se rattachaient à l'existence de son calcul vésical.

Nous voudrions examiner actuellement si les motifs qui ont fait rejeter la lithotritie sont admissibles : disons d'abord que M. Roux n'avait rien fait de ce qui était capable de donner l'idée exacte du volume du calcul et de son dégré de dureté ; il n'y a pas à s'étonner alors que son diagnostic concernant les caractères physiques du calcul se soit trouvé fautif, et qu'au lieu d'un calcul volumineux et dur, la lithotomie ait prouvé l'extraction d'un calcul plus que moyen, et d'une friabilité qui lui a permis de s'écraser entre les cuillers de la tenette.

Ceci est très grave ; car au point de vue de la lithotomie, un calcul un peu plus que moyen n'y fait pas grand' chose, et que sa dureté est presque une abstraction. Disons même mieux : dans la taille, il est à désirer que le calcul soit dur, car on est plus sûr de l'extraire sans le briser, et exposer les calculeux aux conséquences qui peuvent résulter de cet accident. Dans la lithotritie, au contraire, la friabilité du calcul est une des plus heureuses conditions, et qui assurent le mieux le succès de l'opération. Cette circonstance aurait influé d'une manière tellement évidente dans ce cas, que nous avons peine à comprendre, après cela, que M. Roux, tout en reconnaissant sa méprise, ait prétendu se justifier en disant que l'opéré serait plus promptement sur pied que s'il avait été lithotritié. Ce raisonnement, fait après coup, n'est rien moins que satisfaisant ; car, encore une fois, l'opéré n'en a pas moins été en présence de tous les accidens qui peuvent succéder à la taille, qui restent toujours les mêmes pour les moyens et les petits calculs ; tandis que dans la lithotritie, les dangers diminuent en raison du peu de volume de la pierre.

Nous avons dit que le calcul s'était brisé au moment de l'extraction. Quelques fragmens sont restés engagés entre les bords de la plaie et ont été extraits avec la curette du bouton. M. Roux a cru pouvoir assurer qu'il n'en était tombé aucun dans la vessie, ce dont il a pu se convaincre au moyen du bouton. Nous aimons à croire qu'il en est ainsi ; mais ce que nous avons peine à comprendre après cet accident, c'est que pour compléter sa justification, M. Roux n'ait pas craint d'accuser la lithotritie de ne pas parvenir toujours à débarrasser entièrement la vessie du calcul, et de laisser ainsi les opérés sous le coup des récidives. Nous le répétons, cette assertion n'était pas d'à-propos en présence d'un cas où la taille même n'a pu obvier à l'écrasement du calcul, et sous l'impression d'un autre encore récent qui prouve aussi qu'indépendamment de l'écrasement du calcul il peut arriver à l'opérateur de laisser quelque chose dans la vessie.

M. Roux a cru devoir préférer dans cette circonstance le gorgeret tranchant au lithotome caché, qui a abrégé l'opération de quelques instans, ce dont il faut tenir compte quand il s'agit d'une opération qui promet de se terminer promptement. Le maniement de cet instrument demande quelque habitude et l'on agit avec plus de sécurité en se servant de l'instrument de frère Côme. Si, par exemple, le gorgeret venait à quitter la cannelure du cathéter, il pourrait en résulter de graves inconvéniens auxquels on ne se trouve pas exposé si pareil accident venait à avoir lieu quand on se sert du lithotome caché.

L'idée d'appliquer le gorgeret à la section des parties profondes appartient à Hawkins : le gorgeret n'était avant qu'un simple instrument conducteur, et était représenté par une gouttière. Depuis Hawkins, beaucoup de praticiens ont modifié la forme de son gorgeret, ainsi Bromfield, Benjamin Bell, Desault, etc. Celui que M. Roux a employé dans ce cas est le même dont sir A. Cooper fait usage, et que M. Roux pense, sans pouvoir l'affirmer, avoir subi une modification entre les mains du célèbre chirurgien de Londres. M. Roux a vu en 1814 sir A. Cooper se servir de ce gorgeret, et il lui paraît être préférable aux autres. Il offre ceci d'avantageux que sa partie tranchante, au lieu d'occuper le bord de la gouttière qui se prolonge jusqu'au bout de l'instrument dans les autres gorgerets, de sorte qu'ils donnent lieu à une plaie des parties profondes en forme de croissant, et par conséquent non parallèle à la plaie extérieure ; dans celui de sir A. Cooper, elle est représentée par un couteau triangulaire à surfaces planes, qui se prolonge à deux pouces environ au delà du cul-de-sac de la gouttière du gorgeret ; au moyen de cette lame qui, bien entendu, n'est tranchante que sur

---

» Ce juré déclara qu'il n'était pas possible de nommer M. C..., parce qu'il s'était montré moins instruit qu'un bon élève de troisième année ; que le nommer après d'aussi *médiocres épreuves*, c'était fausser l'esprit du concours ; que c'était surtout commettre un acte d'iniquité après avoir refusé de prendre un professeur parmi les cinq candidats du concours de médecine légale qui, certes, lui avaient été bien supérieurs.

» M. Coze, président, prit alors la parole et déclara que toutes les épreuves de M. C... jusqu'à sa thèse avaient été mauvaises, mais que sa thèse l'avait relevé, et qu'il votait pour lui. La thèse est imprimée, on peut la lire ; mais les personnes qui assistèrent à sa soutenance disent n'avoir rien vu qui pût assez relever ce candidat.

» M. Langlois déclara, qu'à en juger par les épreuves, M. C... n'était pas nommable ; mais que M. C... était un homme recommandable ; que si l'on eût voté avant les épreuves tout le monde lui eût donné sa voix, et que dès-lors il ne pouvait pas lui refuser la sienne.

» M. Persoz lui fit observer que ce vote était tout différent de celui qu'il lui avait exprimé (et que j'ai fait connaître ci-dessus), M. Langlois répondit qu'il avait changé depuis lors. M. Persez ajouta qu'à coup sûr ce n'étaient pas les épreuves pratiques qui avaient pu modifier son opinion d'une manière favorable au candidat.

» M. Fée dit d'abord que ses sympathies, ses affections étaient acquises à M. C...; qu'il ne pouvait s'empêcher de convenir que les épreuves avaient été faibles, mais qu'il ne fallait pas juger du mérite d'un candidat d'après ses épreuves ; que d'ailleurs il lui serait trop pénible de briser l'existence d'un père de famille, et que par conséquent il voterait pour lui. (Il paraît qu'il est beaucoup moins sérieux de briser l'existence des célibataires. Des cinq candidats du concours précédent, quatre n'étaient pas mariés) (1).

» M. Erhmann avoua son incompétence. Mais il ajouta que s'il était obligé de convenir que les épreuves avaient été mauvaises, on devait se rappeler qu'il ne fallait pas à la Faculté un chimiste, mais un homme qui sût un peu de chimie, de physique, de physiologie, etc., et que M. C... savait un peu de tout cela ; que par conséquent il convenait parfaitement à la Faculté. (Il est trop facile d'apprécier de pareilles opinions ; lorsqu'une affaire est portée devant les Assises, elle n'est plus légère ; et décider avec un peu de chimie des questions où il ne va de rien moins que de l'honneur et de la vie des accusés, est fort scabreux. Il ne serait pas superflu que dans ces sortes de cas l'expert eût beaucoup de connaissances chimiques et qu'elles reposassent sur des bases solides. Un fait encore récent eût détruit tous les doutes à cet égard si c'eût été nécessaire).

» MM. Boyer et Bouisson demandaient encore de nouvelles épreuves, mais les quatre autres juges s'y refusant et formant majorité, M. Persoz leur dit : « *Qu'ils n'étaient pas des juges, qu'il les rendait responsables de cette nomination devant la société, qu'il ne sanctionnerait jamais par sa présence une semblable iniquité.* En effet, M. Persoz ne parut pas dans la salle au moment de la proclamation du verdict.

» Le lendemain on présente le procès-verbal de la séance de nomination à M. Persoz. Etonné qu'il ne fût pas fait mention de la discussion qui avait précédé la nomination, non plus que des votes motivés de MM. Coze, Fée, Erhmann et Langlois, M. Persoz écrivit sur le registre, qu'il ne signerait qu'autant que cette omission aurait été réparée. Les procès-verbaux ne furent pas d'abord représentés à M. Persoz ; il nous dit qu'ils avaient été envoyés à Paris sans sa signature.

Quelque temps après, M. Persoz sentant l'inutilité d'une plus longue résistance contre un fait accompli, signa. »

Vous voyez, M. le rédacteur, que si la Faculté de médecine de Strasbourg, qui probablement se connaît elle-même, selon l'ancien précepte, se disait *outragée* parce que M. le ministre de l'instruction publique lui enlève l'honneur de faire dans son sein deux concours à-la-fois, elle montrerait par là beaucoup trop de susceptibilité, je dirais même de prétentions.

Lorsque les auteurs de la décision qui me concerne directement et de celle qui la suivit de près ont vu d'autres autorités s'appuyer sur cette base pour me faire perdre le fruit de longs services dans les armées et de campagnes périlleuses, qu'ont-ils pu trouver en fouillant au fond de leur conscience ?

Les jugemens dont je suis victime m'ont beaucoup nui dans l'opinion publique. J'ai dû faire connaître comment la Faculté de Strasbourg refuse parfois ou admet des professeurs.

Messieurs les rédacteurs de quelques journaux de médecine de Paris ont voulu justifier la détermination de M. le ministre de l'instruction publique en disant qu'il n'y avait que peu de candidats pour les concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, et que parfois ils étaient si faibles, que, dans une circonstance récente, sur cinq, on n'avait pu en nommer un.

Ces messieurs apprendront à douter en lisant ce que je viens d'écrire.

Je vous prie, Monsieur, de vouloir bien l'insérer dans les colonnes de la *Gazette médicale de Strasbourg*, et agréer les sentimens, etc.

R. Faure,
Médecin et professeur de pathologie interne à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

Strasbourg, le 15 janvier 1841.

(1) Je dois dire que M. Fée n'était pas juge du premier concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Mercredi, 10 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Vidal (de Cassis) sera argumenté par :

MM. Blandin.
Michon.
Sanson (Alphonse).
Malgaigne.

(Des indications et des contre-indications en médecine opératoire.)

M. EDOUARD ROBIN commencera aujourd'hui à 3 heures un nouveau cours de botanique.

un côté, on obtient une plaie profonde parallèle à la plaie extérieure. Le couteau est surmonté à son angle terminal d'un bouton destiné à parcourir la cannelure du cathéter.

Une fois le bouton engagé dans cette cannelure, M. Roux a fortement fixé le cathéter en l'appuyant contre l'arcade pubienne : alors seulement il a donné au gorgeret la direction nécessaire pour procurer le parallélisme entre la plaie profonde et la plaie extérieure.

Aussitôt après l'écoulement de l'urine, le gorgeret a reçu un autre but : celui de servir de conducteur à la tenette ; mais alors l'opérateur a eu la précaution de le retourner un peu en dessous pour ne pas léser la plaie.

Le soir du jour où l'opération a été pratiquée, le jeune homme présentait le pouls fort et avait un peu de fièvre ; ce qui a engagé M. Roux à lui faire pratiquer une large saignée du bras. Le lendemain le pouls était souple et le malade accusait un bien-être général ; le ventre n'était pas douloureux, l'urine passait bien par la plaie ; tout annonçait une marche heureuse. Depuis lors il n'est pas survenu d'accidens et tout porte à croire que l'issue de cette opération sera favorable.

Fistule ano-vulvaire ; opération.

La fistule à l'anus chez la femme peut se présenter avec des conditions spéciales qui résultent du voisinage de certains organes avec l'extrémité inférieure du canal intestinal. La fistule peut être en même temps vaginale, ou en d'autres termes exister avec un décollement du rectum du côté du vagin. Ce cas, dit M. Roux, est rare fort heureusement, car il entraîne une mutilation des parties génitales externes, ce qui n'est pas sans inconvénient pour les malheureuses femmes qui doivent la subir.

D'autres fois le trajet de la fistule, au lieu de s'établir sur un point du pourtour de l'anus, s'établit au vagin ; le travail préparatoire ou l'abcédation, en d'autres termes, s'opérant sur ce point. Cet abcès, tôt ou tard ouvert par la nature ou par l'art, peut être pris pour un simple abcès de la lèvre, et l'on ne songe pas au décollement du rectum : c'est cette fistule que M. Roux appelle ano-vulvaire, car elle correspond d'une part à l'anus et de l'autre à la vulve.

Chez notre malade, il n'existe, quant à présent, qu'un abcès, et la fistule n'est réellement pas encore établie. Elle est à l'hôpital depuis quatre ou cinq jours et se plaint de douleurs. M. Roux s'est demandé si l'abcès avait été provoqué par des excès de coït, et tout en reconnaissant la possibilité de ce fait, il pense néanmoins que l'abcès pourrait bien en être indépendant, puisqu'il peut s'en former dans cette région comme dans toutes les autres de l'économie.

En arrivant à la clinique, la malade présentait une tumeur fluctuante qui l'impatientait au point que M. Roux a cru ne devoir pas en différer l'ouverture ; une ponction a procuré issue au pus. Aussitôt après, le foyer a été sondé, et l'on a reconnu qu'il s'agissait d'un abcès ancien avec une dénudation du rectum ; ce qui a fait admettre comme probable l'existence d'une fistule anale borgne interne avant l'ouverture de l'abcès, et complète actuellement.

Cette malade a été opérée. Dans cette opération, M. Roux pose comme précepte de s'éloigner autant que possible du raphé médian dans la direction que l'on donne à l'incision, pour déformer le moins que l'on peut la région intermédiaire à la vulve et à l'anus. K...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 7 janvier 1841.

M. Serrurier, secrétaire-général, donne lecture du procès-verbal de la séance tenue le deuxième jeudi de décembre 1840, séance dans laquelle, conformément à l'article 12 de son règlement, la Société a procédé au renouvellement de son bureau.

Le scrutin secret a donné les résultats suivans :

Président, M. Fouquier.
Premier vice-président, M. Emmanuel Rousseau.
Deuxième vice-président, M. Moret.
Secrétaire annuel, M. Charles Masson.
Secrétaire annuel adjoint, M. Guersant.

Des remerciemens sont votés à M. Duhamel, pour le zèle et l'habileté dont il a fait preuve pendant deux ans qu'il a rempli les fonctions de secrétaire annuel.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— Un rapport devait être fait sur le mémoire présenté par M. le docteur Eguisier ; il est ajourné par l'absence de M. Tessier, un des rapporteurs.

— *M. Pédélaborde* lit un premier fragment d'un mémoire qu'il a composé sur les affections de l'utérus ; de cette lecture ressortent les proposition suivantes : Que l'hypertrophie morbide de l'utérus peut occuper le corps ou le col, ou ces deux parties à la fois. Qu'on rencontre plus fréquemment l'engorgement du corps de la matrice chez les filles, et celui du col chez les femmes. Qu'on s'est mépris souvent en attribuant le gonflement ou les ulcérations du col au tempérament nerveux-lymphatique, à un état cachectique général ; que cette disposition morbide n'est souvent que le résultat de maladies de l'utérus anciennes et inaperçues, et que dans ce cas on a confondu l'effet avec la cause. Que les maladies de cet organe sont fréquemment occasionnées par une menstruation difficile, l'abus ou la privation du coït, les accouchemens laborieux, des manœuvres imprudentes pendant l'accouchement, l'onanisme, les emménagogues, les affections tristes de l'âme.

M. Sorlin regrette que M. Pédélaborde n'ait point indiqué les signes auxquels on peut distinguer les affections de l'utérus inflammatoires de celles qui sont accompagnées d'atonie ; distinction essentielle et qui peut diriger dans le traitement.

M. Rouvin pense que cette question touche à la thérapeutique, et qu'il serait bon d'attendre la fin de la lecture avant d'aborder cette discussion.

M. Charles Masson ne croit pas qu'on puisse attribuer les maladies de l'utérus à la privation du coït, puisque l'abus qu'on en peut faire est aussi regardé comme une cause de ces maladies. Une assertion détruit l'autre, et peut-être serait-il plus sage de douter.

M. Sorlin : Il ne faut pas abuser du scepticisme. Ce n'est point sans exalter les propriétés vitales, sans l'irriter, qu'on refuse à un organe ce qu'il demande impérieusement. Dans la campagne de Russie, lorsque je souffrais de la faim, je ressentais comme un feu qui me dévorait, et je ne doute point que ce ne fût une disposition très prochaine à l'inflammation de l'estomac.

M. Tanehou : Je ne pense point que le coït soit un besoin aussi réel chez les femmes qu'on semble l'indiquer ; mais je veux signaler une cause qui favorise les ulcérations de l'utérus, et qui a été omise. Quand le corps de la matrice augmente de volume, le col s'incline, touche une des parois vaginales ; le frottement détermine une plus grande sécrétion de mucus, une altération de ses qualités, et par suite des ulcérations.

M. Pédélaborde : Je conçois qu'un pessaire appuyant sur le col de l'utérus produise sur ses côtés une irritation, et amène des ulcérations consécutives ; mais dans l'état ordinaire le museau de tanche plonge dans le vide, il n'appuie sur le vagin que dans les cas d'anté ou de rétro-version. Le mucus perverti n'altère point d'ailleurs la muqueuse vaginale ; la peau, oui ; mais la membrane qui le produit, jamais. Ce serait une exception à la loi commune. La bile, les larmes, l'urine, ces liquides, tant altérés qu'on les suppose, ont-ils jamais ulcéré les réservoirs qui les contiennent, ou les conduits chargés de les verser au dehors ?

Conférences sur les maladies regnantes. — *M. Guersant* raconte que depuis environ deux mois, il existe à l'hôpital des Enfans Malades un plus grand nombre d'affections couenneuses qu'on n'avait eu occasion d'en rencontrer depuis long-temps, qu'années communes, on n'observait guère que trois ou quatre croups sur un mouvement de 2000 malades. Cette année, une douzaine d'angines sont devenues croupales à l'hôpital même ; un plus petit nombre de croups est venu du dehors. Les frictions avec l'onguent mercuriel, le calomel, et en dernier lieu la trachéotomie, ont été mis en usage sans succès.

M. Charles Masson pense qu'on a souvent, dans le monde, traité comme affections croupales des angines qui ne seraient jamais devenues des croups véritables ; mais que cette erreur est moins fâcheuse que l'opinion qui paraît prévaloir maintenant à l'hôpital des Enfans, et qui consiste à n'admettre le croup que lorsque la couenne est formée et occupe le larynx.

M. Guersant : Dans ce cas, les enfans meurent asphyxiés.

M. Charles Masson : Sans doute ! Mais n'y a-t-il donc aucun espoir d'empêcher, par une médication active et mise en usage dès le principe, la formation de la couenne ? Il y a douze ou treize ans que j'eus occasion de traiter, conjointement avec notre honorable président, M. Fouquier, une jeune enfant qui, après avoir offert les symptômes de l'angine la plus alarmante, revint à la santé. Nous avions la conviction d'avoir traité un croup, d'avoir prévenu la formation de la couenne. Plusieurs jours après, au retour d'un voyage, le médecin ordinaire de la famille, homme de conscience et d'une grande réputation, déclara qu'on aurait guéri la maladie en lui donnant de l'eau de guimauve sucrée.

Voici maintenant la contre-partie de cette observation : le hasard, ou plutôt sa haute réputation, y fait figurer ce même confrère par qui nous avions été blâmés indirectement. Il y a deux jours que, dans la maison que j'habite, on a opéré sans succès un enfant atteint du croup : plusieurs médecins avaient été appelés. Un d'eux avait reconnu la maladie ; deux autres, survenus plus tard, ont nié son existence, et ne sont revenus à l'opinion émise par le premier docteur que lorsque le malade était expirant : la trachéotomie a été tentée alors, mais sans aucun fruit. Dans un cas pareil, n'eût-il pas été préférable de s'en tenir à l'opinion du premier médecin ? Je ne sais si on fût parvenu à prévenir la formation de la couenne ; mais on l'eût tenté, et peut-être aurait-on réussi. C'était la doctrine enseignée, il y a vingt-cinq ans, à l'hôpital des Enfans Malades, par MM. Mongenot et Jadelot. Ne vous laissez pas décourager, nous disaient-ils dans leurs cliniques, par le peu de succès que nous obtenons ici dans le traitement du croup ; on nous amène les enfans trop tard, quand la fausse membrane est formée. Soignés à temps chez leurs parens, ils auraient pu guérir.

MM. Parent, Duhamel et Chanu se louent des succès qu'ils ont obtenus par l'emploi de l'émétique donné à hautes doses dans le traitement des affections croupales.

M. Guersant : Les fausses membranes étouffent l'enfant quand elles se forment dans le larynx ; si elles occupent la trachée-artère ou les bronches, elles peuvent être rejetées par les seuls efforts de la nature. Et à ce sujet, je me rappelle avoir vu, aux consultations de la Faculté de médecine, un enfant qui toussait ; on ne songea point à examiner la gorge. Quelques jours après, le père ramena le petit malade guéri après l'expulsion de fausses membranes qui figuraient les ramifications des bronches ; on ne lui avait pourtant donné qu'une infusion pectorale sucrée.

M. Charles Masson fait observer que ce n'est point le seul exemple d'une maladie grave guérie par les seules forces de la nature, mais que dans le cas dont il s'agit, il eût été plus sûr de reconnaître la maladie, et plus sage de s'opposer par les remèdes les plus actifs à la formation de la fausse membrane.

La séance est levée à quatre heures.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

Paris. — Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 11 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 20, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Amputation de la jambe. — Observations sur l'amputation à la partie inférieure.

Jeudi dernier, 4 février, M. Maisonneuve, chargé par intérim du service de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, a commencé ses leçons de clinique chirurgicale.

Ayant à pratiquer dans cette séance deux amputations du membre inférieur, l'une à la jambe, l'autre au pied, le professeur a profité de cette occasion pour rappeler à ses auditeurs l'histoire des malades actuellement couchés dans les salles, et auxquels des opérations semblables avaient été pratiquées récemment. Ces malades, au nombre de cinq, ont subi six amputations, qui toutes ont été couronnées de succès.

Le premier est un jeune homme de dix-neuf ans, couché au n° 7, salle Saint-Jean, amputé par M. Blandin, de la jambe droite, à la partie inférieure, pour une tumeur blanche avec carie de l'articulation tibio-tarsienne.

L'opération, pratiquée suivant la méthode circulaire modifiée par M. Lenoir, ne présenta rien de remarquable pendant les huit premiers jours; alors seulement survinrent des hémorrhagies abondantes, que ne purent maîtriser ni les astringens, ni la compression. Des efforts infructueux furent faits pour saisir l'artère dans le moignon, et le chirurgien se décida à faire la ligature de l'artère fémorale. Cette opération, grave et hardie en pareilles circonstances, fut couronnée du plus heureux succès; le malade, guéri de son amputation et de la ligature de l'artère, n'attend plus maintenant qu'une jambe artificielle pour reprendre ses travaux.

A cette occasion, M. Maisonneuve entre dans quelques considérations sur l'opportunité de l'amputation de la jambe à sa partie inférieure; il rappelle plusieurs faits, observés surtout dans les salles de M. Blandin, desquels il résulte qu'au moyen de la machine ingénieuse de M. Martin, les malades amputés d'après cette méthode peuvent, en retrouvant la régularité de leurs formes, conserver toute la force et presque la souplesse d'un membre naturel. Il appelle surtout l'attention de son auditoire sur cet ouvrier des ports, auquel M. Blandin a pratiqué, l'année dernière, l'amputation de la jambe, et qui porte maintenant une mécanique *Martin*. Cet homme, d'une haute stature et d'une vigueur peu commune, s'est présenté, il y a quelques jours, à la clinique, où tous les élèves l'ont observé; il peut marcher, frapper du pied, sans qu'il soit possible, si l'on n'est prévenu, de distinguer soit par la forme, soit par les mouvemens, le côté qui a subi l'amputation. Cet homme continue ses travaux pénibles d'ouvrier déchargeur sur le port, et porte des fardeaux de 150 et 200 livres. — Un tel fait n'a pas besoin de commentaires.

Le deuxième malade, couché au n° 3 de la même salle Saint-Jean, est un jeune homme de vingt ans qui, pendant les froids rigoureux de décembre 1840, eut les deux pieds gelés. D'un côté, M. Maisonneuve pratiqua l'amputation à la méthode de Chopart; de l'autre, il fit la désarticulation de tous les orteils, en conservant seulement un lambeau inférieur. Malgré la simultanéité de ces deux amputations graves, le malade, opéré le 6 janvier, est parfaitement guéri. Sur le pied gauche, la cicatrice a même eu lieu par première intention.

Le troisième, couché au n° 27, a subi l'amputation partielle du pied d'après la méthode de Chopart; opéré par M. Blandin, il était déjà en voie de guérison quand M. Maisonneuve prit le service, et maintenant il ne reste plus qu'une plaie fort étroite à cicatriser.

Le quatrième est encore un jeune homme, cordonnier de son état, qui, depuis deux ans, portait à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche une lésion grave, ayant déterminé une ankylose incomplète, et qui nécessita l'amputation du premier métatarsien dans la continuité. M. Maisonneuve a pratiqué cette opération par sa méthode à lambeau. Le malade est en voie de guérison.

Enfin, le cinquième est un homme de cinquante-trois ans chez lequel les articulations de la main et du poignet avaient été disséquées par un phlegmon diffus. Le malade, épuisé par une longue suppuration, paraissait n'avoir plus que quelques jours à vivre; il était exténué par des sueurs nocturnes, par une toux continuelle et un dévoiement colliquatif. Malgré ces conditions défavorables, M. Maisonneuve ayant trouvé les organes splanchniques dans un état satisfaisant, exécuta l'amputation de l'avant-bras le 7 janvier, par la méthode à un seul lambeau antérieur. Depuis lors, le malade s'est refait à vue d'œil; tous les accidens généraux ont successivement disparu, et maintenant il est non-seulement guéri de son amputation, mais il se promène, mange et exécute toutes ses fonctions comme s'il n'avait jamais été malade.

Voilà, dit M. Maisonneuve, cinq amputations que nous avons pratiquées par la méthode à lambeau, et qui toutes ont été couronnées du plus heureux succès. N'y aurait-il donc pas quelque chose d'injuste dans l'espèce de proscription dont cette méthode est frappée dans notre pays? Prenant alors cette idée pour texte de sa clinique, M. Maisonneuve rappelle combien cette méthode est différemment appréciée chez nos voisins d'outre-mer; il compare leurs statistiques à celles des chirurgiens français; il fait la revue rapide des avantages et des inconvéniens de cette méthode, puis il les compare à ceux de la méthode circulaire.

Nous ne suivrons pas le professeur dans tous ses développemens : nous nous contenterons d'en tracer un résumé succinct. Il commence par établir que la méthode à lambeau est la seule applicable à un grand nombre d'amputations : celle des phalanges, celle des doigts et des orteils, celle du métatarse et du métacarpe en totalité, celle de Lisfranc, de Chopart, etc. Il démontre ensuite que, malgré leur faible pour la méthode circulaire, les chirurgiens français eux-mêmes lui reconnaissent des avantages dans l'amputation du poignet, du coude, de l'épaule, du genou, de la hanche; puis, examinant cette méthode en elle-même, il établit :

1° Qu'elle l'emporte sur toutes les autres pour la promptitude et la facilité de son exécution; qu'elle est par conséquent moins douloureuse;

2° Qu'elle permet de conserver au membre une plus grande longueur, en utilisant des parties saines que devrait nécessairement sacrifier la méthode circulaire. Tels sont les cas où la maladie qui nécessite l'amputation se prolonge beaucoup plus d'un côté que de l'autre;

3° Qu'elle permet de varier la position et la forme de la cicatrice, suivant que cela doit être avantageux pour l'usage du membre : au pied, à la main, à l'avant-bras, cet avantage est d'un intérêt incontestable;

4° Qu'elle laisse les tissus dans les conditions les plus favorables à la cicatrisation.

Ces conditions, dit le professeur, sont :

1° La netteté de la section des chairs.

2° L'uniformité des couches organiques qui doivent former la base de la cicatrice.

3° Surtout la section des gros troncs vasculaires, loin du centre de la plaie, c'est-à-dire loin de la section des os.

4° La possibilité de mettre et de maintenir les parties dans un contact parfait, dans toute l'étendue de la plaie, surtout dans sa profondeur.

Relativement au premier point, la netteté de la section des chairs, la comparaison ne peut être établie entre la méthode circulaire et la méthode à lambeau. Dans la première, les tissus coupés à plusieurs reprises, sont toujours plus ou moins dans les conditions d'une plaie contuse, tandis que, dans la seconde, la section se faisant d'un seul trait, laisse une plaie parfaitement simple.

Le deuxième point, l'uniformité des couches organiques qui forment la plaie n'est pas moins important. Dans une amputation circulaire, les chairs sont coupées perpendiculairement; il en résulte que l'aire du moignon est formée d'une série d'organes disparates, la plupart renfermés dans des gaînes isolées où l'inflammation peut se propager et donner naissance à des fusées purulentes dangereuses, tandis que l'amputation à lambeau ne laisse que des surfaces unies formées par les muscles profonds coupés parallèlement à leurs fibres et sans interstices béans.

Mais c'est principalement sur le troisième point, la section des gros troncs vasculaires, à l'extrémité des lèvres

---

FEUILLETON.

NOTICE SUR L'ANATOMIE ET SUR LA PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYMUS;

Par le docteur JOSEPH CORTI.

(Suite du n° 13.)

De ce qui a été jusqu'ici exposé, chacun doit s'être aperçu que le médecin irlandais s'est plutôt appliqué à parler des transmutations anatomo-physiologiques auxquelles est sujet le thymus humain dans la succession des divers âges, que des lésions morbifiques qui peuvent affecter cet organe. Mais comme il est impossible, dit fort à propos Puccinotti, de se faire une idée exacte de la maladie, si l'on ne connaît les parties sur lesquelles elle fixe son siége et leurs fonctions dans l'état de santé (1), j'ai cru qu'il convenait pour éclaircir mon sujet, d'en traduire les paroles et de les rapporter tout au long avant de traiter des maladies du thymus et en particulier de cette affection que l'on croit donner naissance chez les enfans à celle qui est connue sous le nom de *laryngisme* ou *spasme de la glotte*.

Les médecins allemands, je ne sais sur quel fondement, imposèrent à la maladie que je viens de mentionner la dénomination d'*asthme de Kopp*. Richa l'avait déjà reconnu en 1723 et en avait déterminé le siége (2). Plus tard, J.-P. Frank, appuyé sur les observations nécrotomiques de Vater et de Herz, disait d'une manière plus explicite : « In asthmate, ut pominant puerili, glandulas bronchiales præter sanitatis modum turgidas, maxime vero thymum insigniter tumefactum invenerunt anatomici (3). Quelque temps après, Baillie confirmait l'assertion de Frank par des recherches nécroscopiques ultérieures.

Toutefois, la vérité m'impose de dire que Kopp, en 1830, fixa davantage l'attention spéciale sur les altérations du thymus, et en particularisa avec plus de soin les phénomènes. Par la suite, Hirsh en éclaira la pathologie, et donna la description suivante de l'asthme thymique.

(1) Lezioni sulle malattie nervose, lez. 1.

(2) Constitut. epid. Taurin.

(3) De Curand hom. morb., lib. VI, part. 2; lib. VII, De Nevros. Bonnet avait déjà fait les mêmes observations que Vater et Herz. *V.* Sepulchr. anat., tem. I, pag. 486-504.

La maladie est particulière à l'enfance. Elle est caractérisée par un sentiment pénible de constriction du thorax; la respiration devient sifflante, petite, courte, imparfaite; ensuite l'haleine manque tout à coup au petit malade, la suffocation est imminente. Le bruit occasionné par la mince colonne d'air qui frôle à peine contre les parois resserrées des conduits aériens, assume une sorte d'analogie avec le *chant du coq*, symptôme propre à la toux convulsive; mais ce bruit est en même temps plus faible, plus aigu, plus superficiel (*oberflaechlicher*); la constriction de l'étranglement est semblable à celui qui attaque les femmes hystériques.

Chez quelques enfans, cinq ou six inspirations se succèdent à la suite l'une de l'autre, sans qu'aucune expiration s'interpose entre elles, et rappellent à l'observateur la plus épouvantable période du croup. Pendant les plus violens accès, la respiration est complètement suspendue; le cri inspiratoire, raccourci et tronqué par la rapide inspiration du paroxysme, s'accomplit après un plus ou moins long intervalle, et devient le premier acte et le premier indice d'une vie renaissante.

Les autres symptômes sont communs à tous les modes de suffocation; la durée de l'accès varie entre une demi-minute et deux ou trois minutes. L'accès terminé, l'enfant reste le plus souvent inquiet, agité, tout dérangé, bouleversé; quelquefois pourtant il offre un état de débilité, de langueur et de somnolence.

Kopp affirme que pendant l'intermission les battemens du cœur sont à peine perceptibles, et que la langue s'insinue entre les dents et apparaît un peu au dehors. Mais le premier de ces phénomènes, dit Hirsh, est commun à presque tous les enfans; le second est loin de se présenter d'une manière uniforme.

Les paroxysmes éclatent tantôt au moment où l'enfant s'éveille, tantôt après des efforts combinés ou répétés des organes de la respiration, par exemple après avoir pleuré. Ces paroxysmes sont plus rares dans le principe du développement de la maladie, mais deviennent de plus en plus fréquens, à mesure que celle-ci se prolonge et s'exaspère. Dans cette dernière circonstance, le petit malade meurt par asphyxie et aussi par apoplexie. Il se manifeste fréquemment des signes de congestion cérébrale, et alors surviennent des convulsions épileptiformes qui parfois alternent avec des accès d'asthme, et d'autres fois se développent en même temps que ces derniers. Les muscles lombricaux et les adducteurs des pouces sont souvent frappés de convulsions toniques, et ces doigts restent, même durant l'intermission, retirés et contracturés contre la paume des mains. Il n'est pas rare de voir le malade expirer à l'improviste, hors de l'accès, sans dyspnée, sans râle et sans agonie.

A la nécropsie, outre les altérations qui, pour l'ordinaire, accompagnent la mort par asphyxie, on trouve un développement anormal du thymus. Dans ce cas, le tissu de la glande est plus dense, plus charnu et plus rougeâtre que dans l'état naturel; mais l'on n'y découvre ni dégénérescences cancéreuses, ni tuberculeuses, ni suppuration, ni ramollissement ou induration. Souvent le poids de l'organe affecté est de six ou de sept huitièmes d'once. Une fois Kormaul trouva un thymus qui pesait deux onces. Au dire de Hirsh, le développement extraordinaire de la glande dans cette maladie, a lieu en longueur et en largeur; on observe plus rarement l'augmentation en épaisseur, et quand cela arrive, suivant le même auteur, les poumons sont repoussés et refoulés en arrière.

Lorsque la maladie a duré long-temps, le thymus contracte des adhérences avec les canaux aériens, avec les gros vaisseaux du col et de la poitrine, et quelquefois il les embrasse et les enveloppe en guise de gaîne dense et imparfaite (1).

Quelques médecins anglais, sur les traces d'Underwood, qui le premier en donna un aperçu, ont successivement décrit une maladie qui, d'après les symptômes qui l'accompagnent, démontre avoir la plus grande analogie avec celle dont il s'agit maintenant, comme le fait très bien remarquer le docteur Bertini (2).

Afin que le lecteur puisse, par comparaison, être à même de juger si cette maladie est une affection distincte de l'asthme thymique de Kopp, ou si la condition pathologique de l'une et de l'autre est identique, je crois convenable de retracer ici la description que donne Stokes du spasme de la glotte, description qui est, à mon avis, un abrégé anaytique de tout ce que les auteurs ont jusqu'à présent écrit sur ce sujet.

Cette maladie peut se montrer sous la forme d'une simple affection spasmodique du larynx, indépendamment de toute autre

(1) J. des praktischen Heilkune von Hufeland und Osann, 1835.

(2) *V.* Mem. of Kellie in Edimb. med. and surg. journ. oct. 1816. — North, the Lond. med. and phys. journ. jan. 1825. — Johnson, med. chir. journ. mai 1817. — Cox, Lond. med. Repository, feb. 1825. — Marsh, on peculiar disease of childrex which mais be termed spasm of te glottis. Dublin hospit. reports, vol. V. — *Voy. en outre*: Annali univ. di med. di Omodei, vol. 81, 84 et 85. — *Et* Giornale delle sc. med. di Torino, vol. III, pag. 455.

de la plaie, que M. Maisonneuve croit devoir appeler l'attention de ses auditeurs. Quand un membre est coupé circulairement, dit-il, les gros troncs veineux ou artériels, placés le plus ordinairement au voisinage des os, se trouvent coupés dans le dernier coup de couteau et par conséquent occupent le sommet du cône. Le rapprochement des lèvres de la plaie n'exerce aucune compression sur eux, de sorte que la ligature supporte seule l'effort de la circulation; les fils, dont les chefs sont ramenés à l'extérieur, traversent le moignon dans toute sa profondeur, et, par leur présence, entretiennent une irritation dangereuse qui favorise la suppuration dans le point où elle est précisément le plus redoutable. Dans l'amputation à lambeau au contraire, le chirurgien peut diriger son couteau de manière à ne couper les troncs vasculaires qu'à l'extrémité de la plaie; les pièces de pansement exercent sur eux, par l'intermédiaire des lambeaux, une compression, sinon suffisante pour dispenser de la ligature, au moins fort utile pour en assurer l'efficacité. De plus les fils, ne pénétrant qu'à une profondeur peu considérable, ne gênent en aucune façon la cicatrisation immédiate de la partie centrale de la plaie, point de départ habituel des accidens les plus redoutables des amputations.

Cette simple disposition anatomique ne met pas seulement en garde contre les hémorrhagies, contre les fusées, les collections purulentes; elle peut encore avoir de l'influence sur le développement de la phlébite. Sans discuter la valeur des diverses théories émises sur les causes de cette terrible affection, il est constant pour toute personne qui a pu voir un certain nombre de faits de ce genre, que la présence au fond d'une plaie d'une veine volumineuse, ouverte perpendiculairement et sur laquelle aucune compression n'est établie, est une condition favorable au développement de la phlébite. Or, dans l'amputation à lambeau, les veines sont, ainsi que les artères, coupées seulement à l'extrémité de la plaie; leurs orifices sont fermés, leurs parois sont mises en contact dans une grande étendue, par le fait seul de l'application des lambeaux l'un contre l'autre, et les chances d'infection purulente sont d'autant diminuées.

Quant au quatrième point, le contact parfait de toute l'étendue de la plaie, dans la méthode à lambeau, M. Maisonneuve fait remarquer que, si dans l'amputation circulaire un pansement bien méthodique peut obtenir l'application immédiate des surfaces traumatiques l'une contre l'autre, il n'en est pas moins vrai que souvent, par la faute de la méthode autant que par celle du chirurgien, les bords seuls de la plaie sont réunis, tandis que le fond devient le réceptacle du sang, de la sanie et du pus. De là des accidens terribles dont les moindres sont: le retard apporté dans la guérison, la nécrose des bouts osseux, etc. Dans l'amputation à lambeau, mais surtout dans l'amputation à un seul lambeau, qui paraît avoir la supériorité dans l'esprit du professeur, le lambeau recourbé contre les extrémités osseuses s'applique avec une exactitude absolue comble tous les vides, et ne permet pas aux liquides de former collection; ce qui, joint à la moindre tendance qu'ont le pus et le sang à sourdre dans la plaie, comme il la été dit plus haut, rend la cicatrisation immédiate, au moins pour le fond de la plaie, infiniment plus facile que dans la méthode circulaire.

« Au reste, dit le professeur, les malades couchés dans nos salles en sont une preuve catégorique; tous ont guéri sans aucune trace de suppuration profonde. »

Après cet exposé rapide des avantages de sa méthode à lambeaux, M. Maionneuve, faisant l'application de ces principes aux deux opérations qu'il va pratiquer, se prononce pour cette méthode.

Le premier malade est une femme couchée au nº 19 de la salle Saint-Paul, qui, depuis six années, porte au pied droit une maladie caractérisée par une tuméfaction diffuse, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Les tissus tuméfiés sont rénitens, élastiques, peu sensibles à la pression; les mouvemens articulaires sont bornés, peu douloureux, mais provoquent une crépitation obscure entre les surfaces articulaires. De nombreux traitemens ont été essayés en vain contre cette lésion, que le chirurgien regarde comme un fongus *articulorum* avec usure des cartilages.

L'amputation est exécutée dans la continuité du métatarsien; pour cela, un lambeau unique est taillé à la partie interne du gros orteil et du métatarsien; les chairs sont détachées en dehors et l'os scié obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. La plaie donne peu de sang, n'exige qu'une seule ligature à l'extrémité du lambeau, et le chirurgien réunit immédiatement.

Le deuxième malade est un homme de quarante-cinq ans, qui présente un phlegmon diffus du pied, avec ouverture et suppuration de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche. Cette lésion, méconnue pendant plusieurs semaines, a conduit le malade aux portes du tombeau. Le membre inférieur tout entier est œdémateux, les forces sont épuisées par une fièvre lente et continue, mais les organes splanchniques sont en bon état, et le malade demande instamment l'amputation. L'opérateur, placé au côté interne du membre, porte un couteau droit en arrière des deux os, dont il rase la face postérieure, et taille un lambeau long de trois pouces au dépens des muscles superficiels et profonds, vers le tiers inférieur de la jambe; il coupe ensuite, par une incision demi-circulaire, toutes les parties molles de la face antérieure, pénètre dans l'intervalle inter-osseux et termine d'un trait de scie: le tout dure à peine une minute. Aussitôt on recherche les artères pour en faire la ligature; d'abord la tibiale antérieure, puis la postérieure et la péronière; ces deux dernières sont contenues dans le lambeau et coupées seulement à leur extrémité. Le lambeau, large et épais, est nétoyé avec soin, puis appliqué contre les os et l'incision demi-circulaire de la région antérieure; il y est maintenu par un grand nombre de bandelettes, au-dessus desquelles les pièces ordinaires de pansement sont appliquées.

BOCANDÉ.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Asphyxie produite par les couvertures du lit; par M. CHANFIELD.

Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, très robuste, cou court, a pris son thé à l'ordinaire à sept heures du soir, le 16 décembre, et s'est couché bien portant d'esprit et de corps, entre dix et onze heures du soir. Comme la nuit précédente il avait veillé, et que le lendemain il voulait se lever de bonne heure, il a prié une personne d'aller le réveiller à six heures. Peu de temps après s'être couché, sa grand'mère est venne à passer par sa chambre, et vit le jeune homme ronflant profondément avec la tête cachée sous les couvertures; elle n'a pas cru devoir le réveiller, quoique cet état des couvertures lui ait inspiré quelque crainte. Le lendemain matin, à six heures, on va pour le réveiller, on le trouve mort, couché sur le dos, la face cachée sous les couvertures, et la tête inclinée vers l'épaule. Un médecin est appelé: il n'était plus temps. Le corps cependant était encore chaud; les doigts à demi fléchis, mais souples; les traits de la figure calmes, la bouche et les paupières fermées, pupilles dilatées, face et lèvres pâles, et sans aucune tuméfaction remarquable à la face et au cou. Trois heures plus tard, le corps était à peine coloré, mais les lèvres étaient devenues pourpres. Deux jours après, la peau du ventre était verte, mais, à l'intérieur, les organes n'étaient pas encore froids.

A l'autopsie, les poumons sont gorgés de sang noir et plus pesans qu'à l'état normal: ils surnagent à peine sur l'eau. A leur partie supérieure, ils présentaient à peine un pouce cubique de tissu sain. Le cœur avait un volume double de l'état naturel, non par hypertrophie, mais par distension de ses cavités, occasionnée principalement par des gaz; ses ventricules contiennent une cuillerée de sang coagulé et autant de sang liquide d'un noir brillant. Les oreillettes en contiennent beaucoup moins. Les veines coronaires et pulmonaires, et les veines caves, sont distendues de sang noir et liquide. L'artère aorte est vide. L'apparence du foie est très remarquable; sa couleur est pourpre, semblable à celle de la rate, et contient une grande quantité de sang noir. La rate est d'une couleur noire, gorgée de sang et très molle. Le pancréas est d'un rouge-brun; les reins sont noirs. Le reste des organes abdominaux n'a rien offert de remarquable.

(*Dublin Med. press*, janvier, 1841.)

— Sous le double point de vue physiologique et médico-légal, ce fait offre de l'intérêt. L'habitude de dormir avec la tête cachée sous les couverture est assez générale dans la classe des pauvres surtout, qui couchent dans des lieux froids et des lits peu couverts. Dupuytren faisait surveiller particulièrement ces sortes d'individus quand il y en avait dans ses salles, à l'Hôtel-Dieu, moins pour prévenir l'asphyxie, qui n'arrive que très rarement, que pour s'opposer aux conséquences morbides de ce mode de respiration sous les draps. Non-seulement l'air ainsi renfermé est peu suffisant à l'hématose normale, mais encore il est décomposé ou infecté par les exhalaisons des poumons et du reste du corps. On conçoit qu'à un individu malade surtout, une pareille respiration peut être très nuisible. N'aurait-on pas pu dire, dans le cas ci-dessus, que l'individu se serait asphyxié volontairement, ou aurait été asphyxié par une main étrangère?

Luxation de la tête de l'humérus en arrière, dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate; par M. Simon ENRIGHT.

Le 13 novembre dernier, Mathew Robinson, âgé de soixante ans, de petite stature, s'est présenté à l'infirmerie (Clare infirmary) avec le bras droit en écharpe, disant qu'il s'était cassé ce membre. A l'examen j'ai trouvé les caractères suivans:

Tumeur ronde et dure sur la face dorsale de l'omoplate, un peu en dehors et immédiatement au-dessous de son épine; coude fléchi et poussé en avant; bras plus long que l'autre d'un demi-pouce; affaissement de la région sous-acromiale et saillie de l'apophyse de ce nom; la compression avec les doigts fait sentir la cavité glénoïde vide de la tête huméiale; le bras reste appliqué sur le côté du tronc. Ayant saisi le coude avec ma main, j'ai pu lui faire

---

lésion sensible; mais c'est là un cas des plus rares. Dans d'autres circonstances elle s'associe avec l'irritation de la dentition, ou avec un dérangement de la fonction digestive. En troisième lieu, elle apparaît quelquefois comme une affection symptomatique d'nne lésion cérébrale primitive.

Beaucoup de circonstances concourent à faire distinguer cette maladie de la laryngite des enfans. Dans la première, c'est-à-dire dans la variété la plus légère, se déclarent des paroxysmes de respiration *striduleuse*; mais dans les intervalles le petit malade est libre de toute souffrance, il n'a ni fièvre, ni signes d'irritation de la muqueuse. Dans la seconde, quoique la santé générale soit très dérangée, les symptômes n'annoncent pas une irritation de l'appareil respiratoire. Les enfans peuvent être affectés d'une fièvre rémittente, ou d'un trouble dans les fonctions des intestins ou du foie, avec irritation nerveuse; mais les symptômes laryngés éclatent par accès, entre lesquels s'interpose un état normal de la respiration. Dans ce cas, les enfans peuvent être atteints durant plusieurs mois de semblables symptômes; puis, ou la maladie s'évanouit, ou elle se complique avec les signes les plus prononcés d'irritation du cerveau, avec les convulsions, le strabisme et le coma. C'est dans cette forme spéciale que se manifeste ordinairement un symptôme, d'abord décrit par Kellie, c'est-à-dire l'inflexion spasmodique du pouce sur la paume de la main, avec une contraction analogue des doigts des pieds. Il est inutile que nous nous arrêtions à faire remarquer que ce phénomène signifie une exaltation des centres nerveux. En dernier lieu. dans la troisième forme, l'affection cérébro-spinale est pour l'ordinaire évidemment caractérisée, comme le démontrent les accès convulsifs et le cortége accoutumé des symptômes, qui dénotent une irritation des meninges ou de l'encéphale. Dans ce cas, le spasme de la glotte et les convulsions des extrémités sont symptomatiques de la maladie cérébrale (1)

Notre auteur, comme il est facile de s'en apercevoir, en décrivant le spasme puéril de la glotte, en distingue trois variétés, dont la dernière dépend essentiellement, suivant lui, d'une lésion idiopathique des centres nerveux, et du cerveau en particulier. Cependant quiconque se met à considérer attentivement le fait ne peut le faire à moins de se convaincre que ces prétendues variétés ne sont autre chose que trois stades d'une seule et même affection non arrêtés, ni réprimés dans leur carrière progressive d'augmentation. D'après la description, la maladie débute par un sentiment de constriction de la glotte et par une respiration *striduleuse*, tandis que les symptômes cérébraux surviennent plus tard et quand la maladie est parvenue à son plus haut degré. Cela étant, je ne saurais concevoir la raison pour laquelle l'angoisse et l'obstacle au libre exercice de la respiration qui toujours accompagnent la maladie dans sa marche, doivent être symptomatiques de l'affection cérébrale, qui souvent ne donne aucun indice de son existence dans aucune période de la maladie en question. Au surplus, dans le cas même où cet indice vînt à se manifester à une certaine époque de la maladie déjà avancée dans sa marche, cela prouverait peu ou rien. En effet, tous les médecins praticiens savent que toutes les affections de longue durée qui s'accompagnent de resserrement spasmodique des organes de la respiration, sont ordinairement associées à des phénomènes de congestion cérébrale. Dans la toux convulsive, pour citer un seul exemple, entre dix que je pourrais invoquer: En même temps, dit Piorry, existe une constriction de la glotte, assez analogue à l'effort qui gêne la respiration, et est suivie d'encéphalo hémie veineuse (congestion veineuse vers le cerveau). (1).

Mais, pour en revenir de plus près à notre sujet, ce qui démontrerait plus évidemment l'identité des affections dont il s'agit, serait la ressemblance des plus constans et des principaux symptômes qui, conformément à la description, caractérisent le spasme de la glotte et l'asthme thymique (2), si l'anatomie pathologique venait à notre aide.

Malheureusement ni Stokes, ni Mersh, ni les auteurs cités qui ont écrit sur le spasme puéril de la glotte, n'ont indiqué les lésions posthumes que cette maladie laisse dans les cadavres. Le docteur Cox, seul entre tous, nous a, à cet égard, fait part de quelques notions anatomico-pathologiques, mais tout-à-fait imparfaites et non concluantes. Dans trois cas terminés par la mort, dit-il, les enfans moururent tous dans un accès survenu à l'improviste. Dans l'un d'eux, quoique les matières fécales fussent noires, brunâtres, verdâtres et visqueuses, cependant l'on ne découvrit aucune altération organique dans l'abdomen, malgré les plus diligentes investigations. La tête ne fut pas examinée. Dans un autre cas, la seule apparence pathologique fut l'ulcération de la muqueuse et de la tunique moyenne des intestins. Je n'étais présent à aucune de ces autopsies cadavériques. Un troisième cas était accompagné d'une considérable augmentation de volume de la tête et des symptômes ordinaires d'hydrocéphale chronique. Quand je visitai le malade, il n'y avait plus aucune espérance de le rétablir en santé (1).

Il est, toutefois, bien vrai que Ley et Lyll assurent avoir reconnu que l'augmentation de grosseur du thymus et l'hypertrophie des glandes bronchiques accompagnaient le spasme de la glotte; mais Robertson et Wakley rapportent des observations qui impliquent contradiction avec eelles produites par les pathologistes sus-nommés.

D'après ce que je viens d'exposer, je ne dissimule pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, tous les doutes ne sont pas encore éliminés relativement à la pathologie, non-seulement de l'affection appelée spasme de la glotte des enfans, mais peut-être encore de l'asthme thymique même; et si ma voix pouvait avoir du retentissement, j'inviterais les médecins des hospices des orphelins, qui ont tous les moyens opportuns à leur disposition, d'étudier profondément et avec soin ces sortes d'affections associées à des spasmodies des organes de la respiration, en tenant un compte exact des symptômes, et en éclaircissant leurs recherches et leurs observations par des nécroscopies faites avec impartialité et sans idées préconçues.

En agissant ainsi, je n'hésite pas à me ranger de l'avis de Rostan, qui s'exprime en ces termes dans son cours de médecine clinique: « Peut-être les maladies nerveuses, auxquelles on rapporte aujourd'hui tous les phénomènes morbides dont on est embarrassé de déterminer les caractères, verront-elles de jour en jour diminuer leur domaine si les médecins sont assez laborieux, assez patiens pour suivre avec opiniâtreté leurs recherches après la mort. »

En attendant, je vais brièvement rapporter un cas d'asthme thymique que j'ai eu naguère occasion d'observer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Ouvrage cité, vol. 1, sect. I.

(1) Traité du diagnostic, t. I, ch. II, § II.

(2) Pour éclaircir davantage la discussion, je crois utile de remarquer que Stokes ajoute à la notice sus-mentionnée sur le spasme de la glotte chez les enfans, que c'est un caractère distinctif de la maladie: « Respiration avec *gallicinio* (crowing respiration) non suivie de toux et se manifestant, comme l'a observé Cheyne, tantôt sous symptômes constitutionnels, tantôt simultanément avec le travail de la dentition ou avec l'irritation de l'organe digestif ou cérébral.

(1) *Loco citato.*

exécuter des mouvemens, mais très bornés en avant, en arrière et en dehors, et j'ai pu l'appliquer aisément contre le tronc. En exerçant sur l'humérus des mouvemens rotatoires, la tête de cet os répondait exactement de la même manière sur la face dorsale de l'omoplate ; le malade se plaignait de douleur aiguë qu'il rapportait au point d'insertion du muscle grand pectoral ; le bord inférieur de ce muscle paraissait singulièrement tendu et contracté ; le biceps et tous les autres muscles près-articulaires paraissaient singulièrement mous et relâchés. Un léger œdème existait à la main et à l'avant-bras. L'accident était arrivé depuis vingt-quatre heures et dans les circonstances suivantes :

S'étant pris de querelle avec un autre homme, ce dernier s'est jeté sur lui par derrière et, le saisissant d'une main par la veste il l'a relevé de terre, tandis que de l'autre main, appliqué sur la nuque, il l'a lancé violemment en avant ; il est tombé sur la face et sur le côté droit. Dans cette chute il a poussé le bras en avant pour garantir sa tête et a saisi en même temps son adversaire avec force et l'a fait tomber sur lui, de sorte que leur poids a porté ensemble sur le bras droit, tandis que le sol résistait d'autre part sur l'omoplate. C'est dans ces entrefaites que la luxation s'est opérée.

Je l'ai placé sur une chaise, j'ai appliqué un lacs dans l'aisselle, une pelote convenablement garnie ; les chefs ont été amenés l'un en avant, l'autre en arrière du tronc, et confiés à deux aides, dans le but de fixer l'omoplate et pratiquer la contre-extension. J'ai fait tirer le membre par deux autres aides dans la direction en bas, en avant et en dedans, tandis qu'avec mes pouces je poussais la tête de l'os vers la cavité glénoïde. Dans l'espace de quatre minutes, la réduction s'est accomplie. M. William Stamer, apothicaire distingué, attaché à l'Infirmerie, a été présent à l'opération, et a reconnu aisément la lésion dont il s'agit.

La luxation de la tête humérale en arrière est un fait prouvé par des exemples incontestables ; cependant l'anatomie ne rend pas suffisamment compte de ce mode de déplacement. Disséquez l'articulation sur un cadavre, examinez les parties sur un squelette, la chose semble presque impossible *à priori* : pourtant elle a lieu. Le diagnostic, au reste, en est extrêment facile.

(*Ibid.*, novembre 1840.)

Trois cas d'incontinence d'urine guérie à l'aide des injections d'eau tiède dans la vessie ; par M. Smyly, chirurgien à l'hôpital Meath.

Premier fait. Un homme de vingt-deux ans, écuyer, est reçu à l'hôpital Meath pour être guéri d'une sorte d'incontinence d'urine ; il est obligé d'uriner toutes les demi-heures, et il éprouve en urinant de la chaleur dans le canal. Il rend quelquefois du sang avec les dernières gouttes d'urine, et se plaint de douleur constante aux lombes. Il attribue ces symptômes à l'action du froid et de l'humidité à laquelle il est exposé, et déclare qu'il éprouve depuis six mois de l'irritation aux voies urinaires, irritation qui s'est aggravée surtout depuis trois mois à la suite d'une pluie qu'il avait essuyée. Il déclare en outre qu'il fait habituellement excès d'alcool et de la fonction copulative ; jamais cependant il n'aurait eu de gonorrhée ni de vérole. A part l'affection de la vessie, la santé générale est très bonne.

On le sonde : pas de rétrécissement ni de pierre, ni autre lésion appréciable ; la vessie est contractée. La compression derrière le pubis n'est point douloureuse. L'urine est acide et dépose une grande quantité de mucus floconneuse. On prescrit : sangsues au périnée, 6 ; poudre de Dower et de rhubarbe, 25 centig. de chaque, trois fois par jour ; bain prolongé. Mieux.

Le surlendemain, injection de deux onces d'eau tiède dans la vessie, avec précaution. Soulagement. Potion purgative.

Les jours suivans, injection de quatre onces, qui est mieux supportée ; le malade retient plus long-temps l'urine que les jours précédens. Le mucus cependant est toujours en grande quantité. Tisane de *pariera brava*.

A compter du douzième jour le mucus diminue, la douleur a disparu ; le malade retient l'urine pendant trois heures. On remplace la tisane ci-dessus par une décoction de graine de lin, dans laquelle on fait dissoudre 50, puis 75 centigrammes de sulfate d'alumine. On continue les injections. Mieux progressif ; guérison en six semaines.

Deuxième fait. Homme, quarante ans, laboureur, est reçu à l'hôpital se plaignant d'incontinence d'urine. On lui avait prescrit des tisanes et un vésicatoire à l'hypogastre sans aucun avantage ; ce dernier moyen avait même fait augmenter la strangurie. A l'examen on trouve qu'il est à chaque instant forcé à uriner ; ces besoins se reproduisent de dix en dix minutes avec des souffrances atroces à la vessie, sentiment de plénitude au rectum ; douleurs aux lombes qui s'étendent aux cuisses, aux jambes et aux plantes des pieds. Ces symptômes augmentent le soir. Le malade ne peut aucunement aller à cheval ni en charrette. Le cathétérisme ne fait découvrir de pierre dans la vessie ni de maladie à la prostate, à l'urètre ou au gland ; rien non plus dans le rectum. L'urine est acide et ne dépose que rarement ; quelquefois seulement il sort un fluide blanc avant le jet de l'urine ; les fonctions digestives sont dérangées. Le malade donne les détails suivans sur les antécédens de sa maladie.

Il contracta une gonorrhée trois ans auparavant, laquelle fut abandonnée aux seules ressources de la nature. Six mois plus tard, il fut attaqué de jaunisse, et les voies urinaires commencèrent à ressentir une irritation qui n'a pas cessé depuis. Il y a dix mois, cette irritation s'est exaspérée, et un écoulement s'est déclaré par l'urètre, analogue à celui de la gonorrhée. Le malade est sûr de n'avoir pas contracté par inoculation ce second écoulement.

On introduit une sonde en argent, on vide l'urine et l'on injecte deux onces d'eau tiède dans la vessie, que le malade garde seulement deux minutes. On continue ce moyen ; le quatrième jour le malade est beaucoup mieux, et peut garder l'urine pendant trois heures dans la nuit. Poudre de Dower.

Le cinquième jour, recrudescence des symptômes vésicaux par suite d'une indigestion ; envies fréquentes d'uriner ; l'urine est sédimenteuse et de couleur pourpre. On répète l'injection ; soulagement le lendemain : il retient l'urine une heure et demie. Amélioration progressive.

Le septième jour il retient l'urine pendant quatre heures. On continue les injections. Pilules de jusquiame et d'hydrargirium. Guérison parfaite en dix jours.

Troisième fait. Homme, soixante ans, laboureur, éprouvait depuis un an des difficultés pour uriner ; ensuite, ayant fait un excès de table, son urine a coulé involontairement la nuit, et dans le jour, il ne pouvait la retenir que pendant un quart d'heure. Il se plaint de douleur gravative au périnée, de ténesme rectal et tendance au prolapsus de l'organe défécateur. L'urine est rendue par très petits jets ou par gouttes ; elle est acide, et chargée d'une grande quantité de mucus floconneux.

On injecte dans la vessie deux onces d'eau tiède. Purgatifs ; six sangsues au périnée. Mieux. Il retient l'urine pendant une demi-heure.

Le lendemain on injecte six onces d'eau, et ainsi de suite les jours suivans. Guérison en deux mois.

(*Ibid.*, novembre, 1840.)

— Il est remarquable qu'un simple remède mécanique, l'eau tiède, ait guéri si heureusement une affection dynamique. Il faut probablement tenir compte des purgatifs, des sangsues, de la poudre de Dower et des bains, qu'on administrait en même temps.

Epingle enfoncée dans l'arrière-bouche et sortie à la longue à travers la glande sous-maxillaire ; par M. Maffett.

Un jeune homme âgé de dix-sept ans dînait avec un plat de pommes de terre mêlées à d'autres légumes, le 24 juillet 1840. Après en avoir pris quelques cuillerées, il se sent piqué vivement à la gorge, et s'écrie qu'il vient d'avaler une épingle. La piqûre est ressentie au côté droit de la gorge. Agitation extrême, vomissement. La douleur persiste au même degré. Un médecin est appelé qui examine la gorge et ne trouve aucun corps étranger ; il présume que le malade s'est blessé par quelque pointe qui existait dans le bol et qui serait tombé dans l'estomac, ou par la chaleur du bol lui-même. Un second médecin est appelé qui porte le même jugement. La douleur persiste pendant six semaines. Alors le malade se fait recevoir au dispensaire Glasslough le 4 septembre. Il présente les symptômes suivans : glande sub-maxillaire droite excessivement gonflée, ainsi que les parties molles environnantes ; la peau de ces parties est légèrement rouge, très douloureuse au toucher ; pas de fluctuation ni d'empâtement nulle part. Les mâchoires sont tellement serrées que le malade peut à peine déserrer les dents pour avaler les liquides qui sont ses seuls alimens. Fièvre. En comprimant sur le point le plus douloureux le malade accuse dans la glande elle-même un picottement fort vif, comme celui d'une épingle. On applique des sangsues sur ce point ; onguent d'hydriodate de potasse, purgatifs.

Le 15 septembre, l'élévation devient plus prononcée, mais pas de fluctuation ; cataplasmes. En enlevant un jour le cataplasme, on voit un point noir sur la peau de la tumeur : on croit que c'est une épine, on la saisit et on l'extrait ; c'était une épingle de plus d'un pouce de longueur. Traitement en conséquence. Guérison.

(*Ibid.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 10 février.

Hygiène publique. Filtrage des eaux de rivière. — *M. Soubeiran* fait un rapport officiel, au nom d'une commission, concernant un nouveau système de filtrage des eaux de rivière de M. Suchon. Ce système consiste à faire passer l'eau à travers un appareil de laine au lieu d'un appareil de charbon et de sable, comme on le fait communément. La commission s'est livrée à un grand nombre d'expériences depuis six mois, elle a fait fonctionner l'appareil à la pompe Notre-Dame à différentes époques et pendant que la rivière était plus ou moins bourbeuse ; elle a en outre vu fonctionner l'appareil de M. Suchon dans plusieurs établissemens qui l'avaient adopté, et partout la commission a recueilli des faits très satisfaisans. L'appareil fonctionne énergiquement, et quelles que soient les conditions de l'eau, il la rend claire et potable. L'appareil de M. Suchon a déjà fait ses preuves, puisqu'il fonctionne, depuis 1838, à la satisfaction des établissemens qui l'ont adopté. En conséquence, la commission propose de répondre à M. le ministre que le filtre de M. Suchon est une invention utile pour la société et mérite des encouragemens.

Ce rapport a soulevé un orage de réclamations et d'objections tumultueuses qui a occupé la séance entière. On a cru voir effectivement par ce rapport louangeux, compromis les intérêts des autres compagnies de filtrage qui exploitent le même sujet non seulement dans Paris, mais aussi dans tous les lieux de la France où une pareille industrie devient nécessaire.

M. Delens demande si la pétition de M. Suchon au ministre a pour but un brevet d'invention, et si la commission a comparé les effets de cet appareil à ceux déjà existans, au sable et au charbon.

M. Soubeiran répond, qu'il ne s'agit pas d'un brevet d'invention, la chose étant publique et dans un intérêt hygiénique et économique général. Quant à l'examen comparé, dont parle M. Delens, la commission n'avait pas mission de le faire ; elle était chargée par le ministre d'examiner les effets de l'appareil de M. Suchon, de lui dire s'il est utile sous le rapport de l'hygiène publique, et non de juger les autres appareils exploités par d'autres compagnies. La commission a dû d'autant plus s'abstenir de faire cet examen qu'elle aurait pu blesser leurs intérêts.

M. Emery reconnaît la bonté du filtre de M. Suchon, mais il ne partage pas entièrement les idées de la commission. Les eaux filtrées par l'appareil en question sont, il est vrai, limpides, mais elles contiennent des matières animales en solution ; ce qui veut dire que l'appareil enlève seulement les matières qui se trouvent en suspension dans le liquide. L'eau filtrée, en effet, par la machine de M. Suchon, se décompose par un séjour de deux à trois mois dans des bouteilles closes ; tandis que l'eau filtrée dans les appareils au charbon se conserve plus long-temps.

M. Chevallier déclare que ce que vient de dire le préopinant, n'a pas la moindre valeur aux yeux des hommes compétens. Un filtre, quelle que soit sa composition, ne peut agir que sur les matières en suspension, ce qui est en dissolution reste toujours ; de sorte que ce n'est pas là un reproche applicable à l'appareil de M. Suchon. Le filtre à charbon d'ailleurs n'est pas praticable en grand, sa dépense étant énorme, vu qu'on est obligé de renouveler le charbon à chaque instant. Or, outre que le filtre Suchon est pur et énergique, il offre ceci d'important, qu'il peut être construit partout, à très peu de frais et sans presqu'aucune dépense d'entretien, ce qui lui assure des propriétés précieuses qu'on ne rencontre pas dans les autres filtres.

M. Boutron-Charlard trouve, de son côté, beaucoup de défauts au filtre Suchon, et ne lui trouve pas les mêmes avantages qu'aux filtres au charbon et au sable.

M. Soubeiran déclare que les filtres dits au charbon sont une véritable dérision, car le charbon se couvre de suite de limon et ne peut plus servir ; si on le renouvelle aussi souvent qu'on devrait le faire, la dépense devient exorbitante. D'ailleurs, le filtre au charbon, non plus que tout autre filtre, ne peut enlever à l'eau que les matières en suspension, ce qui est en solution reste toujours ; et ce n'est pas sous ce point de vue que nous avons dû considérer l'appareil de M. Suchon. Il n'est pas vrai d'ailleurs, comme l'a dit M. Emery, que l'eau obtenue par l'appareil en question se décompose au bout deux à trois mois. Elle présente alors, au microscope, des conferves comme l'eau des autres filtres ; mais ce n'est pas là de la laine, comme l'a prétendu M. Emery. Les conferves dépendent probablement de la matière animale restée en dissolution.

M. Guibourt dit que le ministre ayant demandé l'avis de l'Académie sur l'appareil Suchon sous le rapport de l'hygiène publique, cet avis ne peut lui être aussi favorable que celui qu'a émis la commission, puisque l'eau filtrée par lui laisse subsister les matières animales dissoutes dans sa masse, et qui la rendent putrescible.

M. Loiseleur - Deslongchamps ne pense pas que l'eau de rivière soit aussi putrescible qu'on le dit. Il en a bu d'excellente puisée au Rhône depuis trois ans. L'eau de Seine renferme des conferves : celle du Rhône n'en renferme pas ; pourquoi ? La première doit ses conferves aux éponges que son bassin produit ; la seconde manque de cette condition, et son mouvement rapide s'oppose probablement d'ailleurs à la formation de ces êtres.

M. Bussy fait un parallèle entre le mode d'action du charbon et celui de la laine. Le charbon absorbe les substances animales qui se trouvent suspendues dans l'eau, mais la laine en fait autant. Ce qui le prouve, c'est la coloration facile de la laine qu'on plonge dans une solution de cochenille, par exemple ; comment cela a-t il lieu ? La laine absorbe, s'approprie et retient la matière animale colorante. Le même fait a lieu lorsqu'on va en habit de drap dans certains lieux où des matières animales sont en suspension dans l'air ; par exemple dans les amphithéâtres de dissection cadavérique : l'habit en emporte l'odeur en s'assimilant une portion des particules animales. On peut donc établir en principe que le mode d'action de la laine est analogue à celui du charbon. En conséquence, un filtre de laine est aussi bon que celui en charbon sous ce point de vue ; mais il est bien meilleur sous d'autres rapports, puisque son entretien ne coûte rien, et que son organisation primitive est bien meilleur marché que celle du filtre à charbon.

M. Boutron-Charlard : Pourquoi donc l'eau filtrée par la laine se putréfie-t-elle plus tôt que celle filtrée par le charbon ?

M. Bussy : C'est là une autre question que je ne dois pas examiner ici.

M. Londe regarde comme erroné le rapprochement que vient de faire M. Bussy. L'action de la laine est purement physique, tandis que celle du charbon est chimique. Il y a donc là deux effets très différens. Dans mon opinion, l'eau filtrée au charbon est bien plus pure que celle filtrée à la laine. On vient de vous prouver en effet que cette dernière se putréfie après deux ou trois mois de séjour, tandis qu'il est prouvé au contraire par les longs voyages sur mer que l'eau filtrée au charbon peut se conserver potable pendant fort long-temps. Le capitaine ... en a conservé jusqu'à deux ans. Je le demande maintenant : où sont les avantages hygiéniques de l'eau Suchon ? A mon avis, cet appareil ne mérite pas les éloges qu'on lui a donnés dans le rapport, et je pense que l'eau obtenue par les appareils actuellement en usage est préférable à celle qu'on obtient par l'appareil Suchon.

M. Roche se plaint de ce qu'il n'a pas été convoqué pour discuter le rapport dans la commission.

M. Soubeiran déclare que M. Roche ne faisait pas partie de la commission, et il lit les noms des commissaires.

M. Roche persiste dans son titre de commissaire. (On rit.)

M. Bégin propose un amendement à la conclusion du rapport. C'est de dire : que l'appareil Suchon, pas plus que les autres appareils du même genre, n'enlève à l'eau sa putrescibilité dépendante de la persistance des matières animales dissoutes dans sa masse.

M. Moreau demande à M. Soubeiran pourquoi l'eau de la compagnie royale est moins putrescible que celle des autres établissemens.

M. Soubeiran dit qu'il sait bien pourquoi, mais il ne s'explique pas.

M. Chevallier dit que cela tient à des procédés chimiques qu'il ne doit point dévoiler.

M. Soubeiran se contente d'apprendre que l'eau de la compagnie royale et celle des Célestins, contient énormément de phosphates.

M. Castel ne trouve pas le rapport satisfaisant, parce qu'il ne fait pas connaître les avantages hygiéniques que l'appareil Suchon présente sur les procédés employés jusqu'à ce jour.

MM. Nacquart, Moreau, Bouillaud demandent que le rap-

port soit ajourné pour éclaircir les doutes exprimés dans la discussion.

Cette proposition est mise aux voix et rejetée.

L'amendement de M. Bégin est adopté.

— *M. Ségalas* présente, vers la fin de la séance, une pierre de 40 grammes rendue spontanément par une femme de quatre-vingts ans.

Je place, dit-il, sous les yeux de l'Académie, une masse de pierres rendues spontanément par une vieille fille de quatre-vingts ans. Voici d'abord 430 graviers rendus par cette femme, il y a trois ans, dans l'espace d'une année. Ils pèsent ensemble 4 grammes. Voici ensuite 20 petites pierres rendues dans l'année suivante; elles pèsent près de 5 grammes. Voici enfin 4 pierres rendues en même temps et en dernier lieu; les quatre pèsent 50 gram.; l'une d'elles, à elle seule, pèse 40 gram. et offre cinq pouces de circonférence. L'expulsion de celle-ci a nécessité de grands efforts et donné lieu à une perte de sang assez considérable et à une incontinence d'urine. Cette incontinence, complète d'abord, a cessé de l'être bientôt, et maintenant, au vingtième jour de l'expulsion, elle est très peu notable. La malade garde les urines une heure et plus.

Les exemples de grosses pierres rendues par les femmes, sont nombreux. On en trouve de fort remarquables dans les collections scientifiques et dans les ouvrages qui traitent des maladies des voies urinaires. Plusieurs de ces pierres sont plus volumineuses que celle que je soumets à l'Académie : il y en a, en effet, qui pèsent deux onces, deux onces et demie, trois onces et au-delà. Moi-même, j'ai présenté à l'Académie des sciences, il y a six ou sept ans, une pierre qui pesait 105 grammes et qui avait été rendue spontanément par une vieille fille. Nonobstant ces exemples, j'ai pensé que la pierre que je présente aujourd'hui pourrait intéresser, d'abord par son volume, puis par le très grand nombre de graviers et pierres qui l'ont précédée (453), enfin, par l'incontinence d'urine à laquelle son expulsion a donné lieu, et qui, contrairement à ce qu'on observe le plus souvent en pareil cas, a cédé en grande partie en vingt jours et semble devoir bientôt cesser entièrement; de telle sorte que cette espèce de taille naturelle aurait ici le même résultat que la taille la plus heureuse faite par l'urètre.

— *M. Bouvier* présente une pièce anatomique relative à une vieille femme, morte à la Salpêtrière, ayant un œil strabique, que M. Bouvier a disséqué avec soin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 12 janvier 1841.

M. Belhomme, nommé président annuel, adresse ses remercîmens à la Société, et propose de déterminer pour l'année 1842 un sujet de prix.

— *M. Caffe* lit un rapport favorable sur un mémoire de M. Schoenefeld, de Charleroi, relatif à l'ostéo-myélite cervicale, simulant des affections des organes respiratoires. La lecture de ce rapport donne lieu à une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres.

M. Giraldès ne partage point l'opinion du rapporteur sur la difficulté du diagnostic de cette grave affection au début. Il fait d'abord observer que les faits cités dans le rapport ne présentent rien de neuf; il affirme ensuite que le chirurgien ne saurait avoir le moindre doute sur la nature du mal: la douleur fixe, l'inclinaison de la tête, l'exploration des parties, dissipent tous les doutes, s'il pouvait en exister.

M. Piedagnel s'élève contre l'hypothèse de M. Imbert, de Lyon, qui considère la moelle épinière comme composée d'organes complexes; la physiologie, dit ce médecin, a démontré de la manière la plus positive que la moelle était un organe de motilité dans sa partie antérieure, et de sensibilité dans sa partie postérieure.

M. Rognetta ne croit point le diagnostic de l'ostéo-myélite cervicale aussi aisé au début que le pense M. Giraldès. Selon lui, au contraire, ce diagnostic est très difficile; la phthisie laryngée peut être confondue avec cette maladie, comme l'a fait également observer M. Caffe. M. Rognetta cite Dupuytren, qui disait, dans ses leçons, qu'il avait vu des cas d'ostéo-myélites qui avaient été pris pour des phthisies laryngées, pour des angines. Discutant ensuite l'opinion de M. Bourjot Saint-Hilaire sur la direction du pus le long de la gaîne des nerfs (*Revue Médicale*), M. Rognetta, après avoir rendu justice aux travaux de notre honorable confrère, ne croit pas que sa théorie puisse s'appliquer à tous les cas; il cite des exemples d'abcès à la partie antérieure de la poitrine et à l'épigastre, qui ne rentrent point dans l'explication donnée par M. Bourjot.

M. Bourjot, tout en reconnaissant que sa théorie de la marche du pus le long de la gaîne des nerfs n'est pas sans exception, cherche à démontrer que cela se passe ainsi dans le plus grand nombre des cas; il répond à l'objection de M. Rognetta sur les abcès de la partie antérieure de la poitrine, qu'il est probable qu'il se forme alors des gaînes.

M. Giraldès fait observer que si Dupuytren regardait le diagnostic de l'ostéo-myélite comme difficile, c'est qu'à cette époque on ne connaissait pas les travaux de Rust.

M. Rognetta croit qu'il y a erreur. Suivant lui, on confond les luxations spontanées avec les abcès par congestion.

M. Nonat fait la remarque que les abcès formés à la partie antérieure de la colonne vertébrale ne sont pas communs. Il rapporte l'observation d'une femme qui, après avoir reçu un coup sur la tête, vint le voir six mois après pour une maladie de la gorge. En examinant l'intérieur de la bouche, il aperçut une tumeur à la partie postérieure du pharynx; cette tumeur était fluctuante. Il pratiqua l'ouverture de l'abcès, et il en sortit un pus de bonne nature; la malade se trouva soulagée. M. Nonat soupçonna une carie de la colonne vertébrale; opinion qui ne lui laissa plus aucun doute, en voyant s'établir une ouverture fistuleuse. Quelque temps après cette femme succomba, ayant présenté les symptômes d'une affection de la moelle épinière.

M. Brierre de Boismont ne croit pas le diagnostic de ces maladies sans difficultés. Les affections rhumatismales, par exemple, peuvent embarrasser les praticiens les plus habiles. Une jeune demoiselle venait de prendre un bain de Barèges, lorsqu'elle se mit à une croisée; presqu'à l'instant même elle fut atteinte d'un torticolis. M. Robert, qui fut consulté, prescrivit les moyens employés en pareil cas; la position vicieuse du cou persista. D'après son conseil, cette jeune personne fut envoyée aux eaux, qui produisirent une amélioration marquée; mais peu de temps après le déplacement se reproduisit. Plusieurs orthopédistes distingués qui virent la jeune malade, furent d'un avis différent. L'un prétendit que le mal serait promptement vaincu à l'aide de la section sous-cutanée du muscle. Un nouvel examen modifia son opinion; il annonça que la maladie était fort grave, et qu'il y avait lésion des vertèbres cervicales. Un autre orthopédiste qui fut consulté, ne partagea point cette manière de voir: le torticolis lui parut tenir exclusivement au muscle qui avait subi l'impression du froid; il affirma que les os n'étaient point malades. Son opinion ayant prévalu, la jeune personne lui fut confiée; et après plusieurs mois de traitement à l'aide d'une mécanique, la tête fut rendue à sa direction naturelle, et aujourd'hui cette jeune personne est guérie. Le diagnostic de ce torticolis a toujours été très obscur; et aujourd'hui même, les médecins instruits qui donnent leurs soins à cette demoiselle, n'ont point d'idées arrêtées sur la nature de l'affection, les uns croyant qu'elle a commencé par une altération des os, les autres croyant qu'elle a toujours été musculaire.

Il y a plusieurs années, un homme dans la force de l'âge fut admis à la Pitié, dans le service de M. Louis, par M. Boudin, son interne. Cet homme se plaignait d'une douleur fixe au niveau des dernières vertèbres cervicales; il ne pouvait avaler, sa tête était inclinée en avant. Les renseignemens fournis par ce malade apprirent qu'il avait avalé, quelques jours avant son entrée, un gros morceau de viande qui lui avait occasionné une vive douleur; mais qu'après le passage de ce bol alimentaire, il avait pu boire et presqu'aussitôt manger sans aucune difficulté. M. Boudin et M. Louis explorèrent les parties avec le plus grand soin; on ne put constater l'existence d'aucun corps étranger. Le doigt ne déterminait aucune douleur; seulement on entendait sur le côté du cou un frémissement qui fit soupçonner une lésion de l'aorte.

Après deux jours de séjour à l'hôpital, la disphagie cessa, mais peu après le malade s'affaiblit, prit une coloration jaune; il rendit du sang par les selles. La faiblesse ayant rapidement augmenté, ce malade expira presque subitement et sans qu'on eût d'opinion arrêtée sur sa maladie.

A l'autopsie qui fut faite avec soin, on trouva à la partie postérieure du pharynx un peu de rougeur; derrière cette rougeur existait une tumeur fluctuante considérable et qui s'étendait de 4 à 5 pouces derrière l'œsophage. On procéda avec le plus grand soin à l'ouverture de cette tumeur: elle était constituée par une quantité considérable de sang coagulé et demi-liquide. Au milieu d'un caillot sanguin on apercevait un os pointu, semblable à une forte arête, qui avait pénétré dans l'aorte, et fait une ouverture par laquelle s'était écoulé le sang qui remplissait la tumeur et le tissu cellulaire placé entre l'œsophage et l'aorte.

La discussion étant terminée, on vote sur l'admission de M. Schoenefeld: elle est prononcée à l'unanimité.

M. Bourjot-St-Hilaire présente à la Société son compte-rendu de statistique oculaire pour 1840. Il établit en principe qu'il y a plus de femmes que d'hommes atteints de maladies d'yeux. Cette circonstance, selon lui, tient à ce qu'il vieillit plus de femmes que d'hommes dans les classes pauvres, et que les professions sédentaires les exposent plus aux maladies oculaires.

Le premier quart de la vie (un jour à vingt ans) est de toutes les périodes de la vie la plus chargée. La seconde période est presque aussi chargée que les deux périodes suivantes (de quarante à quatre-vingts ans prises ensemble). La troisième est la moins chargée, et le chiffre se relève à la quatrième. Jusqu'à l'âge adulte les maladies oculaires appartiennent aux parties tégumentaires de l'organe de la vision, et dans l'âge avancé (après être restées stationnaires), elles affectent l'organe spécial lui-même, et même les milieux réfringens.

La séance est terminée à dix heures.

Une épidémie de méningites-cérébro-spinales, analogue à celles qui ont régné à Versailles, à Rochefort, et dans quelques autres villes, s'est déclarée dans la garnison de Strasbourg. Cette redoutable affection sévit particulièrement sur un bataillon du 7e régiment d'infanterie de ligne. Quarante militaires ont été atteints depuis le mois de novembre, vingt-trois ont succombé.

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces*.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 13 FÉVRIER 1841. 14e ANNÉE. N° 21, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

…rrhée. Sueurs nocturnes consécutives à un accouchement effectué au septième mois environ, au milieu de conditions insolites. Valeur diagnostique de la diarrhée chronique coïncidant avec l'augmentation de la transpiration pendant le séjour au lit et le sommeil. Soupçons relativement à l'existence de tubercules pulmonaires. Anté-version de l'utérus.

Au n° 10 de la salle Saint-Bernard, est entrée, samedi dernier, une femme qui est accouchée depuis trois mois, et qui, à la suite de son accouchement, a été atteinte d'une diarrhée qui n'a pas discontinué depuis. Variable d'ailleurs dans son intensité, cette diarrhée a donné lieu à des selles au nombre de quinze à vingt par jour, terme moyen, et a éprouvé des rémissions, quelquefois des interruptions de sept à huit jours, pendant lesquelles, au lieu d'en éprouver du bien-être, la malade ressentait un accroissement de malaise et un redoublement des douleurs abdominales. L'accouchement s'est effectué à sept mois, et l'enfant a été expulsé mort. S'il faut en croire la malade, la fièvre de lait et les phénomènes qui l'accompagnent auraient précédé le travail de l'enfantement, circonstance assez insolite et extraordinaire pour que nous accueillions avec réserve l'assertion de cette femme sur cette particularité. Il paraîtrait, en effet, qu'antérieurement à l'accouchement, elle a eu de la fièvre, et qu'au milieu de l'appareil fébrile, s'est succédé dans l'ordre naturel la série des phénomènes qui s'observent chez les femmes récemment accouchées, du côté des organes sécréteurs du lait, et qui ont valu à cette pyréxie la dénomination de fièvre de lait. Ainsi, les seins se sont gonflés, sont devenus plus volumineux, tendus ; leur sensibilité s'est accrue au point de dégénérer en véritable douleur, et le lait s'est écoulé en assez grande abondance.

Immédiatement après l'accouchement, la femme a été prise de diarrhée qui s'est prolongée depuis, et ne l'a pas empêché, à la longue, de prendre quelque nourriture tirée du régne animal, et consistant principalement dans du bouillon gras et du bœuf bouilli ; ce sont là les principaux mets dont elle a fait habituellement usage depuis. Pour le reste, elle s'est bornée, pour tout médicament, à boire de la [illegible] d'orge et chiendent. Nous avons signalé quel[illegible] …actères de la diarrhée, et nous nous bor[illegible]…, pour le moment, à vous faire remarquer que la malade s'est trouvée moins bien pendant ses périodes d'in[illegible] …diminution.

[illegible] …persistant, l'amaigrissement et la faiblesse [illegible] …grès tels, que la malade s'est vue contrain[illegible] l'entrée à la clinique. Elle y a été reçue samedi, et voici [illegible] ce qui a été observé depuis, et dans quel état [illegible] …ésente aujourd'hui.

Samedi, lorsqu'elle est entrée, la diarrhée avait son cours, mais avec modération. Dimanche et lundi, elle a eu chaque jour cinq selles représentées par un liquide de couleur brunâtre et diffluant comme de l'eau. On n'y a pas remarqué de sang, et la malade assure à cet égard n'en avoir jamais rendu ; toujours, nous a-t-elle dit, les selles ont été composées d'un liquide aqueux brunâtre.

Cette prolongation de la diarrhée est un phénomène d'une certaine gravité, eu égard principalement à certaines circonstances qui l'accompagnent, et sur lesquelles nous devons appeler votre attention. Et d'abord, le pouls est fréquent ; terme moyen, il donne de 88 à 100 pulsations par minute ; quelquefois il est plus accéléré encore. Quoi qu'il en soit, tout porte à croire que la malade est en proie à un état fébrile permanent. Lors du séjour au lit, et surtout la nuit pendant le sommeil, la transpiration est accrue ; et à côté de ce phénomène, nous devons indiquer l'apparition de temps en temps d'une toux avec peu ou point d'expectoration.

La diarrhée, l'état fébrile, et cette toux que nous venons d'indiquer, sont des phénomènes qui, réunis, donnent beaucoup de gravité au cas qui nous occupe. La diarrhée surtout, persistant en dépit d'un régime assez sévèrement suivi, se rattache d'ordinaire à des ulcérations intestinales, et mérite une attention d'autant plus sérieuse, que ces ulcérations se lient elles-mêmes le plus souvent à l'existence simultanée de tubercules pulmonaires, dans les cas, bien entendu, où à son début elle ne s'est pas accompagnée de symptômes aigus ; de symptômes dysentériques, en d'autres termes. Les présomptions en faveur d'une complication tuberculeuse du côté de la poitrine, prennent d'ailleurs un nouveau degré de probabilité dans la toux qui survient de loin en loin, et dans la concomitance des sueurs nocturnes que la malade assure exister depuis quelque temps.

Lorsque l'ensemble de ces phénomènes se présentent chez un malade, et lors surtout qu'à ces phénomènes vient se joindre l'état fébrile, on doit présumer une affection tuberculeuse simultanée du poumon, et porter principalement l'attention du côté de la poitrine ; parce que c'est là le siége de l'affection principale, dont la diarrhée et les sueurs nocturnes ne sont que des phénomènes secondaires. En conséquence, nous avons exploré attentivement cette cavité ; mais la percussion et l'auscultation ne nous ont fourni aucun indice venant à l'appui de nos présomptions.

Cherchant alors la confirmation de nos craintes dans d'autres circonstances, nous avons voulu nous assurer si, dans la famille de cette femme, quelques individus avaient succombé à la phthisie pulmonaire ; et à cet égard nous n'avons encore obtenu que des renseignemens négatifs. Ainsi, pour ce qui est des ascendans, le père vit encore, et jouit habituellement d'une bonne santé, et la mère est morte en couches à sa trente-neuvième année, ayant d'ailleurs toujours été bien portante antérieurement à la catastrophe qui l'avait entraînée. Sur onze enfans nés de ce mariage, cinq sont morts en bas-âge, et la malade n'indique pas de quelles maladies ; des six qui ont survécu, aucun n'est faible et ne présente les signes d'une affection de poitrine actuellement existante. La malade elle-même, antérieurement à sa couche, n'avait jamais eu de maladies de poitrine, n'était pas sujette aux rhumes, et n'a jamais craché le sang. C'est seulement au commencement de sa grossesse qu'elle a eu de la toux, tantôt sans expectoration, tantôt accompagnée d'une expectoration sans caractère remarquable.

Ces considérations semblent devoir atténuer la gravité de l'affection présente, et éloigner les craintes relatives à l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Leur valeur paraît même devoir augmenter lorsqu'on considère que cette femme ne présente pas actuellement les symptômes généraux de la phthisie pulmonaire. Elle assure bien avoir eu dans le temps une douleur à l'épaule droite ; mais ce signe, à lui seul, a peu de valeur ; car il peut se rattacher à plusieurs causes. Il reste toujours probable, à la vérité, que la diarrhée se rattache à des ulcérations intestinales ; mais ces ulcérations pourraient être des ulcérations dysentériques ; car nous ne pouvons accueillir qu'avec réserve les renseignemens que la malade nous donne concernant le début de la diarrhée. Notons cependant qu'elle nous a dit n'avoir pas eu d'épreintes, de ténesmes, ni aucun autre des symptômes qui caractérisent la dysenterie ; et ajoutons encore que, n'étant pas accouchée dans un hôpital, il n'y a pas lieu de soupçonner chez elle l'influence exercée par le séjour dans un lieu d'infection, qui aurait été capable de provoquer la dysenterie.

Quoi qu'il en soit, la prolongation de la diarrhée et les progrès de l'amaigrissement, nous laissent dans l'inquiétude. Néanmoins, en présence des conditions contradictoires qui se trouvent réunies chez la malade, il est une circonstance exceptionnelle digne d'être prise en considération, et qui nous permet de conserver quelqu'espoir ; nous voulons parler de l'état puerpéral, qui, par sa nature spéciale, imprime un cachet particulier aux affections qui peuvent survenir pendant son cours et naître sous son influence. Si, à cette considération, nous joignons le début soudain des accidens actuels, sans phénomènes préalables du côté de la poitrine ; si nous réfléchissons surtout que, dès le début de la maladie, les sueurs nocturnes ont existé, nous trouverons encore des argumens capables de diminuer les craintes relatives à l'existence des désordres pulmonaires indiqués. Nécessairement nous serions encore mieux en droit d'espérer une issue heureuse, si, par suite d'un régime plus sévère que celui qui a été suivi jusqu'à ce jour, et d'un traitement convenable, nous voyions sous

FEUILLETON.

MÉ[illegible] 'ÉTIOLOGIE DU STRABISME ; PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

([illegible] …s sciences, séance du 25 janvier.)

L'objet de [illegible] mémoire est d'établir la véritable étiologie, l'étiologie expér[illegible] …rabisme ; de démontrer qu'il y a deux sortes de strabism[illegible] …ture tout à fait différente, dans lesquelles se résolven[illegible] …variétés connues et à connaître de de cette difformité ; l'[illegible] l'auteur appelle strabisme mécanique ou musculaire act[illegible] optique ou musculaire passif ; que le strabisme actif [illegible] passif ont des caractères parfaitement distincts ; [illegible] …rs susceptible de guérison ou au moins d'[illegible] …ection des muscles de l'œil ; que l'autre a[illegible] jamais être opéré, parce qu'il est toujours ré[illegible] …ation.

L'aute[illegible] présente une série de propositions à l'aide desquelles il che[illegible] …e doctrine que nous venons d'indiquer.

[illegible] …s du corps humain, ceux de l'œil comme ceux [illegible] …tres parties, doivent être distingués en mouve[illegible] …nnans et mouvemens subordonnés. Les muscles de [illegible] …ent imprimer à cet organe des mouvemens directs pri[illegible] …ui précèdent l'acte de la vision et sont le produit immé[illegible] …de la volonté et des mouvemens indirects consécutifs qui [illegible] …vent l'acte de la vision commencé et dont la volonté n'a pas [illegible] …é. L'auteur appelle les premiers les mouvemens méca[illegible] …rce qu'ils déplacent l'œil indépendamment du but final [illegible] peuvent être employés, et il appelle les seconds les [illegible] optiques, parce qu'ils reçoivent d'un mode particu[illegible] …on, auquel ils sont subordonnés, une impulsion que [illegible] dirige, comme lorsque les deux globes oculaires [illegible] …r concourir simultanément et s'adapter à la vision [illegible] …bjet graduellement rapproché.

[illegible] …spèces de strabismes, le stabisme mécanique et [illegible] …ue correspondent aux deux espèces de mouve[illegible] …strabisme mécanique aux mouvemens subor[illegible] …sme optique aux mouvemens subordonnés. [illegible] …ehors du cadre du strabisme les déplacemens [illegible] produits par une tumeur de l'orbite ou quelque cause analogue, parce qu'ici, en effet, la déviation de l'œil n'est que l'apparence extérieure et grossière du fait et non le fait lui-même, tandis que dans le véritable strabisme, c'est le changement de direction qui constitue le caractère essentiel de la difformité.

En théorie, l'existence des deux espèces de strabismes est facile à concevoir : qu'un des muscles de l'œil soit atteint de raccourcissent ; il est évident qu'il devra arriver deux choses : d'une part, l'axe oculaire sera dévié dans le sens du muscle raccourci, et d'autre part les deux yeux cesseront d'être dirigés symétriquement et ne parcourront plus pendant les mouvemens simultanés les mêmes espaces ; en d'autres termes, il y aura strabisme, strabisme musculaire primitif ou mécanique. Au contraire, qu'en vertu d'une disposition organique paticulière, le trajet de l'axe oculaire qui, à l'état normal, se confond avec l'axe visuel ou optique, soit fermé dans un de ses points au passage de la lumière, l'œil modifié, ne pouvant plus recevoir l'image de l'objet dans la position où l'œil normal la reçoit, en cherchera une qui permettra à la lumière d'arriver directement, sans être interceptée, du point distinctement regardé à la rétine. Il se déviera donc et il en résultera une désharmonie dans la situation relative des deux yeux, c'est-à-dire strabisme consécutif, musculaire passif ou optique subordonné à une altération des conditions de la vision.

L'auteur établit expérimentalement l'existence des deux espèces de strabismes ; il commence d'abord par le strabisme mécanique, et il demontre que le strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction différement distribuée et combinée dans les muscles de l'œil.

C'est, comme on le voit, la même formule que pour les difformités articulaires du système osseux, et l'auteur fait reposer la démonstration de cette formule sur la même base que la démonstration de la formule relative aux difformités articulaires, c'est-à-dire sur la série étiologique, s'est-à-dire encore sur la disposition des produits de la cause qui a déterminé le strabisme en série d'actions décroissantes, depuis le strabisme permanent des deux côtés, avec difformités de toutes les articulations et altérations matérielles des centres nerveux, jusqu'au strabisme qui ne conserve plus aucun reflet évident de l'affection nerveuse dans les autres muscles du corps, mais avec les caractères sépcifiques qui se retrouvent dans les autres termes de la série.

Voici maintenant à l'aide de quels caractères l'auteur remonte du dernier anneau de la chaîne jusqu'au premier.

Ces caractères sont de deux ordres : les caractères indirects et les caractères directs.

Les premiers sont fournis par les circonstances relatives : à l'origine, au mode de développement, à la marche et à la terminaison de la difformité. Le strabisme mécanique naît ordinairement aux époques de l'enfance, fertiles en affections convulsives, aux époques de la dentition, à la suite des affections des centres nerveux. Une fois développé, il persiste ordinairement, augmente avec le développement de l'organe et la croissance du sujet, et devient de plus en plus permanent. Les émotions violentes peuvent l'accroître momentanément. Jamais le strabisme mécanique un peu prononcé ne guérit sans l'opération, quand le spasme musculaire est passé à l'état de rétraction.

Les caractères directs se résument dans les suivans :

1° Direction du globe oculaire. — L'auteur établit que la déviation de cet organe ne se fait pas toujours en dedans, comme le voulait Buffon ; qu'il n'y a pas, dans le strabisme, un fait uniforme exprimant constamment un but uniforme, comme le serait le serait le besoin supposé par ce naturaliste de faire dévier l'œil le plus faible pour le soustraire à des images confuses ; mais une série de directions anormales, aussi nombreuses et aussi variées que peuvent l'être les mouvemens anatomiques de l'œil. L'auteur établit aussi par l'observation l'existence du strabisme double, et trace les combinaisons qui reproduisent les mouvemens physiologiques de l'œil, et il fait remarquer combien toutes ces variétés de la difformité sont propres à caractériser leur véritable origine.

2° Forme du globe oculaire. — Elle est le siége d'une modification caractéristique, qui consiste en un changement de sphéricité du globe. Ordinairement la partie qui occupe le milieu de l'espace entre les deux paupières est plus bombée que le reste du globe oculaire. La portion qui correspond au muscle rétracté offre une dépression qui devient plus sensible à mesure qu'on provoque le redressement de l'œil. Dans le plus grand nombre des cas, la pupille est plus dilatée du côté du strabisme ; dans les cas un peu prononcés, elle est élargie dans le sens opposé à la déviation. Enfin, tout le globe oculaire frappé de strabisme est plus petit que celui du côté opposé.

3° Mouvemens du globe oculaire. — Le degré de mobilité dans le sens opposé à la déviation varie depuis l'immobilité presque complète dans laquelle le malade dit sentir son œil bridé, et qui constitue ce que l'auteur appelle le strabisme fixe, jusqu'à la mobilité presque complète qui constitue le strabisme rudimentaire

peu de temps les selles se mouler, prendre de la consistance; les sueurs nocturnes diminuer, puis cesser tout à fait; l'amaigrissement s'arrêter et le rétablissement de la nutrition avoir lieu.

Quel est le traitement que nous emploierons contre cette affection? Ainsi que nous venons de le dire, le régime sera plus sévère; jusqu'au moment de son entrée à la clinique, la malade a pris du bouillon gras et mangé du bœuf bouilli. Cette nourriture trop substantielle sera remplacée par des soupes maigres, du bouillon léger, ou mieux encore par de la bouillie; car, la farine unie au lait par coction, constitue un aliment dont les organes digestifs s'accommodent bien en pareille occurrence. Le panadès réussissent aussi dans les dysenteries chroniques. Pour ce qui est des boissons, nous aurons recours aux simples tisanes mucilagineuses, telles que l'eau de riz, l'eau de gomme, etc. L'opium, qui produit des effets presque merveilleux, employé contre la diarrhée soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, mais principalement lorsqu'il y a apyrexie, sera administré à dose progressive, en commençant par trois centigrammes, dans les 24 heures.

Si ces moyens restaient insuffisans, il en resterait à essayer d'autres, et principalement les révulsifs cutanés appliqués sur la paroi antérieure de l'abdomen. Deux vésicatoires seraient appliqués, l'un à la région épigastrique, et l'autre à l'hypogastre. Les bains, surtout les bains de vapeur, sont encore utiles en pareil cas, par suite de la révulsion salutaire qu'ils exercent vers la peau, et nous n'en négligerons pas l'emploi en temps et lieu. Enfin le ventre sera plus couvert que d'ordinaire; car le froid est une des causes qui influe le plus d'une manière défavorable sur la marche de la diarrhée.

Cette femme présente, en outre, une anté-version de l'utérus: le volume de cet organe est normal; mais le museau de tanche est fortement porté en arrière, vers la concavité du sacrum. Quand, par un mouvement du doigt, on vient à atteindre le col, on trouve au-dessus de lui le corps de l'organe qui occupe l'excavation pelvienne.

Nous ne ferons qu'indiquer aujourd'hui ce déplacement de l'utérus qui ne nous occupe que secondairement, et auquel il sera probablement facile de remédier plus tard au moyen d'un pessaire.

Rhumatisme articulaire aigu chez un sujet rhumatisant, ayant déjà eu de nombreuses attaques. Absence d'accidens du côté de l'organe central de la circulation.

Au n° 16 de la salle Sainte-Agnès, est entré un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu. Cet homme est âgé de trente-huit ans, et est sujet aux rhumatismes depuis 1832, c'est-à-dire depuis neuf ans. Jusqu'alors il n'avait jamais eu d'affections rhumatismales. Son père était sujet aux rhumatismes articulaires; et nous devons vous dire à cet égard, que l'influence héréditaire est bien plus manifeste pour ce qui concerne le rhumatisme articulaire, qu'elle ne l'est pour le rhumatisme des muscles, lequel résulte fréquemment de la seule action du froid, indépendamment de toute prédisposition héréditaire.

Notre malade fut arrêté à la suite des troubles politiques de 1832; il fut enfermé à Sainte-Pélagie, où pendant deux jours il coucha sur le pavé. Au bout de quinze jours, il ressentit une douleur à la cheville du pied droit, qu'il crut devoir attribuer à une entorse, et à laquelle il ne fit pas grande attention, quoiqu'elle le fit boiter pendant huit jours, et que durant tout ce temps il lui fût impossible de mettre sa botte. Tout cela se passa néanmoins au bout de quelque jours. Un an après, la même cheville se prit de nouveau; et cette fois, celle du pied gauche fut affectée simultanément. Il comprit alors que les premiers accidens éprouvés un an avant n'avaient pas été la suite d'une entorse, ainsi qu'il l'avait d'abord pensé. Il est à noter que, cette fois, le rhumatisme débute de chaque côté par le gros orteil; ce qui prouve, contrairement à une opinion assez généralement reçue, que le rhumatisme goutteux n'est pas la maladie des riches, et que chez les pauvres ce sont les grandes articulations qui se prennent de préférence. Ce qu'il y a de plus certain, c'est que la gravelle accompagne plus fréquemment le rhumatisme goutteux chez les riches; ce dont on trouve, du reste, l'explication dans la bonne-chère à laquelle les classes aisées sont généralement adonnées. Un autre fait assez constant, cependant, c'est que chez ces derniers le rhumatisme reste le plus souvent borné aux petites articulations; au pouce, par exemple.

Quoi qu'il en soit, depuis neuf ans notre malade a eu des attaques fréquentes de rhumatisme articulaire, qui, assez souvent, l'ont obligé de garder le lit, une fois, entre autres, pendant un mois. Il reconnaît qu'une des causes déterminantes qui agit chez lui avec le plus d'efficacité, c'est le froid. Or, cette cause a d'autant plus fréquemment occasion de sévir sur lui, qu'adonné à la boisson, il s'enivre très souvent, et que dans cet état il lui arrive de ne pouvoir regagner son logis et de passer la nuit endormi sur le pavé. Pour apprécier au juste cependant l'influence du froid dans la provocation des attaques, sans en exagérer l'importance, nous devons dire, qu'ivrogne de profession, il lui arrive souvent d'être, dans l'état d'ivresse, exposé au froid, et que, néanmoins, il n'a que deux ou trois attaques rhumatismales par an; ce qui paraît toutefois être en contradiction avec les assertions de la femme du malade, laquelle paraîtrait avoir remarqué que l'attaque survenait avec assez de régularité quinze jours après qu'il lui était arrivé de coucher dehors la nuit étant ivre.

Au demeurant, il y a environ quinze jours que la dernière attaque a débuté. Dans la nuit, la douleur s'est déclarée au poignet droit, et au bout de cinq jours une semblable douleur s'est manifestée aux deux pieds, et ensuite au poignet gauche.

Aujourd'hui, le poignet droit est notablement gonflé, il est rouge, douloureux à la pression; les mouvemens volontaires sont abolis, et les mouvemens passifs accompagnés de douleur. Les doigts sont légèremens gonflés. Aux pieds, on ne remarque pas un changement bien marqué de la coloration de la peau, qui, à la vérité, est peut-être masquée par la crasse dont ils sont recouverts; cependant sur les endroits où on peut voir la peau sans altération de sa surface par la malpropreté, elle apparaît avec peu ou point de rougeur inflammatoire. Le pied gauche est plus douloureux que le droit; ses mouvemens sont très bornés et douloureux. L'orteil du pied droit est si peu mobile, que l'on croirait presque qu'il est ankylosé. Le tarse du pied gauche est plus volumineux que celui du pied droit; il est évidemment plus gonflé, et ce gonflement, qui présente les caractères de la chronicité, nous paraît être le reliquat des attaques précédentes. Le malade avoue, du reste, que ce pied a toujours été un peu gonflé à la suite des attaques passées, et que toujours il a conservé de la sensibilité et un certain degré d'empâtement.

Le gonflement tel que nous venons de l'indiquer, n'est pas rare en pareil cas; on l'observe fréquemment à la main; lorsqu'il occupe le carpe, il provoque dans quelques cas le déplacement d'un des osselets qui composent cette région, lequel fait une saillie vers la région dorsale, et donne lieu à une légère difformité.

Tels sont les phénomènes locaux que le malade présente. Si nous avons égard maintenant à l'état général et aux complications qui peuvent exister, nous remarquons les circonstances suivantes: la physionomie n'est pas altérée, ce qui s'observe d'ordinaire en pareil cas. Le sommeil est supprimé par suite des exacerbations que la douleur présente pendant la nuit. C'est en effet le caractère des douleurs rhumatismales, d'augmenter pendant la nuit par la chaleur du lit. On les distingue des douleurs syphilitiques, en ce que les premières se réveillent vers le soir, tandis que celles-ci appartiennent exclusivement à la nuit. De plus, les douleurs rhumatismales sont augmentées par mouvemens, soit actifs, soit passifs, de la partie malade.

On a avancé que le siége primitif du rhumatisme articulaire était dans les membranes synoviales, et que ce rhumatisme était une synovite. Ce n'est pas en ce moment que nous voulons agiter devant vous cette question, qui réclame quelques développemens. Disons cependant que probablement le rhumatisme n'a pas plus son siége primitif dans les membranes synoviales que dans la peau. Nous croyons que le plus souvent elles ne sont affectées, comme cette membrane, que par suite de l'extension de l'inflammation jusqu'à elles, et qu'alors le rhumatisme se complique d'hydartrose. Cette extension, du reste, peut toujours avoir lieu, soit que le rhumatisme siége primitivement dans les ligamens, dans les cartilages diarthrodiaux, ou dans les expansions aponévrotiques qui enveloppent les articulations. Rien n'indique d'une manière positive que les synoviales soient primitivement affectées dans le rhumatisme: s'il en est ainsi quelquefois, les moyens diagnostiques que l'on connaît sont insuffisans pour s'assurer que les choses se passent en effet de la sorte.

Revenons actuellement aux phénomènes généraux. Nous avons déjà noté que la physionomie était naturelle et que l'insomnie se présentait comme seul phénomène du côté du cerveau. Ajoutons maintenant que la soif est accrue, et que, depuis huit jours, il y a anorexie complète. La diète, qui se prolonge depuis dix jours, a entraîné à sa suite la constipation qui dure depuis un temps égal. Le pouls est à 108 ce matin, et, à ce propos, nous devons vous rappeler que l'intensité de la fièvre est toujours proportionnelle au degré d'inflammation locale et au nombre des articulations affectées. Du côté du cœur, nous n'avons constaté rien d'anormal; rien d'insolite; la percussion et l'auscultation n'ont fourni aucun indice relativement à l'existence d'une inflammation soit de la membrane externe du cœur, soit de l'interne. Les battemens sont normaux; la région précordiale conserve sa sonorité naturelle, et il n'existe pas de bruits anormaux.

Le pronostic de cette affection doit être favorable, quant à présent. En effet, la respiration n'est pas courte, gênée; il n'y a pas de palpitations, malgré les nombreuses attaques rhumatismales que le malade a déjà eues, et rien ne porte à admettre qu'il existe ici cette altération des valvules cardiaques signalée comme étant le résultat presque inévitable du rhumatisme articulaire fébrile, aigu, généralisé. Le malade n'a jamais été essoufflé, ce qui peut dépendre à la vérité du mal de pied permanent qui l'a toujours empêché de courir ou de monter les escaliers trop vite. Après avoir noté que le sujet ne présente ni les symptômes d'une endocardite actuelle, ni ceux qui pourraient se rattacher aux altérations anatomiques d'une semblable affection, qui auraient accompagné les précédentes attaques rhumatismales, notons que souvent il n'a pas été saigné du tout, et que bien moins encore il l'a été coup sur coup.

Ajoutons pour terminer que nous avons actuellement à la clinique un autre rhumatisant qui présente des accidens du côté du cœur, et que malgré cette coïncidence dont quelques praticiens se hâteraient de tirer des conclusions, ce fait n'est rien moins que favorable à la doctrine qui tend à infirmer que chez les rhumatisans, les affections concomitantes qui existent du côté du cœur dépendent de l'affection rhumatismale.

Pneumonie chez une femme âgée. Mort. Autopsie. (V. le n° du 6 février.)

La malade dont il est question ici est la même dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le n° du 6 de ce mois. Nous ne reviendrons pas ici sur son histoire, et pour compléter ce fait, nous nous contenterons de dire que cette femme est morte, et qu'ainsi s'est malheureusement vérifié le pronostic que M. Chomel avait porté.

L'autopsie a démontré les caractères anatomiques de la pneumonie: cette inflammation siégeait au sommet du poumon droit; sur quelques points la splénisation a fait place à l'hépatisation grise. M. Chomel croit, de plus, reconnaître sur quelques points des noyaux d'induration chronique autour desquels se serait développée l'inflammation récente.

Les autres organes n'ont rien présenté qui m[illegible] noté.

Corps étrangers articulaires délogés par un nou[illegible] Application de la méthode des incisions sous[illegible]

Par M. Goyrand, chirurgien en chef de l'h[illegible]

M. Goyrand, se fondant sur les dangers des corps étrangers des articulations, a che[illegible]

---

ou insuffisant. En outre, à chaque effort prononcé pour redresser l'œil dévié, l'œil sain obéit à la même impulsion d'une quantité proportionnelle, de manière à simuler un strabisme du côté opposé. Elle est, dit l'auteur, l'expression d'un effort considérable du muscle opposé au muscle rétracté; or, les mouvemens simultanés des deux yeux étant subordonnés pour le degré à une même somme de contraction dans leurs muscles homologues, il en résulte un déplacement extrême de l'œil sain sous l'influence d'une contraction exagérée dans les muscles correspondans de l'œil affecté.

Les mouvemens optiques dans le strabisme mécanique ne sont pas moins importans à considérer. En général, quand on veut regarder avec l'œil strabique, il tend à se redresser, et ce redressement est toujours en raison inverse du degré de raccourcissement musculaire, en sorte que dans le strabisme insuffisant, la difformité n'existe que dans la vision distraite, et constitue ce que Buffon appelle un faux trait dans les yeux. Enfin, lorsque le strabisme est double, dans le même sens et au même degré, chaque œil se redressant alternativement pour regarder, la difformité semble voyager d'un œil à l'autre.

4° État et mode d'exécution de la vision. — Les louches voient moins bien de l'œil dévié. Buffon s'appuyait de ce fait pour soutenir sa théorie sur l'étiologie du strabisme. M. J. Guérin montre le peu de fondement de cette théorie, en lui opposant ce simple fait du développement plus ou moins rapide de la force visuelle dans l'œil opéré, presque immédiatement après l'opération. Cette faiblesse relative de l'œil strabique et la myopie qui l'accompagne presque toujours, et, comme elle, disparaît après l'opération, ne sont donc que consécutives, et on ne peut méconnaître leur relation intime avec la cause de la difformité, puisqu'elles cessent avec elle.

L'exercice de la vision, dans le strabisme mécanique, présente une dernière circonstance à noter; c'est son mode d'exécution. Un grand nombre de strabiques ne regardent que d'un œil, et ce fait seul explique le crédit qu'a conservé jusqu'ici la théorie de Buffon. Mais il n'en est pas ainsi: 1° dans le strabisme rudimentaire, les malades regardent des deux yeux; 2° dans le strabisme double, égal des deux côtés, certains malades regardent alternativement de l'un et de l'autre œil; 3° beaucoup de strabiques continuent long-temps à regarder des deux yeux, mais voient double; 4° enfin, presque toujours les opérés, avant de récupérer la vue distincte par les deux yeux, sont quelque temps diplopes. Or, toutes ces particularités sont dans un rapport parfait avec la cause de la difformité. Enfin, un dernier caractère direct du strabisme mécanique, c'est la transformation fibreuse des muscles rétractés, produits, comme M. J. Guérin l'a établi depuis longtemps, par les tractions permanentes auxquelles les muscles sont soumis.

M. J. Guérin termine cette première partie de son mémoire par quelques considérations sur la véritable signification du fait de la rétraction musculaire. Cette rétraction est un fait complexe produisant des effets relatifs à tous les modes, à tous les degrés, à toutes les combinaisons dont il est susceptible, et le strabisme mécanique peut présenter diverses variétés, suivant que la rétraction est arrivée à sa complète réalisation, ou suivant que la contracture qui le précède existe à l'état de contracture fixe, à l'état de contracture spasmodique intermittente et à l'état de relâchement paralytique, ou enfin suivant le mode de distribution, de combinaison et d'association des différens degrés et des différens modes de la rétraction, par rapport aux différens muscles d'un seul œil ou des deux yeux.

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 8 février.

M. Fuster, l'auteur du livre sur les Maladies de la France, dans leurs rapports avec les saisons, ou l'Histoire médicale et météorologique de la France, ouvrage couronné par l'Académie, donne lecture d'un mémoire statistique sur les hivers rigoureux de la France.

— *M. Donné*, dans une lettre qu'il adresse à l'Académie, répond aux diverses réclamations qui ont été faites à la suite des conclusions de son travail sur l'analyse du sang. Dans sa lettre, M. Donné indique une nouvelle application de l'ingénieux appareil de polarisation imaginé par M. Biot, pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine des diabétiques. M. Donné, à l'aide de ce même appareil, reconnaît dans les urines certaines substances animales dont il importe, pour le diagnostic, de constater la présence.

— *M. Phillips* a écrit à l'Académie, sur la guérison du bégaiement par l'incision d'un ou de plusieurs muscles de la langue, une lettre dans laquelle il annonce qu'il a opéré avec un demi-succès trois malades qui étaient atteints de cette triste infirmité; avant peu on pourra juger sainement ce procédé.

pour l'ablation de ces corps, les résultats qu'il a obtenus par les plaies sous-cutanées, dont l'innocuité paraît démontrée, même lorsqu'elles pénètrent dans les cavités articulaires. Dans ce but, il a conçu et exécuté deux fois le procédé que nous allons décrire, et que nous empruntons au premier numéro des *Annales de Chirurgie*.

Le chirurgien se proposa, par ce nouveau moyen, d'enlever le corps étranger en deux temps. Dans le premier, il devait inciser la synoviale, les tissus fibreux et musculaires qui la recouvrent, en fixant d'abord le corps étranger, puis en le faisant passer, à travers cette incision, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le second temps, pratiqué dix ou douze jours après, quand l'incision sous-cutanée serait cicatrisée, il devait extraire le corps étranger par une boutonnière.

Ce moyen a été mis deux fois en pratique sur le même individu, pour des corps étrangers de l'articulation fémoro-tibiale. Voici comment M. Goyrand a procédé :

Pensant qu'il serait préférable, afin de mieux fixer la concrétion articulaire, de la conduire hors de l'interligne articulaire, il la saisit et la refoula au côté externe du cul-de-sac synovial supérieur. Là l'incision longitudinale devait diviser obliquement le vaste externe, et ses fibres devaient s'écarter pour laisser passer la concrétion.

Le corps étranger fut donc fixé en dehors de l'articulation, à quatre centimètres au-dessus de la rotule, en le prenant avec le pouce et l'index gauche ; un aide souleva alors la peau de la cuisse au-dessus du corps étranger, pour former un large pli transversal, qui amenait ainsi vers la concrétion une partie de peau éloignée. Un bistouri à lame mince, ayant quatre millimètres seulement de largeur à son talon, et sept centimètres de long, fut plongé de haut en bas à la base du pli, et sa pointe dirigée vers le corps étranger. Celui-ci échappa de suite aux doigts qui le pressaient, et abandonna l'articulation ; le bistouri fut retiré, et l'aide lâcha le pli de la peau. Il y avait alors huit centimètres de distance entre le point où la synoviale avait été piquée et l'ouverture extérieure. Le corps étranger fut abandonné à six centimètres du même point, dans l'intervalle des portions moyenne et externe du triceps.

La piqûre, large de quatre millimètres, fut couverte au moyen d'un emplâtre de diachylon, le trajet de la blessure et le corps étranger furent comprimés au moyen de compresses et d'un bandage circulaire. Au bout de vingt-quatre heures la piqûre de la peau fut cicatrisée ; il ne survint ni gêne, ni douleur de l'articulation. Le sixième jour la guérison était complète.

Peu de jours après on découvrit dans la même articulation deux autres concrétions, l'une assez grosse, l'autre d'un fort petit volume ; et le 8 octobre la même opération fut pratiquée pour l'isolement de la plus volumineuse. Le procédé qui fut suivi fut identiquement semblable à celui que nous venons de décrire, et ses suites, dit M. Goyrand, furent aussi simples et aussi heureuses que la première fois. Le lendemain la plaie de la peau était guérie, le surlendemain le malade se promenait dans l'hôpital sans éprouver la plus légère douleur.

Le 19 octobre, le chirurgien voulut terminer au moins une de ces deux opérations, en enlevant un des corps étranger qui séjournaient dans les tissus de la cuisse, sans occasionner la moindre douleur. Une incision de trente-cinq millimètres, comprenant la peau et l'aponévrose, mit à découvert celle des concrétions qui avait été déplacée la dernière ; elle paraissait être déjà enkystée. La seconde fut laissée en place, l'opération paraissant inutile.

Réunion immédiate de la petite plaie, et cependant elle a suppuré. Le 3 novembre il fallut donner issue à du pus renfermé sous l'aponévrose. Le 14 novembre la plaie n'était pas encore cicatrisée. L'articulation est restée étrangère à ce travail phlegmasique.

La concrétion extraite avait onze millimètres d'épaisseur, vingt-huit de longueur, dix-huit de largeur. Une de ses faces était cartilagineuse, l'autre osseuse. Étant scié, ce corps avais l'aspect, la dureté, la densité de l'ivoire.

M. Goyrand fonde de grandes espérances sur cette opération ; cependant il ne faut pas nous hâter de conclure, et un fait pour ainsi dire unique ne prouve pas assez dans des circonstances de ce genre. Espérons et attendons !

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Tubercules pulmonaires ; hémiplégie. — Fissure à l'anus ; extrait de cachou. — Dysménorrhée ; acétate d'ammoniaque.

(Suite du numéro 14.)

Tubercules pulmonaires ; hémiplégie.

Le ramollissement peut-il être instantané ? aussi subit que l'hémorrhagie ? Lorsque nous étions interne à Charenton, un prêtre fou qui venait tous les soirs au salon faire sa partie de cartes ou de trictrac, quitta le salon dans le meilleur état de santé. Le lendemain, on le trouva mort, et dans quelle position ! il était à genoux, sans redingote, le pouce dans l'anse de son vase de nuit. Il était mort en urinant. L'autopsie fut faite par M. Calmeil, et l'on trouva un ramollissement de la moelle d'une étendue de cinq pouces. C'était en hiver, il n'y avait aucun signe de décomposition putride.

Un employé de la même maison va dans un petit appartement qu'il avait dans le village : Inquiets de ne pas le voir revenir, nous allons frapper chez lui, et entendant des grognemens, nous enfonçons la porte, et nous le trouvons sans connaissance. Il mourut au bout de trois jours. A l'autopsie, nous constatons un ramollissement de la moelle de trois à quatre pouces d'étendue.

La même chose s'observe assez communément sur les chevaux. Nous en avons vu un cas avec M. Boulay, vétérinaire très distingué ; notre ami M. Leblanc nous en a rapporté plusieurs autres.

Un voiturier parcourait avec sa charrette la rue du Faubourg-Saint-Martin : tout-à-coup l'un de ses chevaux s'accroupit ; le voiturier, croyant qu'il avait glissé, veut le faire relever, mais en vain. Lendemain, on conduisit ce cheval à Montfaucon, où il fut abattu. Nous trouvâmes dans la moelle lombaire un ramollissement de l'étendue d'un pied.

Ces faits sont nombreux dans la science. Ce cheval, qui tirait à plein collier, n'était point indisposé ; et puis, s'il avait paru malade, le propriétaire ne l'aurait point attelé. Donc le ramollissement a été soudain.

Voilà chez l'homme un autre fait qui démontre que le ramollissement peut être subit.

Une jeune fille, repasseuse, nous est amenée à l'Hôtel-Dieu hémiplégique. L'accident venait d'arriver, il y avait une demi-heure ; auparavant elle était très gaie, elle chantait avec ses compagnes, et présentait toutes les apparences d'une bonne santé. Comme elle était tombée tout-à-coup, nous croyons à une forte congestion, et nous pratiquons une saignée. Au bout de quatre jours, disparition de la paralysie. Huit jours après la première attaque, la malade pousse un cri, et est prise, pendant la visite, de paralysie de l'autre côté. Il survient des accidens cérébraux, du coma : elle meurt. A l'autopsie, nous trouvons, d'un côté, un ramollissement de la partie antérieure du corps strié, et en arrière de petites apoplexies capillaires très nombreuses ; de l'autre côté les altérations sont les mêmes, mais moins considérables.

Ainsi, c'est une chose certaine et démontrée par les autopsies que, dans le ramollissemnt, les accidens peuvent apparaître aussi soudainement que dans l'hémorrhagie.

Lorsqu'il y a quelques années, M. Cruveilhier entrait à la Salpêtrière imbu des idées de M. Lallemand, toutes les fois qu'il voyait une paralysie survenue après des symptômes précurseurs, il croyait à un ramollissement ; au contraire, c'était une hémorrhagie si l'attaque avait été brusque. Interrogez aujourd'hui M. Cruveilhier, et il vous dira que c'est en tremblant qu'il porte un diagnostic dans les cas de paralysie tant il craint de se tromper.

Maintenant y a-t-il contracture dans le ramollissement ? Oui ; mais il ne survient qu'au bout d'un certain temps, et il persiste jusqu'à la mort.

L'hémorrhagie, à son début, s'accompagne de convulsions et de contracture ; jamais on n'observe de résolution du membre. Nous recevons, à l'Hôtel-Dieu, un homme chez lequel nous croyons reconnaître une hémorrhagie cérébrale ; M. Récamier vient examiner le malade et annonce un ramollissement. A l'autopsie on trouve, dans le cerveau, une hémorrhagie s'accompagnant de ramollissement.

Nous n'avons été qu'une seule fois témoin d'une hémorrhagie cérébrale ; c'était chez un major anglais de nos amis. Pendant que ce monsieur nous parlait, nous vîmes tout-à-coup sa langue se brouiller. Nous le faisons lever ; il tombe. Nous lui pratiquons une saignée ; il est hémiplégique. Il venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie. A quelque temps de là il fut pris, à Fontainebleau, d'accidens semblables, auxquels il succomba.

M. Récamier a distingué les signes propres à ces deux affections du cerveau en signes consonnans et signes dissonnans. Ainsi le cerveau présentait pour condition matérielle le mouvement, la sensibilité et l'intelligence. Quand un individu est frappé d'apoplexie, il y abolition de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, voilà la consonance. Dans le ramollissement, il y a conservation de l'intelligence et de la sensibilité et ablation du mouvement, voilà la dissonnance. Celle-ci se remarque surtout entre la sensibilité et le mouvement. M. Récamier, voyant dans la dissonnance une espèce d'ataxie dans les symptômes, appelait jadis le ramollissement *foyer ataxique*, et c'était suivant lui une fièvre ataxique.

Quelle est la cause du ramollissement ? Cela peut-il être, comme le disent MM. Rostan et Récamier, une lésion de nutrition. Ou bien n'est-ce pas plutôt le résultat constant de l'inflammation ? Nous nous rangeons à cette dernière opinion. Si, en effet, nous voyons une tumeur du cerveau, autour de cette tumeur nous trouvons la substance cérébrale ramollie. Or, dans le ramollissement proprement dit, nous observons les mêmes caractères anatomiques que dans le ramollissement dans le voisinage d'une tumeur. Celui-ci, bien probablement, succède toujours à une inflammation ; il faut donc conclure que la cause du ramollissement du cerveau est également l'inflammation.

Un officier de dragons, en garnison à Tours, se bat en duel. Il reçoit dans la tempe la balle qui traverse le cerveau ; il tombe, mais sans perdre connaissance, car il pouvait répondre à ceux qui lui adressaient quelques questions. Il n'était pas non plus paralysé, car il nous serrait la main pour nous remercier des soins que nous lui donnions. Le chirurgien retire la balle. Au bout de quelques heures ecchymose considérable occupant presque toute la tête. Nous désespérons de ses jours. Cependant au bout de quinze jours il y a de l'amélioration, et deux mois plus tard il était guéri. Il reste quelque temps à l'hôpital pour se rétablir. Il y avait un mois que ses plaies étaient cicatrisées quand il fut frappé de paralysie de tout un côté du corps. M. Bretonneau annonce un ramollissement du cerveau déterminé probablement par une esquille. Le malade meurt. A l'autopsie on trouve le trajet de la balle cicatrisé ; les deux lobes cérébraux avaient été comme mâchés par le projectile et, dans un des corps striés, il y avait un ramollissement crêmeux autour d'une esquille. Comment, dans ce cas, a dû agir l'esquille pour déterminer ce ramollissement ? N'est-il pas légitime de penser que c'est en enflammant la partie du cerveau avec laquelle elle était en rapport ! C'est encore un exemple de l'apparition brusque des accidens dans le ramollissement.

Le ramollissement est-il susceptible de guérison ? Nous avons déjà vu la première malade, dont nous vous avons parlé dans cette conférence, guérir au bout de cinq mois. Voici encore un autre exemple :

Un ouvrier plâtrier tombe d'un lieu assez élevé, on le saigne, et trois jours après il resourne à son travail. Tout à coup il est pris de coma ; ses pupilles se dilatent, et il meurt. A l'autopsie, l'on trouve une hydrocéphale aiguë, du pus à la surface du cerveau. Le cerveau coupé, nous trouvons un abcès enkysté, c'est-à-dire qu'il est environné de sa membrane pyogénique, et par conséquent en voie de guérison.

A l'hôpital Saint-Antoine, nous avons rencontré un autre fait de ce genre.

Fissure à l'anus. Extrait de cachou.

Au n° 2 de la salle Sainte-Julie est une femme qui, depuis six ans, porte une fissure d'une étendue de 15 millimètres environ, et située sur la paroi postérieure de l'anus. Jusqu'ici, les travaux de M. Bretonneau sur le ratanhia avaient fait connaître les bons effets de l'extrait de cette plante dans cette maladie, effets que nous-mêmes nous avons souvent constatés. Comme le ratanhia contient beaucoup de tannin, et que c'est probablement à celui-ci qu'il doit son action, nous allons essayer le cachou, qui offre, ainsi que vous le savez, plus de principes tannins que le ratanhia, et nous verrons ce que nous obtiendrons par ce moyen.

Cette malade prendra tous les jours un quart de lavement avec :

Cachou,	4 grammes.
Alcool,	1 gramme.
Eau chaude,	125 grammes.

C'est à M. Bretonneau que l'on doit de ne plus être obligé de recourir à l'opération dans le traitement de la fissure à l'anus. Quoique simple, la plaie qui résultait de cette opération ne demandait pas moins de quinze jours pour arriver à se cicatriser complètement ; dans quelques cas, peu nombreux à la vérité, il survenait des accidens qui mettaient la vie du malade en danger, et quelquefois entraînaient la mort.

Le traitement de la fissure à l'anus par les lavemens de ratanhia, est donc une véritable conquête de la médecine sur la chirurgie.

Nous avons repris ici, et à l'hôpital Saint-Antoine, cette médication ; et nous avons publié sur ce sujet un mémoire que vous avez peut-être lu, et qui prouve l'efficacité de ce moyen.

Quelque temps après la publication de notre mémoire, M. Payen essaya le monésia dans la même maladie, et il guérit les trois malades sur lesquels il fit ses premières tentatives. Le monésia, ainsi que le ratanhia, contient beaucoup de tannin ; il était probable que c'était à ce même principe que l'on devait la guérison. Comme le cachou contient plus de principes tannins qu'aucune autre substance, nous avons donné des lavemens d'extrait de cachou, espérant, par ce nouveau moyen, obtenir les mêmes résultats que par le monésia et le ratanhia.

Une dame nous fit appeler hier pour de violentes douleurs qu'elle éprouvait à l'anus et qu'elle attribuait à des hémorrhoïdes. Nous lui conseillons un suppositoire avec le beurre de cacao et l'opium, puis le datura stramonium ; et comme les douleurs ne se calmaient pas, nous examinons la partie et nous trouvons, au lieu d'hémorrhoïdes, une fissure profonde et douloureuse. Nous prescrivons deux lavemens de archoir au lieu d'un seul, parce que cette dame ne peut les garder assez long-temps. Nous vous tiendrons au courant de ce qui surviendra.

M. Trousseau nous a dit depuis que les lavemens de cachou avaient complètement échoué chez cette dame, que les douleurs, loin de diminuer, étaient devenues plus intenses, et qu'au bout de trois jours de traitement il appela M. Berard pour pratiquer l'opération. Cette dame est aujourd'hui à peu près guérie.

Au contraire, la femme du n° 2 de la salle Ste-Julie sentait, à chaque lavement qu'elle prenait, les douleurs diminuer de durée et d'intensité. Cette femme a été guérie au huitième jour du traitement.

Malgré quelques cas d'insuccès que l'on rencontrera çà et là dans la pratique, il n'en restera pas moins démontré que les lavemens avec une substance contenant du tannin, remplacent, ou à peu près, et avec le plus grand avantage dans le traitement des fissures à l'anus, l'opération chirurgicale à laquelle, jusqu'ici, on a eu recours.

Dysménorrhée ; acétate d'ammoniaque.

Une femme, au n° 27 de la salle Ste-Anne, éprouve de violentes douleurs dans les reins et dans le bas-ventre ; les règles coulent abondamment depuis sept jours. Ordinairement à chaque époque menstruelle, les mêmes douleurs reparaissent. Nous lui avons fait donner 10 grammes d'acétate d'ammoniaque, remède vanté dans ce cas, et aujourd'hui (un jour après l'administration du médicament) cette femme ne souffre plus.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Montmartre, 8 février 1841.

Monsieur et très honoré confrère.

Dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine, M. Leuret a lu, sur le traitement de la folie, un mémoire qui renferme deux objets parfaitement distincts : 1° une récrimination contre les médecins qui ont contesté l'efficacité de ses moyens thérapeutiques aussi bien que la justesse des vues physiologiques qui leur servent de base ; 2° un nouvel exposé de doctrine. Comme je suis un de ceux qui ont cru le plus fermement le sort des aliénés compromis par l'adoption des principes de M. Leuret, et comme, avant tout, la question est de la plus haute gravité sous le point de vue pratique, je vous prie d'accueillir avec votre obligeance habituelle quelques réflexions destinées à démontrer tout à la fois et que les reproches que ce médecin adresse de la tribune académique aux praticiens qui persistent à penser autrement que lui frappent complètement à faux, et que les nouveaux faits qu'il vient de communiquer sont tout à fait incapables de servir de fondement à une nouvelle doctrine des maladies mentales.

1° De quoi se plaint aujourd'hui M. Leuret? De ce qu'on lui a *imputé des opinions qu'il n'a pas, des idées qu'il n'a jamais eues*, en nommant *méthode d'intimidation* l'ensemble des moyens thérapeutiques qu'il a récemment préconisés. Mais quand un auteur ne qualifie pas lui-même ses vues, sa méthode, le critique n'est-il pas obligé de le faire pour mettre plus sûrement l'opinion publique à même de les apprécier ? Or, quel autre nom que celui d'intimidation pouvait-on donner à une méthode qui, comme je l'ai dit d'ailleurs, prescrit de *harceler sans cesse un malade pour le forcer à parler sensément*; qui a pour moyen habituel de le mettre aux prises avec *la douleur et la crainte de la douche*; qui enfin cherche sa justification dans cette triste vérité : *quand on voit le but, on se dévoue, et l'on n'hésite plus sur le choix des moyens, quelque douloureux qu'ils puissent être.*

Si le critique n'est pas en droit d'appeler tout cela de l'intimidation, c'est assurément moins sa bonne foi ou sa perspicacité qu'il faut mettre en doute, que la pauvreté de notre langue qu'il faut accuser.

En examinant les reproches de M. Leuret et l'appel qu'il vient de faire aux hommes sans prévention du jugement porté sur ses vues médicales, j'ai craint en vérité un instant m'être fait illusion sur leur véritable portée : mais en les étudiant de nouveau, je suis de plus en plus resté parfaitement convaincu que si j'étais dans le vrai dans ma première réfutation, je n'avais rien exagéré non plus dans la seconde en soutenant que M. Leuret avait passé de l'intimidation à quelque chose encore de plus dur, m'appuyant pour cela sur cette maxime si clairement exprimée dans son dernier ouvrage : « Que m'importe à moi qu'un aliéné m'aime ou » me déteste, qu'il me croie son ami ou son persécuteur, pourvu » que je rompe la chaîne de ses idées vicieuses ; » et sur ce précepte si minutieusement détaillé : « Pour exciter la douleur, je » fais le plus ordinairement usage de la douche et des affusions » froides. Pour les affusions, je fais coucher le malade sur un » plancher, et j'ordonne qu'on lui jette plusieurs seaux d'eau » froide sur le corps. Le nombre de seaux varie de 4 ou 5 à 20, » 25 et même plus. » Voilà qui est, je l'espère, on ne peut plus explicite.

2° Toutes les vues de M. Leuret ne se bornent pas, je le sais, aux moyens énergiques et véritablement nouveaux que je viens de signaler : mais malheureusement pour lui, et peut-être heureusement pour ses malades, tout ce qui s'écarte de ces moyens respire la plus parfaite orthodoxie, c'est-à-dire n'est qu'une bien juste reproduction des principes de Pinel, principes si bien développés par Esquirol, notre maître commun, et qui forment aujourd'hui le code thérapeutique des maladies mentales. J'invoque à cet égard le témoignage de MM. Ferrus, Falret, Foville, Calmeil, Voisin, et de tous ceux qui font du traitement de ces maladies l'objet d'une sérieuse étude. Les deux observations que M. Leuret vient de lire à l'Académie démontrent encore toute la justesse de cette assertion.

Que voit-on en effet dans la première ? une demoiselle qui se croit tour à tour religieuse parce qu'elle a été admise à une cérémonie dans laquelle une de ses amies a reçu le voile ; mariée, parce qu'elle a assisté à un mariage ; prêtre enfin, voire même pape, parce qu'elle a fréquenté des ecclésiastiques. Que fait M. Leuret ? il la place loin des siens dans une maison où elle est inconnue, ce qui veut dire tout simplement qu'il l'isole ; il s'empare de toute sa confiance, exige et obtient d'elle une soumission sans bornes, ne lui passe aucun écart intellectuel sans le lui faire sentir et le lui reprocher vivement, et n'exerce sur elle d'autre contrainte que de lui laisser craindre qu'il ne lui retire ses soins si elle ne suit pas rigoureusement ses conseils. C'est là ponctuellement tout ce que les principes, les élémens les plus vulgaires de l'art exigent que l'on fasse en pareille occurrence. En le proclamant, M. Leuret n'a pas dû s'attendre à faire sur l'auditoire d'autre sensation que celle que produirait un naïf praticien qui viendrait lire l'observation d'un malade guéri d'une pneumonie aiguë par d'abondantes saignées, la diète et des boissons délayantes. Il y a plus : c'est que rien, sans même remarquer ce qu'il peut y avoir d'extraordinaire dans la conduite d'une aliénée qui choisit elle-même son médecin, reconnaît le besoin de se soumettre à toutes ses volontés, reçoit de lui des leçons d'histoire et de géographie, reconnaît tous ses torts, fait enfin toutes les concessions que l'on n'obtient souvent qu'avec peine des malades qui jouissent de leur raison ; c'est que rien, dis-je, dans ce fait, ne justifie la prétendue *révulsion morale* dont il semble destiné à faire ressortir les avantages. Il y a eu tout simplement impossibilité soutenue pour la malade de s'appesantir sur ses idées délirantes ; mais aucune passion, dans la véritable acception de ce mot, n'a été mise en jeu, à moins que M. Leuret ne donne ce nom à la confiance qu'il avait su inspirer ; ce qui serait une fort heureuse exception, car on sait que la confiance des fous en leurs médecins va rarement jusqu'à la *passion*.

La seconde observation n'offre rien de plus nouveau. Le sujet est une demoiselle affectée de monomanie ambitieuse et qui refuse obstinément de parler. Toujours, *pour gagner sa confiance et opposer passion à passion*, M. Leuret feint, auprès de cette malade d'être muet. Puis, lui faisant signe d'ouvrir la bouche, il l'examine avec soin et écrit la prescription suivante : toucher la gorge avec du miel rosat, prendre des bains de pieds synapisés, appliquer un emplâtre sur le cou, boire de l'infusion de bourrache. *Effrayée de ce traitement*, la malade se décide à parler pour déclarer que sa bouche n'est le siége d'aucun mal. Convenons que si le mutisme volontaire a disparu, il est plus que probable que la monomanie ambitieuse qui faisait le fond, l'essence même de la maladie, n'a pas dû céder à un si innocent stratagème. Dans tous les cas, on ne peut s'empêcher de demander à M. Leuret pourquoi il a mieux aimé feindre d'être muet que borgne ou boîteux. Puisque tout a été obtenu par la crainte du traitement, peu importait qu'il fût prescrit par l'un ou par l'autre. Bien des gens penseront même avec raison qu'un médecin, loin d'être en droit de se faire de ses infirmités un titre à la confiance des malades, doit être au contraire dans une position défavorable quand on l'appelle pour une maladie dont il ne sait pas se débarrasser. N'est-il pas évident aussi que M. Leuret aurait eu plus de chances de succès, s'il eût feint de découvrir sur la langue de sa malade quelque ulcère, et qu'il eût déclaré que l'application du fer rouge pouvait seule lui rendre la parole. C'est ainsi qu'en a agi, dans de semblables circonstances, Esquirol, auquel l'expédient dont usa si habilement Boerhaave était bien certainement connu.

Comme on le voit, ces deux observations n'auraient pu être mieux choisies quant elles auraient eu pour but unique de prouver que M. Leuret ne s'écarte en rien de la route ordinaire. Il n'est pas un de nous qui, s'il ne craignait pas d'abuser des momens de l'Académie, ne puisse tous les jours lui faire de semblables communications. Ce qui serait vraiment à désirer, c'est que M. Leuret fît connaître quelques faits complets qui confirmassent les points de sa doctrine par lesquels elle diffère essentiellement de celle qui est généralement admise; par exemple : des guérisons obtenues par la *douleur* et surtout par ces *aspersions de vingt cinq à trente seeaux d'eau froide*, dont il ne peut nier avoir recommandé l'usage. Jusque-là il s'expose à faire croire ou qu'il recule devant ses propres conseils, ou qu'il en réserve l'application soit pour les malades des hôpitaux, soit pour des cas particuliers qu'il serait à désirer que l'Académie le priât enfin de vouloir bien préciser.

Quant à cette assertion : *Jusqu'à présent les moyens moraux n'ont été employés que comme accessoires dans le traitement de la folie*; et cette autre : *Dans ce traitement les moyens médicaux sont pour le moins inutiles*; la lecture de tous les ouvrages publiés depuis quarante ans en France sur la matière, démontre que la première est complètement inexacte, et l'expérience journalière prouve que la seconde est une erreur, comme je crois l'avoir déjà démontré.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur et très honoré confrère, votre très humble serviteur, BLANCHE, D.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Vendredi, 12 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Blandin a été argumenté par :

MM. Michon.
Sanson (Alphonse).
Robert.
Malgaigne.

La question était : Des accidens qui peuvent survenir pendant les opérations, et des moyens d'y remédier.

— M. Lionville, membre de l'Intitut, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des Sciences de Turin.

— M. Dumas, membre de l'Institut, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris en remplacement de M. le baron Thénard, démissionnaire.

— M. le docteur Fourcault a communiqué à l'Institut quelques observations relatives aux opinions émises par M. Dutrochet dans ses recherches sur les causes du mouvement du camphre. Ces réflexions tout entières consacrées à la philosophie des sciences échappent à l'analyse.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacie, contenant le résumé des travaux thérapeutiques publiés en 1840, et les formules des médicamens nouveaux tels que le lactate de fer, l'écorce de tulipier, le monésia, le guarana, l'antrakokali, et les préparations nouvelles d'aconitine, de pulsatille, de goudron, de seigle ergoté, de copahu et de cubèbes, le sirop de Boubée, les pilules de Lartigues, etc., etc.; suivi d'une monographie du diabètès sucré ; par A. BOUCHARDAT, D.-M.-P., professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc. — 1 vol. in 18, prix : 1 fr.—Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, (anciennes maisons Gabon et Deville-Cavellin,) rue de l'Ecole-de-Médecine, 10. — 1841.

Résumé de la médecine hippocratique, ou Aphorismes d'Hippocrate, classés dans un ordre systématique, et précédés d'une introduction historique; par DEZEIMERIS, D.-M.-P., bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris.

Paris, 1841.— Un joli vol. in-32, élégamment cartonné. Prix : 2 fr. 50 c.

Chez Fortin, Masson et comp., successeurs de Crochard et comp., libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Chimie organique appliquée à la physiologie végétale et à l'agriculture, suivie d'un *Essai de toxicologie*; par JUSTUS LIEBIG, traduction faite sur les manuscrits de l'auteur, par CHARLES. — Paris, 1841. Un vol. in-8°, sur papier vélin satiné. Prix : 7 fr. 50.

Chez Fortin, Masson et compagnie, successeurs de Crochard et compagnie, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 16 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 22, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Gangrène sénile. Vice de cette dénomination, qui offre l'inconvénient de ne pas indiquer la lésion anatomique qui est la cause prochaine de cette gangrène. Amputation de la jambe. Quelques remarques sur les amputations non sanglantes. Examen du membre amputé.

Un vieillard âgé de soixante-dix ans est entré à la salle Sainte-Marthe pour une gangrène sénile du pied, dont les premiers symptômes s'étaient déjà manifestés depuis quelque temps. En rendant compte de ce malade, M. Roux s'élève contre la dénomination impropre par laquelle on la désigne, et qui offre, dit ce praticien, le grave inconvénient de passer sous silence l'altération anatomique à laquelle elle se rattache. Il rappelle qu'autrefois on attribuait la gangrène sénile à une faiblesse directe, à une diminution de la vitalité de la partie qui en était le siége; les progrès de l'anatomie pathologique ayant démontré qu'elle est la conséquence d'une altération du système artériel, d'où résulte la compression des artères suivie de leur obstruction plus ou moins complète. La cause de cette obstruction pouvant d'ailleurs résider soit à l'intérieur des vaisseaux, soit à leur extérieur, soit dans les parois même; et l'observation ayant, d'autre part, démontré que cette forme ou variété de la gangrène, quoiqu'assurément plus fréquente chez les vieillards, est loin de leur appartenir exclusivement, puisqu'on l'a également rencontrée chez des adultes, et même des jeunes sujets. M. Roux, disons-nous, indique la nécessité de substituer à cette dénomination vicieuse une autre qui exprimerait la lésion anatomique à laquelle se rattache la gangrène sénile.

Se livrant à quelques considérations relatives à la marche de cette affection, M. Roux ajoute qu'une fois la gangrène déclarée, l'art est obligé d'intervenir pour aider la nature dans l'élimination de la partie frappée.

Des douleurs quelquefois atroces annoncent le développement de la gangrène, qui tarde plus ou moins longtemps à se déclarer. Des violences extérieures cependant peuvent hâter son explosion et agir comme cause déterminante. M. Roux cite quelques faits à l'appui de cette proposition, celui entr'autre d'un vieillard aisé, qui, en descendant de diligence, se frappa le pied, lequel d'ailleurs était depuis quelque temps douloureux, et chez lequel la gangrène sénile ne tarda pas à se développer. La gangrène affecta la forme dite sèche, et l'amputation de la jambe ayant été pratiquée par M. Roux, la mort s'en suivit.

Il paraît que chez le vieillard de la salle Ste-Marthe, une cause externe aurait été pour quelque chose dans le développement de la gangrène. S'il faut l'en croire, il se serait arraché en partie l'ongle du gros orteil : chose difficile à constater au moment de l'entrée du malade, à cause de l'altération déja avancée des parties.

L'amputation de la jambe a été pratiquée au lieu d'élection, que l'on a d'ailleurs été obligé d'adopter, puisque la gangrène s'étendait jusqu'à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe, limite à laquelle elle s'était arrêtée depuis plusieurs jours.

M. Roux, pour démontrer la nécessité d'amputer en pareil cas, s'appuie avec insistance sur le grand travail qu'eût réclamé l'élimination des parties frappées par la gangrène, si ce travail avait été abandonné aux seules forces de la nature. Celle des os surtout, eût demandé un temps excessivement long, et aurait entraîné avec elle une suppuration aux frais de laquelle l'économie appauvrie d'un vieillard n'eût assurément pas pu suffire.

Quarante-huit heures après l'amputation, le malade était encore dans un état satisfaisant, mais qui ne laissait pas moins de donner de graves inquiétudes, à cause de son grand âge. La réaction était modérée; mais une circonstance qui compliquait le cas était l'abattement moral dans lequel le malade était tombé par suite de la nécessité dans laquelle il s'était trouvé de faire le sacrifice d'un de ses membres, chose à laquelle il était loin de s'attendre.

Avant de procéder à l'amputation, M. Roux avait annoncé que probablement il aurait eu à faire la ligature d'un petit nombre de vaisseaux, parce que dans tous les cas de gangrène, quelle que soit d'ailleurs sa cause, lorsqu'on ampute près de la région sphacelée, on trouve les vaisseaux obstrués en grand nombre. Ce fait, dit ce chirurgien, qui a été noté depuis bien long-temps, est ce qui a fait dire qu'il y avait des amputations non sanglantes. Il trouve son explication, qui est toute anatomique, dans la coagulation du sang dans l'intérieur des artères. En effet, dès que la gangrène s'empare d'un membre, par exemple, la circulation y est d'abord abolie, et l'état de repos du sang entraîne bientôt sa coagulation. Les caillots se propagent plus ou moins haut dans les artères d'un certain volume, et la circulation de la partie ne se fait plus que par les capillaires. Je le répète, l'absence presque complète d'écoulement sanguin pendant les amputations que l'on pratique au milieu de semblables conditions est un fait depuis long-temps connu, et ce ne fut pas sans quelque étonnement que lors de mon premier voyage à Londres, en 1814, je vis l'importance que l'on attachait à un cas d'amputation pratiquée chez un vieux marin de l'Hôtel des militaires invalides, à la suite de gangrène, qui ne s'était presque pas accompagnée d'écoulement sanguin.

Chez notre malade, l'artère tibiale antérieure seule a fourni du sang et a été liée; la tibiale postérieure était remplie par un caillot, et n'a pas laissé écouler de sang: nous y avons néanmoins appliqué une ligature. L'artère tibiale antérieure était dure, et partageait à un moindre degré l'altération que nous avons remarquée à la postérieure ainsi qu'aux autres artères, et qui a amené la gangrène. Celle-ci était rapetissée, rétrécie dans toute sa longueur, et les parois en étaient dures et épaissies; les parois de la tibiale antérieure, au contraire, ne présentaient que des nodosités de loin en loin et quelques incrustations osseuses. Ainsi, la gangrène du membre est bien évidemment arrivée par suite de l'oblitération des artères.

Cette oblitération peut arriver d'une manière en quelque sorte aiguë, même chez des sujets jeunes, et amener la gangrène; alors le développement de celle-ci est précédé des symptômes de l'artérite ou inflammation des artères. J'ai observé ce fait, rare à la vérité, chez une jeune fille à laquelle je fus obligé d'amputer le bras, et qui succomba; je puis citer un fait analogue arrivé à la femme d'un médecin, l'année du choléra, et qui succomba le jour même que je devais l'amputer.

Mais cette marche aiguë, dans le progrès des altérations artérielles, est un phénomène qui s'observe rarement; et le plus communément, le travail qui prépare l'obstruction des artères s'effectue avec lenteur, ainsi que cela est arrivé chez notre vieillard de la salle Sainte-Marthe.

Testicule tuberculeux; extirpation. Remarques générales sur le sarcocèle.

Nous allons opérer aujourd'hui un homme de la salle Sainte-Marthe, qui est affecté d'un sarcocèle tuberculeux, et nous croyons devoir profiter de cette occasion pour vous présenter quelques remarques sur le sarcocèle.

On applique indifféremment la dénomination de sarcocèle à la dégénérescence cancéreuse du testicule, de ses dépendances et enveloppes, de même qu'aux vésicules affectés de tubercule, et cet abus de langage n'est pas sans inconvénient. L'état cancéreux et l'état tuberculeux des testicules sont pourtant bien distincts, et si l'un et l'autre ne sont pas susceptibles de résolution, ils varient cependant d'une manière importante en ce qui concerne les suites qui peuvent résulter de la persistance trop prolongée de la maladie pour qu'on y prenne garde.

Il serait trop long d'énumérer ici les formes ou variétés que peut présenter le véritable sarcocèle, ou dégénérescence carcinomateuse, selon le siége qu'il occupe, tel que le testicule même, l'épidydime, le cordon, les enveloppes, le tissu cellulaire ou la peau des bourses (cancer des ramoneurs). Cette dernière forme, qui est assez rare chez nous, se présente plus fréquemment en Angleterre; dans mes deux voyages à Londres, j'ai eu chaque fois occasion d'en observer plusieurs exemples dans les hôpitaux de cette capitale.

FEUILLETON.

NOTICE SUR L'ANATOMIE ET SUR LA PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYMUS;

Par le docteur Joseph Corti.

(Suite du n° 20.)

L'enfant qui m'a fourni cet exemple d'asthme thymique était âgé de dix-huit mois, prenait encore le sein, et, d'après ce qu'on me dit, avait été très vigoureux et fort robuste avant de tomber malade. Je le visitai pour la première fois deux mois après l'invasion de la maladie. Pendant cet intervalle de temps, il fut traité par un chirurgien qui me raconta que l'affection débuta et continua à marcher par accès de respiration sibilante et imitant le chant du coq, accompagnés de symptômes d'asthme suffocant qui, après avoir duré ordinairement pendant environ une minute, disparaissait pour reparaître le jour suivant. Pendant ces intervalles, l'enfant suçait avidement, et comme auparavant, le lait du sein maternel, et paraissait libre et débarrassé de toute espèce de mal. Seulement, les déjections alvines étaient assez fétides, fréquentes et d'un jaune verdâtre; en outre, quelque temps après l'invasion de la maladie, elles contenaient quelquefois des petites concrétions biliaires qui imitaient la couleur des fèces.

Selon l'usage que l'on tient avec les enfans, on administra et on répéta des anthelmintiques et des laxatifs de diverses manières, mais sans avantage. Ensuite, comme les paroxysmes devenaient plus fréquens et accompagnés de plus d'angoisses, on appliqua huit sangsues sur les côtés de la trachée, et les accès cessèrent de se manifester pendant quatre jours.

Au bout de ce temps les accès reparurent plus fréquens et plus violens qu'auparavant, et en même temps associés à des spasmodies et à des convulsions épileptiformes, à une rigidité dans les muscles du thorax et du cou plus prononcée, et à une contraction dure et inflexible des pouces des mains et des doigts des pieds. Dans cet état déplorable, on employa quelques remèdes antispasmodiques, sinon avec préjudice manifeste, certainement sans aucune sorte d'avantage.

Appelé de nouveau quand le malade se trouvait dans la triste condition que je viens de retracer, j'observai en outre que l'enfant était atteint d'une somnolence qui alternait avec de l'inquiétude et de l'agitation. Le pouls battait environ 120 fois par minute; sa face était animée, rubiconde et légèrement tuméfiée; les yeux étaient languissans et sans éclat; la pupille était dilatée; la respiration était plus laborieuse et plus fréquente que de coutume; elle était en même temps sonore. Le thorax rendait à la percussion un son clair; on entendait au moyen du stéthoscope le bruit de l'expansion vésiculaire, mais faible. Il n'existait pas un intervalle plus marqué et plus libre entre un paroxysme et l'autre.

En ma présence il se déclara un accès (car ils étaient devenus très fréquens) : le petit malade se mit à ouvrir et à fermer la bouche, et à rouler convulsivement les yeux dans les orbites. Les muscles du cou d'abord, puis ceux du thorax, se contractaient avec violence; la face et les lèvres revêtaient peu à peu une couleur violette; les ailes du nez se mouvaient avec beaucoup d'agitation. L'anhélation laborieuse, qui menaçait de suffocation, se traduisait par un sifflement redoublé et plaintif qui ressemblait plutôt au piauler du poussin qu'au chant aigu et vibrant du coq; le gozier s'ouvrait en deux ou trois actes d'inspiration, auxquels ne succédait pas d'inspiration. Le thorax transmettait à la percussion un son en quelque sorte obscur, grave et suffoqué. Le murmure respiratoire ne s'entendait qu'à la partie supérieure de la poitrine; les battemens du cœur étaient si fréquens et si précipités qu'on ne pouvait les compter; le pouls était petit et à peine perceptible. L'*acmé* du paroxysme dura environ deux minutes, ensuite il diminua et se calma par degré, en laissant l'enfant abattu et atteint de dyspnée.

Le diagnostic relatif à la nature réelle et au siége effectif du mal était difficile et plein de doutes. Cependant, eu égard à l'utilité, quoique temporaire, qu'avait produite auparavant la soustraction de sang, réfléchissant à l'inefficacité des antispasmodiques prescrits par la suite, on résolut d'appliquer pendant la rémission des accès quelques sangsues sur les côtés et à la partie supérieure du sternum, et plus en haut, au voisinage de la trachée. En attendant, on posa des révulsifs aux pieds.

Moyennant cette méthode de traitement, on obtint effectivement un retard, et une suspension des paroxysmes, qui étaient, avant cela, sub-intrans; mais le lendemain, il reparut un très violent accès d'asthme : le petit malheureux expira avec tous les signes de l'asphyxie.

A l'ouverture du cadavre, pratiquée vingt-huit heures après la mort, on rencontra d'abord la glande thyroïde engorgée et visiblement plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Ayant ouvert le larynx et la glotte, on trouva leur capacité un peu diminuée et rétrécie, attendu que la muqueuse en était mollement gonflée et offrait ses capillaires turgides et d'un rouge tenace. Les parois de ces organes étaient enduites d'une humeur visqueuse et écumeuse.

Après avoir soulevé le sternum et replié les côtes, se présenta aussitôt à la vue la glande thymus augmentée considérablement de volume. Elle adhérait faiblement à la trachée; mais, en se recourbant sur les côtés de ce canal elle l'embrassait étroitement, et s'étendait même supérieurement plus que dans l'état normal. La capsule cellulaire qui entoure le corps du thymus était résistante et plus épaisse que de coutume. Les lobules de la glande étaient fort rapprochés les uns des autres, et son parenchyme était assez dense, rougeâtre et rempli de sang. A la section de ses lobules il s'en écoulait avec lenteur des gouttes d'une humeur blanche opaque et fort glutineuse. Le thymus tout entier pesait 341 grains.

Quant à la trachée, sa cavité ne paraissait pas rétrécie. Au demeurant, sa muqueuse était pointillée, et tapissée d'une substance visqueuse.

On examina quelques-unes des plus grosses bronches, et leur intérieur fut trouvé çà et là rougeâtre, et couvert d'un mucus filamenteux.

Le parenchyme des poumons était sain. Le tissu du cœur était partout normal. Le trou oval était parfaitement fermé. Les quatre cavités du cœur et les gros troncs vasculaires contenaient un sang uniformément noirâtre; la voûte du diaphragme proéminait plus qu'il ne fallait dans la cavité du thorax, et les viscères qui sont unis à ce muscle avaient été entraînés supérieurement avec lui. La substance du foie semblait un peu plus flasque qu'à l'ordinaire, et était en partie couverte d'un enduit de matière muqueuse. La vésicule du fiel renfermait des petites concrétions biliaires, molles, aplaties, colorées en vert et en jaune; une concrétion semblable se trouvait dans le canal cholédoque. Les autres viscères ne furent pas examinés.

La nécroscopie mit en évidence, dans ce fait, cinq altérations pathologiques spéciales :

1° Congestion sanguine dans les divisions bronchiques;
2° Mucus visqueux contenu dans les mêmes canaux;
3° Larynx et trachée hypérémiés à leur face interne et tapissées d'une mucosité écumeuse;

On réunit aussi sous le nom de sarcocèle d'autres tumeurs non cancéreuses, mais qui peuvent cependant occasionner la mort : de ce nombre est l'affection tuberculeuse du testicule. Cette maladie est assez fréquente, et après les organes splanchniques, le testicule est assurément celui qui est le plus souvent atteint de tubercules.

Il n'y a guère qu'une vingtaine d'années qu'on a appris à distinguer cette variété du sarcocèle du véritable cancer; on sait aussi aujourd'hui que des deux c'est le plus fréquent.

Les motifs qui amènent à pratiquer l'extirpation du testicule par suite de sarcocèle tuberculeux ne sont pas les mêmes qui réclament une semblable opération lorsqu'il s'agit d'un véritable cancer. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'il existe une dégénérescence cancéreuse, on craint la persistance infinie d'une maladie, dont les conséquences peuvent devenir sérieuses ; ainsi bornée d'abord à un seul point, par le progrès du temps, les ganglions lymphatiques peuvent s'engorger à leur tour, ainsi que le cordon, etc.

Il n'en est pas de même du testicule tuberculeux, car à part les souffrances plus ou moins vives auxquelles le malade est soumis, la persistance de la maladie n'entraîne pas d'ordinaire de graves dangers. Cependant, à la longue, le cordon peut s'engorger, quoique à la vérité, cela arrive rarement.

Le diagnostic différentiel est facile quand la maladie est avancée. Dans le testicule tuberculeux, en effet, la tumeur est bosselée, l'épidydime peut être distingué plus ou moins facilement de la tumeur, des abcès se sont déjà formés ou sont en train de se former, des fistules peuvent avoir succédé à leur ouverture spontanée ou provoquée. De plus, on aura bien souvent en même temps d'autres caractères éloignés qui démontreront chez le sujet malade, une constitution lympathique, scrofuleuse même, trèsprcpre par conséquent au développement des tubercules ; ainsi des engorgemens ganglionnaires actuels ou des cicatrices indiquant qu'il en a existé en d'autres temps et qu'ils se sont terminés par suppuration. Les deux testicules pourront être affectés simultanément, quoiqu'ils ne l'aient pas été tout d'abord à la même époque et que, des deux côtés, la maladie ne soit pas également avancée. A cet égard, il peut même y avoir simple tendance de l'organe resté sain jusqu'alors à s'affecter à son tour. Tous ces caractères réunis doivent faire présumer qu'il s'agit d'un sarcocèle tuberculeux : les présomptions devront d'ailleurs augmenter, si les deux testicules sont en même temps chroniquement engorgés, car il est presque sans exemple, tant le fait est rare, que ces deux glandes passent simultanément à l'état d'engorgement squirrheux. Le plus ordinairement l'engorgement des deux testicules à la fois consiste en une simple hypertrophie ou bien reconnaît comme cause le principe syphilitique ; d'où résulte la nécessité de s'assurer que l'on n'a affaire à aucun de ces états morbides lorsque l'on est d'ailleurs porté à croire qu'il s'agit d'un double sarcocèle tuberculeux.

Dans ce dernier cas on a le plus souvent occasion d'extirper successivement les deux testicules, tandis qu'il est excessivement rare que l'on soit forcé d'en venir à une semblable extrémité dans le cas de sarcocèle cancéreux ; tellement rare que, pour mon propre compte, pareille chose ne m'est jamais arrivée. Je suis loin d'affirmer, bien entendu, que d'autres n'aient pas eu occasion de le faire, loin de là ; de même que les deux seins peuvent être successivement affectés de squirrhe chez les femmes, de même l'on conçoit qu'il puisse en arriver autant pour les testicules ; mais, je le répète, jamais je n'ai eu occasion d'extirper les deux testicules soit en même temps, soit successivement pour des sarcocèles véritablement cancéreux ; tandis que bien souvent j'ai dû le faire pour des sarcocèles tuberculeux.

Chez notre malade il y a eu des abcès, la peau est altérée, amincie, et il existe quelques petits trajets fistuleux. Bien convaincu que la maladie ne rétrogradera pas, nous croyons devoir abréger ses souffrances et faire l'extirpation de son testicule gauche.

— Ce malade a succombé samedi matin, soixant-deux heures après la mort.

Fistule stercorale. Opération exploratrice. Péritonite. Mort. Autopsie.

Contrairement à l'espoir que l'on avait de conserver ce malade, il a succombé à la violence d'une péritonite qui s'est déclarée à la suite de l'opération. Les légers symptômes abdominaux que M. Roux avait annoncés n'étaient pas moins que les préludes de l'inflammation de la séreuse abdominale dont il a été impossible d'arrêter les progrès.

A l'autopsie, voici ce que l'on a constaté, du côté de l'abomen, à part bien entendu les caractères anatomiques ne la péritonite, et seulement pour ce qui concerne la fistule stercorale. Le paquet intestinal représente une masse réunie par de nombreuses adhérences qui unissent les circonvolutions entre elles.

L'ouverture de l'intestin qui livrait passage aux matières stercorales, existe près de la fosse iliaque droite; elle communique avec une vaste poche sous-péritonéale qui, de cette région, s'étend à celle qu'occupe la fistule stercorale. La surface intérieure de cette poche offre l'aspect des muqueuses accidentelles ; elle contient une quantité assez considérable de matières stercorales qui, versées de l'intestin dans la cavité, ne refluaient que par regorgement. La poche, nous le répétons, était sous-péritonéale, et avait son siége entre le feuillet pariétal du péritoine et la paroi abdominale antérieure. K...

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

Affections traumatiques de l'urètre ; angine gangréneuse ; état adynamique. Mort.

Nous vous avons déjà entretenu de cet enfant de la Saint-Côme, qui s'est coupé le canal de l'urètre en se liant la verge avec une ficelle dans le but, disait-il, de ne point laisser échapper ses urines dans le lit pendant le sommeil. Nous vous avons dit, en parlant de la fréquence des maladies des organes génito-urinaires chez les enfans, et en signalant, pour ce qui concerne l'affection calculeuse en particulir, que le service de chirurgie des enfans, reçoit vingt quatre calculeux terme moyen, et que c'était l'exacte proportion que dans un semblable laps de temps nous avons rencontré parmi les vieillards de Bicêtre; nous vous avons dit pour ce qui est de l'affection qui nous occupe en ce moment, qu'elle se présente beaucoup moins souvent, assez fréquemment cependant pour que M. Baffos, pendant les trente années qu'il a été chargé du service des enfans l'ait observé, terme moyen, de deux à trois fois par an. Ce chirurgien habile nous a assuré que ces cas ont présenté en général peu de gravité, et que la guérison en a été obtenue au moyen de la sonde à demeure, aidée tout au plus de quelques cautérisations ; mais que, dans aucun cas, il n'a été nécessaire de recourir à la suture.

Nous espérions que les choses se passeraient d'une manière heureuse chez notre petit malade, lorsque, jeudi dernier, il accusa une douleur urétrale qui nous engagea à suspendre l'emploi de la sonde. Le lendemain il eut un frisson prolongé et intense, auquel succéda un froid cholérique permanent. Un mal de gorge ne tarda pas à se déclarer ; le pouls était faible, misérable. Le ventre n'était pas douloureux, ce qui nous fit bien comprendre que les phénomènes redoutables qui existaient n'annonçaient pas une catastrophe dépendante d'un désordre existant soit dans la vessie, soit dans celle-ci et dans le péritoine, soit de toute affection abdominale aiguë indépendante des organes urinaires.

Nous nous hâtâmes de cautériser la gorge avec le jus de citron, puis avec l'acide chlorhydrique. Les toniques à l'intérieur ont simultanément été mis en usage pour combattre l'adynamie profonde dans laquelle le malade était soudainement tombé et dissiper l'état algide qui persistait toujours. Mais quoi qu'on ait pu faire, le malade a promptement succombé.

A l'examen du cadavre, nous n'avons rencontré d'autres lésions que celles qui avaient pu être appréciées pendant la vie, savoir, les caractères anatomiques d'une angine gangreneuse. Les organes génito-urinaires, à part bien entendu la lésion de l'urètre, étaient parfaitement sains.

Voilà donc un sujet atteint d'une affection qui, assurément, ne portait avec elle, ni actuellement, ni prochainement, un péril sérieux, et qui nous est enlevé par une angine maligne. Le chirurgien est dans ce cas à l'abri de tout reproche, car on ne saurait le rendre responsable des atteintes que peut porter à son service une affection épidémique. Nous avons fait pour ce malade, comme pour les autres, tout ce qui était en notre pouvoir pour le mettre à l'abri de l'influence de l'épidémie : mais tous les praticiens savent combien trop souvent les affections épidémiques se jouent de leurs précautions, de leur prudence. Cependant, est-il bien certain que nous ayons été convenablement secondés dans nos efforts par les personnes qui nous entourent? Nul reproche ne saurait être adressé aux élèves de service, qui tous s'acquittent avec beaucoup de zèle et de connaissance des emplois qui leur sont répartis. Mais il n'en est pas tout à fait ainsi des autres personnes du service. Le service des salles est encore mal fait, quoique nous ayons obtenu quelques améliorations dans le personnel des infirmiers et autres personnes ; de là résulte que les petits malades qui auraient le plus besoin d'être surveillés, d'être servis, sont négligés. D'autres inconvéniens résultent d'une administration mal entendue : ainsi, les salles sont insuffisamment chauffées ; de là une foule d'inconvéniens dans un service d'enfans toujours peu soigneux d'eux-mêmes, plus sujets à se découvrir que les adultes, et dont plusieurs ont fréquemment leur lit mouillé par les urines. Y a-t-il à s'étonner après cela que les angines graves aient sévi sur un aussi grand nombre d'enfans depuis le commencement de l'hiver?

Strabisme convergent opéré par le procédé de M. Phillips, sans résultat immédiat favorable. Quelques remarques sur le strabisme divergent.

Au no 1er de la salle St-Côme est un enfant âgé de près

4° Modifications dans le parenchyme du foie, et vésicule du fiel pleine de calculs ;

5° Traces d'hypérémie et augmentation de volume de la substance du thymus.

Auxquels de ces phénomènes posthumes doit-on rapporter les symptômes d'asthme qui, avec tant de force et d'opiniâtreté affectèrent l'enfant pendant sa vie ? La maladie fut-elle entièrement nerveuse dès son origine, et les altérations pathologiques rencontrées dans le cadavre furent elles le produit secondaire des fonctions perverties et des vellications désordonnées ?

Comme ces opinions, relativement à l'essence et au siége des affections asthmatiques furent parfois soutenues par de célèbres pathologistes, et comme, pour me servir des paroles de Stokes, « l'expérience nous enseigne qu'il n'y a rien de plus commun que d'observer le spasme succéder à une lésion organique, ou bien une lésion organique venir à la suite d'une maladie tout à fait nerveuse », je suis persuadé que l'on ne considérera pas comme un travail dénué de toute utilité, si, eu égard à l'asthme thymique, je prends la résolution de dire quelques mots sur ces objets intéressans.

Dans le cas que nous venons d'exposer, l'on a vu qu'il existait des traces de congestion sanguine dans les vaisseaux capillaires des bronches.

Ce phénomène morbifique, à l'exclusion de tout autre, aurait suffi à Parry pour attribuer à cette altération les spasmodies asthmatiques qui si cruellement tourmentèrent l'enfant. En effet, c'est une proposition absolue de cet excellent et judicieux pathologiste, que, chez les adultes et chez les enfans, le prétendu asthme spasmodique dépend même aussi d'un engorgement insolite des vaisseaux sanguins de la membrane muqueuse des bronches. L'auteur, à l'appui de son assertion, ajoute que c'est une absurdité de soutenir que l'asthme est une maladie purement nerveuse occasionnée par une constriction spasmodique des tubes aérifères, puisque jusqu'à présent personne n'est parvenu à découvrir des fibres musculaires dans leurs parois, ni à démontrer qu'il existe quelque autre puissance susceptible de produire un effet semblable (1). Nous discuterons, ci-après, la valeur de ces raisons.

Robert Bree, tout en rejetant la nature réellement spasmodique de toute espèce d'asthme, en fait consister la cause efficiente dans la sécrétion copieuse de mucosités qui, en obstruant et en irritant les bronches et les cellules aériennes, provoquent les accès périodiques (1).

Ainsi donc Parry et Bree établissent le point de départ de toute espèce de symptômes asthmatiques dans les canaux bronchiques ; cependant ils diffèrent entre eux dans la manière de constituer la cause matérielle qui les produit, mais ils s'accordent à soutenir que les mouvemens spasmodiques qui se manifestent ne sont autre chose que des effets secondaires.

Je ne m'arrêterai pas à démontrer, parce que ce serait un argument placé en dehors de la question, qu'il est maintenant prouvé par les observations anatomiques de Morgagni, par les faits rapportés tout au long dans son ouvrage par Bree, et par les plus récentes nécrotomies de Rostan (2), que plusieurs affections chroniques des adultes et des vieillards, lesquelles d'ordinaire se manifestent avec des exacerbations récurrentes d'anhélation, et auxquelles les anciens médecins donnèrent le nom d'asthme, sont occasionnées par des anévrismes, par des hypertrophies, par des concrétions palypeuses et par d'autres lésions du cœur ou des gros vaisseaux ; ou bien sont produites par des effusions séreuses, par des physconies ou par d'autres maladies organiques des viscères placés dans les cavités de la poitrine ou de l'abdomen.

D'ailleurs, dans ces cas, on observe le plus communément, non des accès périodiques d'asthme, mais de simples recrudescences impétueuses d'attaque plus ou moins légère, mais continue, de respiration difficile et désordonnée ; et c'est sur cela que Mason-Good a motivé la dénomination de *Dyspnœa exacerbans* qu'il donne à cette gêne de respiration (3).

Mais pour en revenir plus directement à notre sujet, pourrions-nous affirmer avec plus de vraisemblance que l'asthme périodique auquel les enfans sont sujets provient plutôt des causes qui lui sont assignées par Parry et par Bree ?

Par rapport à l'opinion du premier, outre les autres raisons que nous alléguerons ci-après, un fait très commun semble susceptible de pouvoir la renverser ou du moins d'en limiter considérablement la prétendue influence absolue.

En effet, qu'y a-t-il de plus fréquent que l'hypérémie active ou passive des capillaires des bronches ? Et nonobstant, ne voit-on pas cette condition morbide se manifester avec une dyspnée continue ou tout au plus rémittente, plutôt que sous la forme de paroxysmes périodiques d'asthme ? Cette raison milite contre le sentiment de Bree, qui prétend que les mucosités amoncelées dans les canaux bronchiques sont la cause des accès d'asthme. En outre, pour me servir des paroles de Mason-Good : « Je ne puis regarder une remblable sécrétion comme une cause fréquente de l'asthme, attendu que, dans cette variété qu'on appelle vulgairement asthme sec nerveux ou convulsif on observe toujours qu'il se forme fort peu et parfois pas du tout de mucus, soit dans le principe soit sur le déclin du paroxysme. » On pourra bien soutenir que la sécrétion peut s'absorber, mais ce serait là mendier un prétexte pour défendre une opinon, parce qu'il n'y a pas de preuves sur lesquelles on puisse fonder la réalité de l'absorption.

D'un autre côté, en considérant attentivement le mode d'explosion et de développement des symptômes caractéristiques de l'accès suffocant dont nous nous occupons spécialement, ne serait-il pas plus exact et plus naturel de soutenir que la cause et le siége de l'affection existent dans le larynx et la trachée ? A la vérité, il résulte de l'observation nécroscopique que nous avons ci-dessus rapportée, que ces conduits offraient des traces de congestion sanguine et étaient tapissés de mucus. Et cette doctrine serait en outre étayée par Mason-Good, qui assure qu'il y a grand lieu de cruire que, dans ce qu'on appelle asthme puéril spasmodique, existe un certain degré d'irritation locale dans le larynx. C'est pourquoi, dans sa classification nosologique, non-seulement il exclut cette maladie de la classe des simples nervoses, mais en la particularisant d'une manière plus spéciale, il l'a séparée de l'asthme proprement dit, et a établi pour elle un nouveau genre, auquel il a imposé le nom de *laryngismus* avec le qualificatif *stridulus*. « Dans l'asthme, enseigne ce pathologiste, la constriction commence dans la poitrine où elle exerce principalement son action, bien que les perturbations spasmodiques peuvent s'étendre à la partie supérieure de la trachée. Dans le laryngisme, la constriction prend naissance dans le larynx, se borne spécialement à cet organe, quoiqu'elle puisse se propager jusqu'à la poitrine (1). »

(1) Elements of pathology and therapeutic. by Caleb Hillier Parry. Sec. edit. Lond., 1825. Vol. I, § 472, etc.

(1) Inquiry into disordered respiration, sect. VI, pag. 71.
(2) Mémoire sur cette question : L'Asthme des vieillards est-il une affection nerveuse ? Cours de méd. cliniq., part. II, chap. II, sect. 1re.
(3) Physiological system of nosology. London, 1817.

(1) The Study of medicine, vol. I, pag. 563, sec. édit. London 1825.

de cinq ans et demi, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de convulsions, qui présente un strabisme gauche convergent. Cet enfant, qui est très intelligent, était vivement animé du désir d'être guéri de sa difformité.

On a agité la question de savoir s'il fallait opérer les jeunes enfans atteints de strabisme, et s'il ne serait pas plus opportun d'ajourner cette opération, tant par suite de leur indocilité naturelle, qu'à cause des changemens favorables que l'âge peut amener dans leur état. Les avis ont été partagés à cet égard, et quelques praticiens se sont prononcés pour l'affirmative. Nous connaissions cependant des cas où l'âge et l'indocilité des sujets n'ont pas été un obstacle au succès de l'opération, ce qui nous autorise à la pratiquer chez notre petit malade, bien animé, d'ailleurs, ainsi que nous le disions tout à l'heure, du désir de voir cesser sa difformité, ce qui donna bien à espérer qu'il serait docile. Il n'en a pas été ainsi, cependant, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que nous sommes parvenu à achever l'opération, que nous avons exécutée d'après le procédé de M. Phillips. Avons-nous entièrement coupé le muscle droit externe, ou bien quelques-unes de ses fibres auraient-elles échappé à l'action de l'instrument tranchant?

Le résultat de la première opération nous porte à croire que la seconde supposition est la plus probable, attendu que la difformité a persisté. Opéré de nouveau au bout de quinze jours, l'opération a donné un résultat immédiat favorable. S'expose-t-on souvent à un semblable mécompte, quand on opère de trop jeunes enfans? C'est ce que nous serions porté à croire, et partant, nous réserverons désormais cette opération pour les enfans âgés de plus de dix ans, à l'exclusion de ceux au-dessous de cet âge. Hier, nous avons eu à pratiquer en ville une semblable opération chez un autre enfant de sept à huit ans, qui paraissait bien décidé à supporter l'opération; à peine avions-nous appliqué le bandeau sur l'œil non strabique, et élevé la paupière supérieure, qu'il a commencé à s'agiter au point de rendre toute tentative ultérieure impossible.

On nous présentera peut-être aujourd'hui une jeune fille qui rentre dans les conditions d'âge que nous venons d'indiquer comme favorables à l'opération, puisqu'elle est âgée de quatorze ans, et que nous opérerons d'un strabisme divergent simple. Vous savez que le strabisme divergent est, à beaucoup près, moins fréquent que le strabisme convergent; sur les cent observations que M. Phillips a consignées dans son excellent Mémoire (1), il n'en rapporte que dix de strabisme divergent. Maintenant, que faut-il penser de cette opération, qui paraît transformer fréquemment le strabisme divergent en strabisme convergent? Selon M. Phillips, ceci arrive fréquemment, et alors il devient nécessaire de soumettre les sujets à une seconde opération.

On parle peu de cette variété de strabisme dans les nombreux articles publiés et qu'on publie tous les jours sur la matière; de sorte que ce point de l'orthopédie oculaire est moins éclairé que les autres. Ainsi, qu'elles peuvent être les conséquences de cette double opération, pour ce qui concerne les mouvemens ultérieurs de l'œil?

Dans un cas qui est arrivé à notre connaissance, un strabique de la ville ayant été opéré d'un strabisme divergent, celui-ci s'est aussitôt transformé en strabisme convergent. La seconde opération qui a été pratiquée pour remédier à ce dernier a rendu à la vérité à l'œil sa rectitude normale; mais les mouvemens du globe oculaire ont été presque complètement abolis. Il est probable cependant que l'on aurait pu éviter ce grave inconvénient, qui apparemment ne sera que temporaire, si on s'était conformé au conseil que donne M. Phillips, d'attendre, pour corriger cette nouvelle difformité, que le muscle externe se soit créé de nouvelles attaches; sans cette précaution, selon ce même praticien, la seconde opération serait inutile, nuisible même.

(1) Du Strabisme, par le docteur Phillips (de Liége). Au bureau de la *Gazette des Hopitaux.*

Rétraction inflammatoire de l'aponévrose plantaire (récidive). *Tendance au varus.*

Au nº 16 de la salle Sainte-Thérèse est une jeune fille de quatorze ans qui a déja été dans le service pour une rétraction de l'aponévrose plantaire gauche, datant de plusieurs mois, et qui, en s'établissant, s'était accompagnée d'accidens inflammatoires que l'on avait négligé de combattre par les antiphlogistiques qui, employés par nous, avaient tout fait rentrer dans l'ordre. Un semblable état de choses existait antérieurement au pied droit, et c'est la reproduction des mêmes phénomènes de ce côté qui amène de nouveau la malade à l'hôpital.

Aujourd'hui, il n'existe plus aucune trace de la rétraction que nous avons combattue à gauche; il n'y a plus de douleur, et rien n'indique que la tendance du pied à se renverser soit prète à reparaître. Mais cet état persistera-t-il long-temps? c'est ce que nous n'oserions affirmer en présence des phénomènes qui existent actuellement à droite, qui sont la reproduction de ceux que la malade avait éprouvés antérieurement à sa première entrée à l'hôpital, et dont il ne restait plus alors aucun vestige. Ainsi la concavité du bord interne du pied droit est augmentée, des douleurs se font sentir sur la même étendue, et la région plantaire est légèrement douloureuse à la pression.

Les antiphlogistiques, qui ont réussi une fois, seront employés de nouveau, et nous avons tout lieu de croire qu'ils seront suffisans pour faire cesser les phénomènes qui existent actuellement. Mais quelle que soit la cause qui leur donne lieu, et qui consiste apparemment dans une tendance de quelqu'un des élémens fibreux du pied à s'enflammer, difficile à expliquer, cette cause nous semble subsister d'une manière permanente, et il est à présumer, qu'agissant de loin en loin avec plus d'intensité, elle se traduira constamment par la tendance des pieds au renversement qui, à la longue, pourrait amener un double varus.

Double fracture de cuisse; complication de pneumonie. Remarques sur la gravité de cette inflammation, considérée chez les enfans à l'hôpital.

Nous vous avons entretenu, à plusieurs reprises différentes, du petit malade couché au nº 16 de la salle Saint-Côme, qui est entré avec les deux cuisses fracturées, et ce n'est plus pour ses fractures que nous vous en parlerons aujourd'hui, mais bien pour une pneumonie qui est venue compliquer sa position au milieu des conditions les plus favorables pour ce qui a trait à la consolidation des deux fémurs.

Au bout de vingt-deux jours la consolidation était déjà accomplie à droite, et la portion gauche était en bonne voie, lorsque se sont manifestés les symptômes d'une pneumonie. Une saignée du bras fut pratiquée sur-le-champ, et le lendemain nous fîmes appliquer des ventouses sur la paroi thoracique droite, la pneumonie existant de ce côté. L'état dynamique du malade ne nous permit point de porter plus loin l'emploi des émissions sanguines, et nous pensâmes à suppléer à leur emploi par l'application sur le côté d'un large vésicatoire, ce qui fut fait le surlendemain. La persistance des accidens au même degré exigeait manifestement l'emploi de nouveaux moyens et le dérivatifs sur le canal intestinal furent employés alors. La manne et l'huile de ricin à la dose de quinze grammes ont été successivement employés. Les boissons adoucissantes, les lavemens émolliens ont complété les moyens de traitement dirigés contre cette funeste complication, qui conserve aujourd'hui encore toute sa gravité, et qui nous fait entrevoir l'issue la plus funeste.

Le pouls est toujours fréquent; les respirations se succèdent rapidement; la matité du côté affecté ne diminue pas, et le poumon ne reprend pas sa perméabilité. Il n'est malheureusement que trop probable que nous perdrons ce malade.

Ce fait mérite toute votre méditation: il ne faut pas croire qu'il s'agit ici d'un cas exceptionnel; loin de là, il rentre tout à fait dans la règle, et exprime la marche des choses en pareil cas.

En effet, chez les enfans retenus à l'hôpital pour des affections chirurgicales, ou pour d'autres maladies du ressort de la médecine, la pneumonie intercurrente constitue une complication grave, très grave qui se termine le plus souvent par la mort. Et cette gravité ne dépend pas d'un défaut de diagnostic en temps opportun, ou de l'emploi tardif ou insuffisant des agens thérapeutiques: cette gravité lui est inhérente et prend simultanément sa source dans des constitutions maladives, affaiblies, altérées, et dans l'ensemble des moyens hygiéniques au milieu desquels le malade s'est trouvé avant l'explosion de la pneumonie et pendant le cours de celle-ci. Aussi l'inflammation pulmonaire marche et s'aggrave quand même, quel que soit le soin, la promptitude que l'on porte à l'emploi des moyens thérapeutiques, les mieux choisis d'ailleurs. On n'a que trop souvent occasion de s'assurer de cette vérité à l'hôpital des Enfans, où cette maladie est une des plus meurtrières. Pour se convaincre de cette influence qu'exerce l'hôpital sur la gravité de la pneumonie, il suffit de comparer les résultats qu'on y obtient, avec ceux qu'offre la pratique de la ville. Ici on ne compte guère qu'un mort sur 10, et il est des praticiens qui établissent d'une manière plus large ces proportions dans le sens le plus favorable.

Cataracte congéniale; opération à droite, l'œil gauche ayant été opéré avec succès par abaissement.

La petite fille de la salle Sainte-Thérèse, nº 15, à laquelle nous avons abaissé la cataracte à gauche, a été soumise à une semblable opération de l'œil droit. Le cristallin n'ayant pas pu être abaissé, nous avons dû le broyer sur place, ce qui a pu être fait avec assez de succès pour qu'aussitôt après l'opération on ait pu en observer quelques lambeaux flottans.

Nous vous avions manifesté l'intention de fixer l'œil avec une érigne, dans le cas où il aurait présenté autant de mobibité que le gauche, circonstance qui avait multi-

---

Toutefois, cette théorie n'est pas, dans tous ses points, inattaquable. En effet, dans le cas supposé, l'irritation et la congestion des capillaires laryngés, associées à une sécrétion de mucosités, pour être cause du phénomène, doivent, conformément à la raison, exister dès le principe de la maladie, et partant accompagner constamment les signes qui manifestent l'hypérémie de l'organe affecté.

Dans cette supposition, admise pour vraie, quel est le fondement qui nous persuadera qu'un état permanent d'engorgement, de tuméfaction et de distension puisse traduire son existence continue par des attaques périodiques auxquelles succèdent des intervalles plus ou moins longs, pendant lesquels disparaît tout indice de lésion? On ne peut nier, à la vérité, que les affections du larynx, de quelque nature que ce soit, sans en exclure la phthisie laryngée, obéissent souvent et d'une manière remarquable, à l'instar des maladies des bronches, à une rémission de symptômes qui alternent avec des exacerbations successives (1); mais en y faisant bien attention, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils ne présentent pas ces intermittences périodiques, et ces accès imprévus qui caractérisent l'anhélation spasmodique des enfans.

A ces argumens, on doit ajouter qu'à l'ouverture des cadavres des enfans morts à la suite de spasme de la glotte, on trouve souvent le larynx et la trachée parfaitement saines, comme l'observation l'a démontré (2).

Dans la dyspnée périodique des petits enfans, il y a rarement de la toux; et quoique Kerr ait dit l'avoir observée, cependant ni North, ni Kellie, ni Johnson, ni Cox, ni Marsh, ni Stokes, ni Hirsh n'en font aucune mention, et l'enfant dont j'ai décrit la maladie n'en fut pas incommodé.

Or, si une affection laryngée était la cause de l'anhélation périodique des enfans, le phénomène de la toux devrait fort rarement manquer; « puisque, selon Piorry, la toux est un phénomène dont les bruits se reproduisent dans le larynx ou la trachée: peut-être même n'existe-t-elle jamais sans que ces conduits ne soient irrités primitivement, ou symptomatiquement (3). » En effet, c'est un phénomène reconnu des médecins de tous les âges, que la simple titillation produite par la luette relâchée sur l'épiglotte et l'orifice du larynx, suscite communément la toux la plus intense et la plus suffocante (1).

D'après ce que je viens de dire, il résulte, ce me semble, qu'on ne peut raisonnablement placer la cause constante et efficiente des paroysmes spasmodiques de la glotte dans le conduit laryngo-trachéal; et que dans le cas précédemment exposé, la stagnation sanguine et l'amas de mucosités trouvées dans ce canal, doivent être plutôt considérées comme des conséquences survenues à la spasmodie et à la vellication de la glotte, à l'époque où la maladie, vers sa fin, devint sub-intrante. Que les modifications pathologiques rencontrées fussent de date récente, c'est ce que tend à démontrer l'absence de gonflement œdémateux, d'abrasion et d'autres vices de texture qu'on rencontre ordinairement quand les affections laryngo-trachéales persistent long-temps.

S'il n'y a aucune cause idiopathique suffisante pour nous expliquer quelle est la source de l'anhélation périodique des enfans, devra-t-on la considérer comme un symptôme provoqué sympathiquement par une affection éloignée? Ces brusques accès spasmodiques seraient-ils peut-être, par exemple, produits par une lésion du foie et par des calculs biliaires que nous avons aussi trouvés dans le cas observé?

Que de semblables altérations pathologiques puissent, par sympathie, susciter quelquefois le phénomène morbide dont il est question, nous en convenons volontiers d'après l'autorité de Pinel (2) et de Bree (3); et d'après les observations de Wilson Philip (4), de Clark (5), de Todd (6), et d'autres. Mais qu'elles en soient la cause unique, ou du moins fréquente, c'est ce dont nous sommes loin de nous persuader, et c'est sur quoi, pour plus ample démonstration, nous désirons encore des faits bien avérés.

Nous voici désormais parvenus au point le plus important et le plus difficile de notre discussion, c'est-à-dire à la recherche et à l'éclaircissement des faits qui tendent à démontrer l'augmentation de volume de la glande thymus peut, par elle-même, et exclusivement à tout autre procédé morbide, occasionner chez les enfans la spasmodie de la glotte.

Cependant, avant de pénétrer plus avant dans l'examen de l'argument, je crois qu'il n'est pas inutile de rappeler d'abord que Kopp (quoiqu'il soit le premier qui se soit expressément livré à des études spéciales sur cette condition pathologique ne s'est pas astreint à exposer simplement ses propres observations, mais encore a enrichi son travail de celles de Rulmann, de Tritchler et de Ulrich, lesquelles, eu égard à l'essence du fait, concordent parfaitement avec les siennes. J'ajouterai seulement que la coincidence de l'agrandissement du thymus avec le développement du spasme de la glotte a été postérieurement confirmée par plusieurs autres observateurs dignes de foi.

Mais parmi les observateurs anciens y a-t-il quelqu'un qui ait jamais parlé de l'augmentation de volume du thymus et en ait décrit les phénomènes morbides? Dans l'intérêt de la vérité, je ne dois pas ici passer sous silence que Morgagni (1) fait mention d'un asthme mortel produit par le gonflement de la glande thymus; je ne laisserai pas non plus ignorer que Petermann, chez un enfant mort au bout de onze jours de souffrances, trouva le même orgaue endurci (2), et que Lieutaud le rencontra agrandi chez un adulte mort à la suite de dyspnée (3).

D'après ces prémisses si, comme nous l'avons indiqué, il est démontré par de nombreux faits pathologiques, que des tumeurs développées dans la cavité de la poitrine ont souvent excité des attaques de dyspnée chez lui qui en était affecté, nous devons être plus facilement convaincus que le thymus devenu plus gros, relativement au siége qu'il occupe naturellement, doit nécessairement susciter des ymptômes d'anhélation suffocante que Kopp nomma *asthma thymicum.*

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *V.* Giornale delle scienze mediche di Torino, vol. III, pag. 459.

(2) Trousseau et Belloc, Traité pratique de la phthisie laryngée. Paris, 1837. — Enciclop. delle med. prat., art. Laryngite. — Badham, an essay on bronchitis; London 1814.

(3) Traité du Diagnostic, t. I, chap. II, § II; Paris, 1837.

(1) Stokes, op. cité, pag. 250.

(2) Nosogr. philosoph., tom. III, p. 528, 3e édit.

(3) Op. cit., part. 1, sez. II.

(4) A Treatise on indigestion. Lond. 1822.

(5) On the influence, of the climate. sec. édit.

(6) Encyclop. med. prat., art. Indigestion. — Gardanne, mémoire sur les calculs biliaires.

(1) Epist. xvii, art. 10.

(2) Detexi glandulam thymum maxime scirrhosam uti in hydropicorum hepate et liene sæpius cernere licet. Obs. medic., decas. i, pag. 11, Lipsiæ, 1707.

(3) Hist. anat. med., lib. ii, nº 767.

plié singulièrement les difficultés de l'opération. Mais nous avons pu nous dispenser d'avoir recours à cet essai, la malade n'ayant pas beaucoup agité l'œil.

Après l'opération, la malade a eu quelques vomissemens, qui indiquent d'ordinaire une lésion de quelques-uns des filets nerveux de l'iris ; mais cet accident n'a pas eu autrement de suites, et il n'est rien survenu depuis dans l'état de la malade capable d'inspirer quelque inquiétude.

Tout porte à croire que cette opération aura une aussi bonne issue que la première.

Destruction des brides de la main ; méthode ancienne.

Nous avons, salle Sainte-Thérèse, nº 12, une petite fille âgée de douze ans, qui eut la main brûlée à l'âge de six semaines. Voici dans quelles conditions la main se présente aujourd'hui. Le pouce est détruit et n'est représenté que par le premier métacarpien, qui jouit du reste de toute sa mobilité dans le sens de l'adduction, l'abduction étant presque entièrement empêchée par les brides qui l'unissent au doigt indicateur. D'autres brides unissent fortement l'indicateur au médius. Les mouvemens de ces deux doigts sont très bornés, mais ils permettent néanmoins de reconnaître qu'aucune de leurs articulations n'est ankylosée. Les brides sont épaissis et résistantes.

Les mouvemens de la main gagneront beaucoup assurément, par l'opération que nous nous proposons de pratiquer, d'une part parce que les articulations étant toutes mobiles, l'indicateur et le médius jouiront à peu près ensuite de leurs mouvemens naturels, et que le premier métacarpien étant très mobile, agira dans la préhension comme opposant, presqu'à l'instar du pouce, cet os étant par le fait de la brûlure plus dégagé que dans l'état normal.

Ce sujet se présente dans les conditions favorables pour être soumis à l'opération d'après la méthode ancienne. En effet, les cicatrices sont parfaitement organisées, et nous n'avons pas à craindre leur destruction complète par suite de l'inflammation qui pourrait arriver consécutivement à l'opération ; la mobilité dont jouissent les doigts nous assure que la nouvelle cicatrice que nous obtiendrons sera plus étendue que celle qui existe actuellement, et que nous arriverons aisément à ce résultat par l'application d'une attelle dorsale à digitation, qui nous servira pour effectuer l'extension des doigts. Nous persisterons assez long-temps dans l'emploi de cette dernière, pour nous opposer autant que possible à toute espèce de récidive.

Cette attelle ne sera pas appliquée immédiatement après l'opération, et il n'est pas aussi urgent d'y avoir recours, que de surveiller l'inflammation, la maintenir dans des limites convenables et prévenir son excès, qui entraînerait peut-être le plus fâcheux accident qui puisse arriver en pareil cas, savoir : la destruction totale des anciennes cicatrices.

K...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Depuis le jour où nous avons réclamé en faveur du sulfate de quinine dans les hyperspléngotrophies, nous avons été à même d'affermir, s'il était possible, notre conviction à cet égard par deux faits intéressans, que nous croyons devoir communiquer aux nombreux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, comme pendant de notre article, qui fut publié dans le nº du 26 janvier de ce Journal.

M. J..., faubourg Saint-Denis, 38, commis dans une maison de roulage, fit, pendant un jour de pluie, plusieurs courses hors Paris ; il marcha beaucoup dans la boue, eut chaud et froid à plusieurs reprises, et la nuit suivante il éprouva des frissons avec tremblement et claquement des dents, suivis de chaleur et de sueurs. La même chose arriva les deux nuits suivantes. Les accès commençaient sur les deux heures du matin ; le froid durait une demi-heure, et la chaleur ne s'apaisait qu'au commencement du jour. Appelé auprès du malade après le troisième accès, nous constatâmes l'augmentation dans le volume de la rate ; elle avait 13 centimètres de bas en haut, et à peu près 11 d'avant en arrière ; nous disons à peu près, car nous n'étions pas bien sûr de la limite en arrière.

Le malade prend un gramme de sulfate de quinine à onze heures du matin ; à huit heures du soir, le même jour, la rate avait diminué de 2 centimètres dans le sens de sa longueur, et un peu moins dans son diamètre transversal. La nuit fut calme ; l'accès est pourtant revenu sur les huit heures du matin le lendemain, mais il fut de très courte durée et beaucoup moins intense.

Un gramme et demi de sulfate de quinine en une seule prise.

Le lendemain, point de fièvre ; la rate présente 9 centimètres de longueur sur 8 de largeur. Le sulfate de quinine est encore donné à la dose d'un gramme. Les jours suivans, la fièvre ne revient pas : il y a huit jours de cela, la guérison ne s'est pas démentie.

— Le nommé Leconte (Louis), journalier, entre, le 24 janvier, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Piorry. Il a la fièvre intermittente depuis six jours ; les accès arrivent tous les jours à deux heures de l'après-midi.

Le 25 janvier, on examine la rate, et on voit qu'elle a 15 centimètres de longueur sur 13 de largeur. On marque avec des lignes noires ses limites : elles sont constatées par huit personnes, dont deux médecins suédois. 1 gram. de sulfate de quinine est administré à l'instant même. Un quart d'heure après, montre à la main, on revient sur l'examen de la rate : elle a diminué de 4 lignes. La diminution est constatée par tous ceux qui avaient percuté avant l'administration du médicament. On passe près de dix minutes au lit du malade à constater le fait, et lorsque M. Piorry, qui avait percuté le premier, revient de nouveau sur la percussion après les autres, la rate est encore plus petite de deux bonnes lignes. Elle a diminué sous les doigts.

C'est surprenant, nous l'avouons, mais c'est on ne peut plus positif, et tout le monde peut s'en convaincre. Les fièvres n'étant pas rares à la Pitié (peut-être à cause de son voisinage de la Bièvre), les faits de ce genre ne tarderont pas à se répéter.

Saint-Thomas avait demandé à toucher après avoir vu ; cette preuve ne manque pas ici ; car dans la percussion, la sensation tactile est de la plus grande importance, et sans elle les sensations acoustiques seraient de peu de valeur.

Terminons en faisant observer que le sulfate de quinine fut ici donné à la dose de 1 gram. à 1 gram. 1/2, et que c'est à cette dose au moins qu'il faut l'employer ; qu'à la dose ordinaire de 50 à 60 centigram. ses effets sont lents et souvent peu marqués. Ajoutons enfin qu'il y a des cas rebelles où on est obligé d'élever la dose du sulfate de quinine jusqu'à 4 gram. ; mais ces cas sont une rare exception, la règle étant 1 à 2 gram.

Lubanski, D.-M.-P.

Note sur la guérison du bégaiement.

Le docteur Phillips a communiqué à l'Académie de médecine trois opérations faites pour guérir le bégaiement : le succès a été immédiat. Aussitôt après l'opération, les individus ont parlé librement et sans aucune hésitation, même sur les lettres qu'ils prononçaient avec le plus de peine avant d'avoir été opérés.

Ces opérations ont été exécutées en présence de MM. Pinel Grandchamp et Baud, interne des hôpitaux ; dix jours sont déjà écoulés depuis le moment de l'opération, et le résultat est resté aussi positif qu'il l'avait été après l'exécution de ce nouveau procédé.

Lorsque le bégaiement existe sur les lettres qui sont prononcées avec la langue seule, ou avec la langue et les autres parties de la bouche, on réussit à faire cesser la difformité ; mais l'opération devient impuissante pour le bégaiement dépendant des lèvres. L'hémorrhagie est abondante, et elle persiste pendant quatre à cinq heures ; cet écoulement sanguin est, du reste, favorable au malade, parce qu'il prévient le développement de l'inflammation. En trois ou quatre jours la cicatrisation de la plaie est achevée, et c'est difficilement que l'on aperçoit les traces de l'opération. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des progrès de cette découverte de M. Phillips.

— Les journaux politiques anglais et français annoncent la mort de sir A. Cooper, arrivée il y a trois à quatre jours. Ce chirurgien célèbre, âgé de près de soixante-seize ans, a succombé à une hydropisie. Nous nous bornons aujourd'hui à reproduire à la hâte cette triste nouvelle qui aura un pénible retentissement parmi ceux qui ont su admirer le génie du chirurgien anglais.

M. le ministre de la marine, sur le rapport de M. l'inspecteur général du service de santé, vient de souscrire, pour les ports de France et les colonies, à la deuxième édition des douze Lettres sur les maladies vénériennes, que publie M. le docteur Desruelles, professeur au Val-de-Grâce.

Les cinq premières lettres de cet important ouvrage, dont l'objet principal est la recherche du meilleur traitement à employer, sont en vente ; la sixième est sous presse, et les suivantes paraîtront de mois en mois.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 18 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 23, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES NOURRICES ET DES ENFANS A LA MAMELLE.

Engorgement laiteux des seins. — Fièvre puerpérale. — Feu des dents (roséole). — Ophthalmie des nouveau-nés.

Engorgement laiteux.

Au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse, nous avons une femme qui est entrée dans le service pour un engorgement laiteux du sein. Il ne faut pas confondre cette affection avec le phlegmon proprement dit, auquel du reste elle ne ressemble en aucune manière, surtout sous le rapport de la marche. En effet, cette sorte d'engorgement peut persister long-temps sans faire de progrès, jusqu'à ce que le froid ou toute autre cause venant à exercer sur le sein une action irritante, l'on voit l'engorgement s'accroître et se convertir en un véritable phlegmon.

Voici dans quel état nous avons trouvé cette femme à notre première visite : tumeur assez étendue occupant le sein droit, et dans laquelle nous avons cru reconnaître de la fluctuation ; douleur vive dans cette partie à tel point que le moindre attouchement faisait beaucoup souffrir la malade. Il y avait en outre de la céphalalgie, de l'inappétence et un peu de diarrhée.

Nous nous sommes décidés à appliquer notre bandage compressif de diachylon, non pas que nous pensions obtenir la résolution de cette tumeur, qui nous parut trop avancée pour cela, mais nous espérions par ce moyen diminuer un peu les douleurs que cette femme éprouvait, encouragés que nous étions par quelques résultats de ce genre que nous avions déjà obtenus. Le bandage compressif fut donc appliqué mardi. Immédiatement après cette application, il y eut une légère augmentation de la douleur; mais deux heures s'étaient à peine écoulées que déjà cette femme souffrait moins. Depuis ce moment les douleurs ont toujours été en diminuant.

Ce matin, quatrième jour de l'application de l'appareil, nous découvrons la tumeur, et, constatant une fluctuation évidente, nous pratiquons une incision qui laisse écouler plusieurs verrées de pus d'une très belle apparence. Le doigt plongé dans l'incision, nous reconnaissons un décollement assez considérable ; le foyer s'étend derrière la glande mammaire ; en comprimant celle-ci on en fait sortir du pus en plus grande quantité. Pour que cet abcès se vide plus facilement, nous le laisserons jusqu'à demain sans pansement : alors nous appliquerons de nouveau notre bandage compressif.

Fièvre puerpérale.

Nous avons à vous entretenir aujourd'hui, à l'occasion de deux femmes entrées dans le service, d'une affection envisagée et traitée d'une manière très différente par les médecins : nous voulons parler de la fièvre puerpérale; et d'abord il faut bien nous entendre sur ce mot.

M. Gasc, l'élève et le collègue de Broussais, a considéré, dans le Dictionnaire des sciences médicales, à l'article *Fièvre puerpérale*, cette maladie comme une péritonite. Cette idée prévalut avec d'autant plus de facilité que déjà Pinel, dans sa Nosologie, en avait parlé. Ce fut désormais une chose acquise à la science, et l'on dit péritonite puerpérale comme on avait dit auparavant méningite, pneumonie puerpérales, etc.

Ces idées-là dominèrent tout l'enseignement jusqu'en 1833, où M. Cruveilhier fut le promoteur de cette réaction. Il observa souvent, dans l'état puerpéral, des phlébites générales, des péritonites, des pneumonies, etc., dont la gravité n'était pas en rapport avec les symptômes locaux.

[illegible] le professeur Paul Dubois, dont le jugement est si [illegible] constata que, dans certaines fièvres puerpérales, la [illegible] survenait avec une rapidité vraiment effrayante, et [illegible] ces cas il rencontra, à l'autopsie, soit des méningites, des pneumonies, soit des pleurésies, soit enfin des [illegible]bites; mais toujours une altération du sang, et une [illegible]ance à la putréfaction peu ordinaire. Et comme les [illegible]ptômes généraux étaient toujours identiques, il conclut qu'il y avait là un état général, qui était le même, et s'accompagnait d'une affection tantôt de la tête, tantôt du ventre, etc. ; en un mot, que c'était le même broché, passez-nous l'expression, sur un canevas différent. Entre toutes les formes, la péritonite, puis la phlébite puerpérales, étaient le plus fréquemment graves.

Nous reprocherons à M. Dubois de n'avoir pas insisté assez sur la fièvre puerpérale élémentaire ; ainsi on s'était beaucoup occupé des complications graves de cette maladie, mais jamais de la maladie elle-même, de la fièvre puerpérale. On ne voyait jamais cette affection que sous sa forme épidémique ; c'est M. Récamier qui, depuis vingt ans, lutte contre les idées généralement admises, et ne cesse de répéter que la fièvre puerpérale peut se présenter simple, peu décidée, absolument comme on voit des varioles avec quelques pustules seulement, et d'autres avec des symptômes très graves. En un mot, cette affection pouvait être sporadique.

Toutes les fois que, chez une femme, l'on observe la suppression ou la diminution des lochies, l'affaissement des seins, de l'inappétence, des vomissemens, des douleurs d'estomac, de la diarrhée, de la douleur de ventre, surtout de la région hypogastrique, avec fièvre et abattement considérable, M. Récamier dit qu'il y a là fièvre puerpérale pouvant se compliquer de telles ou telles lésions, sans jamais dépendre de ces lésions elles-mêmes; c'est-à-dire que la fièvre puerpérale est pour lui un état particulier de l'économie, en vertu duquel, ou sous l'influence duquel l'on voit apparaître d'autres maladies. Alors, si les lésions locales, c'est-à-dire la péritonite, la phlébite, etc., sont peu considérables, l'ipécacuanha en fait justice avec une rapidité qui passe toute idée.

Arrivons maintenant à l'histoire de nos deux femmes.

Celle du n° 7 de la salle Sainte-Julie est accouchée depuis une vingtaine de jours. Huit jours environ après son accouchement, elle éprouva ce qu'elle appelle une révolution; aussitôt suppression des lochies, vives douleurs du ventre, la fièvre s'allume, il y a du délire. Tous ces symptômes, apparus sous l'influence d'une impression morale forte, restent les mêmes, et forcent cette femme à réclamer nos soins. Hier matin, nous avons, en outre, constaté que le ventre, et particulièrement la région hypogastrique, étaient douloureux et tendus, et la sécrétion du lait moins abondante. Nous avons évidemment affaire à une métrite puerpérale. Deux grammes d'ipécacuanha sont administrés dans la matinée, et déterminent six vomissemens. A six heures du soir, les lochies apparaissent. Ce matin, elles coulent naturellement ; la fièvre a cédé ; la douleur est beaucoup moins considérable. Chez cette femme, il y avait indubitablement des accidens locaux, et vous voyez une première dose d'ipécacuanha les faire disparaître rapidement.

Maintenant, cherchez si, par les saignées, les sangsues, ou n'importe quelle médication, vous pourrez obtenir un pareil résultat.

La femme du n° 31 de la salle Sainte-Anne, est accouchée il y a dix jours à la Maternité ; son enfant est mort trois jours après sa naissance ; elle a quitté cet hospice cinq jours après son accouchement. Le lendemain elle est prise de douleurs vives dans le ventre ; bouche mauvaise, inappétence, hypogastre douloureux, diarrhée aiguë ; rien du côté de la tête et de la poitrine ; les lochies sont supprimées depuis le début. Il y a de la fièvre. Elle prend hier 20 grammes d'ipécacuanha, vomit six fois, et cinq heures après les lochies reparaissent, les douleurs du ventre diminuent, la diarrhée et la fièvre cessent, et ce matin cette femme est pour ainsi dire guérie.

Si nous avons tant insisté sur ce point de thérapeutique, ce n'est pas qu'il soit nouveau : ce traitement de la fièvre puerpérale est consacré par le temps ; d'anciens praticiens en ont parlé depuis déjà longues années. M. Récamier n'a cessé de le répéter à ses cliniques, et ceux d'entre vous qui ont assisté à ses leçons ont pu, comme nous, être témoins de ses succès.

De pareils faits se rencontreront souvent dans nos salles; vous nous verrez toujours avoir recours aux évacuans, parmi lesquels nous préférons l'ipécacuanha, et le plus souvent vous nous verrez réussir.

Feu de dents. Roséole.

Au n° 1er de la salle Sainte-Thérèse, est un petit enfant dont déjà nous vous avons entretenu plusieurs fois. A son entrée dans nos salles, il avait une diarrhée fort rebelle, et qui n'a pu céder qu'au nitrate d'argent pris en lavement et en potion. Il était très bien quand, il y a trois jours, il fut pris de vomissemens et de toux, sans, du reste, que sa santé en parût souffrir. En examinant la bouche de cet enfant, nous voyons que les deux incisives médianes supérieures veulent sortir. Il y avait du gonflement de la gencive, qui a un peu augmenté jusqu'à ce jour, et aujourd'hui la peau du visage, de la poitrine et du cou est le siége d'une petite éruption érythémateuse. Cet enfant a déjà eu la rougeole ; et d'ailleurs ce que nous observons ne ressemble nullement à cette dernière affection ; bien que chez les enfans en bas-âge les maladies exanthémateuses n'apparaissent point de la même manière que chez l'adulte, cependant on peut le plus souvent assez bien les reconnaître.

Si, pour le cas qui nous occupe, nous avions affaire à une rougeole, nous aurions larmoiement, mal de gorge, chassie aux yeux, éternument, abattement le jour de l'éruption et les deux jours qui l'auraient précédé. Somme toute, chez notre enfant, dont l'état général est bon, nous ne trouvons aucun des symptômes propres à la rougeole.

Qu'a donc cet enfant? Il a ce qu'on appelle feu de dents. Et tout d'abord, expliquons ce que l'on entend par cette expression ; car souvent, dans votre pratique, vous l'entendrez prononcer. Lorsqu'un enfant fait ses dents, et principalement les molaires, vous voyez la joue du côté où se fait le travail de la dentition, devenir rouge. Dans quelques cas ce n'est plus seulement un érythème, mais des vésicules, des croûtes d'eczéma aigu présentant l'aspect du miel; quelquefois ces diverses affections cutanées occupent en même temps que la joue la face et le cuir chevelu ; mais dans quesques circonstances l'on voit plus souvent que l'eczéma, moins fréquemment que l'érythème, la peau chez les enfans devenir afflorescente, rouge et se couvrir de petites saillies papuleuses avec démangeaison considérable : c'est la roséole des petits enfans qui font leurs dents. Toutefois, il ne faut pas confondre cette dernière affection avec la roséole, qui trouve sa place près de la rougeole, de la scarlatine et de la variole. Celle-ci s'annonce par une fièvre d'incubation qui dure de douze à vingt-quatre heures, et puis l'éruption est générale, tandis que pour la roséole, feu des dents, il n'y a point de fièvre d'incubation. L'éruption est circonscrite ; elle occupe la face, le cou, la poitrine, rarement les bras et les jambes.

A l'époque de la dentition chez les enfans, l'on voit presque toujours la peau, l'intestin et les bronches être le siége de quelque émonctoire : ainsi, tantôt c'est une bronchite, tantôt une entérite, d'autres fois c'est la peau qui est le siége de la congestion ; cette dernière espèce d'émonctoire est celle que l'on doit moins craindre.

L'affection dont notre petit enfant est atteint ne présente aucune gravité ; cependant cela sert à faire comprendre comment des médecins ont avancé avoir vu plusieurs fois la rougeole chez le même sujet ; non pas que nous contestions ce fait, les exemples en sont assez communs dans la science pour qu'on ne puisse les revoquer en doute ; la coqueluche, la variole, la rougeole, la scarlatine n'atteignent ordinairement la même personne qu'une seule fois ; cependant on a vu fréquemment des individus présenter ces affections deux et même un plus grand nombre de fois.

Chez l'enfant dont nous parlons, vous nous avez vu faire une médication qui a pu vous paraître singulière ; cet enfant avait des vomissemens et de la toux ; nous lui avons donné 30 centigrammes de magnésie ; il a eu quelques selles et les vomissemens ont cessé. Cet antagonisme entre l'intestin et l'estomac s'observe très fréquemment. Pour expliquer cela on a dit que les vomissemens étant produits par les mouvemens antipéristaltiques, par les purgatifs l'on rétablissait les mouvemens péristaltiques et l'on faisait par cela même cesser les vomissemens. Il est facile de voir les mouvemens péristaltiques sur un cheval que l'on vient d'abattre ; mais que quelqu'un ait vu les mouvemens antipéristaltiques, c'est ce dont nous doutons. Conséquemment l'explication nous paraît très hasardée.

Ophthalmie des nouveau-nés.

Au n° 1er de la salle Sainte-Julie est un enfant âgé d'un mois, qui fut pris, quelques jours après sa naissance, de l'ophthalmie catarrhale purulente des nouveau-nés. Cette maladie a été considérée d'une manière très différente par les médecins sous le point de vue de la gravité : les uns disent qu'elle est très grave, les autres qu'elle doit inspirer peu de craintes puisque l'on ne l'a jamais vue donner lieu à la perte des yeux.

Cette diversité d'opinions tient à ce que probablement les ophthalmies observées par les différens médecins n'étaient point de même nature. Ainsi les ophthalmies simple, purulente, blennorrhagique, scrofuleuse, l'ophthalmie d'Egypte, sont autant d'espèces distinctes qui réclament une médication spéciale ; comme, en définitive, le siége était toujours la muqueuse de l'œil, qu'elles apparaissent à peu près de la même manière, l'on croyait aussi qu'elles étaient de nature identique.

Depuis que les travaux des Allemands ont bien fait connaître les différentes espèces d'inflammation de la muqueuse oculaire, l'on sait que telle ophthalmie peut entraîner la perte de la vue ; ainsi les ophthalmies scrofuleuse, blennorhagique, etc., tandis que telle autre, l'ophthalmie simple, par exemple, ne présente aucune gravité. Cependant celle-ci peut avoir des conséquences fâcheuses si elle vient à régner épidémiquement. Il en est du reste de cet[illegible] maladie comme de beaucoup d'autres, la variole, la [illegible]tine, etc., qui, sous l'influence de certaines cond[illegible] démiques impossible à apprécier, revêtent [illegible] de gravité qu'elles n'avaient point aupara[illegible]

Cependant l'ophthalmie des nouveau-nés [illegible] lorsqu'elle est déterminée par l'action du froid ou de la lumière, peuvent quelquefois entraîner la perte de la vue, et nous avons eu occasion de voir dans notre service quatre ou cinq enfans venir avec les yeux crev[illegible]

Dans la plupart des cas l'ophthalmie simple des nou-

veau-nés guérit très bien avec des soins de propreté ; cependant nous aimons mieux avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre. Chez notre enfant de la salle Sainte-Julie, nous avons touché la muqueuse oculaire et palpébrale avec une solution de nitrate d'argent au dixième, et l'ophthalmie a disparu.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Accouchement laborieux. Hémorrhagie abondante. Diagnostic d'une tumeur abondante; changemens survenus dans celle-ci depuis le séjour de la malade à la clinique.

La malade couchée au n° 24 de la salle St-Bernard, est accouchée, chez une sage-femme, depuis peu de jours. L'accouchement a été laborieux, et s'est accompagné d'une hémorrhagie foudroyante; la sage-femme a assuré à la malade qu'elle n'a pas perdu moins de cinq à six seaux de sang. Vous comprenez, Messieurs, avec quelle réserve il faut accueillir ce renseignement fourni par la malade; mais il n'a pas moins, pour nous, une grande importance, car il est de nature à faire présumer que la quantité du sang perdu a été considérable, quelle que soit d'ailleurs l'exagération que la sage-femme ait mis dans son récit.

Après l'hémorrhagie, le ventre est resté douloureux; la malade a conservé une grande faiblesse, et l'exploration de l'abdomen a fait reconnaître l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, que l'on a présumé être formé par des caillots de sang restés dans le ventre. Après quelques jours de séjour chez elle, la malade s'est décidée à se faire transporter à la clinique.

Alors elle était accouchée depuis un mois. Le toucher vaginal a appris que l'utérus était extrêmement élevé; c'est avec peine que nous sommes parvenu à atteindre le museau de tanche avec l'extrémité du doigt indicateur. Le toucher hypogastrique nous a fait reconnaître, dans cette région, une rénitence semblable à celle qu'aurait occasionnée la présence du corps de la matrice, et vers la fosse iliaque droite, une tumeur paraissant se confondre avec cet organe, et se prolongeant en haut vers l'épine iliaque antéro-supérieure. La pression exercée sur cette tumeur communiquait ses mouvemens au museau de tanche, et le mouvement de soulèvement imprimé par le vagin à l'utérus, se transmettait de même à la tumeur de la fosse iliaque.

Quelle était la nature de cette tumeur? Telle a été la première question que nous avons dû nous adresser. S'agissait-il d'une tumeur phlegmoneuse, ovarique, ou bien était-ce l'utérus lui-même retenu dans la fosse iliaque droite par des adhérences? La forme aplatie que la tumeur présentait, nous a fait penser que ce n'était pas le viscère utérin qui se trouvait ainsi déplacé. Cependant des changemens survenus depuis deux jours seraient de nature à nous faire adopter une opinion opposée. Ainsi, la tumeur a abandonné le point le plus élevé qu'elle occupait tout d'abord vers l'épine iliaque antéro-postérieure, et a éprouvé un mouvement de retrait vers l'excavation pelvienne; elle a acquis une forme globuleuse se rapprochant de celle du corps utérin; circonstances qui sont de nature à nous faire croire qu'il s'agissait ici d'un déplacement de la matrice, qui était retenue par des adhérences dans la position qu'elle occupait au moment de l'entrée de la malade dans le service. Par suite de ces adhérences, le retrait de l'utérus se serait fait d'une manière inégale après l'expulsion de l'enfant, et le défaut de contraction de l'organe vers le point correspondant à la fosse iliaque droite, aurait donné lieu à la tumeur signalée.

Quoi qu'il en soit, il y a simultanément anté-version de l'utérus; de sorte que le col de ce viscère étant nécessairement porté en arrière, vers la concavité du sacrum, et en même temps en haut, il en résulte de grandes difficultés pour l'atteindre avec le doigt : la lèvre postérieure est très mince. Du reste, par suite de cette déviation de l'organe, son fond est renversé en avant, au point de toucher le rebord du bassin à droite, et d'en être éloigné à gauche de deux travers de doigt environ seulement.

En résumé, nous pensons que le prolongement de la tumeur de la région hypogastrique, où elle semble se continuer avec l'utérus vers la fosse iliaque droite, n'est autre chose qu'une dépendance de l'utérus lui-même, et que le retrait inégal de cet organe musculaire à la suite de l'accouchement, déterminé par des adhérences préexistantes, est la cause qui y a donné lieu.

Malgré le teint exsangue que présentait la malade au moment de son arrivée, et nonobstant le bruit de souffle qui se faisait entendre dans les carotides, nous avons fait pratiquer successivement deux petites saignées d'une palette chacune, qui ont fourni un sang assez riche, et également partagé en sérum et en cruor. A partir d'aujourd'hui, on fera des onctions mercurielles, et plus tard on soumettra la malade à l'usage des bains entiers, nous réservant de recourir ultérieurement aux saignées locales si elles étaient indiquées. On fera en même temps des applications de cataplasmes émolliens sur le bas-ventre, et des lavemens émolliens seront administrés, ainsi que des boissons adoucissantes.

Accouchement prématuré. Dysménorrhée consécutive. Métrite granulée.

Nous avons également dans la salle Saint-Bernard une femme âgée de vingt-deux ans, qui est accouchée depuis un an, et qui, postérieurement à son accouchement, n'a pas cessé de présenter les signes évidens d'une inflammation utérine chronique, mais qui, par la nature des douleurs qui l'accompagnent, est capable de simuler une métrite aiguë. La durée ordinaire de la métrite est loin d'être aussi longue, mais il est à présumer qu'ici l'état phlegmasique de l'organe a été entretenu par les imprudences commises par la malade, de même que l'on voit certaines irritations gastriques être entretenues par des individus qui se donnent des indigestions.

Au demeurant, cette femme est accouchée à six mois et demi de sa grossesse, quinze jours après avoir fait une chute. L'enfant est venu mort, et son expulsion n'a présenté rien de remarquable. Depuis lors la femme a continuellement souffert au bas-ventre, et ses souffrances se trouvaient principalement accrues par la station debout. Le coït, de même, était douloureux, ainsi que l'émission des urines et l'expulsion des fèces. Les règles ne se sont pas bien rétablies à la suite de l'accouchement, et leur apparition, de même que leur écoulement, s'accompagne de douleurs plus ou moins intenses. En même temps il est survenu un écoulement blanc, et des douleurs se font également sentir aux aines, aux cuisses et aux fesses, dans l'intervalle des règles.

Cette femme a été touchée et passée au spéculum, et cette double exploration nous a fait reconnaître que le col utérin conserve sa direction normale; mais le museau de tanche est un peu plus volumineux que d'ordinaire, et douloureux au toucher. Le toucher hypogastrique est assez douloureux, et le mouvement de soulèvement imprimé à l'utérus au moyen du doigt indicateur engagé dans le vagin, détermine également de la douleur, surtout à l'hypogastre. Du reste, le corps de l'utérus est plus volumineux que d'ordinaire, et s'élève jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; sa mobilité est conservée. Nous devons ajouter que le toucher nous avait fait constater l'existence de quelques inégalités au pourtour du museau de tanche.

Tels sont les principaux phénomènes fournis par le toucher. L'application du spéculum a donné lieu à quelque souffrance. Au moyen de cet instrument, nous avons aperçu au pourtour de l'orifice du col utérin une plaque rouge, de la largeur d'une pièce d'un franc, formée par un grand nombre de points saillans ou granulations. Loin cependant de présenter ici les caractères ordinaires, ces granulations ne sont pas bien circonscrites à leur circonférence, n'offrent pas la forme arrondie, et ne semblent pas s'arrêter brusquement à leur base, ainsi que cela a lieu communément.

Au reste, ces granulations sont d'une importance secondaire dans le cas qui nous occupe, dont la gravité consiste dans l'inflammation même du corps de la matrice, et dans les phénomènes qui l'accompagnent; tels que l'émission douloureuse des urines, la défécation également douloureuse, l'irrégularité de la menstruation, les douleurs aux cuisses, aux aines, aux fesses, etc., ainsi que celles qui accompagnent le coït, la station debout, etc.

Quel traitement avons-nous à suivre dans ce cas? Les fonctions s'exécutent bien, et l'affection de cette femme est toute locale. Il n'y a pas de fièvre, et partant nous nous contenterons d'une application de sangsues à l'hypogastre; les cataplasmes émolliens, les injections et les lavemens également émolliens, les demi-bains, les boissons adoucissantes, sont les autres moyens dont on fera usage.

En même temps nous engagerons la malade à s'abstenir totalement du coït et à garder le repos au lit dans la position horizontale. De loin en loin, nous reviendrons à de petites évacuations sanguines.

Nous espérons parvenir, par ces moyens, à faire cesser les accidens et à faire reprendre à l'utérus ses dimensions normales. Mais il faudra, pour cela, du temps, et il est douteux que la malade soit assez patiente pour se soumettre aux conditions qu'exige sa maladie; s'il en était ainsi, il est évident que l'inflammation éprouverait des redoublemens de loin en loin.

Du reste, nous n'avons rien à craindre, quant à présent. Il n'y a vraiment pas à redouter la dégénérescence squirrheuse, à cause du jeune âge de la malade. En outre, le squirrhe commence par de l'induration, et ici ce sont des douleurs qui ont marqué le début de la maladie. Quant aux granulations que l'on appelle aussi improprement ulcérations et exulcérations, puisque jamais on ne trouve de pus à leur surface, mais bien du mucus, elles constituent un état morbide peu grave, et jamais nous ne les avons vues devenir manifestement la cause de dégénérescences utérines. K...

ACADÉMIE DES SCIENCES. Séance du 15 février.

MM. Danger et Flandin ont lu, dans cette séance, le complément de leurs recherches médico-légales sur l'arsenic.

Les auteurs rappellent d'abord la découverte chimique qui domine la question toxicologique dont ils s'occupent, et ils en suivent l'histoire jusqu'à l'époque où Marsh en fit, après Sérullas toutefois, une application à la médecine légale. Ce coup-d'œil jeté en arrière, ils marquent le point où en était la science quand ils ont commencé leurs recherches; on croyait généralement qu'il existe de l'arsenic à l'état normal dans le corps humain.

MM. Danger et Flandin passent ensuite à l'exposé des expériences qui les ont amenés à retirer des matières animales un produit qui donnait des taches avec l'appareil de Marsh, taches qu'ils prirent long-temps pour de l'arsenic. En effet, elles en offraient tous les caractères physiques, et, sous plusieurs rapports, les caractères chimiques. Toutefois, on ne pouvait extraire de ce composé l'arsenic à l'état métallique. Une analyse, puis une synthèse conduisirent MM. Danger et Flandin à reconnaître que ce composé, formé pendant la carbonisation des matières animales, était un mélange de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à une matière organique.

Dans le but de s'éclairer sur la question de l'arsenic à l'état normal dans le corps humain, les auteurs eurent recours à des expériences d'un autre ordre. Ils carbonisèrent les matières animales en vases clos en recueillant tous les produits de la distillation. Soumis à divers réactifs, aucun de ces produits ne donna d'arsenic.

Prévenus d'une cause d'erreur contre laquelle on n'était point en garde en médecine légale, quand on se servait de l'appareil de Marsh, MM. Danger et Flandin produisirent sur les animaux des empoisonnemens soit aigus, soit chroniques, pour savoir jusqu'à quel point le mélange des taches arsenicales et pseudo-arsenicales pouvait en imposer quand il s'agissait de faire une distinction entr'elles. Il leur parut que les réactions employées jusqu'à ce jour ne suffisaient pas, dans tous les cas au moins, pour résoudre ce difficile problème. Il ne fallait donc plus seulement recueillir sous forme de taches l'arsenic brûlé avec l'hydrogène, il fallait recueillir sans perte et condenser le plus possible les produits de cette combustion pour les examiner ensuite et réduire le métal. Les auteurs sont arrivés à ce but au moyen d'un appareil dont ils proposent de faire un annexe à l'appareil de Marsh.

Cet appareil consiste :

1° En un condensateur cylindrique portant vers son extrémité inférieure une tubulure et se terminant par un cône dont la pointe reste ouverte;

2° En un tube à combustion recourbé à son milieu en angle droit et pouvant s'adapter à la tubulure du condensateur à l'aide d'un bouchon;

3° En un réfrigérant dont la partie inférieure s'engage dans la partie cônique du condensateur et en ferme l'ouverture. Le tout est soutenu par un support.

Pour faire usage de cet appareil on remplit le réfrigérant d'eau distillée et on l'introduit dans le condensateur; on fixe le tube à combustion, et l'on engage dans son intérieur, à un tiers de l'extrémité, le jet de flamme, alors qu'il ne se dégage encore de l'appareil de Marsh que de l'hydrogène pur. On introduit les liquides suspects dans le flacon et on laisse la combustion s'opérer, en ayant soin de régulariser le jet de flamme et de l'obtenir aussi petit que possible, de 5 à 6 millimètres au plus.

Si l'appareil a été convenablement disposé, une portion de l'arsenic se dépose à l'état d'acide arsénieux concret et solide dans le tube à combustion; l'autre portion, emportée par la vapeur d'eau vient se condenser sur les parois du réfrigérant et de là s'écoule dans le condensateur. L'ouverture pratiquée à l'extrémité inférieure de ce cylindre permet à l'opérateur, en soulevant le réfrigérant, de recueillir, à tel ou tel moment de l'opération, la quantité d'eau qu'il juge convenable à des essais successifs.

L'opération terminée, l'acide arsénieux déposé dans le tube à combustion sert à donner le métal et le sulfure sec. Les eaux recueillies servent aux réactions de l'appareil de Marsh, de l'hydrogène sulfuré, du sulfate de cuivre ammoniacal, du nitrate d'argent, etc.

Les auteurs sont parvenus, à l'aide de cet appareil, à retirer de l'acide arsénieux et de l'arsenic métallique appréciable même en poids en n'agissant que sur cinquante grammes du foie ou des poumons de chiens empoisonnés par quinze centigrammes d'acide arsénieux ou arsenique.

MM. Danger et Fandin donnent aussi dans leur mémoire un procédé de carbonisation qui leur est propre, et ils tirent, de leurs expériences sur les animaux, des corollaires physiologiques qui ont trait à la question thérapeutique de l'empoisonnement par l'arsenic :

Les conclusions de leur travail sont les suivantes :

1° Il n'existe point d'arsenic à l'état normal dans le corps humain.

2° Il se forme généralement dans l'acte de la carbonisation des matières animales un produit soluble dans l'eau, sublimable, composé en grande partie de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à une matière animale, produits susceptibles de fournir, avec l'appareil de Marsh, des taches présentant jusqu'à un certain point les caractères physiques et donnant la plupart des réactions chimiques de l'arsenic.

3° Pour se mettre à l'abri de toute erreur en expertise *médico*-légale, dans un cas d'empoisonnement par un composé arsenical, il faut, quand on se sert de l'appareil de Marsh pour ses recherches, ne compter sur les réactions franches et normales de l'arsenic qu'après avoir brûlé le gaz hydrogène arsénié, et agi sur les produits de cette combustion.

4° Dans les cas d'empoisonnemens par l'arsenic, c'est dans les fèces et la matière des vomissemens qu'il faut surtout chercher les traces du poison pendant la vie; et si la mort est l'effet immédiat de l'empoisonnement, on retrouve l'arsenic jusque dans les organes les plus éloignés du centre de l'action toxique.

— *M. Amussat* adresse une lettre sur la guérison du bégaiement par la section des muscles de la langue (*voir* plus loin).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 16 février.

Bégaiement. — *M. Phillips* envoie un paquet cacheté relatif à trois opérations qu'il a pratiquées sur la langue pour guérir le bégaiement, sans dire pourtant en quoi ces opérations ont consisté.

M. Velpeau : Le paquet dont M. Phillips paraît faire un secret est relatif à une opération annoncée et pratiquée par un homme haut placé dans la science, M. Dieffenbach. Comparant le bégaiement au strabisme, ce chirurgien dit avoir coupé certains muscles de la langue, et avoir dissipé ainsi le vice de la parole. J'ai voulu m'assurer expérimentalement de la valeur de cette assertion, sans connaître pourtant les conditions particulières de l'opération de M. Dieffenbach : la ténotomie pouvait porter sur les muscles stylo-glosses, hyoglosses, génio-glosses; j'ai opéré sur ces derniers, présumant que cette section allongerait la langue et la rendrait plus apte à la prononciation. L'individu a paru avoir aussitôt après la langue plus libre, et prononcer quelques mots plus facilement; mais comme l'opération n'a été faite que depuis hier, je ne puis encore rien dire sur le résultat définitif. J'ai voulu en informer l'Académie pour prendre date, me réservant d'y revenir par la suite.

M. Roux : Depuis que j'ai eu connaissance des faits annoncés par M. Dieffenbach, je me suis empressé de répéter l'opération. J'ai coupé les génio-glosses à leur insertion à la mâchoire, ce qui a été très facile comme opération; le résultat cependant n'a pas répondu à mon attente, du moins jusqu'à ce jour; j'ignore quelles en seront les conséquences ultérieures : j'en informerai l'Académie.

M. Bousquet fait observer que la remarque de la briéveté de la langue chez les bègues appartient à M. Hervez de Chégoin;

C'est ce médecin qui l'a signalée le premier, en s'étudiant lui même d'abord.

M. Amussat annonce à l'Académie qu'il a opéré deux bègues avec succès, par la section des muscles de la langue, et il raconte ce qu'il a dit dans une lettre adressée à ce sujet à l'Académie des sciences, le 15 février 1841, en présentant les deux individus qu'il a opérés. (*Voir* plus loin.)

M. Amussat indique le procédé qu'il a employé pour pratiquer cette opération nouvelle, c'est-à-dire la section des muscles génio-glosses, et appelle l'attention sur le fait, à savoir que l'idée de remédier au bégaiement lui est venue avant que MM. Dieffenbach et Phillips eussent annoncé la possibilité de guérir cette infirmité au moyen d'une opération. Du reste, M. Phillips, auquel M. Amussat parla de cette idée, paraissait alors s'occuper de ce sujet. En résumé, M. Amussat dit que c'est après avoir pensé qu'il y avait peut-être quelque analogie entre les bègues et les louches, qu'il se décida à pratiquer sur les premiers une opération jusqu'à un certain point semblable à celle qui, chez les seconds, a fourni déjà des résultats si admirables et si nombreux. Après cette communication, M. Amussat présente à l'Académie deux individus affectés de bégaiement, afin qu'on puisse les examiner et apprécier sûrement après l'opération qu'ils doivent subir, les changemens qui seront survenus dans leur prononciation. Sur ces deux individus, de même que sur les deux autres qui ont été opérés avec succès, M. Amussat fait remarquer que la langue exécute difficilement les mouvemens d'élévation, qu'elle est très courte, et que surtout elle se porte en général, ou du côté droit, ou du côté gauche, lorsqu'elle sort de la bouche. M. Amussat regrette de ne pas avoir pu présenter aujourd'hui à l'Académie, les bègues qu'il a opérés avec succès, mais ils ont négligé tous les deux de tenir leur promesse. L'un d'eux est un enfant de onze ans, qui demeure à Saint-Denis, et qui n'a probablement pas osé venir, parce qu'hier M. Amussat lui a causé de la douleur en décollant la plaie dans laquelle il n'avait pas mis de charpie; l'autre opéré est un homme de Versailles, ouvrier boulanger et père de sept enfans, qui n'est pas venu à Paris dans le crainte de perdre sa place. Ils seront présentés à la prochaine séance.

M. Gerdy : Je désirerais savoir quel a été le but de la présentation de ces deux sujets, que personne n'a pu examiner en particulier. Evidemment cela ne signifie absolument rien. Je demande, en conséquence, qu'une commission soit nommée pour examiner convenablement l'état dans lequel ces sujets se trouvent, l'opération qu'on se propose de faire, et les conséquences de cette opération; sans cela, une pareille présentation ne serait qu'une véritable dérision, et quand on dirait que les sujets ont été vus par l'Académie entière, ce serait s'appuyer sur un témoignage qui en imposerait sans doute, mais qui serait tout à fait faux. Je ne crains pas de déclarer d'avance que l'opération qu'on essaie d'introduire ne peut donner aucun résultat avantageux dans le but qu'on se propose. Le bégaiement, en effet, est un vice congénital dépendant de conditions complexes et nullement du défaut de longueur de la langue. Personne n'ignore que la langue peut être très courte par suite d'une opération qui aurait excisé une grande partie de cet organe sans que la prononciation en soit endommagée. C'est que la prononciation est une fonction complexe qui dépend à la fois des lèvres, des dents, de la langue, et des organes de l'arrière-bouche. Les bègues prononcent bien les lettres de l'alphabet isolément, ils ne sont embarrassés que dans la prononciation des syllabes ou plutôt de certaines syllabes; ils sont comme un homme qui marche bien pas à pas, mais qui n'a pas la faculté d'exercer certains mouvemens. Or, ce défaut de prononciation n'est pas dans la brièveté de la langue, je le répète. Il est faux, d'ailleurs, que chez les bègues la langue soit plus courte que chez d'autres.

En conséquence, vous avez beau couper les génio-glosses ou tout autre muscle, vous ne changerez pas l'état des choses, et si vos sujets semblent un instant mieux prononcer, cela tient moins aux effets directs de votre opération qu'à la hardiesse que vous leur avez inspirée par votre bistouri; mais leur vice reste le même au fond parce qu'il ne dépend pas de ce que vous croyez, et il ne fallait rien moins qu'une grossière ignorance des fonctions des organes vocaux pour venir prôner une pareille médication. (Marques d'improbation.) J'appliquerais un mot plus énergique encore si cela devenait nécessaire. Oui, de pareilles expérimentations sur l'homme compromettent la chirurgie, parce qu'elles ne sont basées ni en théorie ni en pratique; et je vous promets que vous couperez tant que vous voudrez les muscles linguaux à ces deux sujets sans améliorer le moins du monde leur bégaiement. On ne voit malheureusement depuis quelque temps que des spéculations de ce genre. Des coupeurs de muscles et de tendons, qui s'intitulent spécialistes sans avoir jamais été chirurgiens, tranchent par devant et par derrière, de droite et de gauche, des muscles et des tendons, à tort et à travers, sans aucune indication positive, affichent leurs annonces aux différentes académies et dans les journaux, et bâtissent des systèmes absurdes pour alimenter le tranchant de leur ténotome. Il est temps que de pareils abus soient démasqués, et que l'Académie elle-même se montre très sévère.

M. Amussat répond à M. Gerdy, que le reproche qu'il adresse aux chirurgiens, d'examiner les malades d'une manière superficielle, n'est pas fondé, au moins pour ce qui le concerne, car, comme il l'a déjà dit, ce n'est qu'après avoir étudié avec soin les individus atteints de bégaiement et ceux qui parlent correctement, qu'il s'est décidé à pratiquer une opération dont le résultat a déjà dépassé ses espérances. Quant aux expériences sur l'homme, dont M. Gerdy vient de parler, M. Amussat n'est pas de ceux qui les pratiquent, et ce reproche non mérité pourrait être renvoyé aux chirurgiens qui ont tenté la cure radicale des hernies par une opération infiniment plus dangereuse que celle imaginée pour le bégaiement. M. Amussat ajoute que les mots étourderie et ignorance, prononcés par M. Gerdy, sont tout-à-fait inconvenans, scientifiquement parlant, car c'est après avoir fait, conjointement avec M. L. Boyer, des études anatomiques sur la langue et sur les mouvemens de cet organe chez les bègues, qu'il a acquis la certitude que l'opération était utile, nullement dangereuse et d'une exécution facile.

En résumé, au lieu de décourager par des critiques ceux qui ont l'application d'une méthode de traitement, avec toute la prudence possible, et sans faire courir aux malades le moindre danger, M. Amussat dit qu'il vaudrait beaucoup mieux les encourager et les aider à perfectionner ce qu'ils ont imaginé après beaucoup de travail et de persévérance. Du reste, M. Gerdy persiste à croire que le bégaiement ne pourra jamais être guéri par la section d'un ou de plusieurs des muscles de la langue, le bégaiement tenant, selon lui, à beaucoup d'autres causes qu'à l'action musculaire. Il ne sera pas possible, dit M. Amussat, de se refuser à croire que M. Gerdy raisonne en dehors des faits avec des idées préconçues et entièrement théoriques, puisque déjà plusieurs cas de guérison ont été constatés par un grand nombre de médecins. M. Amussat dit en terminant, qu'il accepte la commission nommée par l'Académie pour examiner les bègues avant et après l'opération qu'il se propose de pratiquer pour remédier à leur infirmité.

M. Velpeau : En pratiquant l'opération que je viens d'indiquer, je n'ai cru rien hasarder, puisque M. Dieffenbach l'avait pratiquée avant moi, j'ai voulu seulement vérifier le resultat annoncé par ce chirurgien. M. Amussat vient de dire que quelques personnes s'étaient prononcées contre l'opération du strabisme, qui actuellement sont fâchées de leur premier jugement. Comme M. Amussat semble vouloir faire allusion à une discussion qui a eu lieu dans cette enceinte, je le prie de s'expliquer plus clairement et de nommer les personnes qui, d'après lui, auraient blâmé l'opération du strabisme. Personne de nous, en effet, n'a blâmé l'opération en elle-même, bien qu'on ait essayé, je le sais bien, à tirer parti d'opinions inexactes qu'on nous a attribuées en dehors de cette enceinte.

M. Roux : Aucun de nous, en effet, n'a rejeté l'opération du strabisme d'une manière absolue.

M. Dubois (d'Amiens) : L'Académie vient d'être témoin d'une discussion qui a jeté un trouble presque continuel dans l'assemblée et fait perdre un temps précieux, à l'occasion d'une annonce de chirurgie industrielle qu'on vient d'afficher devant les colonnes de l'Académie. Il est clair, d'après ce qu'on vient d'entendre que l'opération dont il s'agit est tout à fait prématurée, puisque l'inventeur, M. Dieffenbach, n'a pas fait connaître sur quelle partie de la langue il a agi, ni le résultat de son exécution. Les uns veulent couper les génio-glosses, les autres les stylo-glosses, etc.; mais on n'en est encore qu'à des tâtonnemens. Il est dans les usages académiques de ne présenter les sujets opérés ou à opérer que vers la fin de la séance. Je demande que dorénavant on renvoie aussi vers la fin de la séance toute lettre ou communication qui a l'apparence d'une annonce.

M. Roux. Puisque la proposition de M. Gerdy a été appuyée, je vais nommer une commission pour examiner les deux sujets que vient de présenter M. Amussat. Je nommerai en conséquence : MM. Gerdy, Velpeau, Amussat, Bouvier et votre président, membres de cetto commission.

Eaux minérales. — *M. Henry* fait un rapport officiel favorable sur une nouvelle source d'eaux minérales.

M. Bailly regrette que ces sortes de rapports ne soient qu'à peine écoutés et que l'étude des eaux minérales soit peu approfondie de nos jours. Ces connaissances cependant pourraient être d'une immense utilité pour la thérapeutique. L'eau sur laquelle M. Henry vient de faire un rapport, paraît contenir une substance nouvelle d'une grande efficacité, le brome. Cette substance est, selon M. Bally, d'une heureuse application contre les affections du système lymphatique, en particulier contre le goître.

Chimie légale. Intoxication arsenicale. — *M. Caventou* fait au nom de M. Chevallier et au sien, un rapport sur une expertise médico-légale faite dans le département de l'Arriège, concernant un cas d'empoisonnement présumé arsenical. Les prodiges du docteur Orfila ayant percé jusque dans ce département lointain, les experts ont dit aux boyaux du cadavre exhumé : *Fiat arsenicum*, et *arsenicum factum fuit*, au nom d'Orfila et Marsh !! L'accusé fut envoyé aux travaux forcés à perpétuité. M. le rapporteur saisit cette occasion pour faire une excursion sur les services immenses que, selon lui, le docteur Orfila a rendus à la société par son courage dans les fonctions d'expert et par ses découvertes récentes en toxicologie. Honneur soit donc rendu aux experts qui savent lutter contre les attaques passionnées (expressions de M. Caventou) et qui rendent par leur savoir et leur tolérance, service à la justice. En conséquence MM. Caventou et Chevallier proposent qu'une lettre de remercîmens soit adressée aux auteurs du Mémoire, et que leur travail soit inséré au Bulletin.

M. Caventou fait un second rapport au nom de M. Pelletier et au sien sur un travail analogue au précédent, par MM. Girardin et Morin. Il s'agit aussi d'un empoisonnement présumé arsenical. Cette fois le résultat de l'expertise a été négatif. Le procureur du roi s'étant contenté de cette seule déposition, l'accusé a été acquitté. M. le rapporteur adresse de nouveaux éloges à M. Orfila et propose l'insertion de ce travail dans les mémoires de l'Académie.

M. Orfila (tenant plusieurs assiettes et soucoupes amoncelées devant lui) demande la parole d'une voix très forte. (Hilarité.)

Ce n'est pas pour attaquer le rapport que j'ai demandé la parole, dit-il, mais pour faire observer à l'Académie que les expertises médico-légales dont M. Caventou vient de parler, confirment en tout point les idées que j'avais exposées à l'Académie et qui se trouvent consignées dans mes mémoires. Je saisirai cette occasion pour m'expliquer relativement à un travail qui qui vient d'être lu devant un autre corps savant par MM. Flandin et Danger. Ces messieurs disent :

1° Qu'il n'existe pas d'arsenic dans les viscères et dans les muscles; cela confirme précisément ce que j'avais établi dans mes mémoires;

2° Qu'il n'existe pas d'arsenic normal dans les os. Je me suis expliqué sur ce sujet dans un paquet cacheté que j'ai déposé dans les archives de l'Académie dans le mois de novembre dernier, et dont je demanderai la lecture lorsque le moment opportun sera arrivé. Je ne veux pas en dire davantage pour le moment : l'Académie saura à quoi s'en tenir lorsqu'elle entendra la lecture de la note consignée dans ce paquet (1);

(1) Nous avons déjà fait remarquer, dans une autre occasion, combien sont illusoires ces sortes de dépôts que M. Orfila dit avoir faits aux archives de l'Académie. Ces archives, en effet, sont ouvertes à M. Orfila comme membre du conseil d'administration : il peut échanger quand bon lui semble un paquet pour un autre, puisqu'aucun contrôle n'est exercé sur ces papiers au moment de l'ouverture. Il s'agit d'un fait très simple : M. Orfila se vantait d'avoir découvert l'existence d'un composé arsénical dans les os. Cette découverte lui attira une accusation de plagiat devant l'Académie des sciences par M. Couerbe. Aujourd'hui, MM. Flandin et Danger viennent affirmer que les taches obtenues par MM. Orfila et Couerbe n'étaient pas arsenicales, et que les os ne contiennent point d'arsenic. M. Orfila se trouve par conséquent entre deux feux, et espère se sauver dans un paquet cacheté. Nous attendons que M. le doyen trouve aussi dans ce paquet de sauvetage l'explication du fameux arsenic qu'il prétendait avoir découvert dans le bouillon le plus innocent de nos tables, et dans le sang de ce malheureux domestique de la rue de Richelieu, tiré de la veine trois jours après l'empoisonnement. N'est-il pas déplorable de voir les expertises arsenicales de M. Orfila, qui ont entraîné cinq ou six condamnations, être ruinées de fond en comble par le travail de MM. Flandin et Danger !

3° Qu'on obtient des muscles et des viscères de cadavres non empoisonnés des taches qui ont toutes les apparences arsenicales, et qui se comportent aux réactifs comme ces dernières. C'est une erreur. En voici de ces taches. Leur aspect est tout à fait différent de celui des véritables taches arsenicales. A moins d'être d'une ignorance crasse en expertise chimico-légale, il serait impossible de prendre ces taches-là pour des taches arsenicales. En outre, je nie complètement qu'elles se comportent aux réactifs comme les taches arsenicales;

4° Que la terre des cimetières ne contient pas d'arsenic. J'en ai trouvé dans certains endroits.

M. Gerdy : Je désirerais adresser quelques questions à M. Orfila sur la communication qu'il vient de faire. Il résulte aujourd'hui de ces différens travaux une sorte de confusion fâcheuse pour la science. M. Orfila a soutenu positivement dans le temps que les os contenaient une certaine proportion d'arsenic normal : MM. Flandin et Danger soutiennent au contraire qu'il n'y en a point. Je prie M. Orfila de nous dire quelle est son opinion aujourd'hui sur ce sujet, s'il persiste ou non dans son ancienne croyance.

M. Orfila : Je refuse de répondre pour le moment à cette question. On verra ce que j'en pense quand le moment sera venu d'ouvrir le paquet cacheté dont j'ai parlé.

M. Gerdy : Je prie M. Orfila de nous dire si, selon lui, les chairs musculaires contiennent de l'arsenic normal.

M. Orfila : Je doute qu'elles en contiennent; cependant je ne me prononce pas d'une manière absolue.

M. Gerdy : Je prie M. Orfila de nous dire si, selon lui, la terre des cimetières contient de l'arsenic.

M. Orfila : Elle peut en contenir, ou pas, selon l'endroit où on la puise. On conçoit que des matières arsenicales peuvent se trouver dans un point, pas dans un autre. MM. Flandin et Danger disent n'en avoir pas trouvé; moi aussi je n'en ai pas trouvé dans certains endroits, puis j'en ai trouvé dans d'autres.

M. Gerdy : Je prie M. Orfila de nous dire s'il est sûr que l'urine des animaux empoisonnés contienne de l'arsenic. MM. Flandin et Danger ont observé, dans leurs expériences, que les reins cessaient de fonctionner durant l'empoisonnemeut, et lorsqu'ils ont pu obtenir de l'urine, celle-ci ne contenait pas un seul atome d'arsenic. Ce fait me paraît considérable.

M. Orfila : J'ai observé moi-même que les reins ne donnaient pas d'urine dans quelques cas; mais lorsque cette sécrétion avait lieu, elle contenait constamment de l'arsenic. Si ces messieurs n'en ont pas obtenu, c'est qu'ils ont opéré d'après un mauvais procédé qui a laissé évaporer l'arsenic (1).

Strabisme. — *M. Bouvier* lit une première partie d'un mémoire sur l'opération du strabisme.

— *M. Phillips* présente à l'Académie un jeune homme guéri d'un strabisme convergent de l'œil gauche. Cette opération a été faite il y a déjà deux mois, et la guérison est complète; il existe une taie sur la cornée, ce qui n'a pas empêché l'œil de reprendre sa position normale. M. Phillips est entré dans quelques considérations pour exposer les faits que l'on a appelés strabismes optiques, et qui ne doivent pas être opérés; selon M. Phillips, ce strabisme optique n'est qu'un moyen réservé par l'opérateur pour cacher les blessures faites à son amour-propre, et pour atténuer les revers si nombreux quand on emploie une méthode vicieuse, ou lorsqu'on exécute mal un bon procédé.

— A la fin de la séance, M. Amussat a présenté, de la part de M. Devergie aîné, un enfant de cinq mois, né sans bras et qui offre en outre un raccourcissement très prononcé avec déviation en dehors des extrémités inférieures. Chez cet enfant, d'ailleurs bien portant, il n'existe que quatre orteils à chaque pied et les bras sont remplacés par des petits moignons mobiles au milieu desquels on sent quelques extrémités osseuses. L'omoplate et la clavicule existent.

Séance levée après cinq heures.

GUÉRISON DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

A M. le président de l'Académie des sciences.

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous prier d'informer votre savante compagnie que j'ai aussi opéré deux bègues avec succès par la section des muscles de la langue.

En réfléchissant à la justesse de l'induction tirée de l'orthopédie par M. Stromeyer pour le strabisme, et aux résultats admira-

(1) Loin de laisser évaporer l'arsenic, le procédé de MM. Flandin et Danger est si parfait qu'il n'en laisse pas perdre un atome. Ces messieurs obtiennent de l'urine des taches comme celles de M. Orfila; mais ils démontrent précisément que ces taches, que M. Orfila prenait pour arsenicales, ne sont pas telles. Elles ont l'aspect des taches arsenicales, et se comportent aux réactifs exactement comme l'arsenic, sans être pourtant réellement arsenicales. Les véritables taches arsenicales ont d'autres caractères que ces messieurs viennent de découvrir. Ce sont aussi les mêmes taches qui en ont imposé à M. Orfila dans son analyse du bouillon de nos tables, dans son analyse des os, dans celles qu'il fit dans les fameuses séances à l'Ecole au mois d'octobre, et vraisemblablement aussi dans une foule d'autres!!!

A propos de l'arsenic normal, M. Orfila a dit que les avocats *patentés et non patentés* s'étaient appuyés sur cet arsenic pour combattre ses expertises. On voit, ajoute-t-il, combien de pareilles objections sont vides. On se rappelle cependant la réponse que fit M. Orfila au président de la Cour de Dijon, lorsque celui-ci lui posa cette question : « Monsieur, vous avez publié que le bouillon de nos tables, fait avec de la viande de bœuf, des carottes, des navets et du sel marin, contenait de l'arsenic : d'où provenait cet arsenic ? » — M. Orfila a répondu : « Des os de la viande. » — Vous le voyez; et pourtant il avait dit à l'Académie que l'arsenic des os était insoluble. Aujourd'hui cet arsenic a disparu par transpiration insensible. Comprenez-vous rien à cette prétendue science princière qui disparaît au moindre souffle et qui néanmoins fait abattre des têtes! Nous avions bien raison de dire, dès la première apparition du système du pot-au-feu arsenical, que son adoption aurait été une calamité affreuse pour la société, la vie et l'honneur des citoyens se trouvant par [illegible] à la merci d'un appareil trompeur, d'une sorte d'alam[illegible] eux, que son inventeur lui-même, Marsh, n'a pas os[illegible] er à des questions de vie et de mort, à cause des erreurs a[illegible] il expose assez facilement. Que deviennent maintenant [illegible] eaux titres à la gloire de M. Orfila? Voilà pour la par[illegible] ue. Viendra bientôt la doctrine des robinets thérapeuti[illegible]

bles et nombreux que nous avons obtenus (déjà M. L. Boyer et moi avons opéré plus de 200 louches), je me suis demandé s'il n'y aurait pas quelque autre application à en faire pour une infirmité du même genre ; je me suis tout naturellement arrêté au bégaiement, et j'en ai fait part immédiatement à M. L. Boyer, mon beau-frère, et à M. Levaillant, ainsi qu'aux médecins français et étrangers qui suivent mes cours. Je dois ajouter que j'ai communiqué cette idée à M. Phillips avant que M. Dieffenbach et lui eussent annoncé la possibilité de guérir le bégaiement comme le strabisme ; M. Phillips me répondit qu'il y avait aussi pensé, et nous avons travaillé chacun de notre côté.

Ce n'est point, du reste, une question de priorité que je viens soulever devant l'Académie ; mon but est seulement d'établir que la même idée peut venir simultanément aux personnes qui s'occupent des mêmes travaux.

Dès que j'eus pensé qu'il y avait peut-être quelque analogie entre les bègues et les louches, j'ai fait sur moi-même et sur les autres des études relativement aux mouvemens de la langue dans la prononciation, et j'ai recherché avidement l'occasion d'observer des bègues. Bientôt j'ai eu la satisfaction de pouvoir confirmer mes prévisions, c'est-à-dire que j'ai constaté qu'en général les bègues ont la langue déviée, plus courte, et qu'ils ne peuvent exécuter des mouvemens aussi étendus que dans l'état normal.

Aussitôt que j'eus constaté ce fait, je me suis hâté de revoir l'anatomie de la langue, et j'ai fait, conjointement avec M. L. Boyer, des études opératoires sur le cadavre et sur les animaux vivans. Après avoir étudié et médité, je me suis décidé à pratiquer la section des muscles génio-glosses.

Le premier malade que j'ai opéré, avec l'aide de MM. L. Boyer, Levaillant et Foucart, est un enfant de onze ans. Il avait un embarras très grand dans la prononciation ; l'articulation des sons était empâtée et difficile ; le bégaiement était peu sensible. Le filet, assez fort et dur, tendait à se déchirer lorsqu'on voulait, par des tractions, allonger la langue. Cet état, auquel on avait déjà cherché à remédier par la section du filet, était accompagné d'une déviation à droite de la langue, et de l'impossibilité d'élever cet organe jusqu'aux arcades dentaires supérieures. Immédiatement après l'opération, que le père et l'enfant désiraient beaucoup, nous remarquâmes, ainsi que les assistans, une amélioration évidente dans la prononciation et une diminution dans l'empâtement. Le filet, dont l'attache inférieure venait d'être coupée en même temps que le muscle, ne s'opposait plus aux mouvemens d'élévation de la langue.

Le deuxième opéré est âgé de quarante ans, ancien militaire. Il avait un bégaiement aussi complet que possible ; le filet, très fort, était distendu au point de se déchirer lorsqu'on essayait d'allonger la langue, et, comme conséquence naturelle, les mouvemens d'élévation étaient très bornés.

Il existait, en outre, une déviation à droite de la langue, lorsque cet organe était porté hors la bouche. Enfin, les mots « *opération et caporal hors la garde* » prononcés par le malade, dans l'intention d'avoir après l'opération un moyen certain de comparaison, ces mots étaient articulés par syllabes et avec beaucoup d'efforts.

L'opération fut pratiquée à Versailles, chez M. le docteur Thibault avec l'assistance de MM. L. Boyer, Lemazurier, Euvrard, Aug. Voisin, Guérineau, Levaillant, etc. Immédiatement après, l'état du malade était sensiblement amélioré, à tel point que les mots *opération*, etc., que nous venions d'indiquer, étaient articulés sans hésitation. Le malade lui-même s'aperçut si bien du changement qui s'était opéré, qu'il s'écria qu'il y avait autant de différence entre sa prononciation actuelle et l'ancienne, qu'entre un verre d'eau qu'il tenait à la main et un verre de vin.

Le procédé que j'ai employé consiste, la langue étant renversée en arrière et en haut, la bouche fortement ouverte, à couper perpendiculairement avec des ciseaux la muqueuse à la partie inférieure du frein ou filet entre les deux canaux de Warthon ; puis on coupe en travers au dessous et on écarte les bords de la muqueuse divisée. Alors en faisant tirer la langue en avant et en haut hors de la bouche, les muscles viennent s'offrir d'eux-mêmes à la section avec des ciseaux ou un petit scalpel en rondache, et on les divise plus ou moins suivant leur contraction.

Dans le point où je pratique la section des muscles génio-glosses l'opération est moins difficile et moins dangereuse que dans tous les autres. On agit sur un double faisceau ou sur le sommet du triangle, tandis que plus haut, comme on le sait, le muscle s'épanouit en éventail, et il est entouré de vaisseaux et de nerfs.

Je me suis fait un devoir de communiquer le plus promptement possible à l'Académie mes recherches sur ce sujet, pour mettre les praticiens en mesure de méditer cette nouvelle opération, afin de les encourager à la tenter, et à nous aider à la perfectionner. J'ose espérer qu'elle nous donnera incessamment les mêmes résultats et la même satisfaction que l'opération du strabisme.

Agréez, etc. AMUSSAT.

Paris, 15 février 1841.

P. S. J'ai l'honneur de prévenir l'Académie que les malades opérés sont dans la salle d'entrée à la disposition de MM. les membres qui voudraient examiner leur état.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Lundi, 15 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Michon a été argumenté par :
MM. Sanson (Alphonse).
Robert.
Malgaigne.
Sédillot.

(Des opérations que nécessitent les fistules vaginales.)

Mercredi, 17 féveier.

M. Sanson (Alphonse) a été argumenté par :
MM. Robert.
Malgaigne.
Sédillot.
Huguier.

(Des luxations congénitales, et des opérations qu'elles nécessitent.)

La séance du concours a été agitée pour une révélation qui doit être pour MM. les membres de l'Académie des sciences et pour les travailleurs un sérieux enseignement. Nous devons à la justice et à la vérité de reproduire les faits tels qu'ils se sont passés.

En commençant son argumentation contre la thèse de M. Alphonse Sanson (*Des luxations congénitales et des opérations qu'elles nécessitent*), M. Sédillot a déclaré qu'en 1835, avant que l'Académie des sciences ait mis au concours la question de prix sur *les difformités du système osseux*, il avait envoyé à cette société savante un mémoire original sur les luxations congénitales, que M. Breschet avait été chargé de faire un rapport sur ce mémoire, et que la communication de ce professeur était encore attendue aujourd'hui 17 février 1841.

Quoi qu'il en soit de ce très long silence, ce mémoire, enlevé des cartons de l'Institut, aurait été communiqué à plusieurs personnes, et entre autres à MM. Bouvier et Guérin, lesquels, dans leurs travaux, ont plus ou moins rendu hommage à la vérité, en déclarant l'origine primitive de quelques-unes de leurs idées sur le sujet. Depuis ces communications, le manuscrit de M. Sédillot a disparu et n'a pu, dit cet honorable compétiteur, être retrouvé. M. Sédillot a donc cru devoir revendiquer, comme lui appartenant, plusieurs des idées premières qui lui ont été *empruntées*.

Ce fait, qui a dû surprendre beaucoup d'auditeurs, peut-être un peu novices, sur de semblables résultats, est moins étonnant pour nous ; car M. Fabre, notre rédacteur en chef, a été victime, il y a quelques années, d'un *accident tout à fait analogue*. Le mémoire de MM. Fabre et Constant, *sur la méningite tuberculeuse*, qui leur a valu un prix de 3000 fr. au concours de l'année 1835, et dont l'unique manuscrit était déposé à l'Institut, a également disparu des cartons du secrétariat, sans qu'il ait jamais été possible d'en retrouver la trace autre part que dans certains mémoires modernes sur cette question. Avis aux auteurs trop confians !

Paris, 9 février 1841.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire avec autant d'attention que de plaisir une observation de M. Davis, médecin anglais, relative à un cas exceptionnel de *porrigo larvalis* ; j'ose espérer que vous voudrez bien insérer dans votre estimable Journal les quelques réflexions qu'elle m'a inspiré.

Le but principal de ma lettre est de rendre compte de ces désordres singuliers qui, suivant moi, doivent être attribués, non pas à la maladie elle-même, mais bien au traitement qu'on a fait subir au malade.

Le *porrigo larvalis* est du nombre des affections puériles par excès de sécrétion ; presque toujours il se développe immédiatement après la naissance, et pendant le travail de la première dentition. Si l'on veut le calmer, des bains émolliens remplissent le but, surtout s'ils sont additionnés de gélatine ou d'une petite proportion de sulfate de cuivre ; mais sans ces précautions, il guérit de lui-même, et ne laisse aucune trace. Il est passé en proverbe, chez les gens du peuple, dont on méprise beaucoup trop, à mon avis, l'opinion, qu'il purge l'enfant, et cette opinion, quoiqu'étrange, semble confirmée par les faits.

Les médicamens externes employés chez l'enfant soigné par M. Davis étaient des sels de plomb et de zing, c'est-à-dire des astringens ; les fonctions propres de la peau externe ont donc dû être altérées, et les sécrétions normales et anormales se sont reportées sur la peau interne ; le canal intestinal et l'appareil respiratoire, qui n'en sont que des dépendances, ont fourni ces sécrétions et par suite des épanchemens dans les cavités des plèvres et du péritoine, et si le péricarde n'a point été envahi par cet épanchement, c'est qu'il est en rapport avec le système vasculaire général et non pas avec la peau interne et ses dépendances.

Malgré le traitement astringent, les liquides anormaux tendaient cependant à se reporter vers les surfaces cutanées externes ; malheureusement la constriction des tissus dermiques, constriction occasionnée par les médicamens externes, s'opposaient à leur complète excrétion ; de là l'œdème sous-cutané général remarqué a l'autopsie.

Il y a deux ans, j'eus le bonheur de sauver un enfant qui se trouvait dans le même cas : les astringens avaient produit cet œdème sous-cutané et un double épanchement dans les plèvres ; je rappelai aussitôt, et au risque de quelques souffrances, le travail externe de la peau, et l'enfant guérit parfaitement après avoir rendu une quantité énorme de sérosité.

En résumé, je crois qu'il ne faut pas admettre de l'observation de M. Davis que les désordres de l'autopsie appartiennent au *porrigo larvalis*, mais qu'il faut surtout tenir compte du traitement qui a été adopté.

Agréez, etc. Philippe KUNCKEL, D.-M.P.,
Rue Papillon, 8, à Paris.

M. Latour nous prie de publier la lettre suivante :

Monsieur et cher confrère,

On m'assure que quelques personnes répandent le bruit que je suis l'auteur des *Guêpes médicales*. Veuillez me permettre d'annoncer, par la voie de votre Journal, que ce bruit est une calomnie d'autant plus odieuse, que le public sait bien que je n'ai jamais combattu sous le bouclier de l'anonyme, et que je considère comme une lâcheté de reculer devant la responsabilité de sa pensée.

En insérant ma lettre dans votre plus prochain numéro, vous obligerez beaucoup votre bien dévoué confrère,

AMÉDÉE LATOUR.

Paris, le 17 février 1841.

— M. le docteur Alexandre Dupuis, ancien chirurgien-aide-major de la garde impériale, vient d'être nommé chirurgien-major au 67e régiment de ligne.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 20 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 24, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Entéro-mésentérite-typhoïde. Guérison. Quelques réflexions.

Le premier décembre 1840 entra à la salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 15, le nommé Pierre Blès, âgé de vingt ans, corroyeur, né à Toulouse, malade depuis dix jours.

D'une constitution de force moyenne, tempérament lymphatique, non vacciné, variolé à l'âge de sept ans, à Paris depuis six mois; d'une bonne santé habituelle, quoiqu'un peu délicate.

Il y a dix jours, il fut pris d'une céphalalgie assez intense, accompagnée d'étourdissemens et de coliques; diarrhée d'abord légère qui augmenta les jours suivans. Diminution des forces et de l'appétit; ni nausées, ni vomissemens, ni épistaxis. Le malade cessa ses occupations dès le jour même où se déclarèrent ces symptômes, sans cependant être obligé de s'aliter. Pour tout traitement, il prit une tisane de chicorée sauvage; régime alimentaire à peu près normal.

Voici l'état que présente le malade à son entrée à l'hôpital, le premier décembre.

Visage assez animé généralement, mais un peu jaunâtre, dans son ovale inférieur surtout. Pas d'abattement bien marqué. La langue est assez humide, rouge à la pointe, blanche au milieu; soif assez vive, peu ou point d'appétit. Bouche pâteuse. Pas de nausées, pas de mal de gorge; l'épigastre et le ventre indolens à la pression. Cependant de temps en temps quelques coliques dans la région sous-ombilicale. Pas de taches typhoïdes. Pas de gargouillement. Deux selles aujourd'hui. Quelques ténesmes; la peau assez chaude, sèche. Le pouls à 124-128, médiocrement développé, non redoublé. Rien de notable au cœur, si ce n'est un léger tintement auriculo-métallique. Pas de souffle dans les carotides.

Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés. Céphalalgie intense et générale. Quelques tournoiemens de tête; bourdonnemens d'oreilles; la vue est un peu trouble, surtout quand le malade marche ou se tient sur son séant. Le malade est venu à pied à l'hôpital, mais très lentement et avec difficulté.

On pratique immédiatement une saignée de trois palettes.

2 décembre. Le lendemain de l'entrée, M. Bouillaud constate l'état suivant:

Le malade, qui dit ne pas sentir d'amélioration bien évidente, se plaint d'un grand mal de tête. Pas de selles. Peau chaude. Pouls à 104-108, non redoublé. Quelques taches d'un rose pâle, assez mal dessinées sur la partie supérieure de l'abdomen. La région sous-ombilicale est un peu tendue, sans gargouillement bien distinct. Pas d'épistaxis. Un peu d'abattement; les tournoiemens de tête et l'obscurcissement de la vue persistent. Langue humide, molle, plutôt blanche que rouge.

Résonnance et respiration bonnes partout.

Le caillot de la saignée est volumineux, adhérent aux parois du vase. Couenne mince, facile à rompre, semblable à une pellicule légère.

Diagnostic. Fièvre dite typhoïde, avec prédominance des phénomènes inflammatoires. Cas moyen.

Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées à la région sous-ombilicale, 3 palettes; solution de sirop de gomme, 3 p.; solution de sirop de groseille, 1 p.; cataplasmes, lavemens, diète.

3 décembre. Un peu de soulagement; la céphalalgie en grande partie disparue. Chaleur et moiteur de la peau; pouls à 108, mou, développé, sans redoublement bien notable; langue molle, humide, saburrale; soif modérée; une selle pour le lavement. Le ventre encore un peu tendu; peu de gargouillement. Pas de taches rosées lenticulaires; pas de sudamina; pas d'épistaxis.

Le caillot de la saignée volumineux, adhérent, recouvert de quelques plaques de couenne, de médiocre consistance.

Rondelles des ventouses réunies en une masse mollasse. Sérosité un peu rouge.

Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées, *eod. loco*, 3 palettes. Le reste *ut suprà*. Diète.

4 décembre. Mieux encore que la veille. Pas de céphalalgie. Visage pâle. Langue molle, humide, rosée, blanche au milieu. Peu de soif; un peu d'appétit. Le ventre est encore saillant dans la région sous-ombilicale, mais assez souple, et sans gargouillement distinct. Pas de taches. Une selle pour rendre le lavement. La chaleur de la peau modérée, un peu moite. Pouls à 96-100.

Caillot adhérent aux parois du vase, infiltré de sérosité, sans consistance. Sérosité des ventouses à peine rougie. Rondelles mollasses.

Même prescription, moins les saignées.

5 décembre. Le malade dit se trouver bien; le pouls, qui hier, à la visite du soir, était monté à 120, est ce matin à 116. Chaleur modérée de la peau, avec un peu de moiteur. Langue molle, humide. Trois ou quatre taches rosées un peu douteuses, sur les parois de l'abdomen. Pas de gargouillement. Une selle. Peu de sommeil.

Mêmes boissons; lav. émoll.; catapl.; diète.

6 décembre. Il va bien. Langue humide, molle. Pouls à 100-104, redoublé. Pas de selles. Les taches rosées bien distinctes. Ventre saillant, distendu par des gaz, sans gargouillement.

8 décembre. Une seule selle. Pouls à 100. Gargouillement très fort, étendu dans la région iléo-cœcale; les taches sont un peu moins rouges que la veille. Langue humide, blanche.

Mêmes boissons. Diète.

11 décembre. Quatre selles depuis hier; pas de douleur. Pouls à 108. Ventre souple, sans gargouillement. Chaleur modérée. Langue molle, humide, un peu saburrale.

12 décembre. Pouls à 100, parfaitement redoublé; un peu d'empâtement dans la région sous-ombilicale. Persistance des papules et des taches rosées sur l'abdomen. Un peu d'abattement.

Vésicatoires aux mollets; catap. abdom.; lav. Diète.

16 décembre. Pouls à 96. Le malade dit se trouver de mieux en mieux. Ventre affaissé, souple, sans gargouillement. Langue molle, humide. Convalescence.

Un bouillon coupé.

19 décembre. Pouls à 84. Visage calme; bon sommeil; un peu d'appétit.

Deux bouillons; crême de riz.

22 décembre. Pouls à 80. Une seule selle. Peau de chaleur normale.

24 décembre. Pouls à 68-72. Deux bouillons, deux potages, pruneaux.

Le 28 décembre, le malade mange le quart, et sort le 29 janvier, parfaitement guéri depuis près d'un mois.

— Il n'est personne qui, après une lecture attentive de cette observation, et jugeant avec un esprit tout-à-fait dégagé de ces funestes préventions si nuisibles en toute circonstance, plus dangereuses en médecine que partout ailleurs, il n'est personne, dis-je, qui puisse un seul instant méconnaître les symptômes de cette maladie à laquelle on a donné tour-à-tour les noms de typhus, fièvre maligne, putride, typhoïde, et à laquelle l'observation et l'expérience ont fait plus récemment donner un nom tiré de sa nature intime, le nom d'entéro-mésentérite typhoïde. Cette dénomination n'est pas encore admise, il est vrai, par tous les médecins de notre époque; mais peut-être est-on en droit de croire que si l'on donnait plus à l'observation des symptômes pendant la vie et des lésions que l'on rencontre après la mort, qu'aux théories spécieuses auxquelles certains esprits s'abandonnent avec tant de complaisance, un grand nombre de ses antagonistes se rallieraient à cette opinion qui consiste à regarder la fièvre typhoïde comme une inflammation de l'intestin grêle, pouvant s'étendre aux ganglions mésentériques, et accompagnée d'une lésion plus ou moins profonde du fluide sanguin.

Je dis accompagnée, mais non pas précédée ou suivie; car l'état actuel de nos connaissances n'a pas permis encore d'établir d'une manière positive si cette altération du sang était primitive ou consécutive, quoique tout paraisse jusqu'à présent porter à croire qu'elle n'est que consécutive. Quoi qu'il en soit de cette variété de noms qu'on lui

FEUILLETON.

COMPTE-RENDU DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE; PAR LE DOCTEUR BELHOMME, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

(Présidence de M. le docteur FÉLIX LEGROS.)

M. Lesage rapporte deux observations dans lesquelles les suicides ont pris le poison et le contre-poison en même temps. Un rédacteur de journal politique ayant eu de violentes contrariétés, avala 15 grammes de laudanum de Rousseau, qu'il avait mêlés à de l'eau de Javelle. Les symptômes de l'empoisonnement avortèrent; la potasse seule irrita l'estomac, et fit éprouver de vives douleurs au malade. Ce fait, ajoute M. Lesage, est fort remarquable, et vient ajouter un nouveau poids à la découverte du docteur Jolly, découverte qui n'est pas assez connue. C'est que le chlore décompose complètement les alcalis végétaux; M. Jolly a pu administrer jusqu'à deux grammes d'extrait thébaïque, en lavement dans de l'eau chlorurée, sans obtenir même de la somnolence.

Un jeune comte, pris d'une belle passion pour une actrice, ne pouvant réussir auprès de sa famille à obtenir le consentement pour son mariage avec celle qu'il aimait, résolut de s'empoisonner. Il fit préparer, chez un pharmacien de ses amis, 32 grammes de sulfate de cuivre. Pour se donner plus d'énergie dans l'exécution de son projet, il demanda, au café Turc, un grog fortement sucré; après l'avoir pris, il avala devant sa maîtresse la préparation empoisonnée. M. Lesage fut appelé immédiatement, et ne put déterminer le jeune homme à prendre un vomitif; mais voyant que les symptômes ne s'aggravaient pas, et que le malaise et la pâleur du jeune homme diminuaient, il se rappela l'effet des spiritueux sur les poisons hyposthénisans, et l'action du sucre sur les préparations de cuivre: il se rendit ainsi compte de la nullité d'action du poison chez ce jeune homme. Ces deux faits, ajoute M. Lesage, prouvent que souvent le contre poison est à côté du poison, sans que les individus qui s'en servent y pensent; mais le médecin qui observe, doit en tirer profit pour la guérison des empoisonnés.

— *M. Ségalas* communique à la Société une circulaire, où il est question d'un pain hygiénique qui contient du bi-carbonate de soude. Ce pain, dit on, aurait une action bienfaisante sur l'estomac et sur les voies urinaires.

MM. Bourrière et *Lesage* pensent que le pain mis au four se trouve privé de l'acide carbonique et que la préparation devient nulle; de plus, dans la fermentation panaire, l'acide acétique doit s'emparer d'une grande quantité de la soude et former un acétate de soude.

M. Bonnassis traite un enfant affecté de tœnia. Trois mètres de ce ver ont été rendus; il a donc la certitude de la présence de l'animal. Il se propose, après avoir préparé le malade par des purgatifs tels que le calomélas ou l'huile de ricin, de lui donner une décoction de racine de grenadier; après son ingestion, il prescrira 40 grammes d'huile de ricin en lavement. Plus tard, le ver ayant été rendu, M. Bonnassis a examiné sa tête au microscope, elle présente deux poils noirs au lieu de trois, comme cela se remarque ordinairement.

M. Lagasquie a eu l'occasion de traiter des individus affectés de syphilis; il s'est aperçu que l'administration du sublimé corrosif favorisait l'expulsion du ver solitaire, lorsqu'il compliquait l'affection vénérienne; il pense que quatre grains de sublimé suffisent pour opérer cette expulsion.

M. Belhomme fait observer qu'il a toujours été recommandé de fatiguer le ver plusieurs jours avant de donner la décoction de racine de grenadier; une décoction de fougère mâle ou de l'essence de térébenthine remplissent parfaitement le but qu'on se propose.

M. Brion fait remarquer que la racine de grenadier de Portugal est préférable à celle de France; la première lui a réussi constamment, ainsi que le remède de Darbon.

M. Lesage a donné deux fois la décoction de racine de grenadier sans obtenir l'expulsion du ver; mais les individus affectés n'ont plus souffert de sa présence.

M. Bossion rapporte un fait pareil.

M. Ramaugé a fait des expériences sur les chiens affectés de tœnia: l'huile de ricin suffit ordinairement pour son expulsion; lorsquelle n'a pas de succès, la décoction de racine de grenadier réussit toujours.

M. Ségalas signale que les chiens du Combat, qui mangent de la viande crue, ont presque toujours le tœnia; il en est de même des rats de Montfaucon.

M. Aubert, qui a habité l'Abyssinie, a eu le tœnia par suite de l'usage de manger de la viande crue.

M. Lagasquie, qui a été aussi en Syrie, n'a pas remarqué que les habitans eussent plus souvent qu'ailleurs le ver solitaire; l'usage de la viande crue n'est observé que dans la classe pauvre ou celle des boutiquiers.

M. Ségalas rappelle qu'à la page 142 de son livre sur la gravelle et la pierre, il signale que les calculs placés sur les parties latérales du trigône vésical produisent moins de douleurs que ceux qui portent sur le trigône lui-même. Il rapporte le fait de Morand, qui reconnut chez un malade la présence de calculs; le malade cessa de souffrir après le cathétérisme et ne voulut point se soumettre à l'opération de la taille, persuadé que le chirurgien s'était trompé; il légua, par testament, son corps au chirurgien. A sa mort, qui eut lieu peu après, on trouva dans la vessie, sur la portion latérale, trois pierres de la grosseur d'un noyau d'abricot.

M. Chomel a fait sonder à M. Ségalas un malade qui était dans un cas semblable, M. le vicomte de V....., M. Ségalas a senti la pierre, mais le malade, quoique urinant parfois du sang, souffrait fort peu; il ne voulut pas se soumettre à une opération, et légua également son corps pour être examiné; après sa mort on trouva onze pierres assez volumineuses.

M. Ségalas fait observer qu'il y a quelquefois plusieurs personnes atteintes de la pierre dans la même famille. Il fut dernièrement consulté par un jeune malade qu'il sonda sans trouver de calcul; mais ayant appliqué le cathéter à son frère, qui s'était plaint autrefois de douleurs dans la vessie, il trouva une pierre qui fut aussitôt lithotritiée.

M. Bonnassis a observé un jeune homme de trente ans qui a été vacciné et qui avait la petite-vérole confluente; les boutons étaient petits; l'un d'eux s'était développé sur la conjonctive, et avait déterminé une inflammation ulcéreuse. L'ulcère fit des progrès, et les humeurs de l'œil s'échappèrent par une ouverture de la cornée.

M. Belhomme demande si on n'aurait pas pu prévenir un si triste résultat en cautérisant avec une dissolution de nitrate d'argent.

M. Brion rappelle que M. Velpeau fait dissoudre jusqu'à 16 grains de nitrate d'argent dans une petite quantité d'eau pour toucher la conjonctive dans les cas d'ophthalmies graves. M. Brion porte la dissolution jusquà un gros.

M. Ségalas cite le docteur Michel, de Charleston, comme ayant le premier préconisé, il y a douze ans, l'emploi du nitrate

donnés, de cette variété de nature qu'on lui a supposée, devait nécessairement et logiquement dériver une variété non moins grande dans les traitemens qu'on a cru pouvoir opposer à cette maladie. Tandis que les uns la combattaient par les toniques ou les purgatifs; que d'autres, l'abandonnant à sa marche fatale, se contentaient de la médecine expectante, les médecins convaincus de la nature inflammatoire de l'affection typhoïde, lui opposaient un traitement antiphlogistique, et voyaient la mortalité diminuer sensiblement sous cette influence.

Au traitement de l'entéro-mésentérite typhoïde, comme à celui des autres maladies aiguës, M. le professeur Bouillaud applique depuis plusieurs années les saignées formulées coup sur coup, et les résultats qu'il obtient sont tels qu'à une mortalité fatale et inévitable de *un sur trois*, il a substitué dans ses salles de clinique, la mortalité trois fois moins forte de *un sur huit ou neuf* seulement. Il est évident, par la simple lecture du fait dont nous avons fait précéder ces réflexions, qu'il ne faudrait pas être de bonne foi pour prétendre ne trouver que des embarras gastriques dans des cas aussi nettement dessinés que celui que nous avons mis en tête de cet article.

Si des faits pareils à celui-ci étaient rangés dans la catégorie des fièvres bilieuses, des embarras gastriques, il est évident que d'un trait de plume on effacerait du cadre nosologique tous les cas de phlegmasie de l'intestin grêle; et en vertu de quel privilége, cet organe, qui se trouve dans des conditions toutes spéciales et prédisposé en quelque sorte à l'inflammation par le contact continuel de la muqueuse qui le revêt avec des substances irritantes, en vertu de quel privilègle cet organe serait-il, seul dans l'économie, à l'abri de l'inflammation?

Que si l'on prétendait ne devoir donner le nom de fièvre typhoïde qu'à la maladie parvenue à cette période dans laquelle se montrent les phénomènes adydainiques, la prostration, la stupeur, la fuliginosité des lèvres et des dents, les escharres, etc., jamais M. Bouillaud n'a prétendu guérir par la formule des saignées une affection parvenue à une époque où toutes les médications échouent également. Il est donc loin d'être étonnant que le succès n'ait pas couronné les tentatives de ces auteurs qui, voulant essayer la méthode nouvelle des saignées, ont dirigé le traitement énergique de la Charité contre des entéro-mésentérites, à la fin de la seconde ou au commencement de la troisième période.

Si le traitement indiqué par M. Bouillaud est mis, au contraire, en usage à une période moins avancée de la maladie, il est rare, extrêmement rare, que l'on n'obtienne pas une guérison rapide et complète. A ceux qui nous objecteraient les résultats de leur expérience, et qui nous diraient que la formule de la Charité échoue entre leurs mains, nous pourrions répondre, et presqu'à coup sûr, qu'ils n'ont pas pratiqué les saignées selon la formule rigoureuse indiquée par M. Bouillaud, qu'il faut quelquefois plus de courage qu'on ne pense pour traiter ainsi un malade, et qu'il faut, avant tout, ce tact médical, cette habitude du diagnostic, cette confiance en soi-même, que ne donne qu'une pratique de plusieurs années et une observation de tous les jours.

Ce n'est pas, du reste, au traitement de la fièvre typhoïde seule que doit s'appliquer ce que je viens de dire en dernier lieu, et une observation de pneumonie, publiée il y a quelques jours dans ce Journal, a pu faire voir avec quelle persévérance, et jusqu'à quelles limites, on est quelquefois obligé de pousser l'usage des émissions sanguines, dans des circonstances où des médecins peu habitués à cette méthode, croiraient avoir assez fait, et devoir s'abstenir.

On a dit et répété jusqu'à satiété que la convalescence était d'une longueur telle, après le traitement par les émissions sanguines coup sur coup, que les malades, anémiques, exsangues, mettaient plusieurs mois à se rétablir, et se ressentaient pendant fort long-temps des pertes de sang qu'ils avaient subies.

Dans l'observation que nous avons rapportée, le malade qui en fait le sujet, jeune homme de vingt ans, d'une constitution moyenne, assez fort, lymphatique, fut saigné cinq fois en trois jours. Chacune de ces cinq émissions sanguines, dont trois générales et deux locales, fut de trois palettes, ce qui nous donne, dans les soixante premières heures du traitement, une perte totale de sang de quinze palettes (trois livres douze onces). Eh bien! nonobstant cette soustraction rapide et abondante, le malade, entré le 1er décembre, prenait du bouillon le 16 du même mois, et mangeait le quart le 28.

Les résultats obtenus par la nouvelle formule ne sont pas nouveaux; ils ne datent pas de quelques mois seulement. Tous les faits sur lesquels ils sont basés se sont passés sur un assez grand théâtre, ont été assez souvent publiés, tant par les recueils de médecine que dans les thèses et les ouvrages de longue haleine, pour que l'on ne puisse les révoquer sérieusement en doute, sans faire preuve d'ignorance ou de mauvaise foi. Comment se fait-il donc que, dans l'analyse d'un ouvrage récent de M. Hermant Guibert, sur les avantages et les inconvéniens de la saignée, analyse publiée par le Journal des connaissances médico-chirurgicales (décembre 1840), nous trouvions cette phrase, qui, à moins de supposer une faute d'impression, nous a paru d'une monstruosité sans exemple. « ... Il (M. Guibert) dit avoir été témoin, dans le service de M. Bouillaud, de bien funestes mécomptes dans le traitement de la fièvre typhoïde. Six malades sur sept succombaient ici, tandis que dans le service de M. D..... ils guérissaient presque tous. »

Il est juste de dire que nous avons adressé au rédacteur du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, une lettre dans laquelle, après avoir donné à M. Guibert un démenti formel, nous le mettions au défi de citer l'époque précise à laquelle il aurait recueilli les faits auxquels il fait allusion, et de donner une analyse des cas qu'il aurait observés à la Charité, et que, malgré nos instances plusieurs fois renouvelées, nous n'avons pu obtenir l'insertion de notre lettre dans ce journal. A. F.

HOTEL-DIEU. — M. Maisonneuve.

Fistule lacrymale. Hypospadias. (Observations recueillies par M. Bocandé, élève des hôpitaux.)

Après quelques mots relatifs aux malades les plus importans du service, et principalement à ceux qui ont subi récemment des amputations, M. Maisonneuve appelle l'attention de ses auditeurs sur une femme affectée d'une fistule lacrymale à l'œil gauche, et sur un jeune homme affecté d'hypospadias.

La première, couchée au n° 15 de la salle Saint-Paul, a depuis deux ans épuisé, pour ainsi dire, les ressources de l'art. Dès le début du mal, on eut recours au traitement antiphlogistique; plus de soixante sangsues ont été appliquées au grand angle de l'œil. Plus tard, les fumigations émollientes par les fosses nasales, les injections par la méthode d'Anel, par celle de Laforest, les pommades astringentes, furent mises en usage et n'amenèrent aucun amendement. Une canule d'argent fut ensuite placée dans le canal, suivant la méthode de Dupuytren. Au bout de six semaines, elle fit naître des accidens, et il fallut l'extraire. Les injections émollientes et détersives furent employées de nouveau, puis on revint à l'incision du sac et à la canule d'argent, après toutefois avoir usé pendant huit jours du clou de plomb accommodé par Scarpa. Cette dernière opération n'eut pas plus de succès que les précédentes; et quand M. Maisonneuve vit la malade pour la première fois, il constata que la canule n'existait plus dans le canal. Est-elle tombée dans le pharynx? est-elle sortie par les fosses nasales? c'est ce qu'il est impossible de déterminer; la malade est fort étonnée de sa disparition.

Dans ces circonstances, M. Maisonneuve se demande quelle est la conduite à tenir. « Une deuxième, une troisième édition des moyens employés jusqu'à présent, n'aurait probablement pas, dit-il, plus de succès; il est donc convenable de suivre une autre marche. » En conséquence, abandonnant les injections, les antiphlogistiques, la canule, il se décide à employer la dilatation graduelle par le séton ou la bougie de gomme élastique; il préfère le dernier de ces deux moyens, qui est d'une application plus facile, et surtout cause moins de gêne et d'embarras aux malades.

Quant à la manœuvre opératoire, il adopte celle de Langenbeck de préférence à celle de Dupuytren; c'est-à-dire qu'au lieu de plonger le bistouri jusque dans le canal nasal, ce qui n'est pas toujours facile, souvent expose à blesser la muqueuse, et fait qu'on introduit quelquefois le cathéter entre cette membrane et les os, il préfère inciser le sac comme un abcès, déboucher le canal avec un stylet, et placer ensuite le corps dilatant auquel il donne la préférence.

Cette opération est immédiatement pratiquée, et ne présente aucune circonstance remarquable, si ce n'est la facilité et la promptitude de son exécution.

— « Le deuxième malade, dit M. Maisonneuve, offre un cas beaucoup plus rare, et dont la cure, jusqu'à présent, a fait le désespoir des chirurgiens. Il s'agit d'un hypospadias dans lequel le gland est imperforé et le canal ouvert immédiatement au-devant des bourses. Déjà, par une première opération, M. Blandin a creusé dans l'épaisseur du gland, un canal artificiel qui vient, en arrière, aboutir à l'orifice de l'hypospadias, et par lequel une sonde peut être introduite dans la vessie. Cette opération, qui a réussi pleinement, a eu pour résultat de substituer à l'existence d'un hypospadias, une simple perforation du canal; mais cette perforation est longue de quinze millimètres, et comprend la demi-circonférence inférieure de l'urètre. C'est elle que M. Maisonneuve se propose de faire disparaître.

Jetant un coup-d'œil sur les ressources de la science, le chirurgien passe rapidement en revue la valeur de la cautérisation, du rapprochement direct des bords de la fistule par des sutures diverses, avec ou sans incisions latérales, comme le veut M. Dieffenbach; il les rejette comme inapplicables à un cas aussi difficile, et ne trouve que l'autoplastie qui puisse avoir quelques chances de succès. Mais cette méthode comprend un grand nombre de procédés. M. Dieffenbach a pu recouvrir de larges perforations de

---

argent; il faisait dissoudre un seul grain de ce médicament dans une once d'eau.

M. Félix Legros lit une note en réponse à une leçon de M. [...]udens sur les plaies par armes à feu, insérée dans le n° 124 de la *Gazette des Hôpitaux*. M. Legros pense, contradictoirement à l'opinion de M. Jobert, dans son mémoire sur cette matière, que les balles peuvent très bien se diviser sur les os, et pour preuve, il a montré trois balles qui présentent des divisions très remarquables.

L'une avait frappé la partie postérieure de la tête d'un voltigeur du 50e de ligne, et, après avoir enfoncé une partie d'os, était restée engagée sur les saillies formées par la fracture; la force d'impulsion avait été si grande que cette balle s'était divisée en deux portions dans presque toute son épaisseur; une moitié était logée dans le cervelet, l'autre restait au dehors.

La seconde balle s'était partagée sur la crête de l'omoplate d'un homme: l'un des fragmens lui avait donné instantanément la mort en traversant la poitrine de part en part, et était allé se perdre dans le sein de sa maîtresse, placée dans le moment au-devant de lui.

Le troisième projectile s'était coupé sur la clavicule d'un tailleur: un petit segment s'était perdu dans les chairs et avait retardé la guérison pendant sept mois. Retrouvé plus tard, le fragment s'adaptait parfaitement au reste de la balle, dont il complétait le poids légal, en même temps qu'il sanctionnait le diagnostic de Dupuytren.

M. Félix Legros possède encore plusieurs faits de cette nature qu'il a observés en 1830, tant à l'Hôtel-Dieu, où il était alors élève de clinique, qu'à la maison de convalescence de Saint-Cloud, dont il était l'un des chirurgiens.

M. Félix Legros profite de cette communication pour combattre l'opinion de M. Blandin, qui prétend que, dans les plaies par armes à feu, l'ouverture d'entrée de la balle est plus grande que celle de la sortie, tandis qu'au dire de M. Legros, qui s'appuie sur ses propres observations et celles de tous les temps et de tous les hommes spéciaux, le contraire seul est vrai.

M. Toirac, pour prouver la vérité des assertions de M. Legros sur la division des balles par les os, rapporte qu'il a été consulté dernièrement par un jeune colonel russe, blessé au Caucase par une balle qui a percé la joue, le sinus maxillaire, et qui s'est divisée en plusieurs fragmens, dont un a détruit la voûte palatine. M. Toirac a établi un obturateur qui se place et s'enlève avec la plus grande facilité.

M. Toirac montre aussi à la Société un instrument pour faire la section des amygdales: cet instrument est composé de deux branches dont l'une supporte un anneau, et l'autre un second anneau tranchant; au moyen d'un curseur, on fait marcher une sorte d'érigne qui perce l'amygdale, et l'on coupe ensuite la tumeur.

— *M. Phillips*, présent à la séance du 5 janvier 1841, après avoir exposé quelques détails pratiques relatifs à l'opération du strabisme, se livre à quelques considérations générales sur cette matière. En parlant des diverses variétés du strabisme, il avance que, sur un nombre donné d'individus, on compte un tiers de strabismes convergens droits, un peu moins d'un quart de strabismes convergens gauches; un dixième de strabismes convergens des deux yeux; un huitième de strabismes divergens. Souvent les sujets qui louchent en dedans voient doublement les objets; dans ces cas, la pupille de l'œil dévié est beaucoup plus dilatée que celle de l'œil sain; ils ne voient pas double, au contraire, lorsque les deux pupilles sont également ouvertes, ou lorsque la pupille de l'œil dévié est plus contractée que celle de l'autre œil. C'est qu'en effet, par la déviation du globe oculaire, la pupille est plus ou moins cachée dans le grand angle de l'œil; si elle est contractée, elle ne permet à aucun rayon lumineux de pénétrer dans l'œil, et cet organe ne sert nullement à la vision; si, au contraire, la pupille est largement dilatée, elle laisse entrer quelques rayons de lumière qui vont frapper la rétine, et cet œil perçoit vaguement les objets.

Quelquefois les individus atteints de strabisme ne voient pas avec l'œil dévié, et ils recouvrent l'usage de la vue immédiatement après la section des muscles. Cette paralysie, ou plutôt cette suspension de sensibilité de l'œil, est sous la dépendance de la puissance morbide qui altère les fonctions des nerfs moteurs, et qui, par continuité de tissus, est transmise aux nerfs sensitifs, et paralyse leur sensibilité: telle est l'explication donnée par M. Phillips. Le nerf oculo-moteur qui anime les muscles droits, produit aussi leurs contractions spasmodiques; cet état morbide est transmis au ganglion ciliaire par continuité de tissus, c'est-à-dire par la courte racine de ce ganglion. Celui-ci réagit sur la rétine par son nerf central, et lui transmet cette puissance morbide qui suspend sa sensibilité.

L'œil étant dans ces conditions, voit aussitôt après l'opération, mais le sujet perçoit deux objets; cette vue double persiste pendant dix-huit à vingt jours, et elle diminue insensiblement pour cesser après ce court espace de temps.

Lorsque l'œil est porté fortement en dedans et en haut par la contraction des muscles droits interne et grand oblique, il y a une plus grande saillie de cet organe, et la cornée est plus bombée; le diamètre antéro-postérieur est augmenté, et le sujet ne peut voir les objets qu'à une très petite distance. Cet état de myopie cesse aussitôt après la division des muscles contractés. M. Phillips fait observer que la fonction des muscles grands obliques est de maintenir l'œil en avant; car les muscles droits, en se contractant en même temps, auraient porté l'œil en arrière, sans cet antagonisme, comme il arrive chez certains animaux. Il est évident que les muscles grands obliques modifient l'axe de l'œil, et sont les agens du déplacement du cristallin. Pendant un voyage que fit M. Phillips en Danemark, il a vu M. Jacobson, de Copenhague, qui lui a montré ses belles préparations de l'œil. Ce savant anatomiste est parvenu à démontrer matériellement le déplacement du cristallin; il a décrit de petits canaux, de petits réservoirs entourant le cristallin, recevant les humeurs de la chambre antérieure, en un mot servant de diverticulum, qu'il nomme péri-lenticulaires: les liquides refluant dans ces conduits permettent au cristallin de suivre un mouvement en avant ou en arrière, suivant la modification imprimée au globe de l'œil.

M. Jacobson attribue au *processus ciliaris* ces mouvemens du cristallin. M. Phillips pense que c'est une erreur. Le mouvement ne peut être imprimé à un organe que par la fibre musculaire; rien dans l'organisation du processus ne démontre la présence de cette fibre. M. Phillips croit que les mouvemens du cristallin sont produits par les muscles obliques, qui, en se contractant, modifient l'axe du globe oculaire, et font refluer les liquides dans les réservoirs de Jacobson, ce qui produit les déplacemens lenticulaires.

— Dans le courant du trimestre qui vient de s'écouler, quatre membres nouveaux ont été reçus à la Société médicale du Temple, MM. Amédée Latour, Aubert, Vée et Vernois; le premier avait envoyé un mémoire intitulé: Du traitement préservatif et curatif de la phthisie pulmonaire; certes, si le but que se propose M. Amédée Latour pouvait être atteint, ce serait un des plus beaux triomphes de l'art, et l'on doit le féliciter de l'avoir tenté. M. Aubert, dans son ouvrage sur la peste ou typhus d'Orient, a fait preuve d'un bon esprit d'observation; à l'imitation de Desgenettes, il a décrit, avec le plus grand soin, les divers symptômes de cette cruelle maladie; cependant il diffère un peu de cet homme illustre, parce que la peste ne se montre

l'urètre, au moyen de la rotation sur son axe d'un anneau complet de la peau de la verge ; de la transplantation d'un repli annulaire du prépuce en arrière ; de la transplantation d'un repli semblable de la peau du pénis en avant.

Mais ici le prépuce est divisé, la peau de la verge participe de la perte de substance du canal ; il ne faut donc pas songer à ces moyens.

Reste une méthode qui consiste à transplanter un lambeau de la peau du scrotum ; elle ne compte encore qu'un seul cas de succès obtenu par Astley Cooper. C'est elle cependant qu'adopte M. Maisonneuve, attendu que nulle autre, jusqu'à présent, n'a réussi en pareille circonstance. « Il sera même nécessaire, dit le chirurgien, d'y apporter certaines modifications, attendu la gravité du cas. »

Le malade est alors introduit ; il se couche horizontalement sur le dos ; on lui place dans l'urètre et la vessie une sonde de gomme élastique ; un aide relève la verge et maintient les bourses abaissées. Le chirurgien, armé d'un bistouri droit, incise circulairement la peau tout au tour de la fistule et à trois lignes au moins de ses bords, la dissèque avec précaution jusqu'à l'orifice où il la laisse adhérente. Cette peau, ainsi dédoublée, est renversée sur l'ouverture anormale, qu'elle oblitère complètement, en présentant sa face épidermique en contact avec la sonde, tandis que la face saignante regarde en dehors et forme, avec la partie d'où on l'a détachée, une plaie continue. Les choses sont maintenues dans cet état à l'aide d'une suture à surjet ; un stylet aiguillé, porté dans le méat urinaire, entre la sonde et le canal, sert à entraînerpar l'urètre les deux bouts du fil qui plus tard devra tomber par cette voie. Voilà donc déjà la fistule oblitérée par une lame cutanée prise sur ses bords et renversée simplement de dehors en dedans.

Alors commence le deuxième temps de l'opération. Le chirurgien fait un pli à la peau du scrotum, au côté gauche de la fistule, le traverse avec un bistouri droit, comme s'il eût voulu passer un séton, puis l'incise en bas, de manière à former un lambeau épais et large à son pédicule. La plaie du scrotum est immédiatement réunie à l'aide de quatre points de suture simple, et le lambeau, dont la base n'éprouve aucune torsion, est appliqué sur la fistule, déjà recouverte du lambeau accessoire, et la face interne est mise en contact avec toutes les parties saignantes préparées dans le premier temps de l'opération. Huit points de suture servent à l'y fixer. On ajoute une compression méthodique au moyen de bandelettes de diachylon, disposées circulairement autour de la verge, depuis sa base jusques et y compris le gland.

M. Maisonneuve, après l'opération, insiste sur l'avantage qu'il trouve à recouvrir d'abord la fistule avec cette portion de peau que l'on enlève d'ordinaire pour opérer l'avivement ; il fait remarquer : 1° que, protégée par son épiderme, cette peau doit résister davantage au contact de l'urine ; 2° que sa partie saignante, faisant suite à une partie avivée, forme un plan continu sur lequel le lambeau devra s'appliquer et s'agglutiner plus commodément que si la fistule restait béante.

Espérons que le succès couronnera cette tentative ingénieuse.

DES FAUX CROUPS;

Par le docteur A. Berton, chirurgien aide-major de la Gendarmerie de la Seine.

Les dénominations diverses d'asthme aigu de Millar, de laryngite ou angine striduleuse (Bretonneau), de pseudo-croup (Guersant), d'asthme de Kopp, d'asthme spasmodique, croup spasmodique, spasme de la glotte, etc., appliquées alternativement et indistinctement à des affections différentes, contribuent à jeter de la confusion dans un sujet qui a besoin d'être élucidé et qui nous semble pouvoir l'être. Trois distinctions nous paraissent en effet devoir d'abord être établies parmi les divers états morbides, à chacun desquels il sera ensuite facile d'adapter un nom. Nous reconnaîtrons d'une part une laryngite ou laryngo-trachéite simple, ou un état local fluxionnaire, hypérémique, une irritation plus ou moins légère, une inflammation plus ou moins vive ; de l'autre, un resserrement spasmodique de la glotte, en un mot une névrose ; et enfin en troisième lieu, une affection organique du thymus, un développement anormal de cette glande, gênant et comprimant les organes de l'hématose. Suivent les dénominations : 1° de pseudo-croup ; 2° d'asthme de Millar, d'asthme spasmodique, d'angine striduleuse ou de spasme de la glotte ; 3° celle d'asthme thymique, d'asthme de Kopp.

Le pseudo-croup proprement dit, celle de ces affections qui en effet a le plus de ressemblance avec le croup véritable, est, avons-nous dit, constitué par une laryngite ou laryngo-trachéite aiguë, sub-aiguë, ou tout simplement par une sorte de gonflement fluxionnaire laryngé, aussi subit et souvent tout aussi éphémère que l'enchifrènement, avec lequel il a alors la plus complète analogie. C'est à la laryngite ou à la laryngo-trachéite simple que semblent appartenir les trois cas de croup intermittent relatés par Jurine, et particulièrement le dernier, où l'on ne trouva pas à l'autopsie de fausses membranes, mais un pus très épais ; selon M. Guersant, il s'agissait de catarrhes avec rémittences dans les accès. (*Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, par M. le docteur Fabre, p. 176.)

Ainsi, et peut-être plus souvent encore que dans la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse, le faux croup se déclare le soir ou pendant la nuit par une toux rauque, enrouée, tout à fait croupale, suivie d'inspirations sifflantes, sonores ; à quelques-unes de ces courtes saccades de toux succèdent des accès plus forts, plus fréquens, pendant lesquels la respiration est précipitée, difficile, bruyante, avec agitation, anxiété, avec accélération du pouls, face vultueuse, sensation de gêne ou de déchirement vers la région laryngée. Après quelques heures de ces accès plus ou moins répétés à des intervalles variables, et après lesquels le petit malade fatigué, brûlant, le visage en sueur, retombe dans le sommeil, ou, malgré son accablement, reste dans l'insomnie et l'agitation ; après un laps de temps variable, et assez souvent vers le jour naissant, les cris y diminuent d'intensité, tout en devenant plus rares ; puis enfin la plupart des symptômes se dissipent, et il ne reste plus guère pendant la journée suivante qu'un peu de toux qui conserve en partie sa rausticité, et l'enfant a repris ses jeux et sa gaîeté. Quelques quintes reviennent encore la nuit suivante, mais généralement il y a amélioration, et la maladie se termine dans un espace de temps peu éloigné, en passant par les phases ordinaires d'un rhume. Les accidens sont quelquefois moins sérieux encore et bien moins tranchés : l'enfant qui, le plus souvent aussi la veille, avait toutes les apparences de la santé, est pris à plusieurs reprises pendant la nuit de quelques accès de toux croupale ; accès assez légers quelquefois pour ne troubler qu'à peine le sommeil. C'est dans les cas les plus rares que l'on a affaire à une laryngite ou à une laryngo-trachéite de la durée habituelle des maladies aiguës, avec fièvre continue, et surtout assez intenses pour mettre en danger les jours de l'enfant. Mais considérées comme complications de variole, de rougeole et de scarlatine, ces phlegmasies énergiques et graves sévissent au contraire fréquemment pendant l'enfance.

L'enrouement de la voix, son timbre particulier, son extinction, le sifflement ou bruissement laryngo-trachéal lors des inspirations, les menaces de suffocation pendant les quintes de toux, et l'expuition de fausses membranes appartiennent au croup ; mais le pharynx ne présente rien d'extraordinaire dans la trachéite et la bronchite pseudo-membraneuse ; tandis que dans l'angine croupale l'arrière-bouche est plus ou moins recouverte de productions membraniformes, en même temps que les glandes cervicales sont gonflées et douloureuses. Dans le faux croup, la toux est aussi rauque, il y a pareillement de violentes quintes de toux avec dyspnée et même sifflement ; mais il n'y a ni apparence ni expuition de fausses membranes, et en général les accidens sont moins prononcés que dans le croup. Le croup et le pseudo-croup sont particulièrement fréquens vers l'âge de trois à six ans. Le pseudo-croup est bien plus sujet à récidive, et semble plutôt choisir les enfans entourés de bien-être, élevés dans la mollesse ; le croup frappe également et ceux-ci et les enfans pauvres, peu soignés, exposés aux intempéries atmosphériques. C'est à l'existence de ce dernier que l'on croira presque immanquablement dans la réunion du pseudo-croup avec la dipthérite, et ce n'est guère qu'à l'autopsie qu'il est possible de reconnaître l'erreur de diagnostic. Un nouvel exemple de cette complication se trouve inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 24 décembre dernier.

Quand le pseudo-croup, ainsi qu'il arrive le plus souvent, est apyrétique, quand les symptômes n'ont pas un haut développement de gravité, des moyens très simples suffisent en général. Ainsi, on peut s'en tenir à l'administration de quelque boisson chaude adoucissante, à l'emploi de cataplasmes légèrement sinapisés placés autour des extrémités inférieures, etc. A un degré plus avancé, nous appliquons immédiatement des morceaux de sparadrap de la grandeur de la paume de la main, émétisés, au devant de la poitrine et à la partie interne des cuisses ou des jambes (ce qui produit en peu d'heures une assez forte rubéfaction). Nous prescrivons également de suite 16 ou 20 grammes de manne, ou 30 centigrammes d'un mélange de calomel et de poudre de jalap ; quelques heures plus tard, et c'est ordinairement vers le matin, le sirop d'ipécacuanha simple ou composé est donné à la dose de 20 à 30 grammes.

Le petit malade d'ailleurs est tenu au lit le jour suivant ; on lui présente quelques cuillerées de looch ; on lui donne à boire une tisane gommeuse miellée, et pour toute nourriture un peu de lait chaud sucré. Enfin, quand il y a de la réaction générale, que l'enrouement est prononcé et les quintes de toux fréquentes, il ne faut pas hésiter à employer, en plus de tout ce qui précède, quelques sangsues à la gorge ; et même, si les accès de suffocation sont manifestes, ainsi que la gêne et l'embarras de l'hématose, il faut recourir à la phlébotomie. C'est, en résumé, entre la crainte de trop faire inutilement et celle de ne pas assez agir quand il y a pourtant nécessité de le faire, dans cette soi-disant perplexité, il ne doit pas, au contraire, selon nous, y avoir d'hésitation ; et certes il vaut mieux, sans grave inconvénient, faire trop que de risquer, dans l'inertie, de se trouver dépassé par des accidens qui, abandon-

---

pas toujours avec une égale intensité sur les Arabes, les noirs et les Européens ; en effet, chez les noirs et les Arabes le délire est toujours un signe très fâcheux, ce que n'avait point dit M. Desgenettes. M. Vée, est un pharmacien très distingué, dont les écrits sont fort estimés. Dans un travail adressé à la Société, il insiste sur la nécessité d'une sévère précaution à apporter dans la préparation des cantharides ; l'opérateur ne doit pas s'exposer aux vapeurs caustiques qui peuvent produire une inflammation violente d'une partie de l'enveloppe cutanée. Enfin, M. Vernois a envoyé, pour appuyer sa candidature, un mémoire ayant pour titre : De l'état du cœur chez les enfans et les adultes. M. Vernois a examiné, mesuré, jaugé plus de quatre cents cœurs; il a noté la longueur, la largeur, l'épaisseur des cloisons, des valvules, des orifices et des piliers, et c'est après cet examen si minutieux, qu'il en a tiré les conséquences les plus utiles. Honneur aux hommes qui s'adonnent à des travaux scientifiques aussi compliqués !

Belhomme,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Vendredi, 19 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Robert a été argumenté par :
MM. Malgaigne.
Sédillot.
Huguier.
Chassaignac.
(Des opérations qui nécessitent les affections cancéreuses.)

Lundi, 22 février.

M. Malgaigne sera argumenté par :
MM. Sédillot.
Huguier.
Chassaignac.
Lauguier.
(Des appareils pour le traitement des fractures.)

Hopital Necker. — *Ectropion; autoplastie sans suture.*

M. Bérard jeune, chirurgien de l'hôpital Necker, a présenté à l'Académie de médecine un opéré, dont l'histoire offre plusieurs particularités intéressantes sous le point de vue de la pratique. Le malade en question était affecté d'un ectropion de la paupière inférieure gauche : une pustule maligne qui s'était développée dans la région de la joue, au-dessous de l'orbite, avait donné lieu à la difformité. On avait pratiqué la cautérisation, et la perte de substance s'étant étendue jusqu'au niveau du bord libre de la paupière inférieure dont les cils avaient été conservés, il en résulta un renversement complet de la conjonctive palpébrale ; la difformité était hideuse, et l'inflammation de l'œil continuelle. En août 1840, M. Bérard jeune tenta de rétablir la paupière. Dans ce but, il pratiqua une incision qui s'étendait de l'angle interne à l'angle externe de l'œil ; elle était parallèle au bord renversé de la paupière, et à trois ou quatre millimètres de ce bord.

Le cartilage tarse fut disséqué et relevé avec la conjonctive, de telle sorte que la paupière inférieure reprit sa position normale ; par suite de cette dissection, il s'établit un intervalle assez grand entre les bords supérieur et inférieur de la plaie, qui prit une forme elliptique. Pour s'opposer au renversement ultérieur de la paupière et fournir à cette partie la peau dont elle était privée, le chirurgien tailla un lambeau de peau à la région temporale ; la base du lambeau tenant par un pédicule vers la pommette, ce lambeau fut conduit entre les lèvres de la première plaie, et maintenu seulement par des pièces de pansement ; la réunion par première intention fut parfaite. Pour s'opposer à la rétraction du lambeau, M. Bérard a eu soin d'exercer à la surface une compression prolongée pendant plusieurs semaines après la cicatrisation, et cela au moyen de lamelles de diachylon superposées.

Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, la guérison s'est maintenue sans que le lambeau se soit rataliné ; la paupière est droite, semblable à celle du côté opposé, et n'en diffère que par une ligne de cicatrice qui indique le contour du lambeau et qui ne présente d'inégalité qu'à la partie externe de la lèvre inférieure, là où il a fallu tordre le pédicule du lambeau.

On peut déduire de ce fait les conséquences suivantes :

1° De même que M. Blandin l'a déjà établi, on peut s'abstenir de suture dans quelques opérations d'autoplastie ;

2° Le recoquillement du lambeau n'est pas à redouter, comm on l'a souvent annoncé ;

3° De simples pansemens appropriés suffisent pour prévenir cet accident.

— L'Ecole de Pharmacie de Paris a tenu, le mercredi 3 février, sa séance annuelle, dans son nouvel amphithéâtre.

M. Bussy a ouvert la séance par l'éloge de Robiquet ; M. Félix Boudet a lu ensuite celui de Planche ; enfin M. Gauthier de Claubry, après un discours sur les avantages des concours, a proclamé les noms des jeunes gens qui ont obtenu les prix de 1840.

Chimie. — Premier prix : M. Grassi. Deuxième prix : M. Lutz.

Pharmacie. — Premier prix ; M. Grassi. Deuxième prix : M. Dorvault.

Histoire naturelle. — Seul prix ; M. Dorvault.

Botanique. — Premier prix : M. Dorvault.

Physique. — Premier prix : M. Grassi. Deuxième prix ; M. Fatou.

Toxicologie. — Premier prix ; M. Oudard. Deuxième prix : M. Fatou.

Erratum. Dans l'avant-dernier numéro, p. 88, clinique de M. Roux, deux lignes ont été placées par erreur à la fin de la 2e observation : elles devaient être à la fin de la 1re (gangrène sénile); c'est ce dernier malade qui a succombé, et non point l'opéré de sarcocèle.

nés à tout leur élan, peuvent être désormais difficiles ou impossibles à maîtriser.

Il est très probable que dans beaucoup de récits d'invasion du croup, et de guérisons faciles d'affections croupales, il ne s'agissait fort souvent que d'affections analogues à celles qui font le sujet de cet article. Du reste, l'erreur et l'appréhension sont très excusables; car, de prime-abord, la ressemblance est grande, particulièrement entre le croup et le pseudo-croup; et le légitime effroi qu'inspire la première de ces maladies, justifie les craintes exagérées que fait d'abord naître la seconde. Nous avons éprouvé maintes fois de semblables inquiétudes; et tout dernièrement encore, nous avons passé une partie de la nuit auprès de l'enfant d'un de nos féconds et spirituels auteurs dramatiques. Ces craintes, ces transes, l'expérience du passé ne peut en garantir, et le temps, l'issue, apprennent seulement si elles étaient fondées ou non.

Le spasme de la glotte s'observe plus particulièrement après l'époque du sevrage, vers l'âge de dix ou dix-huit mois; quelquefois plus tôt, rarement plus tard. L'intermittence, sans être régulière, est néanmoins marquée. Les accès, d'une fréquence variable, mais qui, en général, augmentent progressivement, se renouvellent environ de six à vingt fois par jour. La durée de chaque accès est le plus ordinairement courte, mais souvent plusieurs ont lieu de suite, et il leur succède un temps de repos assez long. Les symptômes prédominans, souvent les seuls existans, sont une difficulté et presqu'un empêchement subit de respirer (provenant de la contraction du resserrement spasmodique de la glotte), puis, et comme conséquence de ce premier phénomène, des inspirations bruyantes, plutôt analogues à celles de la coqueluche qu'à celles du croup, des expirations plus ou moins courtes ou saccadées, entremêlées ou non de toux; enfin un état d'anxiété qui est en raison de l'obstacle apporté à l'acte respiratoire. Toute perturbation fonctionnelle a un facile retentissement vers le système nerveux, dont l'irritabilité est fort grande chez les enfans; aussi n'est-il pas rare de voir survenir des symptômes convulsifs.

Les accès de l'espèce d'asthme dont il est question, sont parfois d'une intensité très modérée. Suivant M. Kerr (1), qui a publié une monographie sur cette affection, il arrive aussi que la glotte se trouve entièrement fermée un moment, et amène de cette manière une suffocation. Du reste, il n'a rencontré à l'autopsie, aucune altération organique, soit au larynx, soit dans la trachée-artère. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette maladie, et en dernier lieu même les accidens étaient très prononcés (c'était chez l'enfant du caissier du banquier M. L. Lebœuf). Cependant, dans cette circonstance comme dans les autres, nous n'avons jamais vu la mort survenir, et c'est seulement depuis que nous avons pris connaissance du mémoire de M. Kerr, que nous croyons à la possibilité de cette fatale terminaison; mais nous n'en pensons pas moins que les cas peu sérieux sont les plus communs. M. Kerr convient, d'ailleurs, que les accès sont quelquefois à peine sensibles.... Puis ce qui semblerait encore venir à l'appui de notre opinion sur la bénignité plus ordinaire de cette maladie, c'est qu'elle est encore peu connue; tandis qu'elle n'eût pas manqué d'attirer davantage l'attention des observateurs si, au lieu de se prononcer à peine, elle eut d'habitude sévi avec une aussi effrayante énergie. Toutefois, si, dans les convulsions générales, il y avait toujours état spasmodique du larynx, et si ce phénomène secondaire, consécutif, pouvait au contraire être envisagé comme essentiel et primitif, il faudrait placer le spasme de la glotte parmi les maladies les plus graves et les plus fréquentes de l'enfance, comme tenant plus particulièrement sous sa dépendance les phénomènes de l'asphyxie, qui sont loin d'avoir toujours un rôle indifférent dans l'issue funeste des convulsions.

(1) The Edimburg, and surgical journal, 1838.

Dans l'intervalle des accès, et quand ceux-ci sont peu nombreux et peu intenses, l'enfant semble reprendre son état normal; il est gai, joue et conserve son appétit. Mais quand les rémissions sont courtes et les crises sérieuses, il y a de la tristesse, de l'abattement, et si les choses persistent de la sorte au-delà d'un petit nombre de jours, nul doute que la santé générale ne reçoive une atteinte profonde. La faiblesse, le dépérissement feraient d'ailleurs d'autant plus de progrès qu'il y a souvent alors des vomissemens et que les boissons et les alimens se trouvent fréquemment rejetés.

Dans les deux derniers faits qui se sont présentés à notre observation, la durée a été de sept à huit jours. Nous regrettons que M. Kopp ne dise rien de plus positif sur le terme de l'angine striduleuse, affection qu'il attribue à un refroidissement et à laquelle il oppose les bains chauds et tous les moyens aptes à rappeler la transpiration, sans toutefois négliger de remplir toutes les indications qui se présentent.

Les moyens que nous avons employés et qui nous ont réussi, sont: le sirop d'ipécacuanha à dose vomitive, le matin, et à deux ou trois jours d'intervalle; pareillement, s'il n'y a pas de contr'indications, 15 à 20 centigrammes de calomel; puis, en outre, une potion gommeuse avec l'oxyde de zinc et la poudre de Carignan, administrée par cuillerées à bouche, dans le courant de la journée; enfin, quelques frictions avec la pommade stibiée, au-devant de la région épigastrique; des cataplasmes chauds de farine de graine de lin, très légèrement saupoudrés de farine de moutarde, autour des jambes; une diète lactée.

L'asthme de Milliar ou spasme de la glotte ne paraît pas être la seule affection qui fasse ou menace de faire périr de suffocation les jeunes enfans. Plusieurs médecins, dans ces circonstances, entre autres les docteurs Kopp et Hirsch (de Kangisberg) et Brera ont trouvé le thymus (1) d'un volume anormal et opprimant les principaux organes thoraciques. Le docteur Brera a vu le thymus large de deux pouces, s'étendant de la glande thyroïde jusqu'au diaphragme et comprimer, étrangler dans son trajet la trachée-artère, les poumons, le cœur, les vaisseaux, les nerfs, etc. Une autre fois, il l'a trouvé adhérent à la même glande et couvrant le cœur, de sorte que les mouvemens de ce viscère devaient en être gênés, très pénibles et presque éteints.

(1) Frank avait déjà parlé du gonflement extraordinaire des glandes bronchiques et du thymus dans l'asthme des enfans.

Sur un troisième enfant, le thymus avait des prolongemens, en manière de vrilles, qui entouraient et étranglaient les veines jugulaires, les artères innominées et carotides. Le tissu de cette glande est tantôt à l'état normal, tantôt (et c'est le cas le plus fréquent) il est plus dur, plus rouge. Des observations très exactes ont démontré que le thymus ne commence pas à diminuer de volume dès la première période de la vie extra-utérine; qu'au contraire il croît jusqu'à l'âge d'un ou deux ans, où il est alors parvenu à son summum d'accroissement. Enfin, depuis cette époque jusqu'à l'âge de huit ou dix ans, il subit peu de changemens; mais ensuite il diminue progressivement jusque vers l'âge de seize ans, et s'atrophie. Comme la glande thymus a les plus intimes rapports avec la trachée et avec les gros troncs artériels et veineux, s'étendant assez souvent en haut de façon à se réunir à la thyroïde et se mettre en contact avec le larynx; comme elle est, en outre, fournie d'artères, de veines, de vaisseaux absorbans et de nerfs, lesquels nerfs semblent communiquer avec les principaux nerfs de la respiration, il n'est pas étonnant que toutes les fois qu'elle s'agrandit d'une manière morbifique, ou qu'elle est le siége d'une autre condition pathologique, elle suscite de graves symptômes dont on observe les plus importans chez les sujets scrofuleux. M. le docteur Corti, auquel nous empruntons ces derniers détails anatomiques insérés dans la *Gazette des Hôpitaux du* 30 *janvier* 1841, en produit d'autres non moins curieux (et que nous ne pouvons rapporter ici) sur le volume et le poids normal et anormal de la glande thymus.

Le docteur Koop a le premier décrit et classé l'asthme thymique comme une maladie distincte. Les principaux symptômes qu'il attribue à cette affection sont les suivans: inspirations sifflantes, assez analogues à celles de la coqueluche; seulement elles sont plus aiguës, plus perçantes. Les enfans inspirent cinq à six fois avant de faire une expiration, et celle-ci est également bruyante; enfin, comme dans les violens accès d'asthme, la respiration est quelquefois momentanément suspendue, et l'enfant peut étouffer dans cet instant. La langue est parfois sortie de la bouche, même pendant le sommeil; épiphénomène auquel il attache une grande importance, ainsi qu'à la matité qui existerait à la région épigastrique.

Des recherches de M. Corti il résulterait aussi que la maladie à laquelle on donnerait, à tout bout de champ en Italie, le nom de *gallicino* (chant du coq), d'asthme des enfans, de spasme de la glotte, et dont les symptômes principaux seraient la dyspnée et la respiration croupale, a été reconnue exister avec l'augmentation de volume ou l'hypertrophie de la glande thymus, mais que, du reste, la dilatation thymique peut avoir lieu chez des enfans jouissant d'une bonne santé. Ces citations sembleraient prouver, que si ce médecin croit à la possibilité de la coïncidence ou développement du thymus avec les symptômes de l'asthme de Millar, et pense même que l'état pathologique en question favorise la production de tels phénomènes morbides, il est néanmoins éloigné de ne voir dans tout cela que cause et effets, car il reconnaît positivement que l'un et les autres peuvent exister isolément.

La dyspnée est le seul symptôme de l'existence duquel on se rende bien compte dans cette affection, et c'est le seul relaté dans l'observation recueillie par A. Cooper, et relative à une jeune malade qui, en effet, éprouvait beaucoup de dyspnée, surtout chaque fois qu'elle était couchée, et à l'autopsie de laquelle on trouva la trachée comprimée et aplatie par le thymus énormément agrandi. Un cas analogue, avec les mêmes paroxysmes, est rapporté par Meckel, et plusieurs autres par Haugsted.

Aussi, jusqu'à présent, sommes-nous disposés à admettre l'existence de l'angine striduleuse comme complication de l'asthme de Kopp, quand pendant la vie le sifflement se sera ajouté à la dyspnée, et lorsqu'ensuite à l'autopsie l'hypertrophie thymique aura été constatée.

Le pronostic de la maladie de Koop, de même que celui de toute affection procédant d'une détérioration organique, ne peut être que très alarmant; le malade finit presque toujours par périr dans les convulsions.

La base la plus rationnelle de traitement (bien que la réussite soit d'autant plus douteuse que d'abord on ne connaît pas de moyens d'agir directement sur le thymus) semble devoir être constituée par l'emploi méthodique des saignées locales, de la ciguë, de l'iode et des antispasmo-diques.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 23 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 23, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

e Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
ureau, rue Dauphine, 22-24.
nnonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

(HO)PITAL SAINT-LOUIS. — M. JOBERT (de Lamballe).

Du strabisme. Quelques considérations pratiques.

Certes, tout n'a pas été dit encore sur cette nouvelle opération, et il reste beaucoup de points importans à éclairer dans cette question. Nous pensons surtout que l'étude anatomique de l'œil et des parties contenues dans l'orbite doit tendre à rendre le manuel opératoire plus sûr, et le résultat beaucoup plus complet. Aussi déjà plusieurs écrits ont été publiés dans ce sens, et nous citerons, entre autres, la lettre adressée à l'Académie des sciences par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon. Nous avons lu avec soin la description que donne M. Bonnet d'une membrane fibreuse qu'il considère comme nouvelle, et nous avons cru remarquer une identité presque complète entre cette membrane et celle que Ténon décrit dans le tome I des Mémoires et observations sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie. Nous avons comparé les deux descriptions (voyez *Gazette des Hôpitaux* du 4 février 1841, et l'ouvrage cité, page 200, article II, sur une nouvelle tunique de l'œil), et en beaucoup de points elles sont parfaitement semblables. Ainsi, la membrane fibreuse décrite par Ténon naît sur le nerf optique; elle est adhérente à la sclérotique en arrière seulement, et devient plus lâche en avant, où elle est percée pour laisser passer les muscles droits et obliques, ne fournissant de gaîne qu'au tendon du grand oblique. Seulement, arrivée à la conjonctive, elle offre une particularité que la membrane de M. Bonnet ne paraît pas présenter; elle forme deux ligamens, etc... mais ensuite elle gagne les paupières où elle vient se terminer aux tarses. Et c'est en tenant compte de cette liaison plus ou moins directe qui existe entre les muscles de l'œil et les paupières, que M. Bonnet explique, et avec raison, la simultanéité si parfaite qui existe entre les mouvemens du globe de l'œil et des paupières.

On comprend quelle importance l'opérateur doit attacher à toutes ces connexions qui, négligées, peuvent compromettre le succès de l'opération. Et sans doute, les récidives qui se sont montrées chez quelques sujets, ne reconnaissent pas d'autre cause que l'incomplète section des brides de diverses natures qui retiennent l'œil dans une position vicieuse; et dans la majorité des cas, la section du muscle seul est loin de suffire pour amener la guérison.

Parmi les causes du strabisme il en est une assez remarquable et que nous croyons utile de rapporter: c'est à l'hôpital Saint-Louis que nous avons eu occasion de prendre cette observation.

Le mercredi, 27 janvier 1841, M. Jobert pratiqua l'opération du strabisme sur un jeune enfant, le nommé Hébert (Benjamin), âgé de treize ans, présentant exactement tous les traits de cette constitution presque spéciale aux enfans de Paris. Il y a huit ans il fut pris d'une violente inflammation à l'œil gauche, au dire de la mère de cet enfant; il s'établit sur l'œil une suppuration abondante, et à la suite de cette maladie, qui ne se termina que lentement, il se développa graduellement un strabisme convergent de l'œil malade.

Lorsque nous avons examiné cet enfant, nous avons constaté que l'œil gauche restait fixé avec énergie dans le grand angle, et que c'est à peine si dans les efforts que faisait le malade pour regarder en dehors, il parvenait à rendre la corné entièrement visible.

M. Jobert pratiqua la section du muscle droit interne et coupa en outre les diverses brides aponévrotiques qui pouvaient encore retenir l'œil, et, malgré une dissection complète de toutes ces parties, le strabisme persistait. Ce ne fut que lorsque l'opérateur eut largement débridé la conjonctive en haut et en bas, que l'œil revint sur la ligne médiane. Alors on constata que les mouvemens d'adduction, sous l'influence de la volonté du malade, étaient complètement impossibles; ce qui, suivant tous les chirurgiens qui ont beaucoup opéré de strabiques, doit être considéré comme le signe certain du succès obtenu par l'opération.

Ce cas nous a paru remarquable, car il donne à penser que chez ce malade, l'ophthalmie rebelle que nous avons mentionnée, ophthalmie hantée sur un individu à constitution éminemment lymphatique, avait déterminé une ulcération de la conjonctive qui, en se cicatrisant, avait pu jouer un rôle très actif dans la production de la difformité.

Nous regrettons de ne pas avoir assez attentivement examiné l'état de la conjonctive avant l'opération, mais nous pensons qu'il suffira d'avoir cité ce fait pour engager les chirurgiens qui en rencontreraient de semblables à les bien observer.

Dans les divers traités qui ont été publiés sur le sujet qui nous occupe, on ne s'est peut-être pas assez occupé de déterminer rigoureusement le principe qui doit guider l'opérateur. On s'est souvent contenté de considérer l'exécution de la myotomie oculaire comme très délicate, sans prendre le soin de lever, par des données simples, les apparentes difficultés que l'on peut rencontrer.

M. Jobert s'est attaché à régler positivement le manuel opératoire. Voici les règles qu'il a posées:

Pour mettre sûrement le muscle à nu, à son point d'insertion sur la sclérotique, il conseille, lorsqu'on a affaire aux strabismes convergent ou divergent, de saisir avec une première érigne la conjonctive précisément au niveau de la commissure palpébrale; on soulève à l'aide d'une seconde érigne un repli conjonctival, et d'un seul coup de ciseaux on arrive sûrement sur le muscle. Il est bien important de tenir compte des déplacemens que l'œil a pu subir, soit sous l'influence de la crainte qu'éprouve le malade, soit à cause de l'irritation que les instrumens abaisseur et releveur des paupières peuvent lui communiquer; car, dans ce cas, en saisissant la conjonctive au niveau des commissures lorsque l'œil est déplacé, on s'aperçoit facilement, par les tâtonnemens qu'on est forcé de faire, que l'on est, soit au-dessus, soit au-dessous du muscle. Il est donc bien entendu que nous supposons l'œil dans son axe normal, et que le point sur lequel on doit agir se trouve à l'extrémité d'une ligne horizontale qui couperait par le milieu la cornée et la partie visible de la sclérotique.

Quant aux strabismes en haut et en bas, pour les opérer, la division de la conjonctive doit être faite en haut ou en bas suivant la nature du déplacement de l'œil à l'extrémité d'une ligne qui partagerait verticalement en deux parties égales la cornée et la sclérotique. A l'aide de ces simples indications, on est certain d'exécuter l'opération avec rapidité et sûreté, ce qui nécessairement diminuera les souffrances du patient, et par contre les chances possibles d'une inflammation traumatique consécutive. Dr E.-L.

HOPITAUX DE LONDRES.

Ulcère phagédénique à la jambe; mort; autopsie.

Thos. Vyze, scieur, âgé de soixante-douze ans, a été reçu à l'hôpital Berkshire le 5 janvier. Il déclare qu'il y a quinze jours il a été frappé sur le devant de la jambe par un gros morceau de bois. Sa santé avait été toujours bonne jusque là, et les contusions ou plaies qu'il s'était faites autrefois dans l'exercice de son état s'étaient toujours promptement guéries. Sa vie avait été d'ailleurs assez réglée et sobre. Son apparence aujourd'hui est celle d'un vieillard sain.

La contusion qu'il venait d'éprouver ne lui a occasionné que fort peu de mal pendant les trois premiers jours, et il s'en est à peine occupé. A cette époque la jambe a commencé par devenir rouge, puis très douloureuse et gonflée; le gonflement s'étend au-dessous des chevilles et le pied est œdémateux. Le quatrième jour les tégumens près-malléolaires se sont gangrenés, l'escharre est tombée et a laissé une plaie suppurante, que l'auteur appelle ulcère, de la largeur de la main d'un homme adulte. On voit au fond le fascia frappé lui-même de gangrène. Des cataplasmes de pain cuit dans l'eau avaient été constamment appliqués par le malade.

A son entrée à l'hôpital on le trouve dans l'état suivant: les bords de la plaie, qui s'étaient beaucoup étendus depuis deux à trois jours, étaient de couleur livide et tombaient sur sa surface. Le fascia, qui en formait le fond, était ma-

FEUILLETON.

DE LA DIVISION DU MUSCLE BULBO-CAVERNEUX

Comme moyen curatif de quelques rétrécissemens de l'urètre;

Par M. DUFRESSE-CHASSAIGNE.

Nous n'apportons point de faits pratiques à l'appui de l'opération que nous proposons: mais, comme nous croyons l'avoir démontré dans le courant de ce travail, une certaine classe de rétrécissemens de l'urètre, qu'on regarde généralement comme organiques, dépendent de la rétraction des muscles bulbo-caverneux, et nous avons pensé que le meilleur moyen de les détruire complètement était de rendre aux fibres musculaires rétractées [leu]r longueur.

Avant de blâmer ou de condamner une opération que nous [a]vons encore pratiquée que sur le cadavre, nous prions le lec[teu]r de vouloir bien se rappeler que naguère encore on était loin [de] rapporter le strabisme à la véritable cause qui y donne lieu le [plu]s souvent, et que la théorie ainsi que l'opération proposée [pa]r Stroméyer, en 1838, pour y remédier, passèrent pour ainsi [di]re inaperçues, parce qu'il n'apportait aucun fait pratique à leur [ap]pui. Cependant, depuis quelques mois la pratique s'est montrée [te]llement d'accord avec la théorie, que l'opération et les idées de [St]romeyer sont devenues tout à fait populaires en chirurgie. [N]ous dirons encore que Boyer conçut l'idée de couper le muscle [co]nstricteur de l'anus avant de l'avoir exécutée, et que là encore [la] théorie vint avant la pratique; et qu'en chirurgie, d'ailleurs, [il] en est presque toujours ainsi. Avant de faire une opération, on [la] conçoit, on la combine, on l'applique d'abord sur le cadavre, et puis sur le vivant.

Nous avons divisé ce mémoire en trois parties: dans la première nous établissons par l'anatomie et la physiologie que les muscles bulbo-caverneux rétrécissent l'urètre.

Dans la deuxième partie, nous démontrons qu'un grand nombre de rétrécissemens de l'urètre résultent de la contraction spasmodique ou rétraction soit temporaire, soit permanente des muscles bulbo-caverneux.

Et dans la troisième, nous traitons de l'opération et des procédés opératoires.

Chapitre premier.—L'anatomie et la physiologie des muscles bulbo-caverneux démontrent que leur contraction volontaire rétrécit l'urètre au point d'empêcher l'urine de sortir.

Il suffit d'observer la position de ces muscles et la manière dont leurs fibres sont disposées pour se rendre compte de ce fait.

Les muscles bulbo-caverneux, qui ont à peu près la forme d'un parallélogramme, sont unis sur la ligne médiane par un raphé fibreux; ainsi disposés, ils ne forment pour ainsi dire qu'un muscle qui repose immédiatement sur l'urètre, dont il tapisse toute la portion bulbeuse et une partie de la région spongieuse. Leurs fibres, quant à leur direction, ne peuvent pas être mieux comparées qu'à celles des barbes d'une plume qui, au lieu de se rendre sur les côtés de la tige, iraient s'unir en arrière de cette tige sur la ligne médiane. Elles sont dirigées plus obliquement en haut qu'au milieu et en arrière. Elles marchent de haut en bas et de dehors en dedans; en sorte que supérieurement elles laissent entre elles un écartement triangulaire dans lequel la substance spongieuse de l'urètre paraît à découvert. En haut et en dehors les fibres de ce muscle naissent par une pointe assez déliée de la portion de l'aponévrose superficielle du périnée qui engaîne le pénis à un demi-pouce environ en avant de l'arcade pubienne, tandis qu'elles ne commencent à se rencontrer sur la ligne médiane qu'au niveau de cette arcade ou seulement quelques millimètres au devant. De sorte que si l'on détache l'aponévrose du pénis, on détache en même temps les fibres musculaires; mais deux ou trois lignes plus bas, elles prennent de solides points d'insertion dans le fond des gouttières latérales qui existent entre l'urètre et les racines du corps caverneux. Par une dissection attentive et soignée, on reconnaît dans l'épaisseur de ce muscle plusieurs plans de fibres. Celles qui sont immédiatement appliquées sur l'urètre entourent presque toute la circonférence de ce canal, surtout en arrière, y adhèrent peu et vont se terminer dans l'aponévrose moyenne du périnée (ligament périnéal de Carcassonne); les plus superficielles vont s'insérer à la face interne des racines du corps caverneux; enfin, la partie inférieure et postérieure de ce muscle se termine à l'aponévrose superficielle du périnée qui le recouvre et va entrecroiser ses fibres au milieu avec celles du transverse du périnée et du sphincter anal.

Ainsi, en nous résumant, nous voyons que dans toute l'étendue de l'urètre où règne le bulbo-caverneux, ce canal se trouve placé dans une gaîne cylindrique formée de deux parties, l'une supérieure et résistante formée par l'aponévrose moyenne du périnée, le sommet de l'arcade pubienne et la gouttière du corps caverneux, et l'autre inférieure contractile, formée par le muscle en question.

« Il résulte de la disposition de ce muscle, dit M. Velpeau (Traité d'anat. chir., t. II, pag. 274. 1826.), qu'il doit aplatir l'urètre pendant ses contractions, et retenir les urines en arrière ou les chasser en avant, suivant qu'elles se trouvent plus ou moins avancées dans ce conduit. »

Au reste, tous les auteurs lui accordent pour usage de comprimer l'urètre lorsqu'il se contracte, et par là, d'accélérer le cours de l'urine et du sperme. De plus, M. Cruveilhier pense qu'il contribue puissamment à l'érection, parce que son insertion au côté interne du corps caverneux lui permet d'écarter la paroi inférieure de ce corps de la paroi supérieure, et, par conséquent, de provoquer l'abord du sang. (Anat. descript., t. II, pag. 741. 1834.)

Ainsi il est évident que par la contraction de ces muscles déterminée sous l'influence de la volonté, on rétrécit l'urètre et on intercepte le cours des urines.

Chapitre deuxième.— Un grand nombre de rétrécissemens de l'urètre résultent de la contraction spasmodique ou rétraction temporaire ou permanente des muscles bulbo-caverneux.

On peut établir la vérité de cette proposition par l'analogie, par des faits pathologiques, par des expériences directes, et enfin par l'observation.

1° Par analogie. Depuis trois ou quatre ans qu'on s'occupe beaucoup d'étudier l'anatomie pathologique du système musculaire et aponévrotique, on a reconnu que ces organes étaient surtout sujets à la contraction spasmodique ou plutôt à la rétraction temporaire ou permanente, et que la plupart des déformations du squelette étaient la conséquence ordinaire de la rétraction permanente. Il est également prouvé que le rétrécissement de certains organes creux, tels que le rectum à son extrémité inférieure, tels que l'œsophage, etc., tient quelquefois à cette cause, et que, dans les cas où il en est ainsi, toutes les fois qu'on a pu diviser les fibres rétractées de manière à détruire leur résistance, on est parvenu à rendre à ces organes leur calibre normal. Le muscle bulbo-caverneux jouirait-il du privilège d'être exempt de cette rétraction qui affecte si souvent les autres muscles, lui, si voisin d'un canal si sujet aux inflammations tant aiguës que chroniques qui accompagnent la blennorrhagie, maladie si fréquente, qu'il n'est peut-être pas un habitant des villes, âgé

nifestement gangrené, il était d'une couleur pourpre, luisant et mobile au toucher, comme s'il n'était pas fixé au-dessous. La plaie primitive ne s'était pas cicatrisée et offrait un bon aspect granuleux ; la rougeur et la tension de la jambe avaient beaucoup diminué depuis la déclaration de la gangrène, et la douleur avait entièrement disparu. Si l'on excepte un peu de fatigue, par le manque de sommeil, et une légère diarrhée, le malade se portait assez bien. Cataplasme émollient matin et soir ; le membre est placé sur un double plan incliné. Poudre de Dower, 40 centigrammes (8 grains) ; sous carbonate de soude, 30 centigrammes (6 grains) ; carbonate de fer, 60 centigrammes (12 grains) ; à prendre deux fois par jour.

Le 7, la diarrhée continue ; le malade se sent faible. Le fascia, gangrené, tombe en partie ; l'apparence de la jambe est généralement mieux. Acide nitrique délayé, 4 grammes (1 gros) ; décoction composée de quinquina, un demi kilogramme, un verre de vin deux fois par jour.

Le 8, le fascia est entièrement tombé ; le fond de l'ulcère est couvert de bonne granulation ; les bords cependant, qui étaient livides, sont maintenant gangrénés. Le malade se plaint d'insomnie et de faiblesse ; diarrhée. Solution de chlorure de chaux et d'eau, quatre onces de chaque, pour lotions. Un verre de vin pour arroser chaque cataplasme. Régime substantiel ; une bouteille de porter par jour.

Le 15, l'état de l'ulcère s'est beaucoup amélioré par les lotions chlorurées. On continue ces lotions seules ; on suspend l'usage des cataplasmes. L'ulcération a un bel aspect granuleux ; mais le malade est beaucoup plus faible ; diarrhée colliquative ; selles très fétides et mêlées à des flocons albumineux. Huile de ricin, 20 grammes (5 gros) ; huile de lin, 8 grammes (2 gros), à répéter toutes les cinq heures.

Le 18, l'ulcère a un bel aspect et paraît se cicatriser vers les bords. L'huile a fait presque disparaître la diarrhée ; hoquet, faiblesse progressive, pas de douleur à l'abdomen. Potion opiacée. Affaissement ; mort le 24.

Autopsie. On n'a pu inspecter que les viscères abdominaux, les parens du défunt ayant emporté le cadavre. La majeure partie des intestins grêles, surtout le duodénum et la partie inférieure du cœcum sont de couleur pourpre foncée, comme on l'observe sur les intestins des hernieux frappés de gangrène. La membrane muqueuse ne présente aucune ulcération, mais les vaisseaux sont généralement injectés. En touchant les intestins, on sent des dépôts calcaires ayant pour siége les extrémités des artères mésentériques. Cela a engagé à examiner les vaisseaux des membres, d'autant plus que des plaques osseuses avaient été rencontrées dans l'aorte descendante, précisément au-dessous de sa membrane interne. Ces plaques étaient minces dans la partie supérieure du vaisseau et de plus en plus épaisses à mesure qu'on s'éloignait du cœur. Les artères iliaques externe, fémorale, tibiale, étaient tellement ossifiées qu'elles semblaient formées d'autant de cylindres osseux complètement incompressibles. Ayant enlevé une portion de la fémorale et l'ayant comprimée avec les doigts, elle a craqué avec bruit, et l'on voyait aux deux bouts deux cercles osseux. Le calibre de ces vaisseaux est plus petit que dans l'état normal, la membrane interne étant poussée en dedans par les dépôts osseux sous-jacens.

Le docteur Hope a observé à l'Hôtel-Dieu de Paris un cas dans lequel les grandes artères, depuis le cœur jusqu'aux jambes, étaient ossifiées : l'ossification occupait toute la circonférence du tube artériel. L'individu est mort de gangrène aux jambes. Un autre cas pareil a été observé à St-Georges-hospital : les iliaques étaient ossifiées et obstruées par de la lymphe plastique. Le reste du système artériel offrait la même altération. L'individu est mort d'ulcères gangreneux aux jambes. (Provincial medical and surgical journal, 6 février.)

— On pourrait se demander dans le fait ci-dessus pourquoi la gangrène a été humide et non sèche, ainsi que cela aurait dû avoir lieu d'après les théories reçues. Le dernier mot n'a pas encore été dit sur les véritables causes de ces deux formes de gangrène, et l'on ne comprend même pas comment l'ossification artérielle peut donner lieu à cette altération alors qu'elle n'atteint pas les capillaires, et que le sang peut continuer à les traverser assez librement.

Luxation du pouce, compliquée de lacération des doigts voisins; par M. Buller.

John Stacey, 23 ans, a été reçu à *Berkshire hospital* le 6 janvier, pour être traité d'une blessure à la main. Il a raconté que son maître lui ayant ordonné de tuer un vieux cheval, il a tiré un fusil qui lui a éclaté dans la main. Le pouce avait été entraîné avec la partie inférieure de l'arme. A l'examen, on trouve une plaie lacérée commençant à la face dorsale de l'articulation carpo-phalangienne du pouce, s'étendant à travers la commissure qui existe entre le pouce et l'indicateur, et divisant complètement le muscle adducteur du pouce. Ce doigt est luxé sur la face palmaire de son os métacarpien ; il est couché en arrière, presqu'à angle droit sur la main ; on observe une petite partie de sa surface cartilagineuse, à travers une petite ouverture de sa capsule. Les deux dernières phalanges du doigt du milieu ont été séparées à leur jointure, et l'on voit à leurs places la tête saillante de l'os. Depuis ce point jusqu'au côté opposé de la commissure, les tégumens de la phalange restante sont déchirés, de manière à laisser voir les os à découvert. Des taches noires existaient dans la main, occasionnées probablement par la poudre.

On essaie de sauver le pouce. Le chirurgien applique son pouce sur la tête de l'os luxée et la pousse fortement vers sa place naturelle, en même temps que le doigt était porté vers sa rectitude normale. Le réduction a été effectuée, et les bords de la plaie réunis. Il a fallu cependant exciser une portion du muscle adducteur qui pendait au milieu de la plaie. La tête de l'os phalangien qui était à découvert et saillante, a été enlevée, et les bords de la plaie rapprochés doucement en arrière.

Le 7, gonflement au poignet et à l'avant-bras ; la plaie du pouce est de bonne apparence, mais celle du doigt du milieu paraît un peu disposée à la gangrène. Fomentations de chlorure de chaux.

Le 10, amélioration progressive ; le pouce est parfaitement conservé. Le doigt indicateur est resté sérieusement endommagé. Guéri. (*Ibid.*, 23 janvier.)

— Les détails de ce fait offrent quelque obscurité, bien que nous ayons eu soin de les reproduire littéralement. On ne comprend pas trop si la résection de la tête phalangienne a été faite au pouce ou au doigt du milieu. Toujours est-il cependant que non-seulement on a su épargner à ce malade l'amputation, mais aussi on lui a sauvé les principaux doigts, surtout le pouce, que d'autres auraient peut-être enlevé avec le bistouri, le regardant comme perdu. On ne saurait trop prendre de soins, dans les cas de cette nature, pour préserver, autant que possible, des parties aussi intéressantes.

Morsure d'une vipère commune, traitée avec succès à l'aide de la méthode stimulante (alcool et opium).

John Kibly, robuste, âgé de quarante-sept ans, est mordu à la main par une vipère, le 18 avril. Deux petites goutes de sang sont sorties par les deux piqûres, et les marques sont devenues blanches ensuite. Dix minutes après, le blessé a été saisi de douleurs aux entrailles, envie d'aller à la garderobe et a eu ensuite deux selles liquides. Puis après il a ressenti du mal a la gorge, comme s'il allait suffioquer ; il a bu un peu de cidre pour combattre ce symptôme. A ces phénomènes ont succédé de la raucité, des envies de vomir, des vomissemens de matière bilieuse. On le transporte, avec beaucoup de peine, dans une maison voisine. Les symptômes suivans se sont déclarés. Affection spasmodique de la gorge, revenant par accès, avec un sentiment de suffocation ; grande prostration, nausées, vomissemens, frissons ; sueurs froides ; douleurs atroces dans les intestins, diarrhée. M. Toogood l'a vu une heure et demie après l'accident ; il lui a trouvé la physionomie dans une anxiété extrême ; figure affaissée et froide ; toute la surface du corps est froide, surtout les mains et les pieds ; le malade se plaint de vertiges ; pouls extrêmement faible, presque imperceptible au poignet ; face dorsale de la main très gonflée, rouge et très douloureuse ; elle devient bientôt livide. On ne voit rien dans le trajet des vaisseaux absorbans au bras. On administre de l'eau de vie et de l'eau, qu'on répète ensuite avec addition de cinq gouttes de teinture d'opium à chaque prise. La première dose a été vomie, mais ensuite elle a été retenue. A mesure qu'on administrait ce remède cordial, le pouls se relevait, la chaleur et la coloration à la peau reparaissaient ; le spasme à la gorge et la dyspnée ont diminué par degrés, et le malade s'est trouvé beaucoup mieux dans la soirée. On continue l'opium. La nuit cependant a été agitée ; le gonflement s'est étendu au coude : tout le membre est douloureux. Le lendemain tous ces symptômes ont commencé à décliner et le malade a guéri. (*Ibid.*)

— On sait que Rasori a conclu, d'après un grand nombre d'expériences, que le venin de la vipère était un contro-stimulant puissant, et l'intoxication par lui produite, tout à fait asthénique. Le fait que nous venons de reproduire paraît s'accorder avec cette manière de voir sous le double rapport des symptômes et de la médication.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES FEMMES.

Asthme nerveux. — Tic douloureux de la face. — Hémiplégie ; pas d'hémorrhagie ni de ramollissement cérébral. — Chorée, ou danse de Saint-Guy. — Réflexions sur les purgatifs ; effets des toniques à la fin des fièvres graves. — Catarrhe suffocant ; copahu. — Pneumonie ; traitement par la méthode de Rivière. — Rachialgie.

Asthme nerveux. Datura stramonium.

Au no 1er de la salle Ste-Anne, est couchée une femme enceinte de sept mois, présentant des accès d'asthme nerveux. Dans le cours de ses autres grossesses, elle fut sujette aux mêmes accidens, qui cédaient avec assez de faci-

---

de vingt-cinq ans, qui n'en ait été atteint? Non certes, il n'en est pas exempt. N'eussions-nous aucun fait pathologique, n'eussions-nous que l'analogie d'espèce, il suffit que ce soit un muscle, pour que nous ne puissions tirer cette conclusion, et pour que nous soyons disposé à admettre en lui la possibilité de se rétracter. Mais nous n'en sommes point réduits à raisonner seulement par analogie, l'anatomie pathologique vient encore à notre appui.

2° Par des faits pathologiques. Observons d'abord que l'espèce de rétrécissement qu'on a appelé spasmodique temporaire, c'est-à-dire celui qui met obstacle à la sortie de l'urine et à l'introduction d'une bougie dans le canal à tel instant ; et qui, peu de momens après lui permet de pénétrer facilement, n'est rejeté par personne ; seulement beaucoup d'auteurs prétendent qu'il peut avoir lieu sans que le canal soit en même temps le siége d'une irritation ou d'une inflammation aiguë ou chronique, tandis que M. Amussat croit que le spasme ne joue qu'un faible rôle dans la difficulté du cathétérisme, lorsque le canal est à l'état normal, et que c'est surtout à l'inflammation qu'on doit les attribuer. (*V.* la page 28 de la brochure que cet habile chirurgien a publiée, en 1836, sur le spasme de l'urètre.) Peu nous importe qu'une inflammation préalable soit nécessaire ou non à l'existence du spasme, il nous suffit qu'il puisse se manifester. Mais alors il s'agit d'en rechercher la cause, et de prouver qu'il est dû surtout à la rétraction du muscle bulbo-caverneux. Nous disons surtout, parce que dans la région membraneuse de l'urètre, et au col de la vessie, il existe des fibres musculaires qui peuvent probablement aussi y donner lieu ; mais nous ne voulons nous occuper dans ce mémoire que du bulbo-caverneux. Voici comment nous établissons cette preuve.

(*a*) M. le professeur Velpeau, à qui la science est redevable de tant de travaux utiles, avait, dès 1826, entrevu le fait de la contraction spasmodique du muscle bulbo-caverneux, comme le prouve ce passage de son Anatomie chirurgicale (t. II, p. 274). « Beaucoup de faits pratiques portent à croire que le bulbo-caverneux peut se contracter spasmodiquement pendant le cathétérisme, et s'opposer momentanément au passage de la sonde ; en sorte qu'on expliquerait par-là les cas dans lesquels l'instrument, arrêté par un obstacle invincible pour un instant, pénètre avec la plus grande facilité quelques minutes plus tard. »

(*b*) MM. Lallemand et Bégin ont énoncé le même fait, en termes plus positifs encore, dans leur article *Rétrécissement* du Dict. de méd. et chir. prat., p. 296. « Les bougies pleines, disent-ils, arrivent moins facilement dans la vessie que celles qui sont creuses et garnies d'un mandrin, ou que les sondes, parce que, trouvant la portion musculeuse contractée et soulevée vers la symphyse, leur extrémité s'arrête facilement dans le cul-de sac du bulbe. Si, en faisant usage d'instrumens courbes et solides, on observe ce qui a lieu lorsque leur bec arrive à l'entrée de la portion musculeuse, on sentira manifestement, tant avec la main qui tient l'algalie, qu'avec les doigts de l'autre main appliquée au-devant de l'anus, les contractions des muscles du périnée qui s'opposent à la pénétration de l'instrument. Ces contractions, si l'on maintient la sonde en présence contre l'obstacle, s'interrompent, et reprennent par intervalles, laissant avancer, et repoussant alternativement l'instrument jusqu'à ce que les fibres musculaires, lassées enfin, se détendent définitivement et que l'obstacle soit levé. »

Parler des muscles du périnée, c'est évidemment nommer le muscle bulbo-caverneux comme agent spécial de ces contractions spasmodiques. Bien que nous puissions facilement multiplier les citations favorables à notre opinion, nous nous en tiendrons là, attendu que nous donnons plus loin des preuves pour ainsi dire matérielles.

Maintenant cette contraction spasmodique temporaire peut devenir permanente, et donner lieu à quelques-unes des espèces de rétrécissemens qu'on a appelés organiques. Interrogeons les faits, et interprétons-les ; car eux seuls peuvent nous fournir la solution de cette question et de la précédente.

Premier ordre de faits. MM. Bégin et Lallemand (art. cité, p. 297), s'expriment ainsi : « Plus fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'à ces derniers temps, les contractions spasmodiques de l'urètre sont d'autant plus facilement méconnues, que les empreintes obtenues avec la sonde exploratrice contribuent à jeter le praticien dans l'erreur ; et cependant, ces empreintes, justement interrogées, fournissent, pour démontrer leur existence, des signes non moins caractéristiques que les précédens. Introduit dans l'urètre, le porte-empreinte arrive en effet alors jusqu'à la dilatation bulbaire ; la cire qu'il supporte se tasse, se pelotonne à cet endroit et forme une masse globuleuse, saillante en bas, et de la partie supérieure de laquelle part une tige ténue qui correspond à l'orifice de la portion musculeuse. Cette tige est toujours mince, et parfois filiforme, alors même que des sondes ou des bougies des numéros 4, 5, 6 et 7 peuvent pénétrer sans difficulté ; anomalie qui doit fixer l'attention du chirurgien, et lui démontrer que l'obstacle n'est pas permanent, organique, mais bien mobile, variable, dépendant d'une contraction active ; mais il y a plus, souvent l'extrémité de la sonde exploratrice, après s'être arrêtée à la dilatation bulbaire, franchit tout à coup l'obstacle prétendu, et pénètre avec d'autant plus de facilité dans la vessie que la cire, en se moulant graduellement dans la partie contractée, y a fait l'office d'un coin et ouvert la voie au reste de l'instrument. Le premier malade qui se présenta à moi, se plaignant de rétrécissement de l'urètre, était dans ce cas ; les bougies s'arrêtaient toutes à 5 pouces 1/2, et la sonde exploratrice, après un instant de séjour sur le même point, alors que je cherchais à prendre l'empreinte de l'obstacle, m'échappait constamment en quelque façon, et s'enfonçait au loin dans la poche urinaire, je fus long-temps avant de bien comprendre la cause de cette anomalie. »

Interprétation. Commençons par établir que si les bougies s'arrêtaient toutes à cinq pouces et demi, elles ne pénétraient pas jusqu'à l'orifice de la portion musculeuse (membraneuse). En effet, dans le même article, pag. 291, MM. Lallemand et Bégin disent : « Tout ce qui, dans la fixation de la longueur totale de l'urètre, n'appartient pas aux deux portions les plus profondes de ce canal (les portions prostatique et membraneuse), doit être attribué à la portion la plus antérieure ou à la portion spongieuse, qui a, en général, de cinq à sept pouces, le pénis étant dans l'état normal et de longueur moyenne. »

En prenant les nombres donnés par ces auteurs pour des nombres abstraits, et non pour des longueurs plus ou moins exactes de l'urètre, il est évident que si la longueur de la portion spongieuse, y compris la portion bulbeuse, est de cinq à sept pouces, à cinq pouces et demi on est dans la portion bulbaire, attendu que la moyenne, entre 5 et 7 est de 6, et qu'en enfonçant une sonde dans l'urètre, non seulement on l'allonge un peu, mais encore qu'on refoule le rétrécissement de quelques lignes en arrière. Premier point.

En parlant de la cire du porte-empreinte, les mots : « forme une masse globuleuse saillante en bas, et de la partie supérieure de laquelle part une tige ténue, mince et parfois filiforme, » indiquent évidemment qu'il y a un obstacle dans la paroi inférieure du canal, au point où la tige l'arrête, et par conséquent dans la région bulbeuse. Second point.

Enfin, en lisant les mots : « Cette tige est toujours mince, et parfois filiforme, alors même que des sondes ou des bougies des numéros 4, 5, 7, etc., peuvent pénétrer sans difficulté, anomalie qui doit fixer l'attention du chirurgien, et lui démontrer que

lité à l'usage des émissions sanguines. Ceci nous engagea à prescrire une saignée du bras : mais après avoir été calmés pendant quelques jours, les accès reparurent. C'est alors que nous avons eu recours aux feuilles de datura stramonium fumées en guise de tabac. Dès la première cigarette, les nouveaux accidens se dissipèrent et ne reparurent plus. Le datura fut continué quelques jours.

Tic douloureux de la face.

Lavalle, femme couchée au n° 39 de la même salle, affectée de tubercules au sommet du poumon, et qui se trouve bien du traitement par les fumigations arsenicales auquel nous l'avons soumise, présente en outre un tic de la face.

On a confondu ensemble cette maladie et les névralgies de la face entre lesquelles il y a cependant une assez grande différence : en effet, la névralgie commence par une douleur d'abord légère, qui va en augmentant d'intensité, et finit par devenir très vive. Le malade éprouve à l'endroit qui est le siége du mal des battemens isochrones à ceux du cœur. Les larmes coulent alors involontairement. Ces douleurs durent au moins plusieurs heures, tandis que le tic douloureux s'accompagne presque toujours de mouvemens convulsifs. La douleur qui, dès son apparition, acquiert son summum d'intensité, est horrible, mais elle ne dure que quelques instans. Il y a dans le tic douloureux de véritables paroxysmes que l'on peut comparer assez bien aux attaques d'épilepsie, dont les convulsions seraient bornées à un ordre de muscles ; paroxysmes pouvant ne durer qu'une seconde, et pouvant durer 2 à 3 minutes, rarement davantage, pour reparaître après un intervalle de temps plus ou moins long. Ce que nous venons de dire suffit pour faire apprécier l'immense différence qui sépare la névralgie convulsive ou le tic douloureux, de la névralgie non convulsive, si improprement appelée tic douloureux, le nom de *tic* impliquant toujours l'idée de *mouvement convulsif*.

Depuis quelque temps déjà, cette femme nous disait qu'elle éprouvait ces accidens ; aujourd'hui, à la visite, nous en avons été témoins. Vous avez pu voir que la maladie siégeait dans les nerfs sous-orbitaire et sous-mentonnier. Elle est en général très rebelle aux moyens qu'on lui oppose ; cependant l'application sur la partie malade de compresses trempées dans une solution de cyanure de potassium (2 gram. sur 100 gram. d'eau) a souvent réussi. C'est aussi ce que nous allons conseiller à cette femme.

Nous vous ferons encore, au sujet de cette malade une observation qui mérite quelque intérêt. Vous trouverez dans notre Traité de thérapeutique et dans plusieurs autres que les névralgies se guérissent bien par l'usage prolongé de l'arsenic. Cela est vrai quelquefois ; mais il arrive souvent que ce moyen est inutile. Ainsi, malgré les préparations arsenicales auxquelles cette femme est soumise, le tic s'est non-seulement reproduit, mais encore il n'a été nullement modifié par ce moyen.

Hémiplégie. Pas d'hémorrhagie ni de ramollissement cérébral.

La femme du n° 38 de la salle Sainte-Anne, qui était atteinte d'hémiplégie du côté gauche, est morte hier. Son cerveau, examiné avec soin, n'a présenté ni ramollissement, ainsi que nous l'avions annoncé, ni aucune autre altération. Le cervelet et la protubérance étaient parfaitement sains ; en sorte que, du côté de l'encéphale, nous n'avons rien trouvé qui pût nous rendre compte de la paralysie avec résolution dont nous avons été témoins. La moelle épinière, examinée attentivement, a été également trouvée parfaitement intacte.

C'est la deuxième fois que, pour de telles lésions symptomatiques, il nous arrive de ne rien trouver à l'autopsie. Quoique ce cas soit rare, il suffit que cela se rencontre quelquefois, pour que vous y accoutumiez votre esprit, et que, le cas échéant, vous n'en soyez point surpris.

Il est triste, cependant, de voir un pareil résultat ; car toutes les fois qu'il vous arrivera de constater une paralysie semblable à celle que présentait cette femme, vous aurez présent à la mémoire le fait d'aujourd'hui, et vous hésiterez à porter votre diagnostic dans la crainte de vous tromper.

Carcinome utérin. Métrorrhagie. Ergot de seigle.

Aux n°s 33 et 42 de la même salle, sont deux femmes toutes deux atteintes de carcinome utérin s'accompagnant de métrorrhagie. Elles ont pris l'ergot de seigle ; mais l'effet n'a pas été le même. Celle du n° 33 prend quatre grammes de cette substance ; elle éprouve de l'enivrement, et la métrorrhagie cesse. Nous donnons la même dose à l'autre femme ; il ne survient aucun signe d'intoxication, et la métrorrhagie continue. Cependant le médicament est bon, récemment pulvérisé, et la malade ne l'a pas vomi. Nous avons donné ce matin six grammes d'ergot de seigle, et si ce soir nous n'obtenons aucun résultat avantageux, nous aurons recours au ratanhia et à d'autres astringens.

Cette dernière dose a suffi pour arrêter la métrorrhagie. Les astringens n'ont pas été employés.

Chorée, ou danse de Saint-Guy.

Au n° 9 de la salle Sainte-Julie, est une jeune femme, nourrice, atteinte de danse de Saint-Guy ; elle est âgée de vingt-un ans, accouchée depuis quelques mois ; elle paraît frappée d'imbécillité. A quinze ans, elle eut une première attaque de cette maladie, sans cause appréciable. Plus tard, nouvelle attaque. Enfin, au commencement de sa grossesse, les mêmes accidens se manifestèrent, et ils ont toujours persisté depuis. Elle est arrivée ici présentant dans le bras droit des mouvemens convulsifs qui la mettaient dans l'impossibilité de tenir son enfant. La jambe du même côté présentait le même phénomène, ce qui rendait la marche pénible. Nous lui avons donné le chlorure d'argent, et au bout de quelques jours les mouvemens convulsifs ont changé de côté et sont passés de droite à gauche, non pas que ce changement de siége de la maladie soit en rien la conséquence de notre traitement.

La danse de Saint-Guy est une maladie que l'on rencontre assez communément dans la pratique, plus particulièrement chez les enfans de six à sept ans jusqu'à l'adolescence : on la regarde, en général, comme une affection légère présentant peu de gravité. Or, il faut bien que vous sachiez ce qu'elle a de grave. Et d'abord, elle est quelquefois rebelle à toute espèce de traitement. Chez les personnes qui en sont frappées l'on observe souvent une diminution rapide de l'intelligence, que dans les familles et dans les pensionnats on apprécie avec facilité, tandis qu'une pareille appréciation est difficile dans les hôpitaux où manquent les points de comparaison. Les enfans deviennent tristes et moroses, ils ne jouent plus avec leurs camarades, ils perdent presque tout à fait la mémoire.

Un phénomène qu'on observe encore assez souvent, c'est une hémiplégie incomplète, en ce sens que l'un des deux côtés est seulement plus faible que l'autre. Ainsi, si l'enfant joue du piano, l'une des deux mains conserve son agilité ordinaire ; l'autre, au contraire, n'exécute que très difficilement ses mouvemens. Si l'enfant veut soulever un fardeau, la première supporte un poids beaucoup plus considérable que la deuxième. Ainsi donc, altération de l'intelligence et des facultés locomotrices, à ce point qu'il arrive quelquefois que l'enfant ne peut guère marcher sans se donner une entorse, les muscles n'étant plus assez forts pour maintenir le rapport ordinaire des surfaces articulaires.

Maintenant vous savez que dans la maladie qui nous occupe, les convulsions ne sont ni toniques, ni cloniques, mais désharmoniques ; tandis que dans l'épilepsie elles sont harmoniques, par le motif qu'il y a régularité dans les mouvemens d'extension et de flexion. De même dans l'opisthotonos et l'emprosthotonos. Dans l'hystérie, les mouvemens sont aussi harmoniques et régularisés par la volonté maladive. Mais dans les convulsions de la danse de Saint-Guy, il y a disharmonie complète ; la volonté commande, mais elle n'est pas obéie. La disharmonie règne jusque dans les différens plans musculaires ; ainsi l'on voit à la main les doigts tirés en sens divers. Il sera donc toujours facile, à l'aide de ce seul caractère des convulsions, de reconnaître la danse de Saint-Guy.

Cette maladie finit par laisser quelquefois des désordres graves de l'encéphale, tels que délire continuel, idiotie ou démence, qui peuvent persister pendant tout le reste de la vie. Aussi, pensons-nous qu'elle est symptomatique de quelques lésions anatomiques cérébrales, lésions dont nous ignorons la nature, mais qui n'en existent pas moins, quoique, dans plusieurs autopsies que M. Taupin a eu occasion de faire, ce médecin n'ait jamais rien trouvé qui put expliquer les désordres qu'il avait observés pendant la vie.

La danse de Saint-Guy est grave, parce qu'elle amène chez les personnes qui en sont atteintes une susceptibilité très grande qui en rend la récidive plus facile.

Mais, une chose remarquable, c'est que beaucoup de jeunes filles malades de la chorée à l'âge de dix à douze ans, deviendront chlorotiques à l'âge de la puberté ; de telle sorte qu'il paraît y avoir corrélation entre ces deux affections.

De quelle façon faut-il combattre la chorée ? Le moyen le plus utile qu'on lui ait opposé jusqu'à ce jour, c'est sans contredit le bain de surprise. C'est-à-dire faire passer brusquement le malade d'une température assez élevée à une température basse. En été, c'est une chose excessivement simple ; il suffit de faire conduire le malade au bain, à pieds ; vous le déshabillez et on le plonge dans l'eau pendant quelques minutes, après quoi on le retire et on l'habille. Cette opération devra être répétée deux ou trois fois par jour. Si, au lieu de cela, vous donnez le bain de mer, c'est encore plus utile ; car vous savez que dans ce cas l'eau salée amène une réaction plus vive et plus facile.

En hiver, voici comment nous donnons le bain de surprise. Le malade étant couché, on prépare un bain à 24 ou 25 degrés Réaumur, dont on abaissera chaque jour la température ; on plonge le malade dans le bain pendant quelques minutes, et on le remet dans son lit, que l'on a eu la précaution de bassiner. L'on répète cette opération deux ou trois fois par jour.

D'autres médications ont été mises en usage dans la cho-

---

l'obstacle n'est pas permanent, organique, etc., » nous pouvons répondre : Non l'obstacle n'est pas organique dans le sens que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire qu'il ne dépend pas d'une altération propre du canal; mais il est permanent, attendu que le porte-empreinte étant arrivé au point indiqué, la cire qu'il supporte, trop molle pour faire céder l'obstacle, cède elle-même, se tasse, se pelotonne, etc. ; et si la sonde, après s'être arrêtée un instant au point rétréci, franchit tout à coup l'obstacle, cela tient à ce que la partie rétractée du bulbo-caverneux (car il n'y a dans cette région rien autre chose qui puisse se rétracter) se distend comme la gomme élastique sous l'influence d'une force qui lui est supérieure. Mais aussitôt que cette force cesse d'agir, la rétraction reparaît, et le rétrécissement avec elle, à moins qu'on ne maintienne la sonde assez long-temps dans le canal pour faire perdre aux fibres musculaires leur élasticité, comme on le voit par cette phrase de MM. Bégin et Lallemand (ouv. cité, p. 296) : « Ajoutez que la bougie la plus volumineuse qui pénètre sans violence et séjourne sans douleur, n'empêche pas que quelques heures après qu'elle aura été retirée, le jet de l'urine ne redevienne petit, et le lendemain les mêmes difficultés ne se représentent et ne retardent l'achèvement du cathétérisme. » Donc l'obstacle est permanent, puisque la rétention d'urine reparaît presqu'aussitôt que la sonde est enlevée ; et par suite la rétraction musculaire qui le cause l'est aussi.

Dans ce premier ordre de faits, nous le voyons, la rétraction musculaire, bien que permanente, est facile à vaincre ; mais nous allons examiner d'autres faits où elle présente des obstacles beaucoup plus grands, et même invincibles.

Deuxième ordre de faits. Après une lecture attentive des leçons de M. Amussat, publiées par A. Petit, nous croyons pouvoir en déduire que les rétrécissemens organiques qu'il appelle valvulaires, sont dus à la rétraction des fibres des muscles bulbo-caverneux. Voici comment s'exprime cet auteur, p. 14, l. cit. :

« Les rétrécissemens valvulaires ne sont autre chose que des brides qui occupent toute la circonférence de l'urètre. Mais, dans ce dernier cas, comme l'aire du canal a beaucoup perdu de sa capacité, l'urine, trouvant une plus grande résistance, pousse fortement en avant cette bride circulaire, et forme ainsi une véritable valvule, un diaphragme qui est traversé par l'ouverture urétrale. A l'examen anatomique on trouve que, là où existait le rétrécissement, la muqueuse semble comme froncée par un fil qu'on aurait passé dans son épaisseur, et qu'on aurait ensuite serré en réunissant ses extrémités.

» Pour voir cet anneau valvulaire, il faut bien se garder d'ouvrir l'urètre dans toute son étendue par sa paroi supérieure, comme on le fait ordinairement, parce qu'aussitôt que cette valvule est divisée par un de ses points, et qu'on étend l'urètre pour examiner si elle est peu ancienne, elle disparaît en grande partie complètement, et on n'observe plus sur la muqueuse qu'une ligne blanchâtre située comme les brides transversalement, et un peu de rougeur, restes peu sensibles du rétrécissement reconnu pendant la vie. Il faut donc, dans ce cas comme dans tous ceux où l'on veut examiner un rétrécissement qui occupe toute la circonférence de l'urètre, ou la plus grande partie de cette circonférence, ouvrir le canal seulement en avant et en arrière jusqu'au point affecté.

» Quant au siége des rétrécissemens organiques en général, il est dit (page 22, loc. cit.), qu'ils n'existent jamais au-delà du bulbe ; et (page 24) que, bien que les rétrécissemens puissent avoir leur siége sur tous les points de la région spongieuse, il en est un qu'ils affectent particulièrement, c'est le point de réunion de la portion bulbeuse et de la portion musculeuse (membraneuse). »

Ces caractères sont confirmés en tous points par M. Civiale (Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, 1837). En effet, après avoir dit, p. 124 : « Les seules régions de l'urètre où l'on trouve de véritables rétrécissemens sont donc : 1° l'orifice extérieur, 2° les deux extrémités de la fosse naviculaire, 3° la région antérieure de la partie spongieuse, 4° la courbure sous-pubienne à la jonction des parties bulbeuse et membraneuse, » il ajoute, p. 126, en parlant de l'anatomie pathologique : « A la courbure de l'urètre, les caractères varient davantage : tantôt les rétrécissemens sont linéaires et semblables à une ligature serrée autour du canal. Cette forme est la plus commune et celle par laquelle débutent la plupart des autres ; la bride est circulaire et occupe le pourtour du canal, ou en demi-cercle, en quart de cercle, et n'envahit qu'un seul côté des parois. »

Interprétation. Il s'agit de démontrer : 1° que les rétrécissemens valvulaires ont leur siége à la région bulbaire ; c'est là le point capital ; et 2° qu'ils résultent de la rétraction des fibres des muscles bulbo-caverneux. Eh bien, d'abord, ces rétrécissemens ont leur siége précis dans la région bulbaire ; bien plus, ils ne peuvent pas exister dans la partie spongieuse de l'urètre qui n'est pas recouverte par le muscle bulbo-caverneux. Cela découle de ce passage de M. Amussat : « Il est un siége qu'ils affectent particulièrement : c'est le point de réunion de la portion bulbeuse et de la portion musculeuse (p. 24, *loc. cit.*) ; » et reçoit une démonstration positive par celui-ci de M. Civiale : « A la courbure de l'urètre (c'est-à-dire au bulbe), la bride est circulaire et occupe tout le pourtour du canal, ou en demi-cercle, en quart de cercle, et n'envahit qu'un seul côté des parois (p. 126). » Cela est trop clair, et MM. Amussat et Civiale ont trop d'autorité sur cette matière pour que nous nous occupions de chercher des preuves ailleurs que dans leurs ouvrages.

En second lieu, ces rétrécissemens valvulaires qui siégent au bulbe résultent de la rétraction des muscles bulbo-caverneux ; car bien que Wilson ait admis l'existence des fibres charnues dans toute l'étendue de la partie spongieuse, nous nous croyons autorisés à les nier, non-seulement d'après les recherches de M. Amussat (Archives, 1824), mais encore d'après celles que nous avons faites nous-même. Quel autre agent pourrait donc produire sur la muqueuse un effet tel « qu'elle semble comme froncée par un fil qu'on aurait passé dans son épaisseur et qu'on aurait ensuite serré en réunissant ses deux extrémités (Amussat, *loc. cit.*, p. 15) ; » ou tel que « le rétrécissement soit linéaire et semblable à une ligature serrée autour du canal (Civiale, *loc. cit.*, p. 126) ? » N'en est-il pas de même pour l'anus, lorsque le constricteur anal est atteint de rétraction, ou lorsque les fibres circulaires de l'œsophage ou des intestins se rétractent et donnent lieu à un rétrécissement de ces organes ?

Mais ce qui rend la chose tout à fait palpable et à l'abri de toute contestation, c'est l'interprétation de cette circonstance, « Que pour bien voir cet anneau valvulaire, il faut bien se garder d'ouvrir l'urètre dans toute son étendue par sa paroi supérieure, parce que cette valvule est divisée par un de ses points, et qu'on étend l'urètre pour l'examiner. Si elle est peu ancienne, elle disparaît en grande partie complètement. (Amussat, *loc. cit.*, p. 116.) » N'est-il pas évident qu'en fendant l'urètre par sa partie supérieure, ou sur quelle face on voudra, pourvu qu'on dépasse le rétrécissement, on relâche les fibres des bulbo-caverneux, et qu'elles cessent alors de comprimer l'urètre, et qu'au lieu de la prétendue valvule circulaire ou semi-circulaire, on n'aperçoit plus qu'une ligne transversale de même forme, à peine visible si la constriction est peu ancienne ? Il est d'ailleurs très facile de parvenir au même résultat par l'expérience directe, comme on peut le voir par le paragraphe suivant.

(La suite à un prochain numéro.)

rée ; ainsi les antispasmodiques, et parmi eux, en première ligne, l'oxyde de zinc (fleur de zinc) à la dose de 1 à 4 grammes toutes les vingt-quatre heures, que l'on donne dans le potage ou sous forme de pilules, de conserve ou d'opiat. Plusieurs médecins regardent l'oxyde de zinc comme insuffisant si on l'associe à la poudre de valériane. On a encore donné l'assa-fœtida et le camphre.

Mais le nitrate d'argent que l'on a regardé comme antispasmodique, est le médicament qui a été le plus prôné. C'est surtout contre l'épilepsie qu'il a été employé, et plusieurs fois il a fait disparaître cette terrible maladie ; mais il donne à la peau une coloration noirâtre, et c'est un inconvénient qui peut faire renoncer à son emploi. M. Bretonneau, pensant que le nitrate d'argent pourrait être utile dans la chorée, comme il l'était quelquefois dans l'épilepsie, il le donna d'abord à la dose d'un 16e de grain, et il alla en augmentant jusqu'à un grain par jour, qu'il continua ainsi pendant un mois. M. Bretonneau affirme que ce moyen est le meilleur qu'on puisse opposer à cette maladie, et qu'il est préférable même aux bains de surprise.

Chez notre femme de la salle Sainte-Julie, nous avons pensé à remplacer le nitrate d'argent par le chlorure d'argent, qui n'a aucune action sur la coloration de la peau, et nous le donnons à la dose de 10, 20 centigrammes, jusqu'à un gramme par jour. Voici comment nous faisons préparer le chlorure d'argent : Prenez 10 grammes de nitrate d'argent ; faites dissoudre dans eau distillée, 25 à 30 grammes. Ajoutez goutte à goutte acide chlorhydrique q. s., jusqu'à ce qu'il ne se précipite plus de chlorure. Vous agitez et vous lavez ; de cette façon, vous entraînez l'acide en excès et la partie de nitrate non dissoute. Vous faites des pilules de 10 centigrammes, qui contiennent 7 centigrammes de chlorure sec, et vous en donnez 2, 3 et davantage par jour. Nous espérons, par ce moyen, obtenir, chez cette jeune femme, le résultat que nous avons déjà obtenu une fois dans la chorée, et plusieurs fois dans l'épilepsie.

On a aussi prétendu que les bains sulfureux étaient très utiles dans la chorée ; on ajoute à un bain simple de 40 à 100 grammes de sulfure de potasse.

Lorsque la chlorose se complique de chorée chez une jeune fille, comme nous pensons que ces deux affections sont dépendantes de la même cause, nous donnons les préparations martiales, et le plus souvent nous guérissons la chlorose ou la chorée, de même que par le même moyen nous voyons disparaître une névralgie lorsque cette maladie accompagne la chlorose.

Ceci explique les nombreux mécomptes que l'on a eus en France lorsqu'on est venu à répéter les expériences des Anglais sur le carbonate de fer que ceux-ci avaient tant préconisé dans la chorée sans spécialiser les cas dans lesquels ils l'employaient.

Ainsi donc ce n'est pas la chorée ni la névralgie que guérissent les préparations martiales, mais bien l'état général sous l'influence duquel ces maladies s'étaient manifestées.

Réflexions sur les purgatifs. Effets des toniques à la fin des fièvres graves.

Au n° 12 et au n° 41 de la salle Sainte-Anne sont deux femmes dont nous allons vous entretenir quelques instans.

L'une d'elles, celle du n° 12, était nourrice quand, voilà deux mois et demi, elle entra à l'hôpital, atteinte d'une fièvre typhoïde grave. La langue était fuligineuse, le ventre douloureux, gargouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, taches typhoïdes sur la peau, etc. Traitée exclusivement par les purgatifs, cette femme guérit parfaitement bien, lorsqu'au vingt-unième jour elle fut prise d'une double pneumonie qui faillit la faire mourir, et dont le kermès à haute dose triompha. Il survint ensuite une constipation opiniâtre, et nous eûmes la fâcheuse idée, pour en venir à bout, de donner l'huile de croton tiglium. Les selles furent abondantes, mais aussitôt l'on vit apparaître de la fièvre, de l'inappétence, des douleurs vives du ventre, de la diarrhée, en un mot, tous les signes de la gastro-entérite. Ces accidens persistèrent malgré la diète et les émolliens ; nous finîmes par donner l'eau de Sedlitz à dose chaque jour décroissante et la malade entra en convalescence. Cependant l'appétit ne se rétablit pas ; c'est alors que nous donnâmes le vin de quinquina (25 grammes par jour). Sous l'influence de ce moyen, l'appétit est revenu : la malade est aujourd'hui en pleine convalescence.

Cette femme présente quelque chose de très important à considérer. Voici une dothinentérie grave qui, sous l'influence des purgatifs salins donnés tous les jours, va notablement mieux. Une pneumonie survient ; le kermès à haute dose vint à bout de ces nouveaux accidens. Puis vient de la constipation ; et au lieu de chercher à la vaincre par un purgatif salin non irritant, nous donnons le plus irritant de tous les purgatifs, l'huile de croton tiglium, qui détermine sur l'intestin une éruption eczémateuse, ainsi que cela arrive à la peau lorsque le médicament est appliqué à sa surface.

Voilà donc une femme qui, sous l'influence d'un purgatif de la classe des euphorbiacées, prend une gastro-entérite ; au contraire, comme ces accidens résistent au régime émollient, nous donnons les purgatifs salins, et en quelques jours les symptômes d'irritation gastro-intestinale se dissipent. Cela vous montre qu'il faut savoir choisir les purgatifs dans les maladies graves de l'intestin. Or, la fièvre typhoïde est peut-être la plus grave de toutes ces maladies ; nous devrons donc donner les purgatifs salins, qui n'ont point, comme les euphorbiacées, l'inconvénient de déterminer à la surface de l'intestin une éruption pustuleuse.

Nous voyons encore, chez cette femme, les heureux effets des toniques sur les fonctions digestives. Sous l'influence du vin de quinquina, l'appétit revient et la diarrhée cesse complètement. Ainsi donc, retenez-bien que lorsque la diarrhée succède à une affection aiguë de l'intestin, les toniques et les excitans sont un puissant moyen d'aider la convalescence.

(La suite à un prochain numéro.)

Sous le titre de *Traité pratique de l'Art du dentiste*, M. Lefoulon va publier, à la librairie Chamerot, un ouvrage qui embrasse les diverses branches de son art. Vingt ans d'une pratique couronnée par des succès qui ne se sont jamais démentis, sont le meilleur éloge et la garantie la plus sûre que l'on puisse donner du mérite de ce livre.

M. Lefoulon qui, pour les déviations des dents et les procédés mécaniques, a enrichi la science du dentiste de nombreuses et importantes améliorations, se sera sans doute fait un devoir de les livrer à la publicité.

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard • 36.

JEUDI 25 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE.) N° 26, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Jeudis, Samedis.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

.AL DES INVALIDES. — M. PASQUIER fils.

Aperçu général sur le service.

Il est peu de service de chirurgie qui offrent autant d'intérêt que celui des militaires invalides. Composé en grande partie de vieillards, il réunit le double avantage de présenter les maladies qui appartiennent à cet âge de la vie, et celles qui sont le reliquat presqu'obligé des blessures ou mutilations que ces braves militaires ont subeis dans les camps. Chacune des grandes branches chirurgicales fournit son contingent ; et cela avec une prodigalité telle, que pour ce qui est principalement des affections de certains appareils, on peut simultanément en observer les différentes variétés, en étudier les diverses phases, et apprécier les résultats de plusieurs traitemens employés en même temps. Ces remarques peuvent surtout s'appliquer à ce qui concerne les maladies des voies urinaires.

Il est à regretter réellement que l'excentricité de cet hôpital et les lois militaires qui le gouvernent, le soustraient en quelque sorte à l'instruction de nos élèves de Paris. Là ils apprendraient surtout ce qu'il faut penser de cette foule de moyens conseillés pour combattre les rétrécissemens de l'urètre réputés capables de prévenir à jamais le retour des rétentions urinaires ; bientôt les faits leur prouveraient combien est peu fondée cette multiplication de causes dont on fait dépendre les rétentions d'urine ; et de même, combien est erronée la thérapeutique qu'on prétend leur appliquer. L'étude de ce point de l'histoire des affections de l'appareil urinaire est hérissée d'un aussi grand nombre de difficultés, qu'on ne saurait s'y appliques avec profit sans suivre les enseignemens d'une personne essentiellement versée dans cette partie. C'est ici surtout que les lectures sont insuffisantes, et que ce qu'il y a de plus instructif consiste à voir faire le praticien lui-même. Au lit du malade seulement, celui qui doit apprendre peut saisir cette foule de nuances que le génie particulier de chaque cas présente, et se pénétrer des nombreuses modifications que le chirurgien doit imprimer à ses préceptes fondamentaux ; modifications qui, bien souvent, consistent simplement dans un mouvement de la sonde, qu'il est difficile, si non impossible, de traduire par le langage, et surtout d'en comprendre la description écrite.

Les maladies des os et des articulations se présentent en grand nombre à l'infirmerie des invalides. On peut se convaincre ici de la grande fréquence des premières chez les vieillards, surtout pendant l'hiver, et apprécier les avantages des appareils inamovibles appliqués en temps convenable, c'est-à-dire après la chute des accidens inflammatoires, et sans le secours trop chanceux de la déambulation, pour ce qui concerne les fractures des membres inférieurs. M. Pasquier a imprimé quelques modifications à l'appareil amidoné, dont nous avons pu apprécier l'utilité, et que nous signalerons dans le cours de cet article, que nous consacrerons principalement aux maladies des os.

PLUSIEURS CAS DE FRACTURES DANS LES MALLÉOLES.

Première observation. *Fracture du péroné au quart inférieur. Fracture simultanée du tibia dans l'épaisseur de la malléole. Rhumatisme inter-articulaire fébrile, avec complication d'endocardite. Traitement antiphlogistique énergique. Appareil amidoné le vingt-unième jour, qu'on laisse jusqu'au cinquantième.*

Le 2 janvier 1841, est admis au n° 10, petite salle de La Valeur, le soldat invalide Bonetti (Charles-Antoine), âgé de quarante-huit ans. Le jour même, cet homme a glissé sur la glace, à côté d'un trottoir ; et, dans la chute qui s'en est suivie, la partie inférieure de la jambe gauche a violemment heurté contre l'angle de ce dernier. Immédiatement, sensation de craquement dans les membres, douleur vive, impossibilité de marcher. Le malade est transporté à l'infirmerie, où l'on fait, suivant l'usage, l'application d'un appareil provisoire.

Le lendemain, à la visite, le membre présente un gonflement médiocre ; le changement de direction de l'axe du membre indique une solution de continuité des os de la jambe, mais avec des caractères spéciaux, qui semblent démontrer tout d'abord que les fractures n'existent pas au lieu d'élection. En effet, la jambe, à sa partie inférieure, est légèrement courbée en dehors, et en avant ; le pied, qui est un peu renversé également en dehors, offre une légère distorsion dans le même sens ; la malléole interne est déformée, et présente à sa partie supérieure une légère saillie, sensible surtout au toucher, représentée par le fragment supérieur du tibia. Au quart inférieur du péroné, on constate par le toucher une discontinuation de la ligne représentée par cet os, et sur ce point la pression est douloureuse ; le fragment inférieur est très manifestement porté vers l'espace inter-osseux et un peu en avant. Par un mouvement passif du pied en dehors, on augmente la difformité du membre en déterminant une vive douleur, et l'une et l'autre cessent par un mouvement opposé, pour se reproduire de nouveau dès que l'on abandonne le membre à lui-même. Les mouvemens imprimés au fragment inférieur du péroné, en renversant alternativement le pied en dehors et en dedans, ne sont pas transmis au fragment supérieur, caractère sur lequel on n'a pas insisté généralement, et qui est d'une grande valeur dans les cas de simple fracture du péroné, sans fracture du tibia, joint à la douleur que la pression détermine au lieu présumé de la fracture, il nous a donné la certitude relativement à l'existence de cette dernière, dans des cas où nous n'avions pas pu obtenir tout d'abord sa crépitation, et ces cas ne sont assurément pas rares. Sa cessation au bout d'un certain temps, prouve que la continuité de l'os est rétablie. Mais dans le cas qui nous occupe, la crépitation était facilement produite au niveau de la malléole interne, par les mouvemens de latéralité imprimés au pied.

On laisse subsister l'appareil provisoire : il y a absence de réaction fébrile et les accidens inflammatoires locaux étant modérés, on se contente de les combattre par des applications d'eau blanche. Dans l'intervalle du premier au huitième jour, époque à laquelle on devait substituer l'appareil amidoné à l'appareil provisoire, le malade fut pris d'un rhumatisme musculaire, occupant tous les membres, accompagnés d'une réaction générale intense, à laquelle ne tardèrent pas à s'ajouter les symptômes d'une endocardite. Six saignées générales furent pratiquées ; mais ce ne fut qu'au vingt-unième jour que l'on put procéder à l'application de l'appareil définitif, le malade n'ayant pa antérieurement exercer le moindre mouvement sans ressentir de vives douleurs. Une chose bien remarquable, c'est que les douleurs rhumatismales ont toujours été moins intenses au membre fracturé qu'aux autres. Jamais il n'avait été, jusqu'alors, atteint de rhumatisme.

Nous décrirons ici, une fois pour toutes, l'appareil amidoné, que M. Pasquier applique aux fractures simples ou complètes de la jambe ; voici en quoi il consiste. L'appareil de Scultet est appliqué immédiatement sur la jambe ; le pied est enveloppé dans une bottine formée par une talonnière et une compresse à quatre chefs. En dehors de ces pièces d'appareil sont appliquées, à la partie externe et à la partie interne de la jambe et du pied, deux valves de carton dont la configuration est semblable à la silhouette de la jambe et du pied, vue latéralement ou de profil ; ces deux valves sont mouillées dans l'eau, et présentent de nombreuses découpures sur leurs bords, pour obtenir qu'elles s'adaptent mieux aux accidens de la surface du membre. Elles sont maintenues au pied, moyennant une bottine composée comme la première, et à la jambe par une bande roulée : toutes les pièces de l'appareil sont amidonées. Pendant vingt-quatre heures, le membre est maintenu dans sa rectitude à l'aide d'un drap fanon, sans attelles. Nous avons dit que, règle générale, cet appareil n'était appliqué, aux Invalides, qu'après la chute des accidens inflammatoires ; c'est-à-dire de huit, douze à quinze jours, terme moyen, après l'accident. Mais si, après son application, une douleur survenue dans le membre faisait craindre l'explosion de nouveaux accidens, il est facile alors de s'assurer de l'état des choses, en fendant l'appareil antérieurement selon sa longueur : on obtient ainsi deux valves que l'on écarte aisément, et qui, en se rap-

FEUILLETON.

Dans les plaies par armes à feu, la balle peut-elle se diviser sur les os ? L'ouverture d'entrée de la balle est-elle plus petite que celle de sortie ? — Oui.

Tous les hommes de l'art, civils ou non, ont lu avec profit et intérêt, dans la *Gazette des Hôpitaux*, la clinique militaire du chirurgien en chef du Gros-Caillou. Pour ma part, je n'y ai pas manqué, et cette note en fournit la preuve : « Il n'est pas rare, dit M. Baudens dans ses leçons sur les plaies d'armes à feu du thorax (n° 124), que les balles se divisent quand, sur leur passage, elles rencontrent le tissu osseux.

» Cette vérité a été niée par un chirurgien distingué que je ne veux pas nommer, et dans un livre qu'il a publié sur les plaies s à feu, il dit, en parlant des chirurgiens militaires qui, nous, l'ont constaté : *Risum teneatis !* Nous pourrions e notre revanche, mais nous nous bornerons à cette simcation, ne voulant pas donner une allure légère et dégagée discussion sérieuse et scientifique. »

uelle adresse va cette sortie de M. Baudens ? Vraiment, je ais rien. Le nombre des chirurgiens distingués est si grand are qu'il est, que la susdite qualification ne désigne plus nne. Mes recherches pour découvrir l'écrivain anonyme ont été vaines ; j'ai trouvé partout, en revanche, le fait de on des balles sur les corps durs reconnu, établi sur des obions incontestables, et cela indistinctement chez tous les rs qui se sont occupés des plaies par armes à feu. Et en ef os discordes intestines ne nous ont-elles pas fourni depuis as trop d'occasions d'étudier ce genre de blessure ! Certains rgiens de Paris n'ont ils pas vu depuis 1830 plus de plaies rojectiles lancés par la poudre à canon que beaucoup de urgiens militaires n'en ont pu observer pendant ces dernièingt-cinq années de paix quand même ?

Cependant mes investigations m'ont mené à cette découverte, qu'un de nos confrères, tout à fait civil, du reste, n'avait admis, dans un mémoire sur les plaies d'armes à feu, la possibilité des divisions de balles sur les os, que comme à contre cœur, et qu'il ne s'était rendu à l'évidence qu'après s'être retranché derrière une hypothèse peu solide, selon moi.

Voici, en effet, ce que dit, p. 7 de son mémoire, M. Jobert de Lamballe, dont je m'honore d'avoir été le collègue à la maison de convalescence, établie à Saint-Cloud, en faveur des blessés de la grande semaine. « Les balles, dit-on, se coupent quelquefois en deux, quand elles viennent donner contre des angles osseux qui sont un peu saillans, et à ce sujet on rapporte des cas où cette singulière particularité a eu lieu à l'olécrâne et à l'angle inférieur de la rotule. Le fait me paraît bien extraordinaire, car certainement la force nécessaire pour couper une balle en deux est bien plus que suffisante pour traverser et briser l'os à qui l'on fait jouer un rôle aussi peu probable. Mais des auteurs recommandables garantissent le fait, et comme un peu de foi ne gâte rien, je veux bien l'accepter. »

Si ce n'est la moqueuse incitation d'Horace qui manque dans cette phrase, je croirais avoir mis la main sur le chirurgien distingué de M. Baudens. Toujours est-il que M. Jobert est doué, à un plus haut point qu'il ne le pense, de la première des vertus théologales : car non-seulement il croit aux vérités révélées, mais il vient malgré lui, et comme entraîné par l'ascendant de ces mêmes vérités, leur apporter son puissant et savant appui. Lisez plutôt ce qu'il dit plus bas, et voyez combien vite s'échappe sa faible négation pour faire place à l'évidence.

Ainsi, p. 149 : « Les dents étant les parties les plus dures du corps humain, résistent fortement au choc, et il n'est pas rare, surtout si le projectile vient à frapper obliquement et dans le sens de leurs bords, de voir celui-ci se fracturer à son tour et se réduire en éclats nombreux ; c'est ce que j'ai pu observer à la la maison de convalescence de Saint-Cloud, sur un jeune peintre qui avait été blessé pendant les journées de juillet. Cinq à six fragmens de la balle, dispersés çà et là dans l'épaisseur des parties molles du cou, devinrent successivement l'occasion de la formation d'autant d'abcès, et furent extraits avec facilité après une simple incision. »

Plus loin encore, page 154 : « Le nommé Goffled (Jean), âgé de vingt-trois ans, fut frappé par une balle dans la fosse temporale droite au dessus de l'arcade zygomatique du même côté. L'ouverture unique de la balle fit penser à sa présence ; aussi sondai-je la plaie et bientôt je fus à même de l'atteindre. Agrandir la plaie et procéder à son extraction fut ma première idée ; je la dilatai en effet, et, à l'aide de pinces à pansement passées derrière le corps étranger, je le retirai avec une certaine peine, et je vis, quoi ? une balle coupée un peu plus que dans sa moitié...... la balle s'était fondue sur l'arcade zygomatique, etc. »

Page 121, l'auteur dit encore : Dans un cas j'ai vu la balle, après avoir donné en plein sur une apophyse épineuse, s'être divisée en deux (la balle était, sans aucun doute, mal coulée et contenait de l'air ; ce qui explique sa division).

A d'autres le soin d'harmonier ces divers alinéas et d'en faire disparaître les flagrantes contradictions et les hypothèses hasardées. J'ai voulu prouver, moi, que la division des balles sur un os, était un fait donné à la science par ceux mêmes les moins disposés à en admettre la possibilité ; j'ai voulu prouver encore que la pratique civile était, à cet égard, aussi riche que celle des camps. Il me serait également facile de faire valoir ses autres avantages sur un pareil sujet, mais *non hic locus*, je désire me renfermer dans les limites d'une courte note.

Cependant, puisque nous en sommes sur ce chapitre, disons que M. Blandin, dont nous ne sommes pas le dernier à reconnaître le mérite, nous a paru commettre aussi une grande hérésie chirurgicale, en soutenant, dans ses leçons faites l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, sur les plaies par armes à feu, « que l'ouverture d'entrée des balles était plus grande que celle de sortie », tandis que d'après l'observation de tous les temps et de tous les hommes spéciaux, le contraire seul est vrai, ainsi que je l'ai publié ailleurs, il y a dix ans.

Voici les expressions de M. Blandin, *Gazette des Hôpitaux*, 1839, n° 73 :

« Nous avons dit, contrairement à l'opinion généralement reçue, que dans les plaies par armes à feu, à forme de canal, l'ouverture d'entrée de la balle est plus grande que l'ouverture de sortie.....

» En juillet 1830, en parlant avec M. Marjolin, et ayant oublié ce que j'avais lu dans les auteurs sur ce point, il m'arriva de dire que l'ouverture d'entrée des balles était plus grande que celle de sortie, M. Marjolin me dit que je me trompais, et que c'était l'ouverture de sortie qui était la plus grande et que cela du reste avait été signalé par tous les auteurs ; néanmoins, notre opinion étant basée sur l'observation exacte des faits, nous n'en changeâmes pas, quoique ce ne fût pas celle des autres observateurs.

» Concluons, ajoute M. Blandin, que, contrairement à ce que l'on a pensé jusqu'à ce jour, l'ouverture d'entrée du projectile est plus grande que l'ouverture de sortie.

» Nous avons insisté sur de point, dit encore M. Blandin, de l'étude des plaies par armes à feu, car il peut trouver une application importante en médecine légale ; il est des cas, en effet, où

prochant de nouveau du membre dès que l'on a cessé d'agir sur elles, assurent suffisamment son immobilité pour qu'il devienne inutile d'appliquer un nouvel appareil. Il est rare, cependant, que l'on soit obligé de toucher à l'appareil, une fois appliqué, avant l'époque où il doit être tout à fait supprimé, les accidens locaux ayant d'abord été combattus et dissipés ; inconvénient auquel sont, par contre, très exposés les chirurgiens qui préfèrent appliquer immédiatement l'appareil inamovible ; bien heureux alors, s'ils sont avertis assez tôt pour prévenir la violence de l'inflammation, la gangrène.

C'est, envisagée de cette manière, que l'application tardive de l'appareil inamovible présente sur l'application immédiate des avantages incontestables. D'ailleurs quand on applique l'appareil lorsque le gonflement a cessé, on ne s'expose plus à avoir du vide entre la surface du membre et l'appareil, ce qui arrive inévitablement quand on applique celui-ci immédiatement; circonstance d'autant plus grave que les partisans de cette méthode, préconisent simultanément la déambulation. Or, si c'est un axiome en chirurgie que l'immobilité est indispensable à la consolidation des fractures, comment espérer d'arriver à ce résultat heureux, pour ce qui est des fractures de la jambe, par exemple, si avec un appareil ne s'appliquant qu'imparfaitement sur le membre, et qui nécessairement permettrait aux fragmens de divaguer, on accorde aux malades de marcher? Il paraît cependant qu'une semblable pratique a pu réussir : cela prouve tout au plus que la nature se charge bien souvent de corriger nos fautes ; mais des succès ainsi obtenus ne sauraient légitimer l'admission d'un principe illogique, et qu'abandonnent déjà ceux qui l'avaient tout d'abord adopté.

Malgré l'état anémique auquel le malade avait été réduit par suite des nombreuses saignées qu'avait nécessité le rhumatisme avec complication d'endocardite, la consolidation n'a pas été sensiblement retardée. Au cinquantième jour le malade marchait déjà depuis plusieurs jours avec son appareil et pouvait appuyer légèrement sur son pied gauche. L'appareil a été ôté le cinquante-cinquième jour, et l'on a constaté alors que la consolidation s'était effectuée sans difformité.

La cause de cette double fracture, qui rend compte d'une manière assez plausible du mécanisme suivant lequel le péroné a été fracturé, puisque la violence paraît avoir porté tout d'abord sur sa partie inférieure, n'explique pas aussi facilement la fracture du tibia, eu égard surtout à son siége. Il est probable qu'elle est arrivée consécutivement à la chute, et qu'elle a été le résultat de l'action exercée par le poids du corps sur le membre qui s'est trouvé en dessous. Sous ce point de vue, ce fait est également digne d'être signalé.

Deuxième observation. *Fracture semblable à la précédente, eu égard à son siége. Sujet indocile. Consolidation avec distorsion du pied en dehors.*

Joseph Brin, âgé de soixante-dix ans, a été admis le 11 janvier au n° 3 de la petite salle de la Valeur, pour une fracture de la jambe en tout semblable à la précédente. Ce malade est adonné à l'intempérance, et son accident étant arrivé pendant l'ivresse, il ne peut en rendre compte en aucune façon ; il offre peu d'inflammation locale, et pas de réaction fébrile. On se propose de suivre ici la même conduite que dans les cas qui précèdent ; mais l'indocilité du malade y apporte obstacle à chaque instant. Il parle à tout moment de se lever, et on est obligé de lui mettre la camisole pour le retenir au lit. Il croise les jambes, s'agite en tous sens, et défait sans cesse son appareil provisoire, toutes les 24 heures on est obligé de le refaire. Au quatrième jour, une phlyctène se forme au devant de la malléole interne, au niveau de la fracture : elle dégénère en plaie, suppure et s'aggrave. En attendant, le travail du cal s'effectue, et est assez avancé, le 20 février, pour faire espérer une prochaine consolidation complète. Mais la guérison aura évidemment lieu avec un certain degré de distorsion.

— Ce fait nous dicte quelques réflexions, dont plusieurs viennent à l'appui des opinions de M. Pasquier, que nous avons essayé de résumer à la suite du fait précédent. Et d'abord, pour ce qui concerne l'application immédiate de l'appareil, nous voyons que si elle eût eu lieu dans ce cas, elle aurait masqué la formation de la phlyctène qui a précédé la plaie, et que conséquemment de plus grands désordres auraient pu en résulter. Ici, au contraire, on y a tout d'abord apporté remède, par des pansemens convenables autant que le peu de docilité du sujet a pu le permettre. Nous n'ignorons pas que quelques praticiens ne se feraient pas faute de dire que la compression exercée par l'appareil appliqué immédiatement, eût prévenu l'inflammation qui a précédé la formation de la phlyctène. Cette théorie est plutôt spéculative que réelle, et nous n'apprendrons pas aux jeunes chirurgiens à jouer quitte ou double en pareil cas. Les effets antiphlogistiques de la compression employée en pareil cas, ou, si l'on aime mieux, l'action préventive de la compression contre des accidens inflammatoires qui n'existent pas actuellement, et qui pourraient se développer plus tard, ne sauraient être démontrés. Les partisans d'une semblable doctrine prétendent la soutenir en raisonnant sur ce qui pourrait arriver, et qui n'arrive pas, bien entendu, sans quoi leur doctrine serait fautive. En attendant leur démonstration impossible, on peut leur répondre avec de meilleures raisons ; les faits où la gangrène a eu lieu sous l'influence de la compression exercée sur le membre par l'appareil inamovible appliqué immédiatement ne font pas défaut, et il nous serait facile d'en signaler des exemples, si, à côté des choses, il ne fallait pas citer des noms.

Ce fait démontre encore ce qu'avait déjà prouvé le précédent ; savoir, que l'appareil employé par M. Pasquier, et que nous avons décrit, remédie au renversement du pied en dehors, et supplée avantageusement à l'appareil à fracture du péroné de Dupuytren, si gênant d'ailleurs pour les malades et si facile à se déranger. Nous plaçons ici cette remarque, parce que dans l'observation de fracture du péroné qui suit, nous verrons que le chirurgien des Invalides a appliqué le même appareil que dans les deux cas qui nous ont occupé jusqu'ici. Il nous semble que l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait pris trop au sérieux les fractures du péroné, et que l'appareil qu'il avait imaginé pour les traiter est au moins superflu. Cependant, ces fractures peuvent prendre un caractère sérieux si on n'y prend garde ; et, de l'aveu de sir A. Cooper qui en avait lui-même été atteint, elles peuvent donner lieu à la claudication, si, dans la direction à donner au membre pendant le traitement, on n'a pas l'attention de porter le gros orteil dans la direction de la perpendiculaire abaissée du point le plus interne du condyle interne du fémur. Mais cette indication se trouve remplie par l'appareil, dont on a fait usage dans les cas qui nous occupent.

Troisième observation. *Fracture du péroné, dans la malléole.*

Midoux (Martin), âgé de soixante-huit ans, couché au n° 11 de la salle de la Valeur, est tombé le 8 février ; mais de quelle manière, il ne peut le dire, parce que, de son aveu, il était *un peu gris*. Tout ce que nous avons à noter dans ce cas, c'est que le malade, s'étant relevé, il a pu marcher pendant un bon bout de chemin, et qu'alors, ayant été rencontré par un artilleur de l'Ecole Militaire, celui-ci l'a porté sur ses épaules jusqu'à l'Hôtel des Invalides.

Entré à l'infirmerie, M. Pasquier constate une fracture dans l'épaisseur de la malléole externe, sans déplacement ; la crépitation était facile à produire. Du reste, peu d'inflammation locale, peu de gonflement ; on se borne aux applications d'eau blanche, et l'on applique l'appareil indiqué plus haut, le 17 février.

Le siége de cette fracture offre beaucoup d'intérêt ; en effet, les cas de ce genre doivent être fort rares. A défaut de renseignemens fournis par le malade, on est réduit aux conjectures pour ce qui a trait au mécanisme suivant lequel la fracture s'est produite. Dupuytren, par ses expériences faites sur le cadavre, dans le but de reconnaître la résistence relative des malléoles et des ligamens latéraux, a constaté que la supériorité est loin d'appartenir aux malléoles. Il a vu qu'en fixant dans un étau le pied d'un cadavre et en imprimant des mouvemens violens en dedans et en dehors à la partie supérieure du membre, presque toujours les malléoles se brisaient à une plus ou moins grande distance de leur sommet, ou bien qu'elles cédaient aux ligamens latéraux, qui restaient le plus souvent intacts, la couche de tissu compact à laquelle ils s'insèrent. De même sur le vivant, selon Dupuytren, ces ligamens supportent les distensions les plus violentes sans se déchirer, et lorsque l'effort devient excessif, ce sont les malléoles ou bien les os dont elles sont les appendices qui se brisent. C'est ainsi qu'arrivent les fractures de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné.

Il nous paraît probable que les choses se soient passées ici, comme le pensait Dupuytren, et c'est pour cette raison que nous avons rapporté l'opinion de ce grand chirurgien.

Nous ne dirons que deux mots d'un autre malade couché également salle de la Valeur, atteint d'une fracture du péroné au quart inférieur, chez lequel l'application de l'appareil inamovible, après la cessation des accidens inflammatoires, au huitième jour, a donné lieu au bout de vingt-quatre à trente-six heures, à de l'agitation avec fièvre revêtant un caractère nerveux qui a fait craindre le retour des accidens inflammatoires locaux.

L'appareil ayant été fendu, on a pu constater cependant qu'il n'en était pas ainsi : le degré de relâchement obtenu par la section de l'appareil et sa transformation en deux valves ont suffi pour faire disparaître les accidens.

Quoique ce fait s'éloigne des précédens pour ce qui concerne le siége de la fracture, il nous a semblé digne d'être signalé, à cause des incidens qui ont suivi l'application de l'appareil définitif au bout de huit jours, lorsque l'inflammation locale avait cédé aux moyens mis en usage. N'est-il pas à présumer que si on eût procédé immédiatement à l'application de l'appareil inamovible, cette pratique eût occasionné de plus graves désordres. K...

HOPITAUX DE LONDRES.

Remarques sur les luxations de la hanche accompagnées d'allongement de la capsule et des ligamens, lues devant la Société médico-chirurgicale; par M. Stanley, chirurgien à l'hôpital St-Barthélemy.

L'auteur donne l'extrait de six observations recueillies avec détails de luxation de la hanche. Dans la première, la luxation existait aux deux hanches ; elle avait été la conséquence d'une maladie de la moelle épinière, qui avait occasionné des spasmes dans les muscles des membres. Il s'agissait, comme on le voit, d'une luxation spontanée double. Dans la seconde, la luxation était survenue durant une attaque d'hémiplégie. Dans les troisième et cinquième, le mal se rattachait à une affection rhumatismale de la hanche, Dans la quatrième, le membre s'était luxé aussi spontanément à la suite de douleurs intenses qu'on avait traitées pour sciatiques. Dans la quatrième enfin, la luxation s'était effectuée six semaines après une chute. La dissection a démontré que le ligament rond et la capsule articulaire étaient intacts, mais assez allongés pour permettre à la tête fémorale de sortir de l'acétabulum.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas publié ces faits avec détails. On en connaît, au reste, de pareils, du moins quant à l'intégrité du ligament rond. L'auteur prétend être parvenu à saisir les caractères distinctifs entre cette luxation non accompagnée de rupture ligamenteuse et celle soit traumatique, soit spontanée, dans laquelle les ligamens articulaires sont déchirés. Il rattache la maladie à une affection de l'appareil ligamenteux. Une phlogose sourde de cet appareil, déterminée par une contusion, une distension, un rhumatisme, en est la cause la plus fréquente.

Une discussion a eu lieu à l'occasion de cette lecture.

— M. Coulson regarde comme parfaitement justes les observations de M. Stanley ; il rapporte le cas d'un homme bien portant qu'il a connu, et qui pouvait se luxer les deux cuisses à volonté, et les remettre sans aucune difficulté. Il explique le fait par l'allongement des ligamens.

il importe de savoir si la victime a été frappée par devant ou par derrière. »

Au nom de ces mêmes considérations, dont personne ne déclinera la haute portée, nous persistons à déclarer avec tous ceux qui ont vu, que l'observation de M. Blandin est complètement erronée, chose d'autant plus étonnante que le fait est facile à vérifier, et que rien au monde n'est entêté comme un fait.

J'en reviens au but de cette note : la division des balles sur les corps durs, et je termine par trois observations qui me semblent avoir une certaine valeur.

Première observation. Un voltigeur du 50e de ligne reçut une balle qui l'atteignit à la partie postérieure de la tête. Elle était dirigée obliquement ; aussi, après avoir enfoncé une portion d'os, reste-t-elle engagée sur la saillie formée par la fracture. La force d'impulsion était si grande, qu'elle se divisa en deux portions dans presque toute son épaisseur. Une moitié était logée dans le cervelet, l'autre restait en dehors. Il fallut beaucoup de temps et d'efforts pour enlever ce projectile. Le malade mourut le second jour de sa blessure.

J'ai observé ce fait avec le docteur Ménière, qui l'a publié dans son livre intitulé : *L'Hôtel-Dieu de Paris en juillet et août* 1830.

Deuxième observation. Florentine P..., couturière, âgée de vingt-deux ans, reçut, le 28 juillet 1830, un projectile dans le sein droit ; il en fut facilement extrait : c'était une portion de balle. La malade quitta l'Hôtel-Dieu, parfaitement guérie, le 21 août suivant.

Cette jeune fille, logée place de Grève, au cinquième étage, était dans sa chambre avec un homme, lorsqu'une balle, partie de l'une des fenêtres de l'Hôtel-de-Ville, vint frapper cet homme par derrière, traverser le côté gauche de sa poitrine d'arrière en avant, lui donner immédiatement la mort, et se perdre dans le sein droit de la femme placée devant lui.

La situation des individus, le trajet de la balle, sa division et mieux que cela, l'aveu de la femme, ne nous laissèrent aucun doute sur la position respective des deux amans lors de la blessure. La balle s'était incontestablement divisée sur la crète de l'omoplate de l'homme : un de ses fragmens avait atteint un organe essentiel, le cœur sans doute, et avait causé une mort instantanée ; l'autre portion avait traversé de part en part la poitrine et avait été se perdre dans le sein de la femme, qui n'avait dû son salut qu'au volume considérable de l'organe blessé.

Troisième observation. Jacques Oualin, tailleur, âgé de vingt-quatre ans, demeurant rue du Faubourg-St-Honoré, n° 8, reçut, le 29 juillet 1830, sur le Pont-Neuf, une balle qui traversa l'épaule droite, d'avant en arrière, en rasant le bord supérieur de la clavicule, et vint s'arrêter à la partie inférieure et postérieure du col, sous la peau. Une incision y fut faite, et la balle extraite : un petit segment de sa circonférence paraissait manquer.

Ce blessé fut dirigé, le 8 septembre, sur Saint-Cloud, où, par parenthèse, il fut affecté d'une variole confluente, sans conséquences graves pour lui. Sa plaie resta fistuleuse, et à la clôture de l'établissement de Saint-Cloud, elle n'était pas cicatrisée. Dupuytren resta dès lors persuadé que la portion qui avait semblé manquer à la balle, était restée dans les chairs ; de prudentes recherches pour la découvrir furent vaines. Le blessé fut invité à se représenter souvent à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

En février 1831, Oualin fit remarquer à M. Dupuytren, près de sa plaie postérieure, un petit corps dur et mobile sous la peau; il fut immédiatement mis à découvert : c'était un morceau de plomb s'adaptant parfaitement au reste du projectile, conservé religieusement par le blessé, et complétant le poids légal d'une balle française (c'était alors 6 gros 20 grains ; preuve, s'il en fallait une, que la balle n'était pas mal coulée et ne contenait pas d'air.)

Dupuytren, qui attachait un grand prix à cette curieuse balle, ne put l'obtenir de son propriétaire, qui de son côté y tenait beaucoup, qu'en la payant littéralement au poids de l'or.

Tous ces précieux projectiles font aujourd'hui partie de mes collections. Félix Legros.

Il s'est assuré que le ligament rond est susceptible d'un grand allongement.

Dans un des cas rapportés par M. Stanley, et où l'on avait soigné le malade pour une sciatique, M. Coulson pense qu'il s'agissait d'une inflammation aiguë des ligamens accompagnée d'ulcération, ce qui a fini par permettre la luxation. Il a observé des luxations de ce genre chez des sujets scrofuleux par suite d'un travail ulcératif sourd du ligament rond, sans qu'aucun symptôme annonçât ce travail durant la vie.

Un enfant était confiné au lit par une affection scrofuleuse du genou : la hanche n'avait jamais été suspectée de maladie ; en l'examinant un jour, il a été étonné de trouver la tête fémorale luxée. Cette luxation avait été la conséquence d'une ulcération sourde du ligament rond.

— M. Bransby Cooper admet la possibilité de la luxation spontanée par simple allongement des ligamens, mais il doute que cela puisse arriver par simple paralysie d'un membre ; car, dans ce cas, les puissances capables de l'opérer, les muscles sont précisément en défaut, et si dans cette circonstance la chose avait lieu, il faut regarder la luxation comme le résultat de la destruction de l'appareil ligamenteux. Il regrette que dans le cas de ce genre rapporté par M. Stanley, l'autopsie n'ait pu être faite.

— M. Solly a vu, comme M. Coulson, un homme qui pouvait luxer à volonté ses deux cuisses et les réduire aussitôt. Cet homme menait une vie sédentaire, et ignorait comment il avait pu acquérir un pareil pouvoir de luxer et de réduire ses deux membres.

— M. Stanley répond à M. Cooper, que dans le cas auquel il fait allusion la dissection avait été faite, et qu'elle avait montré les ligamens ronds, ainsi que les capsules, entiers, mais fort allongés. La tête de l'os était tombée en bas. Quant à l'allongement dont ont parlé MM. Coulson et Solly, il le connaissait, et dit avoir connu une personne qui se trouvait dans les mêmes conditions qu'on vient de mentionner. On n'ignore pas, d'ailleurs, ajoute M. Stanley, qu'on trouve souvent le genou luxé par suite de l'allongement des ligamens croisés. La même chose a lieu à la hanche, et c'est ce qui est arrivé dans les six cas qu'il a présentés à la Société. On pourrait seulement mettre en doute que la luxation fût complète ; cependant, dans la dissection faite publiquement à l'hôpital Saint-Barthélemy, la luxation a été trouvée complète.

— M. Copland rapporte qu'un homme était hémiplégique à la suite d'une attaque d'apoplexie. A la longue, sa cuisse paralysée s'est trouvée luxée spontanément. Il pense que, dans ce cas, il y avait relâchement de l'appareil ligamenteux. Sir A. Cooper lui-même a établi que dans certaines conditions de l'organisme, l'appareil ligamenteux articulaire pouvait s'allonger.

— M. Arnott donne des détails sur un homme qui, longtemps après avoir reçu une contusion à la hanche, a essuyé la luxation du fémur sans violence extérieure. On s'était assuré d'abord, après la contusion, qu'il n'y avait pas de luxation ; ce n'est que quelques mois plus tard que la tête fémorale a quitté la cavité cotyloïde. On a pourtant essayé de la réduire, mais on n'a pu réussir.

— M. Bransby Cooper fait observer que la comparaison qu'on a voulu faire entre le genou et la hanche n'est pas exacte. Dans le premier cas, en effet, la luxation peut arriver sans allongement des ligamens, les condyles du fémur pouvant passer en arrière ou en avant sans allonger les ligamens latéraux.

— Sir B. Brodie n'a jamais rencontré la luxation spontanée de la fémorale chez les sujets paralysés. Les femmes hystériques néanmoins ont, dit-il, une grande puissance sur leurs articulations et peuvent quelquefois les luxer et réduire à volonté. Cela dépend de certaines circonstances qui ne se rencontrent que rarement.

Si le sujet est fort, cela ne peut pas arriver. Une dame luxait à volonté sa mâchoire dans ses accès, tant que sa santé a été faible ; mais après qu'elle a été fortifiée par l'usage du fer et d'autres moyens elle ne pouvait plus le faire. Les luxations spontanées arrivent ordinairement, soit par inflammation des membranes spinales (*spinal membranes*) suivie d'épanchement et conséquemment de dilatation des ligamens, soit par ulcération des cartilages et destruction des ligamens par suite de scrofule ou autre affection de l'articulation. Dans le premier cas, j'ignore si le ligament rond est simplement allongé ou s'il est détruit par ulcération. J'ai observé deux cas pareils à ceux qu'a rapportés M. Arnott : dans l'un la luxation s'est effectuée à la suite d'une contusion à la hanche, dans l'autre c'est l'humérus qui s'est luxé à la suite d'une contusion à l'épaule. (*Ibid.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 23 février.

Filtrage et dépuration de l'eau à travers la laine cardée — *M. Bussy* demande la parole. Dans une des dernières séances, je disais à l'Académie que la laine pouvait agir comme le charbon dans le filtrage des eaux impures. Ce que j'avançais alors comme une conjecture, je puis l'affirmer aujourd'hui comme une réalité. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie deux fioles d'eau sulfureuse, l'une à l'état naturel, l'autre purifiée à travers de la laine cardée. Cette dernière a complètement perdu son odeur, et est parfaitement potable ; l'autre est tellement fétide, que si j'en versais quelques grammes la salle en serait infectée.

Scorbut. — *M. Collineau* fait un rapport officiel sur une épidémie de scorbut qui a régné en 1840, dans la maison centrale de Clervaux. Le médecin de la prison croit avoir trouvé un excellent remède dans les haricots rouges cuits dans une certaine quantité de vin. L'auteur désirerait que ce régime fût adopté dans toutes les maisons de détention, comme préservatif et curatif de la maladie. La commission propose de répondre à M. le ministre qu'on peut continuer à se servir de ce régime, puisque l'expérience a démontré son utilité ; mais elle ne voit pas la nécessité de le faire généraliser ailleurs, attendu que le scorbut dépend de causes diverses, et peut offrir des indications différentes selon les lieux.

M. Chevallier ne voit pas d'avantage dans une pareille préparation qui décompose le vin et rend son action nulle ; il pense que mieux vaudrait donner le vin à part.

M. Boullay parle dans le même sens.

M. Gerdy rappelle qu'en Bourgogne on prépare assez communément les mets avec un mélange de vin, et que cela ne valait pas la peine d'un rapport.

M. Collineau répond qu'il s'agit ici d'une question expérimentale devant laquelle deviennent sans valeur les raisonnemens *à priori*. Selon l'auteur, dit-il, les haricots cuits de la sorte sont un peu acides, légèrement toniques, etc.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

— *Adhérence placentaire, absorption, guérison. M. Villeneuve* fait un rapport sur une observation adressée par M... sur un cas d'adhérence du placenta à l'utérus guéri par absorption. Ce fait n'offrant rien d'inconnu, M. le rapporteur s'abstient d'en reproduire les détails, et en propose le dépôt aux archives.

— *Ovarite aiguë*. Le même membre fait un rapport favorable sur un travail de M. Leroy-d'Etiolles relatif aux signes de l'ovarite aiguë. L'ovaire ne s'enflamme ordinairement que chez les nouvelles accouchées atteintes de métro-péritonite. M. Leroy l'a observée cependant aussi plusieurs fois à la suite des injections irritantes dans la matrice. Les caractères propres sont : douleur aiguë à la région de l'organe, chaleur, gonflement, constipation, etc. (Remercîmens, Bulletin.)

— *Remèdes des Abyssiniens. M. Mérat* fait un rapport favorable très détaillé sur trois remèdes végétaux dont se servent les Abyssiniens pour combattre toutes les maladies, principalement le tœnia, qui est la maladie la plus commune. Ces remèdes ont été présentés à l'Académie par M. le docteur Aubert, qui a habité l'Abyssinie. M. le rapporteur se livre à des recherches historiques sur ces végétaux, les compare à la racine de grenadier, qui les remplace parfaitement en Europe, et fait en passant quelques remarques sur les causes du tœnia chez l'homme et le chien. (Remercîmens, insertion dans les Mémoires de l'Académie et dans le Bulletin.)

M. Virey déclare que l'une de ces substances était déjà connue. Il se plaint de ce qu'il n'a pas été convoqué par la commission pour discuter et signer le rapport comme membre de cette commission.

M. Chervin rectifie quelques passages du rapport relatif au voyage de M. Aubert.

M. Barthélemy fait remarquer que c'est une erreur de croire que le tœnia se rencontre chez les chiens de combat parce qu'ils mangent de la viande crue. Le tœnia se rencontre indistinctement chez tous les chiens, non parce qu'ils mangent de la viande, car on le voit aussi en grand nombre chez les chiens braques qui vivent de pain, mais bien parce que ce parasite est familier au genre chien.

M. Amussat parle dans le même sens. (Adopté.)

Aliénation mentale. — *M. Foville*. lit un premier mémoire sur les généralités de la folie, qui sert d'introduction à d'autres travaux qu'il se propose de soumettre au jugement de l'Académie. Cet habile anatomiste aborde principalement la question de la localisation des fonctions pathologiques et la discute avec cette haute philosophie positive qu'on lui connaît. Il fait justice des spiritualistes qui admettent des aliénations *sine materiâ*, et fait voir le danger du traitement moral qu'on voudrait faire prévaloir. Nous regrettons que la nature de ce travail le rende insaisissable à l'analyse. L'Académie l'a écouté, au reste, avec une attention soutenue.

Vers la fin de cette lecture, M. Foville a présenté une femme en démence dont la tête est très aplatie en avant et très proéminente en arrière, absolument comme un pain de sucre obliquement placé d'avant en arrière. Les pavillons des oreilles adhèrent à la peau correspondante du crâne. M. Foville a rencontré fort souvent, en France, cette forme de crâne qui prédispose à la folie ; il l'attribue à l'usage du serre-tête très serré, qu'on a l'habitude de mettre aux enfans nouveau-nés et qu'on continue ensuite dans le reste de la vie. Il en a vu naître sous ses yeux, par l'action de ce cordon circulaire, des centaines de fois.

MM. Adelon et Londe demandent à M. Foville quelques explications auxquelles il répond. L'auteur se propose de présenter prochainement un travail sur cette difformité artificielle.

Bégaiement. Orage académique. Levée brusque de la séance. — *M. Amussat* fait une nouvelle communication sur le bégaiement. Après avoir dit qu'il avait jusqu'à ce jour pratiqué sur neuf bègues la section des muscles génio-glosses par le procédé qu'il a indiqué, ce chirurgien présente les deux malades examinés dans la précédente séance. Depuis ce temps ils ont été opérés, et chez tous les deux le succès est aussi complet qu'on pouvait le désirer. L'un de ces malades, âgé de dix-sept ans, bégayait à un point tel, qu'il a été renvoyé de chez un épicier dont il était le commis ; souvent il se trouvait dans l'impossibilité absolue de parler et de répondre aux questions qu'on lui adressait, et alors il se mettait à pleurer.

M. Amussat présente, en outre, deux autres bègues sur lesquels il a pratiqué la même opération. Enfin, pour mettre l'Académie en demeure de bien juger la valeur de cette opération nouvelle, M. Amussat fait voir deux bègues qu'il se propose d'opérer d'ici à la prochaine séance, et qui seront représentés à cette époque. On constate qu'ils bégayent tous les deux, de manière à ne pas pouvoir parler sans que les muscles de la face, du larynx et du cou ne soient tendus et contractés spasmodiquement.

Après cette communication, M. Amussat présente une pièce pathologique relative au bégaiement, et qu'il doit à l'obligeance de M. Bégin. Sur cette pièce, les deux moitiés de la langue sont d'inégal volume ; la moitié gauche est aplatie, tandis que la moitié droite est bombée et épaisse. Cet état de la langue tendrait à prouver que l'un des principaux obstacles à la liberté de la prononciation, consiste le plus ordinairement dans l'état anormal de la langue. Cet organe étant trop court ou dévié principalement par la contraction des muscles génio-glosses, leur section expliquerait alors l'amélioration et souvent la guérison que l'on a obtenue et que l'on obtiendra par cette opération lorsqu'on la pratiquera convenablement, après avoir fait des essais sur le cadavre et sur les animaux vivans.

M. Roux déclare avoir pratiqué mercredi dernier la section des muscles en question avec un résultat très passager.

M. Velpeau ne trouve rien de concluant dans une pareille représentation. Ce n'est pas ainsi qu'on doit procéder scientifiquement. Les bègues offrent une foule de variations d'un moment à l'autre dans la prononciation selon l'état de leur organisme. Les quelques mots qu'ils viennent de prononcer ne signifient absolument rien, et je m'étonne que M. Amussat se conduise ainsi, alors qu'il sait qu'il y a une commission *ad hoc*. C'est à l'examen de cette commission qu'il faut donc soumettre les sujets, non à l'Académie, qui ne peut rien apprécier de la sorte.

M. Dubois (d'Amiens) parle dans le même sens. Il ne trouve aucunement probante l'épreuve que M. Amussat vient de faire, en faisant répéter à tous la même phrase apprise d'avance : *Caporal, hors la garde ; êtes-vous content d'avoir été opéré? oui, Monsieur; non, Monsieur*, etc. C'est là se mettre seulement en parade sur un amphithéâtre, en faisant monter les sujets par une sorte d'estrade ; ce qui est sans doute propre à faire de l'effet, mais ne peut rien éclaircir sous le point de vue scientifique. Je demande donc que M. Amussat se soumette aux usages académiques, puisqu'il a appuyé la nomination d'une commission.

M. Gerdy. Il y a deux questions dans le sujet qui nous occupe : l'une de moralité, l'autre de science ; je les examinerai successivement. Quant à la première, je suis affligé de dire à l'Académie que la manière de procéder de M. Amussat est fort répréhensible, n'étant pas celle d'un homme de science. C'est, je suis fâché de dire le mot, c'est de la chirurgie industrielle et non de la science que M. Amussat vient de faire (tumulte, bruits étourdissans), oui, de la chirurgie industrielle ; vos clameurs ne m'empêcheront pas de dire ma pensée toute entière. En voulez-vous la preuve ? voici les journaux de province dans lesquels M. Amussat fait annoncer ses merveilles avec fracas.

M. Gerdy lit les mots suivans : « Une des plus illustres célébrités de Paris, M. Lucien Boyer, cédant aux instances répétées de M. le docteur Thibault, se rendra dimanche prochain, à 11 heures du matin, à Versailles, chez le docteur Thibault, accompagné du grand chirurgien Amussat, pour opérer tous les louches qui se présenteront à lui, à l'aide d'un moyen *infaillible*, etc. » (Tumulte étourdissant, vociférations.)

M. Amussat s'agite et crie à la tribune : « C'est une infamie, vous êtes un infâme, etc. »

La sonnette du président n'est pas entendue.

Plusieurs voix : Président, levez la séance, etc.

M. Gerdy continue la lecture du second article rédigé dans le même sens, et commente le mot *infaillible*, dont se servent, dit-il, les charlatans sur les places publiques.

M. Amussat réplique à M. Gerdy que sa conduite à son égard est inqualifiable, et que de pareils débats ne peuvent nuire qu'à la considération de l'Académie. De toutes parts on crie à M. le président de lever la séance. Enfin, la séance est levée au milieu d'un tumulte dont l'Académie n'avait pas jusqu'à présent offert d'exemple. M. Amussat a beaucoup de peine à contenir son irritation, et c'est avec difficulté que ses amis parviennent à l'entraîner hors de l'Académie.

Immédiatement après la séance, MM. Troussel, Thibault, Léon Boisseau, Lucien Boyer, se sont rendus, au nom de M. Amussat, chez M. Gerdy, pour l'engager à rétracter les expressions injurieuses dont il s'était servi. M. Gerdy s'est renfermé dans ses droits d'académicien. Il a répondu qu'il ne voulait faire aucune rétractation ni devant l'Académie, ni ailleurs, et qu'il se refusait positivement *à toute autre espèce de satisfaction*.

— Ceci est très fâcheux et nous déplorons de pareils résultats. On les éviterait avec un peu plus de dignité et un peu moins de tendance aux personnalités. La franchise n'exclut pas, ce nous semble, l'urbanité, et les formes académiques, souvent ridicules, sont cependant parfois une sauvegarde à des froissemens directs et désirables. Si l'Académie ne juge pas convenable de recevoir des communications de ce genre, elle doit se prononcer par l'organe du président. Le conseil d'administration, qui s'immisce tous les jours dans des affaires dont il pourrait et devrait ne pas s'occuper, ferait bien de régler la manière dont ces communications doivent être reçues. Une chose nouvelle ne saurait être rejetée absolument par cela seul qu'elle blesse certaines idées et n'est pas issue des cerveaux de l'École. Où en serions-nous, s'il fallait attendre le loisir des sinécuristes à dix mille francs pour faire progresser la science. Et quelles découvertes importantes, nous le demandons, sont sorties de cette pépinière de parleurs ? Certes, nous sommes loin de compter aveuglément sur les prodiges récens de la chirurgie *cuttellaire*, mais avant de trancher les questions, on doit, ce nous semble, *voir* et *toucher*. Le moyen le plus certain de combattre le charlatanisme est de le discuter et de le prouver par les *faits* même dont il se targue et que l'on montrerait erronés. Agir d'une autre manière, c'est s'exposer à le servir plus qu'à lui nuire.

BÉGAIEMENT TRAITÉ PAR LA SECTION DES MUSCLES GÉNIO-GLOSSES.

Voici la lettre que M. Amussat a adressée à l'Académie des sciences :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous prier de nouveau d'informer l'Académie que depuis lundi dernier j'ai opéré sept bègues, ce qui fait neuf avec les deux que j'ai déjà soumis à l'examen de MM. les membres de l'Académie. Parmi les sept nouveaux opérés se trouvent les deux bègues que j'avais présentés à la séance dernière pour faire constater leur état avant l'opération, afin que l'on pût apprécier les effets de la section du muscle génio glosse. Les résultats obtenus sont déjà fort encourageans ; ils me causent une grande satisfaction, ainsi qu'à tous ceux qui ont vu les bègues avant et après l'opération, et, malgré les appréhensions de quelques personnes, j'espère que ces résultats se maintiendront comme ceux de l'opération du strabisme.

Je n'ai pas la prétention de guérir tous les bègues et de faire disparaître tous les vices de la parole par la simple section des muscles génio-glosses ; mais je puis dire que les succès déjà obtenus par cette opération ont beaucoup dépassé mes espérances et celles de tous les amis sincères des progrès de la chirurgie.

Je dois ajouter que le procédé que j'emploie pour la section des muscles génio-glosses est le même que celui que j'ai indiqué dans ma précédente lettre, et à cette occasion je m'empresse de prévenir les praticiens, comme nous l'avons déjà fait M. Lucien Boyer et moi pour le strabisme, qu'il faut détruire avec précaution et persévérance tous les agens de la déviation ou du raccourcissement, qui produisent le bégaiement jusqu'à ce que le résultat soit obtenu, ce qui est quelquefois long et pénible. J'insiste sur ce fait, parce que déjà plusieurs chirurgiens ont échoué pour le bégaiement comme pour le strabisme ; sans doute, ils se sont trop pressés d'appliquer, ils n'ont pas fait tout ce qu'il fallait faire.

Je ne puis m'empêcher de répéter que ces nouvelles opérations doivent être méditées et répétées sur le cadavre et sur les animaux vivans avant d'oser les tenter sur l'homme si l'on veut avoir tout le succès possible.

Veuillez agréer, etc., AMUSSAT.

P. S. Les malades atteints de bégaiement et ceux qui ont été opérés resteront dans la salle d'entrée jusqu'à la fin de la séance pour être examinés par MM. les membres de l'Académie.

Paris, 22 février 1841.

OPÉRATION DE STRABISME CONGÉNIAL ; INSUFFISANCE DE LA SECTION DU MUSCLE GRAND OBLIQUE.

M. le docteur Schuster a adressé aussi à l'Académie des sciences, une lettre dans laquelle il dit s'être fait opérer à plusieurs reprises et avec un plein succès, pour un strabisme congénial, consistant dans une déviation très forte de l'œil gauche en dedans et en haut. D'abord on pratiqua, dit il, le 13 juillet 1840, la section du droit interne. Bien que mon strabisme parût à M. Amussat et à M. L. Boyer, dépendre en même temps de l'action du grand oblique, ils ne voulurent pas, à cette époque, pratiquer la section de ce muscle ; depuis ce temps, ils ont renoncé tout à fait à couper le grand oblique dans les strabismes semblables à celui dont j'étais atteint.

Cette opération n'ayant pas amené un résultat complet, la section du muscle grand oblique fut pratiquée ; mais comme l'œil conservait encore un certain degré d'ascendance et de convergence, MM. Amussat et L. Boyer se décidèrent à faire une nouvelle opération, dans laquelle ils eurent l'heureuse idée et la hardiesse de diviser successivement trois muscles ; savoir : les droits supérieur et inférieur, ainsi que les nouvelles adhérences du droit interne et peut-être celle du grand oblique, ce qui nécessita la dénudation du globe oculaire dans presque les deux tiers de son étendue. Ce ne fut qu'après ces diverses sections, que la rectitude et la force visuelle purent être rendues complètement à l'œil strabique ; et, ce qui est très remarquable, sous le rapport physiologique, je crus m'apercevoir que les mouvemens de l'œil, quoique restreints, s'exécutaient dans tous les sens, le jour même de l'opération.

Ayant reçu des communications fort intéressantes de l'auteur de cette brillante méthode opératoire, de M. Stromeyer, et de celui qui l'a fait admettre dans la science, de M. Dieffenbach, je pense que l'illustre compagnie me permettra de lui en transmettre un extrait.

Voici ce que m'écrit M. Stromeyer dans une lettre datée de Munich, du 14 février 1841, relativement à la découverte de l'opération du strabisme.

« Pour arriver à la conclusion que la section des muscles serait utile pour les déviations spasmodiques de l'œil, il ne suffisait pas d'avoir divisé le tendon d'Achille dans les cas de pieds-bots invétérés : il était nécessaire d'avoir vu l'effet de la ténotomie dans les cas plus rares où la déviation est plutôt *fonctionnelle* et disparaît en grande partie pendant le repos ; état qui a la plus grande ressemblance avec le strabisme, dans lequel la déviation n'est que rarement permanente, mais se montre toujours quand l'organe vient en pleine activité, en agissant d'accord avec l'autre œil. Ce fut surtout le *torticolis spastique*, dont M. Amussat a opéré un cas si intéressant, qui m'a donné le plus de lumière sur la nature des déviations spasmodiques. »

Il résulte de la lettre de M. Dieffenbach que les opérations qui ont été pratiquées par ce célèbre chirurgien dépassent le nombre de 700. Il dit en outre que les succès se maintiennent aussi complètement que possible.

Je terminerai ma lettre, déjà un peu trop longue, en disant que sur plus de 200 louches opérés par MM. Amussat et Lucien Boyer, il y en a 20 ou 30 sur lesquels ils ont fait en une seule fois ce qu'ils ont exécuté à plusieurs reprises sur moi.

Leurs expériences sur les animaux vivans, les ont rendus plus hardis que les autres, et ils ont pu améliorer et perfectionner une opération imaginée par mes compatriotes ; ils ont complètement résolu les plus importantes questions, et les nombreux résultats que j'ai pu constater avec eux, prouvent que lorsqu'on fait complètement la section des agens de la déviation de l'œil on redresse si bien les yeux, qu'on peut souvent douter que les opérés présentés aient été louches, c'est ce qui est arrivé samedi dernier en présence de MM. Mott, Langenbeck, Bousquet, Bégin, Gimelle, Donné ; etc. Espérons que cette belle opération, si glorieuse pour la chirurgie française et allemande, sera bientôt suivie d'une autre, je veux parler du bégaiement. Déjà M. Amussat nous paraît avoir résolu la question relative à la guérison de cette difformité.

Veuillez agréer, etc., SCHUSTER.

Paris, 22 février 1841.

LETTRE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, TOUCHANT L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA CATARACTE ;

Par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Placé depuis près d'une année à la tête du service chirurgical de l'hospice de Bicêtre, j'ai cherché à tourner au profit de la science les nombreuses ressources de ce vaste établissement. Sans parler de 8 à 900 aliénés qui fournissent leur contingent à mon infirmerie, Bicêtre renferme une population de plus de 2000 vieillards, de 50 à 90 ans, dont un très petit nombre, les octogénaires, sont entrés à la faveur de leur grand âge, et tous les autres n'ont dû leur admission qu'à leurs infirmités. Ainsi, toutes les affections graves qui ont échappé aux chirurgiens des hôpitaux, toutes celles qu'ils ont trouvées au-dessus des ressources de l'art, celles encore qu'ils ont essayé de vaincre, et qui ont opposé d'opiniâtres récidives, s'y donnent pour ainsi dire un rendez-vous général, et se présentent à l'observateur en grandes masses. Ajoutez que la mort frappant avec la rapidité qu'on peut imaginer sur une population formée de pareils élémens, ne nous offre que de trop fréquentes occasions de vérifier sur le cadavre, après avoir étudié sur le vivant ; et l'on aura une idée [illegible] mine féconde qui jusqu'à présent avait à peine été [illegible] de profiter autant qu'il serait en moi, de ces im[illegible] j'ai commencé une visite générale de mes d[illegible] avec soin tout ce que chacun d'eu[illegible] et toutes les fois que l'occasion s'[illegible] étude par les dissections. J'ai [illegible] l'Académie les résultats les plu[illegible] veux, cette fois, appeler son attention sur l[illegible] que de la cataracte.

A en croire les traités les plus récens publiés [illegible] les deux principales variétés de la cataracte seraient [illegible]

1° La cataracte cristalline débutant en général p[illegible] du cristallin ;

2° La cataracte capsulaire.

J'étais moi-même imbu de cette doctrine, lorsque j'ai commencé mes dissections ; et ce n'est pas sans quelque peine que je me suis vu peu à peu contraint d'y renoncer. J'ai disséqué jusqu'à ce jour 25 yeux frappés de cataractes : les uns pris sur des sujets qui conservaient un œil sain, les autres sur des sujets où la cataracte était double ; et comme elle atteint rarement les deux yeux ensemble à la même époque, j'ai donc pu, sur les yeux secondairement affectés, constater pour ainsi dire l'origine et le développement de la cataracte à toutes ses phases.

Or, premièrement, jamais je n'ai vu la cataracte débuter par le noyau central du cristallin ;

Jamais je n'ai rencontré la capsule opaque.

Toujours l'opacité commence par les couches molles qui avoisinent la capsule, et d'ordinaire vers la grande circonférence du cristallin ; dans le plus grand nombre des cas, l'opacité étant complète à la face antérieure et à la face postérieure, le noyau demeure parfaitement clair ; dans d'autres cas plus rares, le noyau prend une teinte brune, se dessèche, devient friable, et est alors opaque véritablement.

En sorte que si j'avais dès à présent à formuler la conclusion directe de ces autopsies, je dirais volontiers que la cataracte consiste dans une sécrétion opaque de la capsule cristalline, celle-ci gardant elle-même sa transparence ; et que dans certains cas, il y a comme une nécrose du noyau central du cristallin, qui se mortifie au milieu de la sécrétion morbide.

Mais cependant qu'est-ce donc que ces cataractes supposées capsulaires sur le vivant et qui, en effet, quand on cherche à les abaisser, donnent aux regards la sensation d'une membrane opaque qui flotte, qui se roule et se déroule sous l'aiguille ? J'ai fait sur ce point des expériences directes, et je me suis assuré que ces lambeaux membraniformes ne sont autre chose que des portions du cristallin qui se laissent tailler et découper en tous sens par l'aiguille, quand la cataracte est molle, ce qui est le cas le plus commun.

Entraîné ainsi vers un cadre d'idées si différentes de celles que j'avais en commençant ces recherches, j'ai voulu savoir sur quoi s'appuyait enfin la doctrine si généralement admise des cataractes capsulaires et des cataractes centrales, et je crois pouvoir annoncer ici par avance qu'elle a été adoptée sans preuves suffisantes et comme par une sorte de compromis fait au dix-huitième siècle entre la doctrine ancienne de la pellicule et la doctrine nouvelle de l'opacité du cristallin. C'est un curieux chapitre de l'histoire de la chirurgie, que je me propose de dérouler plus tard devant l'Académie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Mercredi, 24 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Sédillot a été argumenté par :

MM. Huguier.
Chassaignac.
Laugier.
Thierry.

(De l'opération de l'empyème.)





PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 27 FÉVRIER 1841. (14e ANNÉE) N° 27, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Opération de strabisme convergent. Section des muscles droits interne, supérieur et inférieur.

Avant-hier (24 février), M. Bérard a pratiqué l'opération du strabisme sur un homme âgé de quarante-sept ans, couché au n° 3 du pavillon Saint-Augustin. Ce malade, placé dans le service de M. Bricheteau pour une affection de la moelle épinière, était louche depuis huit ans ; la cornée transparente de l'œil droit était en partie cachée dans l'angle interne, et la vision était plus faible de ce côté.

M. Bérard commença d'abord par inciser le muscle droit interne, sans obtenir toutefois une grande amélioration dans la direction du globe oculaire. Supposant alors que le strabisme pouvait persister par suite de l'action des fibres les plus internes des muscles droits supérieur et inférieur, il coupa le droit supérieur, ce qui amena une direction beaucoup meilleure. Cet heureux avantage enhardit le chirurgien, qui, malgré la résistance du malade, incisa le muscle droit inférieur, et ce fut, cette fois, avec un plein succès, car l'œil était tout à fait revenu dans sa position normale.

Cette opération, faite en présence de M. Bouvier, montre nettement que dans les cas très prononcés de strabisme, il ne suffit pas toujours de couper un seul muscle, mais que quelquefois les fibres les plus internes des deux muscles voisins peuvent aussi concourir à produire cette difformité. Peut-être est-ce à l'ignorance de ce fait qu'il faut attribuer les insuccès qu'ont rencontrés plusieurs chirurgiens célèbres. C'est probablement à la même cause, et non point à la destruction d'une cicatrice dont l'existence est fort problématique, qu'il faut attribuer le résultat heureux obtenu par M. Jobert (v. *Gazette des Hôpitaux* du 23 février 1841) à la suite d'un large débridement de la conjonctive en haut et en bas du muscle divisé. On pourrait, en effet, avoir de bonnes raisons pour soupçonner que, dans ce large débridement, l'instrument tranchant a divisé à la fois et la conjonctive et les fibres internes des deux muscles droits supérieur et inférieur.

Aujourd'hui, deuxième jour de l'opération, le malade, très content de l'opération, va parfaitement bien. Attendons cependant la complète cicatrisation des parties divisées pour regarder ce cas comme un succès complet.

Cet homme offre encore une particularité qui mérite d'être notée ; c'est la saillie du globe oculaire entre les deux paupières ; c'est pour ainsi dire un rudiment de procidence de l'œil opéré, ce qui s'explique assez bien par l'inertie des muscles droits qui concouraient à le maintenir, et même à le tirer en arrière par leur action simultanée.

Orchite compliquée d'hydrocèle. Liquide gélatineux contenu dans la tunique vaginale.

Le dimanche, 21 février, est sorti de l'hôpital, complètement guéri, un malade qui était couché au n° 19 de la salle Saint-Pierre. Il y était entré, il y a plusieurs mois, pour une orchite compliquée d'hydrocèle. L'orchite, passée à l'état chronique, résista aux antiphlogistiques, et ne céda qu'à l'emploi des antisyphilitiques. Tisane de salsepareille contenant 60 grammes de sirop de Cuisinier par litre de tisane ; une pilule contenant 5 centigrammes de proto-iodure de mercure ; diète de vin.

L'hydrocèle diminuant très peu sous l'influence du repos et de ce traitement, M. Bérard prit la résolution de l'opérer par ponction et par injections. Le trocart, plongé dans la tunique vaginale, n'y pénétra qu'en partie, et sa canule, dont les bords étaient un peu saillans, s'arrêta à cette membrane. Voyant que l'instrument retiré, la canule ne donnait passage à aucun liquide, l'opérateur se décida à fendre les enveloppes du testicule pour donner issue aux liquides qui y étaient contenus. Cette incision, pratiquée dans une étendue de quatre centimètres environ, montre la tunique vaginale distendue, non point par un liquide séreux, comme c'est le cas ordinaire, mais bien par un liquide gélatineux, transparent, incolore, offrant la plus grande analogie avec le corps vitré, dont il a d'ailleurs la consistance.

Au bout de quelques jours la plaie s'est cicatrisée sans offrir de modifications notables.

Carie du premier métatarsien gauche. Amputation par la méthode ovalaire. Guérison.

Au n° 4 de la salle Sainte-Marie, se trouve une femme âgée de plus de soixante ans, qui ne peut fournir aucun renseignement sur l'état antérieur de sa santé, non plus que sur le développement de sa maladie.

Un peu en arrière de la tête du premier métatarsien gauche, elle présente trois ouvertures fistuleuses entourées chacune d'un petit bourrelet rouge et conique, déprimé au centre. La première est située en dedans du bord interne du pied ; la seconde au niveau du premier espace inter-osseux ; et la troisième, placée entre les deux, conduit directement sur le premier métatarsien, dont on peut sentir la carie à l'aide d'un stylet. Quant aux deux autres, elles paraissent pénétrer seulement dans les parties molles. Le gros orteil offre un raccourcissement d'un centimètre environ ; raccourcissement assez facile à expliquer au moyen du déplacement que semble avoir éprouvé l'extrémité postérieure de la première phalange. Celle-ci, en effet, est dirigée en bas et en arrière, sous la tête du premier métatarsien, à laquelle elle paraît sous-jacente.

Le 10 février, amputation de cet os suivant la méthode ovalaire. Ses deux tiers antérieurs sont séparés du tiers postérieur parfaitement sain, au moyen d'un trait de scie qui le divise obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, c'est-à-dire aux dépens de son côté interne. La plaie est pansée avec des plumasseaux enduits de cérat, car la réunion par première intention ne peut être tentée, à cause de l'état des parties voisines qui sont le siége d'une grande tuméfaction.

La carie siégeait au niveau du tiers moyen de l'os, qu'elle avait détruit en grande partie, de telle sorte que le tiers antérieur avait pu glisser en bas et en arrière sous la partie postérieure de ce même os. L'os sésamoïde était extrêmement développé.

Aucun accident consécutif à l'opération ; point de fièvre ni de diarrhée. Appétit toujours croissant. Aujourd'hui, 25 février, est presque entièrement cicatrisée.

Ectropion de l'angle externe des paupières. Autoplastie.

Au n° 1er de la salle Sainte-Suzanne, est couchée une femme âgée de cinquante-six ans, qui entra dans le service, il y a un peu plus d'un an, pour se faire opérer d'un vaste cancer de la joue droite. La cicatrisation de la plaie résultant de l'opération, a été un peu longue à obtenir et ne s'est même jamais faite d'une manière bien complète ; il est toujours resté quelques points ulcérés, qui se sont recouverts de croûtes dont la chute a été facilitée par des applications de cataplasmes de fécule. La pâte de Dupuytren, placée sur ces points, ne tardera pas à achever ce que la nature n'a pu faire seule jusqu'à présent.

La cicatrisation de cette perte de substance s'est faite aux dépens de toutes les parties voisines qui ont été déformées et attirées vers le milieu de la joue. Ainsi le lobule de l'oreille était ramené presque au niveau du bord antérieur du muscle masséter ; la commissure externe des paupères, de l'œil droit était tirée en bas et en dehors, de manière à produire un ectropion double de la moitié externe des paupières seulement. Cet ectropion, beaucoup plus prononcé à la paupière inférieure qu'à la supérieure, était en outre assez considérable pour mettre en danger l'existence de l'organe de la vision, qui pouvait à peine exercer ses fonctions, lorsque cette femme est revenue dans le service pour y crercher remède.

L'autoplastie était donc devenue nécessaire, aussi M. Brard songea-t-il à la pratiquer : c'est ce qu'il fit le 13 février dernier. Une incision fut pratiquée parallèlement aux deux tiers externes du bord libre de la paupière inférieure qui fut disséquée avec soin dans cette portion. Immédiatement après, la commissure externe remonta et la malade éprouva un peu de soulagement. Un lambeau de

FEUILLETON.

DE LA DIVISION DU MUSCLE BULBO-CAVERNEUX

Comme moyen curatif de quelques rétrécissemens de l'urètre;

Par M. Dufresse-Chassaigne.

(Suite du numéro 25.)

3° *Par l'expérience directe.* — *Première expérience.* Nous avons étreint l'urètre dans sa partie spongieuse avec un fil de caoutchouc, et de cette façon nous avons simulé un rétrécissement plus au moins complet, suivant le degré de constriction que nous avons donné au lien ; et le rétrécissement artificiel nous a fourni avec la sonde à empreinte le même résultat que le rétrécissement réel ; puis ayant cherché à le franchir avec la sonde métallique, il a d'abord arrêté un instant son bec, puis s'est laissé dilater, et nous a permis de pénétrer dans la vessie.

Deuxième expérience. Nous avons pris un fil en caoutchouc, nous l'avons passé dans le chas d'une aiguille courbe à suture ; puis nous avons traversé la portion gauche du corps caverneux de haut en bas ; nous avons fait filer l'aiguille entre l'urètre et la peau, et l'avons fait ressortir à droite près du point où nous l'avions fait entrer, en traversant la portion droite du corps caverneux de bas en haut, de manière à simuler le mieux possible la position d'une ou de plusieurs fibres des muscles bulbo-caverneux. Nous avons étreint le canal à divers degrés, et nous avons obtenu avec la sonde à empreinte et avec la sonde métallique le même résultat que dans la première expérience.

Troisième expérience. Notre fil étant placé comme dans le cas précédent, nous avons ouvert l'urètre d'avant en arrière, et par la paroi supérieure, jusqu'à 3 ou 4 lignes du point étranglé, et nous avons aperçu une forme de rétrécissement analogue à celle que M. Amussat a décrite sous le nom de valvulaire. Nous avons ensuite prolongé l'incision au-delà du point étranglé, et alors immédiatement toute apparence de rétrécissement a cessé ; cela devait être, car le fil constricteur ayant été coupé, le calibre de l'urètre est revenu à son état naturel.

Quatrième expérience. Nous avons placé le fil en caoutchouc autour de l'urètre, comme dans la deuxième et la troisième expérience ; mais au lieu d'attacher les deux bouts au-dessus du corps caverneux, nous les avons ramenés en dessous sans les croiser, et les avons assujétis ensemble dans cette position. Nous nous sommes assuré par le cathétérisme, et en coupant perpendiculairement l'urètre à trois ou quatre lignes du point étranglé, que le rétrécissement valvulaire existait ; alors le canal a été fendu dans sa paroi supérieure jusqu'au delà du rétrécissement : de cette façon nous n'avons pas coupé le fil, et cependant toute trace de rétrécissement a disparu.

A supposer, au reste, qu'après l'ouverture du canal, on trouvât des traces manifestes d'engorgement du tissu cellulaire et de la muqueuse, cela serait-il bien surprenant, et prouverait-il que le rétrécissement n'est pas le résultat de la constriction exercée sur le canal par les fibres du muscle bulbo caverneux ? Non, assurément ; car, qui oserait affirmer qu'une constriction exercée pendant de nombreuses années sur un point pourvu d'un système circulatoire aussi développé que l'est celui de la partie bulbeuse de l'urètre, ne peut déterminer à la longue un engorgement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux ?

Les expériences précédentes viennent encore mettre en évidence ce fait, que les replis auxquels M. Amussat a donné le nom de valvules, ne sont pas seulement formés par la muqueuse refoulée en avant par l'urine, mais par la totalité de l'épaisseur des parois de l'urètre, et représentent à l'intérieur du canal une éminence qui correspond à l'enfoncement extérieur dans lequel est logé le tissu musculaire constricteur.

On pourrait croire qu'il n'est pas possible de se rendre compte par la rétraction musculaire, des cas où la bride, au lieu d'être circulaire, est en demi-cercle ou en quart de cercle, et n'envahit qu'un seul côté des parois, ainsi que le dit M. Civiale, *loc. cit.*, p. 126. — Mais il est facile de voir qu'il y a deux muscles bulbo-caverneux, unis par un raphé commun, et indépendans l'un de l'autre, et que si l'un des deux devient le siége de la rétraction, il peut donner lieu à une bride en demi ou en quart de cercle.

4° *Par l'observation.* Y a-t-il des observations dans lesquelles on ait reconnu que le rétrécissement de l'urètre résultait de la rétraction des fibres musculaires des muscles bulbo-caverneux ou de celles qui environnent la partie membraneuse de l'urètre ou le col de la vessie ? Il y a toutes celles que les auteurs ont désignées sous le nom de rétrécissemens spasmodiques. Et parmi celles-ci, qui sont nombreuses, nous dirons, avec Sœmmering, que celle de J.-J. Rousseau nous semble une des plus remarquables et une des plus concluantes. Nous sommes fâchés de nous trouver en contradiction sur ce point avec M. Amussat ; mais, après avoir lu l'extrait du rapport de l'autopsie de Rousseau, publiée par ce chirurgien (pag. 10 du spasme de l'urètre), nous ne pouvons partager son avis. En effet, J.-J. Rousseau lui-même raconte « que le célèbre Morand, malgré son habileté et la délicatesse de sa main, lui fit souffrir des maux incroyables, et ne put jamais venir à bout de le sonder. » Et plus loin, il ajoute que le frère Côme vint à bout enfin d'introduire une très petite algalie après l'avoir beaucoup fait souffrir pendant plus de deux heures, pendant lesquelles il s'efforça de retenir ses plaintes.

Et à la suite de ces grandes difficultés rencontrées à plusieurs reprises et à différentes circonstances par les premiers chirurgiens de l'époque, pour pénétrer dans son canal, cinq médecins commis pour faire son autopsie après sa mort, rapportent : « Qu'en procédant à l'examen des parties internes du bas-ventre ils ont cherché avec attention à découvrir la cause des douleurs de reins, des difficultés d'uriner que Rousseau avait éprouvées en différens temps de sa vie, et qui se renouvelaient quelquefois lorsqu'il était dans une voiture rude, et qu'ils ne purent trouver ni dans les reins, ni dans la vessie, ni dans les uretères, ni dans l'urètre, non plus que dans les organes et les canaux séminaux aucun point, aucune partie qui fût maladive ou contre nature. »

Or, M. Amussat n'osant heurter de front l'opinion des cinq médecins qui ont fait l'autopsie et l'autorité de Sœmmering, ne trouve rien de mieux pour expliquer l'absence d'altération pathologique dans le canal de J.-J., que de dire : « Les tissus morts laissent souvent échapper ce qu'ils auraient montré pendant la vie, c'est à-dire le sang et les fluides qui gonflent les membranes muqueuses enflammées (Mém. cité, pag. 11.) » Sans doute les choses peuvent se passer ainsi lorsque l'inflammation est récente et n'est pas très forte ; mais dans le cas de J.-J. Rousseau, s'il y avait eu de l'inflammation dans le canal, elle aurait dû exister depuis trente cinq à quarante ans. Or, pendant un laps de temps aussi long, elle n'aurait pas manqué de laisser de traces remarquables. Aussi adoptons-nous complètement la manière de voir de Sœmmering, et bien qu'on n'indique pas le point de l'urètre où siégeait le rétrécissement pendant la vie, osons-nous affirmer qu'il ne siégeait pas dans la partie spongieuse de l'urètre située au-devant du bulbo-caverneux, et affirmerions-nous presque de même qu'il avait son siége dans la partie bulbaire, et dépendait d'une rétraction des fibres du muscle bulbo caverneux, et que si l'on eût pu alors en connaître la cause et diviser les fibres de ce muscle, on eût débarrassé complètement l'illustre philosophe de la maladie qui l'a tourmenté.

peau fut à l'instant détaché de la tempe et tordu sur lui-même pour être enchâssé dans la plaie qui résultait de l'incision de la cicatrice.

L'opération n'offrit, du reste, rien de particulier à noter, si ce n'est la ligature de l'artère temporale. Pansement simple de la plaie, avec un peu de compression du lambeau, sans l'emploi de points de suture. Les jours suivans, la plaie du lambeau va très bien ; ce dernier est plein de vie et adhère très intimement aux tissus sous-jacens.

L'ectropion a disparu en entier à la paupière supérieure : quant à l'inférieure, il est de beaucoup diminué ; ce qui reste tient à l'exubérance de la muqueuse palpébrale, qui commence maintenant à revenir sur elle-même, à la suite de cautérisations répétées avec le nitrate d'argent.

Ce cas a besoin d'être rapprocé d'un autre à peu près semblable, qui s'est aussi présenté dans le service de M. Bérard. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, nº du samedi 20 février 1841). Il s'agissait d'un garçon boucher, affecté d'un ectropion de la paupière inférieure gauche, ectropion qui était survenu à la suite de la cautérisation d'une pustule maligne siégeant dans cette région.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES FEMMES.

(Suite du nº 25.)

Cette femme du nº 12, sous l'influence d'une alimentation trop copieuse, reprit de la diarrhée et des douleurs de ventre, et perdit l'appétit depuis quelques jours. La poudre d'yeux d'écrevisses, l'eau albumineuse, le ratanhia, etc., rien ne put faire cesser ces nouveaux accidens. C'est alors que M. Trousseau eut recours au nitrate d'argent en lavemens et en potions à la fois. Il donna chaque jour un quart de lavement avec 15 centigrammes de ce médicament ; la potion était composée de la manière suivante :

Nitrate d'argent,	5 centigr.
Eau distillée,	80 gr.
Sirop simple,	40 gr.

à prendre par cuillerée d'heure en heure. Sous l'influence de cette médication, la diarrhée se modère, les douleurs du ventre se dissipent.

Vous voyez, dit à ce sujet M. Trousseau, le nitrate d'argent faire disparaître l'irritation intestinale de la même manière que dans l'ophthalmie il guérit l'inflammation de la muqueuse oculaire. Nous continuerons encore quelques jours l'emploi de ce moyen, nous donnerons à cette malade deux laits de poule, et nous aurons le soin de ne pas laisser survenir la constipation.

Vous avez un exemple plus frappant de l'influence du vin de quinquina chez la femme du nº 41. Quelque temps après être accouchée, cette femme fut prise d'une péritonite puerpérale des plus graves. Il y avait fièvre violente, pouls petit, à 140 pulsations, ventre très douloureux et ballonné, présentant de la tensité dans ses parties les plus déclives, prostration. Cette femme paraissait devoir expirer bientôt. Elle avait été saignée une fois chez elle. Nous donnons 2 grammes d'ipécacuanha, et le lendemain le pouls tombe à 120, le ventre s'affaisse, l'état général est mieux. Restait la péritonite : alors nous faisons faire des frictions avec une très forte dose d'onguent mercuriel, 60 grammes par jour. Au bout de quatre jours, la salivation survient, la chaleur de la peau est moins considérable, les douleurs du ventre cessent ; nous nous contentons de continuer quelques cataplasmes. La péritonite était guérie, cependant il reste quelques douleurs. Les frictions mercurielles furent mal supportées, il survint de la diarrhée qui persista, et un anasarque général. Nous donnons le sous-nitrate de bismuth et les émolliens sans aucun succès ; le nitrate d'argent en lavemens et en pilules a un peu modifié la diarrhée. La malade alors fut mise à la diète la plus rigoureuse ; mais la diarrhée n'en persista pas moins. C'est alors que nous donnons le vin de quinquina à la dose de 25 grammes par jour. Dès les premiers jours, il y eut un mieux sensible. Aujourd'hui, septième jour de l'emploi de ce médicament, la diarrhée et l'anasarque ont complètement disparu, et les forces reviennent un peu.

Cette femme a présenté depuis de nouveaux accidens : une pleuro-pneumonie s'est déclarée dans un des poumons, et s'est terminée par résolution ; puis l'autre poumon s'est pris à son tour. Tout cela a marché mal : il y eut bientôt des crachemens de pus très abondans et tous les signes de la phthisie pulmonaire, moins pourtant les signes stéthoscopiques. Cette femme vient de succomber.

A l'autopsie, l'on trouve de l'œdème à la partie inférieure du poumon, des tubercules nombreux et ramollis occupant la base de ces organes ; ce qui prouve que le tubercule peut se montrer à la base du poumon, le sommet étant sain.

Dans le ventre, il y a soudure absolue entre les deux feuillets du péritoine : en les disséquant l'on constate la guérison complète de la péritonite qui avait occupé toute l'étendue du ventre. L'utérus est soudé dans un magma d'intestins. Le petit bassin est le siége d'un abcès qui s'est ouvert dans l'intestin rectum ; tout le gros intestin était enflammé.

S'il n'y avait point eu de tubercules, dit à ce sujet M. Trousseau, il est infiniment probable que cette malade aurait guéri, puisque la péritonite s'était heureusement terminée.

Vous voyez encore dans ce fait un exemple du peu de gravité des abcès du petit bassin, qu'ils aient ou non commencé par l'ovaire, les ligamens larges, etc. Toujours ils finissent par se faire jour dans l'intestin. L'empressement des chirurgiens à ouvrir cette tumeur a empêché de constater cette heureuse terminaison. Depuis que nous sommes dans les hôpitaux, nous n'avons jamais vu de malade succomber à cette maladie.

M. Ménière, dans un travail sur les tumeurs de la fosse iliaque publié dans les Archives, a vu comme nous que les abcès de cette région s'ouvraient toujours soit dans l'intestin, soit au dehors, et qu'ils ne sont jamais graves, en ce sens qu'ils se terminent toujours spontanément.

Catarrhe suffocant ; copahu.

Au nº 43 de la salle Sainte-Anne est une femme, âgée de cinquante-un ans, entrée ici avec un catarrhe suffocant. Vous avez déjà vu dans la même salle, au nº 6, une vieille femme qui a succombé à une double pneumonie, et qui nous avait été amenée aussi avec un catarrhe suffocant. Nous avons donné le baume de copahu à la dose de 15 grammes, et dès le premier jour l'expectoration purulente a été modifiée ; il ne restait plus que la pneumonie.

Chez la malade du nº 45, il y avait grande oppression, suffocation imminente. Nous avons donné 15 grammes de baume de copahu, et dès le lendemain les accidens avaient diminué. Dans ce cas, le copahu a agi de deux façons : 1º en vertu de la propriété dont il jouit de modifier les sécrétions des membranes muqueuses ; 2º en déterminant des symptômes d'irritation gastro-intestinale, tels que cette femme avait tout l'aspect d'une cholérique. Ce qui nous fait dire que le copahu a agi, là, moins comme anticatarrhal que comme révulsif. La diète, les boissons émollientes, et quelques cataplasmes sur le ventre, ont fait disparaître ces nouveaux accidens.

La bronchite capillaire chez les vieillards est une maladie excessivement grave, plus grave même que la pneumonie ; et vous aurez fréquemment occasion de voir qu'elle est rarement suivie de guérison.

Pneumonie. Traitement par la méthode de Rivière.

Au nº 38, est une femme de cinquante-six à soixante ans, présentant une pneumonie au sommet du poumon gauche ; mais il y a cela de remarquable, que l'expectoration est nulle, la toux rare, peu de chaleur à la peau, pouls dépressible à tel point qu'on le sent à peine à la radiale.

Quand on arrive près d'un malade, et que l'on n'observe pas autre chose que ce que nous avons constaté chez notre femme du nº 38, la dernière chose à laquelle il faille penser, c'est à une pneumonie. La seule chose qui pouvait faire croire à cette dernière maladie, c'est un point de côté, et la figure pneumonique. A l'auscultation, on n'entendait ni râle, ni souffle. En arrière à gauche et en haut seulement, dans la fosse sus-épineuse, la percussion donnait un peu de matité dans le son. Toutefois, notre diagnostic fut maintenu, parce que dans le même endroit il y avait un peu de faiblesse dans le bruit respiratoire. Une saignée de deux palettes est pratiquée, et le lendemain on entend un râle crépitant au sommet du poumon gauche ; il y a quelques crachats pneumoniques. On fait une deuxième saignée de deux palettes ; le soir, on donne un vomitif. Le surlendemain matin, nous faisons donner un second vomitif, et le soir 40 centigrammes de tartre stibié. Le troisième jour, nouvelle saignée ; puis nous donnons le kermès à haute dose. Le cinquième jour, il y a un peu plus d'oppression ; nous trouvons du râle sous-crépitant à droite ; pas de souffle, pas de matité. Nous attribuons cela à un peu d'engouement pulmonaire de ce côté. Il y a deux jours, le poumon gauche ne nous paraissant pas complètement débarrassé, nous fîmes appliquer un vésicatoire en arrière et en haut. Aujourd'hui la malade est en convalescence.

Voici une pneumonie que nous avons traitée par quelques saignées peu copieuses, trois vomitifs, les préparations d'antimoine à haute dose, et vous avez vu les accidens disparaître assez promptement. En général, dans les pneumonies, nous pratiquons deux ou trois saignées au plus ; mais nous avons l'habitude de substituer aux saignées les vomitifs. Ainsi, à l'arrivée du malade, nous faisons pratiquer une saignée ; douze heures après nous donnons un vomitif ; nous obtenons ainsi la dépression propre à l'action du vomitif, puis la révulsion que celui-ci opère sur le tube digestif. Cette dépression est très remarquable ; le pouls est petit, la face pâle, la respiration facile : cela dure environ cinq heures. Eh bien, c'est cet état que l'on peut considérer comme le contre-stimulisme de la médication. Or, l'action dépressive est telle, que des individus, dans l'acte du vomissement, sont restés en syncope assez longtemps pour que le sang pût se coaguler dans les capillaires et déterminer le sphacèle des extrémités. M. Barbier, d'Amiens, dit qu'un malade perdit ainsi un doigt et la

---

Nous pourrions citer d'autres observations de ce genre : mais pour le moment nous nous en tiendrons là pour ne pas trop allonger ce mémoire.

Objectera-t-on que les douleurs atroces qu'éprouvait Rousseau lorsqu'il urinait et lorsqu'on voulait le sonder, étaient un indice certain de l'existence d'une inflammation du canal ? Je répondrai que souvent il n'y a pas de fissure ou gerçure dans le rectum dans le cas de resserrement spasmodique du sphincter de l'anus, et que néanmoins toutes les fois que les malades veulent aller à la garde-robe, ils éprouvent des douleurs si violentes et si brûlantes pendant l'acte de la défécation, et une ou deux heures après son accomplissement, qu'ils diffèrent le plus peuvent le moment de l'évacuation, comme tous les chirurgiens le savent, et comme cela résulte surtout de ce passage de Boyer, qui a le mieux et le plus souvent observé cette maladie. « Du reste, que la constriction existe seule ou qu'elle soit accompagnée de gerçure, la marche de la maladie est absolument la même, les symptômes sont semblables dans les deux cas, et ils exigent le même traitement. » (Traité des malad. chirurg., t. X, p. 138.)

Tous les chirurgiens savent aussi que depuis que Boyer a si heureusement appliqué à cette maladie la section du sphincter rétracté, on n'emploie plus les moyens dilatans pour rendre à l'anus son calibre normal ; car lorsqu'on employait ces moyens, souvent les malades souffraient tellement de leur présence qu'ils arrachaient les mèches qu'on introduisait dans le rectum. « D'autres fois, dit Boyer, sans augmenter la constriction, les mèches ont tellement exaspéré les douleurs, que les malades, ne pouvant les supporter, les retiraient peu d'instans après les avoir introduites. Dans aucun cas je n'ai observé de bons effets de ce moyen : il a toujours été inutile ou nuisible. » (*Loc. cit.*, p. 142.)

Pourquoi donc l'urine et la sonde ne produiraient-elles pas sur l'urètre les mêmes effets que les matières fécales et les agens dilatans sur le rectum ?

Conclusions. De tout ce qui précède nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes, savoir :

1º Que le muscle bulbo-caverneux peut devenir le siége d'une rétraction temporaire.

2º Qu'il peut devenir le siége d'une rétraction permanente.

3º Que c'est cette rétraction permanente qui donne lieu aux rétrécissemens appelés valvulaires par M. Amussat.

4º Que ces rétractions sont assez communes, et n'ont pas attiré l'attention des chirurgiens.

5º Que les rétrécissemens produits par la rétraction du muscle bulbo-caverneux se laissent souvent vaincre par la sonde métallique ou par les bougies, mais qu'ils se reproduisent presque toujours aussitôt ou peu de temps après qu'on a cessé de les maintenir dans le canal.

6º Enfin, que le véritable moyen curatif consiste à opérer la division des fibres du muscle bulbo-caverneux.

En conséquence, nous proposons de pratiquer, dans les cas où l'on reconnaîtra ce genre de rétrécissement, l'opération que nous décrivons dans le chapitre suivant.

Chapitre troisième. — Opération et procédés opératoires. Nous pensons que la méthode sous-cutanée, si utile dans une foule d'autres circonstances, doit être rejetée ; parce que dans ce cas, il faut agir tout près d'un canal qu'il faut bien prendre garde de blesser, attendu que son ouverture serait probablement suivie d'une fistule urinaire.

Nous préférons donc mettre d'abord le muscle à découvert par une incision parallèle au raphé.

Un bistouri droit à lame étroite ; une sonde cannelée, ou simplement une petite sonde à panaris ; des ciseaux à pointe mousse, droits ou courbes sur le plat ou sur le côté ; deux érignes simples ou à double crochet ; et enfin un cathéter, ou une sonde métallique, suffisent à tous les besoins. Quelques éponges fines et de l'eau froide pour étancher le sang, et enfin quelques bandelettes de sparadrap formeront les objets de pansement.

Sans pouvoir préciser au juste les cas où l'opération est indiquée, nous pensons néanmoins qu'on pourra y avoir recours lorsque les trois circonstances suivantes se trouveront réunies ; savoir :

1º Lorsque le rétrécissement siégera dans la région bulbaire de l'urètre ;

2º Lorsque le cathétérisme sera impossible, ou bien lorsqu'après de grandes difficultés on parviendra dans la vessie ;

3º Enfin lorsqu'après avoir retiré la sonde, si elle a pu pénétrer, on éprouvera les mêmes difficultés pour la réintroduire.

Manuel opératoire. On place le malade comme pour l'opération de la taille périnéale, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le ventre, et écartées de manière à bien faire saillir le périnée ; on rase les parties. On introduit une sonde dans l'urètre jusqu'à l'obstacle ; on fait relever les bourses par un aide, et l'on fait une incision longue d'un pouce environ, ou même plus longue, suivant l'embonpoint des sujets et l'épaisseur des parties à diviser avant d'arriver à la couche musculaire du périnée ; on la dirige parallèlement au raphé, et on la place à deux lignes en dehors. On pourrait même la faire suivant cette ligne. Cette incision doit commencer à deux ou trois lignes au-dessus du point auquel le bec de la sonde se trouve arrêté.

Après avoir divisé la peau, on accroche chacune des lèvres de la peau avec une érigne qu'on donne à tenir à deux aides placés de chaque côté, puis on divise la couche fibro-adipeuse et graisseuse sous-cutanée, dont l'épaisseur est très variable, puis l'aponévrose superficielle du périnée et les fibres musclaires se trouvent à découvert. C'est alors qu'il est facile de voir si ces fibres sont tendues et opposent un obstacle à l'introduction de la sonde. Enfin, on fait filer entre elles et l'urètre la petite sonde à panaris, et on les divise dessus avec le bistouri. Au lieu de la sonde à panaris et du bistouri on peut tout simplement se servir des ciseaux à pointes mousses. Après la division des fibres musculaires il faudra pousser la sonde dans l'urètre pour voir si l'on a coupé toutes celles qui faisaient obstacle ; dans le cas où il en serait ainsi, elle devra pénétrer facilement, à moins que l'obstacle ne soit déterminé par les fibres circulaires de la région membraneuse ou par les fibres du releveur de l'anus, dites muscle de Wilson, qui entourent le col de la vessie, cas dans lequel il serait peut-être possible de tenter leur division. Toutefois ce ne serait pas sans courir le risque de blesser l'urètre ou la vessie, chose qu'on doit toujours faire en sorte d'éviter.

L'opération que nous venons de décrire est fort simple, attendu qu'il n'y a aucun vaisseau important sur le trajet des parties qu'on incise ; en effet, il n'y a que l'artère superficielle du périnée qui occupe la gouttière du corps caverneux, mais, à supposer qu'on la coupât, sa division serait sans conséquence ; quant à l'artère du bulbe, ou la transverse du périnée, elle est trop profondément située pour pouvoir être atteinte par l'instrument puisqu'elle se trouve placée au-dessus de l'aponévrose moyenne du périnée (ligament périnéal) ou rampe dans son épaisseur, comme le dit M. Cruveilhier. (Anat. descript., t. III, p. 199.)

Nous pensons que les suites de cette opération seront aussi fort simples, et qu'en réunissant les lèvres de la plaie par première intention avec quelques bandelettes collantes, il suffira de quelques jours de repos pour obtenir leur cicatrisation. Toutefois, c'est à la pratique à prononcer sur ce point important, car on conçoit que, malgré la réunion par première intention, il pourrait se former de la suppuration dans les tissus compris entre l'aponévrose superficielle et la moyenne, et qu'en fusant dans les tissus elle pourrait produire des décollemens plus ou moins étendus.

peau du menton. Plusieurs autres auteurs rapportent des exemples de ce genre. L'effet d'un vomitif est, dans ce cas, semblable à celui produit par une saignée, l'action d'influx vital étant momentanément suspendue, vous devez comprendre que l'inflammation pulmonaire se trouve alors dans de bonnes conditions de résolution. Nous répétons les vomitifs une, deux trois et quatre fois toutes les vingt-quatre ou trente-six heures, en raison de la réaction; si celle-ci est trop vive, nous pratiquons une saignée.

C'est là la méthode de Rivière, bien différente de celle de Rasori. Ce médecin prétend que le tartre stibié, qu'il donne à haute dose, n'a d'effet que lorsque la tolérance s'établit. Au contraire, Rivière le donne à petite dose, de façon à toujours faire vomir son malade, produisant ainsi une stupéfaction momentanée de l'organisme.

Somme toute, cette médication nous paraît utile; par elle, nous avons obtenu, comme bien d'autres praticiens, des résultats avantageux. C'est pour cela que nous avons appelé votre attention sur la malade dont nous venons de vous entretenir.

Rachialgie.

Au nº 28 de la même salle, est une femme qui présente les accidens les plus bizarres. Accouchée il y a sept ans, elle éprouve quelque temps après son accouchement de la chaleur, puis de la douleur, dans le dos et dans l'estomac, qui persistent jusqu'à ce jour. Elle vomit les alimens qu'elle prend, et les douleurs du ventre deviennent insupportables. La peau est chaude; il y a un état de dépression considérable d'ailleurs. Cette femme se plaint beaucoup.

A quelle maladie avons-nous affaire? Est-ce un carcinôme de l'estomac? Mais il y a douleurs continuelles s'irradiant dans le ventre, et dans le dos douleurs très vives; pas d'élancemens, pas d'ictère; et puis ces accidens ont sept ans de durée.

Sont-ce des calculs biliaires? Mais la peau, dans ce cas, présenterait encore une teinte ictérique. Ce n'est pas non plus une néphrite; les douleurs occupent la région épigastrique, et ne sont pas aussi vives que dans cette dernière maladie; et puis, il n'y a pas de sang dans les urines ni de calculs. Bref, par voie d'exclusion, nous arrivons à diagnostiquer une rachialgie, c'est-à-dire une névralgie occupant la moelle épinière et s'irradiant par les cordons nerveux dans le plan solaire du grand sympathique, et nous instituons une médication en conséquence. Comme les vésicatoires réussissent rarement dans les névralgies trop profondes, au lieu de la méthode endermique, nous avons recours à la méthode hypodermique, nous pratiquons un cautère au niveau de la douzième côte, en faisant un pli transversal à la peau, tenue d'un côté par nous, de l'autre côté par un aide, et que nous incisons de haut en bas. Nous pansons le premier jour cette petite plaie avec un peu de charpie: le deuxième jour nous y faisons mettre deux pois ainsi composés:

Extrait de datura stramonium,	10 centig.
Hydrochlorate de morphine,	5 *Id.*
Gomme adragante,	9 *Id.*

Pour faire un pois de la grosseur du nº 10 ou 12.

Nous préférons la gomme adragante parce qu'elle se dissout difficilement et qu'elle s'unit bien aux autres substances.

Le lendemain ces pois sont réduits en bouillie dans le cautère; une grande partie a été absorbée. Il y a eu des étourdissemens. Au cinquième jour de cette médication, la douleur a considérablement diminué. Nous donnons du lait à la glace, et nous faisons panser le cautère avec un pois d'iris seulement.

Mais en même temps que les douleurs du ventre et du dos diminuent, cette malade se plaint de nouvelles douleurs dans le jarret et la cuisse gauche. Eh bien, Messieurs, cette migration de la douleur vient confirmer notre diagnostic. Nous persisterons donc dans notre médication, et, si besoin en est, nous donnerons des purgatifs drastiques et les bains de vapeurs. Du reste, les névralgies ne sont pas toujours aussi aisées à débusquer; il en est qui résistent à tous les moyens qu'on leur oppose; des exemples de ce genre se sont plusieurs fois rencontrés depuis quelque temps dans notre service.

Rhumatisme aigu apyrétique. Acupuncture.

Au nº 36 de la salle Sainte-Anne, est une vieille femme atteinte depuis quarante-cinq jours d'un rhumatisme aigu apyrétique occupant l'épaule droite. Nous avons d'abord employé les émolliens, nous faisons recouvrir l'épaule de cataplasmes arrosés de laudanum; mais cela sans succès. Bien que ce rhumatisme parût être de nature inflammatoire et que les douleurs fussent très violentes, nous crûmes cependant devoir recourir à l'acupuncture.

A peine l'aiguille fut-elle enfoncée dans le muscle deltoïde, qu'aussitôt la douleur cessa. Nous répétâmes la même opération le lendemain, et la malade fut complètement débarrassée de sa douleur.

Ces faits, qui se multiplient depuis un certain temps dans notre service, semblent montrer, d'une manière péremptoire, qu'il existe une différence notable entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire. En effet, dans le premier, l'application des aiguilles fait cesser instantanément les douleurs; dans le deuxième, lorsque les tissus fibreux d'une articulation sont enflammés, c'est bien différent; l'aiguille, loin de diminuer les accidens ne ferait que les aggraver. Ceci, du reste, se conçoit parfaitement bien.

Maintenant on ne saurait penser que dans la plupart des maladies nerveuses il y ait inflammation du nerf ou de ses enveloppes; il y a là seulement une modification autre que cette espèce de lésion organique. Eh bien, il faut croire que dans le rhumatisme musculaire la nature de la maladie est la même, puisque celui-ci cède au même moyen. Comme vous le voyez, dans les maladies, le traitement vient souvent en aide au diagnostic.

Nous ne pouvons traiter de la même manière le rhumatisme articulaire; car nous avons dans ce cas un état inflammatoire et un appareil fébrile plus intense même que dans la pneumonie et la pleurésie. Il faut donc voir dans le rhumatisme articulaire fibreux autre chose que le rhumatisme qui affecte soit un nerf, soit un muscle; en effet, un individu est tourmenté par des douleurs et il n'a jamais de rhumatisme articulaire, et un autre individu, sujet à cette dernière affection, n'éprouve jamais ni névralgie ni rhumatisme musculaire: de telle sorte que ces maladies semblent se placer dans deux camps opposés.

Fièvre rhumatismale.

A propos de rhumatisme, nous vous rappellerons que nous avons, dans la salle Sainte-Anne, plusieurs femmes atteintes de douleurs vagues avec fièvre.

Au nº 11 est une femme de cinquante ans, présentant de la fièvre qui s'accompagne, depuis son début, de douleurs dans les différentes parties du corps, dans l'épaule, dans le bras, dans le dos; douleurs que nous avons vainement essayé de combattre par l'acupuncture. Nous nous sommes expliqué insuccès de cette médication par l'existence de la fièvre. Nous avons alors eu recours aux purgatifs: il y eut un peu d'amendement; mais les règles parurent, et avec elles les douleurs plus vives qu'auparavant. Nous avons de nouveau donné les purgatifs; la fièvre tombe, les douleurs diminuent, et nous espérons que bientôt cette femme sera guérie.

Au nº 35 de la même salle, est une femme de quarante-cinq ans, entrée dans notre service avec une douleur dans la cuisse gauche. Il y avait chez elle de la fièvre avec frissons, chaleur et sueurs, revenant tous les matins, d'abord à six heures, puis à cinq et à quatre, empiétant ainsi sur les accès suivans. Le soir, la fièvre cesse complètement: cette femme alors se trouve bien; son appétit est bon.

Nous avons donné le quinquina; mais, dans ce cas, il n'a eu d'autre effet que de déplacer les accès. Enfin, hier les douleurs occupaient la rotule du côté gauche; aujourd'hui celle du côté droit est aussi douloureuse: il n'y a là aucun épanchement. Le cœur, examiné, n'a rien présenté d'anormal.

Eh bien, voici ce qu'autrefois l'on appelait fièvre rhumatismale, avec retour quotidien, et pouvant durer deux et trois mois sans que l'état général des malades parût en souffrir.

Nous nous rappelons avoir vu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, une jeune fille que nous croyions atteinte d'une fièvre typhoïde, tant la fièvre était vive. De rémittente qu'elle était d'abord, celle-ci devint intermittente, et dura cinq mois, sans que ni les saignées, ni les purgatifs, ni le sulfate de quinine, ni le quinquina, aient pu la modifier d'aucune façon. Cette jeune fille est sortie non guérie; mais, chose extraordinaire, elle avait engraissé pendant son séjour à l'hôpital.

Que faire? Ce sont de ces maladies contre lesquelles la plupart des médications échouent. Toutefois, les purgatifs drastiques donnés tous les jours pendant quelque temps, sont encore le meilleur moyen qu'on puisse leur opposer.

Une jeune fille au nº 18 de la même salle, est également atteinte de fièvre rhumatismale; mais chez elle la maladie s'est localisée. Il existe des douleurs assez violentes, qui paraissent avoir leur siége dans l'utérus. Ces accidens ont cédé une première fois aux purgatifs; mais quelque temps après sa sortie ceux-ci reparaissent de nouveau. Elle est rentrée alors avec sa fièvre rhumatismale, c'est-à-dire un état général spécial en vertu duquel nous voyons survenir chez elle une métrite. Dans d'autres cas, c'est un autre point de l'économie qui se trouve attaqué. Quel que soit l'organe occupé par ces douleurs, jamais l'on ne voit survenir de désordres graves.

Chez cette jeune fille, nous emploierons également les purgatifs drastiques.

Phthisie laryngée syphilitique.

La femme du nº 13 de la même salle, qui présentait des symptômes d'œdème de la glotte et des ulcérations au voile du palais et au pharynx, a été mise à l'usage de l'iodure de potassium; elle s'en gargarisait la gorge avant que de l'avaler. Par ce moyen nous avons vu les ulcérations se déterger, et les douleurs cesser; mais comme l'oppression est alors devenue plus forte, nous avons cessé l'iodure de potassium et donné les mercuriaux.

Depuis quinze jours, cette femme se frictionne avec l'onguent napolitain, et dès le sixième jour il y a eu une amélioration notable dans la maladie du larynx. Ainsi, voici des accidens syphilitiques contre lesquels l'iodure de potassium a été insuffisant, et qui ont été avantageusement modifiés par les mercuriaux. Il est fâcheux que cette femme veuille sortir avant sa complète guérison.

Au nº 31 de la même salle est une femme qui présente des ulcérations du voile du palais et du pharynx, et chez laquelle nous avons également mis en usage l'iodure de potassium à la dose prescrite par Vallace. Malgré la précaution que nous avons prise de le faire prendre dans une grande quantité de liquide, il a occasionné des douleurs d'estomac très violentes. Aussi nous est-il difficile de concevoir comment M. Ricord peut donner jusqu'à 10 gram. par jour de cette préparation. La plus forte dose que nous ayons fait prendre à nos malades a été 3 gram.; nous n'avons jamais été au delà.

Chez cette malade, nous avons employé l'iodure de potassium; et vous avez vu l'état de la gorge s'améliorer. Les douleurs ostéocopes que cette femme éprouvait n'ont cédé, et peu rapidement, qu'avec le mercure. Comme ce médicament, ainsi que nous venons de le dire, était mal supporté, nous l'avons aussi supprimé depuis quelques jours; nous avons fait commencer aujourd'hui les frictions avec l'onguent napolitain, 4 grammes chaque jour, dans le creux de l'aisselle, et nous les continuerons jusqu'à ce qu'il survienne du gonflement des gencives; nous entretiendrons cet état jusqu'à parfaite guérison.

La femme du nº 9, qui présentait une perforation de la voûte palatine, ulcération ou perte du palais, du pharynx et du larynx, de nature syphilitique, chez laquelle, à l'aide des frictions mercurielles, nous avions obtenu un amendement considérable dans les symptômes, cette femme a été mise à l'usage de l'iodure de potassium; par ce moyen, non-seulement les accidens n'ont pas diminué, mais même ils se sont aggravés; nous avons alors eu recours au perchlorure d'or, que nous employons de la manière suivante. L'on prend 2 gouttes de perchlorure à l'état sirupeux (ce qui équivaut à 5 centig. de perchlorure sec); on les triture avec 50 centig. de poudre d'iris, et l'on divise en dix paquets qui contiendront chacun 1 centig. de perchlorure. La malade prendra chaque jour un de ces paquets, et s'en frictionnera le dos de la langue pendant cinq minutes.

Sous l'influence de ces frictions, la langue prendra une couleur violacée et pourpre que vous devez connaître, parce qu'alors vous ne pourrez pas être induit en erreur; vous aurez la certitude, en voyant cette coloration de la langue, que les frictions ont été faites. Mais il est, en outre, fort important pour vous de savoir que si les frictions étaient pratiquées sur les dents, celles-ci prendraient la même teinte que la langue, et cela pourrait persister deux ou trois mois; ce qui serait fort désagréable. Il faut donc recommander aux malades de bien sortir la langue de la bouche pour faire leurs frictions, s'abstenant bien de toucher ni les dents ni les gencives.

Comme nous venons de le dire, ces frictions se font à l'aide du doigt pendant cinq minutes. Les malades avaleront leur salive; car celle-ci, restant dans la bouche, produirait sur les dents l'effet que nous venons de signaler.

Quels sont les effets physiologiques de cette médication? L'appétit est augmenté à tel point, que quelquefois il y a boulimie; il survient un état nerveux particulier tel, que les malades dorment fort peu, et sont continuellement agacés; il y a de la constipation. La sécrétion des urines est, dit-on, augmentée; quelquefois aussi la perspiration cutanée est plus considérable. Au bout de douze à quinze jours l'on voit survenir la fièvre aurique, comme on observe la fièvre iodique ou hydrargyrique chez les individus soumis à l'usage des préparations iodées ou mercurielles.

Cette fièvre s'annonce par l'augmentation de chaleur et de sécrétion de la peau. Toutefois, en lisant les travaux de plusieurs médecins, et particulièrement de M. Legrand, l'on pourra se convaincre que cette fièvre manque plus souvent que la fièvre iodique et hydrargyrique.

Mais plusieurs médecins ont prétendu que par les préparations d'or on ne guérissait pas les maladies vénériennes, mais seulement leurs produits par l'action des mercuriaux, tels que difficulté dans la phonation, douleurs du nez, ulcérations du pharynx, etc.; que par conséquent l'or était un antimercuriel. A cela l'on répond, que des individus atteints de syphilis, chez lesquels on n'avait employé les mercuriaux sous aucune forme, avaient été guéris malgré cela à l'aide des préparations auriques. D'où il faut conclure que, par ce moyen, c'est bien aux accidens secondaires de la syphilis que l'on s'adresse.

FISTULE LACRYMALE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Dans un dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Maisonneuve a inséré une observation de fistule lacrymale qui renferme quelques remarques pratiques dignes d'être relevées. Il s'agit d'un homme sur lequel on avait depuis deux ans épuisé inutilement les remèdes que l'auteur appelle les *meilleures ressources de l'art*, savoir, sangsues au nombre de 60, fumigations par les narines, injections d'Anel, pommades astringentes, etc. Désespérant de cette méthode, le chirurgien a employé une première fois le bistouri et la canule, laquelle ayant déterminé des accidens a dû être retirée; puis une seconde opération pareille, laquelle n'a pas mieux réussi; enfin le malade est encore à traiter comme dans le principe.

Je me suis élevé il y a long temps contre ce système généralement adopté de traiter les tumeurs et fistules lacrymales (*Voir* mon Cours d'ophthalmologie, p. 453); système faux, basé sur des principes erronés, qui exaspère ou pallie la maladie sans la détruire. Je suis à même aujourd'hui d'appuyer sur un plus grand nombre de faits ma manière de voir.

On ne voit communément dans la tumeur ou fistule lacrymale qu'une simple affection mécanique. Le canal nasal est bouché, dit-on, il faut le désobstruer, le dilater. De là des sondes, des canules, des sétons en permanence, etc. L'organisme a beau se révolter contre une pareille conduite, par des réactions plus ou moins fâcheuses, par l'intolérance de ces moyens, par la reproduction presque constante de la maladie: on ferme les yeux, on se contente de regarder le mal comme rebelle, et l'on continue la routine reçue. Quelques personnes plus réfléchies prescrivent, il est vrai, avant d'en venir au bistouri, un traitement qu'elles

appellent antiphlogistique, et qui consiste, comme on vient de le voir, dans des sangsues appliquées sur la tumeur, des fumigations chaudes par le nez, etc., mais sans réfléchir que les piqûres sur les tissus enflammés agissent traumatiquement, exaspèrent le mal, et que la chaleur des fumigations opère dans le même sens en stimulant, en congestionnant les tissus. On ne vise, du reste, par tous ces moyens, qu'à un seul but : à déboucher le canal nasal ; et lorsqu'on voit le mal marcher à grands pas vers la suppuration, on a recours au bistouri, triste ressource sur laquelle on disserte très longuement aujourd'hui comme d'une chose de première importance.

Cette pratique échoue presque constamment, et cela doit être. C'est qu'elle ne tient aucun compte de l'état dynamique de la maladie. Les personnes qui ont eu l'occasion d'examiner sur le cadavre les conditions de l'affection dont il s'agit, ont dû remarquer que le syphon lacrymal est généralement rétréci par le boursouflement de sa membrane muqueuse, boursouflement dépendant lui-même de l'inflammation chronique de sa substance, surtout de ses cryptes, et d'une sorte d'épaississement et d'infiltration du tissu sous-muqueux. On comprend par-là comment le cours des larmes doit être intercepté, et pourquoi les remèdes mécaniques ne peuvent que nuire, en augmentant par leur irritation les infiltrations et le boursouflement. C'est comme si on voulait guérir l'aménorrhée par la présence d'un pessaire.

Ces données devaient conduire à une toute autre pratique. J'ai pensé, en effet, qu'en combattant la condition dynamique, en dissipant la phlogose à l'aide d'un traitement énergique, on rétablirait la sécrétion des cryptes, et partant les fonctions naturelles du syphon. Je vais m'expliquer par un fait.

M. D..., âgé d'une quarantaine d'années, architecte, m'a été adressé par M. Ségalas, durant le mois de décembre dernier, pour être traité d'une tumeur lacrymale. A l'examen, j'ai trouvé les conditions suivantes : sac lacrymal abcédé, formant une tumeur du volume d'un gros pois, à large base, dure, douloureuse, couverte d'une peau rouge, perforée sur deux points, donnant issue à du pus ; la compression fait refluer le liquide par les points lacrymaux, et ne laisse rien échapper par le canal nasal. La tumeur cependant, reste aussi volumineuse et dure après la pression ; narine correspondante sèche et rouge, cryptes muqueux de ce côté évidemment obstrués, larmoiement, muqueuse palpébrale et points larymaux plus rouges qu'à l'état normal. Céphalalgie habituelle, inappétence, maux d'estomac, déjections difficiles. La tumeur n'existait d'une manière évidente que depuis six mois, mais le larmoiement datait de plus loin. Une foule de remèdes avaient été employés inutilement. On voulait enfin l'opérer, mais le malade s'y était refusé.

J'ai commencé par lui prescrire le traitement suivant :

Couvrez la tumeur, la paupière et le côté correspondant du nez et de la joue d'une couche de la pommade ci-après :

Pr. Camphre, 8 grammes,

Réduisez en poudre à l'aide de quelques gouttes d'alcool.

Pommade mercurielle double, 16 grammes.

Mêlez exactement dans un mortier de verre et laissez évaporer l'alcool.

Un cataplasme froid par dessus (mie de pain cuite dans du lait).

Purgation avec de la magnésie.

Bain tiède. Régime alimentaire léger. Abstinence de tout alcoolique. On comprime doucement la tumeur pour la vider. Cette prescription a été suivie exactement cinq ou six jours. J'ai vu le malade tous les jours.

A cette époque, la tumeur était moins grosse, moins rouge, moins dure, moins douloureuse au toucher. Les ouvertures fistuleuses sont cicatrisées ; le liquide du sac reflue par les points lacrymaux lorsqu'on le comprime, il est toujours puriforme ; le canal nasal continue à être obstrué. J'ai injecté dans le sac, par le point lacrymal inférieur, quelques gouttes d'eau tiède que j'ai laissées dans le sac comme topique émollient; rien n'est passé dans le nez ni dans la gorge. Pansement externe, *ut suprà ;* purgation, *idem ;* boissons rafraîchissantes.

Les jours suivans, les pansemens ont été répétés de la même manière ; j'ai injecté et laissé dans le sac, pour être résorbé, tantôt une légère solution de sulfate de cuivre, tantôt de nitrate d'argent, comme remèdes hyposthénisans.

Vers le dixième jour, les injections passaient déjà dans la gorge, et la tumeur était réduite des deux tiers. J'ai laissé toujours une partie de la solution dans le sac.

Par la suite, nous n'avons rien changé à ce traitement : seulement, nous avons remis les pansemens au soir, et dans le jour nous nous contentions de quelques fomentations d'eau de rose aiguisée d'un peu de nitrate d'argent (2 grains par once).

Vers la fin de la troisième semaine, les choses avaient si bien marché que l'appareil lacrymal avait repris ses fonctions, la narine était humide et le larmoiement avait cessé. Les injections passaient librement dans la gorge et dans la narine ; la tumeur avait disparu et il ne restait à sa place qu'une petite plaque de peau rougeâtre au centre de laquelle était encore un petit nucléon dur, du volume de la tête d'une grosse épingle. Dès cette époque, nous avons diminué l'énergie du traitement : pommade par intervalles, les seuls cataplasmes continués ; l'œil est laissé à découvert pendant le jour ; injections de temps en temps. Nous avons terminé la cure par les lotions et fomentations répétées avec le collyre indiqué. Après la cinquième semaine, M. D....... s'est représenté chez M. Ségalas, qui a constaté la guérison. Je l'ai revu depuis presque toutes les semaines ; sa guérison ne s'est point démentie ; l'on ne peut presque découvrir la moindre trace de la maladie, les larmes passent en totalité dans le nez. M. D... se trouve bien de continuer à toucher tous les matins la muqueuse palpébrale avec le bout du doigt indicateur couvert d'un linge fin et trempé dans une très légère solution de nitrate d'argent, qu'il a appris à préparer lui-même pour l'avoir toujours fraîche.

Depuis quatre à cinq ans que j'ai adopté cette pratique, j'ai guéri de la sorte tous les cas de tumeur ou fistule lacrymale qui me sont échus : leur nombre est de huit ou neuf. Je puis citer, entre autres, le cas d'une dame qui m'a été adressée par M. Toirac en 1838, et dont la guérison se soutient parfaitement jusqu'à ce jour.

Je suis maintenant à me demander s'il est des cas de fistule lacrymale simple dans lesquels l'opération sanglante soit indispensable ? C'est ce que le temps fera connaître. Ma conviction, quant à présent, est qu'un chirurgien qui chercherait dans le fer et le feu le remède de la maladie serait tout aussi blâmable qu'un autre qui aurait recours à la taille pouvant employer la lithotritie.

M. Maisonneuve, dont on connaît l'excellent caractère et l'instruction, ne prendra pas, j'espère, en mauvaise part les remarques que je viens d'exposer dans l'intérêt de la science.

Agréez, etc. ROGNETTA, D.-M.-P.

Paris, 20 février.

— Le doyen des chirurgiens-accoucheurs de Troyes, M. René-Jean-Baptiste Ruinet, ancien praticien des plus accrédités, presque octogénaire, est décédé récemment en cette ville. Sa longue pratique, généralement aussi heureuse qu'étendue, n'avait pas duré moins de cinquante ans. Ses obsèques ont été suivies par la totalité de ses nombreux confrères de Troyes. L'un d'eux, le docteur Bédor, a pris la parole sur sa tombe et a rappelé, dans une notice nécrologique, écoutée avec intérêt, les titres du vénérable défunt à la gratitude et aux regrets de ses concitoyens.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Vendredi, 26 février 1841.

Argumentation des thèses.

M. Huguier a été argumenté par :
MM. Chassaignac.
Laugier.
Thierry.
Boyer (Philippe).
(Des opérations de pupille artificielle.)

Lundi, 1er mars.

M. Chassaignac sera argumenté par :
MM. Laugier.
Thierry.
Boyer (Philippe).
Lenoir.
(De l'appréciation des appareils orthopédiques.)

Nouveau mode de préparation des pilules de Blaud ; par M. SIMONIN, de Nancy.

La formule suivante, conseillée par M. Simonin, a l'avantage d'assurer aux pilules ferrugineuses de Blaud la conservation à un état peu avancé d'oxidation qui fait le principal mérite de celles de Vallette ; déjà, dans cette intention, du sucre avait été introduit dans la masse ; le miel, conseillé par M. Simonin, paraît mieux remplir le but qu'il s'est proposé.

Pr. Proto-sulfate de fer pur préparé d'après la méthode de M. Berthemot ;
Carbonate de potasse pur, de chaque, parties égales.

Réduisez séparément ces deux substances en poudre fine, puis mêlez exactement en les triturant ensemble jusqu'à ce qu'elles commencent à se liquéfier ; ajoutez alors suffisante quantité de miel despumé pour donner au mélange une liquidité complète ; placez le mortier (ou la marmite de fonte, si vous opérez sur une grande quantité de matières,) sur un feu très doux, en triturant toujours, et amenez la masse en consistance pilulaire.

Cette masse est inaltérable et conserve une ductilité et une consistance très convenables.

— M. EDOUARD ROBIN, honoré d'une médaille d'or en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, deux nouveaux Cours, l'un de Chimie, l'autre de Physique, le mardi 2 mars, et les continuera tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés. Le Cours de Chimie sera commencé à 3 heures, et celui de Physique à 4 heures.

Examen chimique et médical du Monésia, par BERNARD DEROSNE, pharmacien, membre de la Société de pharmacie, etc.; O. HENRY, chef des travaux chimiques et membre de l'Académie royale de médecine, etc.; J.-F. PAYEN, docteur en médecine, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, chirurgien honoraire de la Société philanthropique, etc. — Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine. 1841.

Nouveau formulaire pratique des hôpitaux, ou *Choix de formules des hôpitaux civils et militaires de France, d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie*, etc. Contenant l'indication des doses auxquelles on administre les substances simples et les préparations magistrales et officinales du Codex ; l'emploi des médicamens nouveaux et des notions sur l'art de formuler ; Par MILNE EDWARDS et VAVASSEUR.

Quatrième édition, revue, corrigée et enrichie des formules les plus nouvelles, exprimées avec l'indication des poids décimaux et des poids anciens en regard ; par MIALHE, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine. Paris, 1841. Un beau volume in-32. Edition *pocket*, papier collé. Prix broché : 3 fr. 50 c. ; et avec jolie reliure : 4 fr.

Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, n° 1.

CATARRHE CHRONIQUE, FAIBLESSE ET PARALYSIE DE LA VESSIE,

Par M. DEVERGIE aîné, docteur des Facultés de Paris et de Gœttingue, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur honoraire des hôpitaux militaires de Paris, etc.

Prix, 3 fr. ; par la poste, 3 fr. 50 c. — Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 11 ; et chez l'Auteur, rue Taranne, 20.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 2 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 28, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Tumeur encéphaloïde de l'orbite. Marche insolite. Extirpation.

Dans la séance du 16 février, M. Maisonneuve appelle l'attention de ses auditeurs sur un malade auquel il doit pratiquer l'extirpation d'une tumeur de l'orbite.

Cet homme, âgé de quarante-sept ans, d'une forte constitution, exerçant la profession de tailleur, avait joui constamment d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril 1839; où, pour la première fois, il éprouva dans l'orbite du côté droit un sentiment douloureux de tension. Bientôt après l'apparition de ces premiers symptômes, le malade s'aperçut que le globe oculaire était repoussé en avant et faisait saillie sous les paupières. N'éprouvant, du reste, aucun trouble dans la vision, il négligea de réclamer les secours de l'art; ce fut seulement au mois de juillet de la même année qu'il vint à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans le service de M. Blandin.

A cette époque, le globe de l'œil, en partie chassé de son orbite, n'était plus qu'incomplètement recouvert par les paupières; il était en outre dévié en dehors et maintenu fixe dans cette position par une tumeur située dans le grand angle. Cette tumeur, développée dans la cavité orbitaire, faisait à l'extérieur un relief peu considérable; elle était comme étranglée par le tendon direct du muscle orbiculaire des paupières, au-dessus et au-dessous duquel il était facile de la sentir. M. Blandin en fit l'extirpation en conservant intact le globe oculaire, dont les fonctions n'étaient pas altérées. A l'examen de la tumeur, on constata la nature encéphaloïde de son tissu, ce qui n'empêcha pas la cicatrisation de se faire avec rapidité. Six semaines après, le malade, parfaitement guéri de l'opération, sortit de l'hôpital.

Il put reprendre ses occupations, et pendant quatre mois, il n'éprouva rien qui le fît douter de sa guérison radicale; mais alors se manifestèrent les premiers symptô-nes d'une récidive. Ce fut d'abord une douleur sourde et rofonde dans l'orbite; bientôt après un embarras dans s mouvemens de l'œil, la projection de cet organe en ant; plus tard enfin, l'apparition d'une double tumeur à partie supérieure et inférieure du globe oculaire. Les oses en étaient là quand le malade entra à la Maison yale de santé, dans le service de M. Monod.

Après un examen approfondi, le chirurgien diagnostiqua xistence d'une tumeur encéphaloïde et proposa l'extir-tion: mais, incertain encore sur le procédé le plus con-able à mettre en usage, et principalement indécis sur aestion de savoir s'il ferait ou non le sacrifice de l'œil la forme et les fonctions étaient intactes, M. Monod ut devoir temporiser. Il eut lieu de s'en applaudir; car huit jours à peine s'étaient écoulés que la tumeur, loin de continuer son développement progressif, prit une marche rétrograde; elle s'affaissa d'abord, et peu à peu finit par disparaître complètement, au point que le malade, ayant recouvré tous les mouvemens normaux de l'œil, n'éprouvant plus ni gêne ni douleur, sortit de l'hôpital et reprit ses travaux.

Malheureusement ce calme ne devait pas être de longue durée. Au bout de trois mois, les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité; la tumeur reprit en quelques jours son volume primitif, puis augmenta de plus en plus. Dans ce moment, elle occupe les quatre cinquièmes de la circonférence de l'orbite; elle soulève la paupière supérieure, au-dessous de laquelle on la voit recouverte de la conjonctive. En bas, elle a glissé sous la paupière inférieure, et, contournant le bord inférieur de l'orbite, elle plonge jusque dans la fosse canine. Ces deux lobes principaux semblent unis, du côté de l'angle externe de l'œil, par un prolongement profond. L'angle interne seul, qui précédemment avait été le siége de la tumeur extirpée par M. Blandin, n'est pas encore envahi. Le globe oculaire, toujours intact dans sa forme et ses fonctions, n'obéit plus à l'action musculaire; il est fixe, et comme enchâssé par cette production morbide.

Après cette histoire rapide du développement de la maladie, et avant de chercher à asseoir le diagnostic, M. Maisonneuve appelle l'attention de ses auditeurs sur ce fait extraordinaire de la disparition spontanée de la tumeur, à une certaine époque de son évolution.

« Dans l'état actuel de la science, dit-il, cette circonstance semblerait suffisante pour éloigner toute idée d'une tumeur cancéreuse; et telle serait mon opinion, si je n'avais eu l'occasion d'observer un fait analogue. »

Il raconte qu'en 1832, lorsqu'il était interne de Dupuytren, une jeune fille, âgée de dix-sept ans, d'une fraîcheur et d'une beauté remarquables, vint à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qu'elle portait à la région temporale gauche. Après un mûr examen, Dupuytren n'hésita point à diagnostiquer une tumeur encéphaloïde, encore à l'état de crudité; mais, avant de prendre un parti extrême, il crut devoir, comme il en avait l'habitude, essayer quelques remèdes résolutifs. Il prescrivit des mercuriaux à l'intérieur, et des sangsues autour du point malade. Au bout de quinze jours, la jeune fille vint le remercier de l'efficacité de ses conseils: la tumeur avait disparu complètement; bien plus, il restait à sa place une véritable dépression. Dupuytren alors, malgré l'air d'innocence et les dénégations formelles de la jeune personne, pensa que cette tumeur pouvait être de nature syphilitique, et rétracta son premier diagnostic. Deux mois se passèrent, et la malade se présenta de nouveau à la consultation pour la réapparition de son mal.

La tumeur, en effet, avait reparu depuis quinze jours avec les mêmes caractères, et, dans ce court espace de temps, elle avait acquis son volume primitif. Dupuytren crut que le traitement anti-syphilitique n'avait pas été assez prolongé; il réitéra ses prescriptions. Mais cette fois, le succès ne fut plus le même; au bout de trois semaines, la tumeur avait doublé de volume. Dupuytren reçut la malade dans son service, salle Saint-Jean. Là, rien ne put arrêter les progrès effrayans du mal; et bientôt cette malheureuse fille, naguère si belle, ne fut plus qu'un objet d'horreur et de dégoût. Quand elle succomba, la tumeur, d'un volume énorme, avait envahi tout le côté gauche de la face et l'avait déformé d'une façon hideuse. L'autopsie fit voir une énorme tumeur encéphaloïde, ramollie déjà dans sa partie la plus saillante. Elle reposait dans la fosse temporale externe, où sa base adhérait aux parties osseuses; celles-ci n'avaient subi d'autre altération qu'un épaississement, accompagné d'une vascularisation insolite.

« Ce fait, reprend M. Maisonneuve, nous est donc une preuve que la circonstance de disparition spontanée n'est pas en contradiction nécessaire avec la nature encéphaloïde d'une tumeur; et, cela posé, le diagnostic de l'affection qui nous occupe se trouve singulièrement simplifié. »

Ici, passant en revue tous les signes locaux et généraux de la maladie, et les résumant dans une appréciation rapide, le chirurgien arrive au résultat suivant:

1° La tumeur n'est pas une tumeur liquide, un abcès, un kyste, etc., parce qu'elle n'offre pas même l'apparence de la fluctuation;

2° Ce n'est point une tumeur osseuse, squirrheuse, fibreuse; elle a trop de mollesse et d'élasticité;

3° Ce n'est point une tumeur érectile, anévrismatique; il n'y a pas la moindre pulsation.

Ce ne peut être qu'une tumeur lipomateuse ou encéphaloïde. Si déjà le malade n'avait pas été opéré une première fois, le doute serait permis; mais l'année dernière on a constaté la nature cancéreuse de la tumeur extirpée, les probabilités sont pour une récidive, d'autant plus que l'encéphaloïde est précisément, de toutes les formes du cancer, celle qui se reproduit le plus constamment. Du reste, il n'y a pas de douleur lancinante, ce qui porte le chirurgien à croire que le travail de ramollissement n'est pas commencé.

Quant aux limites de la tumeur, M. Maisonneuve pense qu'il est impossible de les déterminer d'une manière précise; il espère cependant qu'elles ne s'étendent pas très profondément; il s'appuie sur ce que l'exophthalmie n'est pas très prononcée. Le lobe supérieur est mobile, mais l'inférieur, sans être précisément fixe, semble en relation plus directe avec les parties osseuses, peut-être y est-il adhérent.

Nous ne suivrons point M. Maisonneuve dans la discus-

FEUILLETON.

LETTRE

Sur les engorgemens de la rate qui succèdent aux fièvres intermittentes, et sur l'emploi de la potion de Peysson dans le traitement de ces dernières maladies;

Par le docteur A. LEGRAND.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Une discussion sur un point encore assez obscur de thérapeutique vient de surgir entre deux professeurs de la Faculté, par conséquent entre deux hommes dont les opinions acquièrent de l'importance par leur position scientifique, indépendamment de celle qu'elles peuvent recevoir de leur valeur personnelle: il s'agit de l'hypertrophie de la rate, qui coïncide si souvent avec les fièvres intermittentes rebelles et prolongées.

M. Chomel (*Gazette des Hôpitaux* du 12 janvier 1841), con-...irement à l'opinion que M. le docteur Bally a émise en 1833 (Voy. 2e numéro du Journal des Connaissances médicales), veut en concéder que le sulfate de quinine, préconisé par le méde-in de l'Hôtel-Dieu pour le traitement des engorgemens de la ...te, n'est pas nuisible: il maintient seulement qu'il est inutile; car il n'a jamais vu la rate diminuer de volume sous son in-uence que lorsque l'affection a été abandonnée à elle-même. Il fait des expériences pour éclaircir ce point, et il peut affirmer ...e depuis dix ans il a presque constamment vu cesser ces en-...rgemens sans l'emploi de la quinine, et en se bornant à pres-...ire des boissons adoucissantes, les végétaux herbacés et un ré-...me sévère. »

M. Piorry est d'une opinion tout à fait contraire (*Gazette des Hôpitaux* du 26 janvier 1841). Il a répété les expériences de M. Bally, et il est arrivé à des résultats tout à fait conformes; aussi est-il disposé à défendre ses opinions par des preuves positives. « Il maintient que le sulfate de quinine est d'une utilité incontestable dans les *hypersplénotrophies* (c'est par ce mot que M. Piorry désigne les engorgemens de la rate), et il se fait fort de le prouver dans le service de M. Chomel lui-même, si on le veut. Il demande seulement, *si la partie est acceptée*, qu'on le laisse agir sur dix cas d'hypersplénotrophie, dont la moitié sera traitée par le sulfate de quinine et l'autre moitié par la méthode adoucissante de M. Chomel. La comparaison de ces cas les uns avec les autres apprendra à quoi l'on doit s'en tenir. »

Voici sans doute deux opinions bien opposées, et certes je n'ai pas la prétention de les concilier; mais je réussirai peut-être à élucider quelque peu la question par le fait que j'ai à rapporter. J'ai dit quelque peu, car pour l'éclaircir entièrement, il faudrait en savoir plus long que nous n'en savons sur les fonctions de la rate; il faudrait savoir si, dans le cas dont il s'agit, elle est affectée primitivement ou consécutivement. Si elle l'est primitivement, si ces fièvres à types si variés, de formes quelquefois si bizarres, si souvent dangereuses, ne sont qu'un symptôme de l'affection de la rate, on comprend (empyriquement toutefois) les effets d'un médicament antipériodique, dont l'action trop peu soutenue a suffi pour faire disparaître l'effet, en atténuant seulement la cause, sans cependant le détruire entièrement. Mais si l'engorgement de la rate est un effet au lieu d'être une cause, s'il faut admettre qu'il résulte de l'abord exagéré du sang dans ce viscère spongieux au moment des accès, et que la distension trop fréquente de cet organe finit par l'empêcher de revenir sur lui-même en détruisant son élasticité (1); oh! alors nous ne saurions comprendre l'action du sulfate de quinine ou de tout autre antipériodique dans le traitement du splénocèle.

J'arrive maintenant, mon cher confrère, au fait dont j'ai annoncé l'historique, et dont j'espère déduire quelques conséquences utiles.

Le 28 juillet 1838, je fus consulté par le nommé Mercier, soldat libéré, alors âgé de vingt-cinq ans; il offrait des formes athlétiques. Issu de parens sains, il avait toujours joui de la plus brillante santé, jusqu'au moment où, compris dans un régiment de discipline, il fut envoyé aux colonies; il y contracta, peu de temps après son arrivée, une fièvre intermittente, qui, maintes fois suspendue par le sulfate de quinine, reparaissait toujours avec une intensité variable. Depuis son retour en France, qui datait de quelques mois, il avait cessé d'en être tourmenté; mais sa santé n'en était pas meilleure. En effet, quand je le vis, il avait le teint plombé, les yeux éteints; il était sans appétit, sans force, au point que, serrurier habile, il ne parvenait que difficilement à remplir tous les deux jours une demi journée. Sitôt qu'il se mettait à travailler, le flanc gauche devenait le siége d'une douleur aiguë, poignante, qui succédait à la douleur profonde et gravative dont il se plaignait depuis long-temps. Le plus rapide examen permettait de reconnaître, dans cette région, un gonflement considérable de la rate. Selon l'opinion d'un grand nombre d'auteurs anciens, c'était la conséquence de l'usage immodéré que le malade avait fait du sulfate de quinine; mais en même temps que je me rappelais cette opinion, que j'avais entendu professer à mon père, je me rappelai aussi l'opinion tout opposée émise (*loc. cit.*) par M. Bally, et émise avec un ton de conviction si profonde que je n'avais point hésité à l'adopter, et que je résolus immédiatement de faire à Mercier une application des théories de ce praticien.

Je prescrivis (30 juillet 1838) 40 centigrammes de sulfate de quinine en huit pilules, à prendre une de deux en deux heures à partir de six heures du matin. — A quatre heures du soir, il y eut un léger frisson qui fut suivi de chaleur, et dans la nuit, d'une sueur marquée.

Le 31, je doublai la dose du sulfate de quinine, qui fut administré de la même façon et en un même nombre de pilules. — A trois heures, frisson qui dura plus d'une heure et s'accompagna de claquemens des dents, d'une décoloration générale et d'une grande angoisse. Après ce frisson, chaleur extrême, face vultueuse, yeux brillans, exaltation des idées, grande agitation; douleur plus forte dans la région occupée par la rate, qui offrit une nouvelle augmentation de volume fort marquée. Après cette période, qui dura au moins autant que celle de froid, transpiration abondante, fétide, avec sécrétion d'urine qui était d'un rouge de brique. Le lendemain, Mercier fut dans un grand état d'accablement, et il souffrit beaucoup dans le flanc gauche.

Le 1er août, j'administrai 1 gramme 20 centigrammes de sulfate de quinine, toujours en huit pilules, prises, une de deux en deux heures. — Pour cette fois, l'accès qui avança encore, fut tel, que je craignis pour un instant que le malade y succombât. Le fris-

(1) Chose assez singulière, c'est que telle est l'opinion de M. Bally dont nous avons répété quelques-unes des expressions, et qui disait cependant quelques lignes plus haut (Mémoire cité): « A mon sens, la rate est le point de départ des fièvres intermittentes: c'est à la perversion de ses fonctions qu'est due la forme périodique; c'est en un mot sur ce viscère que s'énerve tout le travail des phénomènes morbides; par conséquent c'est cet organe qui doit en ressentir les effets et les manifester. »

sion à laquelle il soumet la question opératoire ; nous dirons seulement :

1° Qu'il admet l'opportunité de l'opération, en invoquant, d'une part, les exemples rares, il est vrai, de guérison dans des cas semblables, d'autre part, l'erreur possible de diagnostic sur la nature de la lésion ;

2° Qu'il pense pouvoir enlever tout le mal sans faire le sacrifice du globe oculaire ;

3° Enfin, qu'il préfère, pour le cas particulier dont il s'agit, le procédé de Dupuytren à tous les autres.

Le malade est introduit, et M. Maisonneuve procède à l'opération de la manière suivante : Une incision verticale divise la paupière supérieure dans toute sa hauteur en deux parties égales ; une incision semblable divise la paupière inférieure. Les quatre lambeaux sont disséqués rapidement et écartés de manière à découvrir parfaitement toute la base de l'orbite et par conséquent le globe de l'œil et les tumeurs. L'opérateur commence par isoler la supérieure ; il y parvient facilement avec le doigt et quelques coups de ciseaux : il en fait immédiatement l'ablation. La tumeur inférieure offre plus de difficultés ; ce n'est qu'après une patiente et laborieuse dissection que le chirurgien parvient à la détacher du rebord orbitaire sur le quel elle se recourbe pour pénétrer dans la fosse canine. Cela fait, il la poursuit dans l'orbite où elle plonge à une grande profondeur. Enfin il en atteint les limites près la fente sphénoïdale et l'extrait en l'énucléant.

Après l'extirpation, les paupières sont rapprochées, leur solution de continuité réunie par quelques points de suture, et le tout maintenu par un pansement simple.

Aujourd'hui huit jours se sont écoulés depuis l'opération ; les sutures sont cicatrisées, le malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant, l'œil est sain et la vue intacte.

BOCANDÉ.

HOPITAUX ITALIENS.

Cas rare d'abcès hydatique au foie, contenant 40 livres de pus ; guérison ; par M. Placide PORTAL, professeur de chirurgie et d'obstétrique à Palerme.

Joseph Lapozzi, de Naples, soldat d'artillerie, âgé de vingt-cinq ans, tempérament bilieux, caractère mélancolique, constitution assez faible, adonné à tout espèce d'excès, avait eu plusieurs fois la vérole. Pendant l'été de 1837, étant à Capoue, il contracta la fièvre intermittente, dont il fut guéri. Quelque temps après il éprouva une lassitude générale, des douleurs, gonflement avec dureté à la région hypochondriaque droite ; il rentre à l'hôpital. On lui prescrit différens remèdes, entre autres, des frictions mercurielles et des pilules dites désobstruantes, inutilement. Il en sortit, obtint sa réforme et adopta l'état de cocher. Sa santé est allée de mal en pis, le foie ayant continué à augmenter en volume et dureté. Cela ne l'a pas empêché cependant de contracter une nouvelle blennorrhagie, dont il a été pourtant guéri en peu de jours ; puis des chancres, une nouvelle urétrite et des bubons. L'urétrite était si intense, que le malade rendait du sang pur par la verge ; les douleurs de cette partie s'irradiaient vivement vers l'hypogastre. Un médecin, entre les mains duquel il s'est confié, l'a mis à l'usage des drogues purgatives de Leroy. Ce traitement a été suivi pendant vingt jours, sans avantage. Il s'est alors fait admettre de nouveau dans un hôpital militaire : on lui a fait prendre des pilules mercurielles et des tisanes de bois indiens, qui ont apaisé ses douleurs et guéri la blennorrhagie, ainsi que les bubons et les chancres. Durant cet état maladif, il n'a pas cessé de faire usage de vin et d'autres liqueurs alcooliques qu'il croyait indispensables à l'entretien de ses forces. Il s'est enivré même un soir, est tombé, et s'est blessé à la jambe droite, ce qui a prolongé de plusieurs mois son séjour à l'hôpital.

Il a quitté cet établissement se portant mieux en apparence, mais le volume du foie continuait toujours à faire sourdement des progrès ; sa peau était plus chaude que de coutume et un peu jaunâtre ; constipation, amaigrissement progressif ; tristesse accablante. C'est dans cet état qu'il fut dirigé sur Palerme, en juillet 1838. A son arrivée il éprouve des douleurs articulaires qui s'irradient jusqu'à la moelle épinière, difficulté de respirer, etc. M. Portal lui prescrit des frictions avec la pommade oxygénée à la région du foie et aux articulations. Soulagement immédiat. *Exeat* jusqu'au 12 octobre 1839. A cette époque, il rentra à l'hôpital dans un état déplorable. Tous les remèdes antiphlogistiques connus ont été épuisés inutilement contre la phlegmasie chronique du foie. L'état du malade empirant, une consultation a eu lieu entre les chirurgiens de l'établissement. La tumeur du foie était énorme ; elle s'étendait depuis la partie externe de l'hypochondre jusqu'à l'apophyse xyphoïde, qui en était repoussée ; la peau qui la couvrait était de couleur naturelle ; en la palpant, on sentait une fluctuation obscure et profonde. La peau du visage était d'un jaune foncé ; le malade se plaignait de dyspepsie ; langue couverte d'une couche blanche sans être sale ; douleur gravative à la région du foie ; abdomen gonflé vers l'épigastre ; constipation, toux sèche, maux de cœur. Le volume énorme de la tumeur empêchait le malade de se coucher sur le côté correspondant ; il ne pouvait rester que sur le dos, et quand il voulait se mettre debout ou assis, son corps ne pouvait se tenir que fléchi en avant. Pouls petit, lent et serré ; accès de fièvre de temps en temps, avec frisson ; soif ardente, urines rares mais limpides ; œdème aux jambes. Tel était l'état du malade le 18 novembre 1839, lorsqu'il a été examiné par les consultans.

Une question a été discutée par M. Portal dans cette consultation : c'est de savoir si la tumeur ne pourrait pas être considérée comme un abcès par congestion ou comme une hydropisie enkystée. Son opinion a été affirmative.

On a cependant résolu d'attendre. Le 25 novembre, nouvelle consultation : la tumeur offre alors un volume plus considérable ; ventre tendu comme un tambour ; fluctuation manifeste. On se décide à la ponction.

Opération. Le malade ayant été placé sur le bord du lit, le chirurgien a plongé un trocart dans la partie la plus proéminente de la tumeur, à deux travers de doigt du cartilage xyphoïde. La canule a donné issue à un pus consistant très fétide, de couleur gris foncé. L'opérateur a retiré la canule et a introduit dans l'ouverture une sonde canelée sur laquelle il a glissé un bistouri, et il a incisé verticalement les tissus avec beaucoup de précaution : d'abord la peau, puis l'aponévrose de la ligne médiane, et les fibres du muscle droit abdominal ; ensuite il a introduit dans la plaie un doigt sur lequel il a glissé un bistouri boutonné à la profondeur de deux pouces, et pas au-delà, dans la crainte de détruire les adhérences salutaires autour du foyer. A peine cette incision a-t-elle été terminée qu'un torrent de pus a jailli au dehors avec violence et sifflement, s'élevant en arc de plus d'un pied (un palmo); avec ce pus il est sorti plusieurs groupes d'hydatides acéphalocistes de différentes dimensions, et une pseudo-membrane de deux pieds carrés (due palmi quadrati), que l'on a regardée comme l'enveloppe du pus et des hydatides. La quantité de pus qui s'est écoulée dans l'espace de 20 minutes a été de 40 livres (livre médicale de 12 onces), et les hydatides au nombre de 100. Plusieurs de ces hydatides offrent de petits boutons à leur surface, ce qui indique selon Laënnec qu'il s'en formait d'autres.

Le malade a été sensiblement mieux de suite ; mais aussitôt après il a éprouvé une syncope qu'on a combattue à l'aide d'une potion cordiale laudanisée et d'autres moyens d'usage. La plaie a été pansée avec une bandelette de linge introduite dans le fond de la plaie au moyen d'une algalie de femme ; un gâteau de charpie couvert de cérat par dessus, et beaucoup de charpie molle soutenue par des bandelettes collantes, puis une bande, etc. Le malade a été placé dans une situation favorable à l'écoulement du pus.

Le quatrième jour, le malade accuse des douleurs aiguës dans toute la résion abdominale, surtout vers la ligne blanche, accompagnée de météorisme et de réaction artérielle. On prescrit trente sangsues sur l'abdomen ; boissons adoucissantes ; cataplasmes émolliens ; demi-bain. Mieux. L'appareil est mouillé de pus : on le change. Il s'échappe près d'une livre de pus, huit hydatides et des lambeaux de fausses membranes. Même pansement. Fomentations d'eau vinaigrée sur le ventre durant toute la nuit. Le malade rend beaucoup de vents par le rectum ; il dort pendant trois heures et a des rêves effrayans.

Le lendemain, 26, on met le malade à l'usage du lait d'ânesse, à la dose d'une livre par jour, mêlé à une décoction de lichen d'Islande. Lavemens avec huile de ricin ; garderobe abondante. Ecoulement de pus bilieux par la plaie. On met une sonde de gomme élastique en permanence dans le foyer pour faciliter cet écoulement.

Le 27, même traitement. Potage, etc.

Les jours suivans, *idem.*

Mieux progressif. Guérison parfaite en deux mois. L'auteur expose jour par jour les détails de la cure que nous croyons inutile de reproduire.

(*Annali universali di medicina*, janvier 1841.)

— L'auteur se livre à un grand nombre de considérations sur l'origine de la maladie, et arrive à cette conclusion que l'abcès et les hydatides étaient deux affections d'origine tout à fait différente ; il pense que l'abcès provenait de la substance du foie et se rattachait à l'hépatite chronique jointe à la fièvre intermittente, et que le kyste hydatique qui devait préexister s'est trouvé là accidentellement enveloppé dans la maladie. Ce qui paraît venir à l'appui de cette conjecture, c'est la nature bilieuse du pus. On serait porté à croire au prime-abord qu'il s'agissait d'un kyste hydatique ordinaire qui se serait terminé par suppuration. Ces kystes cependant n'existent ordinairement qu'à la surface du foie. Dans cette hypothèse, l'abcès aurait donc été limité par la capsule du foie, et le pus n'aurait pas été bilieux. On peut néanmoins soutenir aussi que les kystes en question pénètrent quelquefois dans le parenchyme de l'organe. Tout cela, au reste, n'est que conjectural, et n'offre rien d'important sous le point de vue pratique, tandis que le fait est en lui-même rare et du plus haut intérêt. On a vraiment peine à croire la quantité prodigieuse de pus que le foyer contenait.

---

son dura près de deux heures, et pendant toute sa durée le malade fut dans un état qu'on aurait presque pu comparer à la période algide du choléra. La face était grippée, les yeux éteints et profondément enfoncés dans l'orbite ; le pouls se faisait à peine sentir, et toute l'étendue de la peau était enduite d'une humidité froide et visqueuse. La période de chaleur fut en raison de la précédente ; la peau devint brûlante ; le pouls s'éleva et acquit une fréquence effrayante (160 pulsations environ) ; les yeux étaient hagards, et pendant plus d'une heure le malade eut un délire furieux. Ce fut un véritable accès de *fièvre chaude*, qui fut suivi d'une transpiration extrêmement abondante, horriblement fétide, avec sécrétion d'une urine qui ressemblait à de l'encre sale étendue d'un peu d'eau. Les accidens vers les régions de la rate furent nécessairement beaucoup plus considérables que ceux de la veille.

Ainsi, dans ce cas, le sulfate de quinine n'exerça point une action favorable sur le splénocèle ; bien loin de là, il détermina le retour de la fièvre intermittente, et exaspéra l'état maladif de la rate. Maintenant, en faut-il conclure contre M. Piorry et en faveur de M. Chomel ? Je ne le pense pas. Il y a eu, dans le cas de Mercier, impuissance et action fâcheuse du sulfate de quinine ; mais qui ignore que cet agent thérapeutique, d'ailleurs si puissant (1), manque quelquefois absolument son effet, et exaspère même la maladie contre laquelle il est administré ? Le fait que j'expose ici n'en sera peut-être pas moins favorable aux idées théoriques de MM. Bally et Piorry sur la fièvre intermittente, si la maladie de Mercier a cédé à un anti-périodique, et c'est justement ce qui arriva.

J'étais resté persuadé, après le quatrième accès, que si Mercier en avait un cinquième il n'y survivrait pas, et, n'espérant plus rien d'avantageux du sulfate de quinine, je songeai à la potion de Peysson, dont je connaissais par expérience les excellens effets, et dont voici la composition :

Pr.		
	Tartre stibié,	5 centigrammes.
	Eau distillée de tilleul,	30 grammes.
	Eau simple,	30 grammes.
	Sirop de pavots blancs,	30 grammes.

Cette potion fut administrée à Mercier, le 2 août, de la manière suivante : une cuillerée à bouche, à dix heures du matin ; deux, à dix heures et demie ; trois, à onze heures ; quatre, à onze heures et demie ; cinq, à midi ; quatre, à midi et demi ; quatre à une heure ; trois, à une heure et demie ; deux, à deux heures et à deux heures et demie ; une, à trois heures et à trois heures et demie.

L'usage de cette potion donna lieu à d'assez abondantes évacuations bilieuses par le haut et par le bas (1), et quoique la quantité que j'avais prescrite n'eût pas fourni toutes les doses indiquées, l'accès qui revint à quatre heures fut de moitié moins violent que celui de la veille. Il manqua entièrement le 3 août, après une seconde potion, où toutes les doses furent doublées, et qui purgea mieux que la première.

Voulant cependant assurer la cure, j'en prescrivis, pour le 4, une semblable à celle du 2, mais qui fut prise ainsi qu'il suit : à dix heures et demie, onze heures et onze heures et demie, une cuillerée à bouche ; à midi, midi et demi et une heure, deux ; à deux heures, une. En même temps que je réussissais à m'opposer au retour des accès, la rate avait considérablement diminué de volume, avait cessé d'être douloureuse et était à peine sensible au palper. L'accès avait manqué le 3, il manqua le 4 et le 5 et il ne s'est pas remontré depuis ; mais comme il persistait une diathèse bilieuse bien marquée (2), j'administrai, les 6 et 8 août, vingt centigrammes de tartre stibié dans deux litres de bouillon aux herbes, ce qui détermina chaque fois de nombreuses évacuations bilieuses par le haut et par le bas.

Le 10 août (1838), Mercier reprit ses travaux, et depuis ce moment il n'a ressenti aucune nouvelle atteinte de son ancienne maladie.

Je l'ai déjà dit et je le répète, mon cher confrère, je me suis toujours parfaitement trouvé de l'emploi de la potion de Peysson, que j'ai administrée dans tous les cas où le sulfate de quinine était resté sans efficacité et toutes les fois où j'ai eu de la médecine économique à faire. Mon confrère et ami, M. le docteur Duhamel, n'a pas eu moins à se louer que moi de cette médication, et il consigné dans un mémoire, lu à la Société de médecine pratique, mais qu'il n'a pas publié, tous les avantages qu'il a retirés de l'emploi de ce moyen. C'est qu'en effet, mon cher confrère, la potion de Peysson a une sûreté d'action que je ne connais à aucun autre médicament anti-périodique. Ce qui m'a permis de bien constater cette sûreté d'action, ce sont les heureuses applications que j'ai faites de ce moyen au traitement d'autres affections que les fièvres intermittentes, mais ayant aussi ce caractère de rémission complète. Permettez-moi de rappeler ici sommairement un des faits les plus saillans de ce genre, que j'ai eu l'occasion d'observer.

Il s'agit d'une fille bien et fortement constituée, qui, depuis plusieurs mois, éprouvait un dérangement notable dans sa santé, par suite d'une douleur de tête, reconnue plus tard pour être de nature nerveuse, mais qui, mal appréciée d'abord, fut en vain combattue par les émissions sanguines générales et révulsives, par les évacuans administrés par le haut et par le bas, par les vésicatoires, etc. Toutes ces médications diverses avaient fort fatiqué la malade, qui, sans appétit et privée de sommeil, s'affaiblissait de jour en jour, quand je fus assez heureux pour reconnaître dans la marche de la maladie une rémission marquée. Je me hâtai d'en profiter pour administrer le sulfate de quinine, qui d'abord régularisa le retour des accès, puis, en forçant la dose, la suspendit momentanément. Une fois revenus, les accès de cette névrose, qui avait son siége principal dans le sourcil droit, furent exaspérés par l'usage du sulfate de quinine, et excitèrent des douleurs telles, qu'on pût craindre que la raison de la malade n'en fût altérée. Eh bien, cette névrose, dont j'ai rencontré depuis deux autres exemples parfaitement identiques, céda définitivement (il y a de cela trois ans au moins) à l'usage de la potion de Peysson, administrée trois jours de suite de la manière que j'ai indiquée pour Mercier, et qui pourra servir de guide aux praticiens qui voudront en expérimenter l'usage.

Je terminerai cette longue lettre, mon cher confrère, par l'expression d'un doute que fait naître dans mon esprit ce dernier

---

(1) Je dirai, puisque l'occasion m'en est offerte, que je n'administre presque jamais le sulfate de quinine seul. Indépendamment que je lui donne pour excipient la thridace, je lui associe quelquefois l'opium, mais plus souvent un cyanure (celui de potasse ou de zinc). J'ajouterai que s'il existe un embarras gastrique, je fais toujours précéder son emploi (à moins de contre-indication) d'un évacuant. En en usant ainsi, j'ai éprouvé rarement des mécomptes dans l'emploi du sulfate de quinine.

(1) La potion de Peysson ne produit généralement cet effet que lorsqu'il y a embarras gastrique, mais son action anti-périodique ne s'exerce pas moins bien lorsqu'elle n'excite aucune évacuation. Je n'ai pas besoin de dire que son emploi est contre-indiqué quand elle excite une irritation inflammatoire ou nerveuse de l'estomac.

(2) Cette circonstance, si elle se représentait souvent, ne serait-elle pas très favorable à l'opinion des physiologistes qui pensent que la rate joue un rôle dans la sécrétion biliaire ?

Carie du tibia traitée à l'aide de la résection ; par M. Spessa, chirurgien à l'hôpital de Rovigo.

Un jeune homme, âgé de quinze ans, scrofuleux, eut une contusion à la jambe qui donna lieu à une plaie, puis à un ulcère interminable. On s'est aperçu à la longue, que l'os sous-jacent était carié. La maladie existait depuis deux ans, lorsque le patient a été reçu à l'hôpital. A l'examen, M. Spessa a trouvé que la carie s'étendait dans les deux tiers de la face antérieure du tibia. Il y avait indication à amputer ; l'auteur cependant a préféré la résection, qu'il a pratiquée de la manière suivante :

« J'ai commencé, dit-il, par exciser avec le bistouri les bords de l'ulcère qui étaient calleux et fongueux ; j'ai mis l'os malade à découvert ; ensuite, à l'aide d'une scie courbe très courte, j'ai scié, de trait en trait, les deux côtés sains de l'os qui circonscrivaient la partie cariée ; la scie a été poussée à quelques lignes de profondeur, jusqu'au canal médullaire. Les deux lignes parcourues par l'instrument se réunissaient inférieurement à angle aigu, telle était la forme de la lésion. J'ai réuni supérieurement ces deux lignes par une troisième incision ; d'où il est résulté un véritable triangle, dont deux côtés très longs et un très court. J'ai alors fait sauter, à l'aide du scalpel et d'un levier, l'aire de ce triangle osseux qui a pu être enlevé d'une seule pièce. Sa longueur est de neuf pouces ; son épaisseur est assez prononcée en haut, mais elle l'est fort peu en bas. Pas d'hémorrhagie. Pansemens simples. Guérison en deux mois. »

(*Il raccoglitore medico di Fano*, février 1841.)

— On trouverait sans doute beaucoup plus d'intérêt dans ce fait s'il était accompagné de plus de détails. La lésion, en effet, n'est point décrite, et l'on sait que de variétés elle présente chez chaque individu et dans les différentes régions. L'auteur a gardé le même silence sur l'état matériel de la pièce enlevée et sur celui de la plaie. Il est néanmoins une circonstance qui frappe l'attention du lecteur, c'est la médication et le mode opératoire. On peut se demander d'abord pourquoi l'auteur n'a pas attaqué cette carie par des moyens propres à la convertir en nécrose, puisqu'il ne s'agissait que d'une érosion superficielle dans une région où le cautère actuel peut être appliqué sans danger. Ensuite, la résection exécuté par l'auteur a quelque chose d'insolite. On résèque, il est vrai, certains os plats comme ceux de la voute crânienne, par exemple, à l'aide de scies mécaniques propres à donner à la section toute espèce de forme, mais on se conduit autrement sur les os cylindriques. Il y a, comme on le voit, dans le procédé suivi par M. Spessa, matière à discussion.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Plaie du bras. Hémorrhagie abondante. Incertitude sur la nature du vaisseau lésé.

Au nº 25 de la salle Sainte-Marthe est entré un homme ayant une petite blessure au niveau du pli du bras. Cet homme est cardeur de chanvre et s'est blessé avec une sorte de peigne armé d'un grand nombre de dents de loup. Cette blessure, fort petite, existe sur le trajet de la veine médiane basilique ; mais il est impossible de reconnaître aujourd'hui si c'est cette veine qui a été ouverte ou bien l'artère brachiale qui lui est subjacente.

L'accident date de trois jours : les battemens de l'artère brachiale sont très sensibles et l'on croyait de prime-abord que ce vaisseau était immédiatement placé sous la peau : c'est exactement sur le point d'entrecroisement de l'artère brachiale et de la veine médiane basilique que la plaie existe : d'où résulte principalement la difficulté que l'on éprouve pour établir lequel de ces deux vaisseaux a été ouvert, ou si même ils ne l'ont pas été tous deux simultanément.

L'hémorrhagie a été abondante, s'il faut en croire le malade, qui assure avoir perdu d'un litre à un litre et demi de sang ; il paraîtrait de même que l'on a rencontré de grandes difficultés pour en arrêter l'écoulement, et que dans ce but, un homme de l'art aurait dû appliquer un appareil compressif ; cet appareil aurait même été serré au point de ne pouvoir plus être toléré au bout de vingt-quatre heures, époque à laquelle on l'a ôté ; ce qui porte encore à croire qu'une compression modérée n'avait pas suffi pour tarir l'écoulement du sang.

Y a-t-il eu seulement ouverture de la veine médiane basilique, ou bien l'artère brachiale aurait-elle été ouverte en même temps ? Nous craignons que cette dernière n'ait été lésée au même instant que la veine, et cela pour plusieurs motifs. Et d'abord la cause vulnérante a agi, avons-nous dit, sur le point d'entrecroisement des deux vaisseaux ; secondairement, le sang est sorti avec violence et en grande quantité, malgré la petitesse de la plaie, et en outre, il a fallu une forte compression pour en arrêter l'écoulement.

Cependant, le malade ne fournit aucun renseignement valable concernant les caractères physiques du sang et le mode suivant lequel l'écoulement s'en est fait. Il ne comprend pas, en effet, le sens et l'importance des questions que nous lui adressons à cet égard. Le sang est sorti par un jet continu ; mais ce jet était-il saccadé ; était-ce du sang artériel ou du sang veineux ; s'est-il coagulé avec promptitude ou avec lenteur après la sortie du vaisseau ? Ce sont autant de questions qui restent sans solution.

Néanmoins la lésion artérielle peut exister sans que nul indice vienne la traduire quant à présent. L'accident, en effet, date encore d'une époque peu éloignée, et, pour le présent, il n'existe ni tumeur, ni dureté, ni douleur locale. Il se peut, en effet, que l'artère n'ait été que légèrement ouverte, ainsi que cela arrive à la suite de certaines saignées malheureuses, qui n'en sont pas moins suivies, au bout d'un temps plus ou moins long, d'un anévrisme faux consécutif.

Si la veine médiane basilique avait été seule ouverte, ce fait présenterait ceci de remarquable, que l'écoulement sanguin aurait été abondant au-delà de toute croyance, eu égard à la petite ouverture du vaisseau et au défaut de compression exercée sur son trajet entre cette même ouverture et le cœur. Il est à présumer, en effet, que quand même le sang aurait pu sortir un instant par un jet continu, bientôt celui-ci se serait tari, puisque nous voyons dans les saignées, combien les choses ont de tendance à se passer ainsi, malgré tous les efforts que l'on fait pour éviter cet inconvénient.

Il faut reconnaître cependant que, quand même nous aurions la certitude que le sang se serait écoulé par un jet saccadé et qu'il aurait été rutilant, ces circonstances ne suffiraient pas pour conclure que l'artère brachiale a été effectivement ouverte ; car, dans la saignée encore, il arrive, par fois, que la veine piquée se trouvant exactement placée sur l'artère, les battemens de celle-ci impriment des mouvemens saccadés isochrones à ceux du cœur, au jet du sang ; et que, d'autre part, lorsque l'opération de la phlébotomie touche à sa fin, et surtout dans les cas où l'on a soustrait une quantité copieuse de sang, celui-ci sort avec des caractères qui se rapprochent du sang artériel. La circulation se trouvant, en effet, accélérée par suite de la spoliation du système vasculaire, le sang artériel n'a pas le temps de perdre ses qualités primitives en traversant les organes où il acquiert les propriétés du sang veineux. Disons encore que, lorsque la piqûre de la veine est petite, le jet est de même peu volumineux, et qu'alors la masse du sang s'oxygénant facilement au contact de l'air, ce fluide acquiert la couleur du sang artériel.

Au demeurant, le fait reste, quant à présent, environné de la plus grande obscurité ; et, pour parer à tout événement fâcheux qui pourrait ultérieurement survenir, nous avons engagé le malade à demeurer pendant quelque temps à la clinique.

Collection de pus formée dans un sac herniaire, chez une femme. Ouverture. Mort.

Au nº 8 de la salle Saint-Roch, est couchée une femme chez laquelle nous avons ouvert un abcès développé dans un ancien sac herniaire, situé au-dessous de l'anneau inguinal externe droit. La tumeur à laquelle cette formation de pus avait donné lieu, avait imposé tout d'abord à quelques personnes pour une hernie ; mais nous n'avons jamais partagé un seul instant une semblable croyance, et cela pour plusieurs motifs. D'abord, cette femme ne présentait ni les phénomènes locaux, ni les symptômes généraux qui se rattachent à la hernie étranglée.

Bien persuadé que nous avions affaire à une collection purulente, nous avons retardé jusqu'au lendemain l'ouverture de l'abcès. Nous nous sommes comporté de cette manière avec d'autant plus d'assurance, que nous ne voyions en cela aucun danger présent, ni prochain pour la malade ; car le sac ne communiquait pas avec la cavité abdominale.

L'ouverture de l'abcès ayant été pratiquée, le pus s'en est écoulé avec facilité ; la plaie a, après cela, conservé un bon aspect ; la suppuration était modérée et de bonne nature. Nonobstant la réunion de toutes ces conditions favorables, la malade s'est progressivement affaissée et n'a pas tardé à succomber, sans avoir présenté aucun symptôme de péritonite, ou de toute autre complication capable d'expliquer une issue aussi funeste qu'imprévue.

Nécrose invaginée du tibia.

Au nº 20 de la salle Sainte-Marthe, est entré un malade atteint d'une nécrose invaginée du tibia.

Ce jeune malade présente une nécrose invaginée du tibia gauche, mais des plus considérables, et partant des plus graves. Nous serions même porté à croire qu'il existe simultanément plusieurs nécroses, plusieurs séquestres ; ou bien qu'il existe une grande cavité à plusieurs compartimens. La jambe est tuméfiée, considérablement gonflée, et présente un vaste ulcère dont la formation a entraîné la dénudation d'une portion de l'os.

Ainsi, ce cas présente une très grande gravité, et nous en sommes à nous demander si l'amputation n'est pas la seule voie de salut qui nous reste. Ce malade nous est

---

fait. Quel rôle joue donc la rate dans ces cas de névroses intermittentes qui cèdent, ainsi que les fièvres tierces, etc., à un médicament anti-périodique, dont l'action, au dire de MM. Bally et Piorry, s'exercerait surtout sur cet organe ; qui, toujours selon ces mêmes praticiens, serait le point de départ, le siége principal de ces fièvres... mais, non sans doute, de ces névroses que guérit la même moyen ? Et si la rate n'est pas le siége principal de ces dernières, pourquoi serait-elle celui des fièvres intermittentes, qui offrent avec ces névroses une si grande analogie dans leur marche, et qui cèdent aux mêmes médicamens ? Pour résoudre ce doute, il faudrait, ainsi que je l'ai dit au début de cette lettre, bien savoir le rôle que joue la rate dans notre organisme ; et, jusqu'à ce qu'on ait acquis cette connaissance, on ignorera si, dans les fièvres intermittentes, elle est affectée primitivement ou secondairement ; on ignorera si elle est le siége des affections à type intermittent ou seulement des fièvres de ce genre ; on ignorera pourquoi et comment le sulfate de quinine, la potion de Peysson et autres anti-périodiques, guérissent les maladies de ce genre.

Je suis, mon cher confrère, votre tout dévoué,

Paris, 20 février 1841. A. Legrand, d.-m.

Strasbourg, le 23 février 1841.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre de M. le docteur Faure, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, insérée dans votre numéro du 9 février dernier, et relative au concours de M. C....., renferme, en ce qui nous concerne, des assertions qu'il nous importe de déclarer inexactes. Les phrases que nous prête M. le docteur Faure, d'après M. le professeur Persoz, qui les lui aurait transmises, *après avoir assisté comme juge au sein du comité secret* (1), où elles auraient été prononcées, sont tronquées, méconnaissables et tout à fait dénaturées. Sans doute le public a déjà fait justice de ces tardives récriminations, dont l'effet est plus funeste à ceux qui les font qu'à ceux contre lesquels on les dirige. Echappées à un homme grave, elles trahissent la profondeur d'une blessure d'amour-propre que la raison et le temps auraient dû guérir. Depuis son entrée à la Faculté de médecine, M. C..... y professe la chimie avec autant de zèle que de distinction, et ses élèves sont nombreux, M. le docteur Faure ne pouvait l'ignorer et au besoin, M. Persoz, dont l'opinion paraît avoir été momentanément égarée, devenu plus équitable, le lui eût sans doute appris, ne fût-ce que pour se faire pardonner son étrange conduite.

M. C....., n'a donc pas besoin de défenseur à Strasbourg, mais il nous a semblé nécessaire de le défendre auprès de vos lecteurs ; c'est pourquoi nous vous prions, M. le rédacteur, de vouloir bien insérer dans votre journal, cette lettre dans laquelle nous déclarons hautement que si notre voix a été acquise à M. C....., dans le concours où nous avons siégé comme juges, il l'a due uniquement à la saine appréciation de sa valeur scientifique.

Agréez, etc., Langlois, R. Cozé, Fée, Ehrmann.

(1) On nous prie de déclarer que la révélation de M. Persoz sur le concours de 1838 n'est pas récente, et qu'elle date de plus de deux ans. (*Note du Rédacteur.*)

Monsieur le Rédacteur,

Ce ne sont pas toujours les grandes découvertes qui, dans la médecine courante, la médecine de tous les jours, rendent les plus grands services. Il est souvent au contraire des choses bien simples auxquelles on ne songe pas toujours, et qui cependant ne laissent pas d'être fort utiles au besoin. De ce nombre, je crois pouvoir mettre un moyen que j'emploie assez souvent dans ma pratique, que j'ai communiqué à quelques-uns de mes confrères, et qui leur a paru assez bon.

Depuis quelque temps l'esprit inventif des pharmaciens s'ingénie à découvrir toutes sortes d'expédiens pour masquer la mauvaise saveur et plus encore l'odeur nauséabonde de certains médicamens. En un mot, nous avons vu pleuvoir les capsules de toute espèce, auxquelles je ne ferai qu'un reproche, celui d'être trop coûteuses pour une certaine classe de malades. Médecin des pauvres, je suis à même de l'observer : c'est ce qui m'a engagé à parler d'une espèce de capsules qui nous sont fournies par la nature elle-même. Prenez une orange, de cette orange extrayez avec précaution ce qu'on appelle vulgairement un quartier ; coupez cette fraction du fruit à son tiers supérieur ou inférieur, peu importe ; mais ce qui est indispensable, c'est d'enlever la plus grande partie du parenchyme, toutefois sans intéresser la cloison membraneuse et *imperméable* qui forme alors une sorte de petite vessie dans laquelle on peut renfermer telle substance que l'on voudra. Quand le malade est pour avaler une prise de médicament ainsi enveloppé, on lui recommande de froncer avec les doigts les bords de cette bourse improvisée, de façon qu'aucune particule de la substance ingérée ne lui tombe dans la bouche.

Il est bon de remarquer que cet expédient fort simple réunit tous les avantages des capsules gélatineuses, moins leurs inconvéniens, qui sont une dureté extrême fort nuisible dans les affections compliquées de phlegmasies de l'arrière-bouche. Je puis affirmer que le sulfate de quinine, administré dans un quartier d'orange, ne laisse dans la bouche aucune espèce d'amertume. En serait-il de même des substances plus ou moins liquides ? je n'en ai point fait l'essai. Quant aux substances pulvérulentes, ce n'est point pour moi l'objet d'un doute.

Agréez, etc. Dr Villemin.

Fistule lacrymale.

Mon cher confrère,

Dans le numéro 27 de votre estimable Journal, M. Rognetta me fait l'honneur de prendre pour texte de réflexions, du reste fort sages, sur le traitement de la fistule lacrymale, une observation recueillie dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, par M. Bocandé. A cela je n'aurais rien à dire, si l'auteur, par inadvertance sans doute, n'avait, en rappelant ce fait, commis plusieurs inexactitudes graves. Il n'avait certainement pas sous les yeux l'observation qu'il critique quand il a rédigé sa note, car il y aurait vu : 1º que les diverses opérations qu'il blâme avaient été pratiquées avant moi et non par moi ; 2º que loin de considérer les moyens divers employés jusque-là comme les *meilleures* ressources de l'art, je dis positivement (car ces mots sont de moi, et entre parenthèses) : « Une deuxième, une troisième édition des moyens » employés jusqu'à présent n'auraient probablement pas plus de » succès, il est donc convenable de suivre une autre marche (1). »

Agréez, etc. Maisonneuve.

(1) Les lecteurs attentifs ont dû voir que ma critique ne s'applique nullement à M. Maisonneuve, puisqu'elle porte sur une méthode généralement suivie et appliquée sur le sujet en question par d'autres que par cet habile chirurgien. Je suis, au reste, flatté que M. Maisonneuve tombe d'accord avec ma manière de voir. (*Note de M. Rognetta.*)

instamment recommandé, ce qui sans doute ne saurait motiver en sa faveur plus d'empressement de notre part; mais pour satisfaire au désir des personnes qui s'intéressent à lui plutôt que dans l'espoir d'améliorer son état, nous essaierons les topiques émolliens et quelques autres moyens avant d'en venir à un parti extrême. Cette pratique d'ailleurs nous procurera probablement la cessation du gonflement du membre, et alors il nous sera permis de mieux constater l'état des choses, sur lequel nous ne sommes pas encore exactement fixé.

Tentative de suicide. Explosion dans la bouche d'un pistolet chargé de deux balles.

Le malade couché au n° 30 de la salle Sainte-Marthe s'est tiré un coup de pistolet dans la bonche dans l'intention de se donner la mort. Le peu de désordre que nous avons constaté dans l'intérieur de la bouche nous a fai[t] penser tout d'abord que le pistolet était chargé sim[ple]ment avec de la poudre : mais un examen ultérie[ur] [n]ous a donné la presque certitude que l'arme conte[nait] aussi des projectiles.

Ce malade est âgé de seize ans : chose p[re]sque inconcevable, qu'à un aussi jeune âge l'on p[uisse] être assez sérieusement pris du dégoût de la v[ie] pour essayer d'en arrêter le cours. C'est surtout [ce]tte réflexion qui nous a fait présumer que le pistolet n'[é]tait chargé qu'avec de la poudre, et que l'intention [réel]le du sujet n'était pas de se donner la mort ; d'aut[ant] plus qu'à cet âge il est des individus assez astucie[ux] pour insinuer aux personnes desquelles ils dépen[dent] que leur intention est de se suicider, et cela dans le [but] d'adoucir les rigueurs de la tutelle à laquelle ils [son]t soumis, ou de s'en affranchir entièrement. [D]emeurant, la plaie extérieure est très superficielle.

A[u] observation que toutes les fois qu'un individu tente [d]e se donner la mort en se tirant un coup de pistolet, le canon de l'arme étant engagé dans la bouche, il en résulte alors sur les parois de la bouche un effet constant : savoir, la déchirure des deux angles de la commissure des lèvres, en forme de V, ce qui donne lieu ordinairement à quatre déchirures qui intéressent toute l'épaisseur de la joue, et qui sont plus ou moins étendues. La cause de ce phénomène réside dans la dilatation soudaine de l'air, consécutivement à la combustion instantanée de la poudre.

Résultat immédiat de la distension outrée des joues, ces déchirures ne sont pas exactement comparables aux plaies qui résultent de l'action des projectiles lancés par la poudre de guerre, et, comme celles-ci, elles ne présentent pas ce degré prononcé d'attrition de leurs bords, qui s'oppose à leur réunion par première intention. Ce mode de réunion, au contraire, est possible dans le cas qui nous occupe, et il suffit tout au plus, pour en assurer le succès, d'égaliser les bords de ces déchirures. Une semblable conduite nous a réussi dans quelques cas, où nous n'avions pas sérieusement à craindre des suites des désordres intérieurs, et où nous pouvions par conséquent nous y conformer en toute assurance. Une fois, entre autres, nous reçûmes à la Charité un jeune homme qui avait tenté de se suicider à la suite d'une altercation qu'il eut avec son père naturel. Les joues présentaient les désordres que nous venons de signaler. Le blessé fut transporté à l'hôpital, dans un état de commotion profonde, qui nous fit présager une issue funeste. Cependant le lendemain, contre notre attente, la commotion avait cessé, l'état de stupeur n'existait plus. Nous songeâmes alors à remédier aux désordres existans, car le cas ne nous paraissait plus aussi désespéré que la veille, et le blessé lui-même nous pria, avec beaucoup d'instance, d'user de tous les moyens capables de prévenir autant que posible les difformités du visage.

En conséquence, nous avivâmes les bords des quatre déchirures s'étendant des angles de la commissure buccale vers les joues, et la réunion s'en fit parfaitement. Ce malade guérit ; mais comme la bouche restait un peu grande, cédant à ses instances réitérées, nous pratiquâmes par la suite deux petites opérations dans le but de la rapetisser.

Il paraît que le pistolet du jeune blessé de la salle Sainte-Marthe, qui nous fournit l'occasion d'entrer dans ces détails, contenait plusieurs petites balles, dont l'une a perforé le voile du palais. Cependant aucun de ces projectiles n'a été trouvé dans l'examen aussi minutieux de la bouche auquel nous avons pu nous livrer. Ne se pourrait-il pas qu'ils fussent tombés dans le pharynx, et, par suite, qu'ils fussent arrivés dans les voies digestives? Quoi qu'il en soit, l'état de ce malade ne présente, quant à présent, rien d'inquiétant et tout fait espérer une prompte guérison.

K.....

Mon cher confrère,

Dans l'intéressante observation de strabisme empruntée au service de M. Bérard jeune, et publiée dans votre dernier numéro, j'ai remarqué une phrase que je désire ne pas laisser sans réponse.

L'auteur anonyme de cet article, faisant allusion à l'observation que j'ai insérée dans votre estimable Journal le 23 février, dit d'abord : que, dans son opération sur le jeune enfant dont j'ai brièvement raconté l'histoire, M. Jobert n'a pas dû le succès qu'il a obtenu au débridement de la cicatrice *très problématique* de la conjonctive. Puis il ajoute : « On pourrait avoir de bonnes » raisons pour soupçonner que, dans ce large débridement, l'ins» trument tranchant a divisé à la fois et la conjonctive et les fi» bres internes des deux muscles droits supérieur et inférieur. »

Pour ce qui est de déterminer rigoureusement la part que la conjonctive peut avoir eue dans la production de l'infirmité, je n'ai jamais eu la prétention de le faire. C'est seulement en jugeant par analogie que le chirurgien a pu être amené à émettre cette opinion, et si j'ai signalé cette cause que je considère du reste comme très admissible, c'est uniquement pour engager les chirurgiens à la vérifier, l'admettre ensuite ou la rejeter, suivant ce qu'indiquera l'observation attentive de nouveaux faits.

Quant aux bonnes raisons qui font soupçonner à l'auteur de l'article que l'opérateur a pu sans le savoir et sans le vouloir diviser une partie des muscles droits supérieur et inférieur, je ne puis les admettre aussi facilement, car il n'est pas croyable qu'un chirurgien qui connaît la disposition anatomique des parties sur lesquelles il opère puisse se méprendre au point de couper aveuglément et sans les distinguer des parties aussi distinctes et par la forme et par la situation.

Du reste, la lecture attentive de la description de l'opération pratiquée par M. Jobert, aurait empêché toute erreur, car j'ai positivement dit que le débridement de la conjonctive a été fait directement en haut et en bas, et non pas en dehors dans la direction des muscles droits supérieur et inférieur qui ont été respectés sans aucune espèce de doute.

Si vous pensez que cette réclamation mérite d'être insérée, veuillez avoir l'obligeance de la faire publier dans le prochain numéro de votre Journal.

Agréez, etc. LABORIE, D.-M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Lundi, 1er mars 1841.

Argumentation des thèses.

M. Chassaignac a été argumenté par :
MM. Laugier.
Thierry.
Boyer (Philippe).
Lenoir.

(De l'appréciation des appareils orthopédiques.)

Mercredi, 3 mars.

M. Laugier sera argumenté par :
MM. Thierry.
Boyer (Philippe).
Lenoir.
Bérard (Auguste).

(Des cals difformes, et des moyens qu'ils réclament.)

UNE FAUTE D'IMPRESSION.

BLÉPHARRIRGON (*écarte-paupières*) du Dr KELLEY-SNOWDEN.

C'est le petit appareil fabriqué par M. Luër, et dont on trouve une description exacte dans *L'Esculape* du dimanche 28 février 1841. Il a été présenté par l'auteur à l'Académie de médecine le 23 février, et renvoyé à l'examen de M. le professeur Velpeau.

Au lieu de Dr Furnari, *lisez donc* Dr Kelley-Snowden.

Par ordonnance royale du 19 février, M. Dubouchet, médecin avantageusement connu par quelques ouvrages sur le traitement des maladies des organes génito-urinaires, vient d'être autorisé à accepter et porter la décoration de chevalier de l'Ordre royal du Lion néerlandais, qui lui a été conférée par S. M. le roi des Pays-Bas.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 4 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 29, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Hernie crurale étranglée, compliquée d'une ascite. Opération dix-huit heures après l'étranglement. Péritonite, onctions mercurielles. Guérison.

Clert, commissionnaire, âgé de quarante-un ans, fortement constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, né en Savoie, habitant Paris depuis 1823, a toujours été bien portant jusqu'en 1830, époque à laquelle il fit une maladie peu grave, et sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement satisfaisant. Toutefois, ce fut pendant la convalescence de cette maladie que cet homme contracta une hernie inguinale droite à la suite d'efforts qu'il fit pour soulever un fardeau. Sa hernie s'était toujours montrée redoutable et était facilement maintenue par un bandage. Elle ne troublait en rien les fonctions. Cependant, en 1839, les digestions devinrent pénibles, le ventre acquit un certain volume, et un catarrhe chronique que le malade contracta, joint au développement de son abdomen, rendaient son travail beaucoup plus pénible.

Le 1er janvier 1840, à la suite de violens efforts de défécation, la hernie, mal soutenue sans doute, se fit jour au dehors et il fut impossible de la faire rentrer. Le malade fut aussitôt pris de violentes coliques, de nausées, de vomissemens et de prostration extrême.

Le 2, au matin, jour d'entrée à l'Hôtel-Dieu (salle Ste-Agnès, n° 9), front couvert d'une sueur froide visqueuse, figure exprimant le découragement; pouls petit, fréquent et filiforme; le malade est tourmenté par l'idée d'une mort prochaine. A chaque instant il éprouve des nausées et des vomissemens. Dans la région inguinale droite existe une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, marronnée, douloureuse à la pression, irréductible; la peau qui la recouvre a une teinte légèrement violacée: il y a dix-huit heures que cette tumeur existe. Les antécédens, les symptômes et le siége de la tumeur ne laissent pas de doute sur l'existence d'une hernie inguinale droite étranglée. Vu la gravité des symptômes, M. Blandin se décide à pratiquer immédiatement l'opération.

Une incision fut faite selon les règles sur cette tumeur, bientôt on vit que le sac herniaire et l'intestin qu'il contenait, avaient une teinte noirâtre, sans être toutefois gangrenés. Dès que le sac fut ouvert, que le débridement fut pratiqué, la hernie fut facilement réduite, et il s'écoula par la plaie une grande quantité de sérosité citrine. On favorisa cet écoulement par de douces pressions faites sur le ventre, qui prit promptement son volume, s'affaissa et rentra dans ses limites normales. Le malade fut pansé et reporté dans son lit.

Le 3 janvier, le malade a assez bien passé la journée; il a peu souffert du côté du ventre; il a dormi un peu; il a rendu beaucoup de matières fécales avec les lavemens purgatifs qui lui ont été donnés. Sa figure est un peu injectée; sa langue blanche; soif vive; point de nausées, ni de vomissemens; ventre peu douloureux à la pression, si ce n'est dans la région inguinale droite. Ce matin il a éprouvé du frisson. La plaie est rouge sur les bords à son centre on voit des morceaux de tissu cellulaire mortifiés. Pouls fréquent mais petit; peau chaude et sèche. Lavemens purgatifs; bouillon de veau; fomentations émollientes.

Le 4, le malade est plus mal que la veille; il est tourmenté de nausées et de vomissemens; sa langue est rouge; son ventre est tendu, douloureux à la moindre pression; même état de la plaie; face grippée; toux excessivement fatigante; il existe un râle muqueux et un ronchus bien manifeste dans toute la partie antérieure de la poitrine, seule partie que l'on puisse examiner; le pouls est très fréquent, petit, filiforme. Léger lavement purgatif; pectorale; julep gommeux; fomentation émolliente; pansement de la plaie.

5 janvier. Le malade a eu plusieurs selles copieuses dans la journée; son état général est le même, aucun soulagement du côté de l'appareil respiratoire et digestif. Le ventre est toujours douloureux à la pression, la soif est toujours vive, la peau sèche et brûlante. Pectorale, julep; onction mercurielle sur tout le ventre.

Cet état se maintint jusqu'au 12 janvier sans amélioration notable. Pendant ce laps de temps, le malade se plaignit toujours de coliques, de nausées et de vomissemens. Sa toux et son expectoration furent les mêmes. Cependant la plaie perdit de sa rougeur violacée. M. Blandin enleva le 7 les flocons de tissu cellulaire mortifié qui existaient à l'extérieur. Les onctions mercurielles furent continuées, quoique douloureuses pour le malade; de légers purgatifs, une tisane pectorale et des juleps furent également administrés.

Vers le 12, un mieux notable se manifesta: la langue devint humide de sèche et croûteuse qu'elle était; le ventre perdit de sa sensibilité; la plaie prit une teinte rosée; la toux fut à la fois plus fatigante et plus rare. Le malade prit un peu de bouillon, les onctions furent cessées, un large cataplasme fut placé sur la région inguinale; le pouls qui jusqu'alors avait été à 110-120 pulsations à la minute, descendit à 90; la peau perdit de sa sécheresse. Les mêmes tisanes furent continuées.

Le mieux allant en croissant, la convalescence fut bientôt confirmée; la plaie se ferma, et au bout de six semaines le malade put sortir de l'hôpital.

A cette époque, son ventre était encore un peu développé; il était toutefois impossible de dire si ce développement était dû à une nouvelle quantité de sérosité épanchée dans le péritoine ou à des adhérences anormales formées pendant la péritonite. Du reste, son appétit était bon, sa digestion se faisait bien. Sa toux existait encore, mais moins fatigante; l'auscultation donnait les signes d'un catarrhe chronique.

Si on réfléchit un instant aux circonstances particulières qu'a présentées cette observation, on verra qu'elles peuvent jusqu'à un certain point fixer l'attention. En effet, cette hernie, à peine étranglée, depuis dix-huit heures présente déjà une imminence de gangrène vraiment remarquable; le sac et l'intestin sont violacés, au point que l'on doute de leur vitalité. Ce fait vient à l'appui de ce principe, qui veut que l'on opère toute hernie inguinale étranglée de bonne heure, à moins que des circonstances spéciales ne s'y opposent. Mais d'où pouvait venir cette coloration du sac? Tenait-elle à la compression exercée du dedans au dehors par l'intestin déplacé, ou bien venait-elle de la compression communiquée par les parties voisines? En un mot, l'étranglement, dans ce cas, s'est-il fait au collet du sac herniaire, comme le veut M. Malgaigne? C'est ce qu'il serait difficile de dire. La coïncidence la plus curieuse est l'existence d'une ascite, conjointement avec celle de la hernie, dont l'opération remplit pour ainsi dire le but de la paracenthèse. Le succès de cette opération montre ce qu'il y aurait à faire en pareille circonstance. Les onctions mercurielles ont-elles amené le mieux qui se manifesta au dixième jour de la maladie, ou ce mieux n'est-il qu'un simple effort de la nature? Peut-être pourrait-on rapprocher ce fait de ceux déjà observés par M. Velpeau, dans des circonstances plus ou moins analogues. Notons, en terminant, que, malgré les hautes doses de mercure qui furent mises chaque jour en usage pour couvrir tout le ventre du malade, il ne se manifesta aucun symptôme de salivation. DEMARQUAY.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Hémoptysie simulée. Exemples analogues.

Au n° 24 de la salle Sainte-Anne, est une jeune fille de vingt-cinq ans, brodeuse, qui, dans le désir d'occuper d'elle, eut recours à plusieurs médecins. Il y a peu de temps elle appela un de nos confrères pour qu'il fût témoin d'une hémoptysie qui venait de la prendre. Lorsqu'en ville vous êtes mandé près d'une femme, vous ne pouvez facilement douter de sa bonne-foi. A l'hôpital, c'est différent; l'envie de prolonger son séjour peut bien la porter à employer quelques ruses. Le médecin appelé par cette jeune fille trouva dans une certaine quantité de

FEUILLETON.

NOTICE SUR L'ANATOMIE ET SUR LA PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYMUS;

Par le docteur JOSEPH CORTI.

(Suite du n° 22.)

Etant donc admis que l'hypertrophie, les dégénérescences mélaniques et tuberculeuses des glandes bronchiques; que les tumeurs cancéreuses situées dans le médiastin postérieur, que l'agrandissement de la thyroïde, que l'hydrocèle du cou, donnent lieu d'une manière interrompue, comme cela arrive, à des accès de respiration désordonnée et anhéleuse; le thymus, pathologiquement tuméfié, doit, à plus forte raison, exciter les mêmes, voire même de plus déplorables effets, soit que la compression qu'il exerce restreigne mécaniquement la capacité du tissu encore flexible du tube trachéal des enfans, soit qu'il gravite seulement sur les nerfs sous-jacens.

Il résulte des observations de Hirsh, avec lesquelles nous sommes parfaitement d'accord, que le thymus, en croissant de volume, non-seulement s'étend supérieurement, mais de plus, se replie en arrière, embrasse et étreint même latéralement la trachée. Cela arrivant, l'organe hypertrophié ne peut faire moins que de comprimer et de fouler plus ou moins fortement, non-seulement les filets antérieurs du nerf récurrent, mais en même temps ses principaux troncs qui remontent à côté de la trachée. Dans cet état de choses, si la pression est violente, active et incessante, il peut en résulter l'enrouement ou l'extinction de la voix, comme cela arrive fréquemment dans l'anévrisme de l'aorte; si la compression est superficielle et faible, elle donne plutôt lieu aux symptômes du laryngisme de la glotte. Cette manière de voir peut d'ailleurs être appuyée sur les axiômes émis par Osborne relativement à la nature de la névralgie (1).

Hufeland, Marsh et Ley assurent que tous les enfans qu'ils ont vus affectés de laryngisme striduleux, présentaient des signes manifestes de diathèse appelée écrouelleuse, ou avaient été engendrés par des parens scrofuleux. Carswell attribue la cause des accès de respiration embarrassée, communs aux enfans, à l'accroissement scrofuleux des glandes bronchiques (1).

Cependant le docteur Kerr conclut de ses observations que le spasme de la glotte attaque également les enfans écrouelleux et ceux qui ne le sont pas (2). L'enfant dont j'ai tracé l'histoire pathologique, était né de deux robustes agriculteurs; je n'ai pu découvrir en lui aucun indice de ces caractères généraux que Hufeland donne comme propres à la dyscrasie scrofuleuse (3); ni à l'autopsie je n'ai rencontré l'altération des tissus et des organes qui, selon Salmade, indique cette contamination (4).

Mais pourquoi, dans le cas dont il s'agit, la compression ne présente-t-elle aucun, ou tout au plus présente-t-elle un léger signe d'affection à l'endroit qui en est le siége, tandis qu'elle en occasionne de terribles et de très pénibles à l'orifice le plus éloigné du canal respiratoire? Je n'en saurais alléguer d'autre raison que celle qu'on a coutume d'invoquer pour expliquer les spasmes du pénis et l'incommode vellication de l'orifice du canal de l'urètre, qui surviennent ordinairement quand un calcul existe dans la vessie.

« Cette sensation douloureuse est sympathique, dit Mason-Good, et est l'effet d'une loi de la nature, laquelle a établi que les extrémités des nerfs qui pénètrent dans la texture d'un organe, et spécialement des canaux muqueux, posséderaient une sensibilité exquise réciproque plus grande que celle des parties intermédiaires, et en conséquence participeraient avec une acuité plus vive à toute action morbide (5). »

Et cela est si vrai, que nous observons assez souvent que les lésions idiopathiques produisent moins de désordres que les sympathiques; et, pour ne pas nous écarter de notre sujet, il est positif que, tandis qu'une tumeur quelconque qui comprime la trachée provoque des spasmes épouvantables de la glotte, M. Andral et Stokes nous assurent que ni l'induration, ni l'agrandissement morbides de l'épiglotte ne produisent jamais de respiration striduleuse.

Les médecins qui ont observé l'asthme thymique, disent que la compression du thymus tuméfié peut être violente au point de déprimer la trachée et d'en diminuer transversalement la capacité, et nous avons vu ci-devant que le cas décrit par Astley Cooper était de cette nature.

Ceux qui sont experts en phonologie pourraient, avec raison, opposer à cette assertion que toute espèce de rétrécissement transversal et de forme aplatie, produit dans un tube, rend un son grave et même âpre, chaque fois que l'insufflation le traverse; mais non pas aigu et sifflant, comme il arrive dans le spasme de la glotte, phénomène qui ne peut avoir son effet qu'au moyen d'un tube rétréci et arrondi.

Rien de plus vrai que ce fait, qui constitue même une des lois fondamentales de l'acoustique, et qui reçoit la plus ample confirmation de la diverse structure des organes vocaux que présentent les oiseaux chanteurs. En effet, tandis que chez l'homme et dans quelques animaux, les anneaux cartilagineux de la trachée sont inégaux et imparfaits, on les trouve entiers et complets chez les oiseaux qui nous charment davantage par l'acuité et la suavité de leur chant (1). En outre, il y a d'autres oiseaux dont le chant est aigu et sibilant, qui ont le conduit laryngo-trachéal divisé en deux canaux droits et cylindriques, se terminant dans chaque poumon; le canard et le harle possèdent au contraire à la partie supérieure de la trachée une saillie osseuse, laquelle, placée transversalement dans la cavité de cet organe, sert à communiquer au chant de ces volatils ce son désagréable et grave que tout le monde connaît.

La pathologie vient même à l'appui de ces faits puisés dans la physiologie comparée. Nous savons que le râle appelé sibilant par Laënnec, est produit par l'air qui s'échappe par une petite ouverture circulaire, et si d'un côté, c'est un phénomène très connu que dans le croup, la fausse membrane qui tapisse la paroi interne du larynx en diminue circulairement le calibre de telle manière que l'air, en traversant ce canal arrondi et rétréci transmet un son qui ressemble tout à fait au chant aigu du coq; d'un autre côté, il est généralement connu que le bronchocèle, en comprimant transversalement la trachée, rend plutôt la voix âpre et grave.

Cela posé et admis pour vrai, comme on n'en peut douter,

(1) *V.* Giornale delle Scienze mediche di Torino, vol. IV, page 484.

(1) *V.* Williams, Pathol. et diagn. des maladies des poumons, part. II.
(2) *V.* Giornale delle Scienze mediche di Torino, vol. III, pag. 456.
(3) *V.* Traité des malad. scroful., sect. II.
(4) Dict. abrégé de méd., art. *Scrofule.*
(5) Op. cit., tom. V, pag. 530.

(1) Rolando, Diz. period. di med., n° 27.

sang que celle-ci venait, disait-elle, de rendre, une portion de tissu du poumon qu'il soumit à notre examen, et que nous vous présentons. Elle est de la grosseur du pouce, et paraît appartenir à la quatrième division des bronches; on remarque plusieurs tuyaux bronchiques du volume d'une plume d'oie, environnés de cerceaux cartilagineux. L'on trouve aussi une veine pulmonaire d'un assez gros calibre. Habitué depuis long-temps à faire des dissections d'animaux et d'hommes, nous pensons que des cerceaux cartilagineux aussi gros ne pourraient se rencontrer que sur les vieillards. Or, voici une première division des bronches prise sur un sujet âgé, et vous voyez qu'elle n'égale pas en grosseur cette autre portion des bronches qui pourtant appartient à la quatrième division. Eh bien, suivant toute apparence, vous avez sous les yeux des bronches de bœuf. Ajoutez a cela que dans cette pièce, la section des tuyaux bronchiques est nette, ce qui n'aurait pas lieu si elle avait été éliminée par la gangrène; et puis, ce qui ne permet plus le moindre doute à cet égard, c'est que rien à l'auscultation, à la percussion et dans l'état de cette jeune fille, ne dénote une aussi effroyable maladie que la gangrène du poumon.

Voici encore un précieux élément de diagnostic. Comme nous faisions peu d'attention à cette jeune fille, celle-ci nous montra, un jour, à la visite, du sang qu'elle venait de rendre. En examinant ce sang, nous voyons qu'il se trouve mêlé à de la salive, et qu'il est par conséquent le résultat d'une hémorrhagie gencivale, que l'on produit, vous le savez, avec une extrême facilité. Il faut donc conclure que cette femme cherche à nous en imposer, et que c'est chez elle un parti pris de se jouer des médecins.

Certes, Messieurs, quand on se demande ce qui peut déterminer une jeune fille à agir de la sorte, on ne sait trop que répondre. De pareils exemples se rencontrent même dans la classe élevée de la société. De jeunes personnes, pour se rendre intéressantes, se livrent à des actes tout aussi excentriques. Mais c'est surtout dans les hôpitaux que l'on peut être témoin de semblables choses.

Il y avait dans le service de M. Cayol une femme qui avalait ses urines pour les vomir ensuite. Elle se servait pour cela d'une éponge qu'elle se plaçait dans le vagin. On lui lia bras et jambes, et force lui fut bien de lâcher ses urines dans le lit. A la Charité, dans le service de Boyer, une femme avalait ses matières fécales et les vomissait ensuite. Des gants blancs qu'on lui mit aux mains firent découvrir la ruse.

M. Bretonneau nous raconta qu'une jeune fille âgée de seize ans, d'une famille riche et très bien considérée, rendait tous les mois, à l'époque de ses règles, des masses de chair assez considérables. Le médecin du lieu, induit en erreur, ne savait à quoi rapporter de pareils accidens. Les parens de la demoiselle, alarmés, se rendent près de M. Bretonneau, et lui présentent ce que leur fille venait de rendre. M. Bretonneau, reconnaissant des intestins et le thymus d'un veau, demanda à parler à la jeune demoiselle en particulier, fit à celle-ci des remontrances paternelles, mais sans obtenir d'elle aucun aveu: les parens s'emportèrent même contre M. Bretonneau, déclarant leur fille incapable de ce dont il l'accusait.

Cependant le médecin, informé par M. Bretonneau de ce qui était arrivé, se mit sur ses gardes. Un jour de Pâques, il fut mandé pour cette jeune demoiselle, prise des mêmes accidens; et en examinant les matières des règles, il trouva un jabot de dindon, qu'il put rapprocher des bouts de l'intestin auquel il s'adaptait parfaitement. La jeune fille fit alors l'aveu de sa supercherie.

Aujourd'hui cette personne est mariée et mère de famille très respectable.

A l'époque de la puberté, le travail qui se fait dans l'utérus réagit de telle manière sur le cerveau, que souvent de jeunes filles font des choses peu en harmonie avec leurs habitudes de la vie, et dont le but est vraiment une chose incompréhensible.

Douleurs rhumatismales aiguës.

Au n° 10 de la salle Sainte-Anne est une femme dont nous vous avons déjà parlé, et qui, depuis six semaines, présente une fièvre erratique avec douleurs rhumatismales dans les jambes, dans les épaules, puis dans le ventre. Aujourd'hui elle ne peut plus avaler, elle est prise d'angine. La nature de cette nouvelle affection n'est pas douteuse, nous avons là une angine rhumatismale.

Il faut vous habituer à rencontrer ces sortes d'accidens dans le rhumatisme, mais surtout dans le rhumatisme apyrétique. Sous l'influence du froid, l'on voit certaines personnes prises de mal de gorge; chez d'autres ce n'est point le pharynx, mais le cou, les épaules, les membres, etc., qui deviennent le siége de la douleur. Il est impossible, dans ces cas, de ne pas admettre la même cause produisant ses effets sur des organes différens.

Dans le rhumatisme vague, l'on voit les douleurs passer d'un organe à un autre, de ceux-ci aux membres, à la gorge, etc.; soyez prévenu de cela, parce que, dans votre pratique, vous aurez souvent occasion de le constater.

Des préparations d'or dans la syphilis.

La femme du n° 9 de la même salle, atteinte de syphilis si grave, est depuis dix jours soumise au perchlorate d'or. Ce n'est point sur l'amendement qu'elle éprouve que nous voulons appeler votre attention, mais seulement sur les phénomènes généraux qu'elle présente.

Avant que d'être soumise à l'usage des préparations d'or, cette femme était sans appétit; elle avait de la diarrhée, des douleurs de ventre; aujourd'hui l'appétit est revenu, la diarrhée et les douleurs de ventre ont cessé: en un mot, cette femme est très bien. Depuis quelques jours elle est sujette à des tiraillemens nerveux, ce qui est très ordinaire chez les personnes qui prennent des sels d'or.

Certes, l'or, après le mercure et l'iode, peut être très utile dans la syphilis; mais son action sur le tube digestif mérite aussi une grande attention. Par les frictions sur la langue, l'appétit devient vif, les digestions sont faciles, la diarrhée, s'il y en a, cesse. De ce que cela survient chez des personnes faisant depuis long-temps usage des mercuriaux, il ne s'en suit pas que l'or ne puisse avoir de très bons effets dans des cas où on n'aurait employé aucune autre médication.

M. Legrand dit que chez les enfans atteints de diarrhée 2 milligrammes de perchlorure d'or en friction sur la langue rétablissent les fonctions digestives.

Chez les adultes qui, à la suite de pneumonie ou de fièvre typhoïde, se rétablissent péniblement, 5 milligrammes du même médicament suffisent pour donner de l'appétit et régulariser les fonctions du canal alimentaire.

Dans les dyspepsies, quand le quinquina, les amers, l'eau de Seltz, de Vichy, ne suffisent pas, les préparations d'or peuvent être avantageusement administrées.

Abcès du sein.

Au n° 1 de la salle Sainte-Julie est une femme présentant un abcès du sein gauche. Aussitôt que le pus se fait jour à l'extérieur, nous appliquâmes notre bandage compressif. Voilà huit jours de cela, et cette femme est guérie.

La femme couchée au n° 3 de la même salle présente à chaque sein un abcès que nous avons ouvert. Le bandage compressif a été établi, mais avec moins de succès que dans le cas précédent. Voici pourquoi: un des deux seins n'ayant pas été complètement compris dans le bandage, sa partie supérieure s'est étranglée, et il s'est formé un abcès que nous avons ouvert. Il faut avoir le soin dans ce cas de recouvrir par de nouvelles bandelettes les parties herniées. Aujourd'hui cette femme va bien.

Ce moyen nous a toujours réussi dans les abcès du sein chez les nourrices: la guérison ne s'est jamais fait attendre plus de quinze jours, si ce n'est dans un seul cas où la mamelle était tellement irrégulière que la compression ne pouvait pas être exacte. Nous avons aussi remarqué que les abcès ouverts par l'instrument tranchant mettaient plus de temps à se guérir que ceux dont l'ouverture était spontanée. Ce retard dans la guérison tiendrait-il à une simple coïncidence? C'est ce que nous pourrons constater par la suite.

Au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse est une autre femme avec un abcès occupant le sein droit. La fluctuation et la collection purulente paraît considérable. Nous laisserons ce sein s'ouvrir spontanément. Nous aurons de cette façon des moyens de comparaison.

Ainsi que nous le faisons ordinairement, nous laisserons pendant un jour le sein se vider complètement; ensuite nous appliquerons notre bandage.

HOTEL-DIEU SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

Première observation. — *Cancer de la lèvre inférieure. Chéiloplastie au moyen de deux lambeaux triangulaires pris dans la région mento-hyoïdienne* (procédé de Morgagni ou de Lisfranc).

Pendant le dernier quadrimestre de l'année 1833, un homme atteint de cancer à la lèvre inférieure, se présenta dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Il était âgé d'environ cinquante ans, et d'une constitution déjà détériorée.

Le mal s'étendait de l'une à l'autre commissure, sous forme d'excroissances fongueuses et d'ulcérations fournissant une sanie ichoreuse et fétide. Jusqu'à sa base, notamment vers son centre, la lèvre était indurée. Quelques ganglions engorgés occupaient, en outre, la région sous-maxillaire. Cependant la peau paraissait saine, à dater de la ligne transversale où commence le menton.

Cette maladie existait depuis plus de trois ans; elle n'avait cessé de s'accroître, malgré les divers moyens mis en usage, et déjà son influence s'exerçait sur l'économie d'une manière fâcheuse. Du reste, pas de cause particulière à laquelle on pût légitimement l'attribuer. Jusqu'à l'apparition du mal, le sujet avait été bien portant; ses parens et ses enfans n'ont jamais eu d'affection analogue.

M. le docteur Vailhé était alors chargé de la clinique chirurgicale de la Faculté. Il voulut essayer d'abord de quelques moyens médicaux avant d'en venir à l'opération: ils furent impuissans.

---

quelle explication donnerons-nous du *gallicinio*, de la voix semblable au chant du coq, qu'on observe, contrairement au principe phonique énoncé, lors même que la trachée est aplatie par la pression exercée par le thymus augmenté de volume?

Je suis d'avis que cela provient, en premier lieu, de ce que le son du chant du coq se forme dans l'acte inspiratoire de la glotte spasmodiquement resserrée; secondairement, dans le cas où il se manifeste aussi dans les courtes expirations, nous devons le rapporter à la modification que la petite colonne d'air expulsée de la trachée reçoit en traversant l'orifice rétréci du larynx; et si ce phénomène n'a pas lieu chez celui qui est atteint de bronchocèle, cela dépend, selon moi, de ce que, dans ce cas, les nerfs de la trachée ne ressentant plus, conformément à la loi de l'habitude, l'impression de la tumeur qui s'est développée par degrés, ne provoquent pas le spasme et la constriction de la glotte. Du reste, d'après Williams, la trachée et les bronches servent bien à réfléchir et à compléter la phonation, mais la modification et la modulation des tons sont des usages dévolus à la glotte.

Mais c'est ici le lieu d'éclaircir et d'aplanir un doute élevé par Stokes, lequel ne peut admettre l'opinion que l'agrandissement du thymus puisse être cause du spasme de la glotte, par la raison que cette glande ne peut s'hypertrophier tout-à-coup, ayant peu d'analogie avec les tissus de structure érectile, étant douée de peu de sensibilité et pourvue d'une petite quantité de vaisseaux.

Pour démontrer le contraire, je me bornerai à dire, avec Hyppolite Cloquet, « que le thymus est parsemé de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ses artères, quoique d'un petit volume, sont fort nombreuses; elles naissent des thyroïdiennes inférieures, des mammaires internes, des bronchiques, des sous-clavières, des vertébrales, des œsophagiennes, des médiastines et des péricardiques. Les veines leur correspondent exactement. Il reçoit quelques petits filets nerveux des pneumogastriques, des diaphragmatiques et des ganglions cervicaux (1).

Or, eu égard à la masse et au volume du thymus, quel autre organe du corps humain est mieux pourvu des instrumens de la vie organique et sensitive que cette glande?

En opposition à tout ce que nous venons d'avancer jusqu'à présent, l'on dira: Si le spasme de la glotte reconnaît pour cause une lésion organique et permanente, pourquoi se manifeste-t-il par accès périodiques, avec des intermittences singulières qui sont quelquefois marquées par de grands et longs intervalles?

(1) Traité d'Anat. descript.

« Si nous nous mettons à examiner, dit Mason-Good, les phénomènes de l'économie animale, comme ils se manifestent dans leur ordre naturel, nous reconnaissons qu'ils sont presque toujours soumis à un changement périodique. Un homme en état de santé et qui suit des habitudes régulières, reste généralement épuisé dans sa puissance sensoriale au bout d'un certain laps de temps, et a besoin d'une succession périodique de repos; il faut à son appétit une restauration périodique; ses intestins requièrent d'être vidés périodiquement. La même tendance l'accompagne et le suit également dans les maladies et il n'a pas de moyens de s'y soustraire. La goutte, le rhumatisme, la folie, retournent promptement, s'établissent avec opiniâtreté, disparaissent à l'improviste, par accès et avec des intervalles périodiques. Le flux des hémorrhoïdes fort souvent apparaît et cesse dans des temps déterminés (1).

D'après ces faits physiologiques et pathologiques auxquels nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, nous conclurons avec Trousseau et Belloc que la périodicité est une loi qui préside à l'organisme sain et malade, laquelle n'est autre chose que la conséquence formulée déduite des faits (2).

Si la périodicité de beaucoup de maladies est un fait distinct et confirmé par les médecins de tous les temps, la cause de ce phénomène est entièrement inconnue, en dépit des hypothèses plus ou moins ingénieuses proposées, et elle échappera peut-être encore long-temps aux recherches des pathologistes. Quant à nous, relativement à l'objet dont il est question, encouragés par l'affirmation de Kerr et d'autres praticiens que les attaques de spasme de la glotte se développent et règnent presque toujours dans la saison *vernale* et pendant les jours les plus froids, nous nous permettons de croire avec Rostan que: « Il est vraisemblable que la cause de cette périodicité se trouve dans l'atmosphère, dont l'influence sur la respiration et la circulation est immédiate, et dont les qualités sont bien diverses selon les momens de la journée. Quant à la différence qui existe entre certaines personnes pour l'heure de l'étouffement, on peut conjecturer avec quelque raison que c'est à la constitution individuelle que cette différence est due (3). »

J'ai fait jusqu'à présent tous mes efforts pour démontrer que la compression exercée par le thymus hypertrophié sur la trachée peut être cause de la constriction spasmodique de la glotte qui attaque quelquefois les enfans par accès périodiques; mais je ne prétends pas pour cela assurer qu'ils ne peuvent être affectés d'accès asthmatiques intermittens dus simplement à un trouble fonctionnel du système nerveux. Je répète même avec Meckel: Si ce système sert d'intermède à tous les organes; s'il les unit les uns aux autres, de manière que la majeure partie des changemens qui arrivent dans l'un, non-seulement sont ressentis par la masse centrale, mais déterminent encore des modifications dans d'autres parties de l'organisme, il est rationnel de penser que des tissus aussi sensibles et aussi impressionnables que les nerfs doivent par eux-mêmes, et exclusivement à tout autre système, être morbifiquement affectés. Je ne m'arrêterai pas ici à indiquer que les enfans et les jeunes gens sont naturellement plus sujets que les adultes aux maladies purement nerveuses.

Remarquez, je vous prie, cet enfant plein de vivacité qui vous touche, vous divertit et vous surprend par son intelligence précoce, par ses réparties promptes et naïves, par ses jeux innocens et par ses caresses affectueuses: il est gai et caressant. Un cri subit, un bruit inattendu éclatent près de lui; voilà tout à coup qu'il tressaille, qu'il rougit, qu'il pâlit et qu'il est atteint d'éclampsie. La convulsion est quelquefois partielle, d'autres fois générale, et peut se terminer promptement d'une manière funeste. Guersant, dont l'autorité est si respectée pour ce qui concerne les maladies des enfans, a confirmé ce qu'avant lui d'autres avaient assuré; c'est-à-dire, que chez les enfans morts d'éclampsie, on ne trouve ordinairement aucune sorte de lésion ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière (1).

D'après cela, nous devons nous persuader facilement que le larynx et la glotte, étant des organes doués d'un appareil musculaire particulier et d'une sensibilité exquise, spécialement chez les enfans, sont aisément sujets à la suite d'une cause même très légère, à des névroses spasmodiques particulières. De semblable nature, suivant plusieurs pathologistes, devrait être réputé l'asthme aigu puéril de Millar, s'il ne résultait pas maintenant des recherches critiques des deux Albers, que Millar, sous ce nom, n'entendait parler d'aucune autre maladie que du véritable croup pur et simple. De là, nous ne devons pas nous étonner que beaucoup de pathologistes, de nos jours, ne reconnaissent pas une nature exclusivement nerveuse à l'asthme puéril décrit par Millar.

Pour nous, nous avouons ne pas posséder les connaissances et

(1) *Op. cit.*, t. II, p. 87.
(2) Traité de la phthisie laryngée, p. [illegible]2.
(3) Cours de méd. clin., part. II, ch. II, sect. 1.

(1) *V.* Jos. Frank; Prax. med., vol. VII, part. 2, cap. 13.

L'ablation du cancer, ainsi que la restauration de la lèvre inférieure, furent dès lors décidées et pratiquées de la manière suivante :

Le malade, placé comme pour l'opération du bec-de-lièvre, une incision partant du milieu de la lèvre inférieure, descendit vers la saillie du larynx. Les parties furent alors hardiment détachées des régions maxillaire et sus-hyoïdienne.

Cela fait, et les quelques ganglions indurés ayant été enlevés, l'opérateur fit exécuter aux deux lambeaux un mouvement d'ascension vers la bouche, afin de s'assurer qu'il resterait assez de matériaux pour constituer la nouvelle lèvre après la résection des parties malades.

Cette conviction acquise, on emporta les tissus cancéreux à l'aide d'une incision semi-elliptique coupant chaque lambeau de dedans en dehors et de bas en haut, jusqu'à demi-pouce environ au-delà des commissures des lèvres. Enfin, deux petites sections pratiquées un peu au-dessus de celles-ci, et venant tomber sur les précédentes incisions, suffirent pour enlever complètement la maladie.

Les lambeaux furent alors remontés, puis rapprochés l'un de l'autre, en un mot convenablement disposés pour remplacer la lèvre perdue ; enfin, la suture entortillée les maintint dans cette position.

Quelques plumasseaux de charpie, une compresse et un bandage en fronde, suffirent au pansement.

Grâce à la simplicité du manuel opératoire, cette opération fut très rapidement achevée ; aussi suscita-t-elle peu de réaction fébrile.

Cependant l'appareil ne fut complètement enlevé, par précaution, que le dixième jour. L'adhésion des lambeaux se trouva parfaite. Peu après, le sujet quittait l'hôpital parfaitement remis. La nouvelle lèvre était de forme régulière, suffisamment épaisse, et retenant bien la salive. La cicatrice linéaire qui la divisait en deux parties était presque la seule trace que cette opération eût laissée.

(*Gazette médicale de Montpellier.*)

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAUX DE LONDRES.

Hernie crurale étranglée chez un homme. Opération.
Par M. Key.

Samuel Burly, âgé de quarante-sept ans, fortement constitué, a été reçu à Guy's hospital le 31 juillet 1840, avec tous les symptômes d'une hernie étranglée. Il déclare s'être toujours bien porté ; seulement il a éprouvé des douleurs intenses dans tout le ventre, il y a trois semaines, dont il avait été soulagé à l'aide de différens remèdes, mais son ventre était resté constipé depuis. La veille de son entrée à l'hôpital, les douleurs étaient revenues avec beaucoup plus d'intensité qu'auparavant, et il avait été obligé de garder le lit. Une ou deux heures après s'être couché, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une tumeur dans l'aine, et bientôt après il a été saisi de vomissemens et de hoquet. Un médecin appelé avait reconnu la maladie, et eut recours au taxis sans succès ; il avait administré en même temps des purgatifs sans plus d'avantage. Le lendemain il a eu une petite garderobe difficile, et la tumeur avait augmenté de volume. Plusieurs médecins avaient essayé, dans le courant de la journée, de réduire la tumeur, mais n'ayant pu réussir, ils l'ont adressé à l'hôpital.

A l'examen, on a trouvé les symptômes suivans : tumeur grosse et dure, en partie au-dessous, et en partie au-devant du ligament de Poupart du côté droit. L'apophyse épineuse de l'os pubis peut être facilement sentie à son côté interne. Douleur intense lorsqu'on manie la tumeur et que le membre est étendu ou dans la rotation en dehors. Abdomen tuméfié et dur, mais pas douloureux à la pression ; constipation. Douleur et sentiment de resserrement vers le cœur ; vomissement et hoquet de temps en temps ; anxiété, pouls petit et fréquent ; langue couverte d'une couche noire ; extrémités froides.

Le taxis ayant échoué, le malade fut mis d'abord dans un bain chaud ; vingt minutes après on essaie de nouveau le taxis un instant sans plus de succès. On applique des fomentations rafraîchissantes d'hydrochlorate d'ammoniaque et de nitrate de potasse. On prescrit intérieurement deux grains de calomel et un grain et demi d'opium, à répéter, en attendant l'arrivée de M. Key. Ce chirurgien, en le voyant, se hâte de l'opérer sans la moindre perte de temps ; il pratique une incision cruciale, dissèque les lambeaux et les renverse, met le sac à découvert. Il essaie alors de réduire la tumeur sans ouvrir le péritoine ; mais cela a été impossible, les viscères étant fortement serrés. Il ouvre le sac, et decouvre d'abord l'épiploon ; il essaie de le déplacer doucement, et éprouve une grande résistance, ce qui lui fait présumer qu'il adhère fortement au sac, chose dont il s'est bientôt assuré. En relevant le lambeau épiploïque, il découvre au-dessous une petite anse intestinale, de couleur noir plomb, congestionnée, mais non gangrénée. Il divise l'étranglement qui était excessivement serré, et réduit l'intestin. Restait l'épiploon : il en excise une partie avec le bistouri, respecte la portion adhérente, laisse saigner abondamment les vaisseaux épiploïques ; puis quand il croit avoir retiré assez de sang, il l'arrête avec de l'eau fraîche et une éponge serrée avec une main. L'épiploon restant sert de coussinet utile au sac. Les suites de l'opération ont été heureuses ; elles ne présentent rien d'extraordinaire. Guérison.

(*Provincial medical and surgical journal*, 13 fév. 1841.)

— On sait que la hernie crurale est rare chez l'homme. Quelques personnes cependant prétendent qu'elle l'est moins qu'on ne le croit. Le fait est qu'on en opère infiniment moins chez l'homme que chez la femme. Sous ce rapport, il y a déjà de l'intérêt dans la lecture de ce fait ; il y en a encore plus en considérant la gravité extrême dans laquelle le malade se trouvait au moment de l'opération, et l'heureux résultat de celle-ci. On est surpris en quelque sorte de voir un praticien aussi versé dans cette branche de la chirurgie que M. Key, craindre pour ainsi dire d'ouvrir le sac et essayer la réduction sans mettre les viscères à découvert. Il est vrai qu'attendu le volume considérable de la tumeur on n'avait pas à risquer de voir la tumeur se réduire en bloc et conserver l'étranglement, comme cela arrive assez souvent lorsque la hernie est petite ; mais enfin l'étranglement existait depuis deux jours, il était inflammatoire ; et avec cela l'état constitutionnel du sujet était si affaissé qu'on ne pouvait savoir si l'intestin n'était pas gangrené.

Il eût été donc malheureux que le procédé essayé par M. Key eût réussi dans l'hypothèse très possible que nous discutons. D'ailleurs, l'ouverture du sac n'aggrave pas sérieusement l'opération, et elle permet d'agir à découvert et par conséquent plus sûrement, ainsi qu'on le voit dans la pratique même très sage, suivie en dernier lieu par M. Key. Un autre point non moins intéressant sur lequel nous devons appeler l'attention, est relatif au procédé suivi par l'auteur dans l'excision de l'épiploon. L'excision avec le bistouri est peut-être préférable à celle qu'on pratique communément avec les ciseaux, et l'idée de se conduire comme M. Key à l'égard des vaisseaux épiploïques coupés offre peut-être quelques avantages qui ne sont pas à dédaigner, alors que l'épiploon restant n'est pas réductible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 2 mars.

Tumulte académique. Décision du conseil d'administration. Suspension de la séance. Séance à huis-clos. Avant l'heure de l'ouverture de la séance, une foule immense de curieux remplit toutes les tribunes, les passages et les allées, jusqu'à l'antichambre de la salle. Les académiciens éprouvent les plus grandes difficultés à pénétrer dans la salle et à prendre leur place. On s'attendait à des débats animés.

Le procès-verbal a été lu et adopté : il ne fait aucune mention de la discussion sur le bégaiement ni des sujets bègues présentés.

M. le Président. Messieurs, avant de faire donner lecture de la correspondance, je dois faire connaître à l'Académie la décision que le conseil d'administration vient de prendre dans la séance d'aujourd'hui. M. Roux lit cette décision, conçue à peu près en ces termes :

« Le conseil vient d'arrêter ce qui suit : L'Académie ne pouvant pas examiner convenablement d'elle-même les sujets atteints de strabisme et de bégaiement qu'on opère et qu'on voudrait lui présenter chaque jour, le conseil a décidé qu'aucune de ces présentations ne serait admise désormais jusqu'à ce qu'une commission composée de MM. Baffos, Blandin, Bégin, Bérard jeune, Gimelle, Hervez de Chégoin, auxquels se joindront le président et le secrétaire de l'Académie, ait fait son rapport sur les sujets qu'on lui aura présentés. » (Adopté.)

Après la lecture de la correspondance, M. Capuron est appelé à la tribune pour faire un rapport.

M. Capuron lit le titre de son rapport, qui est relatif à un cas de rétroversion de la matrice observé par M. Girard.

— Plusieurs membres arrivans se plaignent à haute voix de l'impossibilité où ils se trouvent de franchir la foule et d'arriver à leur place. Une foule très compacte encombre en effet l'entrée et une partie de la salle.

M. le Président invite les curieux à évacuer le passage, mais inutilement.

Quelques membres : M. le président, levez la séance.

M. le Président fait de nouvelles sommations sans plus de succès. Enfin, il déclare que si dans trois minutes la foule n'avait pas obéi à sa voix, il déclarerait que la séance aurait lieu en comité secret.

Trois minutes après, M. le président prononce le comité secret, mais la foule ne bouge pas davantage.

On demande la levée de la séance.

M. Barthélemy demande la continuation de la lecture du rapport de M. Capuron.

M. Velpeau dit que le meilleur parti à prendre pour faire évacuer la salle est de laisser M. Capuron continuer sa lecture. (Eclats de rire étourdissans.) La salle s'évacuera probablement, parce que les spectateurs étaient venus pour entendre autre chose.

M. Dubois (d'Amiens) propose la suspension de la séance pendant une demi-heure, afin que le public puisse sortir, et ensuite le comité secret.

M. Double parle dans le même sens, et demande que le président lève la séance si les spectateurs s'obstinent à rester dans la salle.

La salle a été évacuée silencieusement, et l'Académie s'est formée en comité secret.

— Parmi les pièces de la correspondance est un nouvel instrument de M. Charrière pour écarter les paupières durant l'opération du strabisme sans avoir besoin des doigts d'un aide. Cette

---

l'expérience nécessaires pour être à même d'émettre une opinion quelconque relativement à cette question encore si obscure. Observons toutefois que, dans l'admission de l'étouffement spasmodique qui, avec des symptômes de constriction laryngée, attaque en forme de paroxysme, les hypocondriaques et les femmes hystériques, il ne répugne pas de croire que de semblables accès nerveux peuvent soudainement, et par périodes, assaillir les petits enfans très impressionnables. Et cette opinion aurait beaucoup plus de valeur, si nous reconnaissions l'existence de cette variété de toux férine que quelques pathologistes rapportent à une affection nerveuse et essentiellement spasmodique (1).

Quoi qu'il soit, il y a, ce me semble, plus de raisons puissantes qui militent en faveur de l'existence du spasme essentiel de la glotte que pour celle de l'asthme spasmodique communément décrit par les pathologistes, comme une affection dont le siége et le point de départ des symptômes sont placés dans les bronches. Car si la structure musculaire du larynx et de la glotte est un fait anatomique que personne n'a jamais révoqué en doute, il n'est pas encore mis hors de toute contestation, que le tissu des bronches présente la même nature. Indubitablement, sous ce rapport, sont d'un grand poids, les observations et les expériences sur lesquelles Reissessen (2) s'est fondé pour reconnaître dans les bronches les fibres musculaires que leur attribuaient auparavant un grand nombre de médecins, et entre autres Haller, Cullen, Borsieri et Giannini ; et méritent qu'on leur ajoute foi ; les recherches sur le même objet, faites par Cruveilhier, par Varnier, par Reynaud, par Raciborski, etc. ; mais Trousseau et Belloc ont fait d'autres observations et tenté d'autres expériences qui les contredisent manifestement (3).

Mais mettons de côté cette question ardue et reprenons le fil de notre discours là où nous l'avons abandonné.

En admettant que la forme d'asthme nerveux existe réellement, quels moyens diagnostiques l'art nous offre-t-il pour le distinguer du spasme de la glotte produit par l'augmentation de volume du thymus ? Malheureusement les auteurs qui, d'une manière spéciale se sont appliqués à observer et à décrire cette infimité, nous ont peu ou rien transmis sur ce sujet. Hirsh même, au lieu de se mettre à en traiter dans son ouvrage, a mieux aimé éluder d'y toucher, en niant formellement la possibilité de l'asthme puéril de nature exclusivement nerveuse.

Ainsi donc, dans l'état actuel de nos connaissances, voulant reconnaître s'il existe une hypertrophie de la glande thymus, nous devons nous en tenir au parti que nous enseigne l'analogie, c'est-à-dire mettre en pratique ces *criterium* diagnostiques qui guident à la découverte des tumeurs qui ont pris naissance et se sont développées dans la cavité thoracique. Dans ce but nous devons faire grand cas de l'auscultation et de la percussion, attendu que les signes rationnels des deux affections sont à peu près identiques. Ainsi donc le moyen proposé par Rostan sera employé avec utilité. « Les tumeurs, dit ce professeur, pourraient être reconnues sous le sternum par l'absence de la respiration qu'on entend parfaitement dans l'état sain (1). — Par la même raison, en percutant la région supérieure de la poitrine, on obtiendra, dans ce cas, un son mat.

Stokes, outre ces signes physiques, assure qu'on entend la respiration trachéale et une grave résonnance de la voix à l'endroit sous-jacent à la tumeur qui comprime la trachée.

Journet, dans le cas d'une énorme tumeur encéphaloïde, développée dans le médiastin antérieur, entendit un bruit particulier qu'il appelle de froissement. Ce signe deviendrait-il aussi sensible dans le cas où le thymus aurait acquis un volume excessif ?

Mais beaucoup plus précieux et plus profitable au diagnostic, réussirait le *criterium* différentiel suivant, suggéré par le même observateur, s'il était confirmé par des expériences ultérieures de comparaison.

« Si l'asphyxie devient imminente, il s'établit bientôt un rapport inverse entre l'effort produit et les bruits entendus ; le malade se consume vainement en efforts convulsifs de respiration, et l'air ne pénètre presque point dans les cellules du poumon, soit qu'il existe un rétrécissement organique d'une partie du système laryngo bronchique, ou bien un simple rétrécissement spasmodique, comme on l'a admis pour certaines espèces d'asthme. Dans le cas précédent, l'opposition faite à l'effort dynamique est à la périphérie du poumon ; dans le cas actuel, elle est à sa partie centrale. La percussion suffirait à distinguer ces deux circonstances l'une de l'autre. Là, elle fournirait un son obscur ou mat ; ici, un son plus développé qu'à l'état normal (1).

Avant que je mette fin à ces considérations sur l'anatomie et la pathologie de la glande thymus, l'ordre requerrait que j'exposasse ici la méthode curative à employer contre les maladies de cet organe, et principalement contre l'*asthma thymicum* de Kopp. Mais ne possédant pas en propre des connaissances cliniques suffisantes sur les secours thérapeutiques les plus adoptés et les plus avantageux à opposer à cette maladie, ni ne pouvant approuver, sous le rapport de la doctrine, la méthode proposée par Kerr, je m'en tiens à transcrire celle suggérée par Hirsh, qui me semble, en général, la plus convenable à la nature du mal.

Pendant l'accès, que l'enfant soit couché dans une chambre ample et bien aérée ; qu'on le place dans la position la plus favorable au libre exercice de la respiration ; qu'on asperge sa face et sa poitrine avec de l'eau fraîche ; dans les intervalles, que l'on combatte les convulsions par les moyens ordinaires. A cet effet conviennent l'assa-fœtida introduit à l'intérieur, même sous la forme de lavemens ; le zinc, particulièrement salifié au moyen de l'acide hydrocyanique ; mais surtout on se sert avec succès de l'eau distillée de laurier-cerise. L'on doit opposer à l'hypérémie du thymus, et aux congestions thoraciques et cérébrales, des émissions sanguines locales, faites promptement et à plusieurs reprises ; ensuite les révulsifs, les exutoires sur la poitrine, et les purgatifs mêmes. Tels sont les moyens thérapeutiques indirects, dont l'utilité est consacrée par l'expérience. Le mercure, la ciguë, le charbon animal et l'iode ont été quelquefois employés avec avantage.

Mais, continue Hirsh, le remède le plus direct consiste dans l'extirpation du thymus ; opération pratiquée, il y a vingt-cinq ans, par Burns, mais sur le cadavre. Pour moi, je ne saurais dire jusqu'à quel point on peut utilement compter sur cette ablation de l'organe pratiquée sur le vivant.

(*Giornale delle scienze mediche Luglio et Agorto. Torino*, 1840.)

(1) *V.* Jos. Frank ; Prax. med., vol. VII, part. II, cap. 15.
(2) De Fab. pulmonum, Berolini. 1822.
(3) De la path. laryng., cap. V, pag. 197.

(1) *Op. cit.*, pag. 90.

(1) Recherches cliniques sur l'auscultation des organes de la respiration, t. I, chap. VIII, art. 1, pag. 344.

pince est adaptée à un simple ressort, ressemblant en quelque sorte à un bandage herniaire, qui vient prendre son point d'appui sur la partie latérale de l'occiput. L'union de ces deux pièces est très simple, de telle sorte que le ressort et la pièce peuvent être indépendans l'un de l'autre.

LETTRE A M. LE DOCTEUR MALGAIGNE,

Touchant l'anatomie pathologique de la cataracte;

Par le docteur SICHEL.

Mon cher Malgaigne,

Votre lettre adressée à l'Académie de médecine touchant l'anatomie pathologique de la cataracte, et insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 25 de ce mois, indique une espèce de cataracte lenticulaire débutant dans les couches molles, superficielles du cristallin, comme n'ayant été décrite jusqu'ici dans aucun traité. Vous auriez dû en excepter le mien, aux pages 496 et 506 duquel, dans le chapitre de l'Anatomie pathologique de la cataracte, que j'ai recommandé à votre attention il y a quelques mois, vous auriez pu trouver les passages suivans : « De même que nous avons signalé une cataracte lenticulaire corticale antérieure striée, souvent très difficile à distinguer de la cataracte capsulaire antérieure, de même aussi il y a des opacités striées dans la surface postérieure du cristallin qui simulent des cataractes capsulaires postérieures, et sont fort difficiles à distinguer de ces dernières... » — « La disposition régulière, rayonnée ou étoilée de ces stries indique qu'elles proviennent d'une déhiscence commençante du cristallin. Des fragmens des couches corticales ramollies du cristallin se trouvent détachés de sa substance et collés ou attachés à la surface postérieure de la cristalloïde, et lui communiquent ainsi cet aspect particulier qu'un œil exercé distingue des véritables altérations de la capsule. Ces espèces de cataractes lenticulaires se trouvent particulièrement sur des individus âgés. »

Ce n'est pas une réclamation en faveur d'une priorité qui doit faire le sujet de ces lignes ; peu importe qui le premier a observé cette espèce de cataracte corticale striée, pourvu que son existence, ignorée ou méconnue par tous les auteurs antérieurs, soit mise hors de doute par vos recherches qui confirment entièrement les miennes. Le but de ma lettre est donc de relever quelques erreurs dans lesquelles vous êtes tombé relativement à l'anatomie pathologique de la cataracte, erreurs dont la réfutation est d'autant plus nécessaire qu'elles sont prêchées par un homme qui sait manier aussi habilement la plume et le scalpel, et qui est toujours sûr de se faire écouter de son public. Voici ces erreurs.

Vous fondant sur l'existence de ces cataractes corticales striées prises mal à-propos pour des cataractes capsulaires, et sur la circonstance que sur 25 yeux disséqués par vous, vous n'avez point trouvé de véritable cataracte capsulaire, vous niez ou vous êtes bien près de nier l'existence de cette dernière. Mais vous oubliez que ces 25 yeux, disséqués à Bicêtre, l'ont tous été sur des vieillards, chez lesquels, comme je l'ai dit dans mon livre, la cataracte corticale striée est très fréquente, et qui, au contraire, ne présentent que rarement des cataractes capsulaires. Ceci s'explique assez facilement par cette circonstance que la cataracte corticale striée, comme en général la cataracte lenticulaire sénile, est due à un défaut de nutrition, à une espèce de mortification du cristallin, dont l'analogie se trouve également dans la cornée des vieillards sous la forme du *cercle sénile* (gérontotoxon); tandis que la cataracte capsulaire est presque toujours le résultat d'une phlegmasie plus ou moins lente de la cristalloïde. Moi, de mon côté, j'ai disséqué en quinze ans bien au-delà de 100 yeux cataractés, mais mon terrain n'a pas été aussi limité que le vôtre; bien que la grande majorité de ces yeux ait été prise sur des vieillards des deux sexes observés à Bicêtre et à la Salpêtrière, j'ai cependant pu me livrer à l'examen anatomique de cataractes étudiées sur des individus plus jeunes dans les autres hôpitaux de Paris et dans ma pratique particulière. En outre, plusieurs centaines de cataractes opérées par moi sur des individus de tous les âges et de tous les sexes par l'abaissement, le broiement, et surtout l'extraction m'ont pu fournir des données d'anatomie pathologique aussi exactes que la dissection. Je possède une foule toujours croissante d'observations, de procès-verbaux d'autopsie et de dessins à l'appui des descriptions que j'ai données, et j'ai même conservé toutes les pièces pathologiques de cataractes que l'alcool ou les autres liquides n'ont pas altérées, comme il arrive d'ordinaire.

Sur ce nombre considérable de cataractes, celles du cristallin, à la vérité, ont formé la grande majorité; mais le nombre des cataractes capsulaires a encore été assez grand, et leurs caractères anatomiques ont été trop manifestes et trop faciles à reconnaître pour qu'on n'ait pu aucunement douter de leur existence.

Avec de pareilles pièces en main, j'ose dire, cher confrère, que ce n'est pas avec 25 dissections toutes faites sur des individus d'une seule catégorie, savoir, sur des vieillards, que vous parviendrez à saper la théorie solidement établie de la distinction des cataractes en capsulaire et en lenticulaire; théorie qui n'est nullement un compromis entre les doctrines de deux siècles, mais bien le résultat d'une pratique éclairée et de recherches anatomiques approfondies; théorie d'ailleurs importante pour la thérapeutique, puisque les opacités capsulaires exigent d'autres méthodes et procédés opératoires que celles du cristallin, à cause des adhérences qui les accompagnent d'ordinaire, et à cause d'autres circonstances indiquées dans mon ouvrage qu'il serait oiseux de rapporter ici.

Si vous n'avez pas jusqu'ici vu de cataracte lenticulaire débutant par le noyau du cristallin, cela doit encore être attribué à ce que vos recherches n'ont porté que sur des vieillards, chez lesquels, comme je l'ai déjà dit, la cataracte corticale est plus fréquente. Mais il est parfaitement vrai que le nombre des cataractes lenticulaires corticales est plus grand que celui des opacités qui débutent au centre, par cela même que les vieillards forment la grande majorité des individus cataractés. Ce point n'a d'ailleurs d'importance que pour le diagnostic.

Il m'est arrivé pour mes recherches sur les cataractes, comme pour celles que j'ai faites sur d'autres sujets de pathologie et d'anatomie pathologique oculaire, d'avoir accumulé pendant quinze ans des observations, des dessins et des pièces pathologiques, et d'avoir tenu en portefeuille de nombreux mémoires, sans avoir pu me décider à les publier, espérant toujours rencontrer quelque fait nouveau capable de confirmer ou d'infirmer mes opinions. Trouvez bon, cher confrère, que je profite de cette occasion et de l'impulsion donnée par vous, pour avoir recours, moi aussi, à la publicité, non des Académies, mais de la presse médicale, et pour déposer dans le journal même qui a donné connaissance de votre communication faite à l'Académie de médecine quelques articles préparés depuis long temps sur l'anatomie pathologique de la cataracte. Ces articles seront précédés par la présente lettre, que je vous prie de recevoir avec les sentimens d'amitié et d'estime avec lesquels je l'ai écrite.

Tout à vous, mon cher collègue. SICHEL, D.-M.

Ce 25 février 1841.

— Il va être procédé, par le ministre de l'instruction publique, au renouvellement des jurys médicaux des départemens, les membres actuels devant cesser leurs fonctions le 12 avril prochain. Les préfets ont été invités, en conséquence, à adresser immédiatement une liste de candidats pris parmi les docteurs en médecine ou en chirurgie. C'est d'après cette liste que le ministre choisira les deux membres qui composeront le jury médical.

— La Société de médecine de Niort met au concours la proposition suivante : « Décrire les maladies endémiques et épidémiques qui règnent le plus souvent dans le département des Deux-Sèvres, et le traitement qui leur convient le mieux. » — Une médaille d'or, de la valeur de 200 fr., sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire.— Les mémoires devront être envoyés (franco, et suivant les formes académiques) au secrétariat, rue du Faisan, n° 23, le 31 juillet 1841 au plus tard. — Les membres titulaires, mais non les membres correspondans de la Société, sont exclus du concours.

— La fortune qu'a laissée à sa mort Astley Cooper s'élève, dit-on, 12,500,000 fr. Ce chirurgien, d'une taille majestueuse et un des plus beaux hommes de la Grande-Bretagne, tenait un état de maison splendide, et, contre l'usage du pays qui ne permet pas d'admettre dans la société, surtout lorsqu'il y a des dames, des chirurgiens et des médecins, Cooper était souvent invité aux réunions des personnes distinguées. Un baronnet, s'ennuyant à la campagne, imagina, pour se distraire, de supposer une indisposition grave et d'appeler Cooper pour lui donner ses soins. Le fastueux chirurgien vint, selon sa coutume, en brillant équipage, et à l'aspect du baronnet, il s'aperçut bien vite qu'un tel malade n'avait nul besoin des secours de son art.

Au bout de deux jours, Cooper reprit la route de Londres. Au moment où il montait en voiture, un des valets du baronnet voulut lui remettre, de la part de son maître, un rouleau de cent guinées. Vous vous trompez, lui dit fièrement le chirurgien, « c'est à vous que votre maître a voulu faire ce cadeau ; voici vingt-cinq autres guinées que j'y ajoute. » Puis il partit.

Arrivé à Londres, Cooper adressa au baronnet la note des honoraires qu'il réclamait pour sa visite et son déplacement; elle se montait à 2,000 liv. sterl. (50,000 francs). Le baronnet se récria; mais l'affaire ayant été portée devant les tribunaux, il fut condamné à payer la somme demandée. Cooper en fit don aux hôpitaux. (*Hygie*.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces*.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 6 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 30, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

OPÉRATIONS DE BÉGAIEMENT,

Faites par M. BAUDENS, *chirurgien en chef de l'hôpital militaires du Gros-Caillou, en dix secondes, avec succès, et par un mode opératoire nouveau.*

Nous avons assisté à diverses séances chez M. Baudens, et nous l'avons vu opérer trois personnes atteintes du bégaiement. Avant de nous rendre témoin de la remarquable opération par laquelle il remédie à cette désolante infirmité, M. Baudens est entré dans quelques explications que nous allons essayer de reproduire.

C'est encore au célèbre Dieffenbach, a-t-il dit, que nous sommes redevables de l'opération du bégaiement. Les luttes que nous avons eu à soutenir à Paris pour y faire naturaliser l'une des plus brillantes créations du chirurgien de Berlin, l'opération du strabisme, nous ont valu de sa part une lettre de félicitations, qui a été le premier anneau de notre liaison.

M. Dieffenbach, dans une lettre que nous conservons avec soin, nous écrivait, il y a un mois, pour nous engager à entreprendre l'opération qu'il venait d'imaginer pour guérir les bègues. Voici le passage de cette lettre où il nous donne ce conseil :

« Je désirerais bien, mon maître, que vous fussiez le » premier à Paris, qui fît ma nouvelle opération du bé» gaiement. C'est l'opération la plus surprenante par son » effet. Je vous en envoie seulement le rapport en alle» mand, parce qu'en français il n'est pas encore achevé. »

Dans la notice que j'ai reçue de M. Dieffenbach, continue M. Baudens, je vois qu'il a fait la première opération le 7 janvier 1841, sur un jeune homme de Berlin, âgé de treize ans, du nom de Doenau.

M. Dieffenbach, et c'est aussi mon opinion depuis longtemps, attribue le bégaiement à un état spasmodique de la langue et des parties chargées de la prononciation ; et de même que l'on arrête le spasme du globe oculaire par la section de quelques-uns des muscles destinés à le mouvoir, de même aussi il a pensé qu'une large section dans l'épaisseur des muscles de la langue, avec perte de substance, pourrait bien faire cesser les contractions spasmodiques de celle-ci, en portant un trouble dans l'innervation. « Comme je pensais, dit M. Dieffenbach, que le dérangement dans le mécanisme du langage, qui produit » le bégaiement, avait une cause dynamique, et que je le » regardais comme un état spasmodique des voies aérien» nes qui résidait surtout dans la glotte, et qui se commu» niquait à la langue, aux muscles du visage et même au » cou, je devais aussi croire qu'en interrompant l'innerva» tion dans les organes musculaires qui participent à cet » état anormal, je parviendrais par là à le modifier ou à » le faire cesser complètement..... C'est par cette raison » que la section transversale de toute la musculature de » la langue me parut une entreprise digne d'être tentée, » et dont la réussite me semblait infaillible, comme l'effi» cacité de la section transversale des muscles dans un » grand nombre de maux spasmodiques. »

M. Dieffenbach a essayé de trois méthodes différentes pour obtenir la séparation totale des muscles linguaux. Voici comment il les a formulées :

« 1° Section horizontale transverse de la racine de la » langue.

» 2° Section sous-cutanée transversale de la racine de » la langue avec conservation de la muqueuse.

» 3° Section horizontale de la racine de la langue avec » excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et » dans toute son épaisseur. »

Les instrumens se composent d'une pince de Musseux, d'une pince dentelée, d'un bistouri étroit, d'aiguilles à suture garnies, et d'une pince pour conduire ces dernières.

On attire la langue au-dehors en la fixant par ses bords avec la pince de Musseux ; la racine de cet organe est saisie entre le pouce et l'index de la main gauche ; on coupe par ponction au-delà des doigts, et de bas en haut, toute l'épaisseur de la racine de la langue ; la lèvre antérieure de la plaie est saisie avec une érigne, et on enlève dans toute l'épaisseur de la langue un morceau de trois quarts de pouce en forme de coin.

Quand on a recours à ce troisième procédé, auquel son auteur paraît accorder une préférence marquée, six forts points de suture réunissent la plaie et empêchent l'hémorrhagie d'autant plus sûrement qu'on a eu soin de les faire pénétrer dans le fond même de la blessure.

M. Dieffenbach donne, avons-nous dit, une préférence non douteuse à ce mode opératoire sur les deux autres. Un des principaux avantages qu'il lui reconnaît consiste dans le raccourcissement de la langue obtenu aux dépens surtout des parties de la face supérieure, raccourcissement dont l'effet est de forcer la pointe de cet organe à se porter vers la voûte palatine. Il reproche à son procédé sous-cutané le danger d'une hémorrhagie difficile à arrêter, parce qu'ici on est privé, pour combattre celle-ci, du bénéfice des sutures que ne comporte pas ce mode opératoire. Il a opéré quatorze bègues en enlevant une pièce triangulaire dans la langue, et chez les quatorze le bégaiement a entièrement cessé.

Vous le voyez, dit M. Baudens, nous venons de faire une large part à notre honorable confrère ; nous n'avons d'ailleurs fait que lui rendre justice, et ce n'est pas sans un pénible sentiment d'étonnement que, dans les essais faits récemment à Paris sur le bégaiement, essais dont les académies ont retenti, nous n'avons pas entendu prononcer le nom du célèbre chirurgien de Berlin. A lui seul cependant, proclamons-le bien haut, afin qu'on le sache une fois pour toutes, à lui seul revient tout l'honneur de cette opération nouvelle.

Pour nous, nous avons médité la notice qu'il a bien voulu nous adresser, et nous partageons tout à fait ses idées sur la théorie du bégaiement ; comme lui nous l'attribuons à un spasme des organes chargés de la fonction de phonation, et spécialement de la langue, spasme qui, dans certains cas, peut envahir les muscles du larynx et du pharynx, de la langue et de la face, et se traduire par un véritable état convulsif à chaque effort fait par le bègue pour exprimer sa pensée. Nous avons étudié avec un soin scrupuleux bon nombre de personnes atteintes de bégaiement, et quatre phénomènes principaux ont presque constamment fixé notre attention. Ce sont :

1° Légère déviation de la langue à droite ou à gauche.

2° Impossibilité de porter la pointe de la langue sur la lèvre supérieure sans le secours de la mâchoire inférieure, qui alors s'avance pour la soutenir.

3° Développement remarquable des muscles génio-glosse à leur insertion aux apophyses géni ; développement aisé à constater en faisant porter la pointe de la langue vers le palais.

4° Agitation spasmodique de la langue pendant l'acte de la phonation ; celle-ci se porte dans ce moment dans la cavité buccale, sans frapper de sa pointe la voûte du palais. Les bègues parlent la bouche étant entr'ouverte toujours au même degré ; il semble que la mâchoire inférieure soit immobile dans la crainte de pincer la langue, qui s'étale et se porte convulsivement sous les arcades dentaires.

D'après ces remarques, nous pensons que le bégaiement reconnaît pour causes essentielles le spasme de la langue et le raccourcissement de celle-ci par suite de cet état spasmodique, raccourcissement qui empêche sa pointe de se porter vers le palais.

Pour vaincre le spasme et le raccourcissement, nous avons pensé qu'il fallait agir sur la langue, mais non pas nécessairement sur le lieu indiqué par M. Dieffenbach, ni par le procédé par lui mis en pratique.

En rapprochant le spasme de la langue du strabisme spasmodique, nous avons pensé qu'il suffirait de couper les attaches d'un ou de plusieurs muscles linguaux, à leur insertion, pour arriver à vaincre cet état particulier. Les muscles génio-glosses étant les plus forts et les plus faciles à couper à leur attache sur la face postérieure de l'os maxillaire inférieur, c'est sur eux que nous avons porté l'instrument tranchant ; d'autant plus volontiers que leur section complète devait donner spontanément plus de liberté aux mouvemens de la langue, et permettre à sa pointe de se porter au palais.

Disons deux mots sur l'anatomie de la région, avant que d'arriver au mode opératoire.

FEUILLETON.

Examen chimique et médical du monésia, par Bernard DEROSNE, pharmacien, O. HENRY, et J.-F. PAYEN. — In-8° de 60 pages.

§ 1er HISTOIRE NATURELLE. — Nous ignorons encore le nom véritable du végétal qui produit l'écorce du monésia. La personne qui nous l'a fait connaître, et qui a long-temps habité l'Amérique du Sud, ayant eu fréquemment l'occasion de voir l'extrait de cette écorce employé empiriquement réussir dans des maladies graves du tube intestinal, la dysenterie surtout, résolut d'en apporter en Europe pour faire étudier et constater ses propriétés. C'est donc par les échantillons qu'il nous a remis que nous avons connu cette écorce; mais il n'a pu nous donner aucun renseignement sur la famille et le genre de l'arbre qui la fournissait. Nous avons fait alors des recherches dans toutes les pharmacopées, dans les principaux ouvrages de botanique ; nous avons parcouru les collections du Jardin des Plantes, nous avons visité les serres de ce grand établissement, enfin nous avons cherché des renseignemens auprès des personnes qui s'occupent spécialement d'histoire naturelle et plus particulièrement des bois et des écorces. En exposant les résultats de nos investigations, l'on pourra juger s'il y a de notre faute de n'avoir pu éclaircir encore les ténèbres qui, jusqu'à présent. enveloppent l'origine du monésia.

L'écorce du monésia doit provenir d'un arbre volumineux, car elle est en morceaux, dont quelques-uns offrent une épaisseur de six à huit millimètres ; elle est très compacte, pesante, dure, gorgée d'extrait ; sa couleur est d'un brun foncé ; lorsqu'elle est dans toute son épaisseur, une de ses faces présente une sorte d'épiderme grisâtre qui contraste avec la couleur chocolat de la tranche ; sa cassure est presque unie et non pas filamenteuse comme celle de l'écorce du chêne, du quinquina, etc. Sa saveur est douce d'abord et sucrée, mais bientôt après elle devient âcre et prend fortement à la gorge.

M. Guibourt a cru reconnaître dans le monésia une substance qui porte au Brésil le nom de *buranhem*, et dont plusieurs personnes lui remirent, il y a une dizaine d'années, des échantillons. M. Guibourt pense aussi que le mohica de M. Martins n'est autre chose que le buranhem.

§ II. EXAMEN CHIMIQUE. — L'extrait de monésia, tel qu'il nous a été envoyé, est en plaques d'environ 500 grammes, ayant une épaisseur de 20 à 25 millimètres; sa couleur est d'un brun foncé, presque noir; il est très cassant, et la surface du fragment n'offre ni l'aspect terne du cachou ni le brillant du kino ; il est entièrement soluble dans l'eau; sa saveur, d'abord sucrée, devient bientôt astringente et laisse après elle à la gorge une âcreté très prononcée et très persistante.

Il résulte des essais qui ont été faits que l'écorce du monésia contient sur cent parties sur sèches, savoir :

1° Principe aromatique, traces impondérables ;	
2° Matière grasse cristallisable (stéarine), chlorophylle et cire,	1,2
3° Glycyrrhizine,	1,4
4° Monésine (matière âcre analogue à la saponine),	4,7
5° Tannin ou acide tannique,	7,5
6° Matière colorante rouge assez semblable à celle du quinquina ou du cachou,	9,2
7° Gomme, petite quantité,	inappréciée.
8° Acide malique, malate de chaux,	1,3
9° Phosphate de chaux, phosphate de magnésie, sulfate de potasse, chlorure de potassium, malate de potasse,	3,0
10° Oxydes de fer, de maganèse, silice.	
11° Acide pectique ou pectine,	71,7
12° Ligneux ou fibre ligneuse,	
Et perte.	
	100,8

§ III. PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES. Les formes pharmaceutiques sous lesquelles le monésia a été employé jusqu'à présent sont les suivantes :

1° Un extrait obtenu par l'eau ;
2° Un sirop ;
3° Une teinture hydro alcoolique ;
4° Une pommade ;
5° La matière âcre ou monésine.

Extrait de monésia.

Nous avons préparé cet extrait en épuisant avec l'eau froide, et par la méthode de déplacement, l'écorce de monésia réduite en poudre grossière et évaporant en consistance d'extrait sec à l'aide de la vapeur libre ou du bain-marie.

Sirop de monésia simple.

Pr. : Sirop de sucre blanc, 9 kil. 800 gr.
Extrait sec de monésia, 100 gr.
Eau pure, 100 gr.

Ce sirop contient 1 pour 100 de son poids d'extrait de monésia (6 grains par once).

Sirop de monésia composé.

Pr. : Sirop de monésia simple, 1 kilog.
Extrait de pavots blancs, 16 décig.
Eau de fleur d'oranger, 30 gram.

Trinture hydro-alcoolique de monésia.

Pr. : Extrait de monésia, 0 kil. 500 gr.
Eau pure, 7 500
Alcool à 34, 2

Cette teinture contient 5 pour 100 de son poids d'extrait (30 grains par once).

Pommade au monésia.

Pr. : Huile d'amandes douces, 4 kilog.
Cire blanche, 2
Extrait de monésia, 1
Eau, 1

Monésine ou matière âcre. — La monésine s'obtient en épuisant l'écorce par l'alcool à 25 D. chaud ; on ajoute à cette teinture un excès de chaux éteinte en poudre fine ; par l'agitation le liquide se décolore ; il se fait un magma rouge brun, retenant la matière colorante et le tannin. La glycyrrhizine, l'acide nitrique, etc., combinés avec la chaux, l'alcool, retient en solution la monésine. Il faut distiller cette liqueur claire, évaporer à siccité, et reprendre le résidu par l'eau froide, additionnée d'un peu de charbon animal; en filtrant et rapprochant de nouveau à sec à la chaleur du bain-marie, on obtient un produit jaune friable qui, réduit en poudre, constitue la *monésine*; avec cette poudre on peut préparer toutes les formules médicales, telles que pilules, sirop, pommade, etc.

§ IV. HISTOIRE MÉDICALE. — D'après les renseignemens fournis par l'analyse chimique ; d'après les observations faites sur les

Au-dessous de la langue, on rencontre, quand celle-ci est soulevée, le frein ou filet dont on fait la section avec avantage aux enfans qui ont la langue embarrassée. Sous le filet, on sent, en portant toujours la langue vers le palais, une corde tendue faisant suite à celle-ci, et qu'on pourrait appeler filet sous-muqueux. Ce filet, situé sous la membrane muqueuse, n'est autre que les tendons réunis des deux muscles génio-glosses. Ces tendons s'insèrent au-dessous des dents incisives, à la face postérieure de la mâchoire inférieure et sur la ligne médiane, par une greffe tendineuse qui n'est guère plus épaisse que la lame d'un couteau, excepté en bas, où elle est renforcée à son attache aux apophyses géni-supérieures. Cette greffe tendineuse n'a pas moins d'un pouce de hauteur; elle n'est recouverte en haut et au moment de son insertion que par la membrane muqueuse; plus en arrière, le muscle va de suite en s'élargissant fortement, et il est de plus recouvert par la glande sub-linguale, qu'on ne peut éviter qu'en rasant avec l'instrument tranchant la face postérieure de la mâchoire à sa partie centrale.

Au-dessous de l'attache des muscles génio-glosses, se trouvent les muscles génio-hyoïdiens qui se fixent aux apophyses géni-inférieures, et que nous avons coupés avec les génio-glosses, dans un cas particulier où le spasme lingual avait envahi les muscles du col et de la région sus-hyoïdienne.

Ici, comme pour l'opération du strabisme, nous pensons que le succès de l'opération du bégaiement repose essentiellement sur la section complète des tendons des muscles génio-glosses. Si quelques-unes de leurs fibres sont restées intactes, ces muscles conservent un point d'appui, peuvent se tendre et se contracter; le spasme persiste, et l'allongement de la langue n'est plus que momentané, parce que la portion coupée viendra bientôt se souder au lieu de sa division.

Les instrumens dont nous nous servons pour couper les tendons des muscles génio-glosses sont au nombre de deux: une érigne ordinaire, et une paire de ciseaux coudés comme ceux dont on se sert pour l'opération de la staphyloraphie, avec cette seule différence que les pointes, au lieu d'être mousses, sont effilées comme une lame de bistouri droit.

Voici comment M. Baudens procède à l'opération:

Un aide placé derrière le bègue lui soutient la tête légèrement renversée; il lui recommande d'ouvrir la bouche, et il place ses deux petits doigts dans la commissure des lèvres pour les tirer en arrière.

L'opérateur saisit une érigne de la main gauche, l'implante dans la membrane muqueuse, sur la ligne médiane et au-dessus des tendons des muscles génio-glosses, afin de tendre ces derniers; il reconnaît la corde qu'ils dessinent. Il plonge, en rasant la mâchoire inférieure, les lames, entr'ouvertes, des ciseaux qu'il tient de la main droite, à un bon pouce de profondeur, de manière à embrasser les tendons des génio-glosses; puis en rapprochant brusquement les lames des ciseaux, il les coupe d'un seul temps. On entend un craquement, et l'opération, qui dure dix secondes au plus, est terminée.

Les muscles génio-glosse, privés d'attache, fuient en arrière. En engageant l'index par l'ouverture faite à la membrane muqueuse, on rencontre une excavation formée par le retrait des muscles; on constate qu'il ne reste plus de fibres attachées aux apophyses géni supérieures, sans quoi il faudrait les détruire avec le bistouri boutonné. On tamponne la cavité avec un morceau d'éponge roulé et trempé dans du vinaigre et le sang cesse à l'instant de couler.

Nous avons vu trois fois pratiquer cette opération par M. Baudens.

Dans un cas, comme nous l'avons dit, il a cru devoir couper les attaches des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. Dans cette circonstance, il est survenu une tuméfaction assez considérable dans la région sous-mentale; les glandes salivaires se sont engorgées: il a fallu appliquer vingt sangsues, et cet engorgement a persisté pendant douze jours. Chez les deux autres opérés, il est survenu à peine une légère tuméfaction dans les parties coupées, et au quatrième jour tout était pour ainsi dire guéri.

Comme résultat, ces trois opérations, sur lesquelles nous reviendrons avec plus de détails, promettent jusqu'ici un succès fort remarquable. Ces bègues, dont l'infirmité était poussée à un degré très avancé, parlent aujourd'hui encore avec quelque difficulté: la langue est un peu embarrassée, parce qu'elle conserve de la tuméfaction; mais on peut constater que l'état spasmodique a complètement cessé. Tous trois peuvent faire des conversations longues et animées sans hésitation et sans présenter de traces de leur ancienne infirmité. Ces succès se soutiendront-ils? nous l'espérons: en attendant, nous prenons l'engagement de faire connaître consciencieusement les changemens que le temps aura fait subir.

Que deviennent les muscles génio glosses? Cette question est d'une facile solution, parce que la loi générale des sections tendineuses leur est applicable. L'espace compris entre les apophyses géni et le tendon qui a subi une rétraction d'un pouce au moins se remplit par une substance particulière qui, petit à petit, subit les transformations musculo-tendineuses; de sorte que les muscles génio-glosses, de trop courts qu'ils étaient, acquièrent une longueur normale et harmonisée avec les fonctions qui leur sont naturellement dévolues.

Le procédé opératoire de M. Baudens est d'une rapidité si surprenante, il met si complètement à l'abri de toutes hémorrhagies inquiétantes, son mode d'exécution est si facile, et les résultats sont jusqu'à ce jour si satisfaisans, que nous avons cru utile de le publier immédiatement, bien que son auteur eût désiré différer encore, afin de subir une plus longue épreuve du temps.

HOPITAL DES INVALIDES. — M. Pasquier fils.

Chute du dôme des Invalides (82 pieds de haut), sans accidens graves. Plusieurs faits remarquables du même genre.

Eugène François, âgé de vingt-deux ans, taille de cinq pieds cinq pouces et demi, tapissier, de constitution moyenne, habituellement bien portant, employé à l'église des Invalides pour les travaux qui ont été exécutés à l'époque de la cérémonie funèbre de l'Empereur, travaillait, le 12 janvier, avec un de ses camarades, sur l'une des croisées du premier étage du dôme, lorsqu'à quatre heures et demie du soir, en changeant de place à une échelle de vingt pieds de long, tout à coup le centre de gravité de cette dernière s'étant porté en dehors de la base de sustentation, il perdit l'équilibre. Soudain il abandonne l'échelle; mais sentant qu'il allait tomber, par un instinct plus facile à comprendre qu'à expliquer, au lieu de s'abandonner à l'impulsion communiquée par le renversement de l'échelle, il s'élança dans l'espace en s'écriant à son camarade: *tiens, me voilà parti*. La parabole qu'il parcourut après s'être élancé, lui fit éviter la corniche de la base du dôme, et il descendit ainsi soixante-dix pieds de haut sans rencontrer aucun obstacle; arrivé à cette hauteur, il frôla un petit dôme qui, le faisant dévier de sa première ligne, lui fit décrire une seconde parabole de douze pieds de haut environ, après quoi il arriva debout sur le toit de la sacristie, enfonça les ardoises avec les pieds et se trouva à cheval sur une poutre. François ne se souvient pas de ce qui lui est arrivé depuis ce moment; cependant il put donner son nom et son adresse aux personnes qui furent le retirer du lieu où il était tombé; ce dont il a complètement perdu le souvenir, comme nous venons de le dire.

Transporté immédiatement à l'infirmerie de l'Hôtel, salle de la Valeur, service de M. Pasquier, il perdit presqu'aussitôt connaissance; l'évanouissement ne dura que quelques instans. On ne remarquait aucun désordre dans les vêtemens, rien n'était déchiré; les bretelles seulement étaient coupées. La surface du corps ayant été soigneusement examinée, on ne trouva aucune plaie, ni la moindre trace de contusion: on ne constata aucune fracture, et l'on n'en a pas non plus constaté depuis. La résolution des forces était complète, la respiration rare, les battemens du pouls lents et déprimés, la surface du corps froide; en un mot, François présentait l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'état de prostration consécutif à la terreur la plus profonde, à la frayeur portée au dernier degré. Sans doute cet anéantissement presque complet de l'influx nerveux était en grande partie le résultat de la commotion cérébrale, qui, toutefois, avait été évidemment porté peu loin, et ne dépendait pas exclusivement de la violence dont le moral avait été frappé.

Du reste, François n'accusait aucune douleur. Il expulsa quelques crachats sanguinolens qui provoquèrent l'exploration du thorax; on constata quelques râles à grosses bulles au côté gauche, qui déterminèrent l'application de huit larges ventouses scarifiées sur le même côté. Il était alors cinq heures du soir environ. François fut saigné deux fois coup sur coup, et chaque fois on tira de la veine une livre de sang.

A minuit, il fut visité de nouveau par M. Pasquier; à cette heure la réaction s'était déjà établie dans des limites modérées; le pouls présentait une fréquence médiocre; la chaleur de la peau, la succession des respirations étaient en harmonie avec l'état de la circulation. François continuait à être calme et n'accusait aucune douleur. Deux nouvelles saignées d'une livre furent pratiquées coup sur coup. La veine médiane céphalique du bras gauche, piquée deux fois, refusa de donner du sang.

Le reste de la nuit fut calme; assoupissement sans sommeil; rêves fatigans: le malade croit, de loin en loin, tomber d'un lieu élevé.

Le lendemain matin la réaction a cessé; François ne peut remuer ni les bras ni la tête; les membres pelviens jouissent de tous leurs mouvemens volontaires. On ne remarque aucun phénomène anestésique. Cinquième saignée d'une livre; un bain tiède prolongé pendant deux heures; eau de poulet. Rien de nouveau dans la journée.

Ultérieurement, François ne présente plus rien qui mérite d'être noté. Pendant cinq jours on continue l'usage du bain tiède de deux heures et du bouillon de poulet. La mobilité des bras et de la tête revient graduellement. Au bout de ce temps, le malade paraît de plus en plus à l'abri

---

sujets sains, et dont nous rendrons compte plus tard, et surtout d'après la connaissance des maladies dans lesquelles les indigènes du pays emploient le monésia, les essais ont dû d'abord être dirigés vers les affections caractérisées par l'atonie générale ou locale, les flux sanguins ou séreux, et ce n'est que plus tard, et par extension, que cet extrait a été tenté contre d'autres maladies.

Nous allons rendre compte de ces divers essais, en commençant par les cas dans lesquels le médicament a été employé intérieurement.

A. *Usage intérieur du monésia.* — Les maladies dans lesquelles le monésia a été administré par l'estomac, sont les suivantes:

Bronchite, hémoptysie, phthisie pulmonaire, faiblesse d'estomac, vomissemens, diarrhée, gastro-entérite, leucorrhée, métrorrhagie, blennorrhagie, scrofules, scorbut.

B. *Emploi topique du monésia.* — Si, dans la plupart des maladies dont nous venons de parler, le monésia a exercé une influence incontestable et favorable, nous allons voir qu'il en sera de même dans les cas où il a été employé topiquement, et on peut dire que ce qui a été obtenu dans plusieurs d'entre eux est le meilleur témoignage de la grande efficacité de cette substance.

Nous considérons comme application topique l'emploi direct de l'extrait pur, de la pommade, de la teinture ou de la monésine sur les parties malades, et nous comprenons dans ce mode d'administration les injections et les lavemens.

Les maladies dans lesquelles le monésia a été employé sous cette forme, sont les suivantes:

Ulcères cutanés, engelures ulcérées, gerçures du mamelon, ophthalmies, épistaxis, stomatite, maladies des dents et des gencives, hémorrhoïdes, fissures à l'anus, fistule recto-vaginale, blennorrhagie, ulcérations du col de l'utérus, leucorrhée.

§ V. Du mode d'action du monésia. — Etudions l'action du monésia pris à l'intérieur par un sujet en santé.

Lorsqu'on maintient dans la bouche quelques grains d'extrait de monésia, la muqueuse buccale n'est pas séchée comme lorsqu'on la met en contact avec de certains astringens, le cachou, par exemple, les fruits acerbes, etc. On perçoit cette saveur sucrée que nous avons mentionnée, puis une saveur âcre vient s'y joindre et domine bientôt la première. Cette âcreté s'étend alors aux amygdales et surtout à la paroi postérieure du pharynx, qui semble être pour elle un lieu d'élection, car elle est plus vive là que partout ailleurs, et si le contact est prolongé, cette sensation peut aller en ce point jusqu'à la douleur et persister pendant plusienrs heures.

A la dose de six à huit grains, le monésia ingéré dans l'estomac ne produit pas d'effets immédiats appréciables. Si on en continue l'usage pendant plusieurs jours à cette dose il active sensiblement la digestion, et il excite l'appétit. Les pilules de monésia administrées de la sorte sont de véritables *pilules gourmandes*. Enfin, si les intestins sont aussi dans l'état normal, il produit une constipation modérée.

Si au contraire on ingère à la fois dans l'estomac sain et vide une trentaine de grains d'extrait de monésia, alors il survient de la chaleur, une sorte de pesanteur à l'épigastre, de la constriction à la gorge; dans d'autres cas on éprouve un sentiment de plénitude à l'estomac, comme celui que produit une digestion difficile. Cette impression persiste pendant plusieurs heures; enfin, une constipation très prononcée succès aux effets que nous venons de décrire et qui ont été observés à plusieurs reprises sur plusieurs personnes et sur nous-même.

En état de maladie, dans celles même où l'estomac et les intestins sont le siége d'un certain degré d'inflammation, le monésia à l'intérieur ne détermine ni primitivement ni secondairement aucun sentiment de chaleur épigastrique, ce qui est d'autant plus remarquable, que nous l'avons vu produire ces sensations sur des sujets sains; que conservé dans la bouche il irrite le pharynx, que nous verrons que son application est souvent très douloureuse sur les plaies, qu'enfin nous avons eu occasion de voir trois personnes chez lesquelles une pilule s'était arrêtée dans le pharynx ou dans quelque anfractuosité des amygdales, et dans les trois cas il survint une douleur très vive au pharynx, une esquinancie éphémère qui dura plusieurs heures.

Si le monésia n'excite localement sur l'estomac aucune irritation, il n'en détermine pas davantage généralement, et nous n'avons jamais observé qu'il produisît une stimulation de tout l'organisme.

Dans plusieurs cas, au contraire, nous avons vu que le monésia, pris par l'estomac, produisait un effet calmant sur l'organe malade (dans la métrorrhagie par exemple).

Appliqué topiquement, l'extrait de monésia détermine, sur les plaies, les ulcères, une première impression douloureuse; le plus souvent c'est de la chaleur; quelquefois les malades éprouvent des picotemens lancinans, mais l'effet consécutif se fait bientôt sentir, et lorsque les ulcérations étaient le siége de douleurs vives, celles-ci cessent bientôt. Quant à l'action organique produite sur les solutions de continuité, le monésia a surtout pour effet de les rendre moins humides, il donne aux bourgeons charnus plus de consistance, il dessèche, pour ainsi dire, leur surface, de sorte qu'après peu de jours il semble qu'ils soient recouverts d'une pellicule qui forme souvent l'origine de la cicatrice.

§ VI. Mode d'administration. — Jusqu'à présent, l'extrait de monésia et la monésine ont été seuls employés. Nous n'avons point expérimenté l'infusum, le décoctum, le vin préparé, etc.

L'extrait de monésia se donne à l'intérieur à la dose de 8 à 12 décigrammes, soit en teinture (10 à 24 grammes), soit en sirop (100 à 125 grammes), soit en pilules et plus ordinairement sous cette dernière forme (les pilules préparées à l'avance contiennent 1 décigramme d'extrait pur).

Dans les cas peu graves, diarrhée, métrorrhagie modérée, etc., ces doses suffisent; mais dans la dysentérie, les diarrhées opiniâtres entretenues par des ulcérations intestinales, la métrorrhagie abondante, il est souvent nécessaire de donner jusqu'à 2 grammes par jour.

Nous avons plusieurs fois, dans ces cas, prescrit toutes les heures, pendant douze ou quinze jours, deux pilules chaque fois de 1 décigramme chacune; enfin, dans les maladies constitutionnelles comme le scorbut, les scrofules, il faut continuer longtemps l'usage du médicament, donner au moins 2 grammes (1/2 gros) par jour, et augmenter les doses de temps en temps, jusqu'à 4 à 5 grammes par jour.

En général on doit prescrire le monésia à l'intérieur dans les bronchites, les hémoptysies, les vomissemens, les diarrhées, les métrorrhagies, les scrofules, le scorbut; on peut joindre des injections dans la métrorrhagie, des lavemens avec la teinture dans la diarrhée, etc.

Au contraire, dans la leucorrhée, la blennorrhée, le meilleur mode d'administration est d'employer les injections, mais on peut dans quelques cas y joindre avec avantage l'usage intérieur.

Dans le cas où on aurait recours à la teinture à l'intérieur, on devra tenir compte de la très petite quantité d'alcool qu'elle contient (le 5e de son poids); on la donne dans un peu d'eau sucrée ou de tisane amère; quant au sirop, par la facilité de son administration, il est surtout préférable pour les enfans ou pour les personnes qui, en faisant un usage habituel, en prennent des doses peu considérables qu'elles varient souvent. Nous avons dit qu'il avait été quelquefois utile d'associer l'opium au monésia. Dans quelques cas de bronchites nous nous sommes bien trouvés

de toute sorte de danger ; il se lève, prend de jour en jour un peu plus d'exercice, demande qu'on augmente sa nourriture et présente une régularité remarquable dans toutes ses fonctions.

Au bout de trois semaines, il accuse un picottement au côté gauche de la poitrine ; l'auscultation, la percussion et la pression exercée sur ce côté, ne révèlent ni une phlegmasie viscérale, ni une pleurodynie. Au surplus, un vésicatoire de douze pouces, appliqué sur la région, fait cesser ce picottement du jour au lendemain.

Nous avons vu François au bout d'un mois ; à cette époque il ne conservait plus que le souvenir de son terrible accident.

— A peine avons-nous besoin de dire que ce fait n'a pas, jusqu'alors, son semblable, ou du moins nous en avons vainement cherché dans les annales de la science. On nous permettra peut-être, vu sa rareté, de le faire suivre de ceux qui ont avec lui quelque analogie, et que nous avons rencontrés dispersés, tant dans les ouvrages de médecine que dans les recueils périodiques. Notre premier but, en agissant ainsi, est d'obtenir qu'il passe moins inaperçu que cela n'eût été si nous l'avions imprimé seul, isolé et dépourvu de toute sorte de commentaire.

Dans l'ordre de succession des idées que ce fait présente à la pensée, la première consiste à se demander pourquoi François n'a pas été tué sur le coup. Cette issue funeste réunissait en sa faveur toutes les chances, toutes les probabilités, hormis une seule, dont l'intervention a suffi pour sauver le sujet. La mort instantanée à la suite de la chute d'un lieu élevé, est un phénomène aisé à comprendre, sans doute, mais qui n'a pas toujours reçu une explication médicale suffisante, ce nous semble. Disons d'abord, ainsi que M. Malgaigne nous en a fait la remarque à propos de ce cas, que les hommes de science négligeant en quelque sorte ces faits, ne nous en ont pas transmis les circonstances nécropsiques ; et pourtant ces faits eussent jeté du jour sur une foule de questions pathologiques. Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1829, et dont M. Hervez de Chégoin fit un rapport favorable dans la séance du 26 mai, le docteur Roques rapporte trois exemples de mort subite à la suite de chutes de lieux élevés ; les autopsies faites avec soin témoignent de la facilité avec laquelle les ruptures viscérales arrivent en pareil cas. M. Roques a constaté, dans ces cas, des déchirures du foie, de la rate, des reins et même du poumon. Nous passerons sous silence les désordres osseux sans nombre qui existaient simultanément, tels que fractures, luxations, disjonctions symphysiennes, etc. ; et nous nous contenterons seulement de constater que le poumon n'avait pas été déchiré par les côtes qui s'étaient trouvées fracturées. Le but principal de l'auteur du mémoire est de démontrer, contrairement à l'opinion de Richerand, que les déchirures du foie, du poumon, etc., peuvent être immédiates, primitives, au lieu de résulter des abcès métastatiques, consécutifs aux plaies de tête, que M. Roques attribue à une gastro-hépatite ; complication presque obligée, selon lui, du cas qui nous occupe. Nous ne saurions partager, soit dit en passant, l'opinion du docteur Roques, pas plus que celle de Richerand ; et nous ne voyons pas pourquoi le premier, qui, par ses trois autopsies, a démontré la possibilité des déchirures primitives de certains viscères, ne les accepte pas comme capables d'expliquer la formation des abcès dits métastatiques à la suite de chute d'un lieu élevé, plutôt que d'invoquer le concours d'une gastro-hépatite aiguë, dont la terminaison par suppuration est, comme on sait, si rare.

Au demeurant, le docteur Roques a fixé l'attention des pathologistes sur un fait qui avait en quelque sorte été démontré à l'Hôtel-Dieu, du temps de Desault, savoir, la déchirure des parties intérieures : voici ce cas, bien intéressant à tout égard.

Chute du dôme des Invalides, non suivie de mort. Seconde chute de 20 pieds de haut. Mort au bout de quinze heures.

Un homme avait fait, à l'âge de trente-neuf ans, une chute au dôme des Invalides, sur différens échafaudages, et de là sur des décombres : il fut en danger pendant six mois ; il reprit enfin ses travaux de charpentier, quoiqu'il n'ait jamais été exempt pendant quinze ans, d'une difficulté de respirer, d'une toux sèche et fréquente, de malaise et de douleur au côté gauche de la poitrine.

En 1791, quinze ans après sa première chute, il en fit une seconde d'environ vingt pieds de haut, avec fracture de plusieurs côtes du côté gauche ; l'emphysème occupait ce côté ; il y avait oppression, agitation, inquiétude, douleur, crachement de sang, vomissement de boisson, etc. Au bout de quinze heures le blessé mourut.

L'estomac et l'arc du colon étaient passés dans la poitrine, et ils occupaient le côté gauche ; ils s'y étaient portés par une ouverture ancienne pratiquée accidentellement au quart externe du centre aponévrotique du diaphragme ; elle était ovalaire, et avait deux pouces et demi dans son grand diamètre ; elle résultait sans doute de la première chute. l'épiploon et la rate y adhéraient. Il y avait une plaie récente au diaphragme, mais plus à gauche ; une portion du colon s'était introduite par là dans la poitrine. Le cœur était penché à droite ; le poumon, affaissé, était d'une extrême petitesse et adhérait à la plèvre des deux côtés ; l'estomac était situé de manière que sa grande courbure se trouvait en haut et tournée vers le médiastin. L'œsophage suivait cette direction ; l'arc du colon adhérait, d'un côté, à la petite courbure de l'estomac, et reposait de l'autre sur le diaphragme, où il était libre. Tous ces désordres, toutes ces transpositions, résultaient de la chute faite depuis quinze ans. La dernière, devenue mortelle par le surcroît de la fracture de sept côtes, n'avait produit qu'une nouvelle déchirure de trois pouces d'étendue au diaphragme, par où passait une portion du colon. (*Journ. chir.* de Desault, et Fournier, art. *Cas rares* du Diction. des Scienc. médic.)

Les faits pathologiques qui précèdent donnent-ils une explication suffisante de la mort subite, lorsqu'elle arrive dans le cas de chute d'un lieu élevé ? Nous ne pensons pas que l'instantanéité se trouve expliquée par les déchirures viscérales signalées par le docteur Roques, qui auraient pu à la vérité l'amener tôt ou tard ; du reste, le fait de Desault le démontre. Nous croyons que la mort ne peut s'expliquer que par une commotion, un ébranlement violent des centres nerveux, qui a existé dans les cas du docteur Rocques. Voilà pourquoi ni dans le cas de François, ni dans ceux qui vont suivre, la mort n'a pas eu lieu.

Nous sommes loin de prétendre cependant qu'il appartient exclusivement à la commotion des centres nerveux, de déterminer la mort instantanée ou presque instantanée en pareille occurrence : il est évident qu'une rupture vasculaire peut donner lieu à un semblable résultat, et peut-être aussi la commotion de deux autres viscères, le cœur et le poumon. On conçoit en effet que si le cœur était violemment frappé, ses fonctions pourraient se trouver interrompues, suspendues, pendant un temps assez long pour que la mort pût s'en suivre. Pour ce qui est de la commotion pulmonaire, un accident qui nous est arrivé témoigne presque entièrement de la possibilité du fait.

Chute de 25 pieds de haut : commotion du poumon, sans suites graves.

A l'âge de treize ans révolus, je suis tombé du haut d'une échelle de 25 pieds de long, appuyée contre un arbre, au milieu d'une prairie où l'herbe était très longue et le terrain assez mou par sa nature et par suite de la pluie qui tombait depuis plusieurs jours. Ma vue s'offusqua, ce que j'attribue à la rapidité du mouvemens, à la vitesse avec laquelle le passage des objets se succédait devant mes yeux. Je cherchai à me rattraper aux premiers pivots de l'échelle, ce qui, sans doute, amortit de beaucoup ma chute ; mais enfin le tronc se renversa en arrière et j'arrivai sur le sol avec l'épaule gauche. Je fus un instant sans bouger, mais la respiration ayant été suspendue, j'éprouvai bientôt les angoisses que provoque l'impossibilité de prendre haleine. Le besoin de respirer devenant de plus en plus pressant, je commençai à m'agiter, sans résultat d'abord ; mais ayant eu l'instinct de marcher à quatre pattes, ce fut alors seulement que je pus faire une inspiration. J'en fis plusieurs de suite ; après quoi je me laissai choir, mes forces étant complètement épuisées, et me sentant d'ailleurs hors de danger d'une suffocation imminente. Après une minute ou deux de repos, je me levai, je ramassai mon parapluie et je pris le chemin de la maison, bien déterminé à cacher l'accident qui venait de m'arriver, pour ne pas être grondé.

Mais en traversant un bâtiment contigu à la maison, je rejetai un crachat de sang, mêlé d'une substance blanche et épaisse comme de la crème ; circonstance qui m'effraia et me décida à me confier à une de mes cousines. Le secret fut bientôt celui de la maison. On me fit coucher, et aussitôt on me fit avaler un grand bol de lard fondu, selon la coutume du pays. Du reste, je n'éprouvai que de la fatigue pendant tout le restant de la journée (j'étais tombé le matin, sur les neuf heures). Le lendemain, je fis une demi-lieue à pied pour aller consulter à la ville (Modène) le médecin de la maison, le docteur Riva, qui me conseilla l'usage de la limonade, et l'application d'un épithème sur le creux de l'estomac, ainsi qu'une purgation avec l'huile de ricin. J'allai mieux dans la suite, et je m'en tins exclusivement à l'usage de la limonade. Je m'en retournai à la campagne à pied ; mais ce second voyage, dans le même jour, fut excessivement pénible, et je fus obligé de m'arrêter plusieurs fois. J'arrivai chez moi accablé de fatigue, et le visage défait et jaunâtre ; ce qui ne m'empêcha pas cependant de prendre un peu de nourriture, cédant en cela plutôt aux instances de ma famille qui me voyait très préoccupé de mon aventure, qu'aux besoins de mon estomac. Ma santé, cependant, se rétablit assez promptement ; mais depuis ce temps-là, j'ai conservé dans la partie postérieure de l'épaule gauche une douleur qui se fait sentir pendant les temps humides, surtout depuis que je suis à Paris. Je présume que, sur ce point, le poumon a contracté des adhérences avec le feuillet pariétal de la plèvre.

N. Manzini.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

AFFECTIONS CALCULEUSES.

Première observation. *Expulsion successive de sept ou huit graviers. Signes rationnels de la pierre. Lithotritie.*

Un petit enfant, âgé de cinq ans, atteint d'une affection calculeuse, a été admis depuis quelques jours dans le service, et est couché au n° 16 de la salle Saint-Côme. Ses parens assurent qu'il a rendu par l'urètre sept à huit calculs, à différentes époques plus ou moins éloignées les unes des autres ; d'où il nous paraît rationnel de conclure qu'il est affecté de la gravelle. Actuellement, il présente tous les signes d'un calcul vésical. Apparemment cette nouvelle production calculeuse reconnaît la même origine que celles qui ont déjà été expulsées, et participe des mêmes caractères physiques. Nous sommes porté à croire, en effet, que ce calcul, formé dans les reins, et logé actuellement dans la vessie, est peu volumineux, circonstance qui nous engage à rejeter la taille pour l'en débarrasser, et à invoquer le secours de la lithotritie, quoique nous soyons prévenu contre cette opération faite chez de trop jeunes sujets, à cause de l'arrêt facile des fragmens lithiques dans le canal de l'urètre, qui reconnaît comme cause le peu de développement de la prostate ; d'où il résulte que le col vésical, plus extensible que chez les adultes, permet plus facilement à de gros fragmens de s'y engager, et dont les proportions ne sont pas en rapport avec les dimensions de l'urètre. Mais ce qui nous engage surtout à employer dans ce cas le broiement, c'est que, ainsi que nous venons de le dire, il s'agit évidemment ici d'un cas de gravelle auquel la taille ne porterait qu'un soulagement momentané, en remédiant au phénomène culminant qui la complique actuellement, savoir l'arrêt d'un gravier dans la vessie. Nous soumettrons donc cet enfant à la lithotritie, et nous emploierons dans ce but l'instrument zéro de M. Charrière.

— Ce fait mérite par sa rareté beaucoup d'intérêt. On sait en effet que la gravelle est une affection rare chez les enfans, et qu'on la méconnaît même à cause du peu de gravité des symptômes généraux qui l'accompagnent à cet âge de la vie. Elle passe ordinairement inaperçue jusqu'au moment où le sujet vient à rendre quelques graviers. Il paraît que chez notre petit malade rien n'en avait révélé l'existence avant l'expulsion des graviers qu'il a rendus. Il est en outre une disposition spéciale des enfans qui fait que chez eux l'affection calculeuse ne persiste pas longtemps sous forme de gravelle : c'est que les dépôts de l'urine, au lieu de s'agglomérer isolément et de constituer ainsi des graviers distincts les uns des autres, ont une tendance marquée à s'unir ensemble et à former une pierre proprement dite. Aussi les calculeux sont-ils parmi les enfans plus nombreux que les graveleux, et ces derniers présentent rarement l'effrayant cortége des phénomènes morbides, connus sous le nom de coliques néphrétiques, qu'il est au contraire si commun de rencontrer à un âge plus avancé. M. Civiale, qui a le premier fixé l'attention des praticiens sur ce point, dit avoir vu beaucoup d'enfans qui souffraient depuis longtemps de cette maladie, et dont les douleurs avaient été attribuées à des tranchées, à la dentition, à des vers intestinaux et à mille autres causes supposées, avant que leur véritable cause fût connue. Ce praticien pense d'ailleurs que c'est ici le cas d'employer la lithotritie chez les enfans, la taille devant être réservée pour les cas où il s'agit d'une grosse pierre.

Calcul vésical, en ayant imposé pendant plusieurs mois pour une affection spasmodique du col de la vessie. Passage du petit calcul dans l'urètre. Nécessité de recourir à la boutonnière.

Nous devons encore vous parler du malade couché au n° 30 de la salle Saint-Côme, dont l'histoire, si longue et si obscure, nous paraît tenir enfin à son dénoûment. Il est âgé de douze ans, fort de complexion, et assez intelligent. Il est entré dans le service pour un calcul vésical, dont il nous a présenté tous les signes rationnels pendant les cinq ou six mois qu'il est resté avec nous, mais que les explorations réitérées faites tantôt avec l'algalie, tantôt avec l'instrument lithotriteur, n'avaient point démontré. Au défaut de ce signe pathognomonique, nous avions agi chez cet enfant dans l'hypothèse qu'il s'agissait d'une affection nerveuse de la vessie, et nous avions successivement épuisé toute la série des moyens antispasmodiques, sans résultat.

Enfin, le malade a été pris tout à coup, l'un des jours derniers, de rétention d'urine : il fut sondé, et l'on reconnut au col vésical la présence d'un petit calcul qui tendait à s'y engager. Ce calcul était trop petit, pour qu'il fût permis de songer à la taille ; d'autre part, dans des cas analogues, nous avions vu le petit calcul s'engager dans l'urè-

---

d'ajouter une certaine quantité d'extrait de pavot blanc dans ce sirop (8 décigrammes pour 500 grammes). Pour l'usage externe, les injections, les lotions, on coupe la teinture avec six à douze fois son poids d'eau, quelquefois on peut l'employer moins étendue (imbibitions, gargarismes). Dans quelques cas de diarrhées colliquatives rebelles, on se trouve très bien de donner des quarts de lavemens avec 10 à 30 grammes de teinture.

L'extrait à l'extérieur s'emploie en pommade avec laquelle on enduit à l'ordinaire les plumasseaux, les mèches de charpie, etc. Si les ulcères tardent à s'améliorer, on saupoudre leur surface avec l'extrait pulvérisé avant d'appliquer la pommade ; si l'ulcération est plus rebelle ou qu'elle soit très limitée, comme pour les fissures à l'anus, les gerçures du sein, etc., il faut la recouvrir d'une couche d'extrait assez épaisse pour absorber toute l'humidité, dessécher complètement sa surface et appliquer ensuite les pièces de pansement.

La monésine n'a encore été employée qu'une seule fois à l'intérieur ; M. Martin Saint-Ange en a donné 3 grains (15 centigrammes) pour une perte utérine rebelle qui a cessé promptement.

Quant à l'emploi topique sur des ulcérations de la peau ou de l'origine des muqueuses, il faut employer beaucoup moins de monésine que d'extrait sec ; il est même assez difficile de répartir uniformément cette matière parce qu'elle forme des grumeaux. En général, on peut dire que la surface de la plaie ne doit pas en être complètement couverte ; nous avons précédemment fait la recommandation de ne pas multiplier cette application au delà de ce qui est nécessaire,

tre, arriver jusqu'au méat urinaire, et être facilement extrait moyennant le débridement: nous avions donc tout lieu d'espérer qu'il en adviendrait autant dans ce cas, d'où l'indication d'attendre. D'ailleurs, si les choses ne s'étaient pas passées ainsi que nous l'espérions, il nous restait encore à essayer la lithotritie. En attendant, nous nous bornions à l'usage de bains, lorsque, vendredi dernier, le calcul s'engagea de nouveau dans l'urètre. A l'heure de la visite, il était arrêté à la région prostatique de ce canal; rien n'indiquait la nécessité d'agir immédiatement, et nous nous proposions d'ajourner toute opération. Le lendemain, nous trouvâmes que le calcul avait cheminé jusque près de la symphyse pubienne; il nous paraissait probable que bientôt il faudrait agir, et tenter d'extraire le calcul à l'aide de la curette articulée de M. Leroy d'Etiolles: nous nous proposions, dans ce but, de revenir à l'hôpital à quatre heures et demie du soir. Mais, dans l'intervalle, l'état du malade s'aggrava; il eut des mouvemens convulsifs, et le chirurgien de garde, ainsi que l'interne du service, pensèrent qu'il était urgent d'extraire le corps, d'une manière ou d'une autre. L'extraction par la voie naturelle ayant résisté à tous les efforts employés, on se décida à l'opération de la boutonnière.

Depuis trois jours, la verge et le scrotum sont infiltrés; mais cette infiltration nous paraît plutôt œdémateuse, séreuse, en d'autres termes, qu'urineuse. Le gonflement du fourreau de la verge avait donné lieu à un paraphymosis, qui nous paraissait favoriser et entretenir l'infiltration; ce qui nous a engagé à le faire cesser, moyennant l'opération applicable à cet état pathologique.

Quelle sera l'issue de ces accidens? Nous espérons que l'opération pratiquée ce matin, aidera la disparition de l'infiltration; d'autre part, il n'y a pas de réaction générale. Nous avons supprimé l'emploi de la sonde, qui avait été introduite tout d'abord dans l'urètre, pour favoriser la guérison de la fistule; nous en reprendrons l'usage, quand les accidens actuellement existans auront cessé.

Voilà un fait bien intéressant. Il est rare, en effet, qu'un calcul vésical reste occulte pendant un temps aussi long. Sans doute sa petitesse a été pour beaucoup dans le résultat négatif qu'ont donné constamment les essais de cathétérisme; mais en outre, la dispostion de la surface du calcul nous porte à croire qu'il adhérait à un point quelconque de la vessie, dans le voisinage du col. La moitié de cette surface, en effet, est légèrement chagrinée et ne présente pas, comme dans l'autre moitié, ces inégalités qui lui donnent l'aspect d'une mûre. En un mot, le mode de cristallisation n'est pas le même dans les deux moitiés; dans l'une d'elles celle-ci paraît avoir été gênée, si non arrêtée, et nous présumons que c'est précisément cette moitié qui était adhérente.

Ce fait nous engagera à être désormais moins hâtif dans l'emploi des anti-spasmodiques contre les prétendus cas d'affections spasmodiques de la vessie, et à ne nous résoudre à y avoir recours, qu'au bout de quinze, vingt jours, un mois après avoir sondé les malades deux ou trois fois par semaine au moins.

Plusieurs cas de strabisme opéré.

Premier fait. — Nous avons annoncé que l'opération pratiquée chez le petit enfant couché au n° 22 de la salle Sainte-Côme, selon le procédé de M. Phillips, n'avait pas remédié au strabisme convergent dont son œil gauche était affecté, et qu'il avait fallu pratiquer une seconde opération. Le résultat de celle-ci a été plus favorable; cependant l'œil n'a pas acquis entièrement sa rectitude. D'autre part, l'œil droit a conservé son degré de convergence, que l'on espérait voir cesser par le fait de l'opération. Disons même que le strabisme gauche ayant presque complètement cessé, la déviation de l'œil droit est maintenant plus sensible.

L'on ne saurait étudier avec trop d'attention les faits où l'opération du strabisme ne réussit pas; car ce n'est qu'en procédant de la sorte que l'on parviendra à reconnaître, sans exposer les strabiques aux inconvéniens d'une opération infructueuse, quels sont les cas qui admettent l'opération. Ce fait confirme déjà que l'opération ne doit pas être pratiquée chez de trop jeunes sujets; cette opinion, que M. Mojon a développée dans une lettre qui a été lue dernièrement à la Société médicale d'émulation et que M. Phillips partage, est également celle de plusieurs praticiens très compétens dans la matière, parmi lesquels nous nous contenterons de citer MM. Rognetta, Caffe, Guersant fils, Boujot-Saint-Hilaire, etc. M. Mojon a vu le strabisme disparaître avec l'âge; chose qu'ont pu observer, du reste, beaucoup d'autres praticiens, vu sa fréquence. Disons plus, il paraît que chez quelques enfans le strabisme affecte, en quelque sorte, une marche intermittente et n'existe que par intervalle. Un praticien distingué de Paris, M. B...., a une de ses jeunes demoiselles qui est dans ce cas. Le strabisme ne survient que par intervalles, sans d'ailleurs que la cause puisse en être appréciée. M. B..... est convaincu que ce strabisme passager disparaîtra complètement avec l'âge.

Pour revenir à notre petit malade, nous dirons que la cause du non succès de l'opération pratiquée chez lui, n'a pas pu être apppréciée. Nous avons noté seulement un balancement continuel des yeux, analogue à celui de la plupart des sujets affectés d'amaurose, que M. Rognetta appelle balancement amaurotique.

Deuxième fait. — Le succès a été complet chez la jeune fille de la ville (*V.* le n° du 16 février) qui offrait un strabisme divergent de l'œil gauche. C'est au bout de trois semaines que l'on a fait l'excision du bourgeon conjonctival résultant de l'opération. Selon M. Phillips, il ne faut pas trop se hâter de pratiquer cette petite opération en quelque sorte complémentaire. Si l'on y procède trop tôt, vers le huitième ou dixième jour, par exemple, on produit une hémorrhagie abondante; la plaie ne se cicatrise pas immédiatement et d'autres bourgeons grandissent et parcourent les mêmes périodes que le premier ou les premiers. Ces bourgeons offrent ceci de remarquable dans leur marche, qu'à la longue, ils finissent par se confondre de manière à donner lieu à la formation d'un seul bourgeon; peu à peu celui-ci se rétrécit à sa base, il se forme un collet qui perd sans cesse de son volume et est bientôt transformé en un pédicule mince et court. M. Phillips a noté que dans cet état d'étranglement la circulation est presque nulle dans le bourgeon, et que c'est alors le moment le plus favorable pour en faire l'excision: c'est au-dessous de ce bourgeon que l'on observe les stries convergentes de la cicatrice. Quand on emploie l'eau froide pour arrêter l'inflammation les bourgeons restent isolés au lieu de se réunir et il faut alors les couper les uns après les autres.

Troisième fait. — Enfin nous ne vous dirons qu'un mot de la petite fille du n° 11 de la salle Sainte-Thérèse, âgée de dix ans, chez laquelle le strabisme convergent de l'œil gauche a entièrement cessé par suite de l'opération. Avant celle-ci, les facultés de l'œil étaient presque complètement abolies. Dès le lendemain de l'opération, elle distinguait les grandes lettres d'un livre imprimé. Il ne faut pas toujours s'attendre à un résultat aussi favorable. En effet, M. Phillips nous apprend, que sur seize strabiques de l'œil droit qui voyaient double avant l'opération, quatre ont continué pendant quelque temps à voir double; deux qui ne voyaient pas double avant, ont vu double après; quatre ont présenté le phénomène remarquable de voir double avec un seul œil; qu'enfin, sur sept individus affectés de strabisme convergent de l'œil gauche, voyant double avant l'opération, deux ont persisté dans cet état; que sur quatre qui ne voyaient pas, avant l'opération, avec l'œil dévié, deux n'ont pas recouvré l'usage de l'œil *délouché.* K.....

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Vendredi, 5 mars 1841.

ÉPREUVE PRATIQUE.

Ligature de l'artère sous-clavière.

Cette opération a été exécutée successivement par tous les candidats dans l'ordre suivant:

MM. Sanson (Alphonse).
Sédillot.
Bérard (Auguste).
Lenoir.
Huguier.
Chassaignac.
Robert.
Boyer (Philippe).
Michon.
Malgaigne.
Thierry.
Laugier.
Vidal (de Cassis).
Blandin.

Lundi à quatre heures, trois candidats, désignés par le sort pratiqueront une opération et appliqueront un appareil. Le manuel pourra se prolonger jusqu'à une demi-heure pour chacun des opérations.

— Nous avons reçu une réponse de M. Malgaigne à la lettre de M. Sichel sur la cataracte. Nous la publierons dans le prochain numéro.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 9 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 31, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. Dubois.

Apoplexie du placenta. Conséquences qu'elle entraîne relativement au développement du fœtus.

Une femme est accouchée hier à quatre heures, dans le service, au huitième mois de sa grossesse, s'il faut s'en rapporter à ses paroles ; mais il est difficile de concilier cette opinion avec l'état de maigreur de l'enfant. Quoi qu'il en soit, l'accouchement, dans ce cas, n'a présenté rien de particulier, sinon qu'il était prématuré, et qu'il s'est terminé par la présentation des fesses. Suivant toutes les probabilités, l'enfant aurait présenté la tête, et non l'extrémité pelvienne, si la grossesse avait pu atteindre le terme ordinaire. On a attribué, bien à tort sans doute, cette évolution spontanée de l'enfant à la prépondérance de la tête sur le reste du corps. Si cela était, si cette raison pouvait être invoquée pour expliquer ce phénomène, ce ne serait plus à la fin de la grossesse qu'on l'observerait, mais bien dans le premier mois de la gestation ; car c'est véritablement à cette époque de la vie intra-utérine que l'on trouve cette prépondérance de la tête, et non pas aux approches de l'accouchement.

Pour revenir à l'enfant, il est chétif, d'une maigreur vraiment remarquable, présentant tout au plus le développement d'un fœtus à sept mois, et encore, à cette époque, les cuisses et les jambes sont arrondies, ce que l'on ne rencontre pas chez cet enfant. Il est froid, et l'on est obligé, chez lui, d'entretenir la chaleur à l'aide de boules d'eau chaude et de serviettes bien chauffées. Dans de pareilles circonstances, la calorification est difficile, et c'est plutôt à cela qu'il faut attribuer la mort des enfans placés dans de semblables conditions, qu'aux affections du tube digestif.

Quelles sont les causes qui ont entravé le développement ? C'est dans le placenta qu'il faut les chercher. Cette partie du produit de la conception qui doit fournir les matériaux de la respiration, de la digestion du fœtus, est, par cela même, tellement important, que tout ce qui pourra gêner son action devra faire souffrir l'enfant. Or, ici l'on trouve dans le placenta plusieurs apoplexies sanguines autour desquelles l'on observe de petits noyaux indurés. Par suite de cette altération, cet organe se trouvait dans l'impossibilité de remplir les fonctions qui lui sont dévolues, ce qui a paru exercer une influence fâcheuse sur le développement du fœtus.

Une jeune femme, forte, non délicate, accouche quinze jours après avoir éprouvé les premières douleurs, d'un enfant chétif, faible, que l'on parvint à ranimer par des frictions long-temps pratiquées. Le placenta présentait une altération à peu près semblable à celle que l'on observe dans le cas précédent ; l'induration occupait toute la surface. Ceci explique de suite l'empêchement du développement pendant la vie intra-utérine.

Cette femme tenait beaucoup à nourrir son enfant ; mais comme celui-ci n'était pas dans des conditions de santé favorables pour établir la lactation, il fallait une nourrice facile, qui présentât un lait un peu plus nutritif. Quand un enfant est délicat, il est difficile, pour ne pas dire impossible, à une primipare de parvenir à l'élever.

Des signes de la grossesse.

Dans la dernière séance, M. Dubois a parlé du trouble des fonctions digestives et de l'innervation, comme signes de la grossesse ; ce qu'il résume aujourd'hui à peu près de la manière suivante : Le trouble des fonctions digestives est un signe peu probant ; outre qu'il peut dépendre d'une suppression de règles étrangère à la grossesse, il indique aussi quelquefois un état de souffrance qui n'est nullement sous l'influence de la gestation. Il n'est pas impossible, cependant, que chez quelques personnes l'apparition de ce phénomène n'ait une certaine valeur, et qu'il n'annonce chez elles une grossesse commençante.

Comme troubles de l'innervation, on a observé chez quelques femmes le changement d'humeur : c'est ainsi qu'une dame, ordinairement maussade et difficile, devenait gaie et enjouée aussitôt qu'elle avait conçu. D'autres troubles beaucoup plus significatifs que celui-ci, méritent aussi plus d'attention ; ce sont : un assoupissement continuel qui se manifeste dans les premiers jours, des défaillances, des lipothimies, aussitôt une première époque menstruelle passée, remarquables surtout vers le quatrième mois, quand la femme commence à sentir les mouvemens du fœtus, auxquels quelques personnes les attribuent, sans qu'il soit possible de dire jusqu'à quel point cette dernière opinion est fondée. Ces défaillances, ces lipothimies s'observent assez fréquemment. On a encore noté la perversion du goût comme trouble de l'innervation ; mais ces signes, qui réunis pourraient avoir quelque valeur, ne sont, pris séparément, que d'une médiocre importence.

Modifications survenant dans les mamelles à l'époque de la grossesse. Elles sont de plusieurs sortes : 1° le gonflement douloureux des seins se manifestant en général dès le commencement ; 2° une modification toute particulière des auréoles ; 3° enfin, la sécrétion du lait.

1° Du gonflement douloureux du sein : Comme chez la plupart des femmes, toute excitation produite sur l'utérus donne lieu à ce phénomène, on pourra donc l'observer à chaque époque menstruelle ; mais il sera beaucoup plus évident quand les règles seront supprimées, et que l'utérus contiendra le produit de la conception ; alors non-seulement les seins sont gonflés, mais encore ils peuvent présenter des bosselures et des nodosités.

Ce gonflement des seins se manifeste à des degrés bien différens : à peine sensible chez quelques femmes, et plus particulièrement chez celles qui ont déjà eu plusieurs grossesses, il est plus remarquable chez d'autres ; on l'a observé chez des femmes d'une grande susceptibilité nerveuse par le seul fait d'abus vénériens dans les premiers jours du mariage. Dans quelques cas, les glandes de l'aisselle s'engorgent. Enfin l'on voit quelquefois, mais très rarement, l'inflammation de la mamelle se montrer de prime-abord.

Une dame de la province, présentant des ulcérations granuleuses du col, vint à Paris consulter M. Dubois. Outre cette première affection, elle voyait très fréquemment, à l'époque de ses règles, survenir un petit abcès du sein, qui s'ouvrait et se guérissait spontanément. Quand M. Dubois la vit, il put remarquer quelques points de la mamelle qui étaient un peu plus douloureux. Cette dame quitta Paris, et s'en retourna dans son pays.

A quelque temps de là elle écrivait que l'un de ses seins était le siége d'un gonflement regardé par les médecins du lieu comme pouvant devenir très grave. Sur le conseil de M. Dubois, elle revint à Paris. Celui-ci croit reconnaître une fluctuation profonde : il pratique, à l'aide d'un bistouri à lame étroite, une ponction par laquelle il s'échappe une quantité de pus assez abondante. L'ouverture est agrandie, et l'abcès ne tarde pas à se cicatriser.

A la première époque menstruelle, nouvel abcès, et depuis six mois le même phénomène s'est représenté de nouveau tous les mois. La sympathie qui existe entre l'utérus et le sein, et qui, dans ce cas, a déterminé l'engorgement inflammatoire de ce dernier, s'explique beaucoup moins bien ici que dans l'état de gestation.

2° L'auréole présente des modifications remarquables, étudiées avec soin dans ces derniers temps par Mongommery, et qui présentent beaucoup d'intérêt. Mais, d'abord, le mamelon se gonfle un peu, il devient sensible à ce point que le plus léger frottement du linge est insupportable, et en raison de cette grande sensibilité, il reste dans un état d'érection presque continuel.

L'auréole prend une coloration plus foncée ; elle présente de petites éminences papillaires, de petits tubercules qui existaient déjà auparavant, mais qui deviennent plus apparens lors de la grossesse ; elle est, dans certains cas, soulevée, proéminente, comme œdémateuse ; autour de cette première auréole on en observe une seconde, d'un aspect comme taché. Les veines du sein sont beaucoup plus volumineuses. Ce soulèvement de l'auréole est un signe de grossesse malheureusement trop rare, car il est très important. Il s'est présenté chez une jeune fille âgée de treize ans, récemment accouchée dans les salles de la Clinique.

FEUILLETON.

Recherches sur les modifications de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau), *dans les maladies* ; par MM. Andral et Gavarret.

(Analyse.)

« Nous nous proposons de faire connaître dans ce mémoire, disent MM. Andral et Gavarret les résultats des recherches que nous avons entreprises dans le but de déterminer les changemens de proportion que quelques principes du sang, savoir : la fibrine, les globules, les matériaux solides du sérum et l'eau, peuvent éprouver dant les maladies. »

Avant d'entrer dans l'examen des résultats obtenus par les auteurs de ce travail, il sera utile, du moins nous le pensons, de faire connaître pour quelques-uns de nos lecteurs les proportions des différens principes qui existent dans le sang à l'état normal, ainsi que les procédés employés par eux pour arriver au but de leurs recherches, Ici se présente à l'esprit une première objection : on a prétendu que l'on n'était pas d'accord sur les quantités sous lesquelles on rencontre les divers élémens du sang, et on a cité comme preuve les variations nombreuses qu'offre le chiffre de fibrine donné par les auteurs ; mais comme l'a fait observer très judicieusement M. Monneret dans son compte-rendu des leçons de M. Andral, les auteurs n'ont aucunement signalé les conditions dans lesquelles se trouvaient les individus qui avaient fourni le sang destiné aux expériences ; et comme il est très probable que l'on ne se procurait que du sang fourni par des malades, nous ne devons pas être étonnés des variations offertes par le chiffre de la fibrine, puisque les recherches récentes ont prouvé qu'un des principaux effets des maladies est précisément de faire varier les quantités de fibrine. Quant aux moyens à employer pour arriver à la connaissance des élémens constitutifs, et à celle de leurs proportions, il ne s'agit pas d'adopter et d'offrir des procédés d'analyse chimique longs et difficiles ; ce qu'il importe, c'est de mettre entre les mains de tous les praticiens des méthodes rapides et faciles pour reconnaître pendant les maladies les changemens les plus sensibles survenus par leur influence, dans les proportions des principaux élémens du sang.

Etat physiologique du sang. Ces moyennes sont celles qui ont été indiquées par MM. Lecanu, Prévost et Dumas, et professées par ce dernier à la Faculté de médecine. Tel est le point de départ de MM. Andral et Gavarret.

Une palette et demie de sang, représentant six onces ou 180 grammes, donne :

	Grammes.		Gros.	Grains.
Fibrine,	0,54	ou	»	11
Globules,	22,86		6	7
Matériaux solides du sérum,	14,40		3	60
Eau,	142,20	4 onc.	5	66
	180,00	ou	6 onces.	

Ces quantités peuvent être représentées de la manière suivante.

Sur 1000 parties de sang, on trouve :

Fibrine,	3 parties.
Globules,	127
Matériaux solides du sérum,	80
Eau,	790
	1000

Nous avons en général, disent MM. Andral et Gavarret, retrouvé ces moyennes physiologiques avec un certain nombre d'oscillations, en deçà ou au-delà, dans tous les cas négatifs, où le sang nous paraissait être resté à son état normal, relativement du moins à la proportion de la fibrine, des globules, des matériaux solides du sérum et de l'eau.

Procédé d'analyse. Le sang est reçu dans deux capsules d'égale capacité, et dont chacune peut contenir 180 grammes d'eau.

Dans une des deux capsules, on recueille les premier et quatrième quarts de la saignée ; on abandonne cette portion de sang à elle-même, pour la laisser se coaguler.

Dans l'autre capsule, on recueille les deuxième et troisième quarts de la saignée ; on bat immédiatement cette seconde portion de sang pour obtenir la fibrine, qu'on lave avec soin.

Les deux portions de la saignée ainsi séparées doivent avoir la même composition, quelle que soit l'influence de l'écoulement sur la composition du sang recueilli.

Quand la coagulation est effectuée, on sépare avec soin le sérum du caillot, et l'on dessèche :

1° La fibrine qui avait été obtenue en battant la moitié de la saignée.
2° Le sérum.
3° Le caillot.

On pèse la fibrine sèche, et l'on connaît ainsi la quantité de fibrine que contient le caillot sur lequel on opère.

On pèse le sérum après dessication complète, et l'on connaît ainsi sa composirion en eau et en matériaux solides.

On pèse enfin le caillot desséché : la quantité d'eau qu'il contenait, représentée par la perte éprouvée dans cette opération de dessication, permet de calculer la quantité de matériaux solides du sérum que contient le caillot desséché ; en retranchant du poids du caillot sec le poids de la fibrine, plus le poids des matériaux solides du sérum qu'il contient et qu'on a calculé, il reste le poids des globules que renferme le caillot.

Cette suite d'opérations fournit donc :

1° Le poids de la fibrine ;
2° Le poids des globules ;
3° Le poids des matériaux solides du sérum ;
4° Le poids de l'eau.

Quand on veut séparer les matériaux organiques du sérum de ses matériaux inorganiques, après avoir complètement desséché ce liquide, on pèse le résidu pour évaluer la quantité de matériaux solides, puis on incinère ce résidu avec le plus grand soin dans un creuset de platine. La masse blanche qui reste au fond du creuset représente les matériaux inorganiques.

Ceci étant posé, nous abordons la partie principale de la question : *Altérations de quantité des élémens du sang dans les maladies.* Les recherches de MM. Andral et Gavarret les ont conduits à reconnaître qu'il existe une classe entière de maladies dans laquelle le sang présente comme altération constante, une augmentation de fibrine. Cette classe comprend des espèces nombreuses que leurs caractères communs, abstraction faite de leur forme et de leur siége, ont fait réunir par les pathologistes de tous les temps sous le nom d'inflammations. Ils ont tour à tour étudié cette augmentation dans le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la bronchite capillaire, la pleurésie, la péritonite, l'érysipèle, l'amygdalite, la cystite, l'inflammation des ganglions lymphatiques.

1° *Rhumatisme articulaire aigu. — Fibrine.* Chez quatorze malades la fibrine se montra constamment plus abondante qu'à l'état normal, tant qu'ils furent saignés pendant la grande intensité des douleurs, et pendant la durée de la fièvre. Chez ceux

La coloration brune de l'auréole manque aussi et assez souvent ; quand elle existe, elle est plus prononcée chez les brunes que chez les blondes. Quant à la largeur de cette coloration, elle est variable : chez les unes, elle n'a que quelques lignes d'étendue ; chez d'autres, elle représente un disque très large. C'est sur l'auréole qu'on observe les petits tubercules dont il vient d'être tout à l'heure question, et qui offrent cela de remarquable, qu'ils sont érectiles, et semblent être de petits mamelons contenant quelquefois de petits vaisseaux galactophores

Chez une femme qui présentait cette disposition, l'on voyait le lait, quand elle donnait à tetter, s'échapper en même temps et du mamelon et des petites éminences papillaires qui l'environnaient. Celles-ci sont plus ou moins nombreuses ; on en compte ordinairement de douze à vingt, mais souvent elles manquent.

Autour de l'auréole principale, l'on voit la deuxième auréole, l'auréole secondaire, qui est comme tachetée. Quand un sein offre tous ces développemens, l'on peut dire que les modifications qui surviennent dans la grossesse sont complètes.

3° Enfin la sécrétion du lait. Lorsqu'une femme a conçu, l'on observe quelquefois dans les glandes mammaires, une sécrétion laiteuse, variable, quant à la quantité, aux différentes époques de la grossesse ; peu abondante dans le commencement, elle va toujours en augmentant jusqu'à l'instant où l'utérus se débarrasse du produit de la conception. Ce signe manque assez souvent ; d'autres fois, l'on ne trouve sur le linge que quelques taches produites par le lait, et du reste à peine apparentes.

La coloration du mamelon, dont il vient d'être question, est de tous les signes relatifs à la grossesse, le plus important quand il existe ; elle dépend d'un dépôt noirâtre d'une sorte de pigmentum qui finit par être résorbé quelque temps après l'accouchement. Une femme, accouchée à la Clinique, présentait ce phénomène à un très haut degré. Chez elle l'auréole était d'un noir brun très foncé ; cette coloration commença à disparaître vers le troisième mois qui suivit l'accouchement. L'auréole alors était recouverte de petites écailles noirâtres qui laissaient apercevoir, quand on les enlevait la matière pigmenteuse.

Le gonflement des seins, comme signe de la gestation, ainsi que cela a été dit plus haut, est un phénomène inconstant, qui ne se manifeste pas chez certaines femmes ; et, quand il existe, il n'est pas d'une très grande valeur, car il peut dépendre soit d'une suppression des règles étrangère à la grossesse, soit d'une maladie de l'utérus, soit de la cessation de la menstruation lors de l'époque critique, phénomène qui s'accompagne d'une turgescence particulière de l'utérus et du gonflement des mamelles ; soit enfin de l'abus du coït dans les premiers jours du mariage, quoiqu'alors il n'y ait point grossesse. Cependant chez certaines personnes la grosseur des mamelles est un signe assez important, qui quelquefois précède la suppression des règles, ainsi que M. le professeur Dubois l'a observé chez une jeune femme ; celle-ci, en effet, se savait enceinte et n'était nullement surprise de ne point voir paraître ses règles à l'époque accoutumée, lorsque, quelque temps auparavant, elle avait éprouvé de la douleur et du gonflement dans les seins.

HOPITAL DES INVALIDES. — M. Pasquier fils.

(Suite du numéro précédent.)

Chute de 40 pieds de haut, sans accidens graves.

Une petite fille de quatre ans et demi tombe d'un balcon élevé de quarante pieds sur le pavé. Perte de connaissance de courte durée. A l'arrivée de MM. Bérard jeune et Pigeaux, décoloration générale de la peau ; respiration suspireuse, accélérée ; pas de fractures ni de luxations ; légère déchirure de la commissure postérieure de la vulve ; plusieurs petites écorchures et contusions aux membres, au ventre et aux parties génitales externes. Premier jour ; une saignée et un bain ; nuit agitée, assoupissement troublé par des rêves pénibles ; la petite fille croit tomber à chaque instant d'un lieu élevé. Deuxième jour : bain ; rémission de la fièvre. Troisième jour : application sur les ecchymoses, de compresses trempées dans une dissolution de sel marin ; la gaîté revient. Au bout de huit jours, toute crainte sérieuse cesse. Au bout de quinze, santé parfaite ; l'appétit est tout à fait revenu. Au bout de trente, elle se promène à la chambre ; et après six semaines, elle court les rues de Paris.

Selon MM. Bérard et Pigeaux, l'élasticité des os et des cartilages, et la souplesse des articulations ont préservé les membres des luxations et fractures ; d'autre part, la violence de la chute a été amortie par la rencontre successive des pieds, des jambes, des cuisses, du périnée, du ventre, des mains et des avant-bras sur le pavé. La vitesse du mouvement, graduellement ralentie, n'a entraîné dans les organes centraux aucune déchirure grave, et n'y a produit qu'une légère commotion. (Gazette Méd., 1834, p. 727-28.)

C'est précisément ce qui est arrivé chez François ; mais chez lui, en outre, le mouvement, uniformément accéléré de la chute, s'est trouvé retardé d'abord par le petit dôme qu'il a frôlé, et ensuite par le toit ardoisé de la sacristie, qui a cédé sous ses pieds. De plus, ce qui a diminué encore chez François la vitesse du mouvement, c'est qu'au lieu de tomber dans une direction verticale, il a décrit successivement deux paraboles.

Chute d'un quatrième étage, presque sans accident.

Le 7 mars 1792, Louis Germer, manœuvre, âgé de 30 ans, marchant sur un échaffaudage placé au quatrième étage, chargé d'une hotte pleine de platras, tomba de cette hauteur sur des décombres. Le pied droit porta d'abord sur le sol, et le côté droit alla heurter contre une pierre. Le sang sortit aussitôt par le nez et le blessé perdit la connaissance qu'il ne recouvra que trois quarts d'heure après.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Asselin, on reconnut une forte contusion et beaucoup de gonflement à la malléole externe de la jambe droite ; la respiration était difficile, le ventre tendu, et le côté droit douloureux dans toute son étendue. On saigna le malade, et l'on appliqua sur la partie inférieure de la jambe droite un cataplasme arrosé d'eau végéto-minérale. Le lendemain au matin, le pouls était vif et plein, et la respiration toujours pénible. On répéta la saignée, et l'on fit appliquer sur tout le bas-ventre un cataplasme résolutif. Le troisième jour, les accidens disparurent ; le gonflement de la jambe était moindre ; il diminua insensiblement jusqu'au huitième jour, que le malade sortit parfaitement guéri.

Le rédacteur de l'article fait suivre cette observation d'une remarque qui nous paraît très judicieuse. « Nous n'avons publié cette observation, qui au premier coup-d'œil paraît peu intéressante, que pour prouver de plus en plus que, dans les chutes, on ne doit pas fonder le pronostic sur la hauteur du lieu d'où est tombé le malade. D'après ce principe, on eût regardé les blessures de Garnier comme très dangereuses, et l'on voit que cet homme n'en a ressenti que de très légers accidens. » (Journal chirurgical de Desault, t. III, p. 339-40.)

Chute d'un troisième étage sans le moindre accident.

Il y a deux ans et demi environ, que les gens de la police firent transporter à l'Hôtel-Dieu un maçon qui venait de tomber du haut d'un échafaudage qui montait jusqu'à un troisième étage. Cet homme était tombé sur les pieds. Un de ses camarades, tombé avec lui, avait été tué sur le coup. A voir le calme fonctionnel de cet homme et l'absence de toute sorte d'accidens, on aurait cru à une mistification sans l'entourage officiel qui témoignait du fait. C'était en été, et le blessé avait été transporté à l'hôpital vers le soir. La nuit fut assez agitée ; cet homme accusait des douleurs universelles, il croyait avoir tous les membres brisés et n'osait bouger. Le poids de la couverture lui faisait mal, disait-il. Le lendemain, à la visite, il était dans un état parfait, et dès que le chirurgien l'eut assuré qu'aucun de ses os n'était cassé, il descendit de son lit, s'habilla, après avoir demandé sa sortie, qui eut lieu le lendemain.

Autre fait. Un maçon tomba du toit d'une des maisons de la place Vendôme, sur l'auvent d'une marchande de poissons et de là sur le pavé, sans éprouver le moindre accident. (Communiqué par M. le professeur Gerdy.)

Autre fait. Une demoiselle était au cinquième étage d'une maison en construction dont l'escalier n'avait pas encore de rampe. Elle tombe de ce même étage ; l'air distend fortement ses jupes, qui lui servent de parachute, et elle arrive en bas sans éprouver le moindre accident. (Communiqué par M. Pasquier.)

Autre fait. Henry Bl.., âgé de vingt ans, jadis couvreur, tomba sur les pieds, du toit d'une maison qui fait l'angle de la rue du Bac et de la rue de Lille, sur le pavé. Il perdit connaissance et fut transporté chez lui. N'ayant eu aucun accident grave, il fut bientôt en état de reprendre ses travaux. Cependant il dut renoncer à son état de couvreur, car lorsqu'il montait sur un lieu élevé et qu'il regardait autour de lui il était pris d'un tournoiement de tête et sa vue s'offusquait. Aujourd'hui même, Henry B...., qui est commis dans une imprimerie, éprouve le même phénomène.

Autre fait. On lit dans le journal de Cherbourg qu'un jeune apprenti couvreur, tombé d'un troisième étage dans la rue, fut transporté chez lui et visité par un médecin, qui ne trouva ni contusions ni fractures. Au bout de quelques jours ce jeune ouvrier a repris son travail.

Nous terminerons l'exposé de ces faits, par un cas remarquable de chute salutaire, qui a été consigné en 1833, dans la Revue médicale, par M. le docteur de Simoni.

Un soldat, allant des Canaries habiter Mozambique, était dans un état de phthisie confirmée. La maigreur était extrême ; la toux s'accompagnait d'une expectoration purulente et la fièvre hectique existait depuis quelque temps.

---

qui furent saignés après un notable amendement des douleurs et après la disparition de la fièvre, on trouva la fibrine diminuée, bien que se conservant encore au-dessus de son type normal.

Enfin, quand après un mieux passager, les douleurs reprenaient plus de vivacité, la fibrine augmentait de nouveau.

Dans ces cas de rhumatisme, la quantité moyenne de fibrine a oscillé entre 7 ou 8. Le minimum a été de 4,1 ; et le maximum 10,2 (plus de trois fois la moyenne physiologique). Toutes choses égales d'ailleurs, la fibrine augmentait avec les douleurs et la fièvre ; et lorsque celles-ci ne diminuaient pas, la quantité de fibrine restait la même, bien qu'on ait pratiqué plusieurs saignées, et tenu le malade à une diète sévère.

Globules. Dans aucun cas les globules ne se sont élevés au-dessus de leur quantité normale, et souvent dès la première saignée, ils descendaient au-dessous de la moyenne ; une fois les saignées commencées, on ne voit pas leur quantité osciller avec les variations de la maladie : la quantité de fibrine n'est réglée que par celle-ci ; la quantité de globules ne l'est que par l'abondance et la répétition des saignées.

Matériaux solides du sérum. — Eau. Les premiers n'ont présenté aucune modification notable. L'eau était abondante dans la première saignée, ce qui était en rapport avec le chiffre inférieur des globules.

2° *Rhumatisme articulaire sub-aigu et chronique*. Chez deux malades, la *fibrine* n'avait plus le chiffre élevé qu'elle avait dans le rhumatisme fébrile ; mais elle était encore au-dessus de sa moyenne, oscillant entre 4 et 5. Elle resta à sa quantité normale, chez les malades dont la maladie affecta tout à fait la forme chronique. Les *globules* restèrent tantôt dans leurs limites normales, tantôt diminuèrent sous l'influence des saignées ou d'un état anémique antérieur.

3° *Pneumonie*. Cinquante deux saignées ont été pratiquées sur vingt malades. Le maximum et le minimum de *fibrine* ont présenté les mêmes variations que dans le rhumatisme ; la moyenne a oscillé entre 7 et 8.

On trouva :	3 fois	4 parties de fibrine.
	7	5
	7	6
	11	7
	13	8
	9	9
	2	10
	52	

Ce qui mène à la conclusion suivante, que la pneumonie a produit plus souvent que le rhumatisme une somme élevée de fibrine. Les *globules* se comportent comme dans le rhumatisme ; les *matériaux solides du sérum* et l'*eau* ne présentèrent rien de notable.

4° *Bronchite capillaire aiguë*. Dans tous les cas de bronchite accompagnée de fièvre, on a constaté la même augmentation de la fibrine ; seulement la moyenne, moins élevée que dans les deux maladies qui précèdent, a oscillé entre 6 et 7. Le minimum a été 5,7, et le maximum 9,5.

5° *Bronchite chronique*. Du moment que la bronchite est chronique, et qu'elle n'est pas accompagnée de fièvre, le sang n'offre plus aucun caractère anormal.

6° *Pleurésie*. Il faut distinguer plusieurs cas : 1° la pleurésie est sèche et à son début ; 2° elle est récente et avec épanchement ; 3° ancienne avec épanchement. Dans les deux premiers cas, le chiffre de la *fibrine* est élevé, mais beaucoup moins que dans la pneumonie, et ne dépasse pas 6. Dans le troisième, elle se maintient entre 4 et 5, et peut descendre jusqu'à 3 1/2.

7° *Péritonite*. Mêmes résultats : dans la forme aiguë, la *fibrine* oscille entre 5 et 7 ; dans les épanchemens anciens, elle descend de 5 jusqu'au-dessous de 4. D'où il suit qu'il faut distinguer les cas dans lesquels le travail phlegmasique s'effectue, et ceux où il est terminé et ne laisse que ses produits.

8° *Amygdalite aiguë*. La fibrine varia entre 4,4 et 7,2.

9° *Erysipèle*. Sur huit saignées, sept fois la fibrine fut notablement augmentée, car

trois fois elle donna près de 5 ;
trois fois 6 ;
une fois 7.

Dans tous ces cas, il y avait fièvre intense ; dans le huitième cas au contraire, le mouvement fébrile fut presque nul, la fibrine donna seulement 3,6.

En résumé, dans les phlegmasies aiguës, MM. Andral et Gavarret ont toujours trouvé une augmentation dans les quantités de la fibrine. Les conditions de cet accroissement sont : l'acuité de la phlegmasie, et l'existence du mouvement fébrile, qui paraîtraient introduire dans l'économie une disposition en vertu de laquelle une grande quantité de fibrine se forme rapidement dans la masse du sang.

Un fait remarquable et qui peut donner cours à bien des réflexions, c'est que MM. Andral et Gavarret ont toujours constaté pendant la phthisie une tendance à l'augmentation de la fibrine et à la diminution des globules. Lorsque les tubercules sont encore à l'état de crudité, la fibrine ne présente qu'une augmentation peu considérable, dont la moyenne est environ le chiffre 4. Les globules sont encore peu diminués. A la période de ramollissement, la moyenne de fibrine devient 4, 5 ; les globules diminuent. Enfin, lorsqu'il y a des cavernes, la fibrine donne 5 et même 5,5 et 5,9. Lorsque les malades sont réduits au marasme, la fibrine obéit à la loi générale et descend à 2 environ.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

ÉPREUVE DE CHIRURGIE PRATIQUE.

Lundi, 8 mars 1841.

Amputation scapulo-humérale, et du pansement qu'elle réclame

MM. Robert.
Laugier.
Chassaignac.

M. Goffres, chirurgien-aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'hôpital de Metz. M. Goffres, qui a emporté cette chaire sur sept concurrens, avait déjà donné des preuves de son aptitude à l'enseignement dans le concours du Val-de-Grâce, à la suite duquel M. H. Larrey a été nommé.

M. Souberbielle reprendra ses conférences orales sur la lithotritie et la taille, mardi 9 mars, de midi à une heure, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Nonobstant sa mauvaise santé il voulut quitter l'hôpital et reprendre son service. Un jour, faisant sa faction, il tomba d'un lieu élevé de la forteresse, sur un chemin couvert de pierres. Aussitôt après hémopthisie et saignement de nez avec une telle abondance, que l'on craint que la mort n'arrive d'un instant à l'autre. (Bains avec addition d'eau-de-vie camphrée ; infusion de centaurée ; quelques sangsues.) Peu à peu tout rentre dans l'ordre. On soumet le malade à un régime nutritif, et sous son influence, combinée à celle des moyens indiqués, les symptômes de la phthisie disparaisssent progessivement. L'embonpoint revient et le rétablissement est complet.

(*Revue médicale*, 1833, p. 126 - 27.)

Nous ferons remarquer, en terminant, les bienfaits que l'on a retirés dans le plus grand nombre des cas qui précèdent, des émissions sanguines générales copieuses pratiquées à des époques très rapprochées. Evidemment leur nombre et la quantité de sang que l'on doit extraire en pareil cas dépendent du degré de commotion ressenti par les viscères et principalement par l'axe cérébro-spinal. Nous avons remarqué que les potions éthérées, administrées aussitôt après l'accident, ont été plutôt nuisibles qu'utiles et que l'on a dû y renoncer.

Nous n'avons accompagné d'aucune remarque les derniers faits que nous avons cités, parce que leur explication se trouve à la suite de l'observation de MM. Bérard jeune et Pigeaux ; à part, bien entendu, les avantages qui ont pu chez cet enfant résulter des propriétés exceptionnelles du système oséo-fibreux, qui appartiennent à cet âge. Dans ces cas, en effet, la vitesse du mouvement s'épuise ; ce dernier se transmettant d'un os à celui qui lui est contigu : le choc le plus violent dans ce cas est supporté par les os du tarse et par l'articulation tibio-astragalienne. Il y a quelques années que nous avons vu mourir à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roux, un jeune homme qui était tombé d'un troisième étage sur les pieds et dont les accidens inflammatoires des articulations tibio-tarsienne ne purent jamais être maîtrisés. Des abcès avaient déjà fait communiquer ces articulations avec l'extérieur, et à l'autopsie on trouva les cartilages diarthrodiaux détruits, ainsi que d'autres altérations profondes des parties contiguës. Nous avons consigné cette observation dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Je compléterai cet article par deux faits qui confirment ce que les précédens ont déjà démontré, savoir : que, dans les chutes en général, l'élévation du lieu n'est pas le seul élément sur lequel il convient de baser le pronostic, et qu'il est impossible d'apprécier *à priori* d'une manière rigoureuse quelle sera, dans les chutes, la gravité des accidens suivant les différentes hauteurs.

Premier fait. — Un garçon chapellier est tombé d'un sixième étage, rue Simon-le-Franc, et est arrivé debout sur le pavé. On ne constata aucun accident à la clinique de Dupuytren, où il s'était rendu, et d'où il sortit le lendemain en parfaite santé. (Communiqué par M. Marx, qui a été témoin du fait.) Le fait suivant est peut-être le plus curieux de tous.

Chute du dôme des Invalides sans accidens.

Un maçon tombe du haut du dôme des Invalides sur des décombres, après avoir frôlé différens échafaudages. Il ne reçoit aucune lésion qui ait mérité d'être signalée, et se rétablit promptement. Au bout de quelque temps il tombe de nouveau de vingt pieds de haut environ et se fracture plusieurs côtes. Pendant qu'il était en traitement à l'Hôtel-Dieu, il fit une chute de son lit sur la tête et se tua sur le coup.

J'ai recueilli ce fait au cours de pathologie externe de M. Gerdy, année 1834-35 ; et ce praticien a eu l'obligeance de m'en confirmer le récit l'un de ces jours derniers. Il m'a été impossible de remonter à la source et de découvrir le service dans lequel la dernière catastrophe s'était passée. J'ignore s'il a été publié quelque part ; mes recherches pour m'en assurer sont restées sans résultat. M. Gerdy lui-même n'a pu me fournir aucun résultat sur ce point ; il croyait seulement se rappeler que Dupuytren avait été témoin du fait, et m'a conseillé d'en parler à M. Breschet ; mais je n'ai pas été plus heureux dans cette nouvelle démarche. M. Breschet, qui ignorait ce fait, m'a adressé à M. Marx, héritier, comme l'on sait, des cahiers d'observations de Dupuytren ; et M. Marx non plus n'a pas pu me donner le renseignement que je cherchais. Ce fait manque donc de toute l'authenticieé désirable.

N. MANZINI.

HOTEL-DIEU SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

(Suite du n° 29.)

Deuxième observation. — *Cancer de la lèvre inférieure. Chéiloplastie avec lambeau quadrilatère pris dans la région mento-sus-hyoïdienne* (procédé de Chopart).

Ville (François), de Mazilhan, département de l'Ardèche, est entré à Saint-Eloi le 20 janvier 1840 ; il est âgé de cinquante-sept ans, et paraît d'une constitution robuste. Voici son état :

Toute la lèvre inférieure, un cinquième à gauche excepté, est occupée par un large ulcère ; la commissure droite est envahie ; toute la muqueuse labiale est malade, et le mal s'étend en dehors et en bas jusque près de l'apophyse du menton ; cet ulcère se présente sous l'aspect d'un champignon à surface grisâtre, à bords renversés. Des douleurs lancinantes parcourent la plaie ; le malade les compare à des piqûres d'épingles qu'on enfoncerait dans cette partie ; la salive ne peut guère être conservée.

Interrogé sur la cause de son mal, François ne peut en indiquer aucune de quelque valeur.

La maladie a débuté, il y a environ trois ans, par un bouton qui, plus tard, s'ulcéra et alla s'élargissant chaque jour davantage. Les différens onguens qui ont été successivement employés ont paru en hâter la marche. Aucun membre de la famille de François n'a été atteint de pareille affection.

L'opération a lieu le 28 janvier 1840. M. Lallemand pratique une incision oblique dans l'épaisseur de la joue droite et au-dessus de la commissure du même côté ; à gauche, une incision presque verticale sépare la partie malade de la partie saine de la lèvre inférieure ; enfin une troisième incision inférieure, horizontale, et qui présente une légère courbe, circonscrit le reste de l'ulcère, qui est ainsi enlevé. Cette déperdition de substance met à nu les dents incisives inférieures, la canine droite inférieure, les premières molaires du même côté, ainsi que la partie de l'os qui les supporte.

Les lèvres de la plaie présentent une courbe à concavité supérieure ; à droite, deux épingles et plusieurs anses de fil réunissent les deux lèvres de la plaie : cela fait, deux incisions longitudinales sont pratiquées dans l'épaisseur des parties molles jusque dans la région sus-hyoïdienne ; un lambeau quadrilatère est disséqué et remonté au niveau du bord libre de la portion de lèvre qui reste ; la suture entortillée sert à réunir le lambeau à droite et à gauche.

Le malade est remis dans son lit ; un bandage rapproche la tête de la poitrine ; une artériole qui n'avait pas été liée donne du sang pendant plusieurs heures ; cependant l'écoulement cesse.

Le lendemain et jours suivans, la réaction est modérée ; néanmoins il se développe une tuméfaction assez considérable de la partie inférieure de la face et de la partie supérieure du cou ; peu à peu la tension disparaît ; les épingles sont enlevées, les fils tombent, et il ne reste qu'un peu de suppuration dans les points où étaient implantées les épingles.

Le malade est sorti guéri vers la fin de février ; sa nouvelle lèvre s'était un peu recoquillée ; pourtant elle était assez régulière et retenait bien la salive.

Troisième observation. — *Cancer de la lèvre inférieure. Chéiloplastie avec lambeaux pris dans l'épaisseur des joues* (procédé de M. Malgaigne).

Christol (Jean-Jacques), âgé de soixante-cinq ans, de Cornus, département de l'Aveyron, nous est arrivé le 28 avril 1840 ; sa constitution est très délabrée. Berger de profession, il a toujours joui d'une bonne santé ; aucune maladie semblable à la sienne n'a jamais paru dans sa famille ; il attribue son mal à sa cohabitation avec le troupeau.

Au mois d'août 1839, Christol reconnut à sa lèvre inférieure un petit bouton de la grosseur d'une lentille qui resta près de quatre mois sans augmenter de volume ; cependant ce tubercule finit par s'ulcérer, et envahit bientôt toute la lèvre inférieure ; du reste, il n'y ressentait pas de douleurs, de manière qu'il continua à travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Voici quel était alors son état : faible, chétif, d'une couleur pâle, Christol a cependant assez d'appétit, et toutes ses fonctions semblent s'exécuter assez bien.

Toute la lèvre inférieure est ulcérée ; les commissures elles-mêmes sont envahies ; l'ulcère, de couleur grise blanchâtre, présente l'aspect d'un large champignon, comme granulé et mamelonné ; le bord libre de la lèvre a été rongé : aussi les dents incisives inférieures sont à nu, et la salive s'écoule involontairement ; des douleurs lancinantes s'y font maintenant sentir par intervalle. Christol jouit d'ailleurs d'une grande sensibilité ; il demande l'opération, mais on voit qu'il la redoute.

Celle-ci a lieu le 18 mai 1840. Vu la faiblesse du sujet, M. Serre prend toutes ses précautions pour qu'il ne perde que très peu de sang ; cependant, à peine le premier coup de bistouri est-il donné, que la face pâlit, le pouls se ralentit, et le malade se plaint qu'il va s'évanouir ; en effet, la syncope se déclare ; néanmoins l'opération est continuée.

Le mal est circonscrit dans une incision en V, dont la pointe arrive à la région sus-hyoïdienne ; mais avant, une petite incision avait été pratiquée au-dessus des commissures, afin que les deux incisions longitudinales pussent bien circonscrire le mal : le cancer est enlevé.

Deux autres incisions obliques, faisant suite à celles des commissures, sont pratiquées dans l'épaisseur des joues et arrivent presque jusqu'aux masséters ; on débride à droite et à gauche la muqueuse, afin d'avoir plus de laxité dans les tissus ; l'opérateur détache alors les deux lambeaux latéraux du maxillaire inférieur ; cela fait, il cherche à les rapprocher et à les réunir sur la ligne médiane : vains efforts ! la perte de substance est trop considérable ; aussi les incisives inférieures et la portion d'os qui les supporte restent-elles à nu ; la réunion ne peut se faire que dans la partie inférieure de la plaie.

Du linge enduit de cérat, des plumasseaux, la fronde, constituent le pansement.

Le malade n'a pas perdu une goutte de sang. Il est donc évident que la syncope, qui a duré tout le temps de l'opération, malgré tous les moyens employés, doit être attribuée à la délicatesse du sujet. Cette syncope a même persisté après, en tout plus d'une demi-heure.

Christol, revenu à lui, a guéri sans souffrance : du vin, du bouillon, des potages, et plus tard des alimens, ont relevé peu à peu ses forces, et la cicatrisation des parties s'est opérée, mais avec la déperdition de substance que nous avons déjà indiquée.

Ce malade a voulu sortir de l'hôpital avec cette difformité. Il faut dire toutefois qu'avant l'opération on aurait pu croire, d'après la laxité dont semblaient jouir les tissus, que la coaptation complète des lèvres de la plaie serait possible.

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

RÉPONSE A M. SICHEL TOUCHANT LA THÉORIE ACTUELLE SUR LA NATURE DE LA CATARACTE ;

Par M. MALGAIGNE.

Mon cher Sichel,

Il n'est pas rare de rencontrer des contradicteurs lorsqu'on émet dans la science une idée qui peut passer pour nouvelle ; mais il est moins commun d'en trouver d'aussi polis et d'aussi compétens que vous. C'est pourquoi je me hâte de vous adresser cette réponse pour bien fixer l'état de la question que vous envisagez peut-être d'un point de vue trop personnel. Je laisserai de côté beaucoup d'assertions de fait contenues dans votre lettre, attendu qu'elles sont tout à fait opposées à ce que j'ai cru voir, et qu'avant de les combattre il est juste de vous en laisser exposer toutes les preuves. Il est déjà très flatteur pour moi de voir que vous me fassiez quelque concession, et comme nous ne cherchons que la vérité, je sais un excellent moyen de nous mettre d'accord : j'irai vous prier de me montrer vos pièces pathologiques et nous les discuterons ensemble.

Mais pour le public qui attendra avec impatience les articles que vous lui promettez, ayez la bonté de fixer votre attention sur ce point.

Vous me dites : « Ce n'est pas avec vingt-cinq dissections toutes faites sur des individus d'une seule catégorie, savoir : sur des vieillards, que vous parviendrez à saper la théorie solidement établie de la distinction des cataractes en capsulaire et en lenticulaire, théorie qui n'est nullement un compromis entre les doctrines de deux siècles, mais bien le résultat d'une pratique éclairée et *de recherches anatomiques approfondies*. »

Je vous arrête là. Je n'aurais demandé à votre théorie qu'un seul ordre de preuves ; vous en apportez deux. Permettez-moi de refuser les premières : qu'entendez-vous, en effet, par une pratique éclairée ? Ou elle sera éclairée par l'instruction préliminaire, par la grande expérience du praticien, et alors la pratique d'A. Paré, des deux Fabrice, de tout le dix-septième siècle, peut lutter contre la vôtre, et cependant cette pratique éclairée servait d'appui à une erreur aujourd'hui bien reconnue ; ou votre pratique est éclairée par les lumières de l'anatomie pathologique, et alors elle fait double emploi avec votre deuxième ordre de preuves. En résumé, mon cher confrère, pour une question d'anatomie pathologique je ne saurais admettre d'autres preuves que celles que fournit l'anatomie pathologique ; et ce n'est pas moi qui le veux ainsi, c'est la logique qui ne permet de conclure que des semblables aux semblables.

J'en viens à *vos recherches anatomiques approfondies*. Et d'abord, desquelles et de qui parlez-vous ? Si c'est des vôtres, je les récuse pour aujourd'hui ; la théorie édifiée au dix-huitième siècle ne peut pas avoir pour preuves des faits non encore publiés. J'ai dit et je répète qu'elle n'a pas été prouvée ; peut-être aurez-vous la gloire de lui administrer ces preuves qui lui manquent ; mais enfin jusqu'à vous *elle n'a pas été prouvée*. C'est bien peu, comme vous dites, que mes vingt-cinq autopsies ; mais si par hasard il ne se trouvait pas vingt-cinq bonnes autopsies dans toute l'histoire de la cataracte, ne serait-ce pas quelque chose que d'avoir pour moi à la fois la valeur réelle et le nombre ? Or, j'ai cherché avec tout le soin dont je suis capable dans le dix-huitième et le dix-neuvième siècle, des autopsies de cataractes : je suis extrêmement loin d'en avoir pu trouver vingt-cinq. Ecoutez même ce double aveu : je ne connais pas *une seule autopsie* qui ait démontré sans réplique la cataracte capsulaire ; je ne connais pas *une seule autopsie qui démontre sans réplique la cataracte cristalline débutant par le centre*. Ce n'est pas, entendez-le bien, que j'affirme qu'il n'en existe pas ; mais si moi, qui les ai cherchées avec soin, je n'en ai point trouvé, c'est donc qu'elles sont bien peu connues ; et comment admettre comme prouvée une théorie dont les preuves se dérobent à de consciencieuses recherches ? Il y a six mois environ que je vous parlai pour la première fois de mes dissections ; je n'avais alors que douze autopsies, et je me méfiais de ce petit nombre ; aussi je vous engageais fort à publier les vôtres ; et en même temps je vous demandai si dans cette laborieuse Allemagne, dont la littérature nous est si peu connue, il n'y avait pas de travaux sur cette matière. Vous m'aviez indiqué le journal d'Ammon : j'ai fait fouiller le journal d'Ammon, et l'on m'a répondu qu'il ne contenait rien de semblable.

En résumé, mon cher et savant confrère, je dis et je maintiens que jusqu'à ce jour, 5 mars 1841, la théorie actuelle a été adoptée sans preuves suffisantes ; et je vous serai fort obligé de me tirer de mon erreur.

Tout à vous,

MALGAIGNE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une notice sur la mort de notre célèbre chirurgien, sir Astley Cooper, que vous avez empruntée à *l'Hygie* (*v.* la *Gazette des Hôpitaux* du 4 mars), il y a des erreurs qu'il est important de relever ; car elles sont de nature à faire naître dans l'esprit des Français, des impressions et des idées entièrement fausses sur la position sociale des médecins d'Angleterre ; je réclame de votre impartialité la permission d'écrire quelques mots qui puissent mettre, à cet égard, sur la voie de la vérité.

Dans la notice en question, je trouve la phrase suivante : « Contre l'usage du pays, qui ne permet pas d'admettre dans la société, surtout lorsqu'il y a des dames, des médecins et des chirurgiens, Cooper était souvent invité aux réunions des personnes distinguées, etc. »

Cette assertion est tout à fait dénuée de fondement. Les médecins anglais, loin d'être une race proscrite, comme l'auteur de cet article veut le faire croire, jouissent, au contraire, en Angleterre, d'une haute considération. Loin d'être exclus de la société des gens distingués, d'être mis au banc de la bonne compagnie, ils sont reçus partout. Le diplôme de docteur en médecine est

même un titre pour entrer dans les meilleures maisons ; et, chose qui n'existe dans aucun autre pays du monde, ce diplôme confère à celui qui l'a obtenu le droit de se présenter aux réceptions de la cour, et d'y être admis par cela seul qu'il est docteur en médecine ; et l'on conviendra que la cour d'Angleterre est l'une des plus aristocratiques de l'Europe. Si je ne craignais d'occuper un espace trop considérable de votre estimable journal, je pourrais, Monsieur le Rédacteur, m'étendre plus au long sur ce sujet. Je me contente de vous signaler cette inexactitude.

Agréez, etc.,

J. O., D.-M.-P.,
Natif d'Angleterre.

Paris, ce 5 mars.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de répondre à une réclamation adressée à votre Journal par M. le docteur Kelley-Snowden, sur un instrument destiné à écarter les paupières. En annonçant, dans *l'Esculape* du 28 février, un nouvel ophthalmostat, je n'ai nullement voulu m'approprier celui de M. Kelley-Snowden. Mon instrument diffère beaucoup du sien. Au lieu de se composer de demi-cercles en fil de fer qui, agissant comme corps étrangers, irritent l'œil et produisent des conjonctivites ; les branches de mon ophthalmostat se terminent en forme de demi-cuvettes polies, concaves, qui, tout en écartant les paupières, contiennent légèrement le globe de l'œil. L'ophthalmostat s'adaptant facilement aux dispositions anatomiques de cet organe, irrite moins la conjonctive et empêche la hernie de cette membrane ; hernie qui a lieu fort souvent pendant l'opération du strabisme.

Du reste, la disposition primitive des branches de l'écarte-paupières n'appartient pas à M. Kelley-Snowden. Baratta, auteur d'un traité sur les maladies des yeux, se servait d'un instrument pareil, à la différence seulement qu'il l'avait monté sur un manche. Quant aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, je les prie de rectifier ainsi la *faute d'impression* commise dans la réclame à laquelle je réponds :

Au lieu de blépharéirgon du docteur Kelley-Snowden, *lisez donc* écarte-paupières du docteur Baratta, avec un nom grec de plus et un manche de moins.

Agréez, etc.,

S. FURNARI.

BAUME ANTIPHLOGISTIQUE COMPINGT.

Sous cette dénomination, nous avons déjà, il y a environ deux années, annoncé un nouvel agent thérapeutique. Nous avons dit que des succès éclatans et assez nombreux obtenus par son emploi pouvaient placer ce nouveau médicament parmi les antiphlogistiques les plus actifs et les hémostatiques (antihémorrhagiques) les plus puissans. Quelques observations recueillies à Bordeaux et à Bergerac en 1836 et 1837, et à Paris en 1638 et 1839, l'avait fait offrir aux médecins comme un composé utile dans un certain nombre de maladies ; et sûr de son action bienfaisante, on leur disait : *examinez, expérimentez et jugez.*

Depuis cette époque, la réputation naissante de ce baume ne s'est pas démentie, et de nouveaux succès sont venus prouver qu'il pouvait prendre place parmi les médicamens les plus utiles. Nous avons sous les yeux 18 observations de M. le Dr Moure, de Bordeaux, qui, le premier, expérimenta en 1836 et 37 le Baume Compingt. Ce praticien déclare, dans ses lettres, que les résultats surprenans obtenus doivent avoir pour la médecine pratique une influence bien remarquable. Il a, en effet, employé ce baume dans plusieurs circonstances diverses, et en a reconnu son action antihémorrhagique et sédative sur le système sanguin, en ce sens qu'il calme promptement l'inflammation et modifie le mouvement circulatoire.

Voici trois preuves de la propriété hémostatique. *Premier cas :* Extirpation d'un kyste cancéreux volumineux, dans lequel l'hémorrhagie abondante d'une artère assez grosse fut immédiatement arrêtée par l'application d'un bourdonnet de charpie imbibé de baume, et maintenu peu de temps sur le lieu d'où partait le sang. *Deuxième cas :* Section de l'artère brachiale, hémorrhagie grave. Administration du baume à l'intérieur et à l'extérieur ; aucun appareil n'est appliqué ; l'hémorrhagie fut arrêtée de suite, et la plaie profonde des tissus fut réunie en peu de jours et sans accidens. *Troisième cas :* Plaie à l'avant-bras par un instrument tranchant sur un ouvrier de Bordeaux, avec hémorrhagie artérielle considérable. Suspension de l'écoulement du sang en quelques minutes par l'application du baume, et guérison de la plaie en neuf jours.

D'autres essais procurèrent un succès complet : 1° dans une perte utérine qui fut arrêtée en trois jours, chez une femme de 49 ans ; 2° dans une brûlure au premier degré, dans laquelle la douleur disparut en peu de temps, la rougeur s'éteignit en quelques heures, et l'inflammation cessa en 24 heures, bien qu'elle fût déjà vivement déployée avant l'application du baume.

A Paris, ce remède a subi le sort réservé à toutes les nouveautés médicales. Il a été accueilli par les uns avec le rire moqueur de l'incrédulité ; chez d'autres il a excité la curiosité ou l'indifférence, et reçu une épithète peu flatteuse que les médecins accordent si facilement aux choses qu'ils ne se donnent pas la peine d'examiner. Cependant il a fixé l'attention de quelques médecins judicieux, aussi étonnés que surpris des effets obtenus.

Des expériences publiques furent faites devant un grand nombre d'élèves, à l'hôpital de la Pitié et aux amphithéâtres de Clamart, en 1838, par MM. Lisfranc, Scipion Pinel et Pinel-Grandchamp, sur de gros chiens, pour constater la puissance antihémorrhagique du Baume. M. le docteur Devergie aîné nous assure avoir vu à Clichy, un gros chien qui avait servi aux expériences de M. Lisfranc, sur lequel la crurale et la brachiale avaient été coupées, et dont l'hémorrhagie fut arrêtée par la seule application du baume, et les plaies cicatrisées en très peu de jours.

De semblables essais ont été faits à Bordeaux et à Bayonne, par plusieurs médecins qui ont voulu constater ses propriétés antihémorrhagiques.

En ville, l'emploi en fut fait par divers praticiens recommandables, et dans des circonstances différentes. Dans les unes, il a fait obtenir guérison d'engorgemens strumeux des glandes cervicales et inguinales, de maladies des os chez des sujets scrofuleux dont la carie profonde avait été jugée incurable ; chez d'autres, il a modéré et arrêté chaque fois des hémorrhagies en nappe dans des tumeurs cancéreuses incurables, et prolongé l'existence en faisant cesser ces pertes de sang qui tuaient si vite les malades affaiblis par la maladie et la douleur. Chez d'autres, il a fait cesser ces douleurs sans cesse renouvelées par le travail de la désorganisation ; et MM. Marjolin, Récamier, Devergie aîné, Fabre, Barthélemy de Saumur, Poirson, P. Dubois, etc., ont été les témoins de faits que nous relaterons plus tard.

Si l'usage de ce baume, en médecine, justifie les preuves que nous avons déjà de ses propriétés, ce sera un véritable bienfait pour le médecin et le malade : à l'un, il facilitera l'exercice de son art ; à l'autre il évitera des douleurs physiques inséparables des agens connus jusqu'à ce jour.

Puisque nous possédons un assez grand nombre d'observations que nous sommes autorisés à publier par séries, nous n'entrerons pas dans de plus longs détails, nous citerons seulement les propriétés les plus saillantes de ce nouveau composé, et les maladies dans lesquelles il est généralement employé.

En résumé, il agit : 1° sur le système sanguin d'une manière fort active ; son action sur ce système est sédative à un haut degré ; 3° il possède puissamment la propriété hémostatique ou anti-hémorrhagique ; 4° il modifie les tissus altérés, diminue et fait disparaître promptement les sécrétions morbides et anormales.

Il a été employé avec avantage dans :

1° Les lésions artérielles et veineuses ; plaies profondes ou superficielles par instrument tranchant ou contondant ; plaies atoniques, ulcères variqueux, contusions violentes, brûlures au premier ou au second degré ; gerçures aux seins des nouvelles accouchées ; hémorrhoïdes enflammées.

2° Toute hémorrhagie active ou passive, soit nasale ou intestinale ; hémoptysie ou crachement de sang ; pertes utérines, hématurie ou pissement de sang, et en général toutes les hémorrhagies actives et passives.

3° Les maladies inflammatoires de la poitrine, des reins, de la vessie ; la dysenterie et les diarrhées aiguës ; la leucorrhée ou flueurs blanches, etc.

4° Les maladies du système lymphatique, tels que les engorgemens strumeux du col, des aînes ; les abcès scrofuleux et les maladies des os qui en dépendent.

5° Il est d'une utilité remarquable dans les affections cancéreuses des diverses parties du corps, telles que celles de la peau, des seins, du col de l'utérus, etc., soit en calmant les douleurs, soit en modifiant les tissus quand la désorganisation n'est pas encore arrivée à un haut degré.

Un brevet d'invention a été pris par le possesseur de ce baume, après que cinq années d'expérience sont venues constater ses brillans avantages. Animé par une pensée phylantrhopique, il n'est pas éloigné de faire connaître les plantes qui entrent dans la composition de son baume. Il nous assure qu'elles sont toutes d'origine espagnole et qu'elles ne se récoltent que dans la Péninsule.

(Voir *aux Annonces.*)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 11 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 32, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES FEMMES.

Catarrhes suffocans. Copahu. Urticaire. Pneumonie. Kermès. Pustulation stibiée.

Au n° 42, est une femme âgée de soixante-neuf ans, entrée ici avec un catarrhe suffocant très grave. Il n'y avait point encore alors de pneumonie; on entendait seulement un peu de râle sous-crépitant en arrière; la fièvre n'était pas très intense. Il nous fallut aller d'abord au plus pressé, traiter le catarrhe suffocant, et pour cela nous donnâmes le copahu. Les premiers accidens se sont dissipés; mais il est survenu une pneumonie à laquelle, selon toutes les probabilités, cette femme va succomber.

Cette malade présente quelque chose de très curieux à noter. Il est survenu chez elle une éruption d'urticaire: le copahu, comme le cubèbe, donne lieu à ce phénomène; mais il n'a pas dans ce cas la fugacité qu'il présente quand il est dû à l'ingestion de moules ou de quelques autres substances. Il persiste, et laisse à cause de cela des macules que l'on pourrait prendre pour des taches de syphilis constitutionnelle. Mais gardez-vous de cela, et rappelez-vous que le copahu exerce son action irritante sur la peau comme sur les muqueuses de l'urètre et des bronches.

Il y a encore cela de remarquable; c'est que le copahu produit cet effet quatre ou cinq jours après son emploi, tandis que l'opium et quelques autres médicamens agissent sur la peau dès le lendemain. Il y a quatre jours que la femme du n° 42 ne prend plus de copahu, et ce n'est qu'aujourd'hui qu'est apparue l'urticaire. Remarquez encore, que quoique cette femme ait changé de linge, il reste une forte odeur de copahu. Nous avons voulu appeler votre attention sur ce point pour que vous puissiez distinguer les effets physiologiques des médicamens de certains phénomènes pathologiques qui leur ressemblent.

Cette femme, que l'on avait mise, à cause de sa pneumonie, à l'usage du kermès, a présenté sur la langue quelques pustules dues à l'action de ce médicament. A ce sujet, M. le professeur Trousseau est entré dans les considérations suivantes:

Quand on donne le tartre stibié, dit le professeur, l'on voit au bout d'un certain temps survenir du gonflement de la muqueuse buccale et de la langue; bientôt les parties gonflées se couvrent de quelques pustules présentant quelque similitude avec les taches aphtheuses. Pour quelques médecins, Rasori, Tomassini, etc., c'est un signe de l'état de saturation stibiée, comme la salivation indique une saturation mercurielle. Et ils ont dit: lorsqu'on fait des frictions avec l'onguent napolitain, l'on voit survenir après quelques jours de leur emploi du gonflement des gencives et de la salivation, phénomène qui ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une modification apportée dans toute l'économie par l'emploi local du mercure. Eh bien, c'est de la même manière que l'on voit survenir, par l'usage des antimoniaux, la pustulation de la langue et de la muqueuse buccale.

Mais il y a quelque chose à noter: Très évidemment dans la médication mercurielle, les accidens qui surviennent du côté de la bouche sont le résultat de l'infection générale; mais ce qui est juste pour le mercure, ne l'est plus pour le tartre stibié. Dans ce cas, en effet, ce médicament, qui pour être avalé traverse la bouche, doit déterminer par son action locale le même phénomène qu'il produit quand il est appliqué sur la peau; c'est-à-dire une inflammation particulière, la pustulation des muqueuses [illegible] lesquelles il reste quelque temps en [illegible]

[illegible] vous voyez [illegible]venir sur les parties où vous aurez appliqué votre solu[illegible]n ou votre pommade, de larges pustules; mais quelque [illegible]g que soit le temps pendant lequel vous continuerez [illegible] applications topiques, jamais vous ne déterminerez la [illegible]stulation de la langue.

Au contraire, si vous donnez le tartre stibié à l'intérieur, [illegible]mme il faut qu'il soit alors en contact avec la bouche, [illegible]orge et le pharynx, il faut bien aussi que vous ayez sur [illegible] parties la même éruption que vous auriez sur la peau [illegible]e médicament était appliqué à sa surface. Quelques circonstances peuvent encore aider au développement des pustules. Si la langue est chargée d'un enduit muqueux, celui-ci s'imbibe de la solution stibiée qui, restant de la sorte plus long-temps en contact avec la langue, donne plus facilement lieu à la pustulation. Le looch, ou la potion qui lui sert de véhicule, présentant toujours une consistance plus ou moins visqueuse, reste par cela même plus adhérent à la muqueuse buccale, et facilite encore l'apparition des pustules. De tout ceci, il résulte nécessairement que le phénomène de la pustulation par l'usage des antimoniaux à l'intérieur, est dû, non pas à une saturation de l'économie, mais à l'action directe de la préparation antimoniale.

Ces considérations nous paraissent de la plus grande importance, parce qu'elles nous mènent tout de suite au précepte hygiénique qui vous fera éviter cette complication. Lorsque vous donnerez le tartre stibié dans une potion, ayez soin d'y ajouter le moins de sirop possible; en diminuant la viscosité du liquide, vous le rendez moins adhérent. Recommandez-bien aussi à vos malades de se laver la bouche à chaque fois qu'ils prendront de ce médicament. Quand on donne le kermès, bien que ce sel d'antimoine soit insoluble, on observe cependant assez souvent la pustulation de la langue; ce qui tient à ce qu'il faut toujours le donner dans un mucilage.

Cette pustulation a cela de grave, qu'elle entrave quelquefois la convalescence. Ainsi, chez un domestique que nous avons eu à traiter d'une pneumonie, que nous avons guérie par l'emploi de plusieurs vomitifs et du kermès continué pendant cinq jours; nous avons vu survenir ces accidens, parce que nous n'avons pas eu la précaution de lui recommander de se laver la bouche après chaque cuillerée de sa potion. Cette femme est atteinte aujourd'hui d'une glossite intense, elle ne peut plus avaler; nous voyons avec peine sa convalescence retardée par une complication qu'il nous était facile d'éviter.

Que si vous supposez maintenant cette inflammation pustuleuse s'étendant jusqu'au larynx, et envahissant les ligamens arythéno-épiglottiques, vous comprendrez alors que vous pourrez avoir les désordres les plus graves dont les conséquences pourront être des plus fâcheuses.

On guérit cette éruption pustuleuse de la bouche en la touchant plusieurs fois par jour, avec un collutoire de borax et de miel, parties égales.

Fièvre typhoïde. Autopsie.

Nous avons fait une autopsie qui présente le plus grand intérêt. Vous vous rappelez cette jeune femme couchée au n° 40, entrée ici avec une fièvre typhoïde des plus graves, et à laquelle nous avons vainement tenté de donner les purgatifs: elle ne voulait rien avaler. Elle a succombé le lendemain de son entrée, le treizième jour de la maladie.

A l'autopsie, nous pensions bien rencontrer ce que M. Bretonneau appelle les bourbillons dothinentériques, c'est-à-dire que les glandes de Peyer et de Brunner, au lieu d'être ulcérées, présentent une saillie considérable semblable à un furoncle, et qui, toutefois, doit finir par l'ulcération de la tunique musculaire, après que le tissu cellulaire mortifié qu'elle renferme aura été expulsé.

En ouvrant l'intestin grèle, nous trouvons cinq à six follicules de Peyer et une vingtaine de Brunner ulcérés; ils étaient disséminés; réunis ils auraient pu présenter une surface de la grandeur de la main. Est-ce là une éruption confluente? évidemment non; et néanmoins nous avons observé des accidens généraux de la plus grande gravité; de telle sorte que vous acquerrez par l'observation de ce fait cette conviction que l'intensité de la fièvre n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions. Dans certains cas, en effet, vous rencontrerez de nombreux follicules de l'intestin ulcérés, sans pourtant qu'il existât une fièvre bien intense; tandis que dans d'autres cas les symptômes fébriles sont très considérables, et les ulcérations de l'intestin peu nombreuses; exemple la femme dont nous parlons.

Catarrhe pulmonaire.

Au n° 40 de la salle Sainte-Anne est une femme âgée d'environ cinquante ans qui, après avoir passée d'un lieu froid dans un lieu chaud, fut prise de toux et de difficulté de respirer.

A son entrée ici, elle passait les nuits assise sur son lit, tant était grande l'oppression. Nous constatons du râle sibilant, quelques bulles de râle muqueux, de l'emphysème pulmonaire et de la fièvre. Ce n'est point là un catarrhe suffocant; cependant ce que nous observons chez cette malade diffère peu de cette dernière affection. Il y a suffocation, mais celle-ci ne dépend pas de l'abondance de la sécrétion pulmonaire. Aussi, dans l'asthme nerveux, il y a très grande difficulté de respirer, et cependant la malade n'expectore que quelques mucosités semblables à du blanc d'œuf. Dans ce cas, l'oppression dépend de tout autre chose que de l'abondance de la sécrétion bronchique. Au contraire, dans le catarrhe, il y a expectoration d'une quantité considérable de mucus; la suffocation que l'on observe ici est l'effet de l'exagération de la sécrétion.

Chez la femme du n° 40, il y a de l'asthme et un peu de catarrhe. Nous lui faisons prendre 5 centigrammes de tartre stibié et 1 gramme d'ipécacuanha; elle a de nombreux vomissemens, et le lendemain elle est mieux. Nous lui donnons alors une émulsion avec 2 grammes de gomme ammoniaque, et deux jours après, nous accordons quelques alimens.

Eh bien, Messieurs, vous verrez fréquemment ces formes de catarrhes, qui avec une oppression assez forte ne présentent qu'une expectoration peu abondante, avantageusement modifiée par l'ipécacuanha. Lorsqu'il existe de l'orthopnée, et que celle-ci n'est point en rapport avec l'affection catarrhale, sous l'influence des gommes fétides, l'assa-fœtida, galbanum, gomme ammoniaque, etc., ces symptômes disparaîtront assez facilement.

La gomme ammoniaque, en raison de son odeur de vin désagréable, mérite sur les autres la préférence. Cependant, si l'on donne comparativement l'assa-fœtida et la gomme ammoniaque, l'on voit que celle-ci convient mieux dans les affections catarrhales, que dans les maladies purement spasmodiques, c'est à l'assa-fœtida qu'il faut avoir recours.

Tubercules. Diarrhée. Calomel.

La femme du n° 5 de la salle Sainte-Anne, qui présente des tubercules dans le poumon, fut prise, il y a quelque temps, de diarrhée abondante, contre laquelle le ratanhia vint échouer; lorsqu'hier nous eûmes recours aux pilules de calomel (25 milligram., et d'opium, 1 centigram.). C'est à M. Bretonneau que l'on doit cette nouvelle application thérapeutique du calomel. Ayant vu que lorsqu'on mettait ce médicament en contact avec une muqueuse enflammée (dans l'ophthalmie, par exemple), l'inflammation disparaissait, il pensa à le mettre en usage dans le cas de diarrhée rebelle. Il lui associa en même temps l'opium, afin de retarder le mouvement péristaltique, et faire que le médicament restât plus en contact avec la partie enflammée. On donne une seule pilule le soir, et si cela ne suffit pas, on en donne une soir et matin. Ce moyen, qui est souvent très utile, ne réussit cependant pas toujours; mais il faut s'habituer à ces revers, car quel est le médicament dont les effets soient infaillibles? Le quinquina, lui-même, n'échoue-t-il pas quelquefois? En définitive, il faut s'habituer à ces petits mécomptes; car il n'est pas de médicamens qui guérissent d'une manière absolue.

Chez la femme du n° 5, nous avons vu la diarrhée, qui avait été rebelle à la ratanhine, cesser avec les pilules de calomel et d'opium.

Carcinome utérin.

La femme couchée au n° 11 est atteinte d'un carcinome qui occupe l'utérus, les parois du vagin, et s'étend jusqu'au méat urinaire. Ce n'est pas sous le point de vue de la thérapeutique que nous vous parlerons de cette malade; ce que nous voulons constater, c'est que cette femme ait vu survenir tant de désordres sans, pour ainsi dire, éprouver la moindre souffrance.

Depuis sept mois les règles sont supprimées; voilà six mois qu'elle éprouve dans la marche quelque pesanteur du bas-ventre; il s'est écoulé par le vagin quelques sérosités blanchâtres puis sanguinolentes. Du reste, rien autre chose n'a été observé.

On a beaucoup exagéré l'influence de la métrite sur le développement du carcinome utérin; qu'elle hâte son apparition, c'est chose possible, mais son influence ne va pas plus loin.

Chlorose. De la récidive.

Au n° 35, salle Sainte-Anne, est une jeune fille âgée de vingt ans, habitant Paris depuis deux ans seulement, et présentant tous les symptômes de la chlorose. Depuis l'âge de quinze ans, cette jeune fille éprouve tous le ans des accidens semblables à ceux qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital, et dont on a toujours triomphé avec les préparations martiales. L'année dernière elle a été reçue dans le service de M. Chomel, et traitée également par le fer. Elle a pris pendant cinq ou six mois de l'eau ferrugineuse, et quelques accidens aigus de l'estomac vinrent compliquer chez elle la gastralgie.

A propos de cette jeune fille, nous vous ferons observer que la chlorose est une maladie plus sévère qu'on ne se le figure généralement. En effet, cette maladie qui se modifie si bien, revient avec opiniâtreté pendant de nombreuses années, et nécessite toujours l'emploi des ferrugineux. A mesure que la personne sujette à la chlorose avance en âge, le traitement doit durer plus long-temps, et l'on finit par échouer très souvent alors dans une foule d'accidens nerveux qui viennent à la traverse et paralysent l'effet du traitement.

Le retour de la chlorose s'observe dans les froids d'automne. En été, quoique le fer ne soit point employé, elle ne revient pas.

Si vous voulez bien traiter cette maladie, il faut insister long-temps sur les préparations martiales. Ainsi, la chlorose étant guérie, revenez de temps en temps à votre première médication que vous continuerez à dose plus ou moins considérable pendant une quinzaine de jours. De cette façon vous pourrez parvenir à reconstituer la santé.

HOPITAUX DE LONDRES.

Luxation du pied. Circonstances remarquables; par M. COMBE.

Robert Middledelth, vingt-quatre ans, est tombé, le 5 décembre dernier, dans une cuve de bière de la hauteur de soixante pieds. Sa chute a été sans interruption par aucun corps; il s'est fracassé le pied, mais il ne peut dire avec précision comment les choses se sont passées. Il a été à l'instant transporté à Charing-Cross Hospital; et, malgré le temps qui s'était écoulé entre le moment de l'accident et celui de l'arrivée à l'hôpital, le gonflement était déjà très considérable. Il a été facile de voir de suite de quoi il s'agissait. Le côté interne de l'articulation tibio-tarsienne offrait une projection remarquable, causée évidemment par la luxation du tibia et de l'astragale, et par les fragmens inférieurs du péroné qui leur étaient attachés. Tous ces os conservaient leur position relative entr'eux. Les mouvemens de flexion et d'extension du pied pouvaient s'exécuter avec une certaine facilité. Une dépression existait sur le côté correspondant du membre. A trois pouces environ de l'articulation, le péroné était fracturé. Le côté interne du pied était légèrement incliné vers le sol, la plante tournée en haut et en dehors d'autant.

Aussitôt reçu et examiné, le patient a été soumis aux manœuvres ordinaires de réduction par M. Hancock, mais sans succès. Alors le membre a été placé dans une position confortable, couvert de fomentations froides et de quelques sangsues; et comme le malade était habitué à boire beaucoup de bière, on lui en a accordé une pinte par jour.

Rien autre n'a été fait jusqu'au 10. A cette époque l'organisme ayant été bien préparé par des doses répétées de tartre stibié, une autre tentative de réduction a été faite avec les poulies par M. Hancock et Guthrie, mais sans plus de succès. Cette tentative a été continuée un peu plus d'un quart d'heure; l'extension a été dirigée également du dos du pied et du calcanéum; et comme l'articulation devait se trouver entre ces deux points, on a pensé que l'opération avait été mal dirigée.

On a donc fait construire une courroie pour avoir plus de prise sur le calcanéum; et diriger l'extension plus convenablement. Cela effectivement a réussi, et les parties ont été réduites après une heure d'extension avec les poulies, mais les tégumens se sont gangrenés à la partie interne et ont laissé la malléole à découvert. L'auteur ne dit pas quels ont été les conséquences de ces derniers accidens. (*London med. Gaz.*, janvier 1841.)

— Il n'est pas d'usage, chez nous, qu'on emploie les poulies pour réduire les luxations du pied. On vient de voir cependant quelle persévérance il a fallu pour en obtenir la réduction: une heure d'extension continue! Assurément un pareil effet dans des cas aussi difficiles aurait été impossible, si l'on n'eût étendu les parties qu'avec les mains seulement. Il est probable que dans ce fait la difficulté tenait à une sorte d'enclavement, ou plutôt d'engrenage opéré entre la face inférieure de l'astragale et la face supérieure du calcanéum; il fallait, par conséquent, éloigner ces deux surfaces entr'elles pour pouvoir opérer la rotation du pied. C'est déjà faire comprendre l'utilité des poulies en pareille occurrence.

Ordinairement, il est vrai, les luxations du pied n'offrent pas autant de difficulté; aussi les seules extensions manuelles suffisent pour le replacement des parties; mais, notez bien, il s'agit alors de luxations tibio-astragaliennes; c'est-à-dire dans lesquelles la poulie de l'astragale a quitté la mortaise inter-malléolaire et a suivi les os du pied; les os du tarse ne sont pas luxés entre eux, et la lésion se réduit à une luxation d'articulation presqu'orbiculaire comme celle du bras. Rien n'est plus facile, en général, qu'une pareille réduction. Mais lorsque l'astragale a suivi le tibia, comme dans le cas en question, la luxation entre dans une autre catégorie. Il y a là effectivement déplacement des os de la première rangée du tarse entre eux et sur la seconde; la lésion est bien autrement grave et difficile.

La gangrène dont il a été mention peut être le résultat de trois circonstances diverses: de la compression excentrique des os luxés, des manœuvres de réduction, de la réaction phlegmoneuse ou de plusieurs de ces causes à la fois. Elle est sans doute moins grave lorsqu'elle dépend des deux premières, comme dans le cas en question; mais elle ne constitue pas moins une circonstance fâcheuse lorsque l'eschare pénètre jusque dans l'articulation.

Ankylose angulaire du genou. Traitement d'après le procédé de M. Duval. Guérison; par M. PHILIPS, chirurgien à Marylebone.

Une femme âgée de vingt-un ans, avait essuyé pendant huit ou neuf ans une inflammation au genou, qui s'était terminée par des abcès et un épaississement considérable. La jambe s'était petit à petit fléchie. Cette position étant plus commode à la malade, elle n'avait rien fait pour la changer. La jambe s'était enfin fixée définitivement à angle droit sur la cuisse. Un long repos au lit et l'usage des remèdes contro-irritans ont fini par dissiper l'inflammation et cicatriser les ouvertures fistuleuses. Les tissus avaient aussi perdu de leur épaisseur. Le malade a commencé à marcher en portant, bien entendu, le membre en télégraphe, comme on dit; elle se portait bien d'ailleurs.

C'est dans cet état qu'elle s'est présentée à M. Phillips. A l'examen, ce chirurgien trouve que la flexion est libre et peut s'exécuter au point que le talon vient toucher presque le bassin; l'extension est impossible. M. Phillips la soumet d'abord à l'usage de la machine extensive d'Amesbury. Trois mois se passent inutilement dans les extensions et contre-extensions continues de cet appareil; enfin, fatiguée de ce traitement, la femme demande son *exeat*, et remporte son infirmité dans le même état. Quelques mois plus tard elle revient à l'infirmerie et demande à tout prix une opération quelconque. Les belles cures de M. Duval, n'avaient pu être ignorées par M. Phillips. Ce chirurgien a examiné de nouveau sa malade, et s'est assuré que, dans l'extension forcée, la plus grande résistance à l'allongement provenait du tendon du muscle demi tendineux. Il s'est donc décidé à le couper par la section sous-cutanée. Le troisième jour de cette opération, il a appliqué de nouveau le même appareil qui avait été insuffisant précédemment, et le membre s'est allongé peu à peu avec assez de facilité, au point qu'au bout de six semaines la jambe était dans sa rectitude normale et que la malade pouvait y faire porter tout le poids du corps. La difformité avait complètement disparu, mais la femme boîtait encore un peu en marchant par suite de la faiblesse du membre, resté dans l'inaction depuis dix ans. Elle est sortie satisfaite, et a pris l'engagement de revenir de temps en temps à l'hôpital pour faire voir les progrès de la cure.

Quelques mois d'exercice ont suffi pour redonner aux muscles la consistance et la force dont ils manquaient; la cladication a complètement disparu. (*Ibid.*)

— Les faits de cette espèce ne sont pas nouveaux pour nous. Un grand nombre de praticiens de la capitale ont pu constater les heureuses guérisons de ce genre obtenues par M. Duval à l'aide de la ténotomie sous-cutanée et de l'extension. On sait que c'est à cet orthopédiste qu'on doit l'application de la ténotomie au traitement des ankyloses angulaires, et en particulier à celles du genou. Les opérations de M. Duval datent déjà de plusieurs années, et leur nombre s'élève à plusieurs douzaines. Dernièrement encore M. Duval a opéré et guéri en très peu de temps d'une ankylose angulaire du genou le fils d'un des plus habiles orthopédistes de l'époque, M. Pravaz.

Dissection d'un cas de strabisme après la strabotomie; par M. HEWETT.

Georges Clarke, âgé de trente ans, a été reçu à l'hôpital Saint-Georges, dans la division de M. Babington, le 11 novembre 1840, pour être traité d'un ulcère à la jambe. Il était en même temps attaqué de strabisme divergent à l'œil gauche. La déviation était très considérable.

Le premier décembre, M. Babington coupa le muscle droit externe. L'opération a été suivie de plus d'inflammation que de coutume, mais la réaction s'est dissipée en peu de jours sans aucun traitement particulier. Au moment de l'opération, le succès a paru complet; mais la réaction inflammatoire a reproduit le strabisme, bien qu'à un degré moindre qu'avant. Les yeux n'avaient pas absolument la même direction, mais la différence n'était pas très grande; cette différence cependant a diminué de plus en plus par la suite, au point qu'elle était à peine perceptible, lorsque le malade a été pris de pneumonie et est mort le premier janvier 1841.

L'œil opéré a été soigneusement disséqué. Le muscle droit externe est complètement divisé à l'endroit où il commençait à devenir tendineux. La partie charnue s'était rétractée à environ trois quarts de pouce en arrière, mais est restée toujours attachée au globe de l'œil à l'aide d'une forte bande de tissu cellulaire. Cette bande offre trois lignes environ de largeur et six lignes de longueur, et est attachée au globe oculaire à deux lignes environ derrière l'insertion primitive du muscle; sa force est telle qu'elle peut être tirée sans se déchirer.

Il n'est point douteux que cette bande ne fût formée de ce tissu cellulaire flasque qui unit naturellement le muscle au globe de l'œil, et qu'elle n'ait pris cette forme allongée que par la rétraction du muscle, et n'ait été condensée que par l'inflammation.

La pièce pathologique a été déposée au Muséum de l'hôpital. (*Ibid.*)

— Je regrette que les limites de cet article ne me permettent pas de reproduire les belles observations pratiques faites en Angleterre sur le strabisme. J'ai sous les yeux entre autres, un travail de M. Radcliffe Hall de Manchester, basé sur deux cents opérations pratiquées par l'auteur durant le dernier trimestre de l'année dernière, dans lequel on trouve des remarques extrêmement intéressantes et neuves. Il y a encore de graves questions à résoudre sur l'opération en question.

Blessure à l'orbite. Rupture du nerf optique. Nécropsie.

Le 28 décembre dernier, un homme d'âge moyen a été reçu à Middlesex hospital pour être traité d'une blessure de l'orbite gauche et la perte instantanée de la vue de l'œil droit. Il déclare qu'il venait d'être blessé par un cheval en voulant le relever d'une chute sur un chemin glissant. Il était près de la tête de l'animal lorsque celui-ci l'a frappé d'une manière inattendue en faisant effort pour se relever; il l'a frappé sur l'œil avec une telle violence, qu'il l'a jeté par terre, mais sans l'étourdir. On l'a immédiatement transporté dans la boutique d'un chimiste pour les premiers secours, puis à l'hôpital.

Il pense avoir été frappé non par la tête du cheval, mais par un fer attaché à la bride que la tête a poussé violemment.

A l'examen, on trouve une plaie saignante entre l'œil gauche et le nez, s'étendant depuis trois quarts de pouce environ de la commissure interne des paupières à un pouce au-dessous du sourcil. Les conduits lacrymaux et le tendon du muscle orbiculaire ont été divisés. Une sonde peut être introduite à une profondeur de trois quarts de pouce, dans la direction de la paroi interne de l'orbite; mais aucun os n'est dénudé. Le sang qui s'écoule est très liquide et comme mêlé de larmes. Une légère ecchymose existe à la paupière, mais l'œil lui-même est sain. Le malade se plaint de cécité complète à l'autre œil. L'examen cependant n'y fait pas découvrir la moindre altération; sa sensibilité au toucher, ainsi que ses mouvemens étant à l'état normal, seulement la faculté visuelle est éteinte et la pupille dilatée au plus haut degré. Une chandelle allumée, ayant été approchée de ce côté, le malade n'a pu la distinguer et la pupille est restée impassible. Le malade se plaint d'un léger mal de tête, mais ses réponses étant exactes, rien ne fait soupçonner de lésion dans le crâne. Les os du nez, ayant été examinés soigneusement, n'ont offert aucune fracture. Aucune ecchymose, aucune lésion appréciable n'existe à l'orbite et à l'œil du côté droit. On panse la plaie avec des bandelettes adhésives et des compresses. On prescrit: jalap, 15 grains; infusion de séné. Après la purgation: trois grains de poudre antimoniale toutes les six heures.

Le 30, délire, insensibilité, dyspnée. On diagnostique une méningite. Purgations répétées, fomentations froides sur la tête, saignée (16 onces); calomel et antimoine toutes les quatre heures.

Dans la soirée, convulsions, décubitus sur le côté gauche, bras et jambes fléchies et raides; membres du côté droit en mouvement continuel; respiration laborieuse; la pupille du côté droit est contractée maintenant. Poudre de calomel appliquée sur la langue, le malade ne pouvant pas avaler les pilules. Vésicatoire à la nuque.

Le 31, même état; œil droit immobile, mais conservant toujours sa sensibilité. On continue le calomel; fomentations froides à la tête; vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel.

1er janvier. Respiration stertoreuse et fréquente; décubitus dorsal; le spasme des membres du côté gauche a cessé; il y a hémiplégie de ce côté; le côté droit est tranquille; il y a chaleur excessive à la tête: 18 sangues aux tempes; sinapismes aux jambes.

Le 2, mort au milieu de convulsions.

Autopsie. On enlève la voûte crânienne et la dure-mère. Vascularité très prononcée et infiltration abondante de lymphe entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux hémisphères. On retire le cerveau; il est traversé d'une quantité inusitée des vaisseaux injectés. Les ventricules latéraux contiennent une grande quantité de sérum et de pus. En soulevant les lobes antérieurs, on les trouve adhérens à la dure-mère dans toute leur surface inférieure, moyennant de la lymphe plastique. On examine délicatement les nerfs optiques, et l'on trouve celui du côté droit complètement déchiré en travers; ses extrémités sont seulement jointes ensemble par une membrane mince, au niveau du trou optique. La base du cerveau, depuis la moelle allongée jusqu'à la commissure des nerfs optiques, est couverte d'une couche épaisse de lymphe plastique qui empêche de bien voir les racines des nerfs. A la partie postérienre du lobe antérieur droit, près de la blessure du nerf optique, le cerveau est broyé, ramolli et ecchymosé dans l'étendue d'un quart de pouce en surface, et d'un demi-pouce en profondeur. La cause de la lacération du cerveau et de la rupture du nerf optique dans la portion cérébrale de l'ethmoïde et d'une partie du sphénoïde qui forme le plancher du trou optique. Un fragment osseux, isolé, a été trouvé attaché à la dure-mère qui couvre la partie antérieure de la selle turcique, au-dessus du sinus caverneux droit: il est évident que c'est cette portion osseuse qui avait déchiré le nerf optique et la substance cérébrale. Un examen minutieux de la plaie orbitaire a fait reconnaître l'existence d'un trou accidentel, par lequel un stylet a pu pénétrer librement jusque sur la brèche de l'ethmoïde dans le crâne. Il a été dès lors évident que l'instrument fériteur, que la tête du cheval avait poussé vers l'orbite de cet homme, avait dû être pointu, qu'il avait dû frapper violemment [illegible] en dedans de l'orbite, et était passé de [illegible]

— La science possède plusieurs [illegible]; cependant celui-ci offre des conditions qui le rendent peut-être unique. La circonstance la plus remarquable, c'est la lésion directe du nerf du côté opposé à l'orbite blessé. On sait que le nerf optique peut être blessé directement dans l'orbite par un instrument pointu qui entrerait par l'angle externe de cette cavité. Dans cette partie, en effet, le nerf décrit une courbe à convexité externe qui le rend très accessible; mais on n'avait pas encore vu la lésion de la portion intrà-crânienne du nerf d'un côté par un instrument poussé par l'angle orbitaire interne du côté opposé. Il est remarquable que dans toutes les lésions matérielles du nerf optique, bornés dans cette partie de l'appareil oculaire, le seul phénomène appréciable a été l'amaurose pure et simple, le globe visuel ayant conservé toutes les apparences normales.

Dans une dissection faite par Chéselden, et dans une autre pareille de Morgagui, le nerf optique était depuis longtemps décorganisé par maladie spontanée, et pourtant l'œil conservait toute sa transparence, sa, forme, son volume, sa vivacité normales; seulement il avait perdu la faculté de voir. Cela confirme l'opinion qui regarde le nerf en

question comme un nerf de sentiment, n'ayant aucune influence sur la nutrition de l'organe.

Une autre circonstance non moins remarquable résulte de la petitesse de l'ouverture perforante, et par conséquent de l'instrument fériteur et des suites d'une pareille lésion. Rien n'indiquait d'abord que le cerveau eût été lésé, et pourtant un incendie fatal s'est allumé aussitôt après. Dupuytren racontait, dans ses cours, les faits suivans.

Un ancien maître d'armes passe devant une caserne, et il ne peut résister au désir d'entrer voir un de ses vieux camarades. Le maître d'armes de la caserne lui propose un assaut qu'il accepte avec plaisir. Ils se mettent en garde; l'ancien maître reçoit un coup sur le masque, le fleuret boutonné perce la grille de celui-ci et le frappe à la base de la paupière supérieure, où il fait une petite plaie de peu d'importance en apparence; le blessé tombe cependant; on le mène à l'Hôtel-Dieu. Le surlendemain symptômes encéphaliques alarmans (délire, convulsions, fièvre, frisson, coma); mort le quatrième jour. A l'autopsie on trouve que la lame orbitaire du frontal avait été percée par le fleuret, et que le lobe correspondant du cerveau avait été percé.

Le fils du général E..., élève à l'Ecole polytechnique, éprouva absolument le même accident en faisant des armes; il resta hémiplégique.

Les annales de la science contiennent un assez grand nombre de faits pareils ou analogues, par suite d'un coup de canne (Ruysh, Bonnet), d'épée (Borelli, Bell), de parapluie (Mackenzie), de flèche (Hortins), de fourchette (Massot), de perche (*Phil. trans.*), etc. J'ai observé moi-même un cas de blessure du nerf optique par un coup d'alène porté par l'angle externe de l'orbite sur un garçon cordonnier au marais. D'autres ont vu le même nerf être tout à fait rompu dans sa portion orbitaire par suite d'une luxation violente de l'œil, etc. ROGNETTA, D.-M.

HOPITAUX ALLEMANDS.

Abcès du foie avec perforation de l'estomac et des parois abdominales. Guérison. Par M. KREIG, de Merseberg.

Une femme de haute stature, âgée de trente-un ans, brune, mère de trois enfans, dont le plus jeune est âgé de sept ans, fut saisie en janvier 1838 d'une gastro-entérite, alors épidémique, avec ulcérations de la muqueuse. Le troisième jour, la maladie a commencé à décliner, la malade a paru aller de mieux en mieux, et a quitté le lit le quatrième jour, lorsqu'elle s'est exposée au froid, et est retombée dangereusement indisposée.

A l'examen, le 8 janvier, M. Kreig trouve à l'épigastre une tumeur du volume du poing, douloureuse et élastique. La femme déclare qu'elle porte cette tumeur depuis six ans, et elle l'attribue aux efforts qu'elle avait faits pour vomir après avoir pris de l'émétique. Cette tumeur ne lui cause aucun mal, si ce n'est un sentiment de resserrement ou de gêne après les repas copieux. Elle n'a pas beaucoup augmenté depuis plusieurs années, et la malade ne s'en plaint que parce que la grosseur l'empêche de serrer ses vêtemens.

On a combattu la fièvre par les remèdes ordinaires, et l'on a observé souvent la tumeur : celle-ci n'a pas paru avoir de liaison avec la fièvre. Le foie, néanmoins, a paru un peu hypertrophié, ce qui a fait penser que la fièvre pouvait avoir quelque rapport avec cet état. Aucune autre lésion plus sérieuse n'a été soupçonnée, et l'on n'a même pas pensé que la grosseur pouvait être formée par une hernie de l'estomac.

Le 14 février, il survient un frisson qui se répète d'abord tous les jours, puis tous les soirs, puis matin et soir légèrement, et se termine par de la chaleur et de la sueur. En même temps l'hypochondre droit et l'épaule correspondante deviennent douloureux; de la soif intense se déclare et la peau se colore en jaune; l'urine est rare et saturée de phosphates, le ventre est constipé, l'abdomen et les pieds commencent à devenir hydropiques. Trois saignées, sangues, calomel; quinquina, frictions mercurielles, n'ont pas empêché la fièvre de prendre un caractère étique. En même temps la tumeur à l'épigastre devient plus douloureuse et irritable au toucher et offre le volume d'une demi-pomme de chou. La percussion donne un son clair comme si elle contenait de l'air. Le toucher a fait reconnaître en outre un vaste abcès au lobe gauche du foie. Cataplasmes. La peau devient de plus en plus rouge.

Le 7 mars, après avoir mangé de la soupe, la malade est saise subitement d'un violent accès d'éternûmens continus accompagnés d'un goût très désagréable au nez, comme si des gaz passaient de l'estomac dans les narines.

Après quelques secondes, la malade éprouve à la bouche un goût des plus désagréables, auquel succèdent des vomissemens de matières purulentes, fluides, mêlées de mucus, de couleur jaune-verdâtre, d'une odeur horrible, analogue à celle des matières stercorales. Peu de temps après, des décharges pareilles ont eu lieu par le rectum.

Les jours suivans, des accès pareils ont eu lieu, débutant toujours par les éternumens continus, et finissant par les garde-robes. Les frissons continuent, toux violente; tumeur dans le même état. La fièvre revient matin et soir. La malade est dans un triste état: faiblesse extrême; émaciation générale très prononcée; faim et soif assez vives; vomissemens effrayans. L'état de la malade est désespéré.

Le 25 mars, le docteur Kreig voyant sa malade prête à succomber, ouvre l'abcès. Beaucoup d'air s'échappe, et la tumeur s'affaisse; puis l'ouverture donne issue à une matière semblable à celle que la malade avait rendue par les vomissemens et par les selles. Dès ce moment, l'état de la malade a commencé à s'améliorer; on a entretenu béante l'ouverture de l'épigastre, à l'aide de cataplasmes chauds. Les vomissemens ont disparu par degrés; les selles présentent toujours du pus brun mêlé aux fèces. Amélioration progressive. L'ouverture de l'abcès s'est fermée vers la fin d'avril.

Peu de jours après cette oblitération l'état de la patiente s'est aggravé de nouveau; fièvre, tendance au vomissement, diarrhée comme précédemment, gonflement hydropique au ventre. L'ombilic proémine comme une hernie, et finit par former une tumeur grosse comme le poing d'un enfant. M. Kreig y pratique une incision qui donne issue à une grande quantité de matière purulente de couleur jaune-verdâtre, mais pas aussi fétide que celle dont nous avons parlé : amélioration progressive. En juillet la partie était cicatrisée; la malade, maigre comme un squelette, a commencé à se lever. Guérison.

(*Medicinische zeitung*, n. 9, février 1840.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 9 mars.

Bégaiement. — A l'occasion du procès-verbal, M. Velpeau prend la parole pour demander si la commission nommée pour examiner les sujets bègues veut se rendre à la Charité pour constater l'état de ceux qu'il a opérés ou de ceux à opérer. Il se plaint en même temps de ce que, dans la lettre qu'il vient d'adresser à tous les médecins, M. Amussat lui fait dire des choses qu'il n'a pas dites. Evidemment, dit l'orateur, la question est mal posée, et les paroles de ceux qui ont pris part à la discussion s'y trouvent étrangement interprétées. Je désire de tout mon cœur éviter le scandale, mais l'auteur de la lettre semble avoir pris à tâche de dénaturer les choses. (Murmures.)

M. le Président. L'Académie doit rester fidèle à la décision qu'elle a prise de n'admettre aucune discussion ou présentation nouvelle sur le bégaiement et le strabisme jusqu'à ce que la commission ait fait son rapport. Or, cette commission n'est pas encore constituée, et elle fera bientôt connaître à l'Académie la voie que peuvent suivre les personnes qui désirent lui faire examiner des sujets.

Eaux minérales factices. — *M. Soubeiran* fait un rapport sur un appareil de M. Savaris propre à fabriquer l'eau chargée d'acide carbonique. Cet appareil se compose d'un vase dit syphoïde et de quelques autres ingrédiens. L'eau est chargée de gaz à volonté et maintenu au degré de saturation qu'on désire. La commission reconnaît la bonté de l'appareil; elle pense que l'Académie doit l'accueillir avec intérêt et écrire une lettre de félicitation à l'auteur. (Adopté.)

— *M. Chervin* lit la première partie d'un mémoire ayant pour titre : « Inutilité et funestes effets des quarantaines établies contre la fièvre jaune. » Ce travail est la réfutation d'un écrit récemment publié par M. Bertulus, chirurgien de la marine royale, dans le but de prouver que les bâtimens qui reviennent des Antilles doivent être soumis à la quarantaine. Nous rendrons compte du mémoire de M. Chervin quand la lecture en sera terminée.

Grandes ventouses. — *M. Junod* lit plusieurs observations de maladies diverses guéries à l'aide de ses appareils. Nous en rendrons compte lorsque le rapport en sera fait à l'Académie.

Pierre vésicale. — *M. Leroy-d'Etiolles* lit un mémoire sur la dissolution de la pierre dans la vessie à l'aide des alcalis. Il appelle *dissolutistes* les partisans de ce système, et s'efforce établir l'inanité d'une pareille médication, en discutant les faits qu'on a invoqués en faveur des alcalis.

Microscope. — *M. Donné* présente un microscope de poche composé d'un simple tube analogue à une lunette monocle de spectacle; on s'en sert précisément de la même manière, en faisant usage de la lumière atmosphérique directe au lieu de la lumière réfléchie avec un miroir.

Anatomie pathologique. — *M. Leblanc* présente les deux pièces suivantes, que l'Académie a observées avec beaucoup d'intérêt :

Etranglement intestinal produit par le pédoncule d'une tumeur graisseuse développée dans le tissu cellulaire du mésentère d'une jument. Une jument de vingt-deux ans, dont l'état de santé était très bon succomba après avoir présenté, pendant quinze heures environ, des symptômes de coliques violentes. A l'autopsie, M. Leblanc trouva les lésions suivantes : L'estomac était déchiré; la portion gastrique de l'intestin grêle était fortement dilatée et remplie de substances alimentaires molles dans une longueur de quatre mètres. A cette distance de l'estomac, l'intestin était étranglé par le pédoncule très allongé d'une tumeur graisseuse développée dans le tissu cellulaire du mésentère. Le pédoncule, du diamètre de deux millimètres, avait son point de départ sur la face gauche du mésentère; il avait contourné complètement l'intestin, puis, après avoir traversé le mésentère, il était venu reparaître sur la même face gauche du mésentère, près de son point de départ, et là il tenait suspendue une tumeur graisseuse du volume d'un œuf de poule. L'ouverture du mésentère qui donnait passage au pédoncule n'avait que le diamètre de ce pédoncule. Cette dernière disposition rendait très difficile à expliquer le passage de la tumeur à travers le mésentère. Au-delà de l'étranglement l'intestin grêle était très étroit; sa cavité était vide.

Péricardite (vache). — M. Leblanc a aussi mis sous les yeux de l'Académie, le cœur d'une vache dont les deux feuillets du péricarde étaient recouverts d'une masse énorme de fausses membranes celluleuses. Ce cœur malade pesait 3500 grammes. La vache n'avait pas succombé à cette maladie; elle avait été tuée comme bête de boucherie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 4 février 1841.

A deux heures, M. Moret occupe le fauteuil.

Correspondance. Lecture d'une lettre de M. Boissoneau, qui met à la disposition des membres de la Société plusieurs bons contre lesquels il délivrera gratuitement des yeux artificiels aux indigènes.

— *M. Lagasquie*, secrétaire-général de la Société médico-pratique, envoie les quatre bulletins trimestriels de l'année 1840. MM. Chéneau, Duhamel, Chalut et Terrier sont chargés de faire un rapport verbal sur chacun de ces bulletins.

— *M. Terrier* donne lecture du rapport qu'il a fait sur le mémoire présenté par M. le docteur Eguisier, à l'appui de sa candidature. Contrairement à l'usage reçu, M. Eguisier administre dans la blennorrhagie le copahu à doses infiniment réfractées, afin que, retenu dans l'économie, ce médicament agisse plus sûrement sur la muqueuse de l'urètre dont, suivant l'auteur, il supprime l'inflammation par une sorte de puissance spéciale, qu'il nomme dynamique. Il pense que le copahu donné à hautes doses excite la contractilité intestinale, et est rejeté en entier hors de l'économie sans avoir eu le temps, dans son court passage, de modifier l'urétrite. Il appuie de nombreuses expérimentations cette opinion; mais, comme l'observe M. Terrier, les exemples rapportés ne sont pas concluans, car l'auteur a cru dans bien des circonstances, devoir recourir à d'autres moyens, et dès lors on peut douter que la cure ait été l'œuvre du copahu ainsi administré. Il loue, d'ailleurs, l'auteur de la candeur et de la sincérité avec laquelle il a exposé les résultats de ses expérimentations; il ajoute que depuis qu'il a été chargé de ce rapport, il a essayé lui-même une fois de donner le copahu à très petites doses, et qu'il a obtenu une guérison rapide. Il termine en concluant à l'admission du candidat.

M. Léger : Le baume de copahu n'agit pas seulement comme drastique en évacuant le tube intestinal, en déplaçant l'irritation mais donné à hautes doses, il agit comme balsamique, il pa[illegible] par les urines et agit sur la partie souffrante. Lorsque le spé[illegible]lisme ne nous avait pas encore enlevé les occasions d'obs[illegible] souvent ces maladies, je donnais le copahu et le cubèbe à [illegible] doses, et il est resté dans ma mémoire que ce sont de bons camens, en dépit de quelques récidives que je ne puis n[illegible]e dois ajouter qu'alors on ne connaissait pas les capsule[illegible] gélatineuses, et que je me trouvais bien d'administrer le cop[illegible] le cubèbe dans une baudruche trempée dans l'huile [illegible] des douces.

M. Duperthuis connaît un chirurgien anglais q[illegible] souvent en trois jours des blennorrhagies avec des in[illegible] d'eau froide salée ou chargée de sulfate de zinc.

M. Serrurier rappelle que M. Dubois pensai[illegible]isait de mettre le blennorrhagique à même de la rivièr[illegible] invitant à y puiser à discrétion.

M. Tanchou : On guérit par ces différe[illegible], et souvent ils sont infidèles; nombre de fois après de[illegible]ns obtenues par de fortes doses de copahu, on a obse[illegible]acheuses récidives.

M. Lefebvre : Non pas lorsqu'on a [illegible]thode indiquée par Delpech de Montpellier, et adopté [illegible]icord. On commence par administrer deux grammes [illegible] par 24 heures, et on augmente chaque jour cett[illegible] à ce qu'on soit parvenu à administrer douze grammes; [illegible]que de cette façon pendant huit jours, après quoi on [illegible]r doses décroissantes de deux grammes à la quantité [illegible] En suivant ce mode d'administration, il n'y a nul[illegible]ulle récidive à craindre.

M. Charles Masson : Permettez-mo[illegible] rapporteur, d'ajouter un mot; il s'agit surtout en ce [illegible]u mérite du mémoire qui vous est soumis. L'auteur a c[illegible]ar des expériences nombreuses, si le copahu donné à [illegible]ses n'agissait pas avec plus d'efficacité que donné en trè[illegible] quantité; il vous a exposé les résultats obtenus. Ces pre[illegible]herches conduiront plus tard peut-être, à expériment[illegible] à tort ou à raison qu'on avait pensé que les térébenthin[illegible]ent les sécrétions des muqueuses; ces recherches sont [illegible] dans l'esprit de la Société de médecine pratique, je conc[illegible]lmission du candidat.

— L'admission de M. Eguisier, mis[illegible], est adoptée.

M. Guersant demande que la socié[illegible] bien nommer une commission chargée de suivre les op[illegible] de strabisme qu'il pratique en ce moment; il désire qu'[illegible] ne non seulement les malades opérés, mais encore ce[illegible]nt à opérer, et il prie ceux de ses collègues qui aurai[illegible]digens affectés de strabisme de les lui adresser.

— MM. Tanchou, Belhomme et L[illegible]t nommés rapporteurs.

M. Duperthuis présente à la So[illegible] homme d'une quarantaine d'années, fortement consti[illegible]bitué dès l'enfance à une vie active. Plusieurs de ses[illegible]t succombé à des attaques d'apoplexie, et lui-même [illegible] de temps en temps des congestions cérébrales accompa[illegible]e douleurs céphaliques très vives, qu'on faisait instanta[illegible] cesser par une saignée. Mais bientôt le malade éprou[illegible] l'incertitude dans sa marche, du trouble dans la vision, de[illegible]cles imaginaires semblaient lui barrer le chemin; des dou[illegible]rvinrent à la région temporale; la paupière supérieure d[illegible]roit se paralysa, l'œil s'éteignit et depuis quelque temps l[illegible]r s'étend à l'œil du côté opposé, dont la pupille a dé[illegible] de sa contractilité. Bien des moyens ont été mis en us[illegible]me on le pense : tels que saignées, applications de sang[illegible] vésicatoires, ventouses, moxas, purgatifs. On a fai[illegible]ns sur la tête avec la pommade mercurielle : d'anc[illegible] vénériens faisaient soupçonner une syphilis consit[illegible] on a donné jusqu'à un quart de grain par jour le [illegible] mercure sans obtenir la moindre salivation.

M. Duperthuis voudrait savoir [illegible] conduite il reste à tenir dans une pareille maladie [illegible]ge paraît être dans le cerveau.

M. Belhomme, con[illegible]atre mois pour ce malade, a pensé que les sympt[illegible] étaient dûs à une tumeur qui comprimait l'[illegible]nces, d'où résultait l'exophthalmie; que la pa[illegible]pière supérieure est due évidemment à la comp[illegible]f oculaire commun; que la maladie semble prendre [illegible]on et se porter du côté opposé et envahir le cerveau [illegible]ême; mais il ne croit pas à une affection cérébrale du ge[illegible] ramollissemens, car alors la sensibilité et la contractilit[illegible]ale auraient reçu des atteintes plus profondes.

M. Belhomm[illegible]que des moxas appliqués aux régions temporale et fronta[illegible]ut autre moyen dérivatif, pourraient être utiles.

M. Duhame[illegible] au contraire qu'il y a eu un travail inflammatoire su[illegible]mollissement de la substance cérébrale, et prévoit dans l'a[illegible] paralysie générale.

M. Planchon [illegible] aussi qu'à une période inflammatoire a succédé une pé[illegible] ramollissement; il juge le cas grave, et se rappelle cep[illegible]oir guéri, par des purgatifs salins et des cautères appliqu[illegible] crâne, une qui dame qui avait perdu la parole, dont la [illegible] presque éteinte, et qui, lorsqu'elle marchait, se rejetta[illegible]re, s'imaginant que le plan horizontal s'inclinait, et q[illegible]t être précipitée dans un abîme.

M. Charles Masson pense que dans un cas aussi triste, il faut faire assez de médecine pour que le malade ne se livre pas au désespoir, mais assez peu pour ne point ajouter à ses souffrances.

— *M. Sterlin* raconte comment il est parvenu à arrêter une hémorrhagie des plus graves et des plus rebelles chez une femme atteinte d'un cancer utérin : ayant réussi à fixer, au moyen d'un spéculum et d'une pince, un bourdonnet de charpie imprégnée de l'eau anti-hémostatique de Brocchieri, et ayant laissé pendant deux jours ce bourdonnet maintenu en place par un tamponnement, il trouva l'hémorrhagie arrêtée, et la charpie en contact avec l'organe complètement blanche ; ce qui, ajoute-t-il, est conforme à ce que nous avons obtenu lorsque nous nous sommes livré à des recherches sur l'efficacité de cette eau.

La séance est levée à quatre heures.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro de votre Journal du 16 janvier contient l'exposé d'un fait d'une haute importance qui s'est passé à la clinique [illegible]rgicale de l'Hôtel-Dieu.

[illegible] cet exposé, il résulte que M. Roux, après avoir extrait par [illegible] latérale une pierre de la vessie d'un calculeux, y a laissé [illegible]ond calcul, faute d'avoir exploré cet organe. Cet oubli est [illegible]ais je pense comme vous qu'il faut tenir compte à M. [illegible] de la franchise avec laquelle il avoue son omission. Toute[illegible]venant qu'il avait eu tort de ne pas explorer la vessie, [illegible] qu'il n'atténuait pas la gravité de son oubli en s'ap[illegible]puy[illegible] considérations chimiques. En effet, l'exploration était [illegible]ment prescrite par la saine pratique, mais encore com[illegible] la facette articulaire que présentait le calcul ex[illegible]trait. [illegible] Roux prétend-il qu'une conformation pareille peut-ê[illegible]e par les sels constitutifs de la pierre : de cette consid[illegible] pouvait résulter qu'un doute, et, dans ce doute, il [illegible]re le parti le plus sûr, c'est-à-dire celui de l'explorati[illegible]st assez insister sur ce point, puisque l'aveu de M. [illegible] précède le palliatif.

Mais on ne s[illegible]ter trop vivement contre la doctrine de ce professeur [illegible]ance que, dans la nécessité d'agrandir la plaie pour [illegible] de la pierre, il vaut mieux déchirer la prostate que d[illegible]vec l'instrument tranchant. Ce qui vient de lui arri[illegible]t modifier ses idées à cet égard : car après après avoi[illegible] la crête du bouton pour obtenir ce résultat, il a vu q[illegible]ge de la pierre n'est pas devenu plus facile, et qu'il a f[illegible]nds efforts pour obtenir la sortie du calcul.

Cette violence [illegible]onner nécessairement une commotion générale qui [illegible] aggravation dans l'état du malade ; et il est permis de [illegible]ue les suites de l'opération auraient été différentes si [illegible] avait été moins difficile, et nous pensons que l'agr[illegible]t de l'incision par l'instrument tranchant aurait amen[illegible]t.

Que le déchirem[illegible]rostate, dans la taille latérale, fût présenté par un c[illegible] placé dans une position ordinaire, suivant moi ce sera[illegible]mais moins dangereux que celui que doit produire ce pr[illegible]clamé par un professeur, dans un hôpital célèbre où tant de jeunes gens accourent pour y recevoir l'instruction chirurgicale.

Deux cas analogues à celui dont il s'agit auraient dû se présenter à la mémoire de M. Roux et lui servir d'avertissement. Le premier lui est personnel : M. Roux fit l'opération de la pierre sur un homme âgé de cinquante-deux ans, fortement constitué ; c'était un cocher au service de milord Egerston ; il y procéda par la taille bi-latérale, qu'il exécuta avec le lithotome caché du frère Côme. Il fit une incision en croissant, transversalement au raphé, à un pouce environ au-dessus de l'anus, en incisant ensuite à gauche, puis à droite. La pierre fut saisie, et comme elle opposa de la résistance dans son extraction, elle se brisa sous la tenette, ce qui rendit l'opération longue et douloureuse ; il y eut tuméfaction du scrotum et infiltration dans les bourses, avec gangrène à la suite. Le malade succomba peu de jours après l'opération.

Dans le second cas, le sujet opéré par le professeur Boyer était un jeune homme de 19 ans, fortement constitué, fils d'un des fermiers des hospices de Paris.

M. Boyer fit l'opération en donnant à son incision extérieure la direction de la taille latérale ; il incisa sur le cathéter la partie membraneuse de l'urètre, pour conduire le lithotome caché du frère Côme dans la vessie ; il le retira horizontalement, en dirigeant la lame transversalement à gauche.

Le lithotome dont M. Roux s'était servi pour l'opération dont je viens de parler était tranchant ; mais la lame de celui de M. Boyer n'en employait jamais d'autres, et c'est ce que M. Boyer fils vient d'affirmer dans le concours soutenu à la Faculté de médecine. Aussi, qu'arriva-t-il dans le cas dont il s'agit ? La pierre, quoique d'un moyen calibre, opposa tant de résistance, qu'elle s'échappa de la tenette ; elle fut reprise ; mais cette fois, saisie par son plus grand diamètre, elle nécessita un redoublement d'efforts ; il fallut tirailler à droite, à gauche ; en haut, en bas, et ce ne fut qu'à force de violences qu'elle fut enfin arrachée. Le malade, pendant l'opération même, fut pris d'un délire qui dura jusqu'à sa mort, arrivée peu de jours après.

A l'autopsie, on trouva la vessie contuse, déchirée ; le petit bassin infiltré de pus et le péritoine enflammé.

Après ces deux cas, dans lesquels M. Roux fut acteur ou témoin, n'est-on pas en droit de s'étonner que ce praticien ait persisté et persiste encore dans sa doctrine du déchirement de la prostate, au moment même où cette doctrine lui vaut un nouveau revers ? A la vérité, M. Roux allègue que les avis ne sont pas unanimes sur cette question, et il prend parti contre l'incision en faveur de la déchirure. Je sais bien que Dupuytren a soutenu cette opinion dans sa thèse sur la lithotomie, lors du concours pour la chaire restée vacante par la mort de Sabatier ; il y dit : que les anciens péchaient par des incisions trop petites et que les modernes pèchent par des incisions trop grandes. Il recommande donc de tenir le milieu entre ces deux extrêmes ; mais le volume de la pierre ne le permet pas toujours, et alors il prescrit de déchirer la prostate avec le doigt. C'est ce précepte que nous combattons, et les hommes de l'art ne peuvent trop se pénétrer de ce principe, que le succès de l'opération de la taille dépend du rapport établi entre la plaie et le corps étranger qui doit y passer, et que s'il est nécessaire d'agrandir ce passage, il faut inciser et non déchirer.

Ne se souvient-on plus des discussions qui ont eu lieu pendant sept ans (de 1748 à 1755) entre frère Côme et Lecat ? Celui-ci reprochait à frère Côme de faire à la vessie des incisions trop grandes, qui étaient, disait-il, mortelles pour les opérés. Cependant les malades du frère Côme guérissaient presque tous et Lecat perdait une grande partie des siens. L'expérience se prononçait donc pour l'instrument tranchant contre la déchirure, et l'expérience est un maître supérieur aux maîtres les plus habiles.

Je pense, Monsieur le rédacteur, que ces détails ne vous paraîtront pas étrangers à l'examen du fait consigné dans le numéro de votre journal du 16 janvier. Dans ce cas, les difficultés qui s'opposaient à l'extraction de la pierre étaient, suivant moi, une indication d'agrandissement de la plaie par incision, ou de recours au haut appareil, qui est d'un si puissant secours, puisqu'il supplée à l'insuffisance de toutes les méthodes qui se pratiquent par le bas appareil.

Bien que M. Roux prétende qu'une pierre laissée dans la vessie ne puisse pas causer la mort d'un opéré, j'ai eu connaissance de cinq calculeux qui moururent avec la pierre dans la vessie, après avoir été opérés par Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie, qui se servit du gorgeret d'Haukins, sans aucun succès, puisque les calculs ne furent point extraits ; et il est permis de penser que le séjour des calculs dans la poche urinaire n'a pas été étranger à ce triste résultat. Je puis ajouter que Dupuytren ayant opéré par le périnée, M. Rousseau, conseiller à la Cour de Cassation, le délivra de deux calculs ; mais que, la mort étant survenue peu de jours après l'opération, l'autopsie fit voir une troisième pierre dans la vessie.

Je ne laisserai point passer sans observation ce que dit M. Roux sur l'espèce de suprématie qu'il attribue au bouton curette, à cause de son utilité dans l'opération de la taille. Quant à moi, je préfère de beaucoup une canule droite en argent, longue de 9 à 10 pouces, que, par expérience, je juge bien plus efficace pour reconnaître la pierre par la plaie, avec injection simultanée pour déployer la vessie et disposer les pierres à descendre au bas-fond de cet organe, d'où l'écoulement de l'injection les ramène vers la canule et les met en contact avec elle.

Quant aux autres avantages que M. Roux reconnaît au bouton et à la curette, je partage son opinion, et, entr'autres cas à l'appui, je citerai celui d'une opération du haut appareil, à laquelle assista le professeur Sanson ; le calcul était étroitement embrassé, coiffé par une loge au sommet de la vessie, et je ne pus le déloger qu'avec cet instrument.

En terminant ma lettre, j'exprimerai le regret que M. Roux, après avoir parlé de 40 ou 50 opérations pratiquées par lui sur des calculeux déjà opérés par d'autres chirurgiens, n'ait pas indiqué les méthodes qui avaient été employées d'abord, celles qu'il a suivies, ensuite les résultats qu'il a obtenus, et les particularités qui ont pu se présenter. C'eût été une source d'instructions précieuses pour les nombreux élèves qui suivent sa clinique.

J'ai l'honneur d'être, etc. SOUBERBIELLE.

Paris, ce 8 mars 1841.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

ÉPREUVE DE CHIRURGIE PRATIQUE.

Mercredi, 10 mars 1841.

Amputation de la cuisse dans la continuité de l'os, et pansement après l'opération.

MM. Sanson (Alphonse).
Malgaigne.
Michon.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 13 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 33, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

NOTIONS PRATIQUES SUR LE STRABISME,

Résumées des leçons et opérations faites publiquement par M. BAUDENS, *chirurgien en chef.*

Nous avons publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, numéros du 26 novembre 1840 et du 9 janvier 1841, deux leçons intéressantes de M. Baudens sur l'opération du strabisme. A cette époque, il y avait lutte pour faire naturaliser en France cette découverte venue de l'Allemagne.

On se souvient de l'accueil peu empressé que reçut M. Baudens lorsqu'il présenta à l'Académie de médecine les premiers louches qu'il avait opérés avec succès de leur infirmité, et avec quelle chaleur deux chirurgiens se prononcèrent pour ainsi dire *à priori* contre cette opération.

Aujourd'hui que cette lutte est passée, nous nous contenterons de suivre le chirurgien sur le terrain de la pratique. M. Baudens a fait publiquement, dit-il, près de 700 opérations de strabisme, et son expérience doit nécessairement l'avoir conduit à des résultats importans.

Et d'abord, une réflexion aura saisi sans doute comme nous la plupart des hommes dévoués à la science. Le strabisme occupe une large place dans la presse médicale : on en parle, pour ainsi dire, sans discontinuer; la description de procédés opératoires nouveaux ou modifiés ne manque pas : chaque opérateur a son instrument particulier, et l'arsenal instrumental est quelque chose de prodigieux. Les raisonnemens théoriques ne font pas non plus défaut; mais, avouons-le, on n'a encore examiné que la superficie de cette importante question, les données pratiques manquent essentiellement. On sait bien que, dans le strabisme interne, il faut couper le muscle droit interne : que dans le strabisme externe, c'est le muscle droit externe qu'il faut diviser ; on dit bien encore que quelques opérateurs coupent parfois d'autres muscles : M. Baudens lui-même a divisé de suite jusqu'à quatre muscles sur un seul globe oculaire ; mais dans quelles circonstances faut-il imiter cette conduite? Ceux qui suivent sa pratique le savent sans doute, mais ces notions ne sont réservées qu'à un petit nombre de chirurgiens, bien que M. Baudens accueille tous ses confrères avec empressement. C'est donc pour ceux qui n'ont pu assister à ces leçons pratiques que nous traçons les lignes qui suivent.

Comment faut-il faire l'examen du regard d'une personne qui louche?

Pour procéder à cet examen, il faut, dit M. Baudens, étudier d'abord de près l'organe visuel, afin de bien s'assurer qu'il n'existe pas de complications, telles que taies, cataractes, amauroses, etc., et se placer ensuite à quatre pas de distance pour éviter de faire loucher simultanément les yeux, ce qui a lieu quand on est trop près du strabique. Une fois bien en face de ce dernier, le chirurgien élève son indicateur de la main droite en le plaçant dans la direction du nez de la personne qu'il examine, et il lui recommande de bien fixer ce doigt. Dans ce moment, l'œil dévié se dessine fortement, et l'œil sain fonctionnant seul forme un contraste frappant par sa rectitude.

Voilà pour le cas le plus simple, quand le strabique ne louche que d'un œil.

Quand la déviation oculaire est double, il est également facile de s'en convaincre : mais comme, dans ce cas, elle est toujours beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre, et que le côté le plus dévié a seul fixé l'attention du louche et des siens, il importe essentiellement, avant l'opération, si l'on ne doit opérer qu'un seul œil, de lui faire remarquer sa double loucherie ; parce que, si légère qu'elle soit, la déviation devient saisissante du moment que le côté le plus strabique a cessé de l'être et a repris une rectitude parfaite.

Faute d'avoir fait ses réserves, l'opérateur devra s'attendre à un correctif à la joie de l'opéré, qui ne manquera pas de lui dire : « Maintenant je louche de l'autre œil; se portera-t-il tout à fait en dedans comme l'autre, j'en ai bien peur. Si j'avais su cela, je ne me serais pas fait opérer. » C'est un moyen commode de payer sa dette de reconnaissance, et dans son intérêt comme dans celui de la science, l'opérateur devra éviter cet écueil.

Quand la loucherie est double, et que l'œil le plus dévié a été seul opéré, le côté non opéré éprouve souvent une amélioration sympathique et spontanée ; et avec le temps, deux mois environ, cette amélioration gagne tellement, que c'est à peine s'il en reste un léger faux trait qui constitue, comme on le sait, le regard à la Montmorency.

Nous avons des centaines de faits à l'appui de cette assertion.

M. A..., aide-de-camp du maréchal Soult, est bien connu dans le monde. On sait qu'il louchait très fort des deux yeux, dont la prunelle se portait en dedans ; nous n'avons opéré que le côté droit. La rectitude de ce dernier a été spontanément absolue ; il est resté une légère déviation du côté opposé. Nous avions l'intention de l'opérer également, et nous y avons renoncé parce qu'aujourd'hui elle est à peine sensible.

Une question se présente ici. *Quand la loucherie est double, faut-il quelquefois opérer les deux yeux ; et dans le cas de l'affirmative, faut-il ou non opérer les deux côtés dans la même séance?*

Voici notre règle de conduite.

Nous commençons par déloucher l'œil le plus dévié ; et quand, après cette première opération, le côté le moins strabique a subi assez d'amélioration pour que sa loucherie, devenue très légère, nous fasse espérer qu'avec le temps elle pourra disparaître presqu'entièrement, nous nous en tenons là. Une fois sur 25 tout au plus, il nous arrive d'être forcés d'opérer des deux côtés.

Ce n'est point que nous redoutions les dangers d'une deuxième opération. Nous savons, par expérience, qu'elle n'enlève pour ainsi dire rien à l'innocuité de la première ; nous savons encore que si nous ne consultions que la coquetterie de certains louches, et notre désir d'obtenir un résultat plus complet, la rectitude spontanée et absolue du regard, nous aurions souvent lieu de faire une double opération. Nous nous en abstenons par devoir et par sentiment de moralité.

Quel est, en effet, le but de l'opération du strabisme? 1° De rendre au regard sa rectitude, de manière que les deux yeux puissent fonctionner avec harmonie et se porter tous deux ensemble sur l'objet qu'on veut voir. Or, cette opération n'a pas pour mission un simple rôle de coquetterie, comme beaucoup de monde le pense. Le louche a perdu la puissance du regard ; il a toujours l'air distrait alors qu'il parle sérieusement, et quand il ne peut pas toucher du doigt la personne à laquelle il parle, pour peu que celle-ci soit à deux pas de lui, c'est le voisin qui répond. Pour un avocat qui s'adresse à un auditoire nombreux ; pour un officier qui doit parler au soldat placé dans les rangs, et par conséquent à une certaine distance de lui, cette infirmité est un vrai martyre ; elle nuit singulièrement à leur profession. Le faux trait qui subsiste par la légère déviation de l'œil non opéré, n'ôte rien à l'harmonie du regard : les deux yeux agissent ensemble avec tant d'accord, que si l'opéré place devant lui les deux doigts de l'une de ses mains, et fixe l'un des doigts alternativement, les assistans pourront lui dire, à coup sûr, quel est le doigt sur lequel son regard s'arrête. Cette démonstration prouve jusqu'à l'évidence que la loucherie n'a plus lieu. En second lieu, l'œil le plus dévié ne voit le plus souvent que fort peu et fort mal, tandis que la vue n'a pas souffert du côté opposé, quand même il existe une légère déviation. On ne saurait, dès-lors, blâmer le chirurgien d'opérer le côté le plus dévié, aujourd'hui qu'il est constant que l'œil opéré recouvrera sa puissance d'optique, tandis qu'on pourrait l'accuser de faire une opération de complaisance s'il opérait le côté opposé dont la vue n'a pas souffert.

Ainsi donc, le faux trait n'ôte rien à la puissance du regard ; il s'annule souvent, ainsi que nous l'avons dit, avec le temps, et nous croyons qu'il ne saurait autoriser un chirurgien consciencieux à entreprendre une opération dans un but de puérile coquetterie, quand il n'existe que légèrement.

Dans des circonstances tout exceptionnelles et fort rares, quand la loucherie est double et très prononcée sur les deux yeux, quand l'opération, d'un côté, a donné fort peu d'amélioration sur le côté opposé, quand enfin il y a lieu de peu compter sur le bénéfice du temps, et qu'une opération paraît indiquée sur le second œil, faut-il opérer de suite ou à une époque plus reculée?

Encore une fois, si l'on ne consultait que l'empressement de l'opéré, qui a hâte d'avoir les deux yeux droits, il faudrait faire de suite la deuxième opération. Pour moi, j'engage mes cliens à calmer leur impatience, à attendre au moins un ou deux jours, parce que, passé ce délai, il n'est pas très rare de voir survenir un amélioration qui n'avait pas eu lieu spontanément à cause d'un état spasmodique de l'appareil musculaire de l'orbite, et dès-lors la deuxième opération devient inutile ; mais quand le désir d'être opéré des deux yeux dans la même séance est, de la part du strabique, tellement exalté qu'il veut à tout prix être opéré immédiatement, je l'opère. Cette exaltation est réelle, et souvent elle ne cesse que du moment où la deuxième épreuve a placé les deux yeux parfaitement droits.

Que si maintenant l'on nous demande quelle est l'époque la plus favorable pour entreprendre le second œil. Nous répondrons qu'au point de vue de la motilité et du redressement du globe oculaire, nous repoussons le précepte d'opérer les deux yeux dans la même séance. Il faut attendre au moins six jours, afin que le muscle coupé ait repris une nouvelle et forte greffe ; un mois même serait souvent préférable. En effet, la liberté des mouvemens oculaires n'est pas tout à fait la même, selon qu'on opère le second œil à une époque plus ou moins éloignée du premier. On sait que pendant les premiers jours qui suivent la section du muscle droit interne, par exemple, le globe de l'œil ne peut se porter dans l'angle interne de l'orbite que très imparfaitement, et que les mouvemens ne reprennent bien leur liberté que du moment où la cicatrice a perdu son induration, parce que cette induration agit comme corps étranger, comme un véritable coin. Or, cette induration peut persister quelquefois pendant un mois ou six semaines.

De plus, quand elle a disparu, et que le muscle coupé a pris une forte greffe sur un point du globe oculaire plus rapproché du nerf optique qu'il ne l'était auparavant, par cela même que l'attache musculaire s'est éloignée de la circonférence de l'œil, le muscle a moins de puissance sur le globe, et celui-ci a perdu pour toujours un peu de sa rotation en dedans. Cette perte de mouvement contribue certainement à donner aux personnes opérées du strabisme un cachet particulier à peine apparent quand il n'existe que d'un seul côté, mais assez sensible quand on a opéré les deux yeux. Cette considération nous engage à n'opérer les deux côtés qu'après mûre réflexion, et à attendre que le premier œil délouché ait recouvré à peu près toute la liberté de ses mouvemens avant que d'opérer l'œil opposé ; sans quoi, quand la double opération a été faite dans la même séance, le regard conserve, par le défaut de rotation en dedans, une fixité disgracieuse qui disparaît plus difficilement que dans le cas où les opérations ont été faites à deux mois de distance, parce qu'alors l'œil sain a pu entraîner par sympathie l'œil opéré en dedans, et rendre la liberté presqu'absolue des mouvemens du muscle qui avait été divisé. Une autre considération plus importante encore doit engager à ne pas opérer les deux yeux dans la même séance. Il arrive quelquefois que l'œil délouché se porte trop du côté opposé à la loucherie. Cet inconvénient est léger quand on n'a opéré qu'un seul œil, et il disparaît en disant à l'opéré de porter l'œil non opéré dans l'angle orbitaire, afin que l'autre soit ramené dans le milieu de l'orbite ; on serait privé de cette ressource si les deux yeux avaient été opérés, et on pourrait redouter pour l'un des deux une loucherie opposée à la première.

Ainsi donc, à part l'amélioration que le temps peut apporter dans l'œil non opéré, il y a encore avantage à remettre la deuxième épreuve à un ou deux mois de date, dans l'intérêt de la motilité du globe oculaire et de sa rectitude.

Dans l'une de nos leçons sur le strabisme, publiée dans le n° du 9 janvier de la *Gazette des Hôpitaux*, nous avions dit, contrairement à l'opinion reçue, qu'il ne faut, en règle générale, n'opérer jamais qu'un seul œil, parce que le plus souvent le second ne louche que par sympathie. Notre expérience, loin de restreindre notre jugement, n'a fait que lui donner plus de poids et de confirmation.

Est-il toujours facile de reconnaître l'œil qui louche par maladie d'avec celui qui ne louche que par sympathie?

Cette distinction présente quelquefois de très grandes difficultés que nous allons essayer de lever.

L'œil strabique pathologiquement est toujours le plus dévié des deux, et sa vision est plus faible. Quand ces deux caractères existent bien tranchés, comme cela a presque toujours lieu, il ne saurait y avoir de doutes. Il n'en est pas toujours ainsi.

Quelquefois la loucherie est double en ce sens que l'un des yeux peut loucher aussi bien que l'autre ; mais il n'y en a jamais qu'un seul qui est dévié à la fois. Tantôt c'est le droit, tantôt le gauche, et *vice versâ*. Ici il est souvent extrêmement difficile de reconnaître le côté pathologique. Ces deux caractères, déviation et affaiblissement de la vue, deviennent à peu près négatifs, parce que, d'une part, la déviation est souvent aussi prononcée d'un côté que de l'autre ; et que de l'autre, dans ce genre de loucherie, la vue est ordinairement à peu près également bonne des deux côtés. Ici l'opérateur n'a pour guide que des nuances des deux grands signes précités. Il faut étudier le strabique avec un soin tout particulier ; lui faire examiner des objets de couleur et de dimensions variées à des distances qui varient également, tantôt avec un œil, tantôt avec l'autre. J'ai des louches que j'ai soumis à cet examen pendant plusieurs jours de suite, et toujours j'ai fini par reconnaître que l'un des deux yeux était plus faible que l'autre. J'ai opéré le plus faible, et toujours j'ai vu la loucherie sympathique du côté opposé disparaître par cette seule opération.

Un autre signe encore important pour reconnaître le côté strabique pathologique, consiste dans la dilatation plus grande de la pupille. Toutefois, ce signe n'est pas constant, et alors même qu'il existe, sa valeur n'est pas toujours incontestable.

J'ai vu plusieurs fois, dans des cas de strabisme simple convergent d'un seul côté, la dilatation pupillaire plus grande précisément dans l'œil non dévié, et tout récemment, dans un cas fort embarrassant de loucherie double

à volonté d'un côté ou de l'autre on m'engageait à opérer l'œil droit précisément à cause de sa plus grande dilatation pupillaire; mais ayant remarqué qu'en fixant le regard sur des objets qui exigeaient de la part du strabique une grande attention, sur cinq fois, c'était l'œil gauche qui quatre fois louchait. D'après ce simple indice, répété plusieurs jours de suite, je me suis convaincu que l'œil droit était le meilleur et le plus fort des deux yeux; j'ai opéré l'œil gauche et la loucherie a disparu des deux côtés.

Le signe le plus certain à notre avis pour reconnaître le côté pathologique, c'est la faiblesse de la vue, plus grande dans ce dernier que dans l'autre. Pour constater cet état, je sépare la face en deux parties en plaçant sur la ligne médiane une cloison, puis, faisant alternativement lire d'un côté et de l'autre, au grand étonnement des louches, qui souvent ignorent qu'ils ont la vue faible d'un côté, on ne tarde pas à découvrir ce côté faible.

Pendant ces épreuves, il faut laisser les yeux ouverts, sans baisser la paupière de l'un des deux, sans quoi on amènerait le redressement de l'œil strabique et les épreuves n'auraient plus la même portée.

Quand on a reconnu, à ne plus en douter, le côté strabique par pathologie, il importe de constater le degré de la loucherie.

Pour arriver à cette connaissance, fermez la paupière de l'œil sain, afin de déloucher momentanément le côté opposé. Recommandez au louche, si son strabisme est convergent, de porter le plus possible l'œil en dehors, et de le ramener au contraire, autant que faire se peut, en dedans, si la loucherie est divergente. Pendant ces épreuves, si le globe de l'œil se porte avec aisance, et sans efforts, dans les angles orbitaires, le cas est simple, et vous avez gros à parier que la section entière et simple du muscle droit interne ou droit externe amènera un redressement absolu.

Quand, au contraire, le globe oculaire strabique ne peut être délouché que fort incomplètement et qu'après de grand efforts, vous avez gros à parier que la section des muscles interne ou externe sera insuffisante et n'amènera qu'une légère amélioration.

Dans ce cas le globe de l'œil, fortement attaché en dedans ou en dehors, a subi une légère déformation; la corde strabique, en faisant effort sur sa partie centrale, a fait bomber celle-ci et occasionné un léger aplatissement à ses deux pôles, aplatissement dont l'obliquité regarde la puissance strabique. Il en est résulté une déviation musculaire, et les muscles droits supérieur et inférieur sont devenus congénères du muscle rétracté.

On conçoit dès lors l'insuffisance de la division du seul muscle strabique et la nécessité de couper de plus, dans ces circonstances rares, les muscles droits supérieur, inférieur et grand oblique, si la déviation est en dedans, petit oblique, si elle est en dehors.

Enfin il peut arriver, et ce cas est excessivement rare, il peut arriver, disons-nous, que l'œil strabique conserve une immobilité absolue, que la pupille, presque complètement cachée dans l'un des angles orbitaires, ne puisse être ramenée même d'une ligne, vers le centre de l'orbite; dans ce cas, les muscles opposés d'action aux muscles strabiques sont atrophiés, privés de tout ressort, et alors même que les muscles strabiques ont été coupés au nombre de quatre, le croirait-on, le globe oculaire ne reprend pas de lui-même sa position au centre de l'orbite, il faut l'y ramener par des moyens orthopédiques dont nous parlerons plus bas.

Nous avons dit à dessein *gros à parier*, parce qu'en effet il n'y a ici encore rien d'absolu; il peut arriver, rarement sans doute, mais enfin il peut arriver que l'œil strabique, qui ne se redresse que partiellement, soit complètement délouché par la section d'un seul muscle, pourvu qu'on ait eu soin de largement débrider sur les angles de ce dernier; tandis que dans des circonstances différentes, quand le strabisme paraît assez simple, quand l'œil dévié se porte assez aisément en dedans ou en dehors en fermant la paupière du côté opposé, on n'obtient par la même opération, qui *à priori* semblait devoir être suffisante, qu'un redressement incomplet et dont le complément exige la section d'autres muscles. On comprend, en effet, qu'il existe une foule de nuances et de degrés dans la loucherie, et nécessairement il se trouve un moyen terme où la section du simple muscle strabique paraît insuffisante, tandis que celle des muscles droit supérieur et inférieur semble au premier abord une exagération.

Voilà des écueils qu'il est plus facile d'indiquer que de dire comment on pourra sûrement les éviter; ce n'est que par la pratique et par l'expérience que souvent il est possible de saisir les nuances d'après lesquelles on devra se guider avec certitude.

De cet exposé il résulte qu'en thèse générale on ne doit pas procéder sans désemparer à la section de plusieurs muscles; mais qu'après avoir coupé le droit interne, si le strabisme est convergent, il faut, avant que d'aller plus loin, étudier les résultats obtenus, en ôtant les élévateurs, puis procéder à la section des autres muscles selon les indications. Avant que d'en venir là, nous ne saurions trop recommander encore une fois, de vérifier avec un soin bien scrupuleux la première opération, afin de se convaincre que la corde strabique a été coupée en totalité, et que pas une seule fibre soit musculaire, soit aponévrotique n'a échappé au scalpel; que de fois j'ai reconnu qu'une simple bride aponévrotique, grosse comme un cheveu, et dont la couleur blanche la faisait échapper à la vue, retenait, seule encore l'œil dévié.

Nous voici arrivés à la question de la section de plusieurs muscles du globe oculaire, et en procédant du simple au composé nous examinerons successivement dans quelles circonstances il faut couper deux, trois ou quatre muscles. Et d'abord deux muscles.

Quand le globe oculaire se porte en dedans et fortement en haut, nous coupons sans désemparer le muscle droit interne et le grand oblique. Nous disons *fortement*, parce qu'en effet quand l'obliquité est légère la section du droit interne étant presque toujours suffisante, nous nous bornons à celle-ci, et ce n'est qu'un instant après, lorsque nous avons examiné le résultat de l'opération, que nous procédons à la division du grand oblique, quand l'œil reste légèrement dévié obliquement en dedans et en haut.

Cette section du grand oblique est d'une exécution très facile par notre mode opératoire.

Nous allons rappeler sous forme de corollaires ce mode opératoire.

La paupière ayant été écartée par l'élévateur et par l'abaisseur, il faut :

1° D'un coup sec introduire mon érigne dans l'angle de réflexion oculo-palpébrale de la conjonctive un peu au-dessus du muscle, de manière à harponner son attache et à bien fixer le globe oculaire, en faisant effort sur elle pour dégager ce dernier et se faire du jour.

2° La corde musculaire faisant relief par cette manœuvre, il faut la couper à l'aide de mon bistouri, dont la courbure ne permet dans aucun cas de blesser le globe oculaire.

3° Saisir à l'aide de mon crochet-bistouri la portion musculaire qui a échappé au bistouri, la soulever légèrement, et la diviser d'un coup sec avec une paire de ciseaux courbes à pointes mousses, pour éviter sûrement toute lésion oculaire.

4° Débrider les angles de l'aponévrose oculaire afin de bien examiner l'insertion musculaire, et de se convaincre que pas une seule fibre a pu échapper à l'instrument; puis exciser d'un seul temps la portion musculo-membraneuse fixée par l'érigne. Entre nos mains, cette opération dure 15 à 20 secondes.

Veut-on couper le muscle grand oblique? rien n'est plus facile. Rappelons la disposition de ce muscle au moment où il quitte sa poulie de réflexion pour se porter sur le globe oculaire, et on comprendra sans peine qu'après avoir divisé ce muscle droit interne; si l'on fait effort sur l'érigne pour porter le globe oculaire en dehors et en bas, il suffira de glisser avec douceur mon bistouri-érigne en dedans et en haut, en rasant le globe oculaire pour accrocher et ramener le muscle grand oblique. C'est ici surtout que mon bistouri-érigne devient d'un grand secours. Il suffit en effet de pousser légèrement cet instrument pour couper ce muscle.

Il faut encore couper deux muscles quand le strabisme est en haut.

Il semble au premier abord que la section du muscle droit supérieur doive être suffisante dans ce cas : il n'en est rien. Je l'ai cru : j'ai opéré un malade en ne coupant que ce seul muscle, et je n'ai obtenu que de l'amélioration. Un phénomène remarquable après l'opération était celui-ci : quand l'œil non opéré se portait en dehors, l'œil opéré, au lieu de suivre et d'aller dans l'angle interne de l'orbite, se dirigeait en haut et en dedans, attiré par le muscle grand oblique. J'ai soumis mon opéré un mois plus tard à une deuxième épreuve : j'ai coupé à la fois le grand oblique et le muscle droit supérieur qui s'était greffé sur le globe quatre lignes plus en arrière que son attache naturelle, et cette fois le succès a été complet.

Ce genre de strabisme est fort rare, comme on le sait : il ne s'est encore présenté que six fois à mon observation. J'ai coupé les deux muscles précités et le succès ne s'est jamais démenti.

On pourrait croire qu'il est plus difficile de diviser ces deux muscles que l'un des deux isolément : c'est une erreur. Les attaches des muscles grand oblique et droit supérieur sont confondues et entrelacées si bien, qu'il faut porter l'instrument sur le corps du muscle et au-delà de son insertion, sous peine de couper les deux à la fois. C'est donc une difficulté de moins que la section simultanée des muscles droit supérieur et grand oblique à leur attache.

J'ai encore eu l'occasion de couper deux muscles dans certains cas de strabisme divergent et en haut, la division du muscle droit externe n'ayant donné que de l'amélioration, j'ai dû faire la section du muscle droit supérieur. Nous verrons plus loin que dans quelques circonstances il nous a fallu de plus couper le droit inférieur et le petit oblique pour obtenir un redressement complet. Mais, disons-le, quand le strabisme est externe et en haut, ordinairement la section des muscles précités suffit. On n'a point à craindre de voir le globe descendre sous l'empire du droit inférieur, parce qu'il est retenu en haut par le muscle grand oblique, qu'il faut dans ce cas avoir soin de ménager.

On pourrait, si le strabisme avait lieu en bas et en dehors, couper le petit oblique et le droit inférieur; nous n'avons vu qu'une seule fois cette variété de déviation oculaire, et nous y avons remédié en suivant le conseil que nous donnons.

Section de trois muscles.

L'indication la plus fréquente de la triple section musculaire est celle-ci : le globe oculaire est porté en dedans et en haut. Vous coupez le droit interne et le grand oblique, l'œil se remet en dehors, mais dévié en haut; vous coupez le muscle droit supérieur, et il se place juste au centre de l'orbite. Nous avons eu occasion de faire six fois cette opération, et toujours avec un plein succès.

Dans la deuxième indication, l'œil se porte en dehors et en haut. Vous coupez le muscle droit externe, et vous obtenez de l'amélioration; vous coupez le droit supérieur, et la déviation en haut devient beaucoup moins sensible; toutefois l'œil se porte encore, dans certains mouvemens, quand le petit oblique se contracte, en dehors et un peu en haut : vous coupez ce petit oblique, et le redressement est parfait. Nous avons rencontré trois cas de ce genre, que nous avons opérés avec un entier succès. Cette section du petit oblique faite la dernière et concourant puissamment à reporter l'œil en dedans, est contraire à l'assertion que le petit oblique porte l'œil implement en dedans.

Section de quatre muscles.

L'indication qui le plus souvent se présente et qui n'est pas rare, une fois environ sur 25 ou 30 cas de strabisme convergent, est celle-ci. Le globe oculaire est tellement dévié que la prunelle se cache presque entièrement dans l'angle interne de l'œil. Vous fermez la paupière de l'œil sain, et l'œil strabique ne peut se redresser que peu ou pas du tout. Il faut dans ce cas commencer par couper le muscle droit interne et débrider largement l'aponévrose oculaire. Si l'examen vous montre de l'amélioration et non un redressement complet, ne comptez point obtenir ce dernier par le bénéfice du temps et des moyens orthopédiques.

Vainement ai-je, dans ces circonstances, placé un fil de soie dans la muqueuse pour tirer le globe de l'œil en dehors et l'y maintenir fixé; vainement ai-je eu recours à la compression, à de petits vésicatoires, à des mouvemens forcés et opposés à la déviation, il m'a fallu reprendre l'opération en sous-œuvre, et couper la nouvelle greffe du muscle droit interne en même temps que les muscles droits supérieur, inférieur et grand oblique. Vainement ai-je tenté la section partielle des deux premiers de ces trois muscles, le résultat n'a été définitif que du moment où la division a été entière. Vainement ai-je voulu ménager le grand oblique, une déviation en haut et en dedans m'a forcé de ne pas l'épargner. Vainement encore ai-je voulu ne couper que trois muscles en ménageant parfois, soit le droit supérieur, soit le droit inférieur; le globe de l'œil en conservant une déviation en haut et en dedans, dans le premier cas, en dedans et en bas dans le deuxième, m'a contraint, au bout d'un mois, de reprendre l'opération, de couper, d'une part, la nouvelle greffe des trois muscles antérieurement divisés, et de l'autre l'attache du quatrième muscle que j'avais espéré de conserver.

Je compte plus de vingt opérés auxquels j'ai dû couper les quatre muscles, et chez tous j'ai obtenu les résultats les plus satisfaisans. Le globe oculaire se place au centre de l'orbite, ni trop, ni trop peu; il y a un peu d'exophthalmie, mais bientôt elle disparaît quand les muscles se sont soudés au globe et peuvent le ramener en arrière. Cette soudure se fait après quarante-huit heures, et au bout de quatre jours tous les mouvemens sont faciles. Après quinze jours leur force ne laisse plus rien à désirer; l'œil reste un peu plus saillant que l'autre sans qu'il y ait rien de choquant; et, ce qui est digne de remarque, c'est que, de tous mes opérés, deux seulement ont été saignés pour un léger mal de tête; aucun d'eux n'a, du reste, gardé la chambre, aucun d'eux n'a eu un quart d'heure de fièvre. J'ai opéré près de sept cents louches; les deux saignées dont je viens de parler sont les seules qui aient été faites; il n'est pas survenu la plus petite indisposition; c'est vraiment à n'y pas croire.

Ce n'est pas seulement pour remédier au strabisme interne qu'il faut parfois couper quatre muscles, la même opération est applicable à la déviation oculaire en dehors quand elle est tellement forte que l'œil dévié peut à peine faire quelques mouvemens en dedans.

Dans ce cas il faut diviser successivement les muscles droit externe, droit supérieur et petit oblique, examiner de nouveau l'opéré, et si la déviation n'a pas cédé de la manière la plus franche, faire de suite la section du droit inférieur.

Cette loucherie est plus rare que la précédente, aussi n'en comptons-nous encore que quatre faits : la réussite a d'ailleurs été complète.

Enfin, pour tout dire sur cette question, dans un cas très prononcé de strabisme en haut, nous ne sommes parvenus à redresser le globe oculaire qu'après avoir divisé successivement les muscles droit supérieur et grand oblique, droit interne et droit externe.

Sans doute des personnes vont se récrier que le globe oculaire va fuir en dehors, attiré par le droit externe et le petit oblique d'une part, en dedans par l'action du droit interne et du grand oblique de l'autre; en bas par la puissance du muscle droit inférieur, selon qu'on a eu affaire à un strabisme divergent, convergent ou en haut; la vérité est qu'il n'en est rien. C'est que ces personnes appliquent constamment à l'œil dévié les lois de la physiologie normale et non celle de la physiologie pathologique. Ils voient dans l'appareil moteur oculaire le même degré de puissance dans les diverses cordes musculaires. Il n'en est rien. Les muscles antagonistes des muscles strabiques, privés depuis long-temps de la plénitude de leurs fonctions, ont perdu beaucoup de leur puissance, et leurs fibres, allongées outre mesure, sont souvent dans un état voisin d'atrophie.

Je ne dis pas qu'elles soient atrophiées, car dans ce cas la section des quatre muscles serait insuffisante pour ramener le globe oculaire au centre; il resterait dévié.

Or cette assertion repose sur des faits. Dans trois cas de strabisme, deux internes et un externe, strabismes tellement prononcés que la prunelle, dans les quatre cin-

quièmes, avait disparu sous l'angle orbitaire et y demeurait si fortement attachée qu'il était impossible de la ramener d'une seule ligne sous l'empire de la volonté, nous avons coupé quatre muscles ; ces muscles, complètement atrophiés, étaient réduits à la forme de petits rubans très minces et à fibres jaunâtres. Après cette section, le globe oculaire, sous l'effort de l'érigne se ramenait au centre de l'orbite pour reprendre soudain la déviation quand on l'abandonnait. Il est vrai de dire que cette déviation était moins prononcée qu'avant l'opération.

La vue n'était point perdue de ce côté, quoiqu'affaiblie. Pour remédier à la loucherie, qui désormais avait lieu probablement par la seule déviation du nerf optique, nous avons imprimé au globe oculaire un strabisme opposé à celui qu'il avait, à l'aide d'une pyramide de compresses placée sur l'angle oculaire, afin de repousser l'œil ; et sous l'empire de ce moyen orthopédique continué pendant trois jours, nous avons obtenu un redressement parfait.

La section des muscles de l'œil ne doit pas seulement fixer notre attention au point de vue du strabisme, elle peut encore remédier à deux infirmités sérieuses ; nous voulons parler du *spasme oculaire* et de la *myopie très avancée*.

Quand le globe oculaire est dans un état spasmodique si fort qu'il oscille comme une pendule de montre à secondes, nous coupons avec succès les muscles droits interne, externe et grand oblique ; dans quelques circonstances, nous avons dû couper de plus le petit oblique. Souvent alors, le spasme qui existait dans les deux yeux cessait par la seule opération faite d'un côté ; d'autres fois ce spasme, quoique bien moins fort, persistait, et il n'a cessé qu'en opérant le second œil. Quand le spasme accompagne la déviation d'un œil, et qu'on opère cet œil, voici ce qui arrive. Je suppose un strabisme interne avec spasme. Vous coupez le muscle droit interne, la loucherie cesse et le spasme persiste; vous coupez le grand oblique, et le spasme est moins intense ; vous coupez le droit externe, le spasme tombe, mais le strabisme interne reparaît. Dans ce cas, vous tâchez de remettre l'œil au centre de l'orbite par la pyramide de compresses, et si vous n'y parvenez, il faut, quelques jours plus tard, quand le droit externe s'est greffé sur le globe, couper de rechef le muscle droit interne, et la loucherie disparaît sans que le spasme reparaisse. Je possède plusieurs faits de ce genre.

Voici ce que nous avons remarqué concernant la myopie : Un très grand nombre de louches que nous avons opérés, étaient myopes ; et après l'opération, surtout quand plusieurs muscles avaient été divisés, la vue devenait longue, de courte qu'elle était. Est-il vrai que la section des muscles droits développe la myopie, tandis que celle des muscles obliques favorise la presbytie ? Nous n'avons pu, malgré nos efforts, établir cette distinction. Tous nos opérés, indistinctement, disent qu'ils voient mieux et plus loin. Voici un exemple frappant de l'influence des muscles sur la vue : Un enfant de quatorze ans, nommé Brockwell, rue du Faubourg-Poissonnière, n° 68, m'est amené par ses parens qui sont désolés de l'état de ses yeux. Sa myopie est tellement prononcée qu'il ne peut distinguer les objets, et encore fort mal, qu'avec des verres convexes de l'épaisseur de la moitié du doigt. L'éducation de cet enfant est nulle, et les parens pensent l'envoyer à l'établissement des Aveugles. Sur la prière du père et de la mère, qui insistent malgré mes craintes sur la non-réussite de l'opération, j'opère l'œil droit qui, un peu dévié en dehors, était si faible que l'enfant pouvait à peine distinguer le jour des ténèbres. Je coupe en dedans les muscles droit interne et grand oblique, en dehors les muscles droit externe et petit oblique ; et cette opération est à peine terminée, que l'enfant s'écrie, à la grande surprise générale : Je vois les barreaux de la fenêtre. Il y avait un peu d'exophthalmie, le spasme avait cessé, sauf de petits mouvemens légers et rares dans le sens vertical. Trois jours plus tard cet enfant voyait des cheminées placées à plus de cinq cent mètres de lui, et il distinguait la couleur de la fumée ; celle-ci est noire ; celle-là est jaunâtre, disait il, et il disait vrai. Mais ce qui fit le plus grand plaisir à sa mère, c'est quand, en recevant ses caresses, il lui dit qu'il voyait sur sa tête un cheveu blanc, qu'il parvint à lui arracher. Je me borne à cette courte citation, me proposant de donner des développemens plus tard aux faits de cette nature.

Nous finirons cette leçon, déjà longue, par une dernière question : *Existe-t-il des strabismes incurables ?* Nous répondrons que nous n'en connaissons pas encore. Sur les sept cents louches que nous avons opérés, les uns avaient des taies plus ou moins étendues, d'autres des cataractes; chez les uns, le strabisme était congénital ; chez d'autres, il reconnaissait pour cause une chute sur la tête, et probablement une paralysie musculaire suite d'épanchement. Eh bien ! dans tous ces cas, nous avons réussi. Que les incrédules nous mettent à l'épreuve, qu'ils nous fassent opérer les cas les plus désespérés, et quand nous aurons échoué une seule fois, nous nous rendrons à l'évidence ; jusque-là nous sommes en droit de dire que tous les cas de strabisme sont guérissables ; il est entendu que nous ne voulons pas parler ici des déviations qui reconnaîtraient une cause physique telle qu'une tumeur, une exostose, etc.

V...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Variole très discrète. Remarques sur la période de dessication des varioles secondaires.

Le 20 février est entré au n° 5 de la salle des hommes un jeune garçon de quinze à seize ans, d'une intelligence très bornée, qui présentait tous les caractères d'une variole très discrète. La fièvre était modérée ; le pouls donnait 100 pulsations par minute. Cette affection se présentait en un mot avec toute la bénignité que les auteurs ont assignée à la variole secondaire ; et cependant le sujet n'a pas été vacciné et n'a jamais eu la variole non plus.

Les pustules étaient belles, ombiliquées à leur sommet, et commençant déjà à se dessécher. Depuis l'entrée du malade à la clinique, l'affection a marché avec une grande régularité, et aujourd'hui (27 février), presque toutes les croûtes sont détachées.

On a prétendu que, dans les varioles secondaires, la période de dessication marchait avec une rapidité plus grande que cela ne s'observe pour les varioles primitives. La maladie se présentait dans ce cas avec un caractère de bénignité peu commune, et il devenait intéressant d'en étudier avec soin la période de dessication. Celle-ci, avons-nous dit, commençait déjà lors de l'entrée du malade dans le service ; mais pour juger si elle était arrivée d'une manière hâtive, il était essentiel de connaître au juste l'époque d'invasion, ou mieux encore d'éruption. Or nous n'avons pu être renseignés sur ce point par le malade. Toutefois, nous avons appris depuis qu'entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une autre maladie, il en était sorti guéri le 12 février. Remarquons, avant d'aller plus loin, que c'est apparemment dans cet hôpital qu'il a rencontré le germe de la variole. Au demeurant, il était bien portant en sortant de l'hôpital. Arrivé chez son bourgeois, il s'était bien porté pendant 24 heures, puis il avait éprouvé du mal de tête, ce qui ne l'avait cependant pas obligé de suspendre son travail, qu'il a continué jusqu'à la veille de son entrée à la clinique. Il est donc à présumer que l'éruption s'était manifestée le 15 : on conçoit dès-lors que la dessication ait pu commencer le 20, et qu'elle soit presque achevée aujourd'hui.

Affections aigues de poitrine.

Les pleurésies et les pneumonies sont en ce moment les affections dominantes, et souvent, depuis quelques jours, nous avons dû appeler votre attention sur des malades qui en sont atteints.

Epanchement pleurétique à gauche.

Le malade couché au n° 28 de la salle Saint-Bernard, est à la clinique depuis cinq à six jours ; il est entré pour un épanchement qui occupe le côté gauche de la poitrine.

Il nous a semblé, lors de l'arrivée du malade dans le service, que la pleurésie était à son déclin, ce qui nous a engagé à lui accorder quelque peu de nourriture. Mais hier son pouls est devenu fréquent et il était survenu de l'abattement. De sorte que nous sommes forcé d'admettre, ou bien qu'une recrudescence s'est opérée, ou bien encore que la maladie était à sa période d'accroissement, au lieu d'être arrivée à celle de déclin, ainsi que nous avions été porté à le croire tout d'abord.

Ce matin, dans les deux tiers inférieurs du côté affecté, la matité est complète ; il y a de plus absence du bruit respiratoire et l'égophonie est augmentée. Dans le point le plus élevé qu'occupe le liquide, on entend la respiration bronchique.

Nous avons prescrit à ce malade une purgation avec 8 grammes (2 gros) d'huile de ricin, un régime sévère et des boissons adoucissantes. Si l'affection résiste, nous emploierons la saignée dont nous avons cru pouvoir nous dispenser pour le moment.

Pleuro-pneumonie droite avec épanchement pleurétique.

La malade couchée au n° 9 de la salle Saint-Bernard, est affectée d'une pleuro-pneumonie droite. Elle est d'une constitution médiocre. Il y a sept ans qu'elle perdit subitement ses règles à la suite d'une frayeur ; depuis, sa santé n'a jamais été bonne ; l'haleine a toujours été courte, et elle est assez constamment sujette aux maux d'estomac, aux étouffemens.

Il y a trois jours qu'elle a eu un frisson avec claquement des dents, qui, comme vous savez, appartient plus spécialement aux fièvres d'accès qu'au froid initial des phlegmasies. Après, il est survenu une céphalalgie intense, et le lendemain il s'est manifesté une douleur sous le sein droit. Le surlendemain elle est entrée à l'hôpital.

En arrivant à la clinique, avant-hier, cette femme présentait tous les phénomènes d'une pleuro-pneumonie ; aujourd'hui la respiration est courte, précipitée ; le pouls est fréquent (96 pulsations par minute). L'examen de la poitrine a permis de constater un obscurité du son dans les deux tiers inférieurs du côté droit postérieur ; et l'auscultation a fait entendre une crépitation fine, clair-semée, et qui paraissait s'entendre à distance. Ce phénomène coïncidant avec l'absence du retentissement de la voix avait quelque chose d'insolite et de singulier, qui nous a engagé à varier le mode d'exploration du thorax.

Nous avons donc fait changer de position au malade ; aussitôt la crépitation fine a disparu et a été remplacée par du râle à grosses bulles, accompagné de bronchophonie. Il est donc évident qu'il y a simultanément chez cette malade un épanchement pleurétique et une inflammation du parenchyme pulmonaire, et que les changemens opérés dans les phénomènes stéthoscopiques, par suite de la nouvelle attitude donnée à la malade sont le résultat d'une différence provoquée de l'épaisseur du liquide contenu dans la plèvre, qui évidemment n'est pas circonscrit par des adhérences.

Ce matin, la malade accusait des nausées ; elle avait la bouche mauvaise, amère, en un mot, elle présentait les symptômes d'un embarras gastrique qui nous ont engagé à lui prescrire 10 centigrammes (2 grains) d'émétique en lavage.

Pleuro-pneumonie gauche. Phénomènes d'auscultation inaccoutumés.

Le n° 10 de la salle Sainte-Agnès est un jeune homme entré avec une pleuro-pneumonie occupant le côté gauche arrivée au cinquième jour, et s'accompagnant de phénomènes d'auscultation inaccoutumés. Il est boulanger, et ne se rappelle pas s'être refroidi. La maladie a débuté le 16 février, et il est entré le 18.

Frisson, douleur de côté, toux, expectoration, inappétence, un peu de délire ; tels sont les phénomènes qui se sont succédé depuis l'invasion de la maladie.

En entrant à la clinique, il offrait 120 pulsations par minute ; les crachats étaient rouillés ; la toux modérée. Vers le bord postérieur de l'aisselle et en avant de ce point, l'auscultation faisait entendre un souffle voilé, une respiration analogue à la respiration bronchique avec sifflement au souffle sibilant. Excepté cette région, partout ailleurs le bruit respiratoire est naturel.

D'autre part, sur le même point où nous avons précédemment indiqué les phénomènes tirés de l'auscultation, le son est clair, et il n'y a pas de bronchophonie.

Donc, s'il n'est pas douteux que nous ayons affaire à une pneumonie, il est certain aussi que cette affection ne se traduit pas ici par les signes ordinaires. Il se peut que la pneumonie soit profonde, ou bien que le sifflement voilé se rattache à une variété de la pneumonie, d'une forme spéciale.

Quoi qu'il en soit, nous mettrons en usage, dans ce cas, le traitement ordinaire. K...

Traitement des fistules calleuses à l'aide des injections d'eau bouillante ; par M. Ruppius, de Freiburg.

L'auteur a été conduit à ce mode de traitement d'après les cures qu'il a vu obtenir à Vienne, par Rust, à l'aide de l'eau bouillante, et en considérant que le bourgeonnement qui suit les brûlures est abondant, vif, rosé, et très disposé aux adhérences. Il ajoute que c'est par cette considération que les anciens chirurgiens français traitaient avec le fer et le feu beaucoup de maladies, et que le savant Lallemand, de Montpellier, a attaqué heureusement avec le feu les fistules vésico-vaginales. M. Ruppius n'a appliqué que doux fois les injections d'eau bouillante : une fois dans une fistule recto-vaginale qui avait résisté à tous les autres moyens, un autre fois dans une fistule à l'anus ayant 4 pouces de profondeur. Il introduit le bec d'une seringue remplie d'eau bouillante dans l'ouverture fistuleuse ; avec deux doigts de la main gauche il serre contre le bec les bords de l'ouverture, et pousse ainsi le liquide de manière à remplir tout le trajet de la fistule jusqu'à la partie la plus éloignée du trajet. Dans la première injection, il faut faire en sorte de ne pousser le liquide que dans le bout le plus éloigné, afin que la granulation commence par là. Dans les deux cas la guérison a eu lieu avec une facilité étonnante.

(*Fricke und Oppenheim's Zeitschrift*, juil. 1840.)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance des 1er et 8 mars.

Strabisme. — M. le docteur L. Boyer communique l'abrégé d'un mémoire plus étendu sur l'opération du strabisme.

Après quelques mots sur l'origine du strabisme, M. L. Boyer décrit l'anatomie de l'intérieur de l'orbite.

Le tissu cellulaire qui environne l'œil ne forme point une masse amorphe, mais est au contraire disposé en une sorte de coque sphérique, lisse et onctueuse à son intérieur, dans laquelle l'œil est logé, et qui explique bien la facilité de ces mouvemens. Les muscles sont reçus dans un dédoublement de cette coque, enveloppés chacun d'une gaîne celluleuse propre, qui se continue jusqu'à leur insertion au globe de l'œil. En avant, cette coque d'enveloppe de l'œil s'amincit et dégénère en une couche sous-conjonctivale située en dehors des muscles, et qui adhère un peu au feuillet antérieur de leur gaîne. Il en résulte une véritable expansion qui rend jusqu'à un certain point les muscles droits solidaires les uns des autres, ce qui peut encore transmettre aux muscles voisins l'influence du muscle coupé. De plus, le feuillet profond de la gaîne celluleuse des muscles droits, s'insérant un peu en arrière de l'aponévrose réelle, peut n'être pas coupé en même temps qu'elle, et forme, à proprement parler, une seconde insertion moins solide, il est vrai, mais encore capable de transmettre un certain effort de traction.

Il est facile de concevoir l'action isolée de chacun des muscles droits, et de se rendre compte de leur influence sur la production du strabisme.

Quant à l'action des muscles obliques, tous les auteurs admettent bien qu'ils portent le globe de l'œil en avant; mais viennent ensuite de nombreuses dissidences. Les uns y voient des muscles volontaires, comme les muscles droits ; les autres des muscles involontaires ; quelques-uns veulent qu'ils ne soient capables que de mouvemens associés ; d'autres, que leur action se borne à fournir un point d'appui à l'œil dans les mouvemens que lui communiquent les muscles droits. Cependant, deux opinions paraissent prévaloir : dans l'une, le grand oblique ferait éprouver à l'œil un mouvement de rotation qui porterait sa face externe en haut et en dedans, en même temps que par un mouvement de bascule, la cornée serait tournée en bas et en dedans, le petit oblique aurait l'influence inverse.

L'autre opinion ne tient compte que du mouvement de rotation de l'œil sur son axe antéro postérieur : c'est elle qui paraît confirmée par le résultat des expériences sur les animaux. Chez ceux qui ont la pupille oblongue, on peut voir facilement l'extrémité externe s'élever après la section du petit oblique, entraînée

par la portion réfléchie du grand, s'abaisser au contraire après la section du grand oblique, sous l'influence du petit, sans que dans l'un ni dans l'autre cas on puisse saisir de changement dans la direction de l'axe visuel.

Cependant, les opérations de MM. Dieffenbach et Phillips rapportent à la coopération du droit interne et du grand oblique la direction du strabisme en dedans et en haut; et ces opérations ont réussi dans ces cas, par la section de ces deux muscles, à ramener l'œil à sa direction normale.

L'auteur lui-même, dans les commencemens, a plusieurs fois coupé le droit interne et le grand oblique; mais aujourd'hui il croit pouvoir rapporter plus justement la cause de ces strabismes obliques à l'action combinée du droit supérieur et du droit interne, et il insiste sur la nécessité de substituer à la section du grand oblique celle du droit supérieur, qui, dans ces cas, lui réussit très bien.

Lorsque le muscle n'a pas été coupé complètement, la portion qui est restée intacte s'oppose à la rétraction du muscle qui se fixe de nouveau sur la sclérotique, à peu près dans le lieu de son insertion primitive, et c'est là une cause d'insuccès. D'autres fois, le muscle, quoique coupé complètement, est encore retenu de chaque côté par la membrane celluleuse qui se prolonge aux muscles voisins par le feuillet profond de la gaîne, et l'opération peut encore échouer par ces motifs.

Si, après l'opération, l'œil est encore retenu dans sa position vicieuse, ou s'il peut seulement exécuter un mouvement d'adduction un peu prononcé, il faut sans hésiter détruire les adhérences qui peuvent encore le retenir; si cela ne suffit pas, incisez l'aponévrose intermédiaire jusqu'au voisinage des droits supérieur et inférieur, et, s'il est nécessaire enfin, ces muscles eux-mêmes, soit partiellement, soit en totalité. On voit alors l'œil se redresser dans l'orbite, et reprendre sa position normale. Il faut que l'œil se tienne au milieu de l'ouverture des paupières, qu'il puisse tourner en dehors sous l'influence de la volonté, mais qu'il ne puisse se porter dans la direction du strabisme qui a motivé l'opération. Il vaut mieux, au premier moment, un peu de divergence qu'un reste de la déviation première.

Bégaiement. — Lettre de M. Amussat, qui décrit son procédé de la manière suivante :

« Je dois dire, pour les praticiens qui veulent employer mon procédé, que je l'exécute en deux temps distincts. Dans le premier, je détache complètement le frein ou filet de la langue à son attache à l'os maxillaire; je détruis en même temps la membrane cellulo-fibreuse qui se trouve au-dessous, et je m'arrête, si le bègue parle mieux et tout à fait bien, ce qui arrive quelquefois. Déjà 4 ou 5 malades sur 21 ont retiré un très grand avantage de ce premier temps de l'opération.

» Sur les autres, j'ai été obligé d'aller plus loin, et de pratiquer la section des muscles génio-glosses.

» J'ai déjà dit que l'opération était quelquefois accompagnée d'une hémorrhagie assez abondante. Pour remédier à cet accident, j'employais autrefois des boulettes de charpie trempées dans de l'eau styptique; maintenant je me sers d'un moyen beaucoup plus simple, d'une injection d'eau froide ou d'eau glacée dans la plaie. Déjà, dans plusieurs cas, ces derniers moyens m'ont complètement réussi.

» Quant aux suites de l'opération, elles n'ont rien présenté de particulier jusqu'à présent. Une légère inflammation de la langue, de la gorge et des environs de la plaie, a quelquefois retardé la guérison, qui, en définitive, est survenue, terme moyen, huit jours après l'opération. »

Le nombre des opérés s'élève aujourd'hui à 21.

Acide arsénieux. — Dans la séance de ce jour (8 mars), M. Frédéric Choron adresse une note sur un procédé propre à déceler la présence de l'acide arsénieux et à estimer approximativement en peu de temps sa quantité dans une masse fondue et inattaquable par les acides.

On sait que l'acide arsénieux chauffé seul dans un tube fermé par un bout, se sublime sans altération; mais que, chauffé de la même manière, avec addition d'un alcali caustique ou carbonaté, il se décompose en arsenic métallique et en acide arsenique qui s'unit à l'alcali. Cette réaction indique un pouvoir réductif de l'acide arsénieux, sous l'influence d'une base alcaline qui doit s'exercer de préférence sur un oxide métallique, et déterminer la transformation complète de l'acide arsénieux en acide arsénique. En effet, quand on chauffe ensemble de l'acide arsénieux, du carbonate de potasse et de l'oxide de plomb, on obtient du plomb métallique très malléable. Ainsi donc l'oxide de plomb et le carbonate de potasse peuvent être employés à reconnaître et à doser approximativement l'acide arsénieux, et *vice versa*, on peut se servir de l'acide arsénieux et du carbonate de potasse pour reconnaître l'oxide de plomb.

Les alcalis paraissent à M. Choron les seuls agens propres à favoriser la combinaison de l'acide arsénieux avec l'oxigène.

D'après les expériences de l'auteur, il est porté à croire et même à admettre que, dans certains cas, le mélange de potasse carbonatée et d'oxide de plomb est le seul agent propre à déceler et à doser l'acide arsénieux, et que le mélange d'acide arsénieux et de carbonate de potasse peut, dans certains cas, être préféré au charbon comme agent réductif.

Dans les recherches de médecine légale, ne serait-il pas préférable de substituer la litharge au charbon dans des cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux ?

NOUVELLE MÉTHODE POUR GUÉRIR LE BÉGAIEMENT,

Présentée à l'Académie de médecine par M. ACHET.

En quelques années nous avons vu paraître plusieurs méthodes de guérir le bégaiement.

Nous avons vu celle de M. Malbouche, qui faisait appliquer la langue contre le palais; celle de MM. Colombat et Serres d'Alais, qui font parler en cadence; celle de M. Dieffenbach, et autres chirurgiens, qui coupent l'un des muscles de la langue. Voici venir une quatrième méthode qui a l'avantage de n'être ni douloureuse ni sanglante, et qui, sans contredit, est la plus simple et la plus facile à pratiquer. L'expérience nous apprendra si elle l'emporte sur toutes les autres par son efficacité. Elle a été présentée à l'Académie de médecine par M. Achet, son inventeur, le 2 février dernier, et renvoyée à une commission composée de MM. Roux, président, Hervez de Chégoin et Villermé. En attendant le rapport de cette commission, et la connaissance des faits sur lesquels repose la méthode de M. Achet, nous devons dire que cette méthode consiste essentiellement dans des procédés de respiration. M. Achet pense que les bègues ne respirent que par le nez; il les guérit en leur apprenant à dilater leur poitrine et à respirer comme tout le monde. Il cite déjà plusieurs faits à l'appui de sa théorie, dont il est si sûr, qu'il prétend que, dans un certain nombre de personnes qu'on lui présente pour la première fois, les unes bègues, les autres ne l'étant pas, toutes gardant le silence le plus absolu, il peut reconnaître celles qui sont bègues, par l'inspection de leur poitrine nue. Son appréciation porte alors sur l'examen des mouvemens inspiratoires qui, d'après lui, diffèrent chez les bègues et chez ceux qui ne le sont pas. Y...

— Nous déplorions naguère la perte de sir A. Cooper; nous annonçons aujourd'hui la mort d'un praticien moins célèbre, mais non moins recommandable, Howship, connu surtout par ses belles recherches d'ostéogénie normale et pathologique. Howship était un des chirurgiens les plus occupés de Londres; il a succombé à une maladie du tibia suivie d'un abcès.

— Nous apprenons encore la mort de M. Maunoir jeune (Théodore), chirurgien distingué, élève de M. Roux, et connu surtout pour une excellente thèse sur la cataracte, basée sur plusieurs centaines de faits qu'il avait recueillis à l'hôpital de la Charité (1834). Théodore Maunoir exerçait avec distinction la chirurgie à Genève, sous les yeux du célèbre professeur Maunoir, son père. Il avait épousé la veuve de Paul-Louis Courier.

— Le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera ses leçons de clinique sur les maladies syphilitiques, le mardi 23 mars 1841, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à huit heures du matin.

— La loi sur l'instruction secondaire vient enfin d'être présentée à la Chambre des députés. Nous en ferons connaître les dispositions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

ÉPREUVE DE CHIRURGIE PRATIQUE.

Vendredi, 12 mars 1841.

Amputation de la jambe au-dessus des malléoles, et pansement.

MM. Lenoir.
Boyer (Philippe).
Bérard (Auguste).

Erratum. Dans le dernier numéro, page 130, lettre de M. Souberbielle, 4e alinéa, ligne 2e, deux lignes de manuscrit ont été omises; nous les rétablissons : La lame était absolument émoussée; j'en fis l'observation à M. Campaignac, qui présentait les instrumens; il me répondit que M. Boyer, etc.

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 16 MARS 1841. 14e ANNÉE. N° 34, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE. — M. P. Dubois.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE.

Application au diagnostic des signes précédens. (*V.* le numéro du mardi 9 mars.)

Entre tous ces signes, ceux dont on s'est occupé le plus, sont les modifications qu'éprouve l'aréole; modifications qui sont de plusieurs sortes: savoir, le gonflement de l'aréole, considéré par certains auteurs comme un véritable emphysème, opinion qui n'est pas exacte, les tubercules et la coloration de l'aréole. Quant au développement du sein, l'augmentation de la sensibilité dans cet organe, ce sont des signes trop variables pour qu'on les étudie comme signes de la grossesse.

Le boursoufflement de l'aréole. Chez une femme enceinte, le boursoufflement de l'aréole est un signe auquel le professeur Hamilton attache la plus grande importance, parce qu'il ne se reproduit jamais chez les femmes placées dans des conditions étrangères à la grossesse. On observe bien quelquefois chez celles-ci quelque chose de particulier vers les mamelles, mais jamais le boursoufflement de l'aréole. Cette opinion est complètement partagée par M. Dubois. Mais malheureusement c'est un signe d'assez peu de valeur, en ce sens qu'on ne le rencontre que très rarement, une fois sur vingt tout au plus; mais toujours, quand il se présente, c'est chez des femmes enceintes.

Les tubercules de l'aréole. Considéré par quelques accoucheurs comme un signe des plus probans, décrits avec le plus grand soin par Montgomery, ce signe se rencontre chez presque toutes les femmes en état de gestation. Ces petites éminences papillaires s'observent aussi chez les femmes qui ne sont point enceintes, mais beaucoup moins développées; et comme signe de grossesse, c'est une circonstance qui doit être consultée.

Jusqu'à quel point ces signes offrent-ils quelque valeur? C'est, il faut en convenir, dans une mesure assez restreinte; les tubercules de l'aréole se manifestent chez un petit nombre de femmes; c'est même chose si peu commune, qu'on a lieu de s'étonner de l'importance qu'y attache Montgomery. Il est probable que les sujets qui se sont offerts à son observation présentaient quelques particularités que l'on ne trouve point chez les Françaises. C'est, du moins une supposition que l'on peut faire, si l'on considère avec quelle fréquence ce signe a été constaté par le médecin de Berlin.

Ces tubercules, ainsi qu'il en a été fait mention plus haut, peuvent exister chez des femmes non enceintes, et qui jamais ne se sont placées dans les conditions pour le devenir. Chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, ces petites éminences ne perdent pas tout le développement qu'elles avaient acquis; c'est donc un signe peu important. Il faut dire cependant que si on le rencontre chez une jeune femme enceinte, il ne peut qu'ajouter un degré de certitude aux présomptions que l'on pouvait avoir.

La coloration de l'aréole. C'est un signe très probant pour quelques accoucheurs et de peu de valeur pour quelques autres.

Denman dit qu'il dépend de la tension des mamelles et de l'exagération de leur sensibilité; que toutes les causes propres à amener ces deux modifications provoquent par cela même la coloration de l'aréole, que c'est par conséquent un signe de grossesse peu important. Coodeh, au contraire, pense qu'il est de la plus grande valeur; cependant il dit avoir observé cette coloration de l'aréole chez deux jeunes femmes récemment mariées, non enceintes, et qui jamais n'avaient eu d'enfans. Smélie et William Hunter professent cette dernière opinion, et ils regardent ce signe comme un des meilleurs moyens de reconnaître la grossesse. Une circonstance très curieuse et qui mérite d'être rapportée ici est venue confirmer Hunter dans sa manière de voir. On rapporte qu'un jour qu'on apportait dans l'amphithéâtre un cadavre de femme, il fut frappé de la coloration des aréoles, et annonça que ce cadavre contenait un fœtus; un élève lui fit observer que la membrane hymen existait encore, et malgré cela il ne changea pas d'opinion. L'ouverture vint confirmer l'assertion du professeur, et démontra, en effet, la présence dans l'utérus d'un enfant de cinq mois.

Ce signe, il faut en convenir, est d'une grande importance, car il se manifeste chez beaucoup de femmes enceintes; mais il perd de sa valeur par les raisons suivantes:

Il n'existe pas le plus souvent chez les femmes blondes; chez les femmes qui ont eu des enfans et qui l'ont présenté dans leurs grossesses précédentes, il persiste en partie après l'accouchement; c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas complètement, et qu'il reste au même degré où il parvient chez beaucoup d'autres femmes. Et si, comme le dit Denman, toutes les causes de tension et d'exagération de sensibilité du sein peut y donner lieu, c'est encore une raison qui en diminue la valeur.

Chacun de ces signes, pris individuellement, n'a point une grande importance; car l'on a vu qu'ils se rencontraient dans des conditions autres que celles de la grossesse; il faut pourtant en excepter un, le boursoufflement comme œdémateux de l'arcade, qui n'a jamais été observé que dans le cas de grossesse, mais en revanche qui ne se rencontre que très rarement. Réunis, c'est différent; ils ont souvent suffi pour faire diagnostiquer une grossesse. La réunion de tous ces signes est appelée par Mongomery, *aréole significative*, *aréole véritable*, et il attache à l'existence de celle-ci la plus grande valeur. Il cite à ce propos un fait assez curieux; il dit qu'à l'époque où il traitait ce sujet dans ses leçons, un élève vint le trouver et lui annonça qu'il y avait dans l'hôpital une jeune fille qui présentait toutes les modifications des seins par lui annoncées, et qui pourtant n'était pas enceinte, attendu qu'elle était traitée pour une aménorrhée. Mongomery vit cette jeune fille, et malgré ses dénégations il assura qu'il y avait grossesse. La proposition qu'il fit de procéder à un examen plus approfondi étant acceptée, il constata le ballottement. Cette jeune fille finit par avouer qu'elle s'était plusieurs fois exposée à devenir enceinte.

A l'appui de l'importance de la réunion de ces signes, de l'existence de l'aréole véritable, Montgomery cite un autre cas remarquable sous d'autres rapports. Une dame déjà âgée, mère de cinq enfans, fut prise de pertes assez abondantes survenues à l'occasion d'un avortement qui avait eu lieu au mois de mai précédent.

Depuis cet avortement, qui avait eu pour résultat l'expulsion d'un enfant non à terme et la rétention du placenta, dont il n'était sorti que quelques morceaux jusqu'au mois de juillet, cette dame n'avait eu aucun rapport avec son mari: à cette époque seulement elle s'exposa à devenir enceinte. Cependant les métrorrhagies continuaient, ce qui fit croire à une maladie organique de l'utérus. On sentait dans l'hypogastre une tumeur volumineuse, dure, noueuse et sensible, paraissant confirmer le précédent diagnostic; car il y avait dans cette circonstance toutes raisons de ne pas croire à une grossesse. Montgomery voit cette dame, examine ses seins, trouve la véritable aréole, se livre à un examen manuel, reconnaît que la tumeur est due à l'ampliation de l'utérus, et dit que cette dame est enceinte.

A deux mois de là, survient un avortement, suivit de l'expulsion de deux placentas; le dernier était très dur, comme cartilagineux, recoquillé, et appartenait sans doute à la précédente grossesse.

Outre la valeur de l'aréole véritable, ce fait démontre la possibilité de la conception malgré la présence d'un corps étranger dans l'utérus. Le même auteur a vu la naissance d'un enfant non à terme être suivie de l'expulsion d'un squelette. A l'époque de la première grossesse, il y avait eu un commencement de travail qui fut infructueux. Le produit de cette conception resta contenu dans l'utérus, et nonobstant, cette femme est devenue enceinte. Hervey rapporte aussi le cas d'une femme qui rendit, quelques mois après son accouchement, des débris de fœtus.

Voilà donc des signes tirés des modifications qu'éprouve l'aréole dans la grossesse, et sans y attacher la même importance que Mongomery, on peut dire que l'on ne s'en est pas assez occupé.

La sécrétion du lait. Le sein, à une certaine époque de

FEUILLETON.

SUR LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT AU MOYEN D'UNE NOUVELLE OPÉRATION CHIRURGICALE;

Lettre adressée à l'Institut de France, par M. le docteur Dieffenbach, de Berlin.

Depuis long-temps déjà le bégaiement attirait mon attention, et je désirais d'autant plus trouver un moyen de le guérir d'une manière prompte et radicale, que plusieurs bègues, qui s'étaient crus délivrés de cette infirmité, étaient bientôt retombés dans leur ancien état, et que d'autres avaient reçu sans aucun résultat les [illegible] des plus habiles maîtres. Tout à coup, l'idée me vint que [illegible]ent opéré dans l'innervation des muscles de la langue [illegible]ion de la partie musculaire de cet organe amènerait [illegible]a guérison. Le succès a justifié de la manière la plus [illegible]tte nouvelle opération.

[illegible]nsée de guérir le bégaiement par la section des mus[illegible]angue se présenta pour la première fois à mon esprit, [illegible]dant une personne qui louchait me prier, en bégayant, [illegible]. Elle était affectée d'un strabisme spasmodique des [illegible] (*strabismus concomitans cum nystagmo*). Dès lors, en [illegible]lus attention, je remarquai que plusieurs louches [illegible] même temps un vice de prononciation. Ils louchaient [illegible]oujours d'une manière convulsive certains jours plus [illegible]es, ce qui avait aussi lieu pour le bégaiement. La diffi[illegible] momentanée, ou même l'impossibilité complète de pro[illegible] certaines consonnes, syllabes ou mots, variait, ainsi que [illegible]dresse dans l'emploi mécanique qu'ils faisaient de leur [illegible] certaines circonstances. Comme je pensais que le [illegible]t dans le mécanisme du langage qui produit le bé[illegible]ait une cause dynamique, et que je le regardais com[illegible]spasmodique des voies aériennes, qui résidait surtout [illegible]e et qui se communiquait à la langue, aux muscles du [illegible]me du cou, je devais aussi croire qu'en interrompant [illegible] dans les organes musculaires qui participaient à cet [illegible], je parviendrais par-là à le modifier ou à le faire [illegible]ètement. Ce qui était arrivé lorsque je fis la section [illegible] de l'œil dans le nystagme du bulbe (*nystagmus bulbi*) (1), et lorsque j'eus recours à la même méthode dans le strabisme spasmodique, et dans les crampes des muscles du visage, me confirma dans cette idée (2).

C'est par cette raison que la section transversale de toute la musculature de la langue me parut une entreprise digne de la tenter, et de la réussite de laquelle j'étais intimement convaincu, comme de l'efficacité de la section transversale des muscles dans un grand nombre de maux spasmodiques. Pour me soustraire au reproche de partialité que j'aurais pu m'adresser moi-même, de n'essayer qu'une méthode d'opération, je résolus d'exécuter de différentes manières et avec différentes modifications la coupe transversale de la racine de la langue, pour faire cesser l'innervation vicieuse, opération de laquelle seule j'attendais quelque succès.

J'ai jusqu'ici essayé trois méthodes différentes, qui toutes ont pour but la séparation totale des muscles:

1° La section horizontale transverse de la racine de la langue;

2° La section sous-cutanée transversale de la racine de la langue, avec conservation de la muqueuse;

3° La section horizontale de la racine de la langue, avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur.

C'est particulièrement sur cette dernière méthode que j'avais fondé le plus d'espérance de succès, beaucoup plus que sur les deux autres, parce qu'elle avait pour résultat le raccourcissement de la langue, et qu'elle lui procurait la facilité de se porter à volonté contre la paroi supérieure de la cavité buccale, mouvement qu'on cherche surtout à développer dans les leçons que les bègues reçoivent pour se corriger de ce défaut.

Cependant, comme cette méthode lésait bien davantage les parties qu'une simple section, avec la séparation de la muqueuse ou sans elle, je ne voulus pas m'en tenir là, mais aussi tenter les deux autres plus faciles à exécuter.

L'appareil instrumental est très simple; il se compose d'une pince de Müzeux, d'une pince plus petite, droite, dentée, d'un crochet double à manche, d'un bistouri à fistule étroit, long, falciforme et aigu, d'aiguilles fortement arquées, munies d'un fil de soie quadruple; d'une pince courte, épaisse, ressemblant à une pince droite pour les dents, propre à conduire les mêmes aiguilles. Ce sont les mêmes aiguilles et la même pince que j'emploie dans l'opération de la rupture du périnée.

Obs. I. — Je fis la première opération du bégaiement le 26 janvier 1841, sur Fréderic Dœnau, de Berlin, âgé de treize ans, enfant éveillé et plein de talens. Je choisis celle des trois méthodes où une partie triangulaire de la racine de la langue fut excisée, parce que j'en attendais davantage.

Avant de décrire l'opération, je dois entrer dans quelques détails sur le bégaiement même.

Dès sa plus tendre enfance, ce jeune homme avait si fort bégayé qu'on le regardait comme incurable. Ce vice était tantôt plus fort, tantôt plus faible, quelquefois il le mettait dans l'impuissance de prononcer un seul son; ou bien c'étaient certains mots qu'il bégayait, tant en allemand que dans les langues latine et française. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il prononçait les sifflantes (*s*, *z*, *fs*) et les gutturales (*g*, *k*, *ch*, *x*); lorsqu'il parlait, on ne pouvait distinguer les lettres dures (*p*, *t*, *k*,) des douces (*b*, *d*, *g*). Souvent il répétait la même lettre quatre fois de suite: le bégaiement restait le même, qu'il parlât bas ou haut, ou même qu'il élevât la voix jusqu'à crier. Plus souvent il lui était impossible de parler, ou il n'émettait que des sons à demi-articulés. La présence d'une personne étrangère lui causait un trouble complet: son visage se crispait convulsivement, les lèvres tremblaient en se mouvant avec rapidité de haut en bas, les paupières s'écartaient avec force l'une de l'autre, et les ailes du nez prenaient part à ce travail convulsif. Pendant ce temps, la langue était raide, ou bien se mouvait en tous sens dans la bouche; les muscles du cou, la trachée-artère et le larynx s'agitaient convulsivement, et ce n'était qu'avec des peines inouïes que le jeune homme, victorieux de ce combat intérieur, parvenait à proférer un mot estropié. Le parler lui devenait alors plus aisé; un mot en chassait un autre, jusqu'à ce que, par le flux de paroles qu'il ne pouvait contenir, il commençait à s'embrouiller et à balbutier de nouveau. Cette espèce d'horreur toute particulière qu'éprouvent quelques bègues à prononcer certains sons, a une grande analogie avec l'état d'agitation et d'angoisse que procure aux hydrophobes la vue de l'eau; c'est pourquoi on pourrait la désigner sous le nom de phonophobie. Le maître distingué de l'enfant, M. Rappmund, lui a donné les soins les plus assidus; c'est à ses efforts que le jeune Dœnau est redevable des progrès

(1) S. meinen Aufsatz, Uber die operation des Schielens, in Casper's Wochenschrift.

(2) I.-F. Dieffenbach, Uber die Durchschneidung der Sehnen und Muskeln. Berlin, 1841.

la gestation, sécrète du lait en quantité plus ou moins considérable. Ce signe a quelquefois suffi pour faire reconnaître la grossesse. Il y a quelque temps, M. Dubois, appelé par un de ses confrères pour une jeune femme qui se refusait à toute exploration, examina les seins, trouva la coloration de l'aréole bien manifeste; son sein, par la pression, donnait un peu de lait, et au toucher il lui fut facile de reconnaître le ballottement.

Ce signe, qui tout d'abord paraît d'une très grande importance, ne tarde pas cependant à perdre beaucoup de sa valeur. On a dit, en effet, dans tous les traités de médecine légale, qu'il est peu probant, attendu que la sécrétion laiteuse peut se manifester dans des circonstances où il n'y a point grossesse; l'on cite à ce sujet l'exemple de cette petite fille d'Alençon, âgée de huit ans, qui fut tettée par son petit frère que l'on avait placé dans son lit, et chez laquelle il s'échappait du sein une quantité assez notable de lait. La même chose fut observée chez une servante qui n'avait jamais eu d'enfans, et qui n'était point enceinte.

Un auteur anglais, M. Simples, raconte qu'une dame de quarante-neuf ans, mère de neuf enfans, perdit une de ses belles-filles qui avait allaité pendant quinze jours son dernier enfant. Cette dame voulut prendre soin de celui-ci. Il lui arriva un jour, pour le calmer, de lui laisser prendre son sein; au bout de trente-six heures elle éprouva du malaise, et bientôt elle vit ses seins se gonfler, et sécréter du lait qui put suffire pour nourrir cet enfant pendant quatorze mois.

Voici des faits qui prouvent que la sécrétion du lait peut survenir sous l'influence de causes tout à fait étrangères à la grossesse, et qui par conséquent ôtent à ce signe beaucoup de son importance.

Il est encore une circonstance qui peut à ce sujet jeter dans un grand embarras. Il n'est pas rare de voir chez quelques femmes le gonflement des seins persister après un premier accouchement, et chez elles il reste pendant longtemps encore du lait dans les mamelles. Mongomery cite l'exemple d'une dame qui conserva pendant trois ans une sécrétion laiteuse, et cinq ans après son accouchement le lait était encore assez abondant pour que, par la pression du sein, on pût le faire paraître à l'extrémité du mamelon et qu'il s'en écoulât une petite quantité. Poock a vu la même chose persister chez une femme pendant quatorze ans : la sécrétion du lait dans ce cas avait paru remplacer l'écoulement des menstrues. La dame dont parle Montgomery était réglée.

Une dame suédoise, chez laquelle la sécrétion du lait persista plusieurs années après l'allaitement, et qui n'avait point vu ses règles reparaître, alla prendre, par le conseil de médecins allemands, les eaux de Spa. Sous l'influence de ce voyage, elle vit un peu de sang paraître, et devint enceinte à cette même époque. Elle allaita son enfant, et le même phénomène qu'elle avait présenté quelques années auparavant se reproduisit de nouveau. Le mari de cette dame consulta alors M. Dubois, qui pensa qu'il n'était pas possible de supprimer cette sécrétion, ainsi que ce monsieur paraissait le désirer.

Voilà donc encore une circonstance qui ôte de la valeur à ce signe qui, de prime abord, paraît assez important.

Il est une autre condition indiquée par Fodéré et quelques autres auteurs de médecine légale, qui justifie quelques erreurs qui peuvent être commises; c'est la sécrétion du lait à l'époque critique. L'on a vu quelquefois les seins non seulement se gonfler, mais encore être le siége d'un écoulement laiteux à cet âge de la vie où, chez les femmes, la menstruation doit cesser. Hamilton rapporte qu'une dame âgée de quarante ans, voyant ses règles se supprimer se crut enceinte, et comme il paraissait avoir quelques doutes, cette dame découvrit ses seins et fit voir à ce médecin le lait qui s'en échappait. Celui-ci, après avoir constaté par le toucher l'état de l'utérus, déclara qu'il n'y avait point de grossesse. Ceci explique comment quelques praticiens trompés par cette coïncidence de la disparition des règles et de l'apparition de la sécrétion du lait, ont pu croire à un état de gestation, quand il n'y avait en réalité qu'un phénomène purement sympathique.

Franck rapporte avoir observé cette sécrétion du lait dans un cas d'affection de l'utérus.

Enfin on s'est demandé si l'irritation produite sur l'utérus par des habitudes conjugales inconsidérées, irritation qui peut aller jusqu'à déterminer le gonflement des mamelles, ne peuvent pas également amener la sécrétion du lait? Cette opinion est justifiée par Hervey par des exemples pris parmi les animaux. Il a vu chez ceux-ci, à l'époque du rut, quoiqu'il n'y eût point de rapports sexuels, les mamelles se gonfler d'une manière très notable. Il a remarqué aussi, à l'époque où ces animaux auraient dû mettre bas, qu'ils cherchaient un lieu commode, comme pour déposer leurs petits, et après cela la sécrétion du lait s'établissait.

Montgomery rapporte qu'un de ses amis avait une chienne de chasse qu'il renfermait au moment du rut; quelques mois après, vers l'époque où elle aurait dû mettre bas, elle devenait triste, paraissait souffrir, et cherchait les lieux écartés; alors aussi les mamelles se gonflaient. Ces phénomènes sont curieux; ils paraissent être le résultat d'une compression qui aurait retenti sur toute l'organisation de ces êtres, ou comme une sorte de destinée que ces animaux doivent accomplir.

HOTEL-DIEU. — M. Maisonneuve.

Strabisme par paralysie.

Dans sa clinique du 9 mars, M. Maisonneuve appelle l'attention de ses auditeurs sur un malade couché au n° 12 de la salle Saint-Jean. Cet homme est entré à l'hôpital pour une entorse simple à l'articulation tibio-tarsienne gauche; mais, selon son expression, il désire profiter de l'occasion pour se faire guérir d'un strabisme convergent et fixe, dont il est affecté depuis trois ans.

Il rapporte qu'il fit, à cette époque, une chute de 14 pieds de haut sur la tête, et qu'immédiatement après parurent les phénomènes actuellement existans. Les deux globes oculaires sont portés en dedans; le malade peut à volonté les faire mouvoir en haut et en bas, les rapprocher du nez, mais il lui est impossible de les diriger en dehors. Du côté droit la vision n'est pas altérée, pourvu toutefois que l'œil gauche soit fermé; mais du côté gauche sa vue est trouble, et, si l'œil droit est fermé, le malade voit à peine pour se conduire.

Evidemment, dit M. Maisonneuve, cette variété de strabisme diffère essentiellement de celle qui succède aux convulsions de l'enfance. Ce n'est pas, ici, le muscle droit interne qui est rétracté; il y a paralysie du muscle droit externe, et cette paralysie tient à une lésion traumatique de la sixième paire de nerfs. Or, peut-on espérer que dans ce cas spécial l'opération soit suivie d'aussi bons résultats que dans le strabisme convulsif?

M. Maisonneuve dit alors avoir vu un cas semblable dans lequel l'opération n'a rien produit; M. Guersant fils lui a fait part de plusieurs cas analogues où elle n'a pas eu plus de succès; enfin il a vu M. Lucien Boyer, qui considère cette variété comme une des plus défavorables.

Le malade cependant demande l'opération, et désire, malgré les observations qu'on lui fait, qu'on essaie au moins sur l'œil gauche, dans lequel la vision est déjà fort altérée, M. Maisonneuve ne croit pas devoir se rendre immédiatement au vœu du malade; il le remet à jeudi.

Jeudi l'opération a été faite; le succès a dépassé les espérances du malade. L'œil ne peut, il est vrai, se porter en dehors ni en dedans; mais il est au centre de l'orbite, et, sous l'influence des muscles obliques, exécute de légers mouvemens latéraux. La déviation n'existe plus. Dans quelques jours, on opérera l'œil droit.

Luxation du coude, réduction.

La malade est une femme, âgée de quarante-un ans, qui porte au coude du côté droit une lésion traumatique récente. Cette femme, rentrant chez elle dans un état d'ivresse, tomba dans son escalier; par un mouvement instinctif, la main droite se porta en avant pour parer la chute et supporta le premier choc, ce qui n'empêcha pas la malade de rouler plusieurs marches. Elle ne s'aperçut pas à l'instant de sa blessure; mais quand les fumées du vin furent dissipées, elle ressentit au coude une douleur vive qui la détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle occupe le n° 3 de la salle Saint-Paul.

La partie supérieure de l'avant-bras, le coude et la partie inférieure du bras, sont le siége d'une tuméfaction médiocre et d'une douleur tensive, assez obtuse, tant qu'on n'imprime aucun mouvement au membre. Celui-ci paraît peu déformé; chacune de ses brisures a conservé sa longueur normale. On peut suivre dans toute leur longueur le cubitus et le radius, qui ne présentent aucune lésion de continuité. L'humérus est accessible à l'exploration, depuis la tête jusqu'à l'épitrochlée; dans tout ce trajet il est intact. La lésion paraît concentrée au niveau de l'article.

Le mouvement de flexion est impossible, celui d'extension est incomplet; l'avant-bras forme avec le bras un angle de 160 degrés qui peut être ramené à 130, mais pas au-delà; aucun mouvement latéral ne peut être exécuté. L'olécrâne fait en arrière une saillie anormale au-dessus de laquelle les doigts sentent un vide profond et ne peuvent rencontrer l'humérus; elle s'élève à 6 millimètres au-dessus de l'épitrochlée.

Au côté externe et à la base de l'olécrâne, on distingue la tête du radius: on la sent rouler sous les doigts quand on imprime à la main des mouvemens de pronation et de supination qui se font régulièrement; il est même possible de reconnaître la petite capsule supérieure de cette tête et d'y introduire le doigt; les recherches les plus minutieuses ne peuvent faire retrouver ni le condyle de l'humérus, ni l'épicondyle.

A la partie antérieure, le pli du coude est le siége d'une tuméfaction diffuse, régulière, et d'une densité remarquable; elle a évidemment pour base des parties osseuses; mais les couches musculaires qui la constituent superficiellement empêchent d'en reconnaître les saillies et les anfractuosités.

---

extraordinaires qu'il lui a fait faire dans les langues et dans les sciences, malgré les grands obstacles qu'il a eu à surmonter. Ce fut avec une grande joie que la mère de cet enfant accepta la proposition que je lui fis de tenter un essai pour la guérison de son fils. Deux personnes seulement m'assistèrent pendant l'opération, MM. les docteurs Holthoff et Hildebrandt.

Voici la marche que je suivis pour opérer. Le jeune homme était assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un assistant. Je fis tirer la langue autant que possible, puis la saisis dans la partie antérieure avec une pince de Müzeux, de manière que les crochets de la pince pénétrassent dans les bords: en serrant les branches de l'instrument, la langue fut ainsi comprimée latéralement, et son volume devenait plus étroit en gagnant, en épaisseur, deux conditions favorables à l'exécution de l'opération.

Pendant qu'un des aides amenait la langue autant que possible en dehors et un peu de côté, et que l'autre retirait en arrière avec des crochets obtus les coins de la bouche, je saisis avec le pouce et l'index de la main gauche la racine de la langue et la relevai en la comprimant latéralement. Cela fait, j'enfonçai la lame de mon bistouri, dont le taillant était dirigé en haut, dans la partie gauche de la racine de la langue, et après avoir fait pénétrer mon instrument jusqu'au point opposé à celui où j'étais entré, je terminai de bas en haut la section complète. Après avoir fixé le bord postérieur de la plaie avec une forte suture, je saisis avec une pince munie de pointes le bord antérieur, et l'ayant ainsi comprimé latéralement, j'enlevai dans toute l'épaisseur de la langue de haut en bas, un morceau de 18 millimètres en forme de coin. Pour cette dernière section, je me servis d'un petit bistouri droit préférablement au bistouri à fistule.

La lèvre postérieure fut, au moyen de la suture dont j'ai déjà parlé et d'un double crochet, amenée assez en avant pour que je pusse recoudre. Six forts points de suture réunirent la plaie, et empêchèrent l'hémorrhagie d'autant plus sûrement que j'avais eu soin de les faire pénétrer dans le fond même de la blessure. La perte de sang fut assez considérable, ce qui est tout naturel lorsqu'on réfléchit à la nature des organes sur lesquels se pratique cette opération délicate et qui exige une main exercée.

Je demandai au jeune malade, dès qu'il se fut gargarisé la bouche avec de l'eau froide, de prononcer quelques mots qui lui avaient présenté le plus de difficultés.... il ne bégayait plus. Seulement les contorsions des muscles du visage continuèrent comme auparavant.

Le malade, immédiatement transporté au lit, fut soumis à un à un traitement rafraîchissant.

A part une agitation fébrile dans les premiers jours qui suivirent l'opération, une légère tuméfaction de la langue, de la gène dans la déglutition, aucun symptôme inquiétant ne se manifesta. L'acte de la parole était encore accompagné de contorsions dans les muscles du visage, mais le bégaiement ne se montra plus. Le cinquième jour, j'enlevai trois sutures. La tuméfaction de la langue avait considérablement diminué le sixième; j'enlevai les trois derniers fils. Au septième jour, la plaie était complètement guérie; on ne remarquait plus qu'une légère enflure à la base de la langue, et le jeune homme était entièrement rétabli.

Pas la plus petite trace de bégaiement, pas le plus léger mouvement convulsif dans les muscles du visage ni dans les lèvres n'est demeuré.

La prononciation est tout à fait pure, sonore et rapide; l'émotion et la surprise ne causent plus aucune interruption dans le langage, que le jeune homme parle, lise, s'entretienne avec ses proches ou avec des inconnus.

Dix jours après l'opération, j'eus l'honneur de le présenter à son excellence M. le baron Alexandre de Humboldt, qui l'examina avec le plus grand intérêt et put se convaincre de son entière guérison. Plusieurs médecins connus ont été les témoins de cet heureux résultat. MM. Schœnlein, Muller, Lichtenstein, Krause, Romberg et Busse ont vu le jeune Dœnau: le dernier de ces messieurs l'interrompit tout à coup pendant sa lecture, en lui demandant de prononcer le mot preobadschenskoy qu'il répéta aussi vite qu'on le lui avait demandé. Les membres de la société médicale de Berlin ont aussi accordé leur attention à ce cas de guérison.

Encouragé par l'entière réussite de ce premier essai, j'entrepris la seconde opération qui, exécutée d'après les mêmes principes, eut un résulat aussi heureux.

Obs. II. — Frédéric Keil, âgé de 16 ans, d'une taille grande et svelte, d'une constitution délicate, bégayait depuis sa sixième année, après avoir eu peu de temps auparavant une grave inflammation du poumon. L'année suivante il eut de nouveau la même maladie, et après la guérison il parut bégayer plus fortement qu'auparavant. Le père de ce jeune homme, instituteur à Potsdam, a neuf enfans, dont plusieurs sont atteints de cette infirmité: les deux filles aînées en sont exemptes; le frère qui vient après elles bégayait de temps en temps; deux autres fils plus jeunes ne bégaient pas: un autre plus jeune encore a bégayé quelque temps dans son enfance; la cadette de la famille, un enfant de trois ans, bégaie fortement. Le père lui-même a souffert jusqu'à sa sixième année de ce défaut, qui l'a quitté tout à coup à cette époque.

Ce sont surtout les lettres *b, p, d, t*, qu'il avait le plus de difficulté à articuler; pour prononcer les labiales *b* et *p*, il pressait fortement les lèvres l'une contre l'autre, et tenait la bouche fermée avant de pouvoir produire ce son; pendant ce temps il appuyait la langue contre la rangée supérieure des dents; il prononce les dentales *d* et *t* avec les lèvres ouvertes: il commence par appuyer un moment la langue contre les dents de la rangée inférieure, sans toutefois produire de son, puis la reporte avec rapidité entre les dents, et il finit par prononcer ces lettres en ne produisant qu'une fois le son *d, t*, ou on en le redoublant, *dddd, tttt;* quand une syllabe commence par une des sifflantes *s* ou *sch*, il tient les deux rangées des dents légèrement écartées l'une de l'autre, puis, en répétant la sifflante, fait échapper l'air entre elles jusqu'à ce qu'il parvienne à articuler la syllabe, qui n'est jamais qu'un son indistinct, *ssss an-ft, sch schwarz*. Il prononce sans peine les gutturales *g, k, ch*, pour l'articulation desquelles la langue joue plutôt un rôle passif; il les repète cependant plusieurs fois de suite dans la vitesse du discours, par exemple, *ku-ku-kurrz*.

La manière dont Keil prononce les voyelles mérite une mention particulière: le fait-il lentement, alors il les prononce bien, résultat qu'il a obtenu par les efforts et les excellentes leçons qu'il a reçues pour se corriger de ce défaut; mais s'il prend moins garde à lui, le son n'est plus pur, on entend aussitôt *hha, hhi, hii, h o-ho;* quand à *und*, il n'a jamais pu le prononcer autrement que *hhund*. Il en est de même pour les consonnes que l'on fait précéder d'une voyelle comme *f, l, m, n, r*, et la sifflante *s*; il les prononce *heff, hell, hemm, henn, herr, hess*.

Outre ces anomalies dans la formation des sons dans le larynx et dans leur articulation dans la cavité buccale, on remarque encore chez Keil des phénomènes particuliers par rapport à la manière dont il chasse l'air hors de la bouche en parlant. De temps à autre la colonne d'air sort des poumons, traverse la trachée artère et la glotte, arrive dans la bouche, sans que Keil puisse la contenir, et sans qu'aucun son soit produit. La cause en est que les organes de la cavité buccale dont le but est de former le son produit dans la glotte et surtout des muscles glossolaryngiens, sont empêchés par une espèce de contraction involontaire d'exécuter

En présence de ces symptômes, dit M. Maisonneuve, il est difficile de méconnaître la nature de la lésion que porte cette femme : c'est une luxation simple de l'avant-bras en arrière. L'absence de crépitation, la rigidité extrême des mouvemens excluait toute idée de fracture, soit de l'extrémité articulaire de l'humérus, soit de l'apophyse coronoïde du cubitus. Les muscles biceps et brachial antérieur ne sont même pas rompus, ainsi que le prouve la tension extrême de leurs fibres à la partie antérieure, et le peu de déplacement de l'olécrâne. Cette circonstance est favorable pour le pronostic en ce sens qu'après la réduction les mouvemens pourront se rétablir avec facilité, mais elle rend cette réduction plus difficile. Cependant, ajoute M. Maisonneuve, la malade n'a pas un système musculaire très développé, et tout porte à croire que nous obtiendrons un plein succès par des manœuvres sagement dirigées.

La malade, à laquelle on vient de pratiquer une large saignée, est introduite ; le chirurgien la fait asseoir sur une chaise, fixe deux lacs contre-extensifs, l'un au-dessous de l'aisselle, l'autre au bras même du côté malade, et fait passer ces lacs dans une boucle de fer scellée au mur ; deux aides sont chargés d'en tenir les extrémités ; un troisième lacs, destiné à l'extension, est fixé à l'avant-bras, au-dessus du poignet, et confié à quatre aides ; le chirurgien se place à la partie interne du membre, saisit le coude à deux mains, et donne le signal d'une extension douce d'abord, puis de plus en plus énergique, dans la direction même de l'axe du membre. Après quelques instans, il sent les muscles céder : tout-à-coup un bruit sec de frottement articulaire l'avertit que les surfaces ont repris leurs rapports, l'extension cesse brusquement, et l'avant-bras est porté dans la flexion. L'opérateur fait alors observer la disparition complète des phénomènes morbides, constate la bonne conformation du membre, et s'assure de sa parfaite réduction en invitant la malade à exécuter elle-même divers mouvemens. Le bras est ensuite enveloppé d'une bande imbibée d'eau végéto-minérale, et soutenu par une écharpe.

BOCANDÉ.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Messieurs,

Permettez-moi de répondre, dans votre estimable journal, aux attaques qui viennent d'être dirigées contre moi par M. Gendrin, dans une lettre adressée à l'Académie des sciences, à la date du 15 février dernier.

Je demande à la presse scientifique la publicité que ce médecin a cherchée par la voie réservée aux prospectus, en envoyant son écrit à domicile.

Je ne veux ni ne puis discuter ici les prétentions de ce médecin au sujet des vertus de la limonade sulfurique, comme moyen préservatif et curatif des maladies saturnines ; mais je dois relever publiquement des assertions qui ont pour objet d'attaquer ma réputation de bonne foi scientifique.

Voici l'exposé des faits :

Le 19 décembre 1831, M. Gendrin annonce à l'Institut sa découverte de la limonade sulfurique comme moyen curatif et préservatif de la colique saturnine (*Transactions médicales*, 1832, tom. VII). Au milieu de l'année 1834 (1), M. Gendrin déclare à MM. Chomel et Blache que depuis sa communication à l'Institut, c'est-à-dire pendant les années 1832, 1833 et partie de 1834, il a guéri, par le même médicament, plus de 300 malades affectés de colique de plomb (*Dict. de méd.*, 2e édit., t. VIII, p. 395).

Etonné que M. Gendrin, médecin de l'hôpital Cochin, eût pu recevoir dans ses salles, et, à plus forte raison, guérir un aussi grand nombre de malades dans un si court espace de temps (tous les médecins du grand hôpital de la Charité, où afflue ce genre de maladie, reçoivent à peine dans leurs services ce nombre de malades pendant ce laps de temps) ; je fis des recherches qui me permirent de déclarer que *tout* l'hôpital Cochin n'avait reçu que 76 malades atteints de colique de plomb, pendant les années 1832, 1833 et 1834, même jusqu'à l'époque de la publication de l'article du Dictionnaire, où se trouve relatée l'estimation du nombre de guérisons de M. Gendrin. Je me crus donc en droit de conclure (1) que M. Gendrin, l'un des médecins de Cochin, n'avait pu guérir 300 malades et plus dans l'espace de temps indiqué.

J'arrive à la lettre de M. Gendrin, du 15 février 1841.

A la page 12 de cette lettre, publiée deux ans après mon travail, M. Gendrin cherche à établir à l'aide de certificats émanés, dit-il, de l'administration des hôpitaux et de la direction de Cochin, qu'il n'a jamais été délivré de relevé des malades, admis pour maladies saturnines dans son service, pendant qu'il était médecin à cet hôpital ; *d'où il conclut que le résultat du dépouillement des registres de l'hôpital Cochin, invoqué par M. Tanquerel des Planches, est faux.*

A cette accusation de faux, je réponds par les faits suivans :

Depuis la page 1 jusqu'à la page 36 du tome XIX des *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale* se trouve un mémoire intitulé :

Rapport adressé à M. le préfet de police sur les maladies que contractent les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de céruse, par MM. Adelon et Chevallier, rapporteur.

Aux pages 20 et 21 de ce rapport, MM. Adelon et Chevallier déclarent que les administrateurs des hôpitaux, MM. Desportes et Blondel, leur ont adressé des états d'ouvriers cérusiers, atteints de colique de plomb, et admis dans les hôpitaux de Paris, Beaujon, la Charité, l'Hôtel-Dieu, *Cochin*, etc., pendant les années 1833, 1834 et suivantes (2). Les délégués du conseil déclarent, en outre, aux pages 22 et 23 qu'ils ont fait et *fait faire* des recherches sur le nombre de ces malades, avant les renseignemens fournis par l'administration.

Ainsi, contrairement aux assertions de M. Gendrin : 1° L'administration des hôpitaux a fait délivrer des relevés des malades admis pour affections saturnines dans le service de M. le docteur Gendrin, pendant qu'il était médecin de l'hôpital Cochin.

2° MM. Adelon et Chevallier, délégués du Conseil de salubrité, ont fait et *fait faire* des recherches, dans ledit hôpital, sur les mêmes maladies.

D'où je conclus que le dépouillement des registres de l'hôpital Cochin, pendant que M. Gendrin était médecin de cet établissement, a été fait, et que le résultat de ce dépouillement invoqué par moi n'est point faux.

Maintenant, revenons sur le nombre de 300 malades, que M. Gendrin prétend avoir guéris depuis le 19 décembre 1831 jusqu'au milieu de l'année 1834. (*Dict. de Méd.*, t. VIII.)

D'après la page 13 de la lettre de ce médecin, ce nombre se composerait, d'une part, de 160 malades reçus à l'hôpital Cochin depuis juillet 1832, jusqu'au milieu de 1834 ; de l'autre, de 104 malades qu'il aurait observés à l'Hôtel-Dieu pendant dix-huit mois, époque durant laquelle il a été chargé d'un service médical. Outre ces malades, dont il posséderait les observations détaillées, il aurait quelques notes recueillies par lui-même sur d'autres malades, qui compléteraient le nombre de 300 guérisons.

Malades de Cochin. — Je possède un relevé des malades admis dans les salles de tous les services de l'hôpital Cochin depuis juillet 1832, jusqu'au milieu de l'année 1834. Pendant ce laps de temps, on a admis, dans cet établissement, 52 malades atteints de colique de plomb (1).

Malades de l'Hôtel-Dieu. — Depuis le 19 décembre 1831, jusqu'au 1er juillet 1832, c'est-à-dire pendant six mois, l'Hôtel-Dieu n'a reçu, dans *tous* les services, que 39 malades atteints de maladies saturnines, petit nombre qui s'explique par l'encombrement que produisaient dans les salles les cholériques et les blessés de juin.

Mais dans les 12 mois précédens, pendant lesquels M. Gendrin faisait encore le service à l'Hôtel-Dieu, combien avait-il guéri de malades ? 12, comme il nous l'apprend lui-même dans sa communication adressée le 19 décembre 1831 à l'Institut. (*Transactions médicales*, 1832, t. VII, p. 63.)

Et pourtant nous ne pouvons même lui accorder ces 12 malades, car ses 300 guérisons datent depuis cette communication à l'Institut, comme il l'a affirmé à MM. Blache et Chomel. (*Dict. de Méd.*, t. VIII, p. 395.)

Ainsi, d'après les registres des hôpitaux, 52 malades à Cochin, 39 à l'Hôtel-Dieu, total : 91 malades, voilà tout ce que nous pouvons accorder de guérisons à M. Gendrin, en supposant toutefois qu'il ait été appelé à traiter ces malades dans *tous* les services de ces établissemens.

Cette discordance entre le nombre des observations de M. Gendrin et le nombre des malades inscrits sur les registres des hôpitaux, dépend-elle seulement de l'infidélité de ces registres ? c'est ce que veut prouver M. Gendrin en nous faisant dire, p. 13 de sa lettre, que les registres de l'hôpital, où nous avons recueilli nos propres observations, sont une source très infidèle. Mais il fallait compléter la citation. Ces expressions n'ont été appliquées par moi, t. I, p. 94 de mon ouvrage, qu'aux relevés des professions, qui sont indiquées par les malades, et nullement aux relevés des maladies, indiquées par les médecins ou les élèves internes. D'ailleurs le nombre de mes observations est inférieur à celui des maladies saturnines consignées sur les registres de l'hôpital de la Charité.

Ainsi j'ai fait, d'après mes propres observations, un relevé (p. 92, tom. I) des cérusiers atteints de coliques de plomb, traités dans *toutes* les salles de la Charité, pendant plus de 8 ans, de 1831 à 1839 ; ils sont au nombre de 406. De son côté, l'administration n'a fait sur les registres de la Charité le relevé que de 4 de ces années, de 1833 à 1836 ; et ce nombre consigné dans les *Annales d'hygiène* (t. XIX, p. 21), se trouve être de 224, c'est-à-dire qu'il dépasse un peu la moitié des cas observés par moi. Résultat, comme on le voit, bien différent de celui obtenu par M. Gendrin, dont les observations dépassent dans une énorme proportion, le relevé de l'administration.

Quant à la priorité de l'emploi de la limonade sulfurique contre les maladies saturnines, que M. Gendrin la conteste s'il le veut à Mosley et même à M. Foucat, cité par M. Chevallier (*Annales d'hygiène publique et de Médecine légale*, t. XV), c'est une découverte que personne n'est jaloux aujourd'hui de s'approprier, car la limonade sulfurique, comme moyen curatif et préservatif des maladies saturnines est désormais jugée. Et je puis opposer aux certificats d'un honorable propriétaire d'une fabrique de céruse, l'affluence toujours considérable des ouvriers cérusiers de cette fabrique dans les hôpitaux ; je puis invoquer aussi le témoignage de tous les médecins de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, et même celui des malheureux ouvriers atteins des ces cruelles maladies.

Agréez, etc., L. TANQUEREL DES PLANCHES.

(1) Avant la composition et l'impression de l'article *Colique de plomb*, par MM. Chomel et Blache, du tom. VIII du *Dict. de méd.* (2e édit.) qui parut en octobre 1834.

(1) *Traité des maladies de plomb ou saturnines*, suivi de l'indication des moyens dont on doit se servir pour se préserver de l'influence délétère des préparations de plomb, et de figures explicatives, par L. Tanquerel-des-Planches. 2 vol. in-8. Paris, 1839, chez Ferra, libraire-édit., rue des Grands Augustins, 16.

(2) A la page 13 de sa lettre, M. Gendrin déclare lui-même qu'il a été médecin de Cochin depuis la fin de 1832 et pendant les années 1833, 1834, etc.

(1) Nous avons les noms, l'indication de la profession, le nom de la salle et le mois d'entrée, etc., de tous les malades atteints de colique de plomb et admis à l'hôpital Cochin pendant les années 1832, 1833 et 1833.

---

l'action qui est nécessaire pour articuler. Lorsqu'un ton défectueux s'est ainsi échappé, Keil inspire de nouveau avec peine, élève le diaphragme et la cavité pectorale, porte la langue dans la bonne position et articule alors le son d'une façon convenable.

L'expression de ce jeune homme plein de talens a quelque chose de souffrant et de triste ; lorsqu'il parle, les mouvemens de son thorax et de la trachée-artère sont d'une nature spasmodique. Dans ce cas-ci le bégaiement présente un caractère intermittent avec un type irrégulier et augmente beaucoup lorsque le jeune homme est embarrassé : avec ses frères et sœurs il parle quelquefois assez couramment ; la moindre chose étrangère, la présence d'une personne à laquelle il n'est pas accoutumé, le trouble, et alors sa pensé, quoique toute formée, ne peut se communiquer par la parole, parce que les muscles exécuteurs de la volonté sont empêchés subitement dans leur action par des contractions spasmodiques.

Je fis l'opération le 19 janvier 1841, en présence de MM. Juengken, Romberg, Baum, de Siebold, Trettenbacher, Keil, Hauck, Buering, Hildebrandt.

J'opérai dans ce cas-ci d'après la méthode où on enlève une pièce dans toute la largeur de la racine de la langue à peu près suivant la manière que j'ai décrite dans le premier cas cité. Après avoir fixé la langue au moyen d'une pince à crochets, je fis une forte suture dans sa partie postérieure, aussi en arrière que je pus atteindre ; puis, ayant transpercé avec un bistouri à fistule, la racine de la langue à sa base, j'opérai la section complète de bas en haut ; je saisis le bord antérieur de la blessure avec une pince munie de pointes à la surface interne de ses becs, et j'enlevai dans toute la largeur et l'épaisseur de la langue un morceau triangulaire de 18 millimètres. La réunion des bords de la plaie fut opérée par six forts points de suture. La perte de sang, quoique assez considérable, cessa complètement après l'application des sutures.

Dès que l'opération fut achevée, j'essayai de faire prononcer au jeune homme quelques mots, ce qu'il put exécuter sans le moindre bégaiement, mais avec la gêne qui résulte naturellement d'une opération pratiquée sur la langue. J'ordonnai une diète sévère et des gargarismes répétés.

Aucun symptôme ne se montra, à part une tuméfaction médiocre de l'organe lésé ; l'état du malade était semblable à celui qui serait causé par une angine catarrhale. La déglutition était un peu gênée et la langue chargée ; cependant trois jours après l'opération il put quitter le lit. Il prononçait déjà quelques mots sans bégayer. Le quatrième jour la langue ne présentait presque plus de tuméfaction ; ses mouvemens étaient beaucoup plus libres, et le patient pouvait déjà prononcer de petites phrases sans bégayer et sans faire de grimaces. Le cinquième jour, il se trouvait bien ; je retirai de la langue un des fils, et les deux jours suivans les autres. Huit jours après l'opération le jeune homme était complètement guéri, tant de son bégaiement que de sa blessure. Un grand nombre de médecins qui l'ont vu depuis lors peuvent confirmer l'heureux résultat de cette opération.

Un opérateur peu exercé pourrait modifier la méthode employée dans ces deux cas, en tant que dans la section de la langue de bas en haut, il laisserait intacte une partie de la maqueuse jusqu'à ce qu'il eût fixé, au moyen d'une suture, le bord postérieur de la plaie, et l'ayant ainsi en sa puissance, il pourrait achever la section complète en coupant le pont formé par la muqueuse. L'opération suivante eut tout à fait le résultat que j'en attendais.

(*La fin au prochain numéro.*)

— Un magnétiseur, M. Laurent, accompagné de mademoiselle Prudence, sa somnambule, viennent d'éprouver des déboires assez graves à Lille, où ils donnaient des représentations publiques. La somnambule, ayant les yeux recouverts d'un bandeau de taffetas, jouait aux cartes et aux dominos avec une *lucidité remarquable*. Quelques médecins qui assistaient à la séance examinèrent de près la sybille, et découvrirent qu'il lui suffisait de quelques légers mouvemens pour déplacer le bandeau, et qu'elle avait la précaution de se faire frotter le bord des paupières avec un peu d'huile.

De cette découverte on passa à son application. Un desassistans se présenta, et après les précautions voulues, put nommer les cartes avec la plus grande facilité. M. Laurent, craignant de faire de trop nombreux prosélytes, quitta la ville le soir même.

(*Echo du Nord*, 12 *mars* 1841.)

— M. Thuot, secrétaire-général de l'administration des hospices et hôpitaux civils est mort ces jours derniers, cette perte sera vivement sentie par les médecins des hôpitaux qui bien souvent ont eu à se louer des efforts de M. Thunot pour l'amélioration des diverses branches du service et de son empressement à accueillir toutes les réclamations qui lui étaient adressées.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX,

Par le docteur S. FURNARI ;

Suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux qui affectent particulièrement les hommes d'état, les gens de lettres, etc., etc.

Les travaux ophthalmologiques se succèdent, en France ; hommes supérieurs et chirurgiens encyclopédistes, tous ont pris au sérieux les reproches d'Ammon, les critiques de Wenzel et le parallèle peu obligeant de Suringer. L'on n'a pas encore cependant tout dit en ophthalmologie, l'ouvrage du docteur Furnari en est la preuve. Les publications de l'auteur de cette analyse, celles de MM. Sichel, Velpeau, Sanson, Stæber, Rognetta, Delmas-Delbia, Jeanselme, ont laissé une lacune à remplir, c'était celle de considérer les maladies des yeux en raison de l'influence professionnelle. M. Furnari s'est chargé de ce soin. Cette tâche eût été difficile à remplir pour tout tout homme qui eût été dans la nécessité d'étudier, pour les maladies des yeux, seulement l'influence des professions ; mais M. Furnari, qui s'occupe de l'influence des professions sur la production des maladies en général, ne pouvait manquer de noter en même temps ce qui a rapport aux affections oculaires en particulier.

En procédant ainsi, M. Furnari aura rendu un service en mettant les individus à même de connaître les dangers de telle ou telle profession ; et ici nous devons rapporter ses paroles : « Tel père de famille, dit-il, s'abstiendra de mettre son fils en apprentissage dans certains ateliers où les lésions mécaniques de l'œil sont si fréquentes qu'un grand nombre d'ouvriers sont borgnes. Tel autre sera arrêté par la crainte des influences délétères qu'exercent sur l'œil certaines substances à la fabrication desquelles il voudrait s'adonner. Tel ouvrier qui aurait la vue affaiblie par le travail de sa profession, peut, tandis qu'il en est encore temps, en choisir un autre, et arrêter ainsi les progrès du mal. »

Après ce préambule, l'auteur esquisse rapidement l'histoire de l'ophthalmologie chez les anciens, il en dit assez cependant pour faire connaître l'état des connaissances des anciens en fait de maladies des yeux. Il est à regretter qu'il n'ait pu constater si les oculistes égyptiens et grecs étaient dans ce temps là traqués comme ceux de nos jours par les chirurgiens encyclopédistes leurs contemporains. Pauvres oculistes !

Quoi qu'il en soit, on est vraiment étonné de l'étendue des connaissances ophthalmologiques des anciens, et plusieurs des indications les plus usitées aujourd'hui avaient déjà subi la sanction de leur expérience.

Passant ensuite à l'historique des travaux ophthalmologiques modernes, M. Furnari apprécie avec beaucoup d'impartialité ceux qui sont dus à la plupart des contemporains ses devanciers ou ses émules. Quant à moi, c'est la part très avantageuse qui m'est faite dans ce livre qui m'en rend l'analyse difficile.

M. Furnari, convaincu comme tous les médecins modernes de l'importance du diagnostic, a consacré sous le nom d'ophthalmoscopie, presque une feuille d'impression à l'examen de l'œil et de ses annexes, où se trouvent consignés tous les moyens d'investigation connus, de même que les précautions nécessaires pour les employer d'une manière convenable. De là, passant à la classification des maladies oculaires, il blâme Stœber, Velpeau et l'auteur de cette analyse d'avoir suivi l'ordre anatomique, comme exposant à des répétitions; mais celle de M. Furnari est loin d'être parfaite, et pour s'en convaincre il suffit de voir qu'il n'a pu remplir son cadre sans recourir à des chapitres supplémentaires. — Quelle est, du reste, la classification sans reproche? M. Guillie, avec tout son esprit ajouté aux conseils d'Alibert, n'a pas fait mieux. C'est par l'histoire, la classification des ophthalmies, que l'auteur débute dans la partie dogmatique de son livre. Les maladies sont étudiées avec beaucoup de soin, sans que cependant l'auteur soit tombé dans les appréciations infinitésimales, rêveries germaniques que l'on a tenté en vain d'introduire parmi nous.

Pour chaque espèce d'ophthalmie, M. Furnari indique les professions qui prédisposent à ces maladies ou qui les occasionnent. De là il passe au traitement, qui est généralemement rationnel et tout à fait au niveau de la thérapeutique du jour. Ici l'on voit encore à combien d'erreurs exposent les idées préconçues des praticiens d'outre-Rhin.

A les entendre, il faut, à l'exemple de leur maître Beer, se garder de tout collyre excitant pendant la période aiguë de l'ophthalmie: et voilà que M. Furnari, à l'exemple de Velpeau, Guthrie, Adams, Rognetta et autres, préconise dans beaucoup de cas la méthode abortive par le nitrate d'argent à haute dose; et cette méthode lui a réussi comme à ceux qui l'ont employée avant lui. L'expérience est un grand maître qui détruit bien des théories: aussi c'est à elle qu'en appelle le plus souvent notre auteur. Que l'on ne pense point toutefois que M. Furnari considère cette méthode comme une panacée universelle qui exclue tout autre traitement: il est trop bon praticien pour cela; loin de là, dans un grand nombre de circonstances, il compte sur une vigoureuse thérapeutique antiphlogistique comme adjuvant ou complément de la méthode abortive.

Entre la négation complète des affections spécifiques de l'œil et l'acceptation pleine et entière des mille et une formes que les ophthalmologistes allemands ont créées de toutes pièces, il y a cependant un juste-milieu à garder, des signes réels à reconnaître, que l'on peut admettre sans crainte de faillir; c'est ce qu'a fait M. Furnari, et en cela je suis complètement de son avis. Pourquoi voudrait-on que la syphilis, par exemple, qui imprime aux os, à la peau, aux muqueuses, des formes typiques qui sautent aux yeux d'un praticien tant soit peu exercé, fût impuissante pour imprimer aux affections oculaires une physionomie particulière? Il faut donc nier complétement l'existence de la syphilis, ou admettre les formes qu'elle imprime aux maladies.

Le chapitre consacré au traitement des affections de l'appareil lacrymal est aussi complet que possible, et offre aux praticiens la juste et sévère appréciation des méthodes curatives les plus préconisées de nos jours.

Nous voici arrivé au chapitre de la cataracte, qui est aussi complet que possible. En décrivant les causes occasionnelles. M. Furnari prouve qu'il est des professions qui prédisposent singulièrement à cette maladie. Il décrit aussi avec beaucoup de soin les différentes espèces de cataractes et les moyens de les reconnaître. Ici, en passant, je crois devoir adresser quelques mots à M. Malgaigne sur ses opinions touchant la rareté des cataractes capsulaires, en attendant que je réponde sommairement à son mémoire: il n'a fait que des autopsies de vieillards, et avant la trente-cinquième année de la vie, on ne trouve presque jamais de cataractes dures.

Revenons à M. Furnari, qui complète le chapitre de la cataracte par tout ce qui a rapport à la partie chirurgicale, qui est traitée avec beaucoup de soin. Beaucoup de personnes ont accepté sans réserve et même avec éloge son procédé pour opérer la cataracte. Je dois à la franchise de mes opinions et à mes relations amicales avec lui, de ne pas partager cette opinion... suffit pas qu'un procédé soit ingénieux pour qu'il ait une valeur réelle, et le procédé de M. Furnari se trouve dans ce cas.

En effet, ou l'on veut faire l'extraction, ou choisir un autre procédé, si la première, il faut embrasser le procédé d'extraction avec tous ses avantages, et alors la ponction de la cornée avec l'instrument de M. Furnari tombe dans le vice des ouvertures de la cornée faites en un seul temps, comme le faisaient Daviel, Béranger à son début, et Santarelli. Si l'incision n'est pas assez grande, le cristallin ne peut sortir sans pression et sans efforts. Si on le brise derrière l'iris avec la pince broyante, on tombe dans l'inconvénient attribué à la discision. Ainsi donc, on fait une opération incomplète, qui n'a pas les avantages de la cure radicale, suite d'une opération d'extraction bien réussie, et qui a en outre les inconvéniens d'une extraction laborieusement faite, si l'on enlève tout, et celle d'une discision, si on laisse tout ou partie dans la chambre postérieure.

Mais la pince de M. Furnari est à elle seule une heureuse invention pour saisir dans une opération par extraction ordinaire, parce qu'elle remplace les pinces à lentille de Maunoir, et celles à crochets du même chirurgien; parce qu'avec elle on saisit les petits lambeaux flottans de la capsule et les noyaux durs tout aussi bien qu'avec les instrumens sus-nommés; parce qu'enfin elle peut, convertie en emporte-pièce, trouer l'iris dans quelques cas d'opération de pupille artificielle, et servir pour enlever les vaisseaux variqueux de la conjonctive.

La plupart des livres qui traitent de l'ophthalmie en général, ne font point mention des moyens hygiéniques destinés à préserver l'œil des agens délétères auxquels il est constamment exposé. M. Furnari donne, sous forme de conseils adresés aux gens de lettres, aux manufacturiers et aux artisans, des avis qui, s'ils sont suivis, devront rendre de très grands services aux classes laborieuses et industrielles de la société.

L'ouvrage est terminé par des planches fort bien faites et qui font connaître les instrumens les plus convenables et le plus généralement employés.

Ce livre est écrit avec indépendance et justice; quelques personnes se plaignent de n'y avoir pas une place assez grande; mais que l'on songe qu'en 440 pages l'auteur a dû dire bien des choses, bien de bonnes choses, et que la science doit toujours passer avant les personnes. Ce livre sera lu et apprécié par les praticiens qui n'ont que peu de temps à donner à la littérature médicale, et qui lui demandent non de l'érudition mais les moyens de guérir le mieux et le plus vîte possible.

CARRON DU VILLARDS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

ÉPREUVE DE CHIRURGIE PRATIQUE.

Lundi, 15 mars 1841.

Amputation de l'avant-bras dans la continuité; pansem...

MM. Sédillot.
Vidal (de Cassis).
Huguier.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 18 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 33, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Relevé des mois de janvier et février 1841.

Il ne sera question, dans ce relevé, que des malades entrés et sortis du service pendant les mois de janvier et février; ceux qui sont encore dans les salles, convalescens ou malades, ne figureront que dans le prochain résumé.

264 cas se sont présentés pendant ces deux mois; 170 affections chroniques et 94 affections aiguës; elles sont réparties comme il suit :

Maladies chroniques.

		Morts.
3	Laryngites,	
8	Bronchites simples.	
18	Bronchorrhées et emphysèmes.	3
51	Pneumothorax.	10
1	Hydropleurie.	1
17	Hypersplénotrophies.	
1	Epilepsie.	1
7	Sciatiques.	
1	Tremblement mercur.	
20	Névralgies diverses.	
4	Métrites.	
3	Vaginites.	
1	Urétrite.	
2	Hydrohémies.	
6	Hypercardiotrophies.	2
1	Aortiectasie.	
8	Cancers.	1
18	Infirmes.	5
170		23

Maladies aiguës.

		Morts.
20	Bronchites.	
9	Pneumonites.	1
4	Pleurites.	
8	Amygdalites.	
10	Entérites septi-cohémiques.	1
4	Entérocolites.	
7	Coliques de plomb.	
5	Choliémies.	
10	Polyhypérémies.	
1	Péricardite.	
8	Hémoarthrites.	
6	Varioles.	1
1	Rougeole.	
1	Roséole.	
94		3

1° *Maladies chroniques.*

18 cas de bronchorrhée avec emphysème se sont succédé dans les salles. Chez ces malades, M. Piorry a depuis long-temps reconnu l'heureuse influence de l'émétique associé à l'abstinence absolue des boissons. L'abstinence des boissons, que quelques praticiens anglais considèrent comme le traitement héroïque de la bronchite aiguë arrivée à la période de sécrétion, est depuis long-temps passée dans la pratique usuelle de M. Piorry; elle est d'un usage presque vulgaire dans son service. Les trois malades qui ont succombé étant des vieillards qui, entrés trop tard à l'hôpital, n'éprouvèrent qu'un soulagement passager et moururent d'asphyxie par l'écume bronchique; les deux premiers en moins de vingt-quatre heures, et le dernier avant la fin du deuxième jour.

Dans les 17 cas de fièvre intermittente, la percussion plessimétrique a invariablement constaté l'hypertrophie de la rate. Chez tous, cet état anatomique a cédé à l'usage du sulfate de quinine à doses plus ou moins élevées, suivant le degré d'engorgement du viscère. L'action instantanée du médicament a été plusieurs fois constatée devant un nombreux public de médecins et d'élèves, par des expériences analogues aux suivantes :

Première observation. — Salle Saint-Raphaël, 8. Fièvre intermittente quotidienne datant de huit jours, contractée en remuant la terre; accès revenant régulièrement entre quatre et cinq heures du soir. Rate de six pouces et demi de longueur. Le 18 janvier, le volume de la rate ayant été de nouveau constaté par plus de dix personnes, et les limites tracées avec l'encre, un gramme de sulfate de quinine fut administré pendant la visite; un quart d'heure après, la rate avait diminué d'un demi-pouce dans sa longueur. Pas d'accès de fièvre le 18. Le 19, à la visite, nouvelle dose d'un gramme de sulfate, et réduction après une heure, à quatre pouces, volume à peu près normal de la rate. Le malade reste en observation encore quinze jours. La rate conserve le volume normal; aucun accès fébrile ne se manifeste. Il sort parfaitement guéri le 3 février 1841.

Deuxième observation. — Un maçon, âgé de vingt-sept ans, retourne à l'époque de la moisson dans le département d'Eure-et-Loir. Il n'y contracte pas de fièvre, mais il tombe d'une hauteur de dix pieds sur le côté gauche, et un point de côté très pénible se manifeste dans la région de la rate. De retour à Paris le 15 septembre, trois semaines après avoir quitté la campagne, et souffrant toujours du côté, il est pris d'accès fébriles offrant le type quarte. Au bout de deux mois ces accès deviennent quotidiens. Il entre à l'hôpital le 8 février. La face est jaune comme dans les vieilles fièvres intermittentes, et la rate offre six pouces et demi de longueur. Jusqu'au 13, le malade ne prend pas de médicamens, et chaque jour vers midi, la fièvre paraît avec un frisson très intense. Le 14, à neuf heures du matin, le volume de la rate est constaté de nouveau par plusieurs personnes : le malade prend un gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine; un quart d'heure après, diminution de 4 lignes. Le soir, nouvelle dose d'un gramme, nouvelle diminution de 6 lignes en une demi-heure. Pas d'accès de fièvre. Le 15, à la visite du matin, 30 grammes de sulfate de quinine : réduction de la rate à 5 pouces.

Je me borne à ces deux faits. Ils ont d'autant plus de valeur que le hasard les a fait passer dans les salles précisément à l'époque où l'influence du sulfate de quinine sur la rate était niée dans une des cliniques des hôpitaux de Paris par une célébrité médicale.

Parmi les maladies nerveuses remarquables qui se sont présentées à nous, je citerai l'observation d'un homme atteint pour la troisième fois de tremblement mercuriel. Cet homme pouvait à peine se tenir debout, les pieds et les mains étant affectés presque au même degré depuis quatre mois. Chaque jour le malade but six, huit et même dix pots de tisane, et après huit jours, le tremblement avait complètement disparu. Le malade resta quelques jours encore en observation, et sortit à la fin de février sans aucune trace de la malade qui l'avait amené à l'hôpital.

Urétrite. Saint-Raphaël, 8. Jeune homme de dix-huit ans, écoulement blennorrhagique indolent durant depuis trois mois; guérison en 36 heures à l'aide de la formule suivante :

Pr.	Cubèbe,	20 gr.
	Alun,	4 gr.

En trois paquets à prendre en 24 heures.

Faire six injections par jour avec le nitrate d'argent à la dose d'un centigramme par trente grammes d'eau.

2° *Maladies aiguës.*

Sur les 9 cas de pneumonite, un malade a succombé.

Première observation. — Saint-Raphaël, 22. Entré à l'hôpital le dixième jour de sa pneumonite, avec un souffle tubaire très intense dans tout le poumon gauche; mais le cœur conservant de l'impulsion et le pouls de la force, il fut saigné trois fois coup sur coup, et eut deux applications de ventouses scarifiées. Le quatrième jour après son entrée, un vésicatoire fut aqpliqué sur le côté; le malade fut pris dans la nuit de délire; le pouls, jusque-là fort et vibrant, devint petit et misérable; la face devint terreuse, et il mourut dans le coma. A l'autopsie on trouva le poumon gauche tout entier à l'état de suppuration diffuse (hépatisation grise), le cœur droit distendu par des caillots décolorés, et une couche de pus et de fausses membranes soulevant dans toute leur étendue les meninges de la convexité des hémisphères du cerveau et de la base du cervelet.

Deuxième observation. — Saint-Raphaël, 10. Homme de trente-cinq ans, robuste. Pneumonite au premier et au deuxième degré, du sommet du poumon droit. Quatre saignées coup sur coup et deux applications de ventouses. Guérison le cinquième jour après l'entrée (septième jour de la maladie).

Troisième observation. — Saint-Raphaël, 15. Pneumonie au deuxième degré du lobe moyen à droite, datant de trois jours. Homme de trente ans, vigoureux. Deux saignées du bras; une application de ventouses scarifiées; murmure respiratoire pur le deuxième jour après l'entrée (cinquième jour de la maladie.

Quatrième observation — Sainte-Geneviève, 8. Femme de soixante-dix-huit ans. Pneumonite au deuxième degré du sommet droit; entrée le quinzième jour de la maladie. Deux applications de ventouses scarifiées; vésicatoire; tartrite antimonié de potasse deux jours de suite à la dose de

---

FEUILLETON.

SUR LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT AU MOYEN D'UNE NOUVELLE OPÉRATION CHIRURGICALE;

Lettre adressée à l'Institut de France, par M. le docteur Dieffenbach, de Berlin.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Section simple et horizontale de la racine de la langue.

Je n'ai pratiqué jusqu'à présent la simple section en travers de la langue que dans quatre cas: elle fut sans résultat dans le pre-[illegible] qui était compliqué d'un état paralytique de la langue. La [illegible]ison de la plaie chez les trois autres n'est pas encore com-[illegible], mais le bégaiement a déjà entièrement cessé.

[illegible]s. III. — Charles Stephan, âgé de treize ans, d'une con-[illegible]ion faible et d'un développement intellectuel borné, fut [illegible]é, dès sa seconde année, d'un strabisme concomitant; à [illegible]le six ans, il perdit la parole, apparemment par suite d'une [illegible]e d'apoplexie, et il en demeura privé l'espace de trois mois, [illegible]at lesquels il ne pouvait produire que des sons inarticulés. [illegible]it peu à peu, quoique avec beaucoup de peine, à pronon-[illegible]lques mots isolés; cependant, ses progrès furent extrê-[illegible] lents. Maintenant, sa manière de parler est si imparfaite, [illegible]'est pas en état de fréquenter les écoles.

[illegible] vue d'un étranger, la figure de ce jeune homme exprime [illegible]iment d'embarras et de crainte; il louche plus fortement, [illegible] ses yeux se portent tour à tour vers l'angle interne et externe [illegible]qu'il essaie de parler, sa figure se contracte com-[illegible]ge; les muscles du cou commencent à travailler [illegible] violente, sa tête vacille, et dès qu'il veut ouvrir [illegible]èvres tremblent, et la salive découle avec abon-[illegible]

[illegible]vec des peines inouïes qu'il prononçait de la ma-[illegible] les lettres de l'alphabet, en s'interrompant son-[illegible]s, de soupirs, de courtes inspirations et de longues [illegible] *a ah ah, be be weh eh, ceh ceh ceh, dedeh he, e e e eh eh, ha he ha, ge geh hege, hahah ha, i i i ih, ka kah, a ahl l, ha hahm em em mem, en n n en, o o o oh oh, pe pe pep e peh, kuh huh, er r r, e ess, at the, ouh, vauh, h wah, i i ih hix, ipsi ipsi ipsilon, ha haz a zed.* Il ne parvenait à prononcer la lettre *p* qu'en faisant les plus fortes grimaces, en ouvrant grandement la bouche et en agitant violemment les mâchoires. Le mot *Vater* lui offrait surtout de grandes difficultés.

Pour l'opération, je fixai la langue, comme dans le cas précédent, et l'incisai transversalement à sa racine. Six fortes sutures réunirent exactement les bords de la plaie, et suffirent pour arrêter la perte de sang, qui avait été assez abondante. Immédiatement après l'opération, le bégaiement avait entièrement cessé, et les contorsions de la face étaient beaucoup moins fortes; il pouvait prononcer plusieurs lettres, le *p*, même le mot *Vater*, sans hésiter. Le malade suivit un traitement rafraîchissant; la réaction fut faible, et l'enflure de la langue peu considérable; ce qui toutefois lui fut le plus à charge, était une forte sécrétion de salive. Le quatrième jour, j'enlevai trois sutures, et le cinquième les trois autres; l'enfant se trouvait tout à fait rétabli. J'ai été assisté par MM. Holthoff, Buehring et Hildebrandt.

L'opération n'a, du reste, pas produit une amélioration bien sensible dans le langage de ce jeune homme; ses grimaces sont cependant moins fortes.

Section sous-cutanée de la racine de la langue.

Je fis la section sous-cutanée de la langue dans le cas suivant, pour examiner l'importance de cette méthode, par rapport à la facilité ou à la difficulté de son exécution.

Obs. IV. — Hermann Hirschberg, de Berlin, âgé de dix-sept ans, peintre de profession, d'une intelligence assez bornée, bégayait si fort depuis sa plus tendre enfance, qu'il dut se passer de toute instruction publique et se contenter d'acquérir les connaissances les plus superficielles. Il lui était presque impossible de se faire comprendre, car les premiers sons qu'il proférait étaient précédés des grimaces les plus affreuses et de contractions effrayantes dans tous les muscles du visage. Tantôt la bouche s'ouvrait, tantôt les lèvres se pressaient avec force l'une contre l'autre, les muscles du cou se crispaient, la trachée-artère et la glotte montaient et descendaient avec rapidité, la tête s'inclinait, et dominé par le même sentiment d'horreur qu'un hydrophobe pour l'eau, il laissait échapper un son mutilé, bientôt suivi d'autres qui arrivaient par secousses, dans des intervalles plus ou moins rapprochés. Quelquefois on pouvait, avec ces sons, composer une phrase; d'autres fois, cela n'était pas possible. Au milieu de ce combat intérieur, le jeune homme se taisait quelquefois, dominé par un état convulsif des muscles du visage et de la langue, puis tout-à-coup il laissait échapper des sons comme *nein*, *hu-hu hu-tu-huhhu*.

Après cela, il pouvait, en bégayant, prononcer d'une façon compréhensible plusieurs mots de suite. Il serait superflu d'entrer dans plus de détails touchant ce vice dans la prononciation, qui me décida à tenter une opération qui, malgré mon peu d'espérance, surpassa mon attente par ses brillans résultats. Dans ce cas-ci, je résolus de faire la section sous-cutanée transversale de la langue, non pas tant à cause des avantages que j'espérais en retirer, que pour me procurer aussi une occasion d'en examiner la valeur. D'un côté, elle me parut avantageuse, en tant que la partie postérieure de la langue n'était pas susceptible d'être amenée en avant, ce qui rendait plus difficile l'application des sutures; d'un autre côté, elle me sembla douteuse, à cause de la difficulté d'arrêter l'hémorrhagie, puisqu'il n'était guère possible d'employer la compression, et qu'une grande quantité de sang risquait de s'accumuler dans la plaie sous-cutanée pratiquée dans les muscles de la langue. Cette méthode, enfin, me parut moins sûre, parce qu'en la suivant je n'obtiendrais pas le raccourcissement de la langue, condition qui me paraissait indispensable pour obtenir la guérison. Le succès a cependant surpassé de beaucoup mon attente.

Pour l'opération pendant laquelle je fus assisté de M. le docteur Trettenbacher, de Munich, et de MM. Buehring et Hildebrandt; je saisis la langue avec une pince de Muzeux et la tirai fortement en dehors de la bouche, puis j'enfonçai en arrière dans la face inférieure un bistouri à fistule falciforme et incisai la racine de la langue dans toute son épaisseur, en laissant intacte la muqueuse qui revêt la face supérieure. La largeur de la plaie que j'avais faite en enfonçant et en faisant ressortir le bistouri ne parut pas dépasser celle de l'instrument, ce qui provenait de l'extensibilité de la muqueuse. La langue était si complètement coupée sous la peau, dans toute sa largeur, qu'il eût suffi, pour la faire céder, de la tirer un peu fortement avec la pince.

Le sang jaillit avec abondance des deux blessures latérales, comme s'il fût sorti d'un gros tronc d'artère, et la langue se tuméfia bientôt par la masse de sang qui s'accumulait dans le vide produit par la section sous cutanée. Pour rétrécir cet espace, je

40 centigr. le premier jour, et 60 le second. Murmure vésiculaire par le cinquième jour après l'entrée.

Cinquième observation. — Sainte-Geneviève, 13. Pneumonite du lobe inférieur droit au huitième jour. Femme de soixante ans. Périhépatite. Cholihémie (ictère). Deux applications de ventouses scarifiées; une saignée générale; tartrite antimonié de potasse, un seul jour, à la dose de 4 centigr. Guérison le quatrième jour après l'entrée.

Dix cas d'entérite septicohémique (fièvre typhoïde). Un seul a succombé. C'était une femme entrée le dix-huitième jour de sa maladie, et qui mourut quarante-huit heures après son arrivée à l'hôpital.

Chez quatre des autres malades, la guérison a été entravée par l'hypertrophie de la rate et des accès fébriles le soir. L'administration du sulfate de quinine, à la dose de 75 centigr, et même 1 gram., a été suivie des résultats les plus heureux, sans occasionner d'accidens inflammatoires du côté du tube digestif. Chez ces malades aucune méthode exclusive n'a été adoptée; sa thérapeutique a toujours, au contraire, été subordonnée aux lésions anatomiques des organes, trahies par les symptômes fonctionnels et par les signes physiques obtenus à l'aide du plessimètre et du stéthoscope. La déplétion sanguine, lorsque l'état de la circulation semblait l'exiger; les purgatifs et les évacuans, lorsque la matité intestinale annonçait la stagnation des matières dans leur cavité; les soins de propreté les plus minutieux et la surveillance la plus active de l'état de la rate et du poumon, telles ont été les bases du traitement dans tous ces cas; et, bien que chez plusieurs il se soit formé des congestions hypostatiques des poumons, des hypersplénotrophies et même des plaques gangréneuses à la région sacrée, cependant aucun des malades n'a succombé.

C'est ici le lieu de mentionner l'opinion de M. Piorry sur l'origine des plaques gangreneuses de la région sacrée. Ce professeur pense que dès le commencement de la fièvre typhoïde, on voit apparaître sur tous les points où la pression du corps se fait sentir, une inflammation des follicules, éruption qu'il faut distinguer des taches lenticulaires rosées, sans relief, et qu'on observe principalement sur la paroi abdominale antérieure et sur les parois thoraciques: ce sont, suivant les idées de M. Piorry, les follicules ainsi enflammées qui, plus tard, deviennent le point de départ de la gangrène.

Cinq malades se sont présentés affectés d'ictère de diverses causes. Trois de ces malades faisaient remonter à une frayeur ou une émotion morale l'apparition de la cholihémie; mais, interrogés avec soin, ils avouèrent tous trois avoir souffert dans la région hépatique avant l'émotion à laquelle ils attribuaient leur jaunisse. La percussion plessimétrique a donné, dans tous les cas, l'étendue exacte de la maladie par la limitation quotidienne du foie et de la vésicule. L'état du sang et de l'urine a, chez ces malades, fixé spécialement l'attention du médecin, et leur examen a pleinement confirmé les recherches de M. Bouillaud à ce sujet. La fibrine du sang, séparée du sérum par l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique, présente une couleur verdâtre diminuant à mesure que le foie reprend sa liberté de ses fonctions. La présence de la bile dans l'urine est également démontrée par l'acide nitrique.

Huit cas d'hémoarthrite ont été traités par la méthode des saignées répétées, des boissons à hautes doses et de l'élévation des membres. Chez quatre de ces malades la guérison a été rapide, et ne s'est pas vue retardée par des rechutes. Chez les quatre autres malades, des complications se sont manifestées du côté du cœur. Deux malades ont conservé un bruit de soufflet très fort, survenu vers la fin du rhumatisme, et qu'ils conservaient encore à l'époque de leur sortie. Un troisième eut les symptômes d'une endocardite très légère, et le quatrième, salle Saint-Raphaël, 14), à peu près guéri de son rhumatisme, fut subitement pris des symptômes d'une péricardite suraiguë; douleur extrêmement vive, dyspnée intense (62 inspirations par minute); syncope, fièvre, irrégularité du pouls; matité pyramidale à base inférieure, cinq pouces et demi de largeur à la base; obscurité des bruits du cœur. Tous ces symptômes cédèrent à une saignée du bras, deux applications de ventouses scarifiées sur la région précordiale et deux vésicatoires; il firent place à un bruit de frottement remarquable qui dura environ quinze jours.

Terminons ce résumé en faisant remarquer que la mortalité absolue a été de un sur dix; mais que si l'on sépare les maladies aiguës des affections chroniques, on trouve pour celles-ci la proportion de un à sept, et pour les premières, de un sur trente-un malades.

D. M'Carthy.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Cas de pneumonie chez une femme ayant déjà eu dix-sept pneumonies.

Nous avons, salle Saint-Bernard, une femme atteinte d'une pneumonie, et ce cas est des plus remarquables. Elle est âgée de trente-cinq ans, et dit avoir eu dix-sept pneumonies. Sous ce rapport, le fait est réellement extraordinaire. Nous avons vu des sujets qui avaient eu huit, neuf, douze pneumonies, mais jamais nous n'en n'avions rencontré qui en eussent eu un aussi grand nombre que cette malade. Le fait ne nous paraissait pas impossible; mais, ayant égard à sa rareté extrême, nous avons dû l'accueillir avec méfiance, et nous enquérir des phénomènes que cette femme avait éprouvées lors de chacune des affections qu'elle dit avoir été des pneumonies. Sur ce particulier, elle nous a répondu qu'au début de chaque maladie elle avait eu un frisson plus ou moins intense, bientôt après un point de côté, de la toux et des crachats analogues à ceux qu'elle expectore actuelllement, et qui sont ceux qui appartiennent à la pneumonie. C'est à l'âge de vingt ans qu'elle a eu la première pneumonie; les seize autres ont été plus ou moins graves, et une s'est accompagnée de délire. Elle a toujours été soignée dans les hôpitaux, où elle est restée chaque fois de quatre à cinq semaines. Les pneumonies n'ont pas eu lieu tous les ans; elle a été jusqu'a trois et quatre ans sans en avoir; mais dans certaines années elle en a eu deux et trois. Toujours ses pneumonies ont été plus graves en été, ce qui s'accorde avec nos relevés statistiques, qui offrent une plus grande mortalité pour le semestre d'été. Dans teus les cas elle a été saignée, et le nombre des saignées employées chaque fois a varié de trois à six.

Tous ces renseignemens, que la malade nous a fournis, ne laissent aucun doute sur la vérité de son récit.

La pneumonie actuelle a débuté depuis cinq jours, par un frisson accompagné de claquement des dents et suivi de sueurs abondantes. Un point de côté n'a pas tardé à paraître, puis la toux et des crachats sanguinolens. Il y a eu de plus, oppression, insomnie, inappétence. Le 24, il y a eu éruption d'un *herpes labialis*, que nous avons déjà eu occasion de vous signaler comme un signe de bon augure lorsqu'il se montre dans le cours des maladies graves.

Ce matin, chacun a été étonné de la faiblesse remarquable de l'état général de cette femme, qui est le résultat probable de la fâcheuse nécessité dans laquelle elle s'est trouvée si souvent de subir la saignée.

La figure était colorée en rouge. Le pouls présentait une fréquence très grande (148 à 150 pulsations par minute); il était petit, dépressible. Les crachats sont abondans, et d'un jaune brunâtre ayant quelque analogie avec le jus de pruneaux; toutefois ils sont visqueux, et nullement séreux et diffluens, comme cela s'observe lorsqu'ils présentent franchement cette couleur. Le côté gauche de la poitrine paraît rétréci; la percussion y est douloureuse, et l'auscultation fait apprécier un mélange de ronchus grave, de crépitation fine, de respiration bronchique et de bronchophonie. Dans la même étendue, la matité est complète. La langue est blanche, poisseuse. Elle a dit avoir été peu à la selle ces jours derniers; aussi ce matin, avec une seconde saignée, lui avons-nous prescrit un purgatif. Hier, en outre de la saignée, qui a fourni un sang recouvert d'une couenne épaisse, on lui a fait une application de sangsues sur le côté affecté.

Voilà donc une dix-huitième pneumonie chez le même sujet, se traduisant par tous les caractères propres à cette phlegmasie et que le malade assure avoir existé dans chacune des précédentes. Toutefois nous devons reconnaître que la pneumonie existe ici entre le premier et le deuxième degré. Le pouls est fréquent, la respiration précipitée, et si avec cela on observe que la santé générale est mauvaise, la constitution détériorée, appauvrie; que, d'autre part, les crachats sont brunâtres, on ne tardera pas à reconnaître un ensemble de conditions fâcheuses qui sont d'un mauvais présage.

Toutefois, les inflammations qui se répètent comportent toujours un caractère moins grave que celles qui surviennent pour la première fois; et si à côté du rétrécissement d'un des côtés du thorax et de l'amaigrissement, nous prenons en considération l'apparition de l'*herpès labialis*, et si nous réfléchissons surtout que la malade offre ceci d'avantageux qu'elle supporte bien la saignée, nous trouverons réunies des conditions propres à nous faire espérer une bonne issue. Ajoutons encore que la malade n'est âgée que de trente-cinq ans.

Rapprochant donc tous les élémens du pronostic, nous trouvons que les fâcheux, comme les favorables, établissent une compensation réciproque qui jette quelque incertitude sur la marche future des choses.

Quant au traitement, la malade a déjà eu une saignée, une applscation de sangsues, et l'opium a été administré pour combattre la prédominance de la douleur. Aujourd'hui on fera une nouvelle saignée, et la malade prendra en outre un purgatif. Ensuite, d'après l'état des forces, et ayant égard aux autres indications, nous reviendrons encore une fois à la saignée si cela est nécessaire.

Pleuro-pneumonie chez un sujet jeune.

La malade du nº 13 de la salle Saint-Bernard est âgée de dix-huit ans. Elle est entrée présentant les symptômes d'une pleuro-pneumonie occupant le côté droit; de ce côté, la matité occupait les deux tiers inférieurs en arrière; dans la même étendue il y avait absenee de bruit respiratoire et de crépitation, qui était remplacés par la respiration bronchique.

---

fis une forte suture d'arrière en avant dans l'épaisseur de la langue, et fermai aussi les deux points latéraux par lesquels j'avais fait pénétrer mon bistouri. Lorsqu'après l'opération le jeune homme voulut produire quelque son, il ne contracta que légèrement la figure, et parvint, sans de grands efforts, à prononcer le mot *nein*, en exprimant par des grimaces et des gestes la douleur qu'il ressentait. Les jours suivans s'écoulèrent sans qu'il se passât rien de remarquable. La déglutition était très gênée, ce qui ne l'empêcha pas de prendre quelques soupes mucilagineuses; la langue était chargée, et le soir, il était atteint d'un léger accès de fièvre. Le quatrième jour déjà je pus ôter les sutures; la réunion était complète dans toute la profondeur de la plaie. Au septième jour, la langue ne présentait plus la moindre tuméfaction, et le huitième, le jeune homme put quitter la chambre. Il ne bégaie plus du tout; certains mots cependant lui offrent quelque difficulté, et ce n'est qu'avec effort qu'il peut les prononcer. Quant à l'exécution, cette opération présente plus de difficulté que les autres méthodes.

De la guérison des blessures de la langue.

Les blessures de la langue ont la propriété de guérir promptement, pourvu que leurs bords soient rapprochés suffisamment au moyen de sutures. Les blessures faites dans la partie postérieure de la langue, occasionnant toujours une forte hémorrhagie, exigent nécessairement que les points de suture soient placés à une certaine distance des bords de la plaie et en pénètrent le fond, pour arrêter en même temps la perte du sang. Pour cette raison, les fils doivent être noués plus fermement que dans les blessures de la peau. La ligature des vaisseaux, exécutée préalablement à l'application des sutures, empêcherait la réunion et serait aussi préjudiciable que la ligature des artères labiales dans l'opération du bec-de-lièvre. La guérison des blessures de la langue est ordinairement complète le troisième jour, quelquefois même elle a lieu vingt-quatre heures après l'opération; mais comme il n'y a aucun inconvénient à laisser plus long temps les sutures, et que sans cela la blessure pourrait facilement se rouvrir par les mouvemens de la langue et causer ainsi une hémorrhagie dangereuse, il est préférable de n'éloigner les premiers fils que le quatrième jour, quelques-uns le cinquième, et les derniers seulement le sixième. Si on tardait plus long-temps, on établirait un foyer de suppuration et on pourrait occasionner la formation d'une fistule.

Lorsqu'en enlevant le premier fil, il sort du point de suture quelques gouttes de sang, c'est une marque certaine que l'action plastique n'a pas encore fait des progrès suffisans et que la réunion n'est pas encore assez solide; aussi doit-on bien se garder de continuer ce jour-là à extraire des sutures. On doit procéder à l'enlèvement des fils avec beaucoup de soins et sans secousses; le malade tire la langue hors de la bouche, on saisit alors avec une pincette l'extrémité d'un fil un peu au-dessous du nœud, on l'élève au-dessus du sillon qu'il s'était formé, de manière à ce qu'on le voie distinctement et on le coupe au-dessous du nœud. Dès que les fils sont enlevés, on ordonne au malade de se gargariser la bouche avec de l'eau tiède. Quant à l'acte de cicatrisation, nous avons déjà remarqué qu'il se faisait promptement; la cicatrice elle-même forme une ligne unie sur laquelle manque le velouté de la muqueuse qui s'élève de chaque côte en forme d'ourlet. La place des anciens points de suture est marquée par de petits enfoncemens, et l'endroit où se trouvaient les sutures même par une strie lisse qui disparaît bientôt, si toutefois les fils n'ont pas pénétré dans la muqueuse. Les cicatrices provenant de blessures longitudinales sont beaucoup moins apparentes que celles qui résultent de blessures transverses. Aussi, malgré une réunion complète, remarque-t-on que la solution de continuité causée par l'excision d'une pièce donne à la langue un aspect particulier: elle est divisée en deux parties séparées par le sillon de la cicatrice; une partie est plus étroite, comme si une langue plus petite eût été ajoutée à une plus grosse. A la suite de la même opération, la partie postérieure de la langue pourvue de grosses papilles se trouve ramenée plus en avant.

En palpant les langues opérées par section simple ou par excision d'un morceau triangulaire, peu de temps après l'opération, on sent un disque dur, vertical qui s'amollit avec le temps. Après l'excision, les mouvemens sont complètement libres; l'opéré a le sentiment d'un raccourcissement de la langue et d'un relèvement de la pointe de cet organe contre le palais. La section de la langue n'a aucune influence sur le sens du goût, qui paraît cependant être moins subtil dans les premiers temps qui suivent l'opération. On ne peut attendre un heureux résultat d'opérations pratiquées sur la pointe de la langue, qui auraient pour but de changer l'innervation viciée et de guérir le bégaiement.

J'ai fait quelquefois avec succès la section du frein de la langue sur des personnes qui avaient de la difficulté à prononcer; contre le bégaiement elle a été sans effet salutaire, ce qui était facile à prévoir. Quant à ce qui concerne les indications de cette opération, elles sont beaucoup plus difficiles à déterminer dans les cas particuliers que celles de l'opération du strabisme. L'importance d'une si grave opération, les dangers qui peuvent en résulter, la perte de la langue par la gangrène ou par une trop forte suppuration, ou même par la maladresse d'un assistant qui peut facilement la déchirer, sont autant de considérations qui demandent à être mûrement pesées et qui, jointes à la difficulté qu'elle présente, empêcheront des opérateurs peu exercés de vouloir la tenter. Dans ces derniers jours j'ai opéré quatorze bègues en enlevant une pièce triangulaire dans la langue. Chez tous, le bégaiement a entièrement cessé. Dans un temps où c'est généralement la mode de modifier les méthodes d'opération les plus simples et déjà reconnues comme bonnes, malgré les trois méthodes principales que j'ai indiquées, les chirurgiens auront ici un vaste champ pour faire des modifications et inventer des instrumens. On fera des incisions en croix, en travers, au-dessus et au-dessous de la langue; on se servira de caustiques; en emploiera des bistouris et des ciseaux courbes d'une manière nouvelle, d'autres crochets, d'autres pincettes; il n'y a pas jusqu'aux manches des instrumens que l'on corrigera et courbera de manière à ce que le jour puisse mieux tomber dans la bouche. Cette nouvelle opération fournit aux antiquaires en chirurgie une occasion de créer des noms nouveaux; je leur laisse même le soin de la baptiser d'un nom grec.

J'ai opéré jusqu'à présent dix-neuf personnes, dont plusieurs sont encore en traitement; toutes me font espérer un résultat satisfaisant.

M. le professeur Mueller a fait un examen anatomique de la portion excisée, et a trouvé qu'elle était formée en grande partie par le muscle génioglosse (le muscle propre de la langue), puis par le stylo et hypoglosse (muscles latéraux).

Cette malade est jeune, et nous avons déjà eu occasion de voir le peu de gravité relative que la pneumonie présente chez les jeunes sujets.

De quinze à vingt ans les pneumonies guérissent, c'est là la règle.

Nous nous sommes abstenu de la saignée dans ce cas. La potion stibiée a été administrée et un vésicatoire a été appliqué sur le côté affecté.

Sous l'influence de cette médication, le râle crépitant en retour s'est fait entendre, et maintenant la respiration est normale sur quelques points.

Ce simple traitement a suffi, parce que le sujet est placé dans des conditions d'âge favorables. Voyez combien il est important de tenir compte de toutes les circonstances, quand il s'agit de juger une méthode de traitement. En effet, il est des conditions qui ont une part si grande dans la guérison, d'autres dans la production de la mort, que l'on n'en saurait tenir un compte assez exact. K...

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT,

ADRESSÉ PAR M. AMUSSAT.

(Académie des Sciences, le 15 mars 1841.)

Pour résumer les faits principaux contenus dans le mémoire que je dois prochainement lire à l'Institut, je crois pouvoir établir les conclusions suivantes :

1° L'idée de guérir le bégaiement par la section des muscles de la langue est une conception chirurgicale toute nouvelle; elle dérive de la strabotomie, et celle-ci, comme le dit Stromeyer, dérive de la section des muscles du cou pour guérir le torticolis.

2° La section du frein ou filet de la langue, ses succès, ses insuccès surtout, et particulièrement l'idée vulgaire que les bègues ont la langue liée, auraient dû conduire plus tôt à la section des muscles génio-glosses.

3° A la même époque, M. Dieffenbach et moi nous avons pensé à faire la section des muscles de la langue pour guérir le bégaiement. Les procédés que nous avons imaginés sont fort différens. M. Dieffenbach coupe la langue elle-même, ses muscles intrinsèques dans toute l'épaisseur de cet organe à la partie supérieure de sa base. (*V.* la *Gazette médicale* du 18 mars 1841.) Je ne touche pas à la langue : je coupe deux muscles intrinsèques, il est vrai, mais à leur attache à l'os maxillaire.

4° Je crois avoir indiqué le premier que la cause du bégaiement résidait le plus souvent dans le défaut de conformation ou dans l'excès de contraction des génio-glosses, et que la langue était presque toujours raccourcie, déviée ou mal conformée. C'est cette idée, confirmée depuis par les faits nombreux que j'ai observés, qui m'a conduit au procédé que j'ai imaginé.

5° J'ai présenté le premier à l'Institut, le 15 février, et le 16 à l'Académie de médecine, des bègues opérés avec succès par la section des génio-glosses près de leur attache aux apophyses géni.

6° Les bègues que j'ai opérés jusqu'à présent sont au nombre de 33; sur ce nombre, 3 femmes seulement étaient affectées de bégaiement. Les autres résultats statistiques que j'ai obtenus ne sont pas encore appuyés sur un assez grand nombre de faits pour que je puisse en tirer des conclusions rigoureuses. En attendant, je dirai cependant que chez quelques bègues, l'hérédité et les convulsions dans l'enfance peuvent être considérées comme cause de leur infirmité.

7° Les résultats que j'ai obtenus par la section des muscles génio-glosses, sont tout à fait satisfaisans. Ils sont survenus quelquefois immédiatement après l'opération. D'autres fois, l'amélioration ne s'est manifestée qu'au bout de quelques jours. Parmi les bègues que j'ai opérés, il en est un certain nombre chez lesquels on trouverait difficilement des traces du bégaiement dont ils étaient affectés; chez d'autres, les résultats ont été moins complets. Enfin, sur six bègues, le premier temps de l'opération, c'est-à-dire la section complète du filet de la muqueuse et des tissus fibreux jusqu'aux muscles, a suffi seule pour faire cesser le bégaiement.

8° Enfin, les chirurgiens devront se hâter d'étudier cette nouvelle opération sur le cadavre et en faisant des expériences sur les animaux vivans (lapins, chiens et moutons), afin d'être en mesure de pratiquer sûrement cette opération qui doit prochainement, je l'espère, prendre rang à côté de la strabotomie.

Je me fais un devoir de prévenir les praticiens qu'il survient quelquefois pendant et après l'opération du bégaiement un accident sur lequel j'ai déjà insisté, c'est-à-dire l'hémorrhagie. Pour le faire cesser, j'emploie l'eau glacée en injections, ou des plumasseaux de charpie mélangée avec de la glace pilée en petits morceaux, et lorsque cela est nécessaire, je joins à ces moyens la compression avec deux doigts de chaque main placés dans la bouche sur la charpie, et prenant un point d'appui avec les pouces sous le menton et en arrière. Une seule fois j'ai été obligé, à cause de la persistance de l'hémorrhagie, d'avoir recours à un corps dur que j'ai placé sur la charpie en faisant serrer les dents. Enfin, si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait employer les styptiques, et même le fer rouge. Du reste, dans les cas ordinaires, j'ai renoncé aux styptiques et à l'eau de Rabel, qui m'ont paru augmenter l'inflammation.

Maintenant, relativement à la question de priorité, qu'il me soit permis de dire que j'ai communiqué mes idées sur les bègues à beaucoup de personnes et particulièrement à M. Phillips, avant qu'on sût que M. Dieffenbach s'occupait de ce sujet. M. Phillips me dit qu'il avait aussi pensé à faire pour les bègues ce que nous faisions l'un et l'autre pour les louches, et plus tard, le 8 février 1841, il écrivit à l'Institut qu'il avait opéré des bègues avec succès ; mais il n'a pas montré ses opérés, ni à l'Institut, ni à l'Académie de médecine, et il n'a même pas fait connaître jusqu'à présent le procédé qu'il avait employé.

Quant à M. Baudens, il a fait insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 mars 1841, c'est-à-dire trois semaines environ après ma première communication à l'Académie des sciences, un long commentaire du procédé que j'ai imaginé et décrit dans ma lettre adressée à l'Institut le 15 février (*voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 18 février). M. Baudens dit, dans cet article, que c'est à Dieffenbach que revient tout le mérite et l'honneur de la découverte de l'opération imaginée pour guérir le bégaiement. Mais je dois faire remarquer d'abord, que le procédé de M. Dieffenbach n'a été connu que le 8 mars ; que j'ai le premier pratiqué la section des génio-glosses, et que, d'ailleurs, le procédé dont parle M. Baudens, et qu'il paraît avoir employé, m'appartient complètement, puisque M. Dieffenbach agit dans un point de la langue tout à fait différent, et sur les muscles intrinsèques de cet organe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 16 mars.

Chirurgie vétérinaire. — *M. Bouley* prend la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Leblanc vous a présenté dans la dernière séance, dit-il, un cas d'étranglement intestinal interne dans le cheval. Bien que les cas de cette espèce soient assez fréquens, je demande la permission à l'Académie de l'entretenir d'un fait du même genre, mais bien autrement intéressant (1). Je veux parler d'un cas d'invagination intestinale observé sur une vache et guéri à l'aide de la gastrotomie... Ce fait se trouve publié dans le journal de médecine vétérinaire que je présente. La vache avait offert de fortes coliques pendant plusieurs jours ; le médecin vétérinaire ayant exploré l'animal par le rectum, son bras ayant été complètement porté dans cet intestin, lui a permis de sentir une sorte de tumeur dans la fosse iliaque, qu'il crut pouvoir attribuer à une invagination intestinale ; il a proposé l'opération que le propriétaire a acceptée ; il a incisé sur le flanc correspondant, a pénétré dans le péritoine et a été assez heureux pour tomber sur la tumeur ; il l'a attirée au-dehors et l'a trouvée formée par une anse d'intestin grêle invaginée dans une autre. Il a dépelotonné les parties, désinvaginé l'intestin en détruisant les adhérences existant entre les deux faces péritonéales, a pratiqué la suture de la plaie et l'animal est guéri. La maladie existait depuis sept jours au moment de l'opération.

Cette opération, qui a réussi chez le bœuf, serait, selon M. Bouley, beaucoup plus grave, sûrement mortelle même, chez le cheval. Aussi ne doit-on jamais la pratiquer chez cet animal. Il se fonde sur les opérations de hernie pratiquées à Alfort, par M. Renault, chez le cheval, et qui toutes ont été mortelles. Il ajoute, en terminant, que l'invagination intestinale est fréquente chez le cheval, et que deux fois, entre autres, il a trouvé le cœcum invaginé dans une grande étendue du colon.

M. Renault partage la manière de voir du préopinant. Il pense que l'opération en question serait sûrement mortelle chez le cheval, et il ajoute que la herniotomie elle-même conduit au même résultat.

M. Barthélemy rapporte le fait suivant : Un jeune cheval appartenant à un nommé Hervé, marchand de chevaux aux Champs-Elysées, offrait une hernie inguinale accompagnée de symptômes d'étranglement. Je l'ai opéré, non par la herniotomie, mais bien par la manœuvre du taxis par la voie rectale ; c'est-à-dire, j'ai introduit le bras dans le rectum, je suis arrivé jusqu'à la tumeur, et en exerçant des tractions à travers les parois du rectum, je suis parvenu à en opérer la réduction : l'animal guérit. Quelque temps après, la tumeur et les accidens d'étranglemens ont reparu ; j'ai voulu cette fois l'opérer par la castration dans l'intention de le guérir radicalement, mais il a succombé.

M. Cornac appelle l'attention de l'Académie sur l'intussusception intestinale chez l'homme. Il a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de fois cet accident, et il s'est convaincu par une douzaine d'autopsies, faites à la suite d'autres maladies, que l'invagination en question est chez l'homme moins grave qu'on ne le suppose, si elle n'est pas accompagnée d'étranglement. M. Cornac demande si quelques-uns de ses collègues n'auraient pas eu l'occasion de faire la même observation.

Plusieurs membres répondent affirmativement.

M. Dubois (d'Amiens) parle dans le sens de M. Cornac ; il dit qu'on trouve assez souvent des invaginations intestinales sur des sujets morts de fièvre typhoïde, sans qu'aucun symptôme ait dénoncé leur existence durant la vie. Il demande quelques explications sur le cas observé chez la vache dont a parlé M. Bouley.

Intoxication arsenicale. — *M. Chevallier* fait, au nom de M. Caventou et au sien, un rapport sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux traité *inutilement* par le docteur Bouillet à l'aide des oxydes de fer d'abord, puis des remèdes réputés diurétiques. Il s'agit d'une femme qui avait pris plusieurs grammes d'acide arsénieux : le docteur Bouillet voyant que les oxydes de fer ne répondaient pas à son attente, s'est rappelé les merveilles que le docteur Orfila a publiées à son de trompe dans les journaux politiques et de spectacles, voire même dans les almanachs, concernant les diurétiques, dans le but de faire filtrer le poison par l'appareil rénal comme à travers une manche d'Hippocrate ; il y a eu recours en prescrivant des tisanes nitrées, des bains de siége nitrés et autres choses de l'invention du doyen de l'Ecole ; mais, hélas ! la malade n'ayant pas uriné est morte ! M. Chevallier pense que si elle eût uriné, elle serait guérie : ce qui veut dire, selon sa logique, que ce fait confirme la bonté de la méthode de M. Orfila.

Passant ensuite aux recherches chimiques, M. le rapporteur fait voir que bien que la malade n'ait rendu que très peu d'urine, cette urine contenait de l'arsenic, au dire de M. Bouillet; ce qui vient encore confirmer les découvertes et autres inventions étonnantes du docteur Orfila.

M. Orfila demande la parole et lit une longue note sur le sujet de ce rapport. Il commence par établir que le colcothar est une mauvaise préparation de fer, puisqu'elle ne neutralise pas l'acide arsénieux. Il n'en est pas de même du peroxyde de fer : cette substance neutralise le poison, ainsi que l'a prouvé M. Guibourt, et que MM. Nonat, Sandras et Deville l'ont vérifié par des expériences avec le peroxyde de fer sec, qui est préférable au peroxyde hydraté ; mais une chose que ces messieurs n'avaient pas connue, et que M. Orfila prétend avoir découverte, c'est que l'arsénite de fer qui se forme dans les voies digestives est lui-même un poison, à la vérité moins toxique que l'acide arsénieux. Des chiens auxquels il dit avoir fait avaler de l'arsénite de fer sont morts avec tous les symptômes de l'empoisonnement, ce qui a lieu par le dégagement de l'acide arsénieux dans les voies digestives sous l'influence des différens acides qui s'y rencontrent. Néanmoins, M. Orfila persiste à croire utile le peroxide de fer sec comme moyen neutralisant.

L'auteur discute ensuite ou plutôt énonce en passant la question de savoir s'il est possible, dans une affaire médico-légale, de distinguer sur le cadavre l'arsenic provenant du peroxyde de fer qu'on aurait ingéré au malade durant la vie, de l'arsenic provenant de l'empoisonnement ; il la résout affirmativement, sans dire d'une manière intelligible comment.

M. Orfila arrive enfin à la question du traitement. Pourquoi, dit il, la méthode diurétique que j'ai préconisée avec tant de fondement n'a-t-elle pas réussi chez la femme qui fait le sujet de l'observation de M. Bouillet, et pourquoi a-t-elle échoué aussi, à ce qu'on me dit, sur les chevaux sur lesquels on vient de l'expérimenter ? C'est que la femme n'a point uriné ; si elle eût uriné, elle serait guérie, ainsi que vous l'a dit si savamment M. Chevallier. Je n'ai pas prétendu que ma méthode fût infaillible : on sait que les meilleures méthodes échouent quelquefois. Vous traitez avec succès les congestions cérébrales et l'apoplexie à l'aide de la saignée, mais vous n'empêchez pas tous les malades de succomber. Ce fait cependant prouve ce que j'ai avancé dans mon dernier mémoire, savoir : que lorsqu'un sujet empoisonné par l'acide arsénieux n'urine pas abondamment, il est perdu. J'ai prouvé d'ailleurs par d'innombrables expériences, en présence d'un auditoire également innombrable, qu'en faisant uriner les animaux, à l'aide des diurétiques on les guérissait, et que l'urine contenait de l'arsenic.

MM. Flandin et Danger ont prétendu que l'urine ne contenait pas d'arsenic ; ils se trompent ; il n'y en a pas dans quelques cas seulement : c'est lorsque la mort arrive avant que le poison ait eu le temps de s'évacuer dans l'appareil urinaire.

En résumé, l'auteur pense : 1° que si la malade de M. Bouillet est morte, c'est parce qu'elle n'a pas uriné, ce qui veut dire que c'est l'organisme de la malade qui a tort et non la méthode dite diurétique ; 2° que si, dans les expériences sur les chevaux, la méthode a échoué, c'est aussi parce que ces animaux n'ont pas uriné et qu'ils n'ont pas vomi ; 3° que MM. Flandin et Danger sont dans l'erreur relativement à l'état arsenical des urines.

M. Chevallier regarde le peroxyde de fer comme un excellent antidote de l'arsenic. Des cas de guérison, dit-il, ont été observés en Angleterre, en Hollande, en Allemagne et en Belgique, même dans des cas où l'empoisonnement existait depuis quelque temps.

M. Bally demande si le peroxyde de fer est aussi un contre-poison de l'acide arsenique.

M. Cornac n'entre pas dans la question chimique ; mais il désirerait savoir si, lorsque le médecin est appelé auprès d'un sujet empoisonné par l'acide arsénieux et que les symptômes se sont déjà déclarés depuis quelque temps, ainsi que cela a lieu le plus souvent, que l'absorption est par conséquent effectuée, et que le surplus des voies digestives a été rejeté par le vomissement et les selles, il y a avantage à administrer le neutralisant chimique en question.

M. Chevallier répond affirmativement. Il pense, d'après les manipulations qu'il a faites avec l'arsenic et le peroxyde de fer, que les choses doivent se passer dans le corps de l'homme comme dans les cornues du laboratoire, et que malgré l'absorption, le peroxyde est toujours le contre-poison par excellence. En conséquence, il le croit utile, à quelque époque que ce soit de l'empoisonnement.

M. Orfila ne partage pas la manière de voir du préopinant. Il ne peut accorder que le peroxyde de fer soit un excellent contre-poison de l'arsenic, puisque le composé de ces deux corps est lui-même un poison mortel, en supposant d'ailleurs que la poudre arsenicale pût se combiner avec le peroxyde. Lorsque l'absorption est opérée, comme l'a dit M. Cornac, il y a toujours avantage de l'administrer, puisqu'il pourrait neutraliser la portion restante dans les voies digestives. Cependant, si la portion absorbée est suffisante pour produire la mort, évidemment le peroxyde de fer est inutile.

M. Bouley donne quelques détails sur les expériences qu'il avait faites avec le peroxyde de fer sur les chevaux ; il dit que lorsqu'il administrait cette substance au-delà de deux heures après l'ingestion du poison, la mort des chevaux était inévitable.

Dissolution des calculs urinaires. — *M. Leroy d'Etiolles* continue la lecture de son mémoire sur la dissolution des calculs urinaires à l'aide des alcalis. Sa conclusion est que les alcalis ne dissolvent pas les calculs dans la vessie, mais qu'ils modifient quelquefois l'état des organes malades.

Anatomie appliquée à la médecine légale. — *M. le docteur Briquet* lit une note que l'Académie a écoutée avec un vif intérêt, ayant pour titre :

Etat anatomique des artères de l'utérus à des époques éloignées de la grossesse. — Plusieurs jours après l'accouchement, les ulcères de l'utérus forment, comme chacun sait, des lignes fortement ondulées, à sinuosités très profondes et très régulières.

A mesure que se fait le retrait de l'utérus, les artères suivent cette réduction en changeant de position. Leurs sinuosités ne pouvant plus se rapprocher davantage, puisque leurs bords voisins se touchent, chacune de ces sinuosités éprouve un mouvement de locomotion par lequel, de parallèle qu'elle était aux faces de l'utérus, elle lui devient perpendiculaire, de façon que de leur ensemble il résulte une hélice.

Ce mouvement s'opère graduellement ; ainsi dix à douze jours après l'accouchement les artères sont déjà en partie en lignes ondulées et partie en spirales.

Quand plusieurs mois après l'accouchement l'utérus a pris son retrait complet, les artères sont disposées complètement en hélices. Chaque hélice forme un cylindre régulier de six à huit millimètres de longueur et d'un à deux millimètres de diamètre, ayant son axe en ligne droite. La direction de la spirale est telle que si l'on se place de manière à regarder l'artère, de son point d'origine vers sa terminaison, le point d'origine étant placé le plus près de l'observateur, on trouve que toutes les hélices sont distordues, c'est-à-dire que chaque spire, quel que soit le lieu où se trouve l'artère, va de la gauche de l'observateur à sa droite, et de la surface de l'utérus vers sa profondeur.

L'artère qui forme chaque hélice a très notablement diminué de volume, mais le canal s'y conserve libre dans toute son étendue. Le plus souvent il est vide de sang ; les parois en sont épaisses et jaunes.

Ces hélices se trouvent en grand nombre sur les deux faces de l'utérus ; la plupart se dirigent des bords de l'organe vers la ligne médiane, en se tenant toujours dans une place parallèle à ces faces.

L'état hélicoïde est le dernier terme du retrait des artères utérines ; vingt, trente et quarante ans après la grossesse, elles se présentent dans les mêmes apparences que quelques mois après l'accouchement.

Les hélices ne paraissent pas être plus nombreuses dans les utérus qui ont été plusieurs fois fécondés, que dans ceux qui ne l'ont été qu'une fois.

(1) M. Bouley n'a probablement pas examiné attentivement la pièce intéressante présentée par M. Leblanc ; il aurait vu que, loin d'être fréquente, la lésion observée par M. Leblanc n'a peut-être pas d'autre exemple dans la science. Ce qui en constitue la rareté, c'est l'étranglement formé par une tumeur pédiculée qui entourait l'intestin en forme de corde, en passant à travers une perforation du mésentère, infiniment plus petite que le volume de la tumeur elle-même, ce qui a fait penser avec raison que le nœud étranglant devait être organisé depuis très long-temps, et que la tumeur avait dans cette position végété, augmenté de volume, en même temps que la perforation mésentérique s'était considérablement rétrécie. *(Note du Réd.)*

Comme ces hélices se trouvent réunies en masses dans une des couches fibreuses de l'utérus, il en résulte un caractère très tranché et très précis de l'existence d'une grossesse antécédente. Si donc l'on coupe un utérus au moyen d'une section faite à son corps dans un plan perpendiculaire, oblique ou parallèle à la ligne médiane de l'utérus, on voit sur les deux faces de la section une zone d'un jaune pâle, de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, formant une couche régulièrement concentrique située beaucoup plus près de la face externe que de la face interne, et dont la nuance tranche d'une manière très frappante sur le gris-bleu ou sur le gris-rosé du tissu de l'utérus, et si l'on examine de près, on voit que cette couche est formée par les hélices utérines pressées les unes contre les autres.

Si, au contraire, on fait une section parallèle aux faces de l'utérus, on aperçoit assez facilement, même à l'œil nu, les hélices dont il vient d'être fait mention.

L'auteur démontre sur deux pièces anatomiques l'exactitude des faits qu'il a établis dans son travail.

Séance levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Belhomme.

Dans la séance du 4 février, la Société, sur un rapport présenté par M. Gillette, s'est occupée de réviser son réglement et d'y faire quelques modifications utiles. Ainsi, l'ancien réglement exigeait que toute personne qui demandait à faire partie de la Société fût présentée par deux membres : cette condition est abolie; mais en ne demandant plus à chaque candidat d'autre patronage que celui de ses propres œuvres, la Société a imposé aux trois commissaires chargés du rapport de présentation le soin de rechercher quelles sont les garanties de moralité données par le candidat. C'est une précaution que nous ne saurions trop approuver dans un temps où les charlatans se multiplient, où ils sont à l'affût de tout moyen de publicité; les sociétés savantes doivent travailler à se recruter parmi les médecins honnêtes, et à éloigner tous individus qui déguisent l'exploitation sous les apparences de discussions scientifiques.

Dans la séance du 17 février, voici les principaux sujets qui ont été traités.

Strabisme. — *M. Mojon* adresse une note dans laquelle il combat l'opération de la ténotomie oculaire chez les enfans affectés de strabisme. L'honorable membre a souvent eu occasion de voir cette affection disparaître à l'âge de la puberté. Chez les enfans, en effet, la cause du strabisme peut être une surexcitation du système vasculaire cérébral qui se dissipe peu à peu avec l'âge. De plus, cette déviation du globe oculaire peut dépendre de quelque anomalie du nerf optique, de la rétine ou des autres composans de l'œil, et dans ces cas, qui sont moins rares qu'on ne le pense, quel sera le résultat de la section des muscles moteurs de l'œil, si ce n'est de perpétuer un strabisme qui aurait pu se guérir par d'autres moyens? S'il est flatteur d'accumuler dans les journaux de longues listes d'opérés, il serait plus conforme aux règles d'une médecine raisonnée de mettre en parallèle les cas où l'on a pu soustraire à l'opération des enfans chez lesquels le temps, aidé de quelques soins hygiéniques et thérapeutiques, a rétabli la direction de l'axe visuel.

M. Rognetta appuie les idées émises dans la note précédente, et repousse fortement l'opération avant l'âge de puberté. Il cite à ce sujet les deux observations suivantes : Un enfant de dix-huit mois était atteint d'un double strabisme; il n'employa qu'un traitement général propre à combattre l'excitation encéphalique. A l'âge de cinq ans, la guérison était complète.

Une jeune personne de dix ans était affectée de strabisme d'un côté depuis l'enfance. Aujourd'hui la puberté s'est établie, et la guérison a été accomplie par les seuls efforts de l'organisme.

M. Brière de Boismont cite l'exemple d'une autre jeune fille, chez laquelle le strabisme ne se montre que d'une manière irrégulière, et se suspend quelquefois pendant plusieurs semaines pour durer ensuite pendant quelque temps.

M. Caffe repousse également l'opération chez les jeunes enfans, qui peuvent souvent guérir de toute autre manière. L'existence des taies, qui forcent l'axe visuel à se dévier, un strabisme divergent léger, donnant à la physionomie un certain agrément, sont aussi des contre indications de la ténotomie. Quant à cette opération, qui fut pour la première fois pratiquée sur le cadavre, en 1812, par Stromeyer, il est à craindre qu'elle ne soit trop multipliée.

M. Cornac partage la même opinion; il a vu un certain nombre d'enfans qui étaient devenus strabiques en recevant obliquement la lumière dans leur berceau, guérir plus tard à l'aide de lunettes appropriées à la déviation.

M. Rognetta rappelle à ce propos l'observation consignée dans Wardrop, d'une femme qui retenue long-temps au lit par une coxalgie, dans une chambre où elle ne recevait le jour que par une fenêtre élevée, fut atteinte de strabisme

Observation d'une fistule des sinus frontaux, chez une femme de trente-six ans, d'une santé robuste, recueillie par *M. Bourjot-Saint-Hilaire.* — Cette affection, qui date d'un an, commença vers la région sus-orbitaire gauche, par une tumeur fluctuante, qui fut ouverte par le bistouri. Une cicatrice s'est établie sur ce point. Mais si on vient à presser assez fortement sur cette cicatrice, il s'écoule par le nez une humeur mucoso-purulente. Il existe de l'empâtement au front et au pourtour de l'œil. Cette femme prétend n'avoir à reprocher à son mari que des coups sur la tête. Cependant l'auteur de l'observation croit devoir traiter cette malade par les mercuriaux associés à la ciguë.

Cataracte traumatique, par le même médecin. — Il y a huit jours, un enfant, jouant avec un pistolet, s'amusait à faire partir des amorces fulminantes. L'éclat d'une de ces amorces frappa la cornée sans l'entamer; cependant, dès le lendemain il s'était formé une cataracte capsulaire résultant de la commotion.

Paralysie essentielle. — *M. Piedagnel* a dernièrement fait l'autopsie d'un homme qui, atteint depuis long-temps d'hémiplégie complète, sans perte de la sensibilité, survenue brusquement, succomba à une nouvelle attaque d'apoplexie. L'examen le plus minutieux de l'encéphale n'y a fait découvrir aucune altération sensible. L'auteur s'abstient de réflexions sur ce fait, qu'il ne veut que joindre à ceux du même genre déjà consignés dans la science.

M. Cornac a vu un grand nombre de paralytiques, et il lui est arrivé de ne trouver quelquefois aucune lésion, ou de rencontrer des lésions qui n'étaient pas en rapport avec certaines théories. Il peut, par exemple, citer l'observation d'un homme qui vient de succomber après trois années de séjour dans son service : cet homme avait perdu la mémoire, et ne pouvait jamais terminer une phrase. L'autopsie a montré de fausses membranes épaisses à la surface du cerveau, et la pulpe cérébrale endurcie; mais il n'existait aucune différence entre les parties antérieures et les parties postérieures.

M. Nonat croit aussi que des troubles graves du mouvement ou de la sensibilité peuvent n'être accompagnés d'aucune lésion appréciable. Mais il n'a observé ces faits que chez des femmes hystériques. Entre autres, une femme présente une douleur très vive dans la région du dos; à cette douleur succède une paralysie des parties inférieures du corps; la paralysie s'étend aux muscles respirateurs; la femme meurt asphyxiée, et l'autopsie ne révèle tout au plus qu'un peu d'injection dans le cervelet.

M. Giraldès combat la doctrine des localisations. Il a vu, chez un individu qui avait perdu la mémoire des noms, les lobes antérieurs du cerveau n'offrir aucune altération.

M. Brière a observé, dans le service de M. Louis, une femme chez laquelle une hémiplégie succéda à une hémorrhagie abondante. L'hémiplégie se dissipa. Une hémorrhagie nouvelle emporta la malade; mais la cause de l'hémiplégie resta inconnue.

MM. Bourjot et *La Corbière* ne regardent ces faits que comme exceptionnels, et s'appuient sur d'autres faits qu'ils croient plus nombreux, pour soutenir la localisation.

M. Nonat pense que la localisation ne peut se faire que dans des limites très étendues. Il a vu les lésions des lobes antérieurs, moyens, postérieurs, dès qu'elles sont un peu profondes, produire un trouble général et non un trouble partiel. Il est impossible, chez les animaux, de faire disparaître les fonctions une à une. Les faits pathologiques viennent confirmer les vivisections. Un homme reçoit dans la tête une balle de pistolet qui traverse les lobes antérieurs. Dans les premiers jours la parole et les facultés intellectuelles sont conservées. Plus tard arrive le coma et la mort.

M. Bérigny repousse les vivisections comme moyen de combattre la phrénologie. Des lésions produites chez les animaux, on ne peut rien conclure pour les fonctions intellectuelles de l'homme. D'ailleurs, les crânes des animaux présentent des formes extérieures qui ont beaucoup plus d'importance, et dont l'observation conduit à des résultats certains.

Ces conclusions sont combattues avec force par M. Géraldès qui montre que chez un grand nombre d'animaux, les reptiles par exemple, et même parmi les mammifères, chez les cétacés la forme antérieure de la tête ne donne aucun résultat.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE.

Religieuse de l'hôpital Saint-Louis accusée d'homicide involontaire.

Le 30 août 1840, la femme Rollin mourut empoisonnée à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait pris dans un bouillon du deuto-chlorure de mercure en place de sel de Glauber (sulfate de soude) que la sœur Gabrielle avait cru lui remettre.

Par suite de ce fait, la sœur Gabrielle a comparu en Police correctionnelle le 13 mars, sous la prévention d'homicide involontaire.

M. Camusat de Busseroles, avocat du roi, s'étonne de ce que les réglemens administratifs aient été aussi mal observés à Saint-Louis pour qu'un accident aussi grave ait eu lieu. Il signale à l'attention des magistrats et de l'administration ce fatal relâchement qui a eu de si funestes effets.

L'article 73 du réglement veut que les médicamens et leur emploi soient continuellement surveillés par le médecin, soit par le pharmacien ou leurs élèves. La cause prouve que cette surveillance n'a pas eu lieu, puisqu'une fille de service a eu du poison à sa disposition. En effet, la sœur Gabrielle donne pour excuse qu'elle a reçu le prétendu sel de Glauber d'une fille de service sortie quinze jours auparavant.

Après la plaidoirie de Me Ledru, le tribunal a décidé que s'il y avait eu homicide par imprudence, ce n'était pas par le fait de sœur Gabrielle. Elle a en conséquence été renvoyée de la plainte.

(Le Temps.)

Notre intention n'est pas de revenir sur le prononcé du jugement, car une condamnation n'eût rien amélioré dans cette affaire; nous ferons seulement remarquer quelles conséquences peut avoir l'oubli ou l'inexécution des réglemens. Ainsi, pourquoi une fille de service avait-elle des paquets de deuto-chlorure à sa disposition? Pourquoi la sœur Gabrielle les a-t-elle gardés quinze jours sans les remettre à l'interne en pharmacie? Pourquoi les a-t-elle administrés après la prescription du médecin; tandis que l'interne remet, ou doit remettre chaque jour dans la salle les médicamens prescrits pour la journée? L'observation de ces règles si simples eût prévu un malheur irréparable. Pour nous, qui ne faisons pas de sentiment hors de propos, et qui avons mieux que les avocats l'habitude des usages des hôpitaux, nous disons que trop souvent, dans ces maisons, de semblables oublis sont commis; souvent les religieuses y accaparent, bon gré, malgré, des habitudes tout à fait incompatibles avec l'esprit des réglemens, et y abusent de l'autorité qu'elles ont ainsi conquise. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1839, une religieuse refuser d'ouvrir au chirurgien en chef le placard contenant les instrumens de chirurgie, sous prétexte que le malade que l'on allait amputer ne guérirait pas; une seconde contester au médecin chargé du service de ses salles, le droit de recevoir des malades atteints de *syphilides cutanées*, sous prétexte qu'ils étaient atteints de *maladies vénériennes*, etc. Nous avons vu à la Salpêtrière, une surveillante, qui n'avait pas voulu consulter l'interne de ses salles, frictionner le ventre d'une hydropique avec de l'acide nitrique destiné à examiner les urines. En 1839, et sans doute encore aujourd'hui, ce qui expliquerait fort bien l'accident que nous rapportons, les religieuses de certaines salles avaient à leur disposition une provision de pilules, d'*extrait d'opium*, de *cynoglosse*, de *proto-iodure*, de *deuto-iodure* de mercure, et d'une foule de médicamens très actifs employés contre les maladies syphilitiques, cancéreuses ou cutanées. Elles les administraient sur prescription, il est vrai, mais la moindre erreur pouvait avoir de graves conséquences; tandis que l'observation du règlement, qui exige que les médicamens soient apportés par le pharmacien ou son interne, et administrés sous leur surveillance, préviendrait tout accident.

L. M.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.

Épreuve de chirurgie pratique.

Mercredi, 17 mars 1841.

Amputation dans l'articulation huméro-anti-brachiale; pansement.

MM. Thierry.
Blandin.

Les épreuves publiques sont terminées; reste l'appréciation des titres antérieurs, après laquelle la nomination sera faite.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 20 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 36, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Traitement chirurgical du bégaiement.

Le génie chirurgical de notre époque est fécond en découvertes. Sans parler des méthodes et procédés qui enrichissent chaque jour la médecine opératoire, on voit surgir de temps à autre des opérations tout à fait nouvelles qui paraissent destinées à donner à la chirurgie la faculté de résoudre certains problèmes thérapeutiques dont la solution n'avait pas encore été trouvée, ou du moins ne l'avait été que d'une manière plus ou moins incomplète.

L'année qui vient de s'écouler a donné naissance au traitement chirurgical du strabisme ; il s'agit aujourd'hui d'appliquer le même ordre de moyens au bégaiement.

La section des muscles rétractés de l'œil pour guérir le strabisme est maintenant une opération jugée : des masses de faits sont venues en constater les heureux résultats et en proclamer la parfaite innocuité. Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* sont d'ailleurs trop bien au courant de cette opération pour que je croie pouvoir me dispenser de rappeler tout ce qui a été dit et écrit sur ce sujet. Notons cependant qu'il est une considération capitale sur laquelle le dernier mot n'a pas encore été dit d'une manière tout à fait satisfaisante : je veux parler des indications et des contre-indications de l'opération. L'opinion générale est encore si peu fixée sur ce point, que les uns opèrent tous les louches, tandis que d'autres s'abstiennent dans certaines circonstances. N'est-ce pas là l'origine de la plupart des insuccès? Cette remarque, qui d'ailleurs a déjà été faite, mérite de fixer toute l'attention des praticiens.

L'application de la ténotomie à la direction vicieuse des yeux devait naturellement se présenter à l'esprit des chirurgiens. La cause matérielle de cette difformité était évidente : il fallait couper la *corde* qui retenait l'œil dans une position anormale. Ce qui devrait étonner, c'est qu'on ait tardé si long-temps de mettre en pratique une pareille ressource. Mais, disons-le tout de suite, l'indication d'une opération analogue pour guérir le bégaiement est loin d'être aussi évidente. Il semblerait même *à priori*, et d'après la physiologie de la prononciation, que la section d'aucun des muscles de la langue ne puisse jamais rendre la liberté de la parole aux bègues. Déjà même M. Gerdy, qui a fait de longs et consciencieux travaux à ce sujet, s'est élevé avec force contre cette opération. (Acad. de médecine, séance du 16 février.) Toutefois, nous sommes forcé de le dire, M. Gerdy ne nous paraît pas suivre une marche très scientifique dans l'examen de cette question. En effet, il ne s'agit pas de discuter ici sur la physiologie de la prononciation : les faits ont une valeur bien autrement puissante que toutes les théories. Quelque confiance qu'on puisse avoir à une idée, on doit être toujours disposé à en faire le sacrifice dès que des faits authentiques, convenablement appréciés, viennent la contredire. Or, là est toute la question qui est en ce moment à l'ordre du jour dans le monde chirurgical. Des chirurgiens haut placés dans la science disent avoir pratiqué cette opération et avoir réussi. Que doivent faire les praticiens sages et amis de la vérité? on ne peut leur imposer une croyance aveugle ; on ne jure plus aujourd'hui sur la parole d'un autre. Il faut voir, il faut expérimenter, surtout lorsque, comme dans cette circonstance, l'expérimentation n'offre pas de dangers sérieux. Ce n'est qu'après cela qu'on sera en droit de porter un jugement rationnel et définitif. Ces considérations exigeraient sans doute de plus grands développemens dans lesquels nous ne pouvons point entrer ici. Cependant, nous croyons en avoir dit assez pour être bien compris.

En résumé, il doit être évident pour tous les chirurgiens que l'expérience et l'observation peuvent seules donner une solution satisfaisante à la question qui préoccupe en ce moment tous les hommes de l'art. Le devoir de la presse médicale consiste donc à mettre sous les yeux des praticiens tout ce que l'on dit et tout ce que l'on fait sur cette matière.

Déjà la *Gazette des Hôpitaux* a entretenu, à différentes reprises, ses lecteurs du traitement chirurgical du bégaiement ; nous allons rapporter une leçon générale faite il y a peu de temps sur ce sujet, par M. Velpeau. Voici le résumé exact des idées qu'il a émises.

En 1837, dit M. Velpeau, j'avais en même temps dans mes salles trois ou quatre blessés affectés de bégaiement, et chez lesquels je crus remarquer une conformation particulière de la voûte palatine. Ayant observé la même disposition chez quelques autres bègues à ma consultation publique, je m'étais demandé si là n'était pas l'origine ou la cause prédisposante de leur difformité. Cette conformation de la voûte du palais étant caractérisée par une profondeur, une concavité qui me parut insolite, me donna l'idée d'une opération pour guérir le bégaiement. J'en parlai publiquement à ma clinique, sans dire toutefois en quoi consisterait l'opération que j'avais projetée, ne voulant pas m'avancer trop avant d'y avoir réfléchi davantage, avant de m'être livré à quelques essais.

Examinant ensuite la question sérieusement, voyant que la voûte palatine des bègues n'est pas toujours conformée de la même manière, reconnaissant d'ailleurs que le bégaiement lui-même offre une foule de variétés et paraît dépendre de causes très diverses, je finis par trouver peu raisonnable ma première pensée, et je cessai de lui donner suite... Elle me revint, toutefois, aussitôt après l'annonce de la première opération pratiquée par M. Dieffenbach. Ce chirurgien ayant, dit-on, laissé dire dans les journaux politiques qu'il venait de guérir le bégaiement par une opération pratiquée sur la langue, je crus qu'il n'y avait plus d'imprudence à s'occuper sérieusement d'un pareil projet. Comme nous ne savions point en quoi consistait l'opération pratiquée par le chirurgien de Berlin, chacun fut livré à ses propres recherches à cet égard. M. Phillips pratiqua la première opération à Paris ; mais il n'a pas encore jugé convenable de faire connaître la méthode qu'il a adoptée. Quant à moi, j'en revins aussitôt à ce que j'avais imaginé trois ans auparavant. Voici le raisonnement que je m'étais fait alors : si la voûte palatine est trop creuse, il doit être difficile au dos de la langue de se mouler convenablement sur elle. Pour rendre son élévation plus facile, il semble que dans quelques cas il conviendrait de pratiquer la section des muscles hyo-glosses, dans d'autres celle des muscles stylo-glosses, dans un plus grand nombre celle des génio-glosses ; de même qu'il pourrait être utile d'inciser en travers les muscles propres de la langue, ou bien d'enlever un triangle dorsal de la pointe de cet organe.

Ces différentes opérations seraient, en conséquence applicables, chacune en particulier, à quelque variété spéciale du bégaiement. La section des génio-glosses me parut tout d'abord mériter une certaine confiance. Attachés en avant aux apophyses géni, derrière la mâchoire, s'épanouissant en éventail d'un autre côté à toute la longueur de la langue, depuis l'os hyoïde jusqu'à la pointe de cet organe, et presque sur la ligne médiane, ces muscles remplissent évidemment un grand rôle dans l'action du langage. D'ailleurs, une opinion vulgaire qui a donné lieu à beaucoup d'expériences passées inaperçues ; c'est-à-dire l'idée qu'on a de la section du filet, me revint à la pensée. N'est-il pas certain, en effet, qu'une foule de femmes et de commères croient à la nécessité de couper le frein de la langue aux jeunes enfans, pour les faire parler, pour les empêcher de bégayer? Or, qui ne sait que dans le filet se trouve souvent comprise une portion des muscles génio-glosses? et qui ne sait aussi que, par l'incision du frein, la parole est rendue plus facile chez un certain nombre de jeunes sujets. Partant de là, je n'hésitai plus dans mon projet d'opération.

Le 11 février dernier, MM. Estevenet et Giraldès, prosecteurs à l'amphithéâtre des hôpitaux, m'amenèrent un jeune bègue qui désirait être débarrassé de son infirmité. Voulant me livrer encore à quelques essais sur le cadavre, je ne l'opérai que le 14 du même mois.

Le jeune homme qui m'était adressé, et dont le bégaiement était très prononcé sur presque toutes les lettres, fut opéré dans cet amphithéâtre, en présence d'un assez grand nombre de médecins et d'élèves. Voici comment je procédai à l'opération :

Lui ayant fait élever et tirer fortement la langue au dehors, je saisis la pointe de cet organe avec la main gau-

---

FEUILLETON.

THÈSES DE CONCOURS POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANALYSE (1).

Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne. — Opération que ces maladies réclament (2). — M. Bérard (Auguste).

Les opérations que l'on pratique dans la région parotidienne ne sont pas extrêmement nombreuses ; cependant cette région, en raison des élémens compliqués qui entrent dans sa composition, offre encore, quoique peu étendue, un certain nombre de maladies auxquelles le chirurgien est obligé d'opposer les secours de son art. En effet la plupart des opérations qui ont été imaginées pour le traitement des tumeurs des parties molles peuvent être employées à combattre celles que nous voyons naître dans la région parotidienne. La compression, la ponction, l'incision, l'excision, l'extirpation, la cautérisation, la ligature, l'interruption du cours du sang dans les vaisseaux qui se distribuent à la parotide, etc., sont autant de moyens dont on devra faire usage, selon que l'on aura à traiter une hypertrophie de la glande, un abcès, un kyste, une tumeur de mauvaise nature, etc. Nous allons donc parler successivement dans autant de sections séparées des opérations que réclament les tumeurs cancéreuses, lymphatiques, les abcès, les kystes, les tumeurs salivaires, etc.

Après un exposé fort clair et fort bien tracé de l'anatomie chirurgicale de la région parotidienne, M. A. Bérard aborde le développement du cadre qu'il s'est imposé.

1° *Tumeurs cancéreuses.* Les unes sont situées au dehors de l'échancrure parotidienne proprement dite : elles restent superficielles ; les autres occupent la plus grande partie ou la totalité de l'échancrure qui renferme la glande salivaire, et de là font une saillie plus ou moins considérable du côté du cou ou de la face. Il y a donc des cancers profonds et superficiels.

Les cancers profonds, appelés encore squirrhes de la parotide, seraient fréquens si l'on accordait une confiance entière aux observations publiées : M. A. Bérard professe au contraire que cette espèce de cancer est une maladie rare; que les auteurs ont décrite sous le nom de cancer de la parotide des altérations qui n'ont pas toujours le même siége ; qu'elles peuvent occuper les ganglions lymphatiques placés soit en dehors, soit en dedans de l'aponévrose, soit dans l'épaisseur du tissu fibreux de la glande ; enfin qu'elles peuvent siéger dans le parenchyme de la parotide. Quel que soit le point de départ de la maladie, la masse morbide peut être enlevée de l'échancrure parotidienne. Quant au squirrhe de la glande elle-même, l'extirpation est indispensable; cette opération longue, douloureuse et difficile, est suivie de succès dans le plus grand nombre de cas ; les récidives sont assez rares.

Il nous est impossible, vu les limites réservées à cette analyse, de tenir compte ici des recherches auxquelles M. A. Bérard s'est livré pour arriver à ces conclusions sur un sujet aussi controversé que celui qui nous occupe, nous dirons seulement que son opinion est motivée par l'examen minutieux et raisonné des principaux faits renfermés dans les archives de la science. Cinquante-deux observations ont été réunies et sont rapportées dans ce travail sous les chefs suivans : 1° Faits sans valeur faute de détails; 2° Faits dans lesquels la tumeur recouvrait seulement la parotide ; — 3° Faits dans lesquels il y a eu ablation soit probable, soit partielle d'une portion de la glande ; — 4° Faits dans lesquels la glande a probablement été enlevée en totalité ; — 5° Faits dans lesquels l'ablation totale a certainement été faite. Par le secours de cette méthode, il a été facile à M. A. Bérard de faire jaillir d'observations éparses çà et là une histoire complète du cancer parotidien, et de rendre compte d'une foule de particularités peu connues ou mal observées.

Tout ce qui concerne le caractère de la maladie, les indications et les contre-indications à l'opération ; la description du procédé opératoire à suivre et de ses conséquences, a été commencé et décrit avec le plus grand soin.

Le cancer superficiel de la région parotidienne débute le plus souvent par la peau, comme dans les autres parties de la face ; tant qu'il n'a qu'une étendue limitée, on doit en pratiquer l'ablation et compléter la cure avec la pâte arsenicale. Les limites sont-elles considérables en largeur, il ne serait pas prudent d'avoir recours au caustique ; c'est l'extirpation que le chirurgien doit employer.

2° *Tumeurs lymphatiques.* Ces tumeurs, dues à l'engorgement des ganglions lymphatiques, peuvent être aiguës ou chroniques. Celles du premier genre tombent rarement dans le domaine de la chirurgie ; quant aux autres, les opinions des auteurs sur l'opportunité de leur extirpation offrent de nombreuses dissidences. M. Bérard, sans entrer fort avant dans la discussion, se prononce avec MM. Velpeau, Sédillot, etc., pour l'opération, dont il indique les principales circonstances, selon que l'on a recours à l'extirpation ou bien à la ligature en masse, selon le procédé de M. Mathias Mayor. Ce dernier moyen ne doit être réservé que pour les cas exceptionnels.

3° *Tumeurs inflammatoires et abcès.* Lorsque les abcès sont superficiels et bornés, leur thérapeutique est celle des abcès des autres régions. Dans les cas d'érysipèle de la face ou du crâne, lorsque la région parotidienne participe à l'inflammation et que le gonflement prend l'apparence phlegmoneuse, il faut inciser les tégumens le plus vite possible. Dans les cas d'abcès sous-aponévrotiques, il faudra donner issue au pus dès le début de la suppuration, sous peine d'accidens locaux fort graves. Il existe une variété rare du phlegmon de cette région, c'est la suppuration des grains mêmes de la glande, avec expulsion du pus par le canal de Sténon. Lorsqu'on reconnaîtra cette maladie, il ne faudra recourir à l'instrument tranchant que lorsque le phlegmon se sera propagé aux tissus ambians, et qu'un abcès se sera formé dans le tissu cellulaire de la parotide. La dernière section de ce chapitre est consacrée au traitement local des oreillons.

4° *Tumeurs.* On a rapporté des observations de tumeurs fibro-graisseuses considérables formées aux dépens du tissu cellulaire péri-parotidien. Wardrop et Warren ont extirpé des masses de cette espèce. Dupuytren et Liston ont été témoins de la formation de tumeurs mélaniques dans la région parotidienne. L'extirpation offre peu de chances dans ces cas, vu la tendance de ce tissu à repulluler.

(1) Les thèses présentées pour la chaire de médecine opératoire ont porté sur divers points fort importans de chirurgie, et reproduisent pour ainsi dire l'état actuel de la science pour certaines questions spéciales. Nous avons pensé qu'il serait de quelque utilité d'en donner une analyse rapide, non pas dans le but d'établir une appréciation du mérite relatif de ces travaux, mais bien pour faire connaître à ceux de nos lecteurs qui sont éloignés de Paris dans quel sens ont été décidées par les auteurs certaines questions essentiellement pratiques, les unes encore neuves, les autres encore peu éclaircies, que le sort avait assignées à quelques uns des compétiteurs.

(2) Paris, Germer Baillière ; in-8°, 215 pages, avec planches ; 4 fr. 50 c.

che garnie d'un linge sec, et je pratiquai, à l'aide d'une lancette, une ponction sur le côté droit de la racine du frein, très près de la mâchoire inférieure. Engageant ensuite par cette ouverture un ténotome presque perpendiculairement à trois centimètres environ de profondeur, je coupai en travers la totalité de la racine des muscles génio-glosses, sans aggrandir l'incision de la membrane muqueuse. Pour être plus sûr encore du résultat, j'enfonçai un bistouri très étroit obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, comme pour gagner l'os hyoïde, sur le côté du muscle génio-glosse épanoui, en longeant la face inférieure de la langue pour couper de nouveau ce muscle en travers au-dessous des artères ranines. Immédiatement après l'opération le jeune homme cessa de bégayer, excepté pour les lettres labiales et pour quelques-unes des lettres dentales. Un écoulement de sang eut lieu, mais il s'arrêta bientôt de lui-même ; et le jeune homme ne souffrant plus, sortit de l'hôpital quatre jours après l'opération. Depuis lors il a conservé son amélioration primitive, sans rien gagner ni perdre sensiblement. Je l'ai revu jeudi dernier (11 mars), et j'ai constaté qu'il lui restait encore une bride assez forte des muscles génio-glosses. C'est ce fait que je crus devoir communiquer, uniquement pour prendre date, à l'Académie de médecine, dans la séance du 16 février.

Depuis lors j'ai pratiqué la même opération sur un jeune homme, en me bornant à la section des muscles génio-glosses entre le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue, au-dessous des artères ranines et au-dessus des glandes sub-linguales et sous-maxillaires. Des ciseaux droits m'ont suffi dans cette seconde opération. Le résultat en a été le même que dans le cas précédent, avec cette différence que c'est la prononciation des lettres dentales qui a surtout été améliorée.

Quelques jours après, j'ai pratiqué une opération analogue chez un troisième bègue, âgé de douze ans, que j'avais opéré huit jours auparavant d'un strabisme convergent de l'œil gauche, mais qui ne bégayait que par momens. Je lui ai coupé avec de bons ciseaux les muscles génio-glosses, d'avant en arrière, dans l'étendue de quatre centimètres, et jusqu'à présent (quinze jours après l'opération) il ne bégaie plus du tout.

Dans un quatrième cas, c'est-à-dire chez un jeune homme, âgé de dix-sept ans, et qui bégayait excessivement, ayant remarqué que la langue était très longue, au point de pouvoir se relever jusqu'au lobule du nez, j'ai mis en pratique mon quatrième procédé. Lui ayant fait sortir la langue de la bouche, deux aides l'ont saisie, un de chaque côté, avec une pince à griffes, pendant que j'en accrochais moi-même la pointe avec une troisième pince. Tenant ainsi l'organe suffisamment tendu, j'en enlevai par trois coups de bistouri un V à base antérieure large de trois centimètres et long de quatre, en ménageant la membrane muqueuse qui tapisse la face inférieure de l'organe ; puis je réunis sur-le-champ la plaie à l'aide de trois points de suture, un en avant, un au-dessus et un au-dessous. Aucune ligature d'artères n'a été nécessaire. Ce jeune homme, qui avait déjà été traité autrefois par des moyens orthophoniques, a prononcé sans hésiter et d'une manière nette les seuls mots que nous lui avons demandés. L'opération ne date du reste encore que de quatre jours, et je craindrais en l'excitant trop de nuire à la guérison de la plaie. Il faut donc attendre et ne tirer encore aucune conclusion.

De tels faits ne disent certainement rien de définitif, jusqu'à présent du moins ; ils permettent seulement d'espérer qu'en multipliant les essais, on arrivera peut-être de la sorte à guérir le bégaiement au moyen d'une opération chirurgicale. Mais, pour la dignité de notre profession, ne nous hâtons pas trop de conclure. Je sais que parmi les sujets qui ont déjà été soumis à cette opération, il en est quelques-uns qui bégaient pour le moins autant qu'auparavant ; il existe même à ce sujet quelques anecdotes assez piquantes ; je sais en outre qu'il est survenu chez quelques-uns d'entre eux des hémorrhagies, des inflammations assez violentes. Agissons donc avec prudence, et ne compromettons pas, par trop de précipitation, une opération qui est peut-être destinée à rester dans la science.

Je terminerai par vous présenter un jeune homme qui nous montre une histoire singulière au sujet de l'opération qui nous occupe en ce moment. C'est un jeune ébéniste, âgé de vingt-un ans, qui bégayait depuis l'enfance et qui ne bégaie presque plus. Il nous apprend que conduit par sa mère, à l'âge de sept à huit ans, chez M. Thierry père, on lui pratiqua une opération pour l'empêcher de bégayer. On fit, dit-il, cette opération avec des ciseaux qui furent portés sous la langue. L'opération, dit-il, lui causa beaucoup de douleurs et le fit long-temps crier ; mais elle eut pour résultat de le guérir presque complètement de son infirmité. Voilà donc que la section des muscles génio-glosses pourrait en quelque sorte être réclamée par M. Thierry père, si tant est pourtant que ce chirurgien qui ne paraît plus y avoir songé depuis, ait eu pour but de diviser ces muscles, en opérant, il y a douze ou treize ans, le jeune homme dont je vous parle. G. J.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE.

(Suite du numéro 34.)

Après les modifications toutes sympathiques qui ont fait le sujet des précédentes leçons, viennent les modifications organiques, parmi lesquelles la coloration du vagin.

On a dit que dans la grossesse, le vagin prenait une coloration toute particulière, violacée-bleuâtre, qui paraissait être le résultat de la congestion dont cette partie est le siége ; congestion qui, en raison du peu d'épaisseur des membranes, ne saurait être autrement appréciée que par le changement de couleur. Cette coloration commence, au dire des auteurs, vers le deuxième mois de la grossesse, et disparaît quelque temps après la cessation des lochies. Elle est considérée par quelques-uns (Pouillet) comme un signe certain de la grossesse, quand toutefois il n'existe pas de tumeurs hémorrhoïdales qui, suivant ceux-ci, modifient considérablement la circulation dans ces parties, et s'accompagnent souvent de cette couleur bleue violacée que l'on rencontre chez les femmes enceintes ; ce qui diminue de beaucoup l'importance de ce signe.

M. Jacquemin, médecin de la prison de La Force, où se trouvent renfermées un très grand nombre de filles publiques, raconte dans un travail publié à ce sujet, qu'il a été frappé de cette coloration toute particulière du vagin, et que toujours il l'a vu dépendre de l'état de gestation. Ses observations ont été faites sur 4,500 femmes, et jamais, quand ce signe existait, il n'a manqué à reconnaître une grossesse commençante ; aussi est-ce, d'après son opinion, un signe certain.

Si valable qu'on le suppose, ce signe est difficile à consulter ; en sorte qu'à moins de raisons d'une grande importance, il ne sera pas employé, et il faut surtout recourir pour cela au spéculum. Malgré cela, comme c'est un moyen qui peut quelquefois servir à éclairer le diagnostic, il est bon, pour ce motif, de l'étudier et d'en examiner la valeur.

Si ce signe peut être utile, c'est surtout par la comparaison d'une femme chez laquelle il se présente, avec une autre femme qui, sous ce rapport, se trouvera dans les conditions ordinaires ; mais cette manière de procéder n'est pas possible dans la pratique civile, et c'est à grande peine si dans un hôpital on pourrait y avoir recours. L'on comprend parfaitement bien comment M. Jacquemin est arrivé au résultat qu'il fait connaître ; il lui était facile, en effet, de se livrer à toute espèce de comparaison, et d'établir par des contrastes les différences qui existaient dans la coloration du vagin chez une femme enceinte, de chez celle qui était dans l'état de vacuité. Toutes les fois que M. Dubois a eu à invoquer ce signe, il n'en a jamais été assez frappé pour dire : Voilà une grossesse commençante.

Il est bon maintenant d'examiner la question sous une autre face. Ce signe appartient-il exclusivement à la grossesse ? Dans toutes les circonstances qui peuvent contribuer à empêcher, ou seulement gêner la circulation de l'utérus ; dans les modifications de vascularité utérine qui surviennent à l'époque des règles, on observe souvent cette coloration toute particulière du vagin. Si, en effet, l'on examine une femme au spéculum au moment où l'écoulement des règles vient à cesser, l'on voit que le col utérin et le vagin sont congestionnés, et présentent une teinte qui ne se rencontre pas chez les femmes placées dans d'autres conditions.

Chez les animaux d'une classe inférieure, l'on constate, à l'époque du rut, cette coloration des parties génitales externes, et certaines personnes reconnaissent à la turgescence de ces parties qu'un animal est en chaleur. Dans une certaine espèce de singes, les femelles paraissent tous les mois éprouver une congestion de la vulve qui va quelquefois jusqu'à déterminer l'écoulement de quelques gouttes de sang. Serait-il extraordinaire que sous l'influence de causes semblables, c'est-à-dire du désir du rapprochement sexuel, le même phénomène se manifestât chez la femme ? On peut le supposer.

La plupart des maladies de l'utérus pourraient aussi amener cette coloration du vagin. On est donc en droit de penser que ce signe doit être étudié, ne fût-ce que pour démontrer si toute cause de turgescence de l'utérus n'amène pas le même phénomène. Ce sera cependant un moyen assez précieux qu'il faudra consulter dans les cas difficiles.

Des mouvemens du fœtus. Il y en a de deux sortes : 1° ceux qui résultent de l'action de ses muscles ; 2° ceux qui tiennent à sa mobilité dans la cavité utérine, et qui ne sont effectués par lui que comme ils le seraient par tout autre corps qui serait contenu dans cette même cavité. Les premiers sont des mouvemens actifs, et les seconds des mouvemens passifs.

Les mouvemens actifs du fœtus résultent du déplacement de ses membres ou des diverses parties de son tronc déterminé par la contracture de ses muscles. Il serait difficile de dire ce que sont les mouvemens dans les premiers mois, car on ne peut les juger que d'après l'impression

---

La parotide est parfois le siége de concrétions et de poches salivaires : l'incision, l'ablation du corps étranger, le traitement de la fistule, s'il s'en forme une, tels sont les moyens à leur opposer. Dans cette région, les kystes n'ont pas de caractères spéciaux. Les anévrismes y sont rares, du moins ceux appartenant en propre à la région, tels que ceux de la carotide externe ou d'une de ses branches. Les tumeurs érectiles observées parfois dans le point dont il s'agit, ne réclament aucune modification dans le traitement généralement employé. Enfin, il faut encore ranger parmi les tumeurs dont nous nous occupons l'hypertrophie de la parotide : Tissot l'avait rencontrée, M. A. Bérard en a lui-même observé un cas.

Telle est l'énumération aride des principaux points que l'auteur a successivement abordés ; ce travail forme ainsi une monographie nouvelle et complète des maladies de la parotide et de la région parotidienne. Une grande part a sans doute été faite aux cancers parotidiens, mais aussi ce point important de chirurgie laissait beaucoup à désirer, et les recherches de M. A. Bérard ont eu pour but principal et pour résultat de nous laisser une histoire raisonnée de cette affection et des indications sagement tracées.

Des opérations que réclament les plaies de l'estomac et des intestins. — M. Boyer (Philippe).

Une première partie de cette thèse est consacrée à l'exposition des causes de la direction, de l'étendue et de la forme des plaies de l'estomac et des intestins ; nous y avons remarqué les résultats d'une série d'expériences sur cette particularité.

La seconde comprend les opérations que l'on pratique pour les plaies de l'estomac et des intestins. Ces opérations doivent être rapportées à quatre méthodes. La suture, l'invagination, la ligature, l'autoplastie, mais leur application demande des opérations préliminaires : la gastrotomie et l'ablation des portions gangrenées.

Gastrotomie. — Lorsqu'un individu est blessé au ventre par un instrument piquant ou tranchant peu large, et que la sortie des matières par la plaie extérieure fait connaître que l'estomac ou l'intestin est blessé, doit-on agrandir la plaie pour aller chercher l'organe blessé et y pratiquer une opération ? Oui, certainement, répond M. Ph. Boyer. Mais, dira-t-on, qu'allez-vous chercher dans la cavité abdominale, à quel organe vous adressez-vous ? Il est certain que si l'instrument tranchant a traversé tout le ventre de part en part, je ne l'ouvrirai pas pour aller prendre la masse intestinale, l'étaler, et produire une inflammation qui suffira pour faire périr le malade ; mais si un individu a reçu un coup de couteau ou de tout autre instrument qui n'a pénétré qu'à la profondeur de quelques centimètres, et que je reconnais à des signes certains que l'estomac ou un intestin est lésé, je puis, sans mériter le blâme, agrandir l'incision extérieure, chercher le viscère blessé, et faire l'opération que je jugerai la plus convenable. Ne suit-on pas tous les jours cette pratique en faisant la herniotomie ?

Pour ce qui est de l'ablation des parties gangrenées, une foule d'observations contribuent à démontrer qu'elle peut se faire sans danger, et même dans une assez grande proportion. Les indications se tirent d'ailleurs de l'état des parties, car il est important que la section porte sur les parties vivantes.

Suture, ligature, autoplastie. — Après quelques généralités sur l'historique des sutures, M. Ph. Boyer fait connaître successivement les différentes méthodes et procédés que la science possède pour ces opérations. Nous ne le suivrons pas ici dans ces détails et dans ceux qui sont consacrés à la description de la ligature et de l'autoplastie ; ces points n'offrent rien de spécial, M. Ph. Boyer ayant dû se borner au rôle d'historien.

Troisième partie. Cette section du travail de M. Ph. Boyer est destinée à faire l'application aux différens viscères des méthodes et procédés que nous avons passés en revue dans la section qui précède.

1° *Plaies de l'estomac.* — Long-temps la suture de Pelletier était la seule mise en usage dans les plaies un peu étendues de ce viscère ; on l'emploie encore quelquefois. Si la plaie ne dépasse pas huit à dix millimètres, faut-il l'abandonner à elle-même ? M. Boyer se prononce pour l'opinion opposée ; il préférerait dans ce cas avoir recours à la ligature d'Astley Cooper. Si la plaie est plus étendue, qu'elle soit parallèle ou oblique au grand axe de l'estomac, peut-on employer indistinctement la suture ? Oui, selon M. Boyer. Dans les cas de plaie de l'estomac par instrument contondant et par arme à feu, il faut, au contraire, abandonner la plaie à elle-même.

2° *Plaies de l'intestin grêle.* Les plaies par instrument piquant guérissent très fréquemment lorsqu'elles sont abandonnées aux soins de la nature. Cependant, si l'intestin fait hernie il vaut mieux appliquer une ligature partielle avant d'abandonner la plaie à elle-même. Les plaies par instrument tranchant, qui n'intéressent pas tout le diamètre de l'intestin, exigent la suture de Pelletier ou celle de MM. Jobert ou Himbert ; celles qui ont divisé l'intestin dans tout son diamètre, nécessitent au contraire l'invagination selon les procédés de MM. Jobert et Denaux ; il en est de même si l'on agit pour remédier à une perte de substance d'une partie de la longueur de l'intestin, ou bien si l'on ne rencontre qu'une perte de substance partielle.

3° *Plaies du gros intestin.* Toute espèce de suture est applicable au gros intestin, soit que la plaie résulte d'un instrument piquant, tranchant, contondant ou d'une hernie ; soit qu'elle ait une direction transversale, longitudinale ou oblique ; soit qu'elle comprenne une partie de la largeur de l'intestin ou tout son diamètre. Cette dernière circonstance s'applique aux portions transversale et iliaque du colon ; car si ses autres portions, si le cœcum, si le rectum étaient coupés transversalement, il est probable qu'il existerait d'autres lésions qui seraient mortelles.

Quatrième partie. M. Boyer a considéré cette partie comme étant le point le plus important de son travail ; il l'a destinée à l'appréciation des opérations indiquées ou décrites dans les chapitres précédens. On peut résumer les opinions de ce praticien de la manière suivante : Tout procédé opératoire qui ne repose pas sur la mise en rapport des membranes séreuses est défectueux et doit être abandonné. Les sutures de Ledran et de Bertrandi ne remplissent pas les conditions nécessaires à la réunion ; la suture de Pelletier et les sutures de MM. Jobert, Himbert, Denaux, sont les seules qu'on doive mettre en pratique ; je dis même que la suture de Pelletier doit être en quelque sorte préférée. Lorsque la suture ne peut être pratiquée, il faut avoir recours à l'invagination ; mais c'est un cas extrême, à cause des obstacles que la mise en œuvre de cette opération présente. L'autoplastie est un bon mode thérapeutique. Il est impossible de donner des règles à son égard. Les circonstances existantes doivent guider le chirurgien.

(*La suite au prochain numéro.*)

M. Savart, membre de l'Institut, professeur au Collége de France, connu par des travaux importans sur l'acoustique, a succombé ces jours derniers à une *pneumonie*. M. Savart n'avait pas cinquante ans.

Errata. Dans le dernier numéro, au sujet de la communication de M. Briquet à l'Académie, on a imprimé plusieurs fois hélice *au lieu* d'ellipse, et hélicoïde *au lieu* d'ellipsoïde.

que la femme en reçoit : or, à cette époque, la femme n'en éprouve aucune qui résulte des mouvemens du fœtus. Lorsqu'ils deviennent sensibles, ces mouvemens se manifestent par une sensation de petit choc, de frottement léger, de pression, ressemblant assez à un petit frémissement intérieur. Plus tard, ils se prononcent davantage et prennent un caractère particulier : c'est un petit choc, un petit coup qui vient heurter les parois utérines, ou bien une véritable pression exercée contre ces mêmes parois plus ou moins fréquemment répétée. Ces chocs, cette pression résultent de l'action des membres et du tronc, mais particulièrement de la tête ; quelquefois ils se produisent uniformément et semblent résulter d'un balancement de l'enfant que l'on pourrait, jusqu'à un certain point, comparer aux oscillations d'un pendule.

La pression exercée contre les parois utérines, et qui résulte des efforts que fait l'enfant pour étendre ses membres, produit sur l'utérus un effet particulier : elle en soulève les parois, et détermine une saillie, une sorte de bosse qu'il est facile de reconnaître en appliquant la main sur le ventre de la femme.

Maintenant il est facile de dire à quelle époque on observera telle sorte de mouvement plutôt que telle autre, pour des raisons que tout le monde comprend, et sur lesquelles il est inutile d'insister. Le frottement se montrera vers le quatrième mois, et le choc du quatrième au septième. Plus tard, la prison se rétrécissant par le développement du fœtus, les mouvemens d'extension seront plus bornés ; ce sera alors un sentiment de pression : il n'y aura plus de choc ; bien entendu qu'il peut exister certaines circonstances, comme l'abondance des eaux de l'amnios ou le petit volume du fœtus, qui modifieront l'ordre dans lequel ces mouvemens apparaissent.

L'impression qui résulte pour la femme des mouvemens du fœtus sont très supportables ; cependant on remarque qu'au moment de leur apparition, ils déterminent assez souvent des défaillances, et que plus tard ils deviennent quelquefois très douloureux, surtout quand ils sont actifs et très forts, et sous ce rapport les grossesses diffèrent beaucoup entre elles. La douleur causée par ces mouvemens est en raison du degré de sensibilité de l'utérus, degré de sensibilité qu'il est facile d'apprécier par la simple application de la main sur les parois abdominales.

Tous ces mouvemens ne sont pas également douloureux ; la pression et le frottement que les femmes ressentent vers la partie inférieure de la matrice, les fatiguent beaucoup et sont très redoutées d'elles. Ces mouvemens paraissent naturels aux enfans, car on les observe encore après la naissance. Il arrive souvent de voir un enfant tourner et se frotter la tête, et la mère dire alors : Voilà les mouvemens qui me faisaient tant souffrir pendant ma grossesse.

La pression sur les parois utérines paraissant tenir à ce que l'enfant pousse et veut s'étendre, ce qui a pour effet de déterminer ces saillies que la main peut facilement constater, et très souvent si douloureuses pour les femmes, que dans certains cas la respiration est incontestablement gênée.

A quelle époque voit-on apparaître les mouvemens du fœtus ? C'est ordinairement entre le quatrième et le sixième mois, Rœderer a fait sur ce sujet un travail statistique : il a vu que sur 100 femmes, 80 avaient ressenti les mouvemens du fœtus vers le quatrième mois, et les 20 autres à une période plus ou moins rapprochée du sixième. Cependant il faut ajouter qu'il y a à ce sujet des différences très notables. Ainsi l'époque la moins avancée à laquelle ces mouvemens se soient montrés, c'est la onzième semaine ; il est bon de se souvenir de cela ; car toutes les fois qu'une femme viendra dire qu'elle les a sentis plus tôt, c'est qu'elle aura éprouvé une sensation qui lui en aura imposé pour les mouvemens de son enfant.

Mais ces mouvemens du fœtus peuvent apparaître plus tard que l'époque indiquée par Rœderer. Baudeloque cite l'exemple d'une femme chez laquelle ils ne se sont montrés qu'à sept mois, et Jonhson les a vus dans un cas ne se manifester qu'au huitième : on peut ajouter qu'il y a des grossesses où on ne les rencontre pas. Un exemple plus remarquable est rapporté par un accoucheur d'Edimbourg : une dame qui avait eu neuf enfans, avait senti les mouvemens de son enfant, lors de la première grossesse, à l'époque ordinaire ; dans une autre grossesse, les mouvemens se montrèrent également vers le quatrième mois, une fois seulement ; et pour les sept autres, cette dame arriva jusqu'au terme de l'accouchement sans avoir rien éprouvé de semblable. L'accoucheur ajoute que les enfans de cette dame se ressentaient de l'indolence de la mère.

A propos de cette dernière réflexion, il est bon d'observer que c'est une idée assez généralement répandue dans le monde que les enfans présentent le même caractère que leur mère ; cependant il n'est pas rare de voir des femmes lentes, inactives, donner le jour à des enfans turbulens, et lorsque le contraire se présente, il faut croire qu'il n'y a là qu'une simple coïncidence et non pas un effet.

Il faut dire qu'il peut exister certaines circonstances qui rendent les mouvemens du fœtus moins sensibles ; ainsi, la trop grande quantité de l'eau de l'amnios, et cela se conçoit parfaitement. L'ascite peut aussi rendre obscure l'impression de ces mouvemens ; serait-ce que dans ce cas le liquide interposé entre l'utérus et les parois abdominales, empêcherait le choc d'arriver jusqu'à celles-ci ? Qu'il suffise d'énoncer ce fait, que d'autres peut-être se chargeront d'expliquer.

A ce sujet, M. P. Dubois rappelle un exemple dont il a été témoin. Son père donnait ses soins à une dame hydropique ; comme rien, chez celle-ci, ne pouvait faire supposer une grossesse, il ne l'examina pas attentivement, et se contenta de charger un de ses élèves de la surveiller et de la suivre. Un jour cet élève vint trouver M. P. Dubois, et lui dire que cette dame perdait beaucoup d'eau par le vagin ; et quelques heures après celle-ci accouchait d'un enfant fort et bien portant. Cette dame n'avait nullement senti les mouvemens de son enfant ; et sa suppression des règles, elle l'attribuait à son état de maladie. Moriceau rapporte plusieurs exemples analogues.

La pléthore peut aussi ralentir les mouvemens du fœtus, et c'est une circonstance sur laquelle il est bon d'appuyer, car elle est toute pratique. Smith dit qu'une femme pléthorique ne ressentit les mouvemens de son enfant qu'après une abondante saignée. Mais il n'est pas d'observateur qui n'ait fait la même remarque : c'est même une opinion extrêmement répandue dans le vulgaire. Il arrive souvent aux médecins d'être sollicités de pratiquer une saignée chez des femmes, par la seule raison que celles-ci ne ressentent pas les mouvemens de leur enfant. L'enfant, dans ce cas, participerait-il de la pléthore de la mère ? C'est ce qu'il est difficile de dire ; il faut se borner ici à constater le fait.

C'est par l'impression que la mère en reçoit, que ces mouvemens du fétus sont connus, et il faut ajouter que ceux-ci ne pourraient être sentis par une main étrangère. Cependant il y a des cas où tout le contraire s'observe.

Montgomery rapporte qu'une dame qui se croyait enceinte de quatre mois, mais chez laquelle il n'y avait eu aucun des accidens de ses précédentes grossesses, tels que vomissemens, mouvemens du fichu, vint à Dublin le consulter pour qu'il levât ses doutes. En examinant cette dame, Montgomery put facilement, et à plusieurs reprises, constater les mouvemens de l'enfant, dont celle-ci n'avait aucune conscience.

M. Dubois a rencontré un cas semblable. Une jeune femme était inquiète de ne point ressentir les mouvemens de son enfant : elle se supposait enceinte de cinq mois. Avant de procéder à un examen manuel, M. Dubois voulut appliquer le stéthoscope, et il constata d'une manière très manifeste les mouvemens du fœtus, se produisant par de petits chocs, qui furent deux fois de suite perçus par le professeur : la mère cependant ne le ressentait pas ; ce ne fut qu'au bout de quelque temps qu'ils devinrent sensibles pour elle. Cette femme est accouchée depuis ; l'accouchement a été naturel.

Les mouvemens du fœtus ne se produisent pas à des époques régulières ; cependant, quand on observe avec attention, l'on voit qu'à certains momens de la journée ils sont plus actifs, et qu'à d'autres momens ils ne se manifestent pas, comme s'il y avait dans leur apparition une alternative que l'on pourrait comparer à l'état de sommeil et de veille. Cette particularité se rencontre chez beaucoup de femmes, et chez elles elle paraît toujours indépendante de leurs habitudes.

Certaines circonstances peuvent rendre les mouvemens plus actifs ; ainsi, le jeûne prolongé, l'application des mains froides ou d'un corps froid sur le ventre, l'impression qui résulte de l'ingestion de certains alimens, etc. Il y a aussi certaines positions de la mère, dans lesquelles on observe une turbulence excessive du fœtus. L'on voit des femmes qui ne peuvent se coucher sur un côté ; cela tient à ce que, dans ce cas, l'enfant reposant sur le placenta, moyen de connexion qui l'unit à la mère, il en résulte une gêne dans la circulation, et par suite des mouvemens plus actifs.

Les mouvemens du fœtus n'annoncent rien autre chose, sinon que celui-ci se trouve placé dans quelques conditions particulières qui n'existaient pas auparavant, soit qu'il y ait diminution du liquide, soit que l'action musculaire ne commence à se produire qu'au moment de l'apparition de ces mouvemens, soit que l'enfant lui-même occupe plus d'espace.

A une époque qui n'est pas très éloignée de nous, l'on disait que les mouvemens de l'enfant annonçaient le commencement de son existence ; avant cela on le considérait comme faisant partie de la mère, *pars viscerum matris*. Cela semble singulier ; eh bien, cette croyance existe encore, non pas chez de simples particuliers, mais elle trouve sa place dans le code de nos voisins d'Angleterre. Ainsi, la provocation d'un avortement sera punie différemment, suivant qu'elle aura eu lieu avant ou après le quatrième mois. Avant ce terme, l'enfant n'est pas considéré comme un être vivant, et celui qui aura provoqué l'avortement encourra seulement l'amende au tout au plus la déportation. Après le quatrième mois, c'est un véritable homicide qui est puni de mort. Cette loi remonte à 1803, il est vrai qu'elle a été chaudement discutée, mais seulement sous le rapport scientifique.

Cette opinion ne jouit plus aujourd'hui d'aucun crédit ; la mère qui devient enceinte ne croit pas que le fruit de la conception soit moins son enfant au premier mois qu'à une époque plus avancée ; cependant les mouvemens de l'enfant éveillent chez elle un sentiment affectueux particulier qu'elle n'éprouvait point auparavant.

De la nécessité de ne pas couper le cordon ombilical aussitôt après la naissance de l'enfant, et surtout dans les cas d'asphyxie ou d'apoplexie. (Académie des sciences, 8 mars 1841.)

M. Baudelocque écrit à l'Académie que des observations fréquemment répétées lui ont prouvé que le précepte donné déjà par plusieurs accoucheurs, entre autres par Levret, Smellie, Barbeau, Fréteau, Biet et Chaussier de ne pas couper le cordon ombilical aussitôt après la naissance de l'enfant, qui est dans un état d'asphyxie ou d'apoplexie, est très précieux, et que depuis qu'il l'a mis en pratique, il n'a pas perdu un seul enfant, quelle que fût d'ailleurs la gravité de son état.

En effet, quoiqu'on ait prétendu, dit-il, pour rejeter ce précepte, que la circulation de l'utérus au placenta, et du placenta au fœtus, a déjà cessé alors que l'enfant naît asphyxié ou apoplectique, la circulation ne continue pas moins par la veine ombilicale, lors même que les artères ombilicales ont cessé de battre, et le sang qui parcourt cette veine suffit pour revivifier le fœtus, en excitant la sensibilité du cœur et des autres organes : c'est là, à mon avis, un bienfait immense dont on privait l'enfant, en se hâtant de couper le cordon.

Si, à ce moyen de traitement qui est donné par la nature, on ajoute la stimulation du cœur et des autres organes, par des frictions faites avec des linges très chauds sur la région du cœur et la partie supérieure de la tête ; puis qu'après cinq ou dix minutes on coupe le cordon, que l'on plonge l'enfant dans un bain plus que chaud pour le frotter de nouveau ; et enfin, que, si la respiration reste encore incomplète, on fasse perdre du sang à l'enfant en lui mettant une ou deux sangsues sur le haut de la poitrine, après avoir ouvert la peau par un petit coup de lancette pour que les sangsues mordent facilement, on voit l'enfant le plus profondément engorgé de sang, ou apoplectique, revenir peu à peu à la vie. Ce traitement rend par conséquent inutiles l'insufflation, les dérivatifs, la trachéotomie et les autres moyens, qui faisaient perdre un temps fort long, et que l'on emploie beaucoup mieux en excitant la circulation, car c'est là le seul but à atteindre.

Voilà le traitement qu'emploie M. Baudelocque dans l'asphyxie et l'apoplexie de l'enfant nouveau-né, et il est tellement sûr et positif, selon lui, qu'il ne craint pas d'avancer qu'en le mettant en usage on ne perdra plus un seul enfant.

Si, du reste, l'Académie émet quelques doutes sur son efficacité, il désirerait qu'elle le mît à même, par l'entremise de M. le ministre de l'intérieur, de lui fournir, dans les hôpitaux, la preuve de ce qu'il avance.

Sur la cause et le traitement chirurgical de la myopie ; note adressée à l'Académie des sciences, le 15 mars 1841 ; par le docteur Jules Guérin (1).

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie les conclusions suivantes d'un mémoire sur la myopie, que je me propose de présenter dans une des prochaines séances.

1° Il existe deux espèces de myopie comme il existe deux espèces de strabisme : la myopie mécanique ou musculaire, et la myopie optique ou oculaire. La myopie mécanique résulte, comme le strabisme de la même espèce, de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil.

2° Dans la myopie mécanique, les muscles trop courts sont les quatre muscles droits simultanément, ou deux ou trois seulement d'entre eux ; mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

3° Très fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit rétracté, mais à un faible degré.

4° Les caractères de la myopie mécanique sont, comme ceux du strabisme mécanique, fournis par la forme du globe oculaire et par les mouvemens des yeux. La moitié antérieure du globe de l'œil est conique ; la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts. Les mouvemens des deux yeux sont plus ou moins bornés en haut, en bas, en dedans et en dehors, suivant le degré de raccourcissement des muscles et le nombre des muscles raccourcis.

5° Le traitement actif de la myopie mécanique doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou rétractés.

J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, tantôt pour des cas compliqués de strabisme, tantôt pour des cas de myotomie simple, sans strabisme. Je citerai parmi les cas les plus remarquables, celui d'un homme âgé de cinquante ans, affecté d'un léger strabisme divergent, et qui avait été réformé il y a trente ans pour cause de myopie. Il pouvait lire avec les verres n° 3. Trois jours après l'opération, il a pu lire couramment sans lunettes les caractères du *Moniteur*. Je citerai encore un jeune homme âgé de dix-huit ans, fils d'une mère myope, dont la mère avait également la même infimité. Ce jeune homme a été présenté à M. Arago avant l'opération : il ne pouvait pas distinguer les caractères cicéro à plus de 12 centimètres, mais lisait couramment à la même distance et à une distance plus éloignée, avec des lunettes n° 7. Trois jours après la section des deux droits interne et externe, il commençait à lire sans lunettes à la même distance, les mêmes caractères, et il pouvait distinguer à une distance de 10 mètres des objets qu'il n'avait jamais pu apercevoir avant l'opération. Aujourd'hui, neuvième jour de l'opération, le malade peut lire à l'œil nu les caractères cicéro à la distance de 55 centimètres, et les capitales grasses de romain à la distance d'un mètre, mais ces caractères lui paraissent plus petits qu'avant l'opération. Il distingue assez nettement, à la distance de 100 mètres les gros objets, comme un chien, un vase, une statue, tandis qu'il ne voit pas du tout les mêmes objets avec les verres n° 7, et ne les voit que très confusément avec les verres n° 13. Toutefois, l'œil ne paraît pas pouvoir encore accommoder son foyer à toutes les distances intermédiaires, et cette circonstance coïncide avec une réunion et une contraction encore incomplètes des muscles divisés.

6° La connaissance de la cause immédiate de la myopie mécanique tend à démontrer que l'œil s'adapte, en s'allongeant ou se raccourcissant alternativement, au moyen de la contraction et du relâchement alternatif des muscles droits, à la distance des objets qu'il regarde. Des expériences directes prouvent d'ailleurs qu'il en est ainsi. J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de 28 ans, sur lequel ces mouvemens alternatifs de retrait et de relâchement de l'œil, correspondans à la vision à courte et à longue distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument.

7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à diffé-

---

(1) Les idées et les faits contenus dans cette note ont été communiqués à M. Arago il y a un mois, le lundi 15 février. Je les avais développés dans ma conférence clinique du samedi 8 février.

rentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement.

Veuillez, etc.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 18 mars contient une lettre de M. Amussat, dans laquelle on lit : « Le 8 février, M. Phillips écrivit à l'Institut qu'il avait opéré des bègues avec succès ; mais il n'a pas montré ses opérés, ni à l'Institut, ni à l'Académie. »

Je n'ai pas présenté mes opérés immédiatement après l'opération, parce que je prends au sérieux l'Institut de France et l'Académie de médecine : on ne prouve rien en faisant monter à la tribune de l'Académie des sujets auxquels on vient de couper des muscles. J'ai voulu, par respect pour l'Institut et pour l'Académie, suivre la ligne de conduite que les convenances me semblaient avoir tracée ; c'est-à-dire, informer d'abord ces corps savans des résultats obtenus par une opération nouvelle, et ensuite présenter les malades après une entière guérison, comme je l'ai fait lorsqu'il s'est agi du strabisme.

Agréez, etc. A. Phillips.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE.

(7e Chambre.)

Dans notre dernier numéro, nous avons rendu compte d'une affaire portée devant la 6e Chambre, et où figurait la sœur Gabrielle, de l'hôpital Saint-Louis, sous la prévention d'homicide par imprudence. Un fait semblable s'est présenté le 17 de ce mois à la 7e Chambre. Nous empruntons les détails suivans à la *Gazette des Tribunaux*.

« Le 31 décembre, un enfant de treize ans, porteur d'une ordonnance, se présenta à l'établissement des sœurs de Charité (rue des Récollets) : la sœur Antoinette lui remit dans un verre 45 grammes d'huile de ricin, à prendre dans du bouillon, et dans une tasse 4 grammes de laudanum à verser sur un cataplasme, en avertissant cet enfant du double usage de ces substances. La veuve Ralard, à qui elles furent remises, mit le laudanum dans le bouillon, et versa l'huile sur le cataplasme destiné à sa fille. La malade mourut.

» La prévention reprochait à la sœur Antoinette de n'avoir pas placé d'étiquette sur les vases, et d'avoir fait un débit illicite de préparations pharmaceutiques.

» La sœur Antoinette a été renvoyée de la plainte attendu qu'il n'est pas d'usage d'étiqueter les vases qui contiennent les médicamens ainsi donnés aux pauvres. Terminons en disant que les membres du Bureau de bienfaisance se sont empressés de remettre des fioles étiquetées aux sœurs. »

Nous avons déjà dit qu'il n'était pas dans notre esprit de provoquer des condamnations inutiles, mais aussi nous ne laisserons pas passer inaperçues les nombreuses illégalités qui se commettent chaque jour sous tel ou tel prétexte.

Partout la loi a deux poids et deux mesures ; elle est d'une excessive sévérité pour les uns, et d'une incroyable facilité pour les autres. Ainsi, pourquoi défendre toute distribution ou vente de médicamens hormis celles faites par les pharmaciens, et tolérer le débit de ces substances par des religieuses ? Pourquoi chaque arrondissement n'aurait il pas un pharmacien désigné, qui ferait dans son officine la distribution gratuite aux indigens ? Croit-on que ces messieurs ne s'offriraient pas avec empressement pour cette œuvre de charité ? Pourquoi frapper de lourdes amendes, de la prison, et, qui plus est, de la déconsidération, d'honorables pharmaciens souvent victimes de l'oubli ou de l'inexpérience d'un élève, tandis qu'on tolérera des distributions faites, tant bien que mal, par des personnes utiles et honorables sans doute, mais incapables ?

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, 18 mars 1841.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro de votre Journal du 16 mars contient une lettre de M. Tanquerel des Planches, qui ne doit pas rester sans réponse.

Si la lettre que j'ai adressée à l'Académie des sciences le 15 février, avait été publiée textuellement avant celle de M. Tanquerel des Planches, comme il était de la plus stricte équité de le faire, vos lecteurs auraient vu que je n'ai fait que repousser les attaques que M. Tanquerel des Planches a dirigées contre moi dans son livre, sur ce qu'il appelle *les maladies de plomb*. Ce médecin m'accuse de l'avoir attaqué, moi qui ne me suis jamais occupé un seul instant, ni de lui, ni de ses travaux, ni de ses sollicitations de places.

M. Tanquerel des Planches s'appuie, à la page 352 du tome Ier de son ouvrage, sur *un dépouillement exact* des registres de l'hôpital Cochin, d'après lequel cet établissement n'aurait reçu, de 1832 à 1834, que 76 malades affectés de colique de plomb ; j'ai dit, dans ma lettre à l'Académie des sciences, *que ce document était faux*. M. Tanquerel des Planches répond que MM. Adelon et Chevallier ont publié un tableau statistique sur les malades affectés de colique de plomb, dans le tome XVX des Annales d'Hygiène publique. Ce tableau a été effectivement dressé sur les documens transmis à la Préfecture de Police par l'administration des hôpitaux, au moyen des énonciations *exactes, comme on sait*, que les élèves doivent mettre sur les pancartes. Il a été dressé à l'occasion d'une demande de M. Tanquerel des Planches, qui voulait faire créer une place d'inspecteur des fabriques de céruse. Mais ce n'est pas ce tableau que M. Tanquerel des Planches a invoqué dans son livre ; il n'en a pas adopté les chiffres : ce tableau fixe à 61 le nombre des malades que M. Tanquerel des Planches fixe à 76. Il s'agit *du dépouillement exact des registres de l'hôpital Cochin de 1832-1834, qui fixe le nombre des malades à 76* ; où est ce dépouillement ? Qu'importent toutes les additions, soustractions de M. Tanquerel des Planches ; avant de discuter sérieusement sur l'exactitude des nombres, il faut prouver l'authenticité des actes qui les fournissent.

M. Tanquerel des Planches a revendiqué en faveur de M. Mosley la priorité de la découverte de l'utilité de l'acide sulfurique contre les maladies saturnines ; j'ai dit que M. Tanquerel des Planches aurait dû mettre ses lecteurs à même de remonter à la source de la découverte. M. Tanquerel me renvoie à M. Mosley ; c'est répondre par la question...

M. Tanquerel des Planches affirme, sur des renseignemens verbaux fournis par des ouvriers, que *l'on n'a pas pu arrêter une seule fois la marche de la maladie à l'aide de l'acide sulfurique*. Je lui oppose des lettres du chimiste distingué qui a fondé et qui possède la fabrique de Clichy, lesquelles indiquent nominativement des ouvriers qui ont travaillé huit mois à la céruse sans éprouver aucune indisposition, quoiqu'ils eussent eu plusieurs fois la colique, avant de prendre de la limonade sulfurique ; j'aurais pu lui citer des lettres d'ouvriers qui contiennent les mêmes choses, notamment une lettre de M. Girard, contremaître de la fabrique du Pecq, en date du 9 mars 1834, qui dit qu'il a travaillé quatre mois sans être malade en prenant de l'acide sulfurique, tandis qu'il travaillait autrefois à peine vingt-cinq jours sans la contracter. La même lettre annonce que trois ouvriers de la fabrique de M. Simonet Besançon ont été préservés de la colique en prenant de la limonade, sous la direction de M. Pierre, contre-maître de cette fabrique. M. Tanquerel des Planches répond qu'il vient toujours un grand nombre de ces ouvriers dans les hôpitaux ; qui lui a dit le contraire ? Cela prouve-t-il *qu'on n'ait pas pu arrêter la maladie une seule fois dans sa marche, par l'usage de l'acide sulfurique ?*

En résumé, Monsieur le Rédacteur, M. Tanquerel des Planches ne justifie point d'un dépouillement exact des registres de l'hôpital Cochin, duquel il s'est autorisé. M. Tanquerel des Planches ne peut ou ne veut indiquer ni où, ni quand M. Mosley a publié la découverte de l'utilité de la limonade sulfurique qu'il me conteste. M. Tanquerel des Planches a avancé vaguement, et sans preuve, que la limonade sulfurique n'a jamais pu arrêter une seule fois le nombre de la colique de plomb.

Personne ne sera maintenant surpris que je ne tienne à l'avance aucun compte de ce que pourra dire et publier M. Tanquerel des Planches.

Je me suis jusqu'à présent borné à prendre date, par des lettres, pour les résultats de thérapeutique et de prophylaxie des maladies saturnines auxquels je suis arrivé.

Ces résultats sont fondés sur des documens qui n'ont, pour la plupart, pas été recueillis par moi-même ; ces documens seront un jour publiés. En attendant, je les ai montrés à beaucoup de médecins ; je les communique toujours sans difficulté à tous les hommes qui cherchent de bonne foi la vérité.

Monsieur le Rédacteur, je vous prie de vouloir bien insérer textuellement cette lettre dans votre plus prochain numéro.

J'ai l'honneur d'être votre très humble serviteur.

Gendrin, D.-M.

M. Leroy d'Etiolles commencera, le 12 avril, à quatre heures, son cours public de chirurgie spéciale des maladies des organes urinaires, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard

MARDI 23 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 37, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Effets physiologiques du sulfate de quinine. Ictère.

Nous avons pu constater sur deux femmes de la salle Sainte-Anne les effets physiologiques du sulfate de quinine, effets bien connus, mais peu étudiés par le plus grand nombre de médecins.

Dans le Traité de thérapeutique que nous avons publié conjointement avec M. Pidoux, nous avons parlé des phénomènes qui accompagnent l'administration du sulfate de quinine, phénomènes que l'un de nous avait déjà observés dix ans auparavant à l'hôpital de Tours. Mais les faits qui déjà avaient reçu la sanction du temps, n'ont point d'abord été acceptés : des médecins allèrent même jusqu'à nier la vérité de nos assertions, ce qui est au moins extraordinaire.

Les choses en étaient à ce point quand un médecin italien publia un mémoire sur ce sujet : ce fut alors seulement qu'on daigna en France y faire quelque attention. Quoi qu'il en soit, les effets physiologiques du sulfate de quinine, donné à une dose un peu élevée, sont aujourd'hui bien connus : il n'est permis à aucun médecin de les ignorer, et nous allons dans cette séance vous en dire quelques mots.

La femme du n° 29 de la salle Sainte-Anne, dont nous vous avons déjà parlé, chez laquelle nous avons pratiqué la section des nerfs temporaux, et qui, après cette opération, a éprouvé de nouvelles douleurs névralgiques dans les régions sus et sous-orbitaires du côté gauche, a été soumise par nous à l'usage du sulfate de quinine (les moyens employés jusqu'au moment où nous eûmes recours à cette nouvelle médication étant restés à peu près sans succès). L'intermittence qui paraissait exister dans les symptômes nous porta à essayer de ce médicament dans l'espérance qu'il viendrait en aide à ceux que l'on continuait d'employer.

Dans la journée du 15 novembre, on donne à cette malade un gramme de sulfate de quinine en plusieurs prises, ce qui n'est pas une dose considérable, car certains médecins en ont fait prendre jusqu'à 6 grammes par jour à des individus atteints d'engorgement de la rate. Quelque temps après l'administration de ce médicament, cette femme fut prise de bourdonnemens dans les oreilles, qui allèrent en augmentant jusqu'au point de déterminer la surdité la plus complète. Celle-ci dura pendant quelques heures, après lesquelles ces accidens se dissipèrent.

Ne songeant pas au sulfate de quinine que nous avions donné, nous attribuâmes d'abord à l'extrait de datura stramonium que la malade, d'après nos conseils, avait mis dans son oreille, les phénomènes que nous observions ; ce n'est qu'en nous rappelant cette première circonstance que nous ne pûmes en chercher la cause ailleurs que dans l'action du sulfate de quinine. Ce médicament fut continué les jours suivans, et la même chose apparut de la même manière.

Une autre femme, voisine de la précédente, atteinte d'une fièvre qui revenait avec des paroxysmes réguliers, fut également mise à l'usage du sulfate de quinine, et éprouva absolument les mêmes accidens ; mais chez elle, ceux-ci durèrent plus long-temps, car le lendemain du jour où le médicament fut administré, elle se trouvait encore sous son influence ; elle avait la marche mal assurée, comme une personne en état d'ivresse.

A côté de celle-ci était une troisième femme, présentant une fièvre intermittente, que nous avons traitée par le [illegible] uinine, et chez laquelle rien de ce qui est ar[illegible] ux autres n'a été observé.

[illegible] elques années, un étudiant en médecine qui [illegible] visite à l'Hôtel-Dieu, nous amena son cou[illegible] n garnison à Versailles, qui éprouvait tous [illegible] ens de l'asthme nerveux, dont il n'avait pu être [illegible] par aucune médication. Comme cette affection [illegible] à la suite d'une fièvre intermittente que ce jeune homme avait contractée en province, nous imaginâmes de lui faire prendre une forte dose (2 grammes) de sulfate de quinine. Quelques instans après survinrent des bourdonnemens d'oreille, puis une surdité complète ; en même temps la vue s'était obscurcie, et avait fini par s'éteindre complètement ; et avec tout cela, il y avait un délire des plus violens.

Le jeune étudiant, alarmé de tout ce qu'il observait, crut à une grave affection de l'encéphale, et nous fit mander aussitôt ; mais nous dissipâmes toutes ses craintes, en lui assurant qu'au bout de quelques heures tout aurait disparu : ce qui arriva en effet.

Voilà, Messieurs, des phénomènes très curieux qui se reproduiront dans le plus grand nombre des cas, à chaque dose de sulfate de quinine que vous administrerez ; phénomènes par conséquent très communs, sachez-le bien, afin d'éviter de tomber dans des erreurs souvent faciles.

Pendant la convalescence des fièvres intermittentes comateuses et pernicieuses, l'on observe des phénomènes tout à fait identiques à ceux qui suivent l'emploi du sulfate de quinine : il existe de l'hébétude, de l'étourdissement, des bourdonnemens d'oreilles ; la station est impossible. Eh bien, si l'on ignorait les effets du sulfate de quinine, et si l'on ne se rappelait pas qu'il produit à peu près des accidens semblables, on croirait à un nouveau paroxysme de la maladie ; et confondant ce qui tient à celle-ci avec ce qui appartient à l'action du médicament, l'on donnerait de nouvelles doses de sulfate de quinine, et l'on verrait, à son grand étonnement, les accidens s'aggraver, ce qui n'arrive encore que trop souvent. A ce sujet, nous allons vous citer un fait qui vous donnera quelque idée des inconvéniens qui peuvent résulter de l'ignorance du médecin sur l'action des médicamens.

Un jeune médecin fort instruit, fut appelé pour voir un enfant de trois ans, qui souffrait depuis quelque temps d'une coqueluche. Pensant qu'il était convenable de donner la belladone, il conseilla 5 centigrammes d'extrait de cette plante avec le sirop de valériane. Au bout de quelque temps, il survint une rougeur considérable de la face, qui bientôt fut suivie de délire. Croyant avoir affaire à une encéphalite, ce jeune médecin pratiqua une saignée et appliqua des sangsues aux apophyses mastoïdes, tout en continuant l'extrait de belladone pour calmer quelques symptômes nerveux concomitans ; mais le délire augmenta de plus belle : c'est alors qu'il nous fit appeler.

A la rougeur toute particulière de la face, à la forme du délire, à la manière dont tout cela était apparu, nous ne doutâmes plus qu'il n'y eût empoisonnement par la belladone, et, dans cette pensée, nous conseillâmes de grands bains et des laxatifs, et tout disparut.

Effets du sulfate de quinine sur l'estomac.

Au n° 26 de la même salle, il y avait, à la même époque, une jeune fille de vingt-deux ans, qui avait été traitée dans le service de chirurgie où elle était infirmière, d'une fièvre intermittente par le sulfate de quinine. La fièvre avait disparu, et un érythème noueux qui survint ensuite avait également été guéri.

A quelque temps de là la fièvre intermittente reparut ; la malade alors entra dans notre service, et nous lui administrâmes le sulfate de quinine. La fièvre cessa, mais il se manifesta des douleurs d'estomac assez vives ; nonobstant cela nous continuons le sulfate de quinine. Le lendemain la fièvre n'avait pas reparu, mais les douleurs épigastriques avaient augmenté d'intensité. Ne pensant nullement que celles-ci pouvaient être occasionnées par le médicament, nous en avons donné une troisième dose. C'est alors que les douleurs devenant beaucoup plus vives, nous pensâmes, un peu tard à la vérité, à l'action irritante du sel que nous avions employé ; et présumant que c'était à lui que nous devions l'augmentation des douleurs, nous en cessâmes l'emploi, et nous eûmes recours aux émolliens et aux sangsues, que nous fîmes appliquer sur la région épigastrique. Sous l'influence de cette médication les douleurs se dissipèrent ; mais la gastrite que nous avions artificiellement produite venant à cesser, la fièvre intermittente reparut, mais avec des signes moins tranchés. Nous donnâmes alors le sulfate de quinine en lavement, de la manière suivante :

Sulfate de quinine,	1 gramme.
Acide sulfurique,	50 centigr.
Laudanum de Sydenham,	4 gouttes.
Eau,	125 grammes.

On eut le soin, auparavant, de vider l'intestin, afin que ce lavement pût être conservé. La fièvre ne tarda pas à disparaître. On insista quelque temps encore sur la même médication.

Vous verrez souvent donner le sulfate de quinine, et souvent vous verrez ce médicament déterminer, du côté de l'estomac, des accidens inflammatoires si on ne le donne pas avec précaution ; et cela se conçoit très bien. Quand, après avoir dénudé la peau de son épiderme, vous appliquez dessus une petite quantité de sulfate de quinine, vous déterminez dans cet endroit une inflammation très vive, quelquefois même une escharre qui met quinze à vingt jours à se détacher ; eh bien, ce que vous faites sur la peau, vous le faites sur la membrane muqueuse de l'estomac si vous ne prenez pas toutes les précautions nécessaires, précautions qui souvent sont insuffisantes, et alors vos malades prennent une gastrite fréquemment rebelle aux moyens que vous lui opposez.

Ces accidens-là s'observent rarement à Paris, où l'on est peu souvent obligé de continuer long-temps l'emploi du sulfate de quinine ; mais dans les pays marécageux, où la fièvre intermittente est endémique, ces gastries chroniques et rebelles sont très communes.

M. Bretonneau a depuis long-temps fait cette remarque ; aussi traite-t-il les fièvres intermittentes d'après la méthode de Sydenham, qui consiste à donner, le premier jour, une forte dose de quinquina, de 8 à 16 grammes ; c'est-à-dire environ 1 gram. 25 centigram. de sulfate de quinine. On donne la même dose le deuxième jour ; le troisième jour l'on fait reposer le malade, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que la guérison soit assurée. Si le malade reste toujours soumis aux influences qui ont amené le développement de la fièvre, il est utile de revenir à ce même traitement tous les quinze jours ; c'est-à-dire que tous les quinze jours l'on donne pendant deux jours de suite 8 à 16 grammes de quinquina. Vous comprenez fort bien que ce médicament, administré de cette façon, n'occasionne que très rarement des accidens inflammatoires du côté de l'estomac.

Ictère.

Au n° 2 et au n° 15 de la salle Sainte-Anne, nous avons deux femmes atteintes d'ictère. Cette coloration en jaune des tégumens dépend de tant d'affections diverses, qu'il faut bien chercher à discerner la cause qui la produit.

La femme couchée au n° 15 est âgée de cinquante ans. Peu de temps après la cessation de ses règles, elle fut prise de pertes abondantes qui se renouvelèrent plusieurs mois de suite. Voilà six semaines environ, à la suite d'une de ces hémorrhagies, elle ressentit de violentes douleurs dans le flanc droit, qui s'accompagnèrent bientôt d'ictère. Elle entre à l'hôpital, et nous constatons une fièvre intense, la douleur dans la région du foie est toujours la même ; cet organe présente un volume considérable et descend assez bas au-dessous des fausses côtes. Nous trouvons aussi une assez forte congestion à la base des poumons. Il y a des vomissemens et de la diarrhée.

Nous avons fait pratiquer une saignée à cette femme et prescrit une application de sangsues à l'anus, puis des frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain. A l'aide de ces moyens, la congestion pulmonaire a cessé, le foie a diminué de volume ; mais il reste la teinte ictérique, de la fièvre, des vomissemens et de la diarrhée. Les douleurs de côté se sont aussi considérablement amendées.

Celle du n° 2 éprouva, huit jours avant son entrée dans nos salles, une douleur dans la région épigastrique, du dérangement dans l'appétit, quelques vomissemens, des éructations, de la difficulté dans les digestions, de la diarrhée ; puis la peau prit une teinte ictérique très prononcée ; le foie n'est point hypertrophié ; dans la région qu'il occupe, la percussion ne détermine que de légères douleurs.

A quelle sorte d'affection avons-nous affaire chez cette femme ? Très probablement à une gastro-duodénite qui aura donné lieu à une inflammation du foie. Il doit en être ainsi. Comme dans la blennorrhagie le testicule devient quelquefois le siége d'une inflammation, nous pouvons comprendre de la même façon l'hépatite dans le cas d'inflammation de l'estomac et du duodénum. M. Casimir Broussais, qui a fait de la gastro-duodénite le sujet de sa thèse, et son père, ont avancé que toujours, dans cette maladie, l'on voyait survenir l'hépatite et l'ictère. Si cette proposition est trop générale, il n'en est pas moins vrai que ce phénomène a souvent lieu.

Une vive émotion, une indigestion, peuvent aussi donner lieu à l'ictère.

Ainsi, chez la femme du n° 2, nous avons un ictère dépendant de l'inflammation du duodénum et de l'estomac, chez celle du n° 15, l'ictère tient probablement à la présence des calculs biliaires. Peut-être même, à cause de la persistance de l'ictère, des vomissemens et de la diarrhée, avons-nous là une lésion profonde du foie, des tumeurs encéphaloïdes disséminées dans cet organe. Une femme entre dans le service de M. Bricheteau avec un ictère, le foie hypertrophié et une fièvre intense : on croit à une hépatite, et l'on fait une application de sangsues à l'anus. Cette femme meurt, et à l'autopsie l'on trouve un très grand nombre de tumeurs encéphaloïdes dans le foie, qui avaient déterminé l'inflammation de cette glande.

Cette femme du n° 15, est donc dans un état très grave. Si nous voyons survenir chez elle des garderobes et des vomissemens ensanglantés, nous pourrons croire alors à l'ulcération de l'intestin par le cancer. Toutefois, de ce que chez une personne ictérique l'on constatera des vomissemens et des selles contenant des matières noires ensanglantées, il ne faudra pas conclure qu'il y a une affection carcinomateuse.

De toutes les pyrexies aiguës, celle où le foie présente le plus de lésions, c'est sans contredit la fièvre jaune ; cependant cette maladie n'est grave que par l'hémorrhagie qui l'accompagne et qui amène le plus souvent la mort. A l'autopsie on trouve dans l'estomac et dans le gros intestin, des caillots de sang noir, assez semblables à des masses de goudron. Ce sang prend une couleur d'autant

moins foncée et plus rouge qu'on s'approche le plus du commencement de l'intestin, et vers ce point du tube digestif il est constamment liquide; mais toujours l'on trouve dans ce cas la lésion pathognomonique, le foie présentant une coloration jaune assez semblable à la couleur de la moutarde.

Les hémorrhagies se lient en général aux affections du foie. Une femme entre à la Charité, dans le service de M. Cayol, atteinte d'ictère; on fait une application de sangsues à l'anus; il survient une hémoptysie et cette femme meurt. A l'autopsie on trouve un assez grand nombre d'apoplexies pulmonaires.

Quinze jours environ après cette leçon, la malade du n° 15, dont il vient d'être ici question, conserve toujours la teinte ictérique de la peau. Les vomissemens continuent; elle rend tout ce qu'elle prend hormis l'eau à la glace. M. le professeur Trousseau, se plaçant au point de vue d'une hépatite, quoiqu'il croie à l'existence d'un cancer du foie, fait appliquer un vésicatoire dans le flanc droit.

A environ quinze jours de là, la malade est prise de vomissemens de sang; nous ne pouvons plus douter, dit alors le professeur, qu'ainsi que nous le pensions d'abord, cette femme ne soit atteinte de cancer du foie, qui se sera ouvert dans l'estomac et aura occasionné les vomissemens de sang.

Bien que notre diagnostic soit de la plus grande gravité, que par conséquent nous ne puissions rien espérer, pour cette malade, des moyens auxquels nous pourrions la soumettre, cependant nous ferons tout notre possible pour rendre la position de cette femme plus supportable.

Cette femme a succombé le 16 février. A l'autopsie, l'on ne trouve aucune trace de dégénérescence du foie; cet organe présente une coloration jaune fauve que l'on observe dans la cirrhose; sa substance, divisée à l'aide du scalpel, l'on aperçoit une quantité considérable de petits calculs qui s'échappent des vaisseaux biliaires où ils étaient contenus; l'on rencontre aussi çà et là d'autres calculs un peu plus volumineux que les précédens. La consistance du foie est la même que dans l'état normal; des calculs engagés dans le canal cystique, le remplissent complètement, et empêchent la bile de refluer jusque dans la vésicule qui est vide.

La membrane muqueuse du duodénum et de l'estomac dans la partie qui avoisine le pylore, est ramollie.

Les vomissemens de sang, survenus vers la fin de la maladie, ne dépendaient pas, ainsi qu'on a pu le croire un moment, d'une dégénérescence carcinomateuse du foie, puisque l'autopsie n'a démontré rien de semblable; il est probable que l'altération dont cet organe était le siége, aura amené la dyscrasie du sang sous l'influence de laquelle les hématémèses observées à plusieurs reprises auront eu lieu. Ainsi donc, de ce que l'hématémèse viendra compliquer l'ictère, il n'en faudra pas conclure que le foie sera le point de départ d'un cancer qui, de proche en proche, a fini par envahir les tuniques de l'intestin et par en déterminer l'ulcération (ce qui, à la vérité, a lieu le plus fréquemment); car dans quelques circonstances, l'on pourrait se tromper, comme cela est arrivé pour la femme du n° 15.

De ce fait il faut encore tirer cet enseignement, à savoir, que sous le point de vue thérapeutique, eût-on les plus grandes raisons de croire à une maladie incurable, si quelques symptômes seulement peuvent faire soupçonner une affection pour laquelle on pourra employer une médication utile, il faut diriger son traitement vers cette dernière maladie. C'est ainsi que pour la malade du n° 15 on eût recours aux moyens propres à combattre l'hépatite chronique; bien que chez cette femme tout annonçait, sinon une dégénérescence carcinomateuse du foie, au moins une altération profonde de cet organe.

HOTEL-DIEU. — M. Roux.

Calcul vésical. Taille latérale. Emploi du lithotome caché du frère Côme.

Un nouveau calculeux âgé de moins de vingt ans a été admis à la clinique de l'Hôtel-Dieu, où il a subi l'opération de la taille. Se conformant au désir de M. Valentine Mott, qui assistait à l'opération, M. Roux a fait usage de l'instrument de frère Côme. Ce fait nous présentera plusieurs points à examiner quand nous aurons résumé les quelques mots que M. Roux a dits sur le malade dans sa leçon de mercredi dernier.

Ce malade atteint de la pierre, que nous allons opérer, se présente dans des conditions analogues à celui que nous avons taillé il y a cinq semaines environ, et nous ne saurions entrer dans de longs détails sur ce que nous avons à faire chez lui, sans nous exposer à des répétitions.

L'autre calculeux, que nous avons opéré il y a cinq semaines environ, nous a quitté avant-hier guéri ou à peu près guéri. Il n'a pas eu d'accidens soit primitifs, soit consécutifs; seulement, la cicatrisation de la plaie périnéale a éprouvé quelque peu de retard; pendant un temps plus long que d'ordinaire l'urine a continué à passer par cette plaie, et un peu de suintement persistait même au moment de la sortie du malade de l'hôpital. Le sujet avait d'ailleurs maigri et il est à présumer qu'à mesure qu'il reprendra de l'embonpoint le suintement diminuera et finira par disparaître tout à fait. Nous avons eu fréquemment occasion de voir les choses se passer ainsi.

Au reste, le malade que nous allons opérer aujourd'hui est d'une bonne constitution. Il paraît que l'apparition des premiers symptômes de la pierre remonte à dix ans, circonstance qui devait faire présumer *à priori*, que le calcul serait très volumineux, sinon mural ou d'oxalate de chaux, puisque ceux de cette dernière variété demandent un temps très long pour acquérir même un volume médiocre. Le cathétérisme nous a démontré que la pierre, dont l'existence a été constatée aussi par M. Valentine Mott, était peu volumineuse: mais en même temps elle nous a semblé être d'une grande dureté et recouverte d'aspérités. Nous avons donc évidemment affaire à un calcul d'oxalate de chaux, qui opposerait de grandes difficultés à l'emploi de la lithotritie. Cette circonstance, jointe au jeune âge du sujet, nous fait préférer l'opération de la taille, puisque à cette époque de la vie, elle offre une gravité relative moins grande. Et d'abord, à cet âge, le moral du malade s'affecte bien moins que chez les sujets plus âgés: notre calculeux en est une preuve, il est très tranquille, ne songe aucunement à l'opération grave qu'il va subir; il n'en serait probablement pas ainsi si nous avions affaire à un sujet âgé de quarante ans, par exemple. De plus, les accidens primitifs de la taille sont un peu moins fréquens chez les jeunes sujets; ainsi l'hémorrhagie, par suite peut-être du développement jusqu'alors incomplet du système vasculaire. Une autre circonstance qui fait encore que la taille est moins grave chez les jeunes sujets, c'est que chez eux la pierre est en général peu volumineuse.

C'est à la taille latérale que nous donnerons la préférence dans ce cas, le peu de volume de la pierre n'indiquant pas la nécessité de faire la taille bi-latérale.

L'opération de la taille latérale a été pratiquée dans la même séance, et n'a présenté rien qui mérite d'être noté jusqu'au moment de l'extraction du calcul. Alors M. Roux a pu se convaincre qu'il s'était trompé en assignant à la pierre un petit volume, et que le procédé opératoire adopté était le moins propre à lui procurer une issue facile. Le calcul était volumineux; il avait la forme d'un ovoïde aplati, et présentait près près de vingt lignes dans son grand diamètre. Son extraction a été laborieuse, difficile, très douloureuse, et a nécessité de grands efforts pour être effectuée. Evidemment la plaie présentait une voie insuffisante au passage de la pierre, et la taille bi-latérale eût sans doute été préférable.

On a dû remarquer l'importance que M. Roux attache au cathétérisme, pour arriver à établir le volume, la configuration, la dureté et même la composition chimique du calcul. Nous avons à peine besoin de dire que ce chirurgien exagère la valeur de ce mode d'exploration, puisque, en s'y astreignant rigoureusement, il s'est trompé dans les deux dernières opérations de taille qu'il a pratiquées à l'Hôtel-Dieu. Dans la première, contre son attente, le calcul était essentiellement friable; dans la seconde, il était beaucoup plus volumineux que le cathétérisme ne le lui avait fait présumer tout d'abord. Sans doute il eût acquis sur ce point des notions plus exactes, et eût évité les conséquences de son erreur si, au lieu de s'en tenir au cathétérisme, il eût exploré l'intérieur de la vessie avec les instrumens lithotriteurs, qui lui auraient permis de constater d'une manière autrement exacte, d'une part, le volume du calcul; de l'autre, sa dureté.

Certainement, il n'est pas nécessaire de rappeler toutes les méprises dont le cathétérisme a été la cause; examinée de près, on peut voir que dans beaucoup de cas cette opération est insuffisante. Il y a des circonstances dans lesquelles les explorations, même multipliées de la vessie, avec le cathéter, ne suffisent pas pour constater la présence de la pierre. Elles ont échoué plusieurs fois entre les mains des plus habiles chirurgiens, et tous rapportent des faits qui attestent que des pierres volumineuses ont échappé aux recherches les plus minutieuses et les plus exactes. La vessie de Lapeyronie contenait une pierre pesant plus de trois onces, que l'on n'avait pu découvrir pendant la vie, quoiqu'il eût été sondé plusieurs fois. Portal et Distel ont également succombé à l'affection qui nous occupe; on ne parvint pas d'abord à reconnaître la pierre par le cathétérisme, et elle ne fut découverte que lorsque toute opération était devenue impraticable. M. Kruger Hansen raconte que chez un enfant de quatorze ans, le calcul vésical ne fut rencontré qu'à la huitième exploration avec le cathéter: lui et MM. Chelius et Himly l'avaient cherché en vain; ce fut M. Klein qui parvint à le découvrir. Nous avons rapporté, il n'y a pas long-temps, le cas d'un enfant de douze ans, du service de M. Guersant fils, chez lequel le calcul n'a été découvert qu'au bout de six mois, pendant lesquels le cathétérisme avait été pratiqué au moins dix à douze fois. M. Leroy d'Etiolles parle d'un cas analogue (De la Lithotripsie, p. 56), et ajoute que dans une occasion, M. Ségalas introduisit trois fois la sonde sans reconnaître un calcul très gros; car, après la mort du malade, on constata qu'il pesait quatre onces et demie et qu'il avait près de trois pouces de long. M. Civiale a cité, dans sa quatrième lettre sur la lithotritie et dans le parallèle, plusieurs exemples récens qui constatent que les plus grands praticiens de nos jours ont pu ne pas reconnaître, au moyen de la sonde, des pierres d'un très gros volume.

Dans d'autres cas le cathétérisme est devenu la source d'une erreur inverse de la précédente: on a cru sentir une pierre et cependant il n'y en avait point. On a même, sur de fausses indications du cathétérisme, pratiqué la taille sur des malades dont la vessie s'est trouvée ne contenir aucun corps étranger. Levret en cite un exemple. Ce malheur est arrivé une fois à Kern, deux fois à Dupuytren (*Leçons orales*), trois fois à Cheselden (Bell, *System of surgery*, t. II, p. 40), quatre fois à M. Roux lui-même M. Civiale en cite plusieurs autres exemples, ainsi que Deschamps, Heister et Howship. Ce n'est pas ici le lieu de signaler les différentes sources de ces nombreuses méprises; nous devons nous contenter de les indiquer.

Mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de déterminer le volume des pierres, leur nombre et l'état des organes, que les données fournies par le cathétérisme sont insuffisantes, et malheureusement ce sont cependant elles qui guident certains chirurgiens dans le choix des procédés opératoires. Or, c'est du procédé, de la méthode qu'on adopte, que le succès dépend dans beaucoup d'opérations cystotomiques.

L'incertitude du cathétérisme rend donc souvent le choix imparfait, et augmente par là non seulement les difficultés mais encore les dangers de l'opération. Dans la première des opérations de M. Roux, le calcul s'est brisé sous la pression de la tenette; dans la seconde, il eût fallu évidemment pratiquer la taille bi-latérale, puisque la pierre a éprouvé les plus grandes difficultés à sortir par la plaie.

Un malade se présente à l'Hôtel-Dieu: on croit sentir avec la sonde une grosse pierre qui repousse l'emploi de la lithotritie et même ne permet pas de recourir à la cystotomie périnéale. Dupuytren pratique la taille sus-pubienne, fait des recherches multipliées, et au bout de vingt minutes il parvient à extraire une pierre oblongue, dont le plus grand diamètre est de dix-huit lignes et le plus petit de sept à huit. Le malade meurt peu de temps après. Depuis, on pratique dans le même hôpital une opération cystotomique qui paraissait devoir être très laborieuse à cause du volume excessif de la pierre. Craignant de ne pouvoir extraire celle-ci on avait apporté tous les instrumens nécessaires à la fracturer; cependant elle sortit d'elle-même par l'ouverture trop grande qu'on avait faite.

De tout ce qui précède résulte la nécessité d'explorer la vessie avec les instrumens de la lithotritie. Les avantages d'une semblable pratique sont:

1° De reconnaître toujours la pierre quand elle est dans la vessie.

2° D'en déterminer le volume avec précision.

3° De reconnaître si la vessie en contient plusieurs en même temps.

4° La présence de la pierre une fois constatée, on acquiert de fortes présomptions sur l'existence de cellules vésicales, si une seconde, une troisième exploration ne fait pas retrouver le calcul.

5° De reconnaître l'existence des fongus au col de la vessie, de toute tumeur développée dans l'intérieur du viscère.

Il nous reste encore à examiner si les calculs d'oxalate calcaire repoussent l'emploi des procédés de la lithotritie, ainsi que M. Roux le prétend, et cela à cause de leur prétendue dureté, qui les rend le plus souvent réfractaires à l'action des instrumens lithotriteurs. Brugnatelli a démontré qu'il existe deux variétés de pierres d'oxalate calcaire, qui diffèrent entre elles par le degré de friabilité dont elles sont douées. Dans l'une de ces variétés, la substance qui unit les grains n'acquiert pas de consistance, et les graviers eux-mêmes ne sont pas durs: la plus légère pression suffit pour écraser ces sortes de calculs. M. Civiale assure avoir rencontré un grand nombre de pierres de cette espèce, et s'être convaincu qu'il n'y en a pas de plus faciles à détruire par les procédés de la lithotritie. C'est à cette variété de la pierre qu'appartient évidemment la première extraite par M. Roux. Quelquefois les masses friables d'oxalate de chaux se recouvrent d'une couche assez épaisse d'acide urique impur, dont la condensation finit par leur donner un peu de consistance au centre, sans toutefois cesser pour cela d'être faciles à écraser.

Voyons enfin si l'importance que M. Roux attache à la configuration des calculs comme moyen propre pour arriver à la connaissance de leurs caractères physiques et chimiques, a quelque fondement. Dès que le cathétérisme lui a fait reconnaître un calcul arrondi et à surface inégale, M. Roux en conclut qu'il est mural, d'oxalate de chaux, en d'autres termes, et partant très dur. Nous venons de voir ce qu'il faut penser de cette prétendue dureté dans bon nombre de cas. Ajoutons, pour le reste, que M. Civiale a observé quelques concrétions phosphatiques qui présentaient une semblable conformation. Quant à la nature chimique des pierres, quoiqu'elle influe beaucoup sur leur forme, les assertions émises à cet égard sont encore trop absolues. Ainsi, s'il est vrai que les pierres d'oxalate de chaux sont généralement arrondies, Marcet nous apprend cependant que dans la collection de l'hôpital de Guy il y en a une fort grosse, de forme cubique; et la Faculté en possède une carrée, bosselée, très rugueuse. Leur surface ne présente pas toujours ces mamelons ou tubercules, qui leur ont fait presqu'exclusivement attacher l'épithète de murales. Il en est qui sont parfaitement lisses; le cabinet de la Faculté en possède une de ce genre. M. Civiale possède une très grosse pierre d'oxalate de chaux, qui n'est que chagrinée, ou plutôt granulée comme une orange; et une autre qui est lisse, polie et bosselée. X...

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 22 mars.

Hygiène publique. — *M. Gannal* lit un travail curieux que l'Académie a écouté avec beaucoup d'intérêt, ayant pour titre: Mémoire sur la conservation des viandes alimentaires. L'auteur dépose sur le bureau, et fait voir plusieurs gigots et épaules de mouton parfaitement bien conservés depuis deux ans, à l'aide d'un nouveau procédé qui lui est propre. Ce procédé consiste dans l'injection d'une solution aqueuse de chlorure d'aluminium dans la carotide de l'animal, au moment de le tuer. Un à deux kilogrammes de ce sel dans quelques litres d'eau, suffisent pour la conservation de la viande d'un bœuf. L'auteur s'est livré à de

nombreuses expériences sur ce sujet depuis longues années ; il établit que la viande préparée de cette manière se conserve parfaitement, sans acquérir aucun goût ni la moindre qualité nuisible, ce qui serait d'une très grande utilité surtout pour les navigateurs. Après l'injection, la viande est coupée et pendue dans une atmosphère sèche, à l'abri de la présence des mouches, où elle doit rester jusqu'à la dessiccation. Alors on la conserve dans des récipiens convenables. Quand on veut s'en servir, il suffit de la faire macérer pendant 24 heures avant de la préparer soit en pot-au-feu, soit en rôti ou autrement ; la viande offre alors exactement les mêmes conditions, le même parfum, la même délicatesse que la viande fraîche. Un gigot pareil à ceux que l'auteur a mis sous les yeux de l'Académie, a été, dit-il, mangé dernièrement dans un dîné de douze personnes qui l'ont trouvé fort bon, sans s'apercevoir aucunement qu'il s'agissait de viande préparée depuis long temps. (Hilarité.)

Passant ensuite à la partie théorique, M. Gannal prétend que de tous les sels solubles d'alun, le chlorure d'aluminium est le plus innocent, plus innocent même que le chlorure de sodium (sel gris) dont on se sert communément dans nos cuisines. Il examine en même temps les procédés de conservation des viandes employés jusqu'à ce jour, tels que la salaison, la fumigation, etc., et en fait voir les inconvéniens sous le triple rapport gastronomique, sanitaire et financier. D'après la théorie de l'auteur, la fermentation de la viande dépendrait de la décomposition de la géline et de l'albumine, et la faculté conservatrice du chlorure d'aluminium se réduirait à la combinaison de ce sel avec les deux corps précédens, ce qui donnerait lieu à des produits imputrescibles. (Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Magendie, Séguier.)

Identité de la fibrine et de l'albumine. — M. Raspail avait annoncé le premier, à ce que nous croyons, que la fibrine et l'albumine ne sont qu'un seul et même corps. Cette remarque, dont on prévoit l'utile application dans une foule de cas, surtout en médecine et en hygiène, a été déjà fructifiée par plusieurs savans ; mais elle n'est pas encore suffisamment connue.

M. Liebig vient d'écrire à l'Académie et de lui annoncer un prochain envoi d'un travail expérimental confirmatif sur cette question. On conçoit que cette identité de la fibrine et de la gélatine frappe de nullité une foule de distinctions et de préceptes adoptés dans la pratique, et rend compte d'un grand nombre de faits auxquels on n'a pas encore porté suffisamment attention. Ainsi, par exemple, on comprend par là comment les œufs peuvent remplacer la viande comme aliment, sans offrir les conditions d'indigérabilité que présente le parenchyme de cette dernière, ce qui n'est pas sans importance pour les estomacs faibles; comment certaines sécrétions et excrétions abondantes qui contiennent beaucoup d'albumine produisent les mêmes effets sur l'économie que la saignée, etc. Ce sujet est, comme on le voit, digne de la méditation des praticiens.

Myopie. — *M. Phillips* écrit à l'Académie pour revendiquer en sa faveur la priorité des idées sur les causes de la myopie, et sur la possibilité de sa guérison à l'aide de la ténotomie, que M. J. Guérin avait présentées comme siennes à la dernière séance. M. Phillips rappelle qu'en juillet 1840 il a présenté un travail à l'Académie sur ce sujet, travail dans lequel il a précisément développé, par des faits pratiques, ce que M. Guérin vient s'approprier aujourd'hui. Il en a également parlé dans sa brochure sur le strabisme, imprimée depuis plusieurs mois. Selon M. Phillips, la myopie dépendrait de la rétraction vicieuse du muscle grand-oblique, et elle serait guérissable par la simple section de ce muscle. Il dit avoir rapporté des cas de guérison dans son travail manuscrit, qui a été, dans le temps, renvoyé à une commission. Il ajoute, en terminant, que dans certains rétrécissemens de l'ouverture buccale, il a divisé avec succès le muscle orbiculaire des lèvres.

Surdité. — Le docteur Ducros, de Marseille, adresse un mémoire sur un nouveau mode de guérison de la surdité à l'aide de la cautérisation du pharynx. Il cautérise avec le nitrate d'argent, et si la surdité dépend d'un engouement catarrhal de la trompe d'Eustache, les malades en éprouvent une amélioration ou même guérissent. Le nitrate d'argent agit dans ce cas comme dans certaines ophthalmies. Pour s'assurer au reste si le nerf acoustique conserve encore sa sensibilité, le docteur Ducros dit qu'il suffit de presser avec le doigt sur la trompe d'Eustache : si le malade n'y accuse aucune douleur, le nerf est paralysé, et *vice versa.* (Commission.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission pour les prix de médecine et chirurgie du concours Monthyon.

Rognetta.

Dissolution des calculs urinaires ; par M. Leroy d'Etiolles.

Nous complétons l'analyse du mémoire de M. Leroy d'Etiolles dont nous n'avions pu dire qu'un mot dans le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine. M. Leroy d'Etiolles continue la lecture de son mémoire ayant pour titre : « Le problème de la dissolution des calculs urinaires est-il résolu par le traitement alcalin à haute dose ? »

Suivant M. Leroy d'Etiolles, la théorie chimique, les expériences faites par immersion des calculs, et les résultats des applications à l'homme vivant sont contraires à la dissolution. La moitié des calculs sont insolubles dans les alcalis ; l'acide urique formant l'autre moitié donne lieu par sa combinaison avec le bicarbonate de soude non pas à un urate acide, comme on le suppose, mais à un urate neutre tout aussi peu soluble que l'acide urique lui-même. Quant aux expériences par immersion, elles ont montré que de simples fragmens ont été plongés dans les eaux de Vichy pendant quarante jours sans être dissous. Enfin, les applications aux calculeux du traitement à haute dose, ont donné les résultats suivans : Les uns ont succombé aux altérations organiques produites par la pierre, d'autres n'éprouvant pas de soulagement se sont faits lithotritier ou tailler ; les plus heureux ne sont pas encore guéris après trois années de traitement.

Les boissons et les bains ne pouvant faire arriver dans la vessie une quantité suffisante d'alcali pour dissoudre la pierre, on dût songer aux irrigations continues avec la sonde à double courant, c'est ce qu'a fait M. Leroy d'Etiolles sur plusieurs malades : 225 litres d'eau, tenant en dissolution 5 kilog. de bi-carbonate de soude, ont traversé la vessie sans que la pierre ait rien perdu de son volume, et des expériences faites par Pelouse, de l'Académie des sciences, ont démontré qu'il en devait être ainsi.

Le traitement alcalin, s'il est ordinairement inefficace, est-il du moins toujours innocent ? Cette question, M. Leroy d'Etiolles la résout négativement. Plusieurs personnes, entre autres deux membres distingués de l'Académie de médecine, ont vu des pierres se développer dans leur vessie, si non par l'influence des alcalis, du moins pendant qu'ils en faisaient usage. Chez d'autres ils ont paru favoriser la déposition des phosphates terreux et l'accroissement de la pierre, probablement en se combinant avec les acides qui tenaient ces phosphates en dissolution dans l'urine.

Quant à la gravelle, M. Leroy d'Etiolles considère les alcalis comme utiles dans un grand nombre de cas, mais non pas toujours. Il se demande comment il se fait que certaines personnes qui ne rendent ni sable ni graviers pendant dix mois de l'année, en expulsent en quantité pendant les deux mois qu'ils passent aux eaux alcalines.

Il est fâcheux, dit en terminant M. Leroy d'Etiolles, que la réalisation de cette espérance, si souvent reproduite, soit encore ajournée, mais le plus sûr moyen, dans ma pensée, d'y arriver, c'est de montrer qu'elle n'a point eu lieu, afin que l'on ne soit point détourné d'en poursuivre la recherche.

NOTE SUR LE STRABISME.

Moyen de remédier à l'inégalité consécutive des yeux.

Tous les opérateurs qui se sont occupés de la myotomie oculaire ont souvent remarqué que l'œil opéré est plus grand que l'œil sain ; les paupières sont plus écartées, de sorte qu'il en résulte quelquefois une grande inégalité entre les deux yeux. Cet agrandissement de l'ouverture palpébrale est dû à la section de l'aponévrose attachée à la paupière inférieure, et qui la soutient. Cette aponévrose est coupée lorsque l'on incise la conjonctive au-dessous du muscle droit interne, et lorsqu'on dissèque ce dernier à sa partie inférieure ; alors on détache non-seulement le muscle, mais encore les tissus qui l'enveloppent, et c'est pendant cette dissection que l'on détruit les adhérences de cette aponévrose. La paupière inférieure est alors privée d'un soutien, et elle fléchit plus ou moins fortement.

M. le docteur Phillips, en opérant de la manière suivante, croit pouvoir éviter cet écueil.

Il place d'abord les deux petites érignes au-dessus du bord supérieur du muscle droit interne, et l'incision qu'il fait à la conjonctive s'étend en haut, mais en bas elle ne dépasse pas la partie moyenne du muscle. Il saisit le muscle contracté en introduisant le crochet de haut en bas, c'est-à-dire par le bord supérieur du muscle, et en donnant au crochet un mouvement de bascule, il en fait sortir la pointe par la petite plaie de la muqueuse, et il coupe ensuite le muscle sans avoir agrandi en bas la plaie de la conjonctive.

Mais dans quelques cas on ne peut pas éviter ce trop grand écartement des paupières, et c'est principalement lorsque le muscle est bifurqué, il faut alors agrandir l'incision pour pouvoir aller à la recherche du faisceau musculaire qui a échappé aux ciseaux. M. Phillips laisse, dans ces cas, cicatriser entièrement cette plaie, et lorsque la paupière est enfin fixée, lorsque son écartement ne peut plus être augmenté, c'est-à-dire un mois ou cinq semaines après l'opération, M. Phillips fait à l'œil sain une petite opération qui agrandit l'ouverture palpébrale, et qui rétablit l'harmonie du visage. Il place d'abord les deux petites érignes dans la muqueuse, au niveau du bord inférieur du muscle droit interne; ensuite il coupe en travers ce pli conjonctival, en faisant descendre cette incision jusque sur la muqueuse de la paupière inférieure, il retire les crochets, et l'opération est achevée. Ce petit débridement donne plus de liberté à la paupière inférieure : elle est un peu relâchée, et l'ouverture palpébrale devient aussi grande que celle de l'autre œil. Les yeux sont alors de la même grandeur.

Cette petite plaie guérit en deux ou trois jours.

(*Communiqué.*)

DU COPAHU ET DU POIVRE CUBÈBE.

Le copahu et le poivre cubèbe étant presque généralement employés dans les mêmes cas, et pouvant, comme antigonorrhéiques, se remplacer l'un l'autre, je vais essayer de bien préciser les effets thérapeutiques de ces deux médicamens. A l'égard des blennorrhagies récentes, on ne doit pas les arrêter subitement par des injections intempestives, ni même chercher à les faire avorter par une médication révulsive dirigée sur le tube intestinal ; la diète, les boissons délayantes, les topiques émolliens, les sangsues, le repos, en un mot le régime antiphlogistique doit être préféré. Néanmoins le traitement abortif ne manque pas de partisans : l'usage des injections pratiquées dans cette vue, et qui a été en réputation en Angleterre, n'a été accueilli en France qu'avec réserve, il est vrai, et les praticiens judicieux ne l'y accréditeront pas, parce que c'est un moyen qui présente beaucoup de dangers et qui est rarement suivi de succès. Mais il n'en est pas de même du copahu et du poivre cubèbe, que beaucoup de médecins administrent aujourd'hui dans l'intention de couper subitement la gonorrhée. MM. Ribes et Larrey assurent l'avoir employé en vue de cette médication, presque toujours avec succès.

C'est ordinairement dans les premières vingt-quatre ou trente-six heures de l'invasion de l'écoulement, avant que la phlogose de l'urètre soit complètement développée, qu'on propose de faire usage des moyens propres à faire avorter la blennorrhagie.

Mais en admettant qu'on puisse supprimer les écoulemens de prime abord, la question du virus reste entière, et la prudence exigera toujours qu'on se soumette ensuite à un régime assez sévère et à l'emploi de quelques dépuratifs. En effet, la question d'identité entre le virus du chancre et de l'écoulement n'est pas encore vidée, et quoique certain syphiliographe moderne ait voulu la nier, beaucoup d'auteurs très recommandables, tels que Bell et Bosquillon, pensent le contraire. Un mot à ce sujet :

Hufeland croit à l'identité de la gonorrhée et de la syphilis, parce que le même virus produit chez un malade la gonorrhée, chez un autre la syphilis ; parce que la matière de la gonorrhée peut donner la syphilis, des ophthalmies vénériennes, des bubons, des chancres ; qu'elle est traitée avec avantage par les mêmes agens médicamenteux que la vérole. Swédiaur a prétendu, à l'exemple de Hunter, que bien qu'il ne soit pas très fréquent de voir des chaudepisses produire la vérole, il n'est cependant pas rare, surtout dans les grandes villes, de les voir suivies des symptômes de cette maladie. Ceux-ci s'observent surtout après les urétrites violentes qui occupent une grande partie des membranes ou qui s'accompagnent d'ulcères. Swédiaur dit même avoir vu plusieurs blennorrhagies simples produire, par la suite, des symptômes de la syphilis. M. Lagneau conclut, des faits nombreux qu'il a rassemblés depuis près de trente ans, « que le virus blennorrhagique » peut, étant appliqué sur une surface muqueuse saine, » produire des chancres, des pustules humides, ou tout » autre signe primitif d'infection vénérienne, et que, par » contre, la suppuration provenant de ces derniers accidens, qu'ils soient primitifs ou consécutifs, est capable » de produire des écoulemens syphilitiques. » (*Dictionnaire de médecine.*) Clossius et Whately assurent avoir rencontré des ulcères larges et profonds dans les gonnorrhées. MM. Guthrie, Samuel Cooper pensent aussi que la matière de la gonorrhée peut faire naître des ulcères sur le pénis, que la matière des ulcères peut, à son tour, produire la gonorrhée, et que les deux maladies peuvent survenir à la suite d'un coït impur. Malgré ces raisons théoriques, le désir d'être promptement guéri est inné dans le cœur de l'homme, je vais continuer l'examen des effets thérapeutiques du copahu et du cubèbe, et je prouverai que quand on est décidé à l'emploi d'une de ces deux substances, la raison veut qu'on donne la préférence au *piper cubeba.*

On a remarqué que l'usage du copahu occasionne quelquefois une éruption semblable à la rougeole, ce qui arrive particulièrement chez les individus dont les organes digestifs sont irrités, et ce doit être une raison de ne faire usage de ce médicament que lorsque le tube intestinal est sain. Souvent aussi il détermine des gastrites, des rétentions d'urine, des diarrhées interminables et un affaiblissement général de la constitution. Tous ces inconvéniens n'ont pas lieu par le cubèbe. Ce médicament précieux, a aujourd'hui autant de partisans que le copahu, dont il n'a pas la saveur désagréable, et on le regarde avec raison comme l'un des révulsifs les plus efficaces qu'on puisse employer contre l'urétrite ; et, pour motiver la préférence que nous croyons qu'on doit lui accorder, il nous suffira de citer quelques passages des auteurs qui font loi en pareille matière, après avoir jeté un coup-d'œil sur l'histoire naturelle de ce médicament.

Le cubèbe, disent MM. Mérat et Delens, dans leur Dictionnaire de matière médicale, page 330, a, comme tous les poivres, des propriétés actives, chaudes, énergiques ; son odeur est plus forte, mais plus agréable que celle du poivre ordinaire. On le regarde comme un puissant stomachique, un bon carminatif, un sialagogue marqué ; on en a vanté les effets dans le catarrhe chronique, dans les fluxions catarrhales, l'asthme humide, et toutes les fois qu'il faut donner de la tonicité aux tissus, surtout muqueux, et réprimer la sécrétion surabondante dont il est le siége lors de son affaiblissement. On l'a employé contre la migraine avec succès ; on lui a surtout attribué la propriété presque spéciale, mais exagérée sans doute, comme l'observe M. Chamberet (Flore médicale, III, 116) de combattre les vertiges, l'invasion de l'apoplexie, la paralysie, amnésie et autres affections cérébrales.

Il paraît que dans l'Inde, le cubèbe est un moyen populaire contre les gonorrhées ; mais il était resté parmi les naturels qui ont dans tous les pays une médecine particulière, et peut-être parmi les praticiens du pays. Un officier anglais ayant contracté une affection de ce genre, qui résista à tous les moyens employés pour la guérir, un de ses domestiques, Indien, lui donna le cubèbe, qui la guérit incontinent. Ayant ensuite été envoyé à Java, où ces maladies sont fréquentes, il eut occasion d'y propager ce traitement ; les médecins anglais, qui exercent dans ce pays, et les Hollandais le firent connaître parmi leurs compatriotes, et bientôt la nouvelle en arriva en Europe (*Journ. univ. des Sciences méd.*, t. XVI, p. 247). C'est en 1816 qu'on commença à parler en Angleterre de ce moyen que M. le docteur Barclay paraît avoir contribué un des premiers à répandre ; Delpech, en France, publia le premier une notice sur ce sujet, en septembre 1818, dans la Revue médicale.

L'ardeur d'urine cesse ordinairement au bout de quarante-huit heures et quelquefois plutôt, puis le flux s'épuise et diminue peu à peu. En général ses effets sont très doux ; il purge légèrement ; les urines, qui augmentent de quantité, s'imprègnent de son odeur.

On s'est demandé si ce traitement pouvait être appliqué à toutes sortes de gonorrhées, et à toutes les époques de la maladie. On ne le conseillait d'abord que pour celles qui étaient à l'état chronique, ou qui avaient résisté à d'autres traitemens. On s'est enhardi ensuite à y soumettre celles qui se trouvaient encore dans l'état d'acuité, et on a réussi également. On étouffe dans ce cas le développement de la maladie, comme dans la méthode des injections irritantes faites au début de l'écoulement. Le docteur Crawford prétend même qu'il réussit mieux dans les gonorrhées aiguës que dans les chroniques (Bibliot. méd., février 1820). Le docteur Will a employé le cubèbe en injections (faites avec l'infusion d'une once de granier dans une livre d'eau, à laquelle on ajoute un scrupule d'extrait de belladone) avec succès dans des gonorrhées douloureuses (Journ. des prog. des scienc. méd., t. I, p. 99).

« Il importe beaucoup pour l'usage médical de l'avoir de bonne qualité, dit M. Ratier, dans son excellent article du Dictionnaire de médecine, p. 429, et de ne le faire pulvériser qu'à mesure du besoin : autrement l'huile volatile,

partie intéressante du médicament, s'évapore. J'ai plus d'une fois observé que le cubèbe ne réussissait pas chez les malades qui, en ayant acheté une assez grande quantité à la fois, la portaient sur eux : les papiers d'enveloppe alors étaient tout imbibés d'huile volatile, et le résidu était beaucoup moins efficace.

» On n'a pas analysé le cubèbe depuis Vauquelin, qui y avait trouvé de l'huile volatile concrète ; une résine analogue à celle du baume de copahu ; un peu d'une autre résine colorée ; un principe extractif semblable à celui qui se trouve dans quelques plantes légumineuses purgatives ; enfin quelques sels. Il est facile de concevoir que le cubèbe peut être employé à une foule d'usages ; néanmoins, il est démontré qu'il n'est spécifique que dans un seul cas, savoir dans la blennorrhagie ; et il faut le dire en commençant, ce n'est pas contre la syphilis, mais contre la blennorrhagie qu'il est efficace ; il guérit l'écoulement quel qu'il soit, c'est ce qu'on peut attendre de lui, mais il le guérit avec certitude quand on sait l'administrer. L'époque de son introduction dans la pratique est inconnue dans l'Inde même, d'où l'usage s'en est répandu dans l'Europe seulement depuis 1816. C'est une médication tout à fait empirique et dans laquelle les théories scientifiques ont peu de choses à prétendre. »

C'est un des cas où l'on peut le mieux constater la puissance de l'art. Abandonnée à elle-même, la blennorhagie dure rarement moins de quarante jours, et lorsqu'elle passe à l'état chronique, on la voit souvent se prolonger indéfiniment ; avec le poivre cubèbe, au contraire, on peut annoncer au malade avec certitude l'époque de sa guérison complète et solide.

En dépit des idées théoriques sur la nature inflammatoire de la maladie et sur la nécessité indispensable du traitement antiphlogistique, prenez un sujet robuste et sanguin, affecté d'une urétrite aiguë et douloureuse; supprimez l'emploi des bains généraux, des boissons délayantes, qui d'ailleurs n'ont pas empêché les phénomènes inflammatoires de se développer rapidement, et administrez le poivre cubèbe, et vous serez surpris, après quatre ou cinq prises, d'entendre le malade dire qu'il n'a plus d'érection douloureuse ni d'ardeur d'urine, et que son écoulement a complètement cessé. D'ailleurs, vous verrez que, guéri de l'écoulement par cette méthode abrégée, il se portera bien, et ne sera pas plus que tout autre exposé aux chances de la syphilis constitutionnelle.

Que s'il s'agit d'une blennorrhagie chronique, datant de six, huit, quinze et dix-huit mois, constatez d'abord s'il n'y a pas dans le canal quelque rétrécissement qui perpétue l'écoulement ; s'il existe, combattez-le par l'introduction de quelques bougies, après quoi vous administrerez le cubèbe avec succès. Si le canal est libre, vous pouvez commencer de suite l'emploi du remède, que secondent utilement, chez les débiles, un régime sec et tonique, un peu de vin de Bordeaux pur aux repas et l'usage des bains froids de rivière ou de mer.

Une des conditions, la plus indispensable à la réussite de ce traitement, c'est la suppression des boissons abondantes dont les malades atteints de blennorrhagie ont coutume de se gorger. L'estomac, en général, supporte bien le cubèbe ; à peine si les malades éprouvent quelques rapports. Il est pour moi sans exemple qu'ils aient vomi. La diarrhée est moins commune qu'avec le baume de copahu.

Après quelques doses, l'écoulement cesse tout à fait ; mais bientôt après, il revient avec plus de force que jamais, et il n'est pas rare que cette alternative ait lieu plusieurs fois de suite. Aussi les personnes qui ont l'habitude d'administrer le cubèbe, savent-elles commencer par de faibles doses, afin de ménager l'estomac, puis d'augmenter par degrés, et enfin de diminuer peu à peu quand l'écoulement a cessé, supprimant d'abord la prise du milieu du jour, puis celle du matin, et enfin celle du soir. Je vais maintenant citer l'un des hommes les plus judicieux de notre époque. »

« Nous voilà maintenant arrivés, dit M. Velpeau dans ses leçons de clinique recueillies par le docteur Pavillon, au cubèbe et au copahu. Ceux d'entre vous qui suivent mon service, ont dû se convaincre de cette erreur assez généralement répandue ; savoir : que le cubèbe est plus irritant que le copahu. Parmi les malades soumis à nos expériences, dix-huit sur vingt ont très bien supporté le cubèbe ; je dirai même que l'organisme s'en est parfaitement trouvé. Un malade entre autres, couché au n° 16, salle Ste-Vierge, en novembre 1835, atteint d'une gonorrhée ancienne, avait perdu l'appétit et sa santé était languissante. Après l'administration du cubèbe, nous observâmes une amélioration générale sensible. Ceux, au contraire, que nous avons soumis au copahu seul, ne l'ont, en général, supporté que très difficilement ; chez plusieurs même, nous avons été obligés de le suspendre, tant les symptômes qu'il déterminait étaient sérieux. Plusieurs d'entre vous ont vu dans mon service des gonorrhées céder à ce moyen après deux ou trois jours de traitement ; quelquefois même le lendemain l'écoulement a été supprimé ; or, dans ce cas, est-il possible de douter un seul instant de l'efficacité du remède ? Après le cubèbe vient le copahu. Cette substance, comme on le sait a un goût très désagréable ; elle provoque des nausées, cause des douleurs d'estomac, du dévoiement, etc. ; aussi les thérapeutistes ont-ils cherché de bonne heure à en masquer plus ou moins les propriétés désagréables. Aussi Chopart a mélangé le copahu avec l'alcool et autres substances ; de là cette potion qui porte le nom de ce chirurgien. Je dois vous dire que beaucoup de malades ne peuvent pas la supporter. On solidifie cette résine avec du sucre, on la donne sous forme de dragées ; mais, quoi que l'on fasse, on sent toujours, en l'avalant, un goût plus ou moins désagréable. »

Aujourd'hui le traitement des blennorrhées par le cubèbe, sans être en général adopté, est un de ceux que les praticiens emploient le plus volontiers, d'après les conseils de MM. Delpech, Lallemand, Dupuytren, etc.... Voici d'ailleurs un résultat statistique de l'administration de ce moyen. Le docteur Broughton, sur 50 malades traités par le cubèbe, en a vu 10 être guéri après un traitement de 2 à 7 jours ; 17 de 8 à 14 ; 18 de 15 à 21 ; le cinquante-cinquième jour, chez 4 seulement, on n'obtint aucun résultat. (Bull. des scienc. méd., fév., I, 95.) On administre aussi le cubèbe avec succès dans la leucorrhée, maladie si rebelle chez les femmes. Le docteur James rapporte quatre observations de cette maladie guérie par la seule prescription de cette substance à la dose d'un gros et demi trois fois par jour. (Journ. de méd. d'Edimb., XVIII, 319.) Dans trois de ces cas, la leucorrhée a été la suite de fausses couche. Après avoir démontré par le raisonnement et l'expérience la supériorité du poivre cubèbe sur le baume de copahu, il nous reste maintenant à examiner quelle est la meilleure forme sous laquelle on doit l'administrer. Cette question aurait pu être indécise il y a quelques années : mais l'invention des capsules de M. Dariès nous semble avoir résolu ce problème de thérapeutique, et nous croyons utile de les mentionner avec éloge.

Ces nouvelles capsules imperméables, dites Pralines Dariès, contiennent, sous une enveloppe agréable et légère, le cubèbe à l'état de pâte molle, et ce médicament peut se conserver indéfiniment riche de son arome, de son huile essentielle, et enfin de tous les principes qui le constituent. MM. Julia Fontenelle, Devergie et Puche, médecin de l'hôpital des Vénériens, ont donné à M. Dariès des marques de leur approbation pour son heureuse découverte, et je suis heureux de joindre mon suffrage à celui de ces honorables confrères.

GIRAUDEAU DE ST-GERVAIS.

— M. EDOUARD ROBIN commencera un Cours de Physique, mercredi, 24 mars, à midi et demi.

— M. GUERSANT, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera, à dater du 1er avril :

1° Les visites tous les jours à sept heures et demie.

2° Les jeudis, leçons et opérations, à huit heures et demie.

3° Consultations tous les jours à huit heures et demie, les jeudis et dimanches exceptés.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LE PERDRIEL, Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces*.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 25 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 38, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Engorgemens aigus de la joue et de la région sous-maxillaire. Diagnostic différentiel de l'origine de ces engorgemens. Traitement.

Durant la première quinzaine de ce mois, étaient à l'hôpital de la Charité (service de M. Velpeau), trois malades affectés d'un gonflement considérable, soit de la joue, soit de la région sous-maxillaire. M. Velpeau profita de cette circonstance pour présenter sur ce sujet quelques considérations pratiques que nous croyons utiles de rappeler ici en peu de mots, avant d'exposer l'état des trois malades.

Ces engorgemens, dit M. Velpeau, peuvent avoir plusieurs origines. La plus commune est, sans contredit, une affection dentaire. Aussi est-ce sur les dents que doivent se porter les premières investigations du chirurgien qui est appelé à traiter un de ces engorgemens. La maladie peut en outre dépendre d'une phlegmasie diphthéritique couenneuse de la bouche. On la voit survenir aussi à la suite d'une irritation ce la glande sous-maxillaire, irritation qui se développe souvent elle-même à la suite d'une affection dentaire. Ces engorgemens sont donc le résultat :

1° D'une affection des dents ;

2° D'une irritation de la glande sous maxillaire ;

3° D'une phlegmasie de l'intérieur de la bouche. Il est bien entendu, toutefois, que nous ne voulons point parler ici de ces engorgemens qui surviennent à la suite d'une plaie, d'une contusion ou de toute autre cause externe appréciable.

La connaissance exacte des trois points de départ de la maladie énumérée plus haut est très importante, puisque, comme on va le voir, elle exerce une influence directe sur la thérapeutique. Voici les caractères à l'aide desquels il est facile de faire cette distinction. Lorsque l'engorgement dépend d'une irritation de la glande sous-maxillaire, que cette irritation se soit développée à la suite d'une carie dentaire ou de toute autre cause, le gonflement est borné à la région sous-maxillaire. Si la partie inférieure de la joue est un peu tuméfiée, il est facile de voir que là n'est pas le siége principal du mal ; ce n'en est, pour ainsi dire, que l'ombre. La région affectée est dure, tendue, à moins que la suppuration ait eu le temps de se former d'une manière complète. Si l'engorgement dépend de la carie d'une ou de plusieurs dents, et que la glande sous-maxillaire reste étrangère à la phlegmasie, le gonflement se montre alors sur la joue ; cette région est plus ou moins tendue. Cependant il est facile de reconnaître, surtout en portant deux doigts dans la bouche et en comprimant la face externe de la joue avec le pouce, qu'il existe un noyau dur, plus ou moins volumineux qui correspond à la dent ou aux dents cariées. Lorsque l'engorgement dépend d'une phlegmasie de la bouche, le gonflement de la joue est alors diffus : cette région est empâtée ; il n'existe pas de noyau dur comme dans le cas précédent. Ajoutons, avant de passer outre, que ces trois variétés peuvent se rencontrer sur le même sujet ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici de ces cas.

J'ai dit que ces différences d'origine exerçaient de l'influence sur la thérapeutique. Voici en effet les préceptes que l'expérience me permet de formuler aujourd'hui. Lorsque le gonflement existe dans la région sous-maxillaire, c'est-à-dire qu'il dépend d'une irritation de la glande et de l'engorgement du tissu cellulaire ambiant, il faut faire usage des résolutifs, et le meilleur de tous en pareil cas est le bistouri. On doit donc pratiquer une incision lors même que le pus ne serait pas encore formé en collection, qu'il ne serait encore qu'infiltré dans les mailles des tissus. Cela fait, on couvre la plaie de cataplasmes émolliens jusqu'à ce que la phlegmasie soit éteinte en grande partie ; on se comporte en un mot comme après l'ouverture d'un abcès ordinaire.

Si le gonflement existe sur la joue et qu'il dépende d'une dent cariée, on doit inciser par l'intérieur de la bouche le noyau dont j'ai parlé plus haut ; après quoi on couvre la joue de cataplasmes émolliens ; et lorsque tout est rentré dans l'ordre, il faut pratiquer l'extraction de la dent malade pour la mettre à l'abri de la récidive.

Si l'engorgement de la joue est diffus et qu'il dépende d'une phlegmasie dipthtéritique, couenneuse de l'intérieur de la bouche, il n'y a rien à faire de local : il faut s'occuper de la phlegmasie buccale, et le meilleur remède en pareil cas consiste dans un gargarisme aluminé.

Les trois malades mentionnés plus haut et qui ont offert les trois variétés d'engorgement que nous venons de passer en revue, ont été traités d'après les principes thérapeutiques que nous avons fait connaître, et le résultat en a montré les plus heureux effets.

La première de ces malades était une femme âgée d'une trentaine d'années, et dont la joue gauche avait acquis un volume considérable. M. Velpeau constata facilement le noyau dur déjà mentionné, et une carie profonde de la troisième dent molaire du côté malade. Ce noyau fut incisé par l'intérieur de la bouche : du pus s'échappa par cette ouverture ; des cataplasmes furent appliqués sur la joue, et cinq jours après le gonflement avait complètement disparu. La dent malade fut alors extraite, et le lendemain cette femme sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

L'autre malade était une jeune fille affectée d'un gonflement diffus de la joue droite coexistant avec une phlegmasie couenneuse de la bouche. M. Velpeau prévint les élèves qui suivent son service qu'un gargarisme aluminé suffirait ici pour tout faire rentrer dans l'ordre. En effet, cinq jours après l'usage de cette médication, la guérison était complète, et la malade sortit de l'hôpital.

Le troisième malade était un ouvrier d'une trentaine d'années portant à la région maxillaire gauche un gonflement considérable. La peau était tendue ; le malade éprouvait de vives douleurs. La fluctuation était douteuse; cependant M. Velpeau ne balança pas de pratiquer une incision qui donna issue à du pus mêlé de sang. Une mèche de charpie fut maintenue entre les lèvres de la plaie, et la tumeur fut recouverte d'un large cataplasme émollient. Le dégorgement s'opéra promptement, et au bout de huit jours le malade sortit de l'hôpital.

Engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires. Extirpation.

Lorsque les glandes sous-maxillaires ont acquis un certain volume, qu'elles gênent le malade, et que d'ailleurs il n'existe dans les régions voisines, à la partie inférieure du cou par exemple, aucun engorgement de même nature ; en un mot, lorsqu'il est possible d'atteindre ces tumeurs sous-maxillaires sans être obligé de faire une trop large plaie, le meilleur remède consiste à en pratiquer l'excision : telle est la pratique que nous avons adoptée depuis plusieurs années, et qui nous paraît être la seule rationnelle. Les traitemens généraux qui ont été préconisés en pareil cas, sont loin d'être toujours efficaces, et ne laissent pas d'exposer les malades à des dangers qu'il est facile de prévoir, et que nous nous dispenserons d'énumérer ici. Depuis trois mois quatre malades ont été soumis à notre opération dans cet hôpital, et chez tous la guérison a été complète en moins d'un mois. Nous ne saurions trop engager les praticiens à adopter cette pratique.

Fracture du radius. Mode d'application de l'appareil inamovible.

Le 15 de ce mois, fut admis à l'hôpital de la Charité, et couché au n° 11 de la salle Sainte-Vierge, un jeune maçon, âgé de vingt ans, qui, dans une chute d'un lieu élevé, s'était fracturé le radius du bras gauche, à sa partie inférieure. Sur la partie antérieure de l'avant-bras, à un demi-pouce environ au-dessus du poignet, existait une petite plaie, à travers laquelle, au dire du malade, le fragment supérieur de l'os brisé se serait montré à l'extérieur. Cependant, vu le peu d'étendue de cette plaie, il n'était pas probable que cet accident eût eu lieu. Quoi qu'il en soit, la partie inférieure de l'avant-bras était douloureuse et fortement tuméfiée. M. Velpeau crut devoir différer de quelques jours l'application de l'appareil. Le membre fut entouré de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée, et maintenu dans le repos. Samedi dernier, le gonflement avait considérablement diminué. Le malade fut conduit à l'amphithéâtre, et là, M. Velpeau appliqua lui-même l'appareil dextiné de la manière suivante.

FEUILLETON.

NOTE DE MM. DANGER ET CH. FLANDIN

Sur la variété des taches produites avec l'appareil de Marsh dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic, en réponse aux objections dont leur mémoire a été l'objet à l'Académie royale de médecine de la part de M. Orfila. (Acad. de méd., séance du 23 mars.)

Messieurs,

Nous ne devions pas vous occuper encore d'un travail que nous avons présenté il y a cinq semaines à l'Institut. Par respect pour l'une comme pour l'autre Académie, nous attendions le jugement de la première commission chargée de prononcer sur les résultats de nos expériences : mais, par une sorte d'anticipation, notre travail a été, à deux reprises, dans cette enceinte, l'objet de discussions et d'interprétations diverses. C'est une obligation pour nous de venir répondre aux objections qui nous ont été faites, et de rétablir devant vous les opinions que nous avons émises dans le mémoire lu à l'Institut.

Le premier fait que nous avons énoncé est qu'il n'existe pas d'arsenic à l'état normal dans le corps humain. Il serait trop long de redire ici par quelle série d'expériences nous avons été conduits à cette négation. Mais notre assertion n'ayant pas été contestée, et celui de vos honorables membres qui avait avancé la proposition contraire n'ayant fait que prendre ses réserves pour revenir sur la question, nous attendrons pour la traiter devant l'Académie qu'elle soit devenue l'objet d'une controverse.

La seconde conclusion de notre mémoire est : « Qu'il se forme » généralement dans l'acte de la carbonisation des matières animales un produit soluble dans l'eau, sublimable, composé en » grande partie de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à » une matière organique, produit susceptible de fournir, avec » l'appareil de Marsh, des taches présentant jusqu'à un certain » point les caractères physiques et donnant la plupart des réactions chimiques de l'arsenic ; que pour se mettre à l'abri de » toute erreur en expertise médico-légale dans un cas d'empoisonnement par un composé arsenical, il faut, quand on se sert » de l'appareil de Marsh pour ses recherches, ne compter sur les » réactions franches et normales de l'arsenic qu'après avoir brûlé » le gaz hydrogène arsénié, et agi sur les produits de sa combustion. »

C'est sur ce point particulièrement que, dans une de vos précédentes séances, il a été présenté diverses objections par M. Orfila. Ce chimiste vous a montré, d'une part, des taches obtenues en mettant dans l'appareil de Marsh 30 centigrammes de sulfite d'ammoniaque, autant de phosphite d'ammoniaque et 18 gouttes d'huile essentielle de térébenthine, et il vous a dit que ces taches n'avaient aucun des caractères des taches arsenicales. Mais nous vous ferons remarquer, Messieurs, que les réactions que M. Orfila a produites sous vos yeux ont été faites comparativement avec des taches obtenues au moyen de l'acide arsénieux ou arsenique pur. Or, dans les cas de médecine légale, quel que soit le mode de carbonisation que l'on emploie, jamais les taches que l'on obtient sur la porcelaine ne sont formées par de l'arsenic pur ; ces taches sont toujours mélangées d'une plus ou moins grande quantité de matières animales, de soufre et de phosphore, souvent à divers degrés d'oxygénation.

D'ailleurs, les taches de M. Orfila ont été préparées avec des proportions de sulfite et de phosphite tout-à-fait arbitraires. Pour nous, ce sont les sulfite et phosphite qui se produisent dans l'acte même de la carbonisation des matières animales que nous avons toujours opposées à ce que l'on a appelé l'arsenic normal, et même aux réactions de l'arsenic provenant de chairs empoisonnées. De plus, quand nous voulons produire artificiellement nos taches, nous prenons des proportions tout autres que celles qui ont été adoptées par M. Orfila, cherchant à nous rapprocher le plus possible des composés formés dans l'acte de la carbonisation. Toutefois cette synthèse n'a jamais été indiquée par nous que comme la contre-épreuve de l'analyse qui nous avait fait reconnaître les sulfite et phosphite naturels.

En second lieu, M. Orfila vous a présenté des taches provenant du bi-chlorure de mercure, des chlorures d'étain et de plomb, etc., taches qu'il vous a dit *ressembler beaucoup plus encore que les nôtres* aux taches arsenicales. Pour nous, la question n'a jamais été la recherche d'un composé qui pût simuler les taches de l'arsenic, mais bien la recherche de la cause qui avait fait admettre la présence de l'arsenic à l'état normal dans le corps humain. Sans nous écarter des conditions ordinaires où l'on peut se trouver en médecine légale dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, nous avons recueilli une série de taches que nous mettons en ce moment sous les yeux de l'Académie. Que l'on juge, tout à la fois sous le rapport des apparences physiques, comme sous celui des réactions chimiques, si de tels élémens peuvent fournir des caractères propres à décider une question d'empoisonnement !

La variété des taches dont vous ne voyez pas encore ici toutes les nuances, tient à une foule de causes qu'il serait trop long de passer en revue. Nous jetterons seulement un coup-d'œil sur les deux principales, qui dérivent de l'appareil de Marsh et de l'acte même de la carbonisation.

Les taches que produit l'appareil de Marsh au commencement de son action étant formées d'hydrure d'arsenic, de matière animale, de soufre et de phosphore plus ou moins oxygénés (nous passons sous silence l'entraînement mécanique du liquide traversé par le gaz), leur couleur est brune avec un reflet métallique prononcé. (*V.* l'assiette n° 10.) Mais à mesure que l'appareil de Marsh, de plus en plus chargé de sulfate de zinc, demande une plus grande quantité d'acide sulfurique pour fournir un dégagement convenable d'hydrogène, l'action électro-chimique devient telle, que le soufre et le phosphore des matières animales sont eux-mêmes désoxygénés.

Alors les taches, de brunes qu'elles étaient, tirent au jaune, et finissent par n'être plus formées que de sulfure et de phosphure d'arsenic. (*V.* l'assiette n° 9.) Le faible miroitement qu'elles conservent dans ce dernier cas, est dû à l'action réductive de la flamme de l'hydrogène sur la couche mince de sulfure et de phosphure d'arsenic. Il suffit d'indiquer ces deux modifications extrêmes produites par l'appareil de Marsh, pour qu'on se fasse promptement une juste idée de la variété, et de couleur et de composition chimique, que peuvent présenter les taches fournies par cet appareil à ses divers momens d'action. (*V.* les assiettes n° 1.)

L'acte de carbonisation n'apporte pas des complications moindres dans les résultats. Ces complications tiennent, d'une part, à la difficulté de répartir uniformément la chaleur sur les bords comme sur le fond de la capsule, et par conséquent d'obtenir un produit homogène ; de l'autre, à l'état même des matières animales sur lesquelles on opère, et qui, plus ou moins grasses, plus ou moins sèches, plus ou moins putréfiés, exigent pour passer à l'état de charbon une quantité d'acide qu'on ne peut déterminer *à priori*. Cela est si vrai, que les toxicologistes se mettent encore en garde, par divers auxiliaires, contre la production de la mousse qu'ils n'ont pu jusqu'ici prévenir d'une manière sûre.

A ces diverses complications, si l'on ajoute celles que peuvent apporter à la solution du problème médico-légal l'existence de

Le bras et l'avant-bras étant placés dans la demi-flexion, un aide fait l'extension sur le bras, tandis qu'un autre aide intelligent fait la contre-extension en embrassant avec les deux mains le côté externe et le côté interne de la main du blessé. Cela fait, le chirurgien applique une compresse sèche sur le poignet, en ayant soin de maintenir de la main gauche les deux fragmens de l'os bien en contact. Le membre est ensuite entouré d'une bande sèche qui s'étend depuis la main jusqu'au milieu du bras. Cette bande n'est là que pour empêcher le contact de la dextrine avec la peau. Par dessus cette dernière bande, on place deux compresses graduées, l'une sur la face externe, l'autre sur la face interne de l'avant-bras. Ces compresses sont ensuite recouvertes de deux attelles de carton imbibées de dextrine. Ces attelles doivent s'étendre depuis le poignet jusqu'à la moitié du bras, en ayant soin toutefois de les faire correspondre à la demi-flexion du coude. (Nous dirons plus tard pourquoi M. Velpeau conseille de donner au membre cette position de demi-flexion.) Sur ces attelles on applique la bande imbibée de dextrine, comme s'il s'agissait de l'application d'un bandage roulé ordinaire. Cette bande doit s'étendre jusque vers le tiers supérieur du bras. L'appareil est alors complet. Mais on comprend que les pièces qui le composent sont encore molles et que le membre pourrait prendre une position vicieuse avant leur dessication complète. Pour obvier à cet inconvénient, on place par dessus l'appareil deux attelles en bois, que l'on maintient en place à l'aide d'une bande sèche, jusqu'à ce que les pièces du bandage aient acquis un degré de solidité qui ne permette plus au membre de changer de position. Vingt-quatre heures suffisent pour cela.

La position demi-fléchie du bras et de l'avant-bras offre deux avantages qu'il suffit de mentionner pour en faire sentir toute l'importance : 1° elle est un obstacle aux mouvemens de pronation et de supination de l'avant-bras; 2° lors même qu'il surviendrait du vide entre l'appareil, on comprend que ce changement de rapport n'aurait pas de grands inconvéniens.

Maladies des yeux, compliquées de phlegmasie de la muqueuse nasale et de gonflement de la lèvre supérieure.

Il est d'observation que lorsque les maladies des yeux sont compliquées d'une phlegmasie des fosses nasales, l'affection oculaire offre une ténacité qui a surpris plus d'un jeune chirurgien qui ne connaissait pas l'influence de cette complication. Dans des cas de ce genre, M. Velpeau a adopté un mode de traitement dont nous avons été bien souvent à même de constater les heureux résultats. Entre autres exemples de ce grenre, nous citerons le fait suivant :

Le 5 de ce mois entra dans le service de M. Velpeau, une femme dont les yeux étaient malades depuis plusieurs années. Déjà, nous dit-elle, on avait tenté inutilement une foule de moyens thérapeutiques. Ses yeux étaient affectes de plusieurs maladies diverses. Il y avait kératite, conjonctivite, blépharite glandulaire et ciliaire. Les fosses nasales étaient rouges et boursoufflées; la lèvre supérieure était considérablement tuméfiée et d'un aspect rougeâtre. C'était là, sans contredit, un de ces cas dans lesquels les partisans outrés de la spécificité des ophthalmies prétendent triompher. Or, voici les moyens à l'aide desquels M. Velpeau s'est rendu maître des diverses affections dont cette malade était atteinte, affections qui, comme nous l'avons dit plus haut, s'étaient montrées tout à fait rebelles à une foule de médications : émissions sanguines générales, sangsues derrière les oreilles, calomel à l'intérieur, avec cela chacune des maladies particulières a été attaquée par des moyens plus directs; ainsi, la kératite et la conjonctivite ont été combattues par une solution de nitrate d'argent; la blépharite, par l'application de la pommade au nitrate d'argent sur le bord libre des paupières; et la phlegmasie nasale par la pommade ou précipité blanc. Les bons effets d'une pareille médication ont été si prompts et si satisfaisans, que douze jours après son entrée à l'hôpital, la malade était complètement guérie. Nous pourrions multiplier, au besoin, les faits de ce genre, mais cela serait superflu. Que les praticiens fassent usage de la même médication dans des cas analogues, et nous ne craignons pas de leur prédire le même résultat.

Il est pourtant une considération touchant les ophthalmies réputées *spécifiques*, que nous ne devons point passer sous silence; car c'est sans doute pour ne pas l'avoir bien comprise, quoique M. Jeanselme soit entré dans de minutieux détails sur ce sujet dans son Manuel des maladies des yeux, que plusieurs jeunes médecins pourraient se faire encore quelques illusions. Ainsi, en disant que quelle que soit la constitution des sujets, plusieurs phlegmasies externes du globe de l'œil cèdent à tel ou tel topique, nous ne prétendons pas faire entendre par là que l'affection générale dont les malades peuvent être atteints, cèdera à cet ordre de moyens. La maladie oculaire disparaît, mais il reste toujours à modifier la constitution par un traitement général approprié. On trouve, du reste, dans le Manuel de M. Jeanselme, tous les détails convenables sur cette importante question d'ophthalmologie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE.

(Suite du numéro 34.)

Il reste à tirer de l'étude des mouvemens du fœtus quelques inductions très intéressantes, quoiqu'elles ne se rapportent pas au diagnostic de la grossesse, mais seulement à la physiologie de la vie intra-utérine. L'on comprend aisément que, dans cette espèce de prison, les rapports du fœtus avec la vie extérieure soient excessivement bornés; cependant la vie de relation existe d'une manière bien manifeste pour l'enfant encore renfermé dans le sein de sa mère : en sorte que la comparaison que l'on a faite de ce petit être avec une plante est fausse de tout point. L'enfant dans l'utérus exerce des mouvemens, donc il éprouve des sensations; ces mouvemens sont provoqués par l'application de la main ou d'un corps froid sur l'abdomen, et il est des mères qui peuvent faire répéter ces mouvemens à volonté. Quand, à l'aide du toucher vaginal, on soulève l'utérus pour percevoir le ballottement, l'enfant paraît éprouver, par suite de cette manœuvre, une sorte d'ennui qu'il manifeste par de fréquens mouvemens, et ceux-ci, dans ce cas, sont bien perçus par la mère.

Bien plus, ces mouvemens se produisent sous l'influence de causes diverses qui provoqueront le malaise de l'enfant. Ainsi, certaines positions de la mère, un jeûne longtemps continué, l'ingestion de certains alimens chauds ou froids, certaines sensations éprouvées par elle, etc. Quand on observe de près, on voit ces mouvemens du fœtus se reproduisent d'une manière régulière; il est des instans de la journée où l'on ne peut les provoquer : ce qui fait croire qu'il y a chez le fœtus des momens de sommeil dans lesquels il ne peut recevoir les impressions qui lui sont transmises, et des momens de veille.

Application des mouvemens du fœtus au diagnostic de la grossesse.

Il faut donner à ce signe son véritable prix; une femme se croit enceinte parce qu'elle a vu apparaître chez elle tous les signes rationnels de la grossesse; mais les mouvemens du fœtus viennent à se manifester, et alors elle n'a plus de doute. Ainsi cette dernière circonstance confirme les autres signes qui existaient auparavant; telle est la valeur habituelle que l'on attache avec raison aux mouvemens du fœtus. Il faut ajouter que leur absence au terme où ils se montrent ordinairement donne quelques inquiétudes à la femme qui se croit enceinte.

Mais si, sortant des cas ordinaires, l'on examine la valeur de ce signe dans quelques cas douteux, l'on verra que dans certaines circonstances les mouvemens du fœtus ne peuvent nullement éclairer le diagnostic. Ainsi, quelquefois on les voit manquer quoiqu'il y ait grossesse; d'autres fois, la femme n'est pas enceinte, et cependant ils existent, ou mieux, la femme croit les connaître. Ceci diminue de l'importance qu'on leur a attribuée.

Il est des cas exceptionnels où l'absence des mouvemens du fœtus n'indique pas toujours qu'il n'y ait pas grossesse. Ainsi un enfant peut mourir à cinq mois dans le sein de sa mère sans que celle-ci ait jamais senti ses mouvemens. L'on peut comprendre également qu'un enfant reste sans mouvemens actifs (c'est de ceux-là qu'il est ici question) dans l'utérus, et qu'il atteigne pareillement le terme de sa naissance. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait observé plusieurs fois de semblables faits; il peut donc arriver, dans certaines occasions, que les mouvemens du fœtus fassent défaut et ne puissent, par conséquent, éclairer le diagnostic.

Quelques femmes non enceintes éprouvent la sensation de mouvemens intérieurs particuliers, qui peuvent leur en imposer pour des mouvemens de fœtus; ce qui a fait dire à Smith que ce signe se rencontrait si fréquemment chez des femmes non en état de gestation, qu'il n'y attachait pas la moindre importance. M. Dubois l'a observé plusieurs fois dans des circonstances semblables; aussi, dans les cas douteux, ce signe est-il, suivant lui, à peu près inutile.

A ce sujet, M. Dubois raconte une épisode assez curieuse de l'histoire d'Angleterre. Marie Tudor avait le plus grand désir d'être mère, et elle croyait à tout ce qui pouvait justifier sa grossesse. Au moment où le légat du pape lui fut présenté, elle ressentit quelques mouvemens qu'elle crut être ceux d'un enfant. Les flatteurs de la cour la comparèrent à la vierge Marie visitée par saint Jean-Baptiste, et des prières furent ordonnées pour que le prince (car ce devait être un enfant mâle) naquît fort et plein de vigueur. Le peuple ne fut point aussi crédule, et il eut raison; car plus tard la reine succomba à une hydropisie dont elle ressentait alors les premières atteintes.

Ainsi la sensation de mouvemens perçue par la mère ne peut en rien éclairer le diagnostic.

Celle perçue par une main étrangère peut-elle résoudre la question et lever tous les doutes? On ne peut, dans cette circonstance, répondre par l'affirmative; car il est des impressions qui peuvent produire une sensation analogue à celle des mouvemens du fœtus.

Une dame près de l'âge critique se présente à M. Dubois, lui dit que depuis plusieurs mois ses règles étaient

---

l'antimoine dans les chairs par suite de l'administration de l'émétique employé comme moyen thérapeutique, on se rendra compte, non pas encore de toutes, mais des plus graves difficultés que peut présenter une expertise dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic. (*V.* les assiettes nos 4, 5, 6, 7, 8.) Nous le répéterons ici, après l'avoir dit ailleurs, relativement aux sulfite et phosphite naturels, la coloration de la flamme, l'odeur alliacée qu'elle exhale, l'aspect miroitant des taches, leur déplacement ou leur vaporisation à l'extrémité du jet, l'action à froid ou à chaud de l'acide nitrique, celle de l'hydrogène sulfuré, du nitrate d'argent et celle même du papier de tournesol, qu'on a dernièrement invoquée, toutes ces réactions sont si faciles à confondre avec celles de l'arsenic tel qu'on l'obtient des matères animales, qu'il n'y a qu'un chimiste d'une habileté toute exceptionnelle qui, dans tous les cas et d'après de tels caractères, puisse porter un jugement en toute conscience.

Nous prévoyons une objection : on dira que dans un cas où les taches ne présenteraient que des réactions imparfaites, incomplètes, on s'abstiendrait de prononcer. Mais alors la mission de l'expert ne serait pas ou serait mal remplie. S'il importe de ne pas sacrifier l'innocent, il importe aussi de ne pas laisser échapper le coupable.

On nous a prêté, relativement à la dernière conclusion de notre mémoire, une opinion que nous n'avons pas émise en termes aussi absolus qu'on le suppose. On nous a fait dire que dans les cas d'empoisonnement par un composé arsenical, on ne retrouve jamais d'arsenic dans les urines. Notre pensée demande à être mieux comprise. Voici le texte même de notre mémoire sur ce point :

« Dans le cas où des chiens ont pris graduellement des doses
» croissantes d'acide arsénieux, mais sans qu'il en soit résulté
» pour eux des souffrances graves, les excrémens solides seuls
» nous ont donné de l'arsenic. Nous n'en avons retrouvé aucune
» trace dans les urines, bien que nous ayons fait nos recherches
» sur des quantités suffisantes de ce liquide pour obtenir de l'a-
» cide arsénieux s'il en eût contenu. Les chiens tués, fût-ce au
» moment où ils paraissaient le plus malades, on n'a retrouvé de
» l'arsenic que dans les matières alimentaires ou exérémenti-
» tielles du tube digestif. On n'en a pas retiré des urines rete-
» nues dans la vessie après la mort, non plus que des viscères ou
» de la chair musculaire. Les parties mêmes du tube digestif sur
» lesquelles il existait des rougeurs, des érosions, des ulcéra-
» tions, ne nous ont pas donné les plus petites traces de métal,
» quand on les avait préalablement lavées avant d'y rechercher
» le poison.

» Les chiens empoisonnés de la manière la plus aiguë par
» l'action de l'acide arsénieux appliqué sous la peau ou injecté
» dans l'intestin, nous ont également fourni des traces manifes-
» tes d'arsenic dans leurs tissus. Mais une remarque que nous
» avons faite et sur laquelle nous appelons l'attention des expé-
» rimentateurs, c'est que dans le cas d'empoisonnement aigu,
» soit que le poison ait été appliqué sous la peau, ou qu'il ait été
» introduit dans le tube digestif, les animaux n'urinent pas, et
» qu'après leur mort on retrouve leur vessie vide et contractée.

» D'où nous croyons pouvoir tirer les inductions suivantes :
» Les effets pathologiques que l'arsenic produit sont de deux
» sortes; ils sont purement *physiques* tant que les forces vitales
» s'opposent à l'absorption du poison; ils sont véritablement
» *organiques* sitôt que l'absorption a lieu. Dans le premier cas,
» les lésions sont superficielles ou profondes; la nature peut ou
» non les guérir, selon la force et la constitution du sujet; mais
» la guérison est la règle, la mort l'exception. Dans le second
» cas, lorsque le poison est absorbé, la mort, au contraire, est la
» règle, et la guérison l'exception. L'arsenic frappe alors comme
» un glaive, suivant une expression de Platner. »

Pour ne laisser aucun doute sur notre opinion, nous le répétons : Règle générale, les chiens empoisonnés d'une manière aiguë, c'est-à-dire violente, n'urinent pas. Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le choléra, la sécrétion urinaire cesse tant que l'animal est sous l'influence d'une action toxique grave. Ce n'est qu'au moment où la réaction vitale s'établit, si elle doit s'établir, que la sécrétion rénale reprend son cours; alors seulement l'arsenic apparaît dans les urines. Quand les animaux n'ont pris qu'une dose légère de poison, une dose insuffisante pour produire des symptômes de prostration, il n'y a pas ordinairement de poison absorbé, ou du moins nous n'en avons pas retrouvé dans les urines; non plus, par comparaison, que dans celles des malades auxquels on avait administré, sans accidens, la teinture de Fowler comme agent thérapeutique.

On conçoit qu'il nous est difficile de fixer une ligne de démarcation tranchée entre les symptômes de non-absorption et les symptômes d'absorption. Nous n'avons eu en vue, dans la distinction que nous avons essayé de faire, que la question de thérapeutique. Appelé près d'un malade qu'on soupçonne avoir pris de l'arsenic, est-ce dans les urines que le médecin doit aller chercher les indices ou les traces du poison, comme on a conseillé de le faire? La conclusion qui termine notre mémoire exprime à cet égard notre pensée. La voici :

« Dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, c'est dans les
» fèces et la matière des vomissemens qu'on doit surtout cher-
» cher les traces du poison pendant la vie; si la mort est l'effet
» immédiat de l'empoisonnement, on retrouve l'arsenic jusque
» dans les organes les plus éloignés du centre de l'action toxique. »

D'après ce qui précède, nous pensons que la preuve de l'empoisonnement par un composé arsenical ne doit être faite au moyen des taches, qu'autant que le gaz dégagé de l'appareil de Marsh a été préalablement brûlé; et à cet effet, nous proposons d'ajouter à cet appareil tel qu'on l'a employé jusqu'ici un annexe qui permet de concentrer tous les produits de la combustion, et de recueillir sans perte l'acide arsénieux complètement débarrassé des matières organiques susceptibles d'en masquer les réactions.

Cet annexe consiste :

1° En un *condensateur* cylindrique portant vers son extrémité inférieure une tubulure, et se terminant par un cône dont la pointe reste ouverte;

2° En un *tube à combustion* recourbé à son milieu en angle droit, et pouvant s'adapter à la tubulure du condensateur à l'aide d'un bouchon;

3° En un *réfrigérant*, dont l'extrémité inférieure s'engage dans la partie conique du condensateur et en ferme l'ouverture. Le tout est soutenu par un support.

Pour faire usage de cet appareil, on remplit le réfrigérant d'eau distillée, et on l'introduit dans le condensateur; on fixe le tube à combustion et l'on engage dans son intérieur, à un tiers de l'extrémité, le jet de flamme alors qu'il ne se dégage encore de l'appareil de Marsh que de l'hydrogène pur. On introduit les liquides suspects dans le flacon et on laisse la combustion s'opérer, en ayant soin de régulariser le jet de flamme et de l'obtenir aussi petit que possible, de 5 à 6 millimètres au plus. Si l'appareil de Marsh a été convenablement disposé, une portion de l'arsenic se dépose à l'état d'acide arsénieux concret et solide, dans le tube à combustion; l'autre portion, emportée par la vapeur d'eau, vient se condenser sur les parois du réfrigérant, et de là s'écoule dans le condensateur. L'ouverture pratiquée à l'extrémité inférieure de ce cylindre permet à l'opérateur, en soulevant le réfrigérant, de recueillir, à tel ou tel moment de l'opération, la quantité d'eau qu'il juge convenable à des essais successifs. L'opération terminée, l'acide arsénieux déposé dans le

supprimées; et qu'elle ressentait les mouvemens de son enfant; mouvemens que sa demoiselle avait parfaitement bien reconnus par la simple application de la main sur son ventre. Celui-ci, du reste, était développé comme au cinquième mois de la grossesse. Le toucher fit reconnaître que l'utérus présentait son volume normal; le ventre était distendu par des gaz.

Mongomery cite un cas plus remarquable. Une dame dont le mari était médecin l'appelle pour l'accoucher; il arrive, touche cette dame et reconnaît qu'elle n'est pas enceinte. Le mari cependant assure avoir senti très distinctement les mouvemens du fœtus à travers les parois abdominales.

Chez une femme, à la Maternité, en appliquant la main sur la partie latérale gauche de l'abdomen, l'on sentait de petits mouvemens qui pouvaient en imposer pour des mouvemens de fœtus; mais l'erreur n'était pas possible; car cette femme ne présentait aucun des autres signes de la grossesse.

Dewist rapporte qu'une femme qui avait eu déjà plusieurs enfans, éprouve du trouble dans les fonctions digestives; ses seins se gonflent, son ventre se développe; il lui semble reconnaître les mouvemens de son enfant; elle se croit enceinte, mais l'accouchement ne se fait pas. On examine cette femme, et l'on trouve que le développement de l'utérus est dû à l'accumulation du sang des règles dans la cavité de cet organe. Ceci est d'autant plus étonnant, que cette femme avait été réglée et avait eu des enfans. On vit bientôt survenir des douleurs utérines, sous l'influence desquelles le sang contenu dans la matrice fut expulsé.

Ces sensations trompeuses dépendent de causes très diverses, comme la présence de gaz dans les intestins déterminent les mouvemens péristaltiques qui peuvent être ressentis par la mère, et quelquefois par une main étrangère, ainsi que l'a observé M. P. Dubois; l'irritabilité intestinale qui présente quelque chose d'hystérique, et détermine certaines contractions que l'on voit précéder l'attaque. On sait qu'en effet, il se manifeste alors des mouvemens intérieurs qui, dans certains cas, pourraient en imposer pour des mouvemens de fœtus; les contractions locales ou partielles des muscles abdominaux, semblables à ces contractions spasmodiques du muscle orbiculaire des paupières, que presque tout le monde a constaté sur soi-même; enfin, mais très rarement, le soulèvement de quelques tumeurs abdominales, causé par les battemens de grosses artères. Les mouvemens produits par ces différentes causes, non-seulement sont reconnus par l'application de la main sur l'abdomen ou par le toucher vaginal, mais aussi par la vue. Il suffit souvent de découvrir le ventre d'une femme pour voir ces ondulations, ce soulèvement que l'on rencontre dans la grossesse; et on y est d'autant mieux trompé, que l'on est persuadé que le fœtus seul peut déterminer de semblables phénomènes.

En 1831, lorsque M. Dubois faisait un cours d'accouchement à l'Ecole pratique, une sage-femme lui adressa une personne de sa connaissance, qui se croyait enceinte depuis plusieurs années; M. Dubois, appliquant sa main sur le ventre de cette femme, sentit d'une manière très manifeste des mouvemens qui ressemblaient à ceux d'un fœtus. Il découvrit le ventre, et il aperçut fort bien les ondulations et les mouvemens dont cette partie était le siége; mais il vit aussi que cette femme pouvait à sa volonté produire ces mouvemens partiels.

M. Dubois pensait que c'était un cas unique dans la science, quand, en faisant quelques recherches à ce sujet il en vit plusieurs dans les auteurs, et un, entr'autres, cité par M. Blondel.

Perte intra-vaginale.

Il y a en ce moment, au n° 15, une jeune femme qui, depuis qu'elle est accouchée, éprouve des douleurs de ventre, dépendant très probablement de quelques accidens inflammatoires auxquels il est difficile d'assigner un siége, et chez laquelle il n'y a point eu d'indication positive. Pour cette raison, elle ne fut mise à l'usage d'aucun traitement; on prescrivit seulement une application de sangsues.

Cette femme offre un exemple fort singulier d'une forme de perte que l'on a rarement l'occasion d'observer. Avant la délivrance, elle fut prise d'une hémorrhagie intra-vaginale due probablement à ce que le placenta, rejeté dans un des côtés du vagin, aura empêché le sang de se faire jour au dehors; ce liquide s'est accumulé dans le vagin sans refluer dans la cavité utérine, ce dont à l'examen il a été facile de s'assurer, attendu qu'on ne sentait point dans la région hypogastrique cette tumeur englobée formée par l'utérus dans le cas de métrorrhagie interne.

Ce genre d'accidens a été peu étudié, si ce n'est par quelques accoucheurs anglais. Ce fait, observé à la clinique il y a peu de jours, fera le sujet de quelques réflexions du professeur, quand il en sera arrivé à ce point de l'étude des accidens qui peuvent compliquer l'accouchement.

Grossesse chez une femme paraplégique.

Une autre femme, au n° 31, se trouve dans des conditions curieuses à étudier: elle est enceinte et éprouve de vives douleurs dans le ventre; elle présente une paraplégie complète; la sensibilité et le mouvement sont tout-à-fait abolis jusqu'à la moitié supérieure du ventre; il y a en outre une faiblesse notable des membres supérieurs. Ces accidens, suivant toutes les apparences, sont dus à une maladie de la moelle épinière; maladie qui depuis quelque temps a fait d'assez rapides progrès, car la paralysie s'est étendue au rectum. L'acte de la défécation n'est plus possible; maintenant on est obligé, pour vider cet intestin, d'en extraire les matières qu'il contient à l'aide d'un instrument approprié.

Il sera curieux de voir comment se terminera l'accouchement chez cette femme; il est probable qu'une partie seulement des muscles destinés à l'accomplissement de l'acte de la parturition sera mise en jeu, et encore il est difficile de savoir jusqu'à quel point ces mêmes puissances ne se trouveront pas elles-mêmes placées sous l'influence de la maladie de la moelle épinière.

A cette occasion, il convient de dire que des expériences peu concluantes, à la vérité, ont été faites prr M. Brachet pour élucider cette question. Quand le fait sera accompli, et que cette femme sera accouchée, ce sera le sujet d'une leçon qui, assurément, présentera le plus grand intérêt.

Accouchement provoqué par l'emploi de l'ergot de seigle. Mort de l'enfant.

Au n° 6 est une femme qui est entrée ici, le 4 mars, à une époque très rapprochée du terme de sa grossesse. Elle a déjà fait une fausse-couche, à trois mois, voilà quelques années. Cette femme fut prise spontanément, chez elle, de douleurs qui lui firent penser que l'accouchement se ferait prochaineineent; mais ces douleurs se suspendirent. Cependant, comme elles reparurent le lendemain, elle se décida à entrer dans les salles de la Clinique, et voici quel était l'état des parties lors de son arrivée. Le col était effacé, aminci; mais comme la dilatation ne se faisait pas, on put penser que l'accouchement ne devrait pas être très prochain.

Cependant les douleurs que cette femme avait éprouvées chez elle reparurent de nouveau. A cette occasion M. le professeur Dubois dit qu'on pourrait, dans cette circonstance, donner l'ergot de seigle pour exciter les contractions utérines, mais qu'il pensait qu'il était prudent d'attendre de nouvelles douleurs.

Enfin, les douleurs se montrant de nouveau, et toujours à peu près les mêmes, M. Dubois, dans le but de diminuer la durée du travail, et par conséquent les souffrances de cette femme, donna l'ergot de seigle, quoiqu'il n'y eût ni motif ni urgence de le faire. Ainsi cette femme était bien portante, les douleurs qu'elle éprouvait n'étaient point vives et n'amenaient aucun désordre, aucun trouble fonctionnel; et puis, une raison dont il faut tenir grand compte, c'est que ce médicament doit être employé dans de semblables circonstances avec beaucoup de réserve, attendu que son action peut avoir une fâcheuse influence sur le fœtus, ainsi que cela a été observé plusieurs fois dans ce service. Hier donc, le seigle ergoté fut employé chez cette femme: on en donna, à trois heures, 50 centigrammes.

Aussitôt après les douleurs utérines furent presque continuelles et s'accompagnèrent, ainsi que cela arrive ordinairement, d'une tension comme tétanique de l'utérus, état qui s'écarte beaucoup des conditions naturelles. Une demi-heure après, quoiqu'il n'y eût pas nécessité, on donna encore 35 centigrammes du même médicament: Alors les douleurs devinrent beaucoup plus vives, sans intermittence. A quatre heures il survint une petite déchirure du col; la dilatation alors se fit plus rapidement. A cinq heures, rupture des membranes et écoulement des eaux de l'amnios: la dilatation n'est pas encore complète. A cinq heures et demie, la tête franchit le col. A six heures, les battemens du cœur se ralentissent chez le fœtus. A six heures dix minutes on ne compte plus que soixante pulsations. A six heures et un quart, application du forcepps qui fut simple et ne présenta rien de particulier, la tête étant très avancée. L'enfant naquit faible; on parvint à le ranimer un peu, mais il finit par succomber vers huit heures et demie.

Si l'on examine les différentes phases de cet accouchement, l'on verra, qu'à part la provocation à l'aide de l'ergot de seigle, elles ne présentent aucune circonstance qu'on ne rencontre dans un travail ordinaire. Ainsi les douleurs significatives se sont montrées à trois heures et un quart, et trois heures plus tard l'accouchement était terminé par l'application du forceps, il est vrai; mais application du forceps, qui fut simple et facile. Comme on le voit, il n'y a, quant à la durée, rien d'extraordinaire, rien qui implique quelque chose de fâcheux, et pourtant l'enfant a succombé sans qu'il présentât aucune condition qui pût expliquer un semblable événement. La cause de la mort, il faut donc la chercher ailleurs, dans l'action même du médicament employé.

Il est une circonstance qui rend dangereuse l'administration du seigle ergoté, c'est que sous l'influence de ce médicament les contractions utérines n'ont point de repos; c'est-à-dire que l'on n'observe plus ces intermittences de contraction et de relâchement propres au travail spon-

---

tube à combustion sert à donner le métal et le sulfure sec. Les eaux recueillies servent aux réactions de l'appareil de Marsh, de l'hydrogène sulfuré, du sulfate de cuivre ammoniacal, du nitrate d'argent, etc. Mais avant de prononcer sur la couleur obtenue avec le nitrate d'argent, on doit se souvenir que les liquides sur lesquels on opère peuvent contenir des traces d'acide phosphorique.

Nous avons l'honneur de vous présenter, Messieurs, dans ce petit tube, un anneau d'arsenic métallique obtenu avec 100 grammes seulement de la chair d'un animal empoisonné par 15 centigrammes (3 grains) d'acide arsénieux introduit sous la peau, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables pour retrouver le poison. Les 100 grammes de chair ont été pris moitié sur le foie, moitié dans la chair musculaire, mais sur un point éloigné de celui où avait été appliqué l'acide arsénieux.

L'échantillon d'arsenic contenu dans le tube pèse plus d'un milligramme, ainsi qu'il serait facile de s'en assurer.

Pour fixer jusqu'à quel point il est possible de rendre visibles à l'état métallique de petites quantités d'un composé arsenical, nous avons l'honneur de vous présenter comparativement, dans un autre petit tube, une auréole très petite, mais facilement perceptible d'arsenic, qui provient de la soixante-quatrième partie d'un milligramme d'acide arsénieux. Nous pouvons donc dire, sans crainte d'être démentis par l'expérience, que partout où l'on obtiendra, avec l'appareil de Marsh, des taches en quantité suffisante pour prononcer sur un cas d'empoisonnement, il sera également possible de reproduire l'arsenic à l'état métallique. Toutes les taches arsenicales que l'on retrouvera sur les assiettes qui sont en ce moment sous vos yeux, ont été faites avec les eaux de lavage du charbon qui nous a donné l'arsenic métallique. Les eaux recueillies dans notre appareil nous ont fourni, en outre, toutes les réactions propres à caractériser le métal obtenu.

Dans ce grand tube sont des sulfite et phosphite provenant de la carbonisation de matières animales empoisonnées. Avec cette quantité, qui est extraite de 50 grammes de chair musculaire, on pourrait recouvrir de taches un plus grand nombre d'assiettes que vous n'en avez en ce moment sous les yeux. (Il y en a 14.)

C'est à regret, Messieurs, que nous nous bornons à des assertions dont nous ne pouvons faire ici la preuve d'une manière suffisante et convenable; mais nous nous empressons d'ajouter que nous sommes à la disposition de l'Académie pour répéter devant ses membres toutes les expériences propres à confirmer les résultats que nous annonçons.

Anasarque, guérie par les purgatifs; par M. le docteur Rousse, à Bagnères de Bigorre (6 mars 1841).

Marie, de Bagnères, âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, d'une taille plus qu'ordinaire, d'une obésité considérable, fit, le 7 juillet 1840, une longue course, transpira et s'exposa au froid. Sa transpiration disparut, et elle devint très triste; elle fut dans cet état pendant une vingtaine de jours.

A cette époque (25 août 1840), M. le docteur ..... reconnut une anasarque, et saigna la malade.

26 août. Je suis appelé, et constate ce qui suit: peau sèche et luisante, bouffissure de la face, engouement des poumons, cœur à l'état naturel, région de la rate saillante et douloureuse à la pression, foie dans son état naturel, estomac et intestins distendus, constipation, urines rares et d'une couleur foncée, céphalalgie chaque soir, hydropisie des membres inférieurs.

Prescription: 45 grammes de sulfate de soude dans un demi-litre de bouillon aux herbes; lavement.

26 août. Même état de la malade. L'hydropisie augmente et gagne le ventre; sa respiration est un peu plus gênée. 45 grammes de sulfate de soude.

27 août. Quatre selles; augmentation de la céphalalgie et de l'hydropisie. 45 grammes de sulfate de soude.

28 août. Trois selles; urines rares, foncées; peau sèche; respiration gênée; battemens du cœur profonds et peu forts; région de la rate plus saillante; ventre et membres inférieurs distendus par de la sérosité.

Prescription: Sudorifiques, scarifications dans les membres inférieurs.

29 août. Même état que la veille. Le lit a été traversé par la sérosité qui s'est écoulée par les scarifications faites.

3 septembre. La médication ci-dessus n'ayant pas produit de bons effets, j'ai recours au sulfate de quinine comme tonique et antipériodique.

Premier jour de son administration. 60 centigrammes de sulfate de quinine à trois heures du matin. Céphalalgie à peine marquée dans la soirée du même jour; urines fréquentes et non colorées; pas de selle; surcroît d'action dans toute l'économie; respiration moins gênée; battemens du cœur plus sensibles; région de la rate moins douloureuse. Le reste *ut suprà*

Deuxième jour. 50 centigrammes de sulfate de quinine. Pas de céphalalgie; peau moite; urines abondantes; pas de selle; cœur et respiration comme le premier jour de l'administration du sulfate de quinine; région de la rate non douloureuse et moins tendue; bas-ventre encore tendu et luisant. Les scarifications pratiquées donnent moins de sérosité et paraissent moins blafardes.

Troisième jour. 40 centigrammes de sulfate de quinine. Même état de la malade.

Quatrième jour. Pas de sulfate de quinine. Un lavement produit une petite selle solide. Même état du reste.

Cinquième jour. 30 centigrammes de sulfate de quinine. Respiration libre; battemens du cœur sensibles comme à l'état naturel; région de la rate bien peu saillante; ventre affaissé; urines très abondantes; pas de selle; peau moite. Les scarifications donnent peu de sérosité, et sont rosées. Les membres inférieurs ont beaucoup perdu de leur hydropisie.

Sixième jour. Alimentation tonique; décoction de quinquina.

Après vingt jours de ce dernier traitement, les urines ayant toujours continué à couler abondamment, la malade s'est vue débarrassée en entier de son anasarque, et jouit encore aujourd'hui d'une santé parfaite.

Il est évident qu'on a eu affaire à une anasarque passive, survenue après un refroidissement chez une femme lymphatique, et que la rate a pu être pour quelque chose dans sa production; dans tous les cas, le quinquina administré a agi comme tonique et antipériodique.

Un deuxième cas semblable à celui-ci a été observé chez la femme Dancla, indigente de Bagnères, qui a gagné une anasarque en séchant les langes de son enfant sur son ventre. Elle a présenté les mêmes symptômes, et a été guérie par les mêmes moyens.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand. — Nomination.

Aujourd'hui a eu lieu la nomination.

Au premier tour de scrutin, M. Blandin a obtenu 7 voix, M. Bérard 2, M. Robert 2, M. Michon 1.

M. Blandin est nommé.

tané. Pendant les contractions, les circulations utérine et fœtale se trouvent considérablement gênées, quelquefois même suspendues, à ce point que le souffle utérin cesse tout à fait de se faire entendre. C'est même chose facile que de déterminer le commencement et la fin des douleurs. Il suffit pour cela d'appliquer l'oreille sur l'abdomen de la femme en travail, au moment de la contraction ; le bruit circulatoire diminue et cesse, pour ne reprendre qu'au moment où la douleur disparaît. Or, cette gêne ou cette suspension de la circulation doit avoir sur le fœtus la plus fâcheuse influence ; car la permanence de la vie, chez lui, n'est qu'à la condition que la circulation ne sera pas interrompue.

Eh bien ! dans le cas qui s'est présenté hier à la Clinique, les contractions étant devenues presque continuelles après l'administration de l'ergot de seigle, la circulation a dû être suspendue ou considérablement gênée ; le fœtus a souffert même avant la rupture des membranes ; par conséquent cet état de souffrance n'a pu qu'augmenter après l'écoulement des eaux. C'est dans la réunion de ces circonstances qu'il faut chercher les causes de la mort de cet enfant.

Ainsi l'on voit comment l'emploi inopportun d'un médicament qui peut être quelquefois utile, entraîne d'autres fois des accidens les plus graves pour l'enfant.

Il est inutile d'examiner si l'ergot de seigle n'a pas été nuisible par son effet toxique, effet que rien ne justifie chez la mère : pourquoi l'enfant en aurait-il subi l'influence ? L'explication précédente paraît bien devoir suffire : elle est appuyée sur des faits nombreux bien observés, et ce n'est point une simple théorie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 23 mars.

Réclamations diverses. — A l'occasion du procès-verbal, M. Capuron fait remarquer que le fait relatif à la gastrotomie, présenté par M. Bouley comme moyen de guérison du volvulus, n'a rien de neuf en chirurgie humaine, un grand nombre d'auteurs anciens dont il cite les noms, l'ayant déjà conseillée ou pratiquée.

M. Bouley répond qu'il n'a voulu parler que de la chirurgie vétérinaire, et appeler surtout l'attention sur les dangers que cette opération présente chez le cheval.

M. Dupuis fait remarquer qu'il y a probablement erreur de la part de l'auteur, concernant l'indication du lieu de l'opération. Il dit avoir opéré sur le flanc gauche ; c'est probablement sur le flanc droit qu'il veut dire, car l'intestin ne peut se rencontrer que de ce côté, l'autre côté étant encombré par le *rumen*.

— *M. Orfila* dit avoir fait quelques expériences relativement à l'action du peroxyde de fer contre l'empoisonnement par l'acide arsénique, et s'être convaincu que ses effets sont les mêmes que dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

Commissions des prix Portal, Civrieux et de l'Académie. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de ces trois commissions. Nous ferons connaître les noms des commissaires dans un prochain numéro.

Propositions réglementaires. — *M. Adelon* fait un rapport pour être adressé au ministre de la justice, concernant certains abus de la vente des médicamens. Voici l'occasion de ce rapport. Il y a trois semaines, M. Bouley a lu une note à la tribune, dans laquelle, après avoir parlé d'une démarche que 250 pharmaciens de Paris venaient de faire auprès des ministres du commerce, de la justice, des travaux publics et des cultes, dans le but d'obtenir la suppression de certains abus dans l'exercice de la pharmacie, il a engagé l'Académie à s'associer à cet acte dont l'accomplissement serait également utile à la médecine. Le bureau a nommé une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Cornac, Bouley, Adelon, et des membres du conseil lui-même, afin d'examiner la proposition de M. Bouley. C'est au nom de cette commission que M. Adelon est venu lire son rapport devant l'Académie.

M. le rapporteur a commencé par exposer les faits incriminés concernant les remèdes secrets, les exploitations des charlatans, des herboristes, des droguistes, des épiciers, etc., etc., et l'insuffisance ou l'inexécution des lois actuelles qui régissent la pharmacie. Il a passé ensuite aux moyens d'y remédier en ajoutant quelques petits paragraphes aux articles des lois en vigueur. Ces additions prescrivent : 1° Défense absolue à qui que soit autres qu'aux pharmaciens de vendre ou tenir en dépôt des médicamens; amende de 500 francs à ceux qui contreviennent à la loi ; 2° prohibition absolue de remèdes secrets pour tout le monde, sans en excepter les pharmaciens ; 3° suppression éternelle et déchéance des brevets d'invention ; 4° modification de la loi qui fixe à 3,000 francs l'amende à imposer aux vendeurs de poisons. Cette modification consiste à graduer l'amende entre 100 et 3000 fr. Tels sont les points culminans du travail très détaillé de M. Adelon, que l'Académie a écouté avec intérêt, mais avec une hilarité continuelle, à cause des nombreux articles de lois anciennes et récentes que l'abondance réglementaire connue de M. le rapporteur a su déterrer et faire valoir au barreau de la rue de Poitiers.

M. Nacquart demande pourquoi l'Académie va s'immiscer spontanément dans une démarche de pharmaciens auprès de l'autorité ? Il trouve une pareille conduite peu digne de l'Académie : ce serait se mettre en quelque sorte à la *remorque* (textuel) des pharmaciens que d'arriver ainsi auprès de l'autorité. L'orateur pense en conséquence que le premier paragraphe du rapport relatif à la démarche des pharmaciens doit être complètement supprimé. Déjà l'Académie a présenté, il y a un an ou deux, un travail concernant l'illégalité des brevets d'invention ; elle peut aujourd'hui y revenir en présentant ce second travail comme la continuation du premier, et sans être censée savoir ce que les pharmaciens viennent de faire.

M. Bussy développe les motifs énoncés dans le rapport concernant la nécessité de la gradation de l'amende de 3,000 francs sur les poisons. Il veut qu'à cette loi soient aussi soumis les droguistes, les marchands de couleurs, les confiseurs et les épiciers. Il demande en outre que la prohibition des remèdes secrets soit également appliquée aux remèdes dont la composition est publiée, mais que quelques personnes exploitent par la voie de la presse sous tel ou tel titre.

M. Moreau trouve trop absolues les défenses réglementraires de M. Adelon, et il craint qu'on ne nuise ainsi à la liberté du commerce. Il demande quelle différence il y a entre un médicament et un remède. Il est certain que si les pharmaciens seuls peuvent tenir et vendre les remèdes indistinctement, la gomme, les sangsues, la réglisse, certains bons-bons, etc., ne pourraient plus être vendus en dehors de leurs officines.

M. Bouillaud trouve trop important et trop grave le sujet soumis au jugement de l'Académie, pour qu'il soit discuté séance tenante et sans plus ample connaissance. Il propose en conséquence que le projet de M. Adelon soit imprimé d'abord, adressé à tous les membres de l'Académie et discuté ensuite dans une séance *ad hoc*. (Appuyé.)

M. Boullay s'oppose vivement à ce renvoi demandé. Il craint qu'on ne dénature le travail de M. Adelon par des amendemens qu'on pourrait y introduire. Il demande en conséquence que tout soit terminé aujourd'hui.

M. Mérat se lève et dit, d'une voix sur-aiguë : « L'Académie n'a pas de fonds pour faire imprimer le rapport. (On rit)

M. Adelon rejette à son tour la proposition de M. Bouillaud.

M. Bouillaud modifie sa proposition : il demande que la discussion soit remise à huitaine et que M. Adelon laisse son rapport aux archives afin que tous les membres puissent le consulter. (Appuyé.)

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Médecine opératoire. — *M. Roux* lit une note sur un procédé opératoire nouveau qu'il vient d'imaginer et de mettre en pratique avec succès pour la résection du coude. Il consiste à pratiquer une double incision en T ; c'est-à-dire une incision latérale externe, parallèle à l'axe du membre; une seconde qui coupe celle-ci à angle droit au niveau de l'apophyse olécrâne. La dissection des deux lambeaux triangulaires laisse l'articulation à découvert, et permet de scier commodément les os malades. Il présente trois sujets opérés et guéris depuis peu par lui à l'aide de ce procédé. On sait qu'autrefois M. Roux pratiquait, pour cette opération, trois incisions : l'une en dehors, verticale et parallèle à la ligne axuelle du membre ; une seconde en dedans parallèle à la précédente ; une troisième en travers au niveau de l'apophyse olécrâne, de manière à former par leur réunion un H. Il en résultait deux lambeaux quadrilatères, etc. Par le procédé actuel, on épargne au malade une incision de quelque gravité. Depuis 1812 jusqu'aujourd'hui, M. Roux a pratiqué onze fois la résection du coude.

Intoxication arsenicale. — On se rappelle que lorsque MM. Flandin et Danger ont lu à l'Académie des sciences leurs recherches médico-légales sur l'empoisonnement par l'arsenic, recherches qui frappent de nullité les prétendues découvertes et les expertises judiciaires récentes de M. Orfila sur la même matière, ce chimiste s'est élevé contre eux à l'Académie de médecine, où il est appuyé, comme on sait, par sa petite *camarilla*. Il est revenu plusieurs fois à la charge en prêtant à MM. Flandin et Danger des opinions erronées qu'ils n'avaient pas émises.

Aujourd'hui, MM. Flandin et Danger ont obtenu de venir, à la tribune de l'Académie, faire une petite réponse à M. Orfila, avec les pièces de conviction à la main. M. Flandin a lu la note que nous publions en feuilleton et textuellement ; M. Danger a fait la démonstration de l'appareil et des pièces qui donnent le plus solennel démenti à M. le doyen de l'Ecole.

M. Orfila est venu se placer aux pieds de la tribune pour mieux entendre et voir de quoi il s'agissait. Les yeux de tous les Académiciens ont été incessamment tournés sur le doyen. On s'imaginerait difficilement l'embarras, l'impatience, la mobilité excessive que M. Orfila a éprouvés durant cette lecture.

(Voir le *Feuilleton*.)

— On nous écrit de Schélestadt (Bas-Rhin), que la méningite cérébro-spinale y a été importée par un bataillon venant de Strasbourg, et qu'elle s'est ensuite répandue parmi la population civile. D'un autre côté, les deux batteries du 11e régiment d'artillerie, qui sont en cantonnement à Bouxwiller, sont aussi décimées, surtout la 5e. Plus de trente canonniers avaient été envoyés à l'hôpital de Haguenau, à la date du 11 mars. Chez quelques-uns la maladie a débuté d'une manière si violente, qu'ils sont morts au bout de 24 heures. Enfin la maladie commence à gagner du terrain à Strasbourg. Mercredi dernier, elle a enlevé M. Flouch, de Bordeaux, l'un des élèves les plus distingués de la Faculté de médecine, qui venait de terminer un beau travail sur l'anatomie des glandes intestinales, dont il voulait faire sa dissertation inaugurale, et qu'il avait déjà lue à la Société du Muséum d'histoire naturelle. *(Gaz. méd. de Strasbourg.)*

Cautérisation du pharynx pour la guérison de la surdi-mutité. — C'est par erreur que, dans le compte-rendu de l'Académie des sciences du 22 mars (*voir* le dernier numéro), on a imprimé que M. le docteur Ducros se servait pour ses cautérisations du *nitrate d'argent* ; c'est du nitrate de mercure qu'il se sert, et que nous avions écrit.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 27 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 39, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur le bégaiement; par M. le Dr PHILLIPS.

Après être entré dans quelques développemens sur les sections musculaires, M. Phillips a remercié M. Lisfranc de la facilité qu'il lui avait procurée d'émettre publiquement des considérations sur l'opération du strabisme, alors qu'elle était encore frappée d'une réprobation presque générale; et c'est dans le désir de pouvoir apprécier les idées émises nouvellement sur le bégaiement, que le chirurgien de la Pitié a de nouveau offert son amphithéâtre au docteur Phillips.

En entrant en matière, ce chirurgien a commencé par jeter un coup-d'œil sur l'histoire de cette opération. Il y a deux ordres de faits dans cet historique; les premiers appartiennent à un traitement que l'on peut appeler moral; les seconds rentrent tout à fait dans le domaine de la chirurgie active. Celui qui a, sans contredit, le plus de droits acquis dans la première période de cette histoire, c'est M. Colombat, de l'Isère. Depuis les travaux de cet ingénieux praticien, on compte quelques hommes qui l'ont imités, parmi lesquels je citerai M. Maccormac, qui, pendant un voyage à New-Yorck, fit connaissance de madame Leich, qui, dans cette ville, s'occupait de la cure du bégaiement.

La seconde période est toute récente. L'attention des chirurgiens français a été fixée sur ce point par une annonce contenue dans les journaux politiques du 1er février, et ainsi conçue: « Il n'est bruit à Berlin que d'une opération que vient de faire le professeur Dieffenbach, pour guérir le bégaiement, en pratiquant une incision sur la langue. » Cette donnée, bien vague, laissait un vaste champ à parcourir aux opérateurs. M. Phillips présenta, le 6 février, à la Société du douzième arrondissement, deux malades qu'il venait d'opérer du bégaiement. Le 8 février il écrivit à l'Institut pour informer ce corps savant de cette opération nouvelle. Le 14 février, à huit heures du matin, M. Velpeau pratiqua cette opération à l'hôpital de la Charité, et dans la journée M. Amussat fit aussi une opération de son côté. Le lendemain il la présenta à l'Institut, et dans trois lettres successives ses prétentions à la priorité augmentèrent à mesure que la date de la première opération s'éloignait.

C'est à la fin du mois de février que la brochure de M. Dieffenbach parut à Paris, et que l'on connut enfin l'opération pratiquée par le plus entreprenant des chirurgiens de notre époque. Lorsque la première opération fut faite à Paris, on entendit bientôt un grand nombre de chirurgiens dire qu'ils en avaient eu l'idée; et ici l'on éprouve un très grand embarras pour leur accorder ce qui leur revient de priorité dans ce qu'ils appellent avoir eu l'idée.

M. Phillips passe successivement en revue les différens procédés opératoires.

En exposant la méthode de M. Dieffenbach, M. Phillips dit que l'on ne sait d'abord ce qu'il faut le plus admirer, ou la grandeur de la conception ou l'audace de l'exécution; c'est qu'en effet l'opération de M. Dieffenbach n'atteint pas seulement le vice de prononciation, mais elle anéantit encore les contorsions qui crispent la face et le cou des malheureux bègues lorsqu'ils veulent parler.

Ces opérations sont-elles applicables à tous les cas? Je ne le pense pas, et je crois que c'est compromettre ce nouveau moyen thérapeutique que de vouloir mutiler toutes les langues des individus qui éprouvent de l'embarras dans la parole, et l'on ne peut trop s'élever contre cette manie de vouloir toujours couper avant d'avoir apprécié les indications.

Quelques bègues ne parlent pas parce qu'ils n'ont rien à dire; ce sont, pour la plupart, des jeunes sujets qui s'adonnent à la masturbation; dans ces cas, c'est sur le cerveau et non sur la langue qu'il faudrait pouvoir agir. D'autres éprouvent un grand embarras dans les organes de la respiration. Ces derniers bégaient parce qu'il n'y a pas de régularité, parce qu'il n'y a pas de rhythme dans leur manière de respirer; d'autres enfin maniant avec maladresse l'instrument vocal, n'articulent pas; il suffit à ces derniers de leur montrer la manière de se servir de l'instrument, pour qu'après quelques leçons ils puissent en tirer un parti avantageux. L'opération n'est applicable que lorsque le bégaiement existe sur les lettres linguales et sur celles qui se prononcent avec la langue agissant avec d'autres parties de la bouche; mais elle est impuissante lorsque le bégaiement existe sur les labiales.

Quel que soit le procédé que l'on ait employé, on ne saurait apporter trop de soins aux suites de l'opération, qui est quelquefois fort dangereuse; l'hémorrhagie est très abondante, et souvent l'opérateur est embarrassé dans le choix des moyens propres à l'arrêter; la plaie s'enflamme; on a eu à observer des collections purulentes; toute la langue s'est enflammée, et la tuméfaction a été si considérable qu'un jeune homme a failli périr par asphyxie.

Une remarque assez intéressante, est la différence qui existe dans le nombre des bègues chez les hommes et chez les femmes. Sur soixante-deux bègues, résultat de la pratique de divers opérateurs, on ne compte que quatre femmes.

Le bégaiement est rarement congénital, c'est-à-dire que l'on ne s'aperçoit pas de ce vice de prononciation dans les premiers âges de la vie, et que c'est presque toujours après des convulsions, après des inflammations des poumons ou des organes de la voix que cette difformité s'est dévelopée.

Les procédés opératoires qui ont été exécutés à Paris, ont eu peu d'action sur les mouvemens de la face des bègues; on a bien guéri ou amélioré le vice de prononciation; mais on a peu amendé cette lutte que les bègues semblent avoir à soutenir au moment où ils vont parler.

L'opération de Dieffenbach paraît être plus puissante que la nôtre; car les observations que rapporte ce célèbre opérateur prouvent que non seulement il a fait cesser le bégaiement, mais qu'il a encore fait disparaître les convulsions qui tourmentent ces opérés. BAUD ET LAROCHE.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Pleurodynie. Epanchement dans la plèvre.

Au n° 30 de la salle Sainte-Anne est une femme infirmière de l'hôpital, sujette à des accès d'hystérie. L'année dernière, elle perdit tout-à-coup la vue d'un œil seulement, ce qui nous fit craindre une maladie de l'encéphale; mais ces accidens se dissipèrent bientôt. Plus tard, elle fut frappée d'hémiplégie qui ne dura que huit jours.

Il y a quinze jours, elle fut prise de douleurs pleurodyniques sans fièvre ni perte d'appétit, et n'en continua pas moins malgré cela ses fonctions d'infirmière. A cinq jours de là, sans qu'il soit survenu le moindre mouvement fébrile, l'on trouve un épanchement pleurétique que nous avons pu nous-même constater à son entrée dans notre service.

La pleurodynie est une affection rhumatismale: mais le rhumatisme des parois de la poitrine n'est pas chose plus innocente que le rhumatisme des articulations. De même que dans celui-ci la membrane séreuse articulaire devient le siége d'un épanchement, de même aussi voyons-nous dans le précédent la plèvre se remplir de sérosité.

Ce n'est pas légèrement qu'il faut traiter cette sorte d'affection, surtout quand elle a son siége dans le voisinage du cœur, car alors on pourrait craindre une hydropéricarde. Très probablement, ce que cette femme a éprouvé était bien de nature rhumatismale: le mal se propageant des tissus fibreux aux tissus séreux, aura donné lieu à l'épanchement que vous avez pu constater.

Abcès de l'ovaire ouvert dans le rectum.

Au n° 1 de la salle Sainte-Anne est une jeune fille âgée de vingt ans, qui présentait lors de son entrée tous les symptômes d'une métrite aiguë, que nous avons prise d'a-

---

FEUILLETON.

[T]HÈSES DE CONCOURS POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

ANALYSE (Suite).

[D]es accidens qui peuvent survenir pendant les opérations, et des moyens d'y remédier. — (M. Blandin.)

M. Blandin commence par étudier d'une manière générale les [ac]cidens qui peuvent survenir pendant les opérations. Dans ce but, il s'adresse de suite aux causes qui peuvent faire dévier le mode opératoire de son type normal; ces causes peuvent dépendre de l'opérateur, de l'o[péré], et de l'opération elle-même. Nous passerons rapidement sur plusieurs de ces points: ainsi, de la part de l'opérateur, l'ignorance, l'imprévoyance, la distraction, la lenteur, la célérité trop grande. l'insuffisance des aides, la mauvaise qualité des instrumens, sont autant de sources d'accidens. De la part de l'opéré, les causes d'accidens sont encore plus nombreuses: l'oubli de se tenir à jeûn avant toutes les opérations, de vider le rectum avaut l'opération de la taille, les mouvemens du sujet pendant la saignée, pendant l'ouverture d'un abcès axillaire, pendant la lithotritie, en entraînent foat souvent. Il faut encore ranger, dans cette catégorie, la position que l'on donne parfois au malade, le lieu où l'on pratique l'opération, les circonstances au milieu desquelles elle est pratiquée. M. Blandin rapporte des exemples à l'appui des catégories qu'il a établies.

Les caractères des accidens qui surviennent pendant les opérations, ne sont pas moins variés que les causes qui les déterminent; ils se déduisent à la fois de leur nature même et de l'espèce d'organe qui se trouve lésé. L'auteur en fait deux classes: la première, celle des accidens sans lésion apparente (accidens nerveux); la seconde, qui comprend les accidens par solution de continuité, ceux par obstruction, ceux par déplacement.

Parmi les accidens par *solution de continuité*, nous rangerons les hémorrhagies à la suite des lésions vasculaires, les inflammations si graves qui suivent l'ouverture des séreuses, la série de lésions fonctionnelles qui arrivent après les lésions du système locomoteur, les perforations des grands organes, etc.

Les accidens *par obstruction* sont déterminés par les substances liquides venues du dehors, telles que la matière des injections, des lavemens, etc.; par celles qui viennent de l'intérieur en s'échappant de leurs réservoirs ordinaires, comme le sang, la sérosité, le pus, les fèces, etc.; viennent ensuite les corps étrangers solides, les morceaux d'instrumens cassés ou forcés, les fragmens d'os, les portions d'organes détachées ou déplacées, etc.

Enfin, les accidens qui résultent d'*un déplacement organique* sont un peu moins nombreux: l'iris peut se déplacer dans l'opération de la cataracte, l'amygdale peut tomber sur l'orifice du larynx, les anses intestinales peuvent faire hernie pendant les opérations faites sur l'abdomen; la langue, lors de l'amputation du maxillaire inférieur, peut se porter en arrière, etc.

On ne peut guère, *à priori*, estimer d'une manière générale l'importance de ces accidens; leur gravité varie à l'infini, depuis celle du plus petit trombus jusqu'à celle de ces effrayantes syncopes qui résultent de la pénétration de l'air dans les veines. Elle se mesure d'après leur nature, d'après l'importance des organes affectés, d'après le sexe, l'âge, le tempérament, la constitution et le moral de l'individu sur lequel on les observe.

Nous arrivons de suite à la description des accidens qui surviennent pendant la plupart des opérations.

Accidens nerveux. Les lésions des organes nerveux qui peuvent survenir pendant les opérations sont les divisions plus ou moins profondes, les piqûres, l'arrachement, la contusion des nerfs et des centres desquels ils procèdent ou vers lesquels ils se rendent, des écrasemens, des ligatures, etc. Quant aux troubles fonctionnels, ce sont: les syncopes, les douleurs aiguës, le délire, le spasme, les tremblemens, le hoquet, les vomissemens, les convulsions, le tétanos, l'épilepsie, enfin la mort, si la perturbation est excessive.

Les causes de ces accidens sont très variées. Pour ce qui est des lésions physiques, il en a été question dans la première partie; parmi celles qui contribuent au développement des accidens de la deuxième série, il faut placer l'émotion que peuvent déterminer certaines circonstances de l'opération; le sexe, l'âge, l'état des forces physiques et morales sont encore pour beaucoup parmi ces influences; la position verticale qu'on donne aux opérés dispose à la syncope, l'oubli de tenir à la diète le malade qui doit subir une opération, le dispose au vomissement. Chez les sujets ainsi prédisposés, l'opération la plus minime peut être troublée par des accidens nerveux même des plus graves: une femme fut prise du tétanos pendant qu'on lui pansait un vésicatoire (Hufeland); un enfant de cinq semaines mourut avec des accidens nerveux après avoir perdu environ deux cuillerées de sang par la piqûre d'une sangsue (Jolly). Il faut encore signaler les circonstances dans lesquelles on pratique les opérations, leur longueur, les violences qu'elles réclament parfois et qui déterminent des déchirures, des arrachemens dans les organes nerveux, comme M. Flaubert père en a rapporté des exemples dan[s] [illegible] la réduction des luxations an[illegible]

Ces accidens nerveu[x] [illegible] le simple ébranlement, [illegible] faiblissement plus ou [moins] considérabl[e] [illegible] parties du corps placées sous l'influence de celle qui est affectée, cet affaiblissement peut aller jusqu'à la paralysie. La piqûre d'un organe nerveux détermine quelquefois une vive douleur, qui peut elle-même engendrer des accidens; d'autres fois, elle se trahit par des contractions musculaires. Indépendamment de la douleur, la section, la ligature d'un cordon nerveux sont annoncées par la paralysie de la partie vers laquelle se porte celle-ci; l'arrachement, la déchirure, la cautérisation, l'écrasement des parties sont encore des sources de douleur et d'accidens variés, mais en outre, ils produisent des paralysies plus ou moins considérables.

Comme symptômes généraux de ces accidens, M. Blandin signale encore: l'expression de terreur et d'effroi de la physionomie, les yeux sont larmoyans, la peau froide et couverte de sueur, la sensibilité générale est émoussée, les organes des sens sont sans action; le malade, étranger à tout ce qui l'entoure, a des vomissemens, des vertiges, et, selon les cas, résolution des membres, ou des mouvemens convulsifs, des soubresauts de tendons, des frissons vagues; la respiration est nulle ou lente, quelquefois elle est très courte, d'autres fois au contraire elle se fait remarquer par son étendue; les battemens du cœur sont obscurs, faibles, réguliers, quelquefois nuls; il y a des hoquets, des nausées, des vomissemens, des excrétions involontaires.

Enfin, dans cette série il faut ranger l'accident nerveux par excellence, la syncope.

Sous le point de vue du traitement, les lésions physiques des organes nerveux ne réclament aucuns remèdes particuliers: on les traite comme les lésions analogues des autres organes. Quant aux accidens nerveux proprement dits, s'ils sont peu graves, il y a pas d'indications spéciales: mais lorsqu'ils sont pressans, il faut d'abord mettre le malade dans la position entièrement horizontale. Cette simple précaution arrête souvent la syncope à son début; le saisissement que produisent les aspersions froides, les boissons gazeuses, les cordiaux, les sternutatoires, la titillation

bord pour une simple métrite. Après trois jours de séjour dans notre service, les douleurs qu'elle éprouvait dans la région hypogastrique augmentèrent considérablement. Dans la région iliaque gauche l'on aperçut une tumeur qui paraissait avoir son siége dans l'ovaire. Nous vîmes alors qu'il s'agissait d'une métrite et en même temps d'une inflammation de l'ovaire gauche.

Dans une de nos réunions, nous vous avons parlé du peu de gravité que présentait les abcès du petit bassin ou de l'ovaire. En effet ces collections de pus finissent presque toujours par s'ouvrir soit dans l'intestin, ainsi que nous avons pu le constater à l'autopsie de la jeune femme du n° 41, soit, plus rarement, dans l'utérus et la vessie; quelquefois aussi ils se font jour sous la peau.

Depuis quelques jours les douleurs et la fièvre étaient moins intenses chez notre jeune fille du n° 1 ; hier elle rendit dans les garderobes une quantité considérable de matière purulente, ce qui nous fit penser que son abcès de l'ovaire s'était ouvert dans le gros intestin. La tumeur de la région iliaque diminuant de volume, il restera un trajet fistuleux dans l'intestin qui, au bout de six semaines ou deux mois, finira par se cicatriser.

Cette affection, qui s'accompagne de fortes douleurs et de fièvre assez intense, n'est pas sérieuse ainsi que vous pouvez le voir.

Petit tubercule du rectum pris pour une fissure.

Au n° 2 de la salle Sainte-Julie est une femme accouchée depuis peu, qui a été traitée pendant plusieurs mois, à l'hôpital Saint-Antoine, service des nourrices, d'une affection que l'on regardait comme une fissure à l'anus. Cette maladie est en effet très commune chez les nouvelles accouchées. Les femmes, sur la fin de leur grossesse, sont très fréquemment atteintes d'hémorrhoïdes, et vous savez que c'est la cause la plus ordinaire de la fissure, affection si rebelle aux divers moyens qu'on lui oppose. Nous examinons cette femme, et nous trouvons, à la paroi postérieure de l'intestin rectum, à un ou deux centimètres au-dessus du sphyncter de l'anus, un petit tubercule, sorte de lésion que l'on rencontre assez souvent quelque temps après l'accouchement, et qui, quelquefois, cause les douleurs les plus aiguës. Nous l'avons récemment rencontrée chez une femme qui ressentait des douleurs aussi vives que dans la fissure.

Chez cette femme, nous avons traité le petit tubercule de l'intestin de la même manière que nous aurions traité un aphthe de la langue; c'est-à-dire par une médication topique. Mais comme il nous était difficile d'aller appliquer une substance médicamenteuse sur le point malade, nous avons eu recours aux lavemens, et nous avons donné, dans un quart de lavement, 5 centigrammes de sublimé.

Le lendemain il y avait diminution de la douleur et des cuissons. Nous augmentons la dose du sublimé; au lieu de 5 centigrammes, nous en donnons dix, et après le quatrième lavement cette femme était guérie. Bref, nous avions là une sorte d'affection herpétique analogue à certaines maladies de la peau, qui cèdent aux mercuriaux avec une rapidité extrême. Si, au lieu de belladone, on avait, chez cette malade, employé le mercure, depuis longtemps elle serait guérie.

Abcès du sein. Compression.

Au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, se trouve la femme dont nous vous parlions dans une de nos dernières réunions, et qui présentait un vaste abcès du sein droit. Nous nous sommes décidés à pratiquer l'ouverture du foyer seulement lorsque nous avons vu le pus former une saillie à la partie externe du sein, et vouloir se faire jour de ce côté; c'est là que nous avons fait notre ponction, par laquelle il s'est écoulé environ un demi-litre de pus et un bourbillon assez volumineux. Nous avons introduit une mèche dans la plaie, pour faciliter la sortie de ce qui pouvait rester de pus dans le foyer.

Le lendemain le sein était affaissé ; nous avions un clapier considérable, d'une guérison difficile par les moyens ordinaires. L'abcès avait son siége dans le tissu cellulaire post-mammaire et dans celui de la glande.

Quelle que grande que parut être la gravité d'un pareil désordre, vous avez vu la compression amener la guérison avec une rapidité vraiment étonnante. Le lendemain de l'ouverture du sein, nous avons appliqué notre bandage, et nous ne l'avons enlevé que ce matin, c'est-à-dire huit jours environ après son application. Vous avez pu voir que les parois du foyer sont parfaitement recollées, sans qu'il reste la moindre fistule.

L'avantage de notre bandage, c'est qu'en même temps qu'on maintient la compression, l'écoulement du pus se fait avec facilité à travers les pièces de l'appareil. Chez notre femme du n° 6, la suppuration avait cessé dès le quatrième jour, très probablement alors la guérison était déjà complète.

Nous nous bornerons maintenant à faire soutenir le sein, et dans six à huit jours, cette femme pourra le présenter à son enfant.

Au n° 8 de la même salle, est une autre femme qui présente aussi un abcès du sein droit, post-mammaire, existant depuis huit jours. A son entrée, la fluctuation était sensible ; il y avait de la fièvre.

Nous avons voulu attendre, et cependant nous avons pratiqué l'ouverture suivant les préceptes de l'école ; c'est-à-dire que nous n'avons pas attendu que l'abcès s'ouvrît ou fût sur le point de s'ouvrir spontanément, quoique nous ne craignissions pas les décollemens. Nous avons plongé la lame du bistouri, et à deux centimètres à peu près nous avons eu un peu de pus ; nous avons été un peu plus loin, et alors le pus est sorti en grande quantité.

Vous avez vu que, nonobstant cette opération, le sein est resté rouge ; il s'est formé un petit abcès superficiel. Malgré cela, nous avons appliqué notre bandage; car si nous avions voulu attendre plus long-temps, ces petits abcès se seraient probablement multipliés. En effet, ces abcès du sein sont regardés par les chirurgiens comme interminables.

Nous avons établi la compression hier. Les douleurs ont d'abord été augmentées ; mais quelques instans après que le bandage fut bien appliqué, cette femme a cessé de souffrir.

Vous nous verrez toujours, dans le cas d'abcès du sein ne devant s'ouvrir qu'au bout de cinq ou six jours, appliquer notre bandage pour calmer la douleur. Il est, en effet, bien remarquable que le travail phlegmasique continue à faire des progrès, quoique la douleur ait cessé, et l'on est tout étonné de trouver à la levée de l'appareil de la fluctuation, si toutefois l'abcès ne s'est pas ouvert avant ce temps. Donc la compression n'est pas seulement un moyen curatif, c'est encore un moyen consolant, si l'on peut s'exprimer ainsi ; c'est-à-dire qu'il fait cesser les douleurs, qui quelquefois sont très intenses.

Mais, Messieurs, calmer les douleurs est un point capital, et voici pourquoi. Beaucoup de femmes n'éprouvent dans les abcès du sein, ni douleurs bien fortes, ni fièvre; tandis que chez d'autres la douleur est intense, et les symptômes réactionnels très prononcés. Il y a quelques mois, une femme entrée dans notre service pour être traitée de cette maladie, fut prise de délire tellement violent, qu'au cinq ou sixième jour elle trompa la vigilance de la religieuse et des infirmières, s'échappa, traversa l'esplanade des Invalides, et ne fut reprise que dans la plaine de Grenelle.

A peu près à la même époque, une autre femme, dans les mêmes conditions, présenta les symptômes ataxo-adynamiques les plus graves, qui n'ont été calmés que par l'application de notre bandage.

En recherchant la cause d'une réaction aussi énergique, on se demande si cela ne dépendrait pas de la gravité même de l'abcès. Dans un phlegmon des membres, nous voyons que l'appareil réactionnel est d'autant plus grand que la mortification du tissu cellulaire est elle-même plus considérable. Mais est-ce bien en raison de l'étendue de la mortification? Nous ne le pensons pas.

En effet, chez une femme de la salle Sainte-Thérèse, nous avons vu sortir de l'abcès un bourbillon considérable, de la grandeur de la main ; il y avait eu, par conséquent, sphacèle d'une très grande quantité de tissu cellulaire. Eh bien, dans ce cas il n'y avait point de fièvre, et l'abcès s'est ouvert sous le bandage.

Si, au contraire, l'on parvient à faire cesser la douleur, l'on voit aussitôt la fièvre tomber, et les accidens, s'il en existait, se dissiper. Nous pouvons dire, quant aux abcès de sein au moins, que toujours la réaction y est en raison de l'intensité de la douleur. Or, si par l'application de notre bandage nous faisons disparaître celle-ci, il s'en suivra que nous n'aurons pas à craindre de réaction. C'est précisément ce qui arrive. Au n° 3 est une femme dont déjà nous vous avons entretenu, et qui présente un abcès à chaque sein ; il y avait chez elle un peu de fièvre, de l'inappétence ; dès le lendemain de l'application du bandage, l'appétit est revenu, et la fièvre s'est dissipée.

Maladie de Brigth. OEdème, mouchetures, érysipèle consécutif.

Au n° 27 de la salle Sainte-Anne est une femme atteinte de la maladie de Brigth, qui va mourir aujourd'hui, et chez laquelle nous pourrons, à l'autopsie, constater les altérations du rein que l'on trouve dans cette affection.

Chez cette femme, dont les membranes s'œdématiaient, dont le ventre se remplissait de sérosités, quand nous vîmes, voilà quelques jours, le poumon s'engouer, nous crûmes devoir pratiquer une moucheture à la jambe gauche, mais il ne s'écoula que très peu de sérosité.

Deux jours après, le membre sur lequel nous avions pratiqué cette moucheture fut le siége de douleurs assez fortes ; la peau devint luisante ; il y eut un peu de gonflement, signes qui nous firent croire qu'il allait survenir là un érysipèle. Hier, en effet, la peau prit une couleur rouge très prononcée, et aujourd'hui voici ce que nous avons pu constater : la peau du mollet est d'un rouge livide, le reste du membre est rouge, gonflé et très douloureux. A la partie supérieure de la cuisse et en avant, l'on voit une tache gangreneuse large comme la main, ne présentant plus au toucher aucune sensibilité.

Ces accidens sont, il n'en faut pas douter, l'effet de la moucheture, et ce grave érysipèle n'est survenu qu'à cause de l'état œdémateux du membre.

---

des narines, les lavemens de tabac, etc., conviennent dans les cas plus sérieux. La respiration artificielle est ensuite le moyen extrême lorsque tous les autres ont échoué.

Accidens hémorrhagiques. Nous ne suivrons pas M. Blandin dans l'énumération des causes des hémorrhagies pendant et après les opérations, nous serions entraînés au-delà des limites de cette analyse. Nous passons de suite à la section de la thèse dans laquelle M. Blandin indique les moyens d'y remédier. Pendant les opérations, si l'on a négligé la compression, il faut, en cas de besoin, y recourir aussitôt. Si on l'a employée dès le début, il faut s'assurer, dès que cela paraît nécessaire, si elle est convenablement exercée. On modifiera la position du malade, des bandages, des vêtemens, etc. On fera l'hémostasie temporaire. Au contraire, on devra de suite pratiquer l'hémostasie définitive : 1° contre une hémorrhagie veineuse survenant d'un vaisseau placé près de la poitrine ; 2° dans le cas d'opérations qui doivent encore durer long-temps ; 3° lorsque l'opération est délicate ; 4° lorsque l'hémorrhagie est abondante et dangereuse. Après ces premiers conseils, M. Blandin passe en revue les moyens hémostatiques à employer, ceux auxquels il faut donner la préférence dans les hémorrhagies artérielles et les hémorrhagies veineuses, et enfin, pour ce qui concerne ces dernières, il pose diverses indications selon le vaisseau blessé et selon l'étendue de la blessure.

L'introduction de l'air dans les veines, tel est le troisième ordre d'accidens que M. Blandin passe en revue. Il signale successivement les faits les mieux établis que possède la science sur ce sujet, il en commente les diverses particularités ; puis, après avoir cherché à déterminer les phénomènes les plus ordinaires et les caractères anatomiques de cette lésion, il examine l'efficacité des divers moyens que l'on a proposés dans le but d'empêcher son apparition, ou bien dans celui d'y remédier lorsqu'on n'a pu en prévenir la formation. Cette partie a été traitée avec détails; aussi nous est-il impossible de la faire connaître, sans entrer dans des développemens qui nous entraîneraient trop loin des bornes que nous devons consacrer à cette analyse succincte.

De l'appréciation des appareils orthopédiques (1).
(M. Chassaignac.)

La solution de cette question est d'une telle utilité, que le travail de M. Chassaignac doit être une bonne fortune pour les praticiens ; jugeant en effet en dehors des préventions, et des habitudes dont on ne peut se préserver entièrement dans l'exercice d'une pratique spéciale, l'auteur a pu apprécier avec désintéressement les nombreux moyens que la science possède aujourd'hui. Ce travail aussi complet que possible, vu le petit nombre de jours laissés pour l'examen de questions aussi minutieuses et aussi compliquées, nous est offert sous forme de résumé ; car on pense bien qu'il était impossible à M. Chassaignac de donner à chacune des parties tout le développement qu'elles comportent. Pour nous notre tâche serait aussi fort difficile, s'il nous fallait résumer à notre tour les diverses appréciations contenues dans cette thèse ; nous serions entraînés bien au-delà de l'espace qui nous est accordé. Nous ne donnerons donc qu'une esquisse rapide de la division choisie par M. Chassaignac, et des points sur lesquels porte son appréciation.

Dans une première partie, l'auteur apprécie les appareils orthopédiques dans leurs rapports : 1° avec les indications ou le but général de leur emploi ; 2° avec les forces ou puissances mises en jeu dans ces appareils ; 3° avec la position des sujets soumis à l'action des appareils *(station ou position couchée)* ; 4° avec l'influence que ces appareils exercent sur l'organisme *(effets locaux, effets généraux, résultats cliniques)* ; 5° appréciation comparative des appareils orthopédiques ; 1° eu égard à d'autres moyens de l'orthopédie, 2° eu égard à des moyens de la chirurgie générale (ténotomie) ; 6° touchant la combinaison des appareils orthopédiques entre eux.

La seconde partie comprend l'appréciation des appareils employés dans les difformités : 1° du tronc ; 2° des membres.

Difformités du tronc. Après avoir tracé ce qu'il nomme les bases d'appréciation, M. Chassaignac examine les appareils employés dans les déviations des régions dorsale et lombaire de la colonne vertébrale. Ces nombreux appareils sont rangés dans quatre classes dont les caractères sont fondés sur les principes suivans : 1° principe des tractions longitudinales (*redressement des arcs élastiques*) ; 2° principe de la pression latérale (*aplatissement des arcs*) ; 3° principe de la flexion des courbures (*renversement des arcs*) ; 4° principe de la rotation (*redressement par torsion des arcs*).

Les lits, la nature des puissances extensives et contre-extensives ; les ressorts, l'intensité des forces, le lieu de leur application, le moyen de leur application, leurs effets sur les parties malades et sur les autres parties du corps, etc., tels sont autant de points qui se présentent successivement à l'examen de l'auteur. Les détails sont clairs, faciles à saisir ; l'appréciation exacte.

De plus, M. Chassaignac complète cette partie par l'examen des résultats cliniques. Les faits qui ont servi à cet examen sont tirés de la pratique de M. Bouvier, qui a bien voulu mettre ses tableaux statistiques à la disposition de M. Chassaignac. Cette section est complétée par l'appréciation des moyens employés contre les difformités partielles de la colonne vertébrale, contre celles du thorax et bassin.

Difformités des membres. Les appareils employés dans les difformités des membres s'appliquent à des difformités survenues dans leur continuité ou dans leur contiguité. Quant à la première section, les déviations rachitiques doivent seules occuper M. Chassaignac ; l'auteur passe ensuite en revue les moyens employés dans les difformités des articulations des membres, les déviations de la main, du coude, du genou, de la hanche, des pieds, et l'appréciation des moyens orthopédiques qui leur conviennent, complètent cette dernière partie de ce travail qui, malgré ses modestes proportions, n'est pas moins un livre utile que l'on consultera toujours avec fruit.

Nous aurons occasion de revenir sur les points principaux qui forment la base de cet ouvrage.

Des opérations de pupille artificielle (1). — (M. Huguier).

M. Huguier débute par des considérations générales sur la pupille artificielle. Dans ce chapitre, l'auteur traite successivement de l'historique de l'opération, des cas qui la réclament, de ses indications, de ses contre indications, des circonstances dans lesquelles elle a le plus de chances de succès ; du siége, de l'étendue, de la forme de l'ouverture pupillaire, de la conduite qu'il faut tenir relativement au cristallin et à sa capsule, et de la préparation du malade avant l'opération.

Passant ensuite à l'exposition des méthodes et des procédés opératoires, M. Huguier dit avoir rencontré beaucoup de difficultés à les classer ; et, pour remplir cette lacune, il a composé un tableau dans lequel il a groupé les différentes méthodes, avec les genres et les procédés particuliers qui s'y rapportent : on n'en compte pas moins de *soixante-douze*, rangés dans les cinq grandes classes suivantes : 1° incision de l'iris, 2° décollement, 3° l'excision, 4° le rétablissement de la pupille naturelle, 5° le déplacement de cette pupille. A ces méthodes peuvent se joindre

(1) In-8° de 167 pages. — Chez Germer Baillière.

(1) In-8°, 92 pages. Béchet et Labé.

Depuis long-temps, c'est une chose reconnue par tous les praticiens, que l'application d'un vésicatoire ou les mouchetures pratiquées sans ménagement sur un membre œdématié, donnent lieu aux accidens de la nature de ceux que nous observons sur cette femme du n° 27. Nous n'avons fait qu'une seule piqûre, et cependant les accidens les plus graves en ont été la suite. Cela, quoique rare, se rencontre encore quelquefois, et à l'autopsie l'on trouve le tissu cellulaire infiltré de sérosité lactescente. Cependant malgré la gravité de cette petite opération si simple en elle-même, il faut bien, et quand tous les autres moyens ont échoué, recourir aux mouchetures, seule chose que l'on puisse opposer alors à ces infiltrations œdémateuses considérables, qui compromettent la vie des malades.

Chez une femme n° 16 de la même salle, deux mouchetures ont été pratiquées, et sans donner lieu au moindre accident. Cette femme est âgée de 60 ans environ; il y a chez elle matité dans une grande étendue à la région précordiale, voussure de cette partie, bruit de souffle dans le cœur qui ne s'entend point dans les gros vaisseaux, râle sous-crépitant dans toute la poitrine, œgophonie. Chez cette femme nous avons donc hydropéricarde, insuffisance des valvules, œdème pulmonaire, épanchement dans la plèvre; en outre, il y avait encore hypertrophie du foie et ascite, avec œdème des membres inférieurs. Nous avons pratiqué deux mouchetures qui ont donné lieu à un écoulement de sérosité considérable.

Cette femme est beaucoup mieux aujourd'hui; elle mange le demi-quart. Les diurétiques lui avaient été donnés sans aucun succès; sans cela nous n'aurions pas employé les mouchetures. Ce fait vous prouve que cette petite opération n'est pas toujours suivie d'accidens.

Lorsqu'un membre sur lequel on a pratiqué des mouchetures devient le siége de douleurs, pour les faire disparaître, et en même temps pour prévenir l'érysipèle qui ne manquerait pas de se développer, il est bon d'employer le bandage compressif. C'est un moyen qui réussit souvent dans ce cas.

— La femme du n° 27 a succombé le lendemain, et à l'autopsie l'on a trouvé la troisième forme de la maladie de Bright. Le rein était d'une couleur lardacée caractéristique, bossué, hypertrophié. Les substances corticale et tubuleuse étaient également blanchâtres, dures, non friables; point de granulations. Ainsi, quoique la maladie ait duré peu de temps (cette femme n'était à l'hôpital que depuis quatre semaines environ), les désordres n'en étaient pas moins très considérables.

Il s'est passé chez cette femme un phénomène sur lequel, dit M. Trousseau, nous voulons appeler votre attention comme signe pronostique. Quelque temps avant la mort, l'œdème général dont cette femme était atteinte a presque complètement disparu, sans pour cela que les autres symptômes se soient aggravés. Quelquefois, non-seulement l'état du malade ne paraît pas pire, mais encore celui-ci lui-même se félicite de l'amélioration survenue. Or, vous pouvez établir en proposition, que toutes les fois que dans des circonstances semblables vous verrez disparaître l'œdème, bien qu'il y ait dans l'état du malade un mieux prononcé, croyez à une mort prochaine.

Un ecclésiastique, ami de notre famille, avait été opéré avec succès, à Tours, de calculs dans la vessie. La plaie résultant de l'opération se cicatrisa si facilement, qu'au bout de dix jours le malade put se lever. Cependant il survint un peu de diarrhée, contre laquelle les astringens et l'opium furent impuissans. Bientôt l'on vit apparaître de l'œdème qui se propagea à toutes les parties du corps. Un jour l'œdème disparut complètement et le malade se félicitait de l'amélioration survenue dans sa position, lorsque le soir il fut pris d'accidens orthopnéiques auxquels il succomba rapidement.

A l'autopsie l'on trouva dans le gros intestin une accumulation considérable de fèces au-dessous de laquelle la muqueuse intestinale était enflammée. Cette inflammation dépendait de cet amas de matières fécales auxquelles l'on ne pouvait donner issue. Le rein n'a point été examiné: la maladie grumeleuse de Brigth n'était point encore connue alors.

Une chose nous frappa dans cette circonstance, ce fut la mort survenue après la diminution dans l'intensité des symptômes. Depuis lors nous avons souvent vu des personnes atteintes de maladies du cœur avec œdème, mourir quelque temps après la disparition de celui-ci.

Chez notre femme du n° 27, il y avait dans le phlegmon gangreneux de la jambe une complication grave qui, à elle seule, suffisait pour faire porter un pronostic funeste; mais la disparition de l'œdème serait arrivée en l'absence de cette complication, que nous eussions également annoncé une fin prochaine.

Dans la clientelle il faut se méfier du pronostic que l'on porte, car les parens ne pardonneraient pas l'erreur que l'on pourrait commettre; ils pensent que le médecin a méconnu la maladie à laquelle il avait affaire.

Chlorose. Son diagnostic. De l'anémie proprement dite. Symptômes gastro-intestinaux concomitants. Ipécacuanha. Réflexions sur les indications dans ces maladies.

Au n° 35 est cette jeune fille dont nous vous avons entretenu dans une de nos dernières séances, à propos de la chlorose, affection qui, chez elle, a reparu cinq ou six fois depuis l'âge de quinze ans.

Souvent on confond ensemble l'anémie et la chlorose, deux affections qui pourtant diffèrent beaucoup entre elles. Ainsi la chlorose ne se guérit pas seulement par un bon régime, moyen qui suffit toujours ou presque toujours pour faire disparaître l'anémie; et bien que dans celle-ci tous les signes soient les mêmes, cependant, il reste dans la chlorose quelque chose qui domine cette apparence anémique, et qui fait que les symptômes peuvent reparaître quelque temps après leur disparition. Presque toujours l'on guérit l'anémie chlorotique par le fer, mais quelquefois après un temps plus ou moins long, quinze jours, un mois ou davantage. Si l'on voit reparaître tous les premiers accidens, le sang perd de nouveau sa couleur, pâlit et devient plus séreux. Il faut donc que la chlorose et l'anémie ne soient point deux maladies semblables, puisque la première est susceptible de récidiver, tandis que l'autre, une fois guérie, ne reparaît plus.

Cette jeune fille du n° 35 présente quelques accidens aigus: car il ne s'en suit pas de ce qu'il y a chlorose qu'il ne puisse y avoir en même temps des symptômes phlegmasiques; nous avons constaté chez elle une affection gastro-intestinale; inappétence, langue sale, nausées, douleurs de l'estomac, du ventre, diarrhée et de la fièvre. Nous avons eu recours aux émolliens, puis aux astringens, nous l'avons mise à un régime adoucissant: mais les envies de vomir et la fièvre augmentèrent. C'est alors que nous avons donné un vomitif, l'ipécacuanha, médication que nous aurions bien dû employer plus tôt. De nombreux vomissemens suivirent l'administration de ce médicament, mais tous les premiers accidens, au lieu de diminuer, s'aggravèrent, et nous craignions d'avoir substitué une inflammation thérapeutique beaucoup plus intense que l'inflammation qui existait auparavant. Cependant, au bout de vingt heures les douleurs de ventre et la diarrhée cessèrent, la fièvre disparut, et aujourd'hui cette jeune fille est bien.

Nous avons cru devoir appeler votre attention sur ce fait, que vous rencontrerez fréquemment dans votre pratique, afin que vous soyez sur vos gardes lorsqu'il s'agira pour vous de porter un jugement touchant une médication. Nous vous rappellerons à ce sujet cet aphorisme, si fort mal compris le plus souvent: « *A juvantibus et nocentibus fit indicatio.* Ce qui nuit peut ne nuire que dans un mois; ce qui est utile peut aussi ne manifester son effet qu'après un certain temps. Ainsi, le fer dans la chlorose, peut aggraver les douleurs d'estomac; il ne s'en suit pas qu'il ne soit pas utile: attendez pour porter votre jugement. De même dans les affections aiguës; vous voyez les accidens cesser par le traitement antiphlogistique, ne croyez pas pour cela la maladie guérie; attendez encore, et vous jugerez avec connaissance de cause.

Ainsi, pour le cas qui nous occupe, nous avons vu, par l'ipécacuanha, les accidens s'aggraver; nous avons attendu, et nous avons pu alors apprécier à sa juste valeur l'influence de l'agent thérapeutique. Dans une ophthalmie, la cautérisation augmente d'abord la douleur et l'inflammation. Vous porteriez alors sur l'effet de la médication un jugement peu favorable; tandis qu'en attendant trois ou quatre jours, vous pourrez en constater les bons effets.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Cas de luxation traumatique des dixième et onzième côtes; communiqué à la Société chirurgicale d'Irlande, par M. Benson.

Un enfant âgé de onze ans, a été frappé au dos par un corps lourd, le 1er octobre. Il est resté sans connaissance pendant quelques minutes; mais aussitôt revenu, il a pu marcher, et n'a pas été obligé de s'aliter jusqu'au 4. A cette époque, il éprouve des douleurs le long de ses bras.

Le 7 octobre, ses membres inférieurs se paralysent, et il éprouve une rétention urinaire.

Le 10, son état empire; on le transporte à l'hôpital, dans la division du docteur Jacob.

A l'examen, on trouve une tumeur située sur le côté gauche de l'épine, s'étendant sur les têtes et les cols des quatre dernières côtes. Le malade rapporte à cette tumeur toutes ses souffrances, et déclare que c'est précisément là le point où il a reçu le coup. La tumeur a plus d'un pouce de largeur, et s'élève à trois quarts de pouces au-dessus du niveau des tégumens. La couleur de la peau est peu altérée; on y sent un point de fluctuation vers le centre en pressant avec quelque force. Les dixième et onzième côtes paraissent déprimées, ce qui fait soupçonner une fracture ou une luxation. La tumeur s'est abcédée, a été ouverte, et le petit malade est mort le 16.

Nécropsie. A l'autopsie, on incise sur le foyer de l'abcès, et l'on trouve qu'il s'étend le long des cols des quatre dernières côtes du côté gauche; une sonde glissée dans ce foyer est passée entre les têtes osseuses et la surface correspondante des vertèbres. On ouvre la plèvre; cette portion de cette membrane, qui se réfléchit sur les cols et têtes des neuvième, dixième et douzième côtes, est enflammée et déplacée de bas en haut, par une certaine quantité de sang et de lymphe coagulée, au centre de laquelle est une certaine quantité de matière purulente. En ôtant cette portion de la plèvre, on voit clairement que les dixième et onzième côtes sont luxées, de leur articulation à la colonne vertébrale; la dixième est luxée complètement en avant; la onzième l'est incomplètement. Les ligamens qui l'attachent aux apophyses transverses sont complètement rompus à la dixième, et son issue de la surface articulaire est si entière qu'on peut passer librement le bout du petit doigt entre la tête de la côte et la surface articulaire de la vertèbre. L'état des parties molles a fait penser que la paralysie avait été la conséquence de la phlogose suppurante qui avait suivi la contusion et les déchiremens. On s'est enfin convaincu jusqu'à l'évidence, qu'il s'agissait bien, dans ce cas, de luxation traumatique sans fracture. Les docteurs Duun et Jacob, qui ont assisté à la dissection, se sont convaincus de l'exactitude de ces observations.

(*Dublin med. Press*, février 1841.)

Autre fait pareil; par M. Finucane.

Mary O'Brien, âgée de quinze ans, fille d'une pauvre veuve, était retenue au lit par une fièvre, lorsque le feu prit à sa maison en l'absence de sa mère; elle allait se sauver, lorsque le toit tomba sur elle et la tua. A l'examen on lui trouva le crâne fracturé et le dos contusionné. M. Finucane en a fait l'autopsie. Après la tête, il a examiné le dos. La peau de cette partie était élevée de deux ou trois pouces; on y sentait une dépression évidente à l'endroit des deux dernières côtes avec la colonne vertébrale. On disséque soigneusement les muscles et l'on trouve une luxation complète des deux dernières côtes du côté gauche; les ligamens rompus et les têtes des côtes sont placées en avant de la colonne. (*Ibid.*, 10 mars.)

— On sait que c'est une question de savoir si les côtes sont susceptibles de luxation traumatique dans leur

---

deux autres ordres de moyens accessoires: l'excision de la sclérotique, celle de la cornée, enfin la transplantation de la cornée.

Après l'exposition et l'examen des méthodes, M. Huguier ne pouvant décrire un manuel opératoire général, à cause de la diversité des méthodes et des procédés eux-mêmes, formule quelques préceptes généraux pouvant s'appliquer à l'ensemble des procédés. Il termine ce travail par l'appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rapportent.

Malgré l'intérêt qu'offre cette thèse, nous ne pouvons suivre l'auteur pas à pas dans toutes les divisions de son œuvre: il nous faudrait aborder les détails techniques de la description et de l'appréciation des divers procédés, ce qui nous est impossible. Nous renvoyons donc au livre de M. Huguier les chirurgiens qui auraient besoin de connaître une histoire complète et méthodique des procédés qui conviennent à la pupilleartificielle.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et cher confrère,

Je viens de lire dans les numéros 6 et 9 mars de votre estimable Journal plusieurs faits remarquables de chute de lieux élevés sans accidens graves. Permettez-moi de vous faire connaître un fait qui m'a paru de quelque intérêt, et que je vous autorise à publier si vous le croyez digne de faire suite aux remarquables opérations que je viens de lire dans votre journal.

Le 14 janvier dernier, Xavier Scillon, peintre, âgé de vingt-quatre ans, après avoir fini son ouvrage à un quatrième étage, voulut redescendre, et ne trouvant plus l'échelle qui lui avait déjà servi pour monter, il s'accrocha à une poutre formant arête dans une cage d'escalier non encore construit; mais au lieu de descendre, comme il en avait l'intention, en changeant tour à tour de place ses mains et ses pieds, ces derniers glissent, les mains, ne pouvant retenir le poids du corps, glissent aussi, s'échauffent par le frottement, lâchent la poutre, et Scillon est précipité de 15 mètres de haut. Personne n'étant présent, on ignore sur quelle partie du corps il est tombé; mais au bruit de sa chute, on accourt, et on le trouve gisant à terre, privé de connaissance, de mouvement et de toute sensibilité. Appelé auprès de lui, je ne remarque après un examen minutieux de toute la surface du corps, que quelques excoriations de peu d'importance; point de fracture, point de luxation; résolution complète des forces, respiration lente, pouls à peine perceptible, froideur des extrémités. J'apprends que demi-heure avant l'accident, Scillon avait déjeûné avec des fèves, légume lourd et indigeste, et que les aimant beaucoup, il en avait mangé une quantité considérable.

Vu l'état ci-dessus du malade, qui pour le moment contre-indique les évacuations sanguines, et voulant attendre la réaction, je me borne à prescrire un peu de thé léger et quelques frictions. Demi-heure après, vomissement considérable du bol alimentaire. quatre heures plus tard le pouls se développe, devient fréquent; je pratique une saignée de 750 grammes environ.

15 janvier. Quelques mouvemens; la connaissance n'est point revenue; assoupissement; pouls élevé, face rouge. Nouvelle saignée, de la même quantité que la première.

Le 16, je prescris un laxatif, et peu à peu, jour par jour, les mouvemens, la sensibilité, la connaissance, la mémoire reviennent, et, huit jours après sa chute, Scillon fait un tour de promenade dans un jardin, et quinze jours plus tard il reprend son travail avec son intelligence et sa facilité habituelles.

Après la seconde saignée, Scillon parut sortir de son assoupissement, et offrit le singulier phénomène suivant: il ne connaît personne, ne répond à rien, mais il fait tout ce qu'on lui ordonne. Ainsi, sa mère, qu'il ne reconnaît pas, lui présente un *accordéon* dont il joue habituellement quelques airs; elle lui dit d'en jouer, et aussitôt, au grand étonnement des assistans, il fait entendre sur cet instrument son air favori, reprend quelques notes mal exécutées, et sa physionomie exprime le contentement qu'il éprouve.

Ce fait, mon cher confrère, me paraît rentrer dans la classe de ceux que vous venez de publier, et n'est pas moins remarquable par la promptitude avec laquelle les accidens ont disparu, que par les deux points suivans que j'ai cru devoir noter:

1° Que, malgré la distension énorme de l'estomac contenant un bol alimentaire pesant près d'un kilogramme, il n'a éprouvé aucune rupture pas plus qu'aucun autre viscère.

2° Que le cerveau, ne pouvant fonctionner pour reconnaître ou nommer les individus, était cependant capable de se rappeler des notes musicales, de les écouter avec attention, avec réflexion même, car le malade les répétait quand elles étaient mal exécutées.

Agréez, etc. Brousse, d.-m.-p.

Moissac, le 13 mars 1841.

articulation vertébrale. La plupart des auteurs du dix-neuvième siècle l'ont décidée négativement et ont considéré comme des fractures les cas de ce genre que les auteurs anciens avaient regardés comme des luxations. Quelques faits récens cependant viennent aujourd'hui rétablir la lésion en question. Aussi ne lira-t-on pas sans un véritable intérêt les deux observations que nous venons de rapporter.

HOPITAUX DE LONDRES.

Nouvelles remarques pratiques sur la strabotomie ; par M. Lucas.

Dans un ouvrage que l'auteur a publié il y a quelques jours sur le traitement chirurgical du strabisme, il a établi un précepte qui semble paradoxal au premier abord : c'est de couper le muscle droit interne aux deux yeux dans les cas de strabisme convergent d'un côté, dans lequel la division du muscle de l'œil dévié aura été insuffisante. Les personnes qui n'auront pas approfondi la physiologie des muscles orbitaires auront de la peine à comprendre comment la ténotomie pratiquée sur l'œil sain pourrait contribuer à rectifier l'œil dévié. « Dans les cas, dit M. Lucas, où la division du muscle droit interne de l'œil dévié en dedans n'a pas été suivi d'un plein succès, M. Liston a coupé en même temps le droit supérieur ou le droit inférieur (octobre 1840). Cette pratique dont le but est d'accomplir ce que la division du premier muscle n'avait pu effectuer, est plutôt nuisible qu'utile, et décèle dans les personnes qui l'ont adoptée une ignorance complète de l'anatomie et de la physiologie des mouvemens régulateurs de l'œil. »

Premier fait. Miss J. A., âgée de trente ans, est affectée de strabisme convergent à l'œil gauche. Elle peut diriger en dehors l'œil affecté jusqu'au centre de l'orbite, mais ne peut l'y retenir que quelques secondes, à moins que l'œil sain ne soit couvert. Lorsque l'œil louche est tourné aussi loin que possible en dehors, l'œil sain occupe sa position normale, obéissant par là aux lois qui règlent les mouvemens des deux yeux à l'état sain ; mais après cinq ou six secondes que l'œil louche a repris sa position habituelle, l'œil sain poursuit ses mouvemens indépendans de l'autre.

Ce strabisme existe depuis l'âge de deux ans.

En présence des docteurs Nugent et Bayd, Cameron, English et Davenport, j'ai divisé le muscle droit interne de l'œil gauche et ses connexions aponévrotiques (facial connexions) L'œil s'est tourné en dehors, mais il est plus proéminent que l'œil sain. Un examen attentif des mouvemens des deux yeux fait reconnaître que l'œil opéré est incliné en haut et en dedans ; le strabisme continue, mais à un degré beaucoup moindre qu'avant l'opération. Ayant examiné de nouveau attentivement l'endroit divisé, je me suis assuré que toutes les fibres du tendon avaient été coupées ; j'ai divisé encore largement les fascias sous-conjonctival et sous-musculaire des environs ; mais l'état de l'œil n'a pas changé. J'ai alors opéré sur l'œil droit, dont j'ai divisé le muscle droit interne et ses adjacences aponévrotiques en haut et en bas. A l'instant les deux yeux sont devenus également droits et saillans, et leur mouvemens d'un accord parfait comme dans l'état normal.

Deuxième fait. M. Robert Bellringes, âgé de quarante ans, était strabique de l'œil droit dès l'enfance, par suite d'un coup qu'il avait reçu sur la tête. L'œil est tourné profondément en dedans, de sorte que la moitié de la cornée est cachée derrière la caroncule. Il peut le tourner en dehors pendant quelques secondes, jusqu'au centre de l'orbite, mais pas au-delà. Dans cet instant, les deux yeux sont également droits ; mais au moment où il fait des efforts pour porter l'œil droit très en dehors, l'effort se communique à l'œil gauche qui se tourne en dedans. Lorsqu'on permet aux deux yeux de se tourner sans effort, le droit reste enseveli dans l'angle interne, tandis que le gauche obéit aux mouvemens naturels. La vue de l'œil louche est si défectueuse qu'il ne peut lire avec cet organe, et il ne peut dire si le strabisme a précédé ou suivi cet état.

Assisté de MM. Cameron et Davenport, j'ai divisé le muscle droit interne de l'œil droit ; après quoi, les ayant comparés, nous avons trouvé que celui-ci inclinait en dedans. J'ai examiné de nouveau l'œil opéré, et je me suis assuré que le muscle était complètement coupé. Néanmoins, quoique les fascia sous-conjonctival et sous-musculaire parussent flasques dans leur position naturelle, je les ai divisés largement ; mais cela n'a produit d'autre effet que de rendre l'œil plus saillant. J'ai alors divisé immédiatement le muscle droit interne de l'œil gauche et les fascia, dans la même étendue que dans l'autre côté : les deux yeux sont devenus parfaitement droits, également proéminens, et se mouvant régulièrement dans une harmonie parfaite.

(*Provincial medical and surgical journal*, février 1841.)

— L'auteur cite d'autres faits pareils. On en comprend aisément la portée pratique. La division de plusieurs muscles sur un seul œil n'est pas une chose de petite importance, et les sujets sur lesquels on l'a pratiquée n'ont pas retiré les avantages qu'on a proclamés. La nouvelle pratique établie par M. Lucas constitue donc une véritable acquisition pour l'art : elle n'est pas la seule à introduire pour résoudre toutes les questions qui se rattachent au sujet de la strabotomie.

Glossotomie et bégaiement ; par le même.

Les journaux anglais ont reproduit, durant le mois de février, les faits et les idées de M. Dieffenbach, concernant le nouveau traitement chirurgical que ce praticien a imaginé pour guérir le bégaiement, et les opérations pratiquées à Londres, par M. Lucas, en coupant simplement les muscles génio-glosses.

Dans le nº du 8 mars de la feuille que nous venons de citer, M. Lucas continue l'exposition détaillée des autres faits qui lui sont propres, et de cinq nouvelles opérations qu'il vient de pratiquer à l'hôpital métropolitain dont le service lui est confié. L'auteur parle d'améliorations, de guérisons probables, mais tout cela n'est pas assez net pour donner une conviction pleine et entière. Les mots que M. Lucas a choisis pour type d'épreuve de ses bègues, sont : *hippopotamus*, *forty* (quarante), *thirty* (trente), *thirteen* (treize), etc. Voici en quoi consiste son procédé :

« Ayant divisé la muqueuse de la langue qui couvre les muscles génio-hyo-glosses dans l'étendue d'un pouce, et disséqué soigneusement et largement le tissu cellulaire sous-muqueux, j'ai mis en évidence leurs bords antéro-inférieurs. A l'aide de deux incisions j'ai divisé les deux muscles et enlevé une portion triangulaire de leur substance, dont la base correspond à la muqueuse. J'ai enlevé en même temps quelques autres portions de fibres qui m'ont semblé pouvoir s'opposer aux libres mouvemens de la portion antérieure et du sommet de la langue en haut. Après que la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent ont été divisés, se sont présentées clairement plusieurs veines et une branche du nerf lingual, frisant le bord externe de chaque muscle. Aucune artère n'a été aperçue, cependant la proximité des ranines nous a obligé d'agir avec précaution.

» Pendant quelque temps après l'opération, le patient s'est plaint d'une douleur accompagnée de tintement d'oreille (tingling pain), qui partait de la plaie et se propageait jusque derrière le lobe de l'oreille, ce qui provenait sans doute de la division de quelque filet de la neuvième paire ; mais cette douleur s'est bientôt dissipée. »

Après l'opération les patiens ont cru sentir leur langue plus libre, et plusieurs prononçaient sans hésiter le mot *hippopotamus*. Quelques-uns n'ont éprouvé aucune amélioration. Dans aucun cas M. Lucas n'a eu à combattre d'hémorrhagie, ce qu'il attribue au soin minutieux qu'il a mis d'éviter les veines et les artères qui se présentent sur les parties latérales des deux muscles.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 30 MARS 1841. (14e ANNÉE.) N° 40, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

AFFECTIONS UTÉRINES.

Première observation. — *Tumeur abdominale. Diagnostic obscur.*

Au n° 2 de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme entrée à la clinique depuis deux ou trois mois, pour une tumeur abdominale qui remplissait l'excavation pelvienne et s'élevait jusqu'à l'ombilic. La nature de cette tumeur était alors obscure, et il n'est pas survenu depuis de changement capable d'éclairer un peu ce point. Aujourd'hui cependant il existe quelque motif pour établir un diagnostic.

Cette tumeur offre actuellement une forme arrondie, et présente de quatre à cinq pouces de diamètre; elle est enclavée dans la cavité du bassin, et est à peu près immobile; elle comprime l'urètre, s'oppose à l'introduction de la sonde dans ce canal et rend on ne peut plus difficile l'expulsion des urines. En arrière, elle touche presqu'à l'excavation du sacrum, sans y atteindre toutefois; de sorte que les fonctions du rectum ne sont pas comparativement aussi gênées que celles de l'urètre. Par le toucher vaginal, on reconnaît sur le museau de tanche une tumeur des dimensions d'une noisette, et plus haut que celle-ci d'autres tumeurs semblables, mais plus petites, qui constituent une sorte de chapelet noueux, animé par des pulsations évidemment artérielles. Jamais la malade n'a eu d'écoulement vaginal que l'on puisse comparer par leur nature à ceux qui ont lieu lorsqu'il existe une affection cancéreuse de l'utérus; mais elle assure avoir eu de nombreuses pertes de sang; en même temps existait le besoin fréquemment senti d'expulser les urines, et quelques autres phénomènes résultant de la compression mécanique exercée par la tumeur sur les organes voisins.

Après cette succincte énumération des phénomènes que la malade présente, nous avons à nous demander s'il s'agit ici d'une tumeur de nature fibreuse. Cette opinion nous a semblé d'abord la plus probable. En effet l'hypertrophie de l'utérus est un état pathologique qui existe rarement à un degré de développement et de dureté analogue à celui qui s'observe chez la malade. De plus, il n'est pas vraisemblable que dans un tel état de choses les artères eussent pris le degré de développement qui existe ici.

D'autre part, n'aurions-nous pas affaire à un squirrhe de l'utérus?

Cette affection occupe rarement le corps de cet organe; et d'ailleurs, si elle existait, nous observerions en même temps un écoulement sanieux ou d'un mucus fétide.

Donc, la plus grande somme des probabilités se réunit en faveur de l'existence d'un corps fibreux; car, nous le répétons, l'hypertrophie n'eût pas donné lieu à un aussi grand développement des artères; elle eût difficilement été portée assez loin pour enclaver l'utérus dans l'excavation pelvienne, et n'eût pas occasionné d'aussi fréquentes hémorrhagies; phénomène qui appartient bien plus spécialement aux corps fibreux utérins.

Toutefois, nous devons l'avouer, il s'en faut qu'une certitude absolue règne ici relativement à la nature que nous assignons en ce moment à la tumeur abdominale. Disons cependant qu'il est probable que plusieurs corps fibreux existent en même temps, ce que nous sommes tentés d'admettre, d'après la nature bosselée de la tumeur et des saillies partielles qu'elle présente. L'anatomie pathologique, d'ailleurs, démontre que fréquemment les corps fibreux utérins sont multiples.

La tumeur, du reste, est, avons-nous dit, presque complètement immobile, et il est probable que des adhérences morbides sont devenues un obstacle aux mouvemens de l'utérus.

La malade nous quitte aujourd'hui; elle a manifesté le désir de s'en aller, et l'art n'ayant rien à faire d'actif pour améliorer son état, nous avons pensé ne pouvoir pas nous opposer à ses désirs, d'autant plus qu'elle se sent mieux, et que ses fonctions s'accomplissent avec plus de régularité que lors de son entrée dans le service.

Deuxième observation. — *Tumeur abdominale inflammatoire. Rétrécissement du rectum. Symptômes de péritonite.*

La malade couchée au n° 23 de la salle Saint-Bernard, est atteinte d'une affection grave empreinte d'un caractère aigu. Elle présente une tumeur abdominale, proéminente à droite, dans laquelle sont survenus depuis deux jours des changemens notables. La tumeur s'est élevée en saillie conique; elle est élastique au toucher, et fournit un son obscur. Cela nous a fait nous demander s'il n'y avait pas du liquide au-dessous des tégumens; du pus amassé, en d'autres termes, et voulant se faire une issue au dehors. S'il en était ainsi, l'état de la malade nous paraîtrait devoir devenir moins grave par la suite, et il pourrait même être indiqué aujourd'hui de favoriser les efforts de la nature vers ce but, au moyen de cataplasmes d'abord, et ensuite d'applications caustiques. Nous nous en tiendrons aux premiers, quant à présent.

Ordinairement, dans le cas de cette espèce, lorsque le pus tend à se porter au dehors, on remarque tout d'abord autour du lieu où l'ouverture s'effectuera plus tard, un bourrelet dur, qui n'existe pas encore ici.

En même temps que la tumeur que nous venons de signaler, il existe chez cette femme un rétrécissement annulaire du rectum, rétrécissement qui se prolonge dans l'étendue d'une phalange. Cependant, au-dessous de la partie de l'intestin qui est rétrécie, et qui admet à peine le doigt, il n'existe pas de matières fécales agglomérées.

C'est encore là un antécédent grave qui ajoute à la position déjà si grave de cette malade, et qui nous fait présumer l'existence d'altérations profondes.

D'autre part, l'utérus est fortement pressé contre le pubis? Et quelle est la cause du déplacement de cet organe? Serait-ce une tumeur adhérente à l'organe lui-même, et développée dans la paroi postérieure ou greffée sur cette paroi? ou bien, serait-ce une tumeur développée derrière et en dehors de l'utérus? C'est ce qu'il est impossible d'établir.

Au milieu de tant de désordres, la tumeur inflammatoire de l'abdomen et la tendance du pus à se frayer une issue au dehors, que l'on y remarque, est peut-être, pour cette femme, un port de salut. Nous serions au moins porté à la considérer comme telle, si d'autres circonstances n'ajoutaient, d'un autre côté, à la gravité du cas. Ainsi, avant-hier, la malade n'avait pas 88 pulsations, et aujourd'hui elle en a plus de 100; de plus, depuis vingt-quatre heures il est survenu des vomissemens presque continuels qui ont fait rejeter de sept à huit onces d'une matière très amère, d'un vert foncé et manifestement de nature bilieuse. Ajoutons que le faciès de la malade est celui qui appartient à la péritonite, et qu'enfin il y a eu du délire la nuit dernière.

Voilà bien des élémens pour composer un pronostic grave.

Troisième observation. *Frayeur vive pendant une époque menstruelle. Suppression brusque des règles. Symptômes de métro-péritonite.*

La malade couchée au n° 7 de la salle Saint-Bernard, âgée de vingt-neuf ans, est entrée avant-hier à la clinique, et dit être malade depuis sept semaines.

Cette malade présente les symptômes d'une métro-péritonite survenue hors des conditions ordinaires. Cette affection, en effet, qui sévit presque exclusivement chez les femmes récemment accouchées, existe, dans ce cas, chez une femme qui n'a jamais fait d'enfans. Les symptômes de la métro-péritonite existent aujourd'hui avec un caractère d'acuité bien prononcé. Voici l'histoire de cette femme, qui rend parfaitement compte d'ailleurs des accidens actuellement existans.

Il y a sept semaines, qu'elle se rendait à pied de Corbeil à Paris; elle était dans ses règles. Pendant qu'elle se reposait sur le bord du chemin, elle vit un charretier tomber du haut de sa voiture sous une roue et avoir la tête séparée du tronc. Elle eut un évanouissement, n'eut pas la force après cela de se relever et de continuer son chemin, et les passans furent obligés de la transportor à Paris dans une charrette. Les règles furent supprimées.

Depuis cette époque, elle a eu des douleurs abdominales croissantes; la marche a été gênée, le travail pénible; l'appétit a été perdu, et l'affaiblissement a été en croissant. Depuis quelques jours, elle ne quitte pas le lit; elle a des douleurs de tête, et, de plus, des vomissemens bilieux et de la diarrhée, qui a cessé le 6 mars, à la suite d'une purgation avec l'eau de Sedlitz.

Aujourd'hui on remarque une altération profonde des traits, de l'anhélation, de l'essoufflement; la respiration est accélérée, résultat de la douleur qui accompagne l'abaissement du diaphragme pendant les mouvemens d'inspiration: cette gêne fonctionnelle est donc secondaire, et ne se rattache pas à une lésion directe des organes thoraciques. L'exploration abdominale a révélé une sensibilité exquise de cette cavité, au point que la moindre pression exercée sur la paroi antérieure de cette cavité est extrêmement sensible; aussi est-il impossible de trouver l'utérus par le palper. L'exploration par le doigt introduit dans le vagin et dans le rectum, a de même excité des douleurs vives. Le museau de tanche est excessivement sensible, et il nous a été impossible de constater de combien le corps de l'utérus a augmenté de volume.

Le museau de tanche est augmenté de volume et aplati en forme de coin, et son développement s'est principalement accompli aux dépens de la lèvre antérieure. Cette forme de coin que présente le museau de tanche est si peu

---

FEUILLETON.

LETTRE A M. LE DOCTEUR FABRE SUR LES PRÉPARATIONS D'OR;

Par le docteur A. Legrand.

Mon cher confrère,

Dans deux de ses leçons cliniques (*Gazette des Hôpitaux* des 27 février et 4 mars dernier), M. Trousseau a eu la bonté de citer mes travaux à propos d'une femme atteinte de phthisie laryngée syphilitique, et qu'il a soumise à un traitement par le *perchlorure d'or* en frictions sur la langue. Et d'abord, je dois des remercîmens à ce savant thérapeutiste de cette mention, si honorable pour moi, et du *courage* qu'il a montré en administrant un agent thérapeutique, considéré comme un médicament sans valeur par un grand nombre de praticiens de Paris, alors que, par une contradiction assez extraordinaire, d'autres proclament l'or une substance très dangereuse. Ces remercîmens, j'étais allé à l'hôpital Necker pour les adresser personnellement à M. Trousseau, en même temps que j'aurais visité la femme du n° 13 de la salle Sainte-Anne. J'ai trouvé le professeur parti de la veille ou de l'avant-veille pour l'Italie, et je l'ai vivement regretté, car j'avais à lui présenter quelques objections sur la préparation aurifère à laquelle il a donné la préférence.

Avant de vous mettre ces objections sous les yeux, mon cher confrère, permettez-moi de dire que toute discussion qui peut surgir entre le médecin de Necker et moi ne doit être que purement scientifique.

En effet, ce sera toujours contrairement à mes intentions qu'il m'arrivera de dire ou d'écrire quoi que ce soit qui puisse blesser cet honorable professeur, à la bienveillance duquel je dois croire, et qui a tout droit à ma reconnaissance, puisque personne avant lui n'avait aussi soigneusement apprécié mes travaux qu'il l'a fait dans son *Traité de thérapeutique*, publié en commun avec M. Pidoux. Dans le long article qu'il a consacré à l'or, il a scrupuleusement analysé les travaux de Chrestien, Niel, Gozzi, et mon ouvrage (1), qui les résume tous, et dont il parle en ces termes: « Quant à nous, en lisant attentivement plus de quatre cents observations rapportées dans la deuxième édition de l'ouvrage de M. Legrand, nous restons convaincus non de la prééminence de l'or sur le mercure, mais de ce fait, savoir: que l'or est un médicament utile; en second lieu, que son emploi mesuré est ordinairement exempt d'inconvéniens, et qu'il en occasionne surtout moins que le mercure. » Je dois ajouter que M. Trousseau a donné dans ce même article, qui n'a été écrit qu'avec une parfaite connaissance du sujet, une appréciation fort exacte des effets physiologiques des préparations auriques, de leur action sur les organes de la digestion, le système nerveux et le système vasculaire, et des accidens qu'elles peuvent causer.

On retrouve ces mêmes notions, toujours aussi fidèles, dans les deux leçons cliniques publiées dans votre journal, mais je dois, dans l'intérêt de la méthode aurifère, relever le passage suivant: « L'on prend (n° du 27 février) deux gouttes de perchlorure à l'état sirupeux (ce qui équivaut à 5 centigrammes de perchlorure sec): on les triture avec 50 centigrammes de poudre d'iris, et l'on divise en dix paquets qui contiendront chacun 5 milligrammes de perchlorure. » Je dis donc que la préparation aurique est mal choisie, et que l'excipient indiqué n'a point été convenablement préparé.

(1) *De l'or* de préférence au mercure dans le traitement des affections syphilitiques récentes et invétérées. — Un vol. in-8°.

Dès les premiers temps que Chrestien chercha à faire reprendre à l'or sa place parmi les agens thérapeutiques, il renonça au perchlorure d'or, à cause de sa déliquescence et de sa causticité, et, combinant le perchlorure d'or avec le perchlorure de sodium, il composa un sel triple, parfaitement neutre et connu en pharmacie sous le nom de perchlorure d'or et de sodium; c'est ce sel qu'on mêle à la poudre d'iris dans la proportion d'une partie du sel aurifère et de trois parties de cette substance, de sorte que quatre grains ou vingt centigrammes du mélange représentent un grain ou cinq centigrammes de sel aurifère. Il importe en outre que la poudre d'iris employée à cet usage ait été réduite à ses parties absolument inertes en la traitant successivement par l'eau tiède et bouillante, par l'alcool et l'éther froids et bouillants. Cette opération, qui demande beaucoup de temps et de soins, détermine une perte telle qu'un kilogramme de poudre d'iris ainsi traitée ne fournit que quarante à cinquante grammes de poudre inerte, qui conserve encore une légère odeur de violette. Le sel aurifère, mêlé à cette poudre qui peut être rendue impalpable, n'éprouve aucune espèce d'altération: il s'administre en frictions sur la langue et, pour le sel aurifère, il suffit de donner à la friction une minute de durée, tandis qu'elle doit en avoir de trois à cinq pour les oxydes d'or et l'or divisé. Si on donne pour excipient au perchlorure d'or ou au sel triple la poudre d'iris non purifiée ou toute autre renfermant quelques principes actifs, on doit s'attendre à produire une décomposition plus ou moins complète du sel aurifère, et je n'hésite point à dire que c'est à cette circonstance que M. le professeur Trousseau a dû de pouvoir administrer de prime abord une dose en apparence si élevée (un milligramme) d'un sel aussi actif que le perchlorure d'or. Cette décomposition a dû être d'autant plus grande que la quantité de poudre d'iris non purifiée a été plus considérable, et, dans la formule de M. Trousseau, elle est quinze fois plus grande que

commune dans les conditions normales, qu'il est impossible d'admettre qu'elle ne soit pas le résultat de l'inflammation et de la pression consécutive du col contre les parties voisines. Cependant, cette femme, qui est mariée depuis quelques années, n'a jamais fait d'enfans : et réfléchissant que cette disposition du col est une des causes les plus efficaces de non-fécondation, nous serions porté à croire qu'elle préexistait à la catastrophe qui a amené la malade dans le service ; d'où il résulterait que déjà depuis quelque temps l'utérus était affecté.

Mais le tout n'est pas borné à l'affection utérine, et aujourd'hui avec les symptômes de la métrite existent également ceux de la péritonite la plus franche. Ces derniers étaient plus prononcés au moment de l'entrée de la malade à la clinique ; mais ils ont été modérés par des applications de sangsues. Aujourd'hui la péritonite se trouve limitée à l'étendue du péritoine qui est en rapport avec l'utérus.

En résumé, nous avons à combattre actuellement une métrite ayant comme complication l'inflammation du péritoine utérin ; métro-péritonite survenue en dehors des conditions puerpérales, et ayant succédé à la suppression brusque des règles.

Quoique donc le pronostic présente ici beaucoup de gravité, celle-ci est comparativement moindre que si nous avions à combattre la même affection chez une femme récemment accouchée. Une condition défavorable consiste dans la funeste progression des accidens depuis l'explosion des premiers symptômes. A la vérité, on remarque un peu d'amélioration depuis deux jours, mais nonobstant cela, la participation du péritoine à l'inflammation continue à constituer une circonstance des plus fâcheuses.

Nous persisterons donc encore dans les moyens de traitement, et nous avons prescrit pour aujourd'hui une double application de sangsues aux régions inguinales. S'il le faut, on y reviendra encore.

Des frictions seront faites sur le ventre avec l'onguent mercuriel, mélangé à un septième d'extrait thébaïque d'opium. Des lavemens émolliens, des fomentations sur le bas-ventre, des cataplasmes légers, appliqués sur cette même région, complèteront pour le moment la série des moyens auxquels nous aurons recours. K.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Cancer de l'utérus. Remarque pratique.

Deux femmes affectées de cancer de matrice, dont une a succombé samedi dernier, ont fourni à M. Velpeau l'occasion de faire sur ce genre d'affection de l'utérus une remarque qui n'est pas sans importance dans la pratique.

Le cancer de la matrice, dit M. Velpeau, n'est pas une maladie douloureuse par elle-même. Les douleurs, des douleurs vives du moins, ne surviennent dans ces cas que lorsque l'affection cancéreuse envahit les tissus ou les organes voisins. C'est là une remarque qui n'a pas échappé, il est vrai, à quelques praticiens, mais qui n'est pas encore assez répandue. Il est facile cependant d'en comprendre toute l'importance. Combien de femmes affectées de cancer que l'on abandonne à elles-mêmes, ou que l'on traite par des moyens insignifians, par cela seul que les douleurs qu'elles éprouvent dans l'utérus sont peu vives. Plus tard, il est vrai, le praticien reconnaît l'erreur, mais le plus souvent alors il n'y a plus rien à faire ; tandis que, attaqué à son début, le mal aurait pu être arrêté dans sa marche. Ainsi donc, contrairement à ce qu'ont avancé quelques auteurs, l'absence de douleurs assez vives dans la matrice n'est pas une raison suffisante pour repousser l'idée d'un cancer de cet organe. Les deux malades dont nous venons de parler en fournissent une nouvelle preuve. Chez l'une d'elles, qui vit encore, mais que nous avons renvoyée parce qu'il n'y a rien d'actif à faire pour le moment, les douleurs sont si peu vives qu'on ne se douterait en aucune manière de la maladie mortelle dont elle est atteinte, si son cancer n'était évident. Chez celle qui a succombé, les douleurs vives ne se sont montrées que, comme je l'ai indiqué auprès de son lit, lorsque les parties voisines de l'utérus ont été envahies.

C'est là une considération que les jeunes médecins ne doivent jamais perdre de vue.

Maladie des os de la jambe du côté gauche. Allongement de 5 centimètres de cette portion du membre inférieur sans claudication.

Au n° 38 de la salle Ste-Vierge est couché un homme âgé de trente-quatre ans, entré à l'hôpital pour être opéré d'énormes varices qu'il porte sur la jambe gauche, varices survenues à la suite d'ulcères. Ce malade est en outre affecté d'une maladie des os de cette jambe, maladie qui ne paraît guères l'occuper, mais qui ne présente pas moins une particularité que nous croyons devoir noter. Il y a environ vingt ans que, d'après le dire du malade, cette jambe acquit dans quelques mois un volume assez considérable ; des douleurs vives s'y firent sentir ; des abcès, des ulcères survinrent, et par ces ouvertures sortirent, à différentes reprises, des portions d'os. Nous n'avons pas pu obtenir de renseignemens plus exacts sur ce point. Quoi qu'il en soit, il est évident par le récit du malade, et surtout par l'aspect du membre, que les os de la jambe ont été affectés. Mais ce n'est pas là sur quoi nous voulons en ce moment fixer l'attention. Cette jambe est actuellement visiblement plus longue que celle du côté opposé : mesurées avec soin nous avons constaté une différence de 5 centimètres, différence qui existe sur toute la longueur du membre depuis l'épine antérieure de l'os des îles jusqu'à la malléole externe. L'allongement des os à la suite de certaines de leurs maladies n'est pas un fait nouveau : mais ce qui est surprenant, c'est que ce malade, avec une jambe plus courte que l'autre de 5 centimètres, puisse marcher sans boiter.

C'est cependant ce qui a lieu chez notre malade. Interrogé de toutes les manières à cet égard, il nous a répondu qu'avant sa maladie, il marchait très régulièrement, et que depuis il ne boîte en aucune manière, si ce n'est lorsque la jambe est douloureuse, ce qui lui arrive assez fréquemment dans les changemens brusques de température. Ce fait n'est pas d'ailleurs le seul que nous ayons observé. Déjà nous avons eu occasion de faire, dans ce service, la même remarque sur plusieurs autres sujets affectés de maladie analogue des os des membres inférieurs. Nous pensons que dans les cas de ce genre, le rétablissement de l'équilibre ne peut être donné que par une inclinaison pour ainsi dire instinctive du bassin. Quoi qu'il en soit, de pareils faits semblent autoriser les chirurgiens à ne pas trop tourmenter quelques malades, des vieillards, par exemple, affectés de certaines fractures des membres inférieurs, par l'application d'appareils qui les forcent à garder le lit pendant un temps plus ou moins long. Il est bien entendu, cependant, qu'on ne doit pas négliger pour cela d'employer les moyens qui peuvent procurer une consolidation régulière, surtout chez les adultes.

Abcès profonds de l'aisselle. Remarques pratiques sur les phlegmons de cette région.

Au n° 5 de la salle Sainte-Vierge, est couché un jeune peintre, âgé de quinze ans, d'une bonne constitution, portant dans l'aisselle droite une tumeur du volume d'une orange. Cette tumeur ne date que de cinq jours, et fait considérablement souffrir le malade. Elle est régulière, profondément enracinée dans le creux de l'aisselle, et descend assez bas sur le côté de la poitrine. La peau qui la recouvre est rouge, chaude. La nature de cette maladie est évidente. Tout indique qu'on a affaire à un abcès ; mais il s'agissait d'en déterminer le siége précis, car on sait que c'est sur ce diagnostic qu'est basé le pronostic et la thérapeutique. A ce sujet, M. Velpeau a présenté quelques considérations pratiques sur les diverses variétés de phlegmons de l'aisselle, considérations qu'on ne lira pas sans quelque intérêt.

Indépendamment de leur acuité, de leur étendue, et de leur nature, les inflammations phlegmoneuses de l'aisselle, dit M. Velpeau, offrent des variétés fort distinctes sous le rapport de leur siége. A cet égard, on a établi avec raison deux grandes divisions :

1° Inflammations superficielles ou sus-aponévrotiques ;
2° Inflammations profondes ou sous-aponévrotiques.

La première classe comprend deux variétés qu'il importe de ne point confondre. Tantôt, en effet, la maladie a pour siége et pour point de départ les couches les plus rapprochées du derme ; tantôt elle occupe le feuillet profond de la couche sous-cutanée, feuillet lamelleux qui, comme chacun le sait, se continue sans ligne de démarcation avec le tissu semblable de toutes les régions circonvoisines. Cette diversité d'origine exerce ici, comme du reste dans toutes les autres parties du corps, une influence marquée sur la marche et le traitement de la maladie, influence dont on a déjà apprécié toute la valeur. Ainsi, dans le premier cas, la phlegmasie, occupant un tissu filamenteux plutôt qu'aréolaire, a peu de tendance à s'étaler en nappe ; le plus ordinairement elle se montre sous la forme de plaques circonscrites ou de petites masses furonculaires assez mobiles. Cette première variété n'est presque jamais produite d'une manière sympathique par les blessures, quelles qu'elles soient, du membre supérieur correspondant. Elle se montre ordinairement à la suite de frottemens répétés, de l'irritation des follicules sébacés de la région, d'un défaut de propreté, surtout dans les saisons chaudes et chez les personnes qui exercent beaucoup leurs membres. Quelquefois aussi elle est le résultat d'une réaction critique, d'une influence morbifique générale. Le traitement est très simple. Des cataplasmes émolliens que l'on arrose de laudanum si le malade souffre beaucoup, constituent la médication principale, tant que la suppuration n'est pas établie. Mais dès que le pus est formé il faut lui donner issue par une incision ; telle est la pratique que vous me voyez suivre dans cet hôpital.

Dans la seconde variété, c'est-à-dire lorsque l'inflammation a son point de départ dans la couche sous-cutanée profonde, eu égard à la texture du tissu affecté, le mal a plus de tendance que dans le cas précédent à s'étendre en nappe, à revêtir la forme diffuse. Ici, du reste, la maladie reconnaît les mêmes causes, suit la même marche et réclame les mêmes moyens thérapeutiques que le phlegmon diffus sus-aponévrotique des autres régions du corps. C'est pourquoi nous n'insisterons pas sur ce point ; disons seulement que les suppurations, les diverses lésions sous-aponévrotiques de la main, de l'avant-bras, du membre en totalité, ne la déterminent point. Elle ne peut être sympathiquement produite à l'occasion des blessures éloignées, que si les veines, les vaisseaux lymphatiques superficiels, se trouvent plus particulièrement affectés.

Les inflammations phlegmoneuses profondes sous-aponévrotiques sont bien autrement graves que les deux variétés précédentes. Dans ces cas, la maladie ayant pour siége une excavation dont les parois sont loin d'offrir pourtant une résistance égale, peut gagner au loin dans une foule de directions diverses qu'on devine facilement lorsqu'on a des données exactes sur l'anatomie chirurgicale de la région axillaire. Rappelons cependant, pour mieux faire sentir toute la gravité de cette variété d'inflammation, qu'en passant entre la clavicule, la première côte et le bord cervical du scapulum, la maladie peut se transmettre au cou dans la région sus-claviculaire ; et de là, suivant le trajet du plexus nerveux qui lui sert en quelque sorte de conducteur, elle peut fuser jusque dans l'intérieur de la poitrine. Ajoutons en outre que l'inflammation peut se transmettre par voie de proximité à la plèvre correspondante, et devenir ainsi la cause d'un épanchement thoracique mortel. Nous avons été témoin de plus d'un fait de ce genre dans ce service.

Du reste ces inflammations profondes ont deux points de départ que l'observation m'a permis de distinguer. Tantôt, en effet, la maladie débute par les ganglions profonds ; tantôt c'est le tissu cellulaire ambiant qui est le point de départ du mal. Dans le premier cas le gonflement est plus lent à se produire ; dans le second, vingt-quatre heures plus ou moins suffisent pour que le creux de l'aisselle soit engorgé. Ce sont là, pour ainsi dire, deux périodes de la maladie ; période lymphatique, période phlegmoneuse. Il est inutile d'ajouter que ces deux variétés se réunissent le plus souvent.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique des inflammations profondes de l'aisselle doit être active. Toutes les fois que la santé du sujet le permet, et que l'inflammation est intense, une ou deux saignées sont nécessaires, surtout lorsque la suppuration n'est pas encore établie ; quelques applications de sangsues, des cataplasmes émolliens, sont aussi indiqués dans ce cas. Mais il est de la plus haute importance de donner issue au pus, dès qu'il est possible d'en constater l'existence ; il ne faut pas même attendre pour cela que toute la tumeur soit fondue. Toute temporisation serait ici dangereuse, dangers qui résultent évidemment de ce que nous avons dit plus haut. Quant à la crainte de blesser dans ces incisions les vaisseaux et les nerfs volumineux qui traversent le creux de l'aisselle, il n'est plus guère permis de la prendre en considération, de nos jours surtout que les connaissances anatomiques sont si répandues.

Revenons maintenant au malade qui a donné lieu à ces considérations. La racine profonde de la tumeur, son

---

dans celle que j'indique, ce qui doit rendre le manuel de la friction fort incommode.

Ainsi que je l'ai déjà dit, et j'ai grand plaisir à le répéter, M. Trousseau a parfaitement analysé l'action de l'or sur notre économie ; et dans sa seconde leçon (*voyez* le n° du 4 mars), il a fait connaître celle qu'il exerce sur les organes de la digestion. Répétons ici ce qu'il en dit : « Certes, l'or, après le mercure et l'iode, peut être très utile dans la syphilis ; mais son action sur le tube digestif mérite aussi une grande attention. Par les frictions sur la langue, l'appétit devient vif ; les digestions sont faciles ; la diarrhée, s'il y en a, cesse..... » Jusqu'ici je n'ai aucune observation à faire, et je ne puis qu'applaudir à cette appréciation justifiée par l'état de la malade soumise au traitement par l'or. Mais il me faut renouveler l'objection faite plus haut, au sujet du choix de la préparation aurique, quand M. Trousseau ajoute : « M. Legrand dit que chez les enfans atteints de diarrhée, deux milligrammes de perchlorure d'or en frictions sur la langue rétablissent les fonctions digestives. Chez les adultes, qui à la suite de pneumonie ou de fièvre typhoïde, se rétablissent péniblement, cinq milligrammes du même médicament suffisent pour donner de l'appétit et régulariser les fonctions du canal alimentaire. Dans les dyspepsies, quand le quinquina, les amers, l'eau de Seltz, de Vichy, ne suffisent pas, les préparations d'or peuvent être administrées. »

Oui, mon cher confrère, j'ai dit tout cela ; mais je ne l'ai pas dit du perchlorure d'or et de sodium, encore moins du perchlorure d'or, préparations trop énergiques pour qu'on les administre dans le seul but de relever les forces digestives, surtout pour les jeunes enfans, chez lesquels le mode d'administration en frictions sur la langue, si avantageux du reste, est impossible. Je l'ai dit de l'or métallique réduit en poudre impalpable, soit par des moyens mécaniques, ou mieux par la voie chimique. M. Trousseau a évidemment fait une confusion qui s'explique très bien pour des leçons improvisées, et je ne crois pouvoir rien faire de plus convenable, pour rectifier l'erreur émise par M. Trousseau, que de citer encore le passage suivant de son Traité de Thérapeutique (page 174).

« Nous avons insisté, au commencement de cet article, sur la propriété qu'ont les composés auriques de rétablir les fonctions de l'estomac. Legrand nous a communiqué, sur ce sujet, un mémoire manuscrit (1) fort intéressant. On y trouve plusieurs histoires d'enfans du premier âge affectés de diarrhée, de vomissemens, de dyspepsie, et dans un état de marasme qui inspirait les plus sérieuses inquiétudes pour leur vie ; il administrait l'or divisé, incorporé à du miel, un demi-grain à un grain d'or par once d'excipient, et il faisait prendre par jour une ou deux cuillerées à café de cette mixture. Préalablement il calmait les douleurs de ventre, s'il en existait, par des bains, des cataplasmes et des lavemens émolliens. Il continuait ainsi la préparation aurique jusqu'à ce que la santé ne laissât plus rien à désirer, et il ne craignait pas d'aller jusqu'à six, huit et dix grains pour tout le traitement. »

J'ai dit, mon cher confrère ; mais je ne crois point avoir rien dit qui puisse blesser M. Trousseau. Je n'en regrette pas moins que son absence ne m'ait pas permis de lui soumettre cette lettre, que je n'aurais voulu vous adresser, pour en réclamer l'insertion dans votre journal, qu'après qu'elle eût reçu son approbation. C'eût été une marque de déférence que j'eusse eu grand plaisir à montrer à l'égard d'un professeur aussi distingué et d'un praticien aussi consciencieux. Agréez, etc.

Paris, ce 25 mars 1841. A. LEGRAND, D.-M.

(1) Je ne tarderai point à livrer à l'impression ce mémoire, qui a été communiqué en entier à l'Académie des sciences.

encadrement pour ainsi dire, dans le fond de la région axillaire, la violence des douleurs, tout, en un mot, indique d'une manière évidente que nous avons affaire à une maladie profonde sous aponévrotique. Pour pouvoir me fixer sur l'origine du mal, j'ai examiné avec le plus grand soin les doigts, la main et tout le membre correspondant. On sait que c'est là que doivent se porter les premières recherches du chirurgien. Eh bien! je n'ai rien trouvé qui pût m'indiquer d'une manière positive que la phlegmasie de l'aisselle trouvât sa cause dans une blessure d'aucune partie du membre. Cet homme est d'ailleurs habitué par état de porter une hotte dont les deux courroies passent sous les aisselles; il serait en conséquence possible que là fût l'origine du mal. Quoi qu'il en soit, rien dans l'économie ne permet de supposer que cette inflammation soit symptomatique, et on devine que c'est là une circonstance très favorable. D'ailleurs la bonne santé dont le malade a toujours joui jusqu'à l'apparition de la maladie, qui ne date du reste que de quelques jours, indique assez que le mal est idiopathique. Il n'en est pas moins vrai cependant que c'est là une affection sérieuse. En effet, si la maladie reste dans le creux de l'aisselle, et c'est le cas le plus heureux, comme nous ne pouvons plus espérer une terminaison par résolution, il y a à craindre que les tissus se mortifient, qu'ils s'exfolient, ce qui donnerait lieu à une suppuration longue; et, lorsque la guérison surviendrait, des adhérences vicieuses, déterminant une difficulté plus ou moins grande dans les mouvemens du membre ne manqueraient pas à s'établir. Si, au contraire le mal gagnait les régions voisines, on devine toute la gravité qui en résulterait.

C'est pour nous mettre autant que possible à l'abri de tous ces dangers, que j'ai incisé largement et que j'ai donné issue à près d'un demi-verre d'un pus grisâtre, mal lié, circonstance qui indique que nous n'avons point affaire à une inflammation franche, mais bien à une inflammation gangréneuse.

En portant le doigt dans la plaie, j'ai trouvé un tissu fongueux mollasse, comme dans les abcès gangréneux de la région scrotale. Je n'ai pas constaté en outre que la cavité fût en rapport avec la quantité de pus épanché; nouvelle circonstance qui ajoute une certaine gravité à notre pronostic. Quoi qu'il en soit, j'ai placé une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie, et j'ai fait couvrir toute la région axillaire d'un cataplasme émollient. C'est un malade qui ne manquera pas d'offrir un grand intérêt.

Nous reviendrons plus tard sur ce fait.

OPÉRATIONS DE BÉGAIEMENT,

Faites par M. Baudens, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Jusqu'au 6 mars, époque à laquelle a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* l'une de nos leçons sur le bégaiement, dit M. Baudens, il n'était, depuis un mois environ, question dans le monde médical que d'une opération nouvelle pour guérir cette triste infirmité.

Dès le 9 février, un jeune chirurgien de Liége, M. Phillips, avait adressé à l'Académie un paquet cacheté, et ce mystérieux message piquait la curiosité. Quelques jours plus tard, c'était le 16 février, un membre de l'Académie, M. Amussat, annonça à cette assemblée de savans qu'il avait opéré deux bègues avec succès par la section des muscles génio-glosses, et il ajouta que cette pensée lui était venue avant d'avoir eu connaissance des idées de M. Dieffenbach sur le même sujet. Cette communication, sans doute fort intéressante au point de vue scientifique, ne fut pas jugée aussi favorablement par certains Académiciens; et dès ce début, on pouvait prévoir l'orage qui éclata huit jours plus tard. Nous ne reproduirons pas tout ce que cette séance a d'affligeant pour les hommes qui ont à cœur la dignité de leur art, et dans l'intérêt de notre corporation, nous faisons des vœux pour que ce précédent sans exemple n'ait point de lendemain.

Au milieu des personnalités les plus outrageantes, des invectives les plus flagellantes, la question scientifique s'était obscurcie, la communication académique mystérieuse et cachetée n'avait rien appris; celles qui avaient été faites pendant le tumulte des passions étaient incomplètes; personne n'avait encore articulé le nom de M. Dieffenbach. C'est alors que, le 6 mars, nous avons pris l'initiative, et qu'en rendant publiques les remarquables opérations de ce célèbre chirurgien, nous lui avons rendu la priorité qu'on voulait lui ravir.

Puisque nous en sommes sur la question de priorité, suivons l'opération du bégaiement dans ses premières évolutions; ce coup-d'œil rétrospectif sera assez piquant.

Le *Journal des Débats* ne se doute probablement pas que c'est lui qui a donné l'éveil sur cette importante question: cependant rien n'est plus réel. Dans son n° du 2 février, voici les révélations qu'il est venu nous faire.

« On lit dans un journal allemand: Une découverte du professeur Dieffenbach excite à Berlin l'attention générale. Ce professeur a trouvé le moyen de guérir du bégaiement au moyen d'une incision dans la langue. L'opération qu'il a faite a complètement réussi. Suivant M. Dieffenbach, le bégaiement provient d'une impossibilité d'appliquer la langue au palais. Son procédé consiste à faire cesser cet inconvénient. »

A Paris comme à Berlin, cette nouvelle a fait explosion, surtout parmi les médecins qui aiment leur art et en suivent les progrès avec un intérêt particulier.

Quelques jours ne s'étaient pas écoulés que MM. Roux, Velpeau, Amussat, Phillips, avaient déjà, sur cette simple indication, tenté l'opération du chirurgien de Berlin.

Sans blâmer cette précipitation, nous ferons remarquer que nous l'avons évitée, bien que par nos relations avec M. Dieffenbach, et par les détails qu'il nous avait donnés en nous engageant à répéter le premier à Paris ses opérations, nous eussions pu mieux que tout autre nous livrer à des tentatives de cette nature.

Plusieurs bègues étaient venus réclamer de nous l'opération qui devait porter remède à leur infirmité; nous avons résisté à leur empressement, et ce n'est que le 24 février que nous avons fait la première tentative, parce qu'alors nous avions eu le temps d'asseoir notre jugement sur la valeur de ce nouveau moyen curatif.

Si, par des sentimens de convenance, nous faisons bon marché de cette précipitation à répéter un peu à l'aventure les opérations de M. Dieffenbach, d'autres sentimens de convenance, pour ne pas dire de moralité et de respect humain, nous portent à ne pas approuver les efforts que l'on a faits pour cacher la source d'où avait jailli l'idée de l'opération du bégaiement. Je ne raconterai à ce sujet qu'un seul fait assez amusant.

On n'a pas oublié que M. A..., réclamant pour son propre compte l'idée-mère de l'opération du bégaiement dont il se prétend l'inventeur, est venu dire *sérieusement* à l'Académie: « Je dois ajouter que j'ai communiqué cette idée à M. Phillips, avant que M. Dieffenbach et lui eussent annoncé la possibilité de guérir le bégaiement comme le strabisme; *M. Phillips me répondit qu'il y avait aussi pensé*, et nous avons travaillé chacun de notre côté. » *Risum teneatis!*

Mais sans nous arrêter plus long-temps sur cette question de priorité, examinons les travaux de divers chirurgiens qui ont pratiqué jusqu'ici l'opération du bégaiement.

Nous ne rappellerons pas les trois modes opératoires successivement créés et mis en pratique par M. Dieffenbach; nous en avons exposé l'analyse dans le n° du 6 mars de ce Journal. Nous suivrons, dans cet exposé, l'ordre chronologique des publications.

Le 15 février, M. Amussat écrit à l'Académie des sciences que, le 14, il a opéré deux bègues; et voici comment il décrit son mode opératoire:

« Le procédé que j'ai employé consiste, la langue étant renversée en arrière et en haut, la bouche fortement ouverte, à couper perpendiculairement, avec des ciseaux, la muqueuse à la partie inférieure du frein ou filet, entre les deux canaux de Warthon; puis on coupe en travers au-dessous, et on écarte les bords de la muqueuse divisée. Alors, en faisant tirer la langue en avant et en haut hors de la bouche, les muscles viennent s'offrir d'eux-mêmes à la section avec des ciseaux ou un petit scalpel en rondache, et on les divise plus ou moins suivant leur contraction.

» Dans le point où je pratique la section des génio-glosses, l'opération est moins difficile et moins dangereuse que dans tous les autres. On agit sur un double faisceau ou sur le sommet du triangle; tandis que plus haut, comme on le sait, le muscle s'épanouit en éventail, et il est entouré de vaisseaux et de nerfs. »

Le 16 février, M. Velpeau fait à l'Académie de médecine la communication qui suit: « Comparant le bégaiement au strabisme, M. Dieffenbach dit avoir coupé certains muscles de la langue et avoir remédié à cette infirmité. J'ai voulu m'assurer expérimentalement de la valeur de cette section *sans connaître pourtant les conditions particulières de l'opération* de M. Dieffenbach: la ténotomie pouvait porter sur les muscles stylo-glosses, hyo-glosses, génio-glosses; j'ai opéré sur les derniers, présumant que cette section allongerait la langue et la rendrait plus apte à la prononciation. L'individu a paru avoir aussitôt après la langue plus libre et prononcer quelques mots plus facilement; mais comme l'opération n'a été faite que depuis hier, je ne puis rien dire sur le résultat définitif. J'ai voulu en informer l'Académie pour prendre date, me réservant d'y revenir par la suite.

Jusqu'ici nous voyons que M. Velpeau coupe, puisqu'il le dit, les muscles génio-glosses; mais sur quelle partie porte-t-il l'instrument, c'est ce que le n° du 20 mars, du journal la *Gazette des Hôpitaux* va nous apprendre.

Voici comment je procède à l'opération, dit M. Velpeau:

« Lui ayant fait élever et tirer fortement la langue au-dehors, je saisis la pointe de cet organe avec la main gauche garnie d'un linge sec, et je pratiquai, à l'aide d'une lancette une ponction sur le côté droit de la racine du frein, très près de la mâchoire inférieure; engageant ensuite par cette ouverture un ténotome presque perpendiculairement à trois centimètres environ de profondeur, je coupai en travers la totalité de la racine des muscles génio-glosses sans aggrandir l'incision de la membrane muqueuse. Pour être plus sûr encore du résultat, j'enfonçai un bistouri étroit obliquement de haut en bas et d'avant en arrière comme pour gagner l'os hyoïde sur le côté du muscle génio-glosse épanoui, en longeant la face inférieure de la langue pour couper de nouveau ce muscle en travers au-dessous des artères ranines.

Depuis, j'ai pratiqué la même opération en me bornant à la section des muscles génio-glosses entre le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue, au-dessous des artères ranines et au-dessus des glandes sub-linguales et sous-maxillaires: des ciseaux droits m'ont suffi.

Chez un autre bègue, j'ai enlevé par trois coups de bistouri un V à base antérieure large de trois centimètres et long de quatre, en ménageant la membrane muqueuse qui tapisse la face inférieure de l'organe, puis j'ai réuni la plaie par trois points de suture. »

Enfin M. Phillips, que nous ne connaissions encore que par sa communication mystérieuse, aura sans doute rompu le cachet de son paquet déposé à l'Académie, et il y a quelques jours, vers le 22 mars, une notice, publiée par lui, nous a révélé le procédé qu'il a adopté et que voici:

« On fait asseoir le patient sur une chaise; il appuie sa tête sur la poitrine d'un aide, et il ouvre largement la bouche. L'opérateur saisit le frein de la langue à son angle de réflexion sur la langue même; l'instrument qui sert à exécuter cette manœuvre est une érigne coudée à angle droit, afin que l'aide à qui on la confie ne gêne pas les mouvemens de l'opérateur. Ce dernier implante une petite érigne dans le frein à une demi-ligne au-dessous des canaux de Warthon, et entre ces deux érignes il donne un coup de ciseaux qui ouvre largement la muqueuse; alors, en abandonnant les ciseaux, il introduit par cette plaie un crochet mousse, tranchant sur sa concavité depuis le bouton jusqu'au manche; il ramasse sur cet instrument toute la masse musculaire de la langue, et, faisant décrire à ce crochet un demi-cercle étendu, il coupe en un instant toute la musculature de la langue.

L'hémorrhagie est très abondante; mais elle est salutaire au malade. Le deuxième jour la cicatrisation est achevée. »

Procédé de M. Lucas, de Londres. La membrane muqueuse et le tissu cellulaire qui la double sont largement et soigneusement disséqués dans l'étendue d'un pouce dans le lieu correspondant aux muscles génio-glosses, pour mettre en évidence leurs bords antéro-inférieurs. A l'aide de deux incisions on divise les deux muscles et on enlève une portion triangulaire de leur substance, dont la base correspond à la muqueuse. La dissection du premier temps opératoire permet d'éviter les artères ranines, de grosses veines et une branche du nerf lingual longeant le bord externe de chaque muscle. »

Voici maintenant ce qui nous concerne.

Notre première opération remonte au 24 février; elle a été faite en présence d'un grand nombre de médecins, et depuis ce jour notre procédé opératoire n'a subi aucune variante.

On sait combien le public était impatient d'être initié au secret de l'opération du bégaiement, et dès le 25 février le *Moniteur parisien* rendait compte de notre opération en ces termes:

« M. Baudens fait cette opération en quelques secondes, et voici comment:

» Armé d'une paire de ciseaux coudés et à pointes effilées, il en ouvre les lames médiocrement, il les plonge derrière l'os de la mâchoire inférieure, de manière à embrasser le tendon des muscles génio-glosses, et d'un seul coup il divise celui-ci en entier. Le bègue que nous avons vu opérer nous a dit qu'il avait peu souffert; il a perdu peu de sang, et il a pu prononcer de suite, avec facilité, les mots qu'il n'avait pu articuler jusque-là, ceux surtout où il existe des *s* et des *c*. »

Il est des circonstances, et le bègue opéré le 24 février en est un exemple, où nous coupons entre le tendon des muscles génio-glosses, celui des muscles génio-hyoïdiens, c'est quand le larynx et les muscles du col semblent prendre part à l'état convulsif qu'on rencontre chez certaines personnes atteintes du vice de la parole.

Voici, du reste, notre procédé opératoire sous forme de corollaire.

Le bègue est assis sur une chaise, la tête légèrement renversée, la bouche ouverte et les lèvres tenues écartées par la main d'un aide. L'opérateur implante une petite érigne à un seul crochet dans la membrane muqueuse qui recouvre le tendon des muscles génio-glosses, afin de dessiner une corde médiane superposée à celle que forme la portion tendineuse de ces muscles; il plonge à un pouce de profondeur chez l'adulte, moins chez l'enfant, les lames entr'ouvertes et bien effilées d'une paire de ciseaux à staphylorapie, derrière l'os maxillaire inférieur, dont il rase la ligne médiane, en ayant soin d'embrasser l'insertion des génio-glosses; et en rapprochant brusquement les lames des ciseaux, on entend un claquement qui annonce que cette opération, qui dure à peine quelques secondes, est terminée.

Il s'écoule ordinairement fort peu de sang; quand l'hémorrhagie persiste au-delà de quelques minutes, rien n'est plus aisé que de l'arrêter. Les muscles génio-glosses, par leur rétraction, laissent sous la muqueuse une cavité dont l'entrée, formée par celle-ci, est si étroite, qu'elle permet à peine l'introduction du petit doigt; on bouche cette cavité avec un bout d'éponge trempée, si on le juge convenable, dans du vinaigre, et la source du sang se tarit spontanément.

L'entrée du doigt dans cette cavité permet de sentir les apophyses géni-supérieures; ce doigt servirait de guide pour aller couper sur les apophyses géni-inférieures la greffe des muscles génio-hyoïdiens, si on croyait que cela fût nécessaire.

Nous avons promis, dans la leçon publiée le 6 mars dans ce Journal, de faire connaître les résultats de nos opérés; nous venons remplir ces engagemens.

Premier opéré. Michel Dugard, 26 ans, serrurier, rue du Petit-Lion-Saint-Sulpice, 5 et 7, avait déjà été traité deux fois par M. Colombat, mais avec un succès qui n'avait duré que quelques jours, parce qu'il n'avait pas voulu s'astreindre à la mesure qui constitue l'excellente méthode de ce médecin. Dugard est fort connu de plusieurs médecins, de M. Fabre, entr'autres, rédacteur en chef de ce journal; M. Fabre l'a employé, et ses relations avec lui étaient fatigantes à cause du vice de sa parole. Il parle avec une volubilité excessive, il semble qu'il veuille rat-

per au vol les paroles qui sortent de sa bouche ; il hésite à chaque instant, et principalement sur les *s* et sur les *c*. Il y a alors une lutte pénible entre l'acte cérébral et la langue chargée de traduire la pensée. Les deux mâchoires ne se rapprochent jamais complètement : la langue, qui ne peut se porter vers la voûte du palais, reste étalée en bas, et on voit aisément qu'elle est saisie d'un mouvement spasmodique, spasme qui souvent se propage aux muscles du cou et de la face, en déterminant de pénibles contractions de ces parties.

Nous l'avons opéré par notre procédé le 24 février dernier, et après avoir coupé le tendon des muscles génio-glosses, voyant le spasme des muscles du cou persister, nous avons coupé en outre les muscles géni-hyoïdiens à leur insertion au corps de la mâchoire.

L'hémorrhagie a été assez abondante pour exiger un tamponnement avec une éponge imbibée de vinaigre. Immédiatement après l'opération, Dugard a parlé avec infiniment moins d'hésitation. Ce jeune homme est d'une constitution nervoso-lymphatique, et nous attribuons à sa constitution l'engorgement glandulaire du cou qui a suivi cette opération. Cet engorgement a nécessité une application de sangsues. Ces accidens n'ont, du reste, rien amené de fâcheux, et ne se sont jamais reproduits jusqu'ici sur nos opérés. Dugard présente un cas de guérison fort remarquable : il parle avec la même volubilité, et depuis qu'il a été opéré il n'a plus hésité une seule fois; la guérison est radicale, il n'a plus la moindre trace de son bégaiement. Afin de ne pas donner trop de développement à cette leçon, nous allons abréger les détails des faits qu'il nous reste à exposer.

Deuxième opéré. Georges Sargent, vingt-un ans, bijoutier, rue Michel-le-Comte, 31, Anglais de naissance, avait un bégaiement désolant : nous lui avons coupé, comme au précédent, les tendons des muscles génio-glosses et génio-hyoïdien. L'opération a été faite le 27 février. Quatre jours plus tard, Sargent était guéri, et aujourd'hui il conserve à peine quelques traces de son infirmité.

Troisième opéré. Blochet, rue du Faubourg-du-Temple, 36, a été opéré le 4 mars avec une amélioration si grande, qu'il se croit guéri ; il a encore de temps en temps des hésitations, mais très courtes.

Quatrième opéré. Vincent Zousset, demeurant rue de l'Arcade, 33, âgé de vingt-six ans, boulanger, opéré le 14 mars, a obtenu un succès j'ose dire prodigieux et instantané. Il n'avait jamais pu articuler ni son nom, ni sa profession. Après la section des muscles génio-glosses à leur insertion à la mâchoire, il a dit très franchement et au grand étonnement de tous, les mots : Vincent, boulanger. Sa guérison, complète en huit jours, constate l'un des succès les plus surprenans de nos opérations. Il n'a pas la plus légère hésitation.

Nous comptons aujourd'hui 21 personnes opérées du bégaiement par notre méthode. Toutes ont obtenu sinon une guérison absolue, une amélioration notable. Et en vérité, quand cette amélioration ne serait que le résultat le plus commun et même le seul à attendre, il n'y aurait pas à hésiter à se soumettre à notre mode opératoire qui, de tous ceux qui ont été créés et mis en pratique, est sans contredit le plus expéditif, le moins douloureux, le moins sujet aux accidens, et dont la valeur thérapeutique est peut-être aussi le moins contestable. Tous nos opérés, à l'exception d'une petite fille de douze ans, sont des adultes ; cette petite fille est aussi la seule de son sexe que nous ayons soumise à l'opération du bégaiement.

Que si nous voulons maintenant apprécier les diverses méthodes opératoires,

Nous dirons qu'à M. Dieffenbach revient tout l'honneur de l'invention de l'opération du bégaiement et des trois méthodes dont nous avons donné l'exposé dans le n° du 6 mars de ce Journal. La conception du grand chirurgien de Berlin étonne par sa hardiesse, elle est marquée au coin du génie, et le succès a déjà parlé en sa faveur ; elle consiste, on se le rappelle, à exciser un large triangle charnu vers la base de la langue. Je ne me permets point de juger la grande œuvre de M. Dieffenbach : je laisse ce soin au temps.

Reste une méthode opératoire, distincte de celle de M. Dieffenbach, bien que sortie de la même origine : celle qui consiste dans la section des muscles génio-glosses ; celle-ci se subdivise elle-même en deux autres. La première appartient à MM. Lucas, Velpeau, Amussat, Phillips, et consiste dans la section des muscles génio-glosses. L'autre n'appartient qu'à nous seul, notre priorité est incontestable, à moins qu'il n'existe dans quelque carton de l'Académie un paquet cacheté dont l'ouverture nous apprenne que nous nous sommes trompé. Cette méthode consiste à ne couper que les tendons des muscles génio-glosses, et simultanément dans certains cas ceux des muscles géni-hyoïdiens.

Ainsi donc trois méthodes :

1° Celle de M. Dieffenbach, section transversale de toute la musculature de la base de la langue avec excision partielle ;

2° Celle de MM. Lucas, Velpeau, Amussat, Phillips, consistant à couper dans le corps du muscle génio-glosse.

3° Notre méthode qui consiste à ne couper purement et simplement que les tendons de ces muscles.

Nous avons exposé tous les procédés connus jusqu'à ce jour dans l'ordre chronologique. Je défie que l'on prouve qu'avant le 24 février, notre procédé opératoire ait été publié ou mis en pratique par d'autres que par nous ; c'est donc vainement qu'on voudrait nous ravir ce qui nous appartient. Les faits parlent pour donner un démenti à ces frelons scientifiques qui ont toujours tout pensé et rien écrit.

Si on voulait diviser le corps des muscles génio-glosses, de quel procédé opératoire faudrait-il faire choix ? Ecoutons M. Phillips juger sa méthode qui est à-peu-près celle de MM. Amussat et Velpeau. Voici ce qu'il dit : « Mon opération est dangereuse à exécuter ; on peut très facilement ouvrir les artères ranines, et un accident aussi redoutable que le précédent peut aussi avoir lieu, c'est le renversement de la langue sur la glotte : l'opéré peut ainsi être exposé à périr par asphyxie. Je n'ai, jusqu'à ce jour, eu aucun de ces malheurs à déplorer ; mais il suffit d'en avoir vu la possibilité pour ne pas hésiter à en prévenir les opérateurs.

« L'hémorrhagie qui suit cette opération est de longue durée, et j'ai eu de vives inquiétudes après avoir opéré un jeune homme à Liége. La section des muscles fut faite à onze heures du matin ; à huit heures du soir le sang jaillissait encore comme par la lumière d'une artère ouverte, etc. »

Ces dangers n'existent pas par le procédé de M. Lucas, de Londres, et je n'hésiterais pas à lui donner la préférence sur celui de M. Phillips.

Quant à notre méthode, elle diffère tellement des autres sous le triple rapport de la rapidité, de l'innocuité et de la précision, que nous pensons, sans trop de présomption, pouvoir prédire qu'elle sera conservée par les opérateurs prudens et quelque peu soucieux de la responsabilité qui pèse sur eux. HERBIN, chirurg. militaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 29 mars.

L'Académie des sciences, dans séance du 22 mars dernier, après avoir entendu le rapport et les conclusions de la commission de médecine et de chirurgie, sur les pièces envoyées au concours pour les prix de 1840, a décidé :

1° Qu'un prix de 6000 francs serait accordé à M. Tanquerel des Planches, pour son Traité des maladies saturnines.

2° Qu'une somme de 4000 fr. serait accordée à M. Amussat, à titre d'indemnité et d'encouragement, pour ses recherches sur l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

3° Prix de physiologie adjugé à M. Chossat, pour son mémoire intitulé : Recherches expérimentales sur l'inanition.

4° Mention honorable à M. Lecanu pour ses recherches chimiques sur les urines.

5° Réserver pour le concours de 1841 le mémoire de M. Matteucci sur les phénomènes électriques des animaux.

— Dans la séance d'aujourd'hui, aucune lecture, aucune discussion, n'a eu lieu concernant la médecine.

Température atmosphérique. — La correspondance manuscrite présente un mémoire de M. Robert relatif à différentes observations d'histoire naturelle faites en Abyssinie. On y remarque ce fait extraordinaire que la température atmosphérique s'élève au maximum dans ce pays à 48 degrés Réaumur. On conçoit à peine, a dit M. Arago, comment on peut vivre dans une pareille température. La température la plus élevée dont on eût connaissance avait été observée à la mer Rouge ; celle de l'Abyssinie est beaucoup au-dessus.

Réclamations diverses. — *M. Deleau* réclame sur M. Ducros la priorité du traitement de la surdité à l'aide de la cautérisation pharyngienne. Il y a vingt ans, dit-il, que j'ai mentionné et mis en pratique cette méthode ; on peut d'ailleurs en voir la description dans mon ouvrage sur les maladies de l'oreille. M. Deleau ajoute en terminant qu'il peut faire voir à l'Académie des sujets qu'il a guéris depuis long-temps à l'aide de la cautérisation.

— *M. Bonnet*, de Lyon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville, écrit pour revendiquer en sa faveur la priorité de l'idée concernant la possibilité de guérir la myopie à l'aide de la ténotomie Il demande qu'on ouvre un paquet cacheté qu'il avait adressé à l'Académie en février 1841, dans lequel il avait consigné sa manière de voir à ce sujet.

M. J. Guérin écrit aussi sur la même prétention de priorité, en s'appuyant sur un paquet cacheté du mois de décembre 1840.

L'Académie renvoie ces lettres à une commission, ainsi que la brochure de M. Phillips, imprimée avant ces époques.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivans relatifs à la médecine :

1° Différens journaux de médecine.

2° L'Ami des sourds et muets (journal).

3° Bulletin de la Société anatomique.

4° Traité élémentaire de pharmacie vétérinaire ; par MM. Delafond et Lassaigne, un gros volume in-8° de 626 pag. (1841).

5° Deuxième édition de l'Histoire des embaumemens ; par M. Gannal.

6° Transactions de l'Académie royale d'Irlande (en anglais). Beau volume in-folio, contenant pour la médecine ou sciences accessoires un seul mémoire ; c'est un long travail de M. Robert Konc sur la nature et la constitution des composés de l'ammoniac.

A cinq heures moins un quart l'Académie s'est formée en comité secret.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 1er AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 41, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES INVALIDES. — M. PASQUIER fils.

Tumeur blanche du genou avec suppuration et douleur vive. Application de l'appareil calefacteur du Dr Guyot, comme moyen palliatif. Amputation de la cuisse. Mort au bout de douze heures.

Le nommé Dulon, âgé de vingt-cinq ans, est affecté d'une tumeur blanche du genou gauche, qui est le résultat d'une chute de cheval. Les sangsues, les émolliens, les vésicatoires et les moxas, n'ont pu arrêter la marche de la maladie, qui persiste depuis quatre ans. Les bains de vapeur d'abord, puis les eaux de Baréges, n'ont procuré que des améliorations momentanées, suivies bientôt de recrudescence au moindre exercice donné au membre.

Dulon, réformé par suite de sa maladie, habitait l'hôtel des Invalides depuis deux mois, lorsque des douleurs plus vives que jamais survinrent dans le genou malade d'une manière assez intense, au dire du malade, pour provoquer le délire.

Le 22 janvier dernier, le malade fut admis à l'infirmerie, salle Saint-Louis, service de M. Ribes, où il fut soigné d'une fièvre ataxique qui lui fit courir les plus grands dangers. A peine convalescent de cette maladie, il fut pris de nouveau par les douleurs de son genou malade, qui motivèrent son transport dans le service de chirurgie, ce qui eut lieu le 13 février.

A cette époque le genou, très tuméfié, présentait un volume presque triple, l'articulation était très mobile, contenait dans sa cavité un fluide que l'on présumait être du pus; plusieurs abcès avaient été ouverts à des reprises différentes; les douleurs étaient atroces, l'insomnie complète depuis plusieurs jours, l'agitation extrême. Mais au milieu de ces désordres, l'appétit était assez bien conservé, et les digestions, assurait le malade, s'accomplissaient assez facilement.

On fit sur le champ l'application de l'appareil incubateur, et dès le jour même de cette application, la douleur cessa entièrement. L'appareil était maintenu à une température constante; le thermomètre marquait régulièrement 40 degrés centigrades en bas, sur le plan où reposait le membre, et 36 dans les couches d'air les plus élevées.

Le lendemain, la douleur reparut un peu pour bientôt cesser de nouveau. A partir de ce moment le malade retrouva son calme, et quoique la chaleur de l'appareil le gênât assez pour s'opposer à un sommeil profond, toujours est-il qu'il pouvait sommeiller, disait-il, et jouir d'un repos réparateur qui n'était troublé que par des élancemens qui se faisaient sentir de loin en loin.

On était bien assuré ne pas obtenir par l'emploi de l'appareil caléfacteur une guérison quelconque; les désordres locaux étaient arrivés à un tel degré, qu'il n'était plus permis d'espérer la formation d'une ankylose; d'autre part, la constitution était délabrée. La maladie que Dulong venait d'essuyer avait porté un dernier coup à la santé générale, qui s'était de plus en plus trouvée altérée par les dernières souffrances. C'était donc seulement comme moyen palliatif que la chaleur était employée ici, et l'on espérait en tirer assez de bienfait pour relever le malade au point de le mettre à même de supporter l'amputation du membre, qu'il réclamait de tous ses vœux.

Ce fut vers les premiers jours de mars que l'on crut pouvoir concilier les intérêts du malade avec ceux de la science, et l'amputation fut pratiquée. L'opération fut heureusement exécutée; rien ne vint la compliquer. Bientôt après le malade fut pris de nausées, hoquet, vomissemens; la face devint grippée, le ventre gonflé, douloureux; les urines se supprimèrent; pas de selles; pouls misérable, précipité; état algide de la surface du corps; respiration précipitée; mort au bout de douze heures.

On ne tarda pas à apprendre que depuis quelques jours le malade avait du dévoiement, ce qu'il avait soigneusement caché de crainte que l'on ne différât encore l'opération. A l'autopsie, rien n'a justifié les symptômes de péritonite que l'on avait observés dans les heures qui avaient précédé la mort. Le gros intestin était chroniquement enflammé, mais pas d'ulcérations.

L'examen du membre convertit en certitude les présomptions que l'on avait formées. La tumeur blanche était arrivée à la période de suppuration; la cavité articulaire contenait une quantité notable de pus, et ce fluide infiltrait tous les tissus voisins; les ligamens étaient gonflés, ramollis; la synoviale était fongueuse, les cartilages diarthrodiaux en grande partie détruits, ainsi que les cartilages semi-lunaires.

Ce fait intéresse, d'une part, sous le rapport des effets obtenus par l'emploi de l'appareil caléfacteur; de l'autre, par la manière inattendue dont le malade a succombé.

M. Pasquier, qui n'a jamais cessé de se servir de l'appareil du docteur Guyot depuis son invention, en obtient des résultats très favorables. Rien n'est plus brutal que la vérité, et c'est pour cela peut-être qu'elle a tant de peine à se faire jour. L'application méthodique de la chaleur à certains cas pathologiques, a subi généralement ce sort. Bien accueillie d'abord, appliquée même avec une sorte d'enthousiasme, elle est depuis tombée presque dans l'oubli après avoir été proclamée bonne, et cela sans que l'on sache pourquoi.

M. Pasquier pense que les insuccès que quelques praticiens ont annoncé, doivent être attribués à la mauvaise application que l'on a fait de la méthode. En effet, l'indication la plus importante étant de maintenir toujours à la même température l'air de l'appareil, il en résulte la nécessité d'avoir constamment près du malade un garde intelligent qui veille à cela, chose difficile à obtenir dans les hôpitaux civils, où malheureusement les chefs de service sont à la merci des infirmiers que l'administration leur donne. Mais ce n'est pas tout; aux Invalides, à la suite des amputations, un infirmier est placé près de chaque opéré, qui, continuellement, le jour comme la nuit, appuie légèrement une main sur le moignon, pour en empêcher les soubresauts, les secousses, et assurer son immobilité dans l'appareil. Aussi, les effets de l'appareil caléfacteur ont-ils été constamment favorables : peu ou pas de gonflement inflammatoire et de douleur du moignon; absence presque complète de suppuration, de fièvre traumatique; point de sensation de froid dans le moignon, point de soubresauts ni de phénomènes nerveux; conservation des fonctions digestives à l'état normal, et conséquemment possibilité de faire prendre aux amputés quelques alimens légers dès les premiers jours. Ces résultats sont d'ailleurs ceux annoncés en d'autres temps par plusieurs praticiens.

Employé dans des cas d'affections différentes accompagnées de douleurs vives, l'appareil caléfacteur a ordinairement réussi à calmer ou à faire cesser complètement ces douleurs; on en a un exemple chez Dulon même; et dans ce moment il y a un malade couché au n° 22 de la salle de La Valeur, portant un vaste ulcère à la jambe, dont les bords étaient calleux, et qui occasionnaient des souffrances très vives que rien ne pouvait apaiser, et qui ont cessé par l'application de l'appareil du docteur Guyot. M. Pasquier y a souvent recours avec les mêmes avantages, pour des tumeurs blanches s'accompagnant de douleurs vives, pour d'anciennes blessures, etc.

Quant à la mort qui a suivi avec autant de précipitation l'amputation, elle n'est pas suffisamment expliquée, ce nous semble, par l'inflammation intestinale dont on a reconnu l'existence à l'autopsie. L'ensemble des phénomènes que le malade a présenté, et qui en a pu imposer pour une péritonite sur-aiguë dont l'examen nécropsique n'a pas justifié l'existence, nous paraît pouvoir être rapporté à un trouble du système nerveux, qui n'a laissé aucune trace matérielle appréciable. K...

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Déformation considérable de la taille. Accouchement naturel.

M. le professeur Dubois présente à cette séance une femme récemment accouchée dans les salles de la Clinique, dont la taille, très déformée, pouvait faire craindre la nécessité d'une opération césarienne. Cette femme est heureusement accouchée, et cette terminaison heureuse

---

FEUILLETON.

SUR LE TRAITEMENT DE LA MYOPIE, PAR LA SECTION DU MUSCLE PETIT-OBLIQUE A SON INSERTION A L'ORBITE.

Lettre adressée à l'Académie des sciences, par M. BONNET, *chrirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, le 18 février 1841, une lettre cachetée, dans laquelle je cherchais à démontrer que la myopie peut être la conséquence d'une compression exercée autour de l'œil; que les deux muscles obliques sont les agens principaux de cette compression, et que, pour la faire cesser, il faut couper ces muscles dans un point quelconque de leur longueur; je montrais qu'après avoir choisi l'insertion antérieure du muscle petit-oblique, comme le point sur lequel il était le plus facile d'interrompre la corde à laquelle j'attribuais la compression de l'œil, j'avais pratiqué la section de ce muscle, le 14 février, sur un jeune homme affecté de myopie amaurotique, et que l'amélioration immédiate de la vue avait démontré la justesse des données scientifiques qui m'avaient servi de point de départ. Cependant, bien que des opérations pratiquées sur trois malades affectés de myopie sans aucune complication, m'eussent donné les résultats les plus satisfaisans, j'attendais de nouvelles observations pour livrer à la publicité les recherches dont je prenais date dans ma lettre du 18 février, lorsque j'ai eu connaissance de la note adressée à l'Académie, le 15 mars, par M. Jules Guérin, et dans laquelle cet auteur fait connaître une opération pratiquée dans le but de guérir la myopie sans strabisme, et qui consiste dans la section des muscles droits internes et externes de l'œil. Bien qu'il ne puisse s'élever aucune question de priorité entre nous, puisque les opérations auxquelles nous avons eu recours sont aussi différentes que les idées scientifiques dont elles sont la conséquence, je ne crois pas devoir différer plus long-temps la publication de mes recherches sur les causes de la myopie et sur l'opération entièrement nouvelle que j'ai imaginée pour la guérir.

L'idée de m'occuper du traitement de cette maladie m'a été suggérée par la proposition qu'a faite M. Phillips de couper le grand-oblique pour guérir la myopie, et par l'observation que j'ai souvent vérifiée et qui a été faite par tous ceux qui ont opéré un grand nombre de strabismes, savoir : que la myopie, lorsqu'elle accompagne la déviation de l'œil, guérit par la section des muscles rétractés. Ce changement, que l'état actuel de la science ne permettait pas de prévoir, me conduisit à reconnaître l'influence de la contraction musculaire sur la production de la myopie, et a chercher le rapport qui existait entre l'une et l'autre. Après avoir passé par une série d'idées qu'il serait trop long d'exposer ici, et dans lesquelles je me guidais surtout par les recherches généralement connues sur l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés, je pensai que la condition dans laquelle cet organe est propre à percevoir ces objets, est celle où son diamètre antéro-postérieur est augmenté sous l'influence d'une compression circulaire, celle, en un mot, où il se place dans les conditions d'une lunette de spectacle, dont l'objectif et l'oculaire ont été éloignés et avec laquelle on ne peut distinguer que les corps placés à une faible distance. L'expérience suivante vint confirmer les raisons théoriques sur lesquelles ces opinions étaient fondées :

Je pris l'œil d'un lapin albinos, et, après l'avoir dépouillé de toutes les parties molles qui l'entouraient, je dirigeai sa cornée vers une fenêtre éloignée et, regardant à travers son épaisseur, je vis la fenêtre se peindre sur le fond de l'œil parfaitement nette et renversée, ainsi que l'a constaté M. Magendie, à qui j'ai emprunté l'idée de me servir d'yeux de lapins albinos pour étudier l'action de l'œil sur la lumière. Cependant, si je serrais l'œil tenu entre les doigts, l'image nette auparavant devenait immédiatement confuse et comme recouverte d'un brouillard; elle reprenait sa netteté dès que je cessais la compression, et cette alternative de perception nette et confuse put être produite à volonté par des alternatives de relâchement et de compression.

Après avoir regardé à travers l'œil de lapin albinos des objets éloignés, je cherchai à voir à travers son épaisseur la flamme d'une bougie placée à une distance de quelques centimètres. La compression exercée sur lui n'empêcha pas alors la netteté de l'image, il me parut même qu'elle l'augmentait de telle sorte que la compression circulaire du globe de l'œil reproduisait avec assez de précision les phénomènes de la myopie, savoir : la vision confuse des objets éloignés et la vision distincte des objets rapprochés.

Confirmé par cette expérience dans l'idée qu'une compression exercée autour de l'œil plaçait cet organe dans les conditions où il s'adapte seulement à la vision des objets rapprochés, je cherchais quels étaient les muscles qui pouvaient produire cet effet, et je demeurais convaincu que ce devaient être surtout les deux muscles obliques. Ces deux muscles vont à la rencontre l'un de l'autre et, réunis à la portion de sclérotique qui est placée entre leurs deux extrémités, ils forment une anse musculaire et aponévrotique qui entoure la moitié de l'œil. Ils ne peuvent se contracter simultanément sans comprimer cet organe, en même temps qu'ils le tirent en dedans et en avant. Je m'assurai de la possibilité de cette compression, en mettant à découvert sur le cadavre les deux extrémités de ces muscles et en observant la manière dont ils agissaient sur l'œil, lorsqu'on exerçait des tractions sur leurs fibres musculaires.

Conduit par cet ensemble de raisons à penser que la myopie pouvait être la conséquence d'une compression exercée sur l'œil par les muscles obliques, je songeai à faire cesser cette compression en coupant ces muscles dans une partie quelconque de leur longueur; quelle que fût cette partie, la constriction devait être détruite. Je choisis l'insertion antérieure du muscle petit-oblique, qui n'est entourée d'aucun nerf et d'aucune artère, et que l'on peut diviser si facilement par la méthode sous-cutanée. Il suffit, pour opérer cette section, de faire une piqûre à la partie moyenne de la paupière inférieure : à travers cette piqûre on introduit un ténotome mousse dont on dirige l'extrémité en arrière et en dedans, avec la précaution de lui faire suivre la paroi inférieure de l'orbite; lorsqu'il est arrivé à 3 centimètres de profondeur, on le ramène en avant jusqu'à ce qu'on le sente au-dessous de la peau; il accroche nécessairement alors l'insertion du muscle petit-oblique et la divise complètement, surtout si l'on a soin de diriger son tranchant en bas et au devant du maxillaire supérieur.

Après avoir étudié ce procédé sur le cadavre et m'être assuré de son innocuité par des expériences sur les animaux vivans, bien convaincu de la justesse des connaissances physiques et anatomiques sur lesquels je venais fonder l'opération de la myopie, je pratiquai pour la première fois cette section le 14 février 1841. Dans cette opération, comme dans toutes celles du même genre que j'ai faites depuis, j'ai reconnu que la section du muscle petit-oblique n'est suivie d'aucune espèce d'accidens. Au moment où l'on retire le ténotome, il s'écoule à travers la piqûre une certaine quantité de sang, et celui-ci s'infiltre dans le tissu cellulaire des paupières; le gonflement qui résulte de cette infiltration se dissipe au bout de 24 ou 48 heures, mais ce n'est qu'après une à deux semaines que la teinte bleuâtre que produit l'ecchymose est entièrement dissipée. L'œil reste complètement étranger aux phénomènes qui se passent autour de lui, et tout au plus la conjonctive devient-elle un peu ecchymosée vers le troisième et le quatrième jour, lorsque l'épanchement sanguin s'étend en se résorbant.

de l'accouchement avait été annoncée après un examen même assez superficiel du sujet. Ainsi l'on voit que dans cette déformation le tronc seul et la colonne dorsale ont souffert ; les membres supérieurs et inférieurs présentent un développement qui n'est point en rapport avec la taille de cette femme ; or, cette circonstance seule pouvait faire penser que le bassin était normalement développé. Si la saillie énorme formée en arrière par l'épine dorsale avait occupé la région antérieure des lombes, l'utérus aurait pu en être gêné dans son développement, et encore reste-t-il à déterminer jusqu'à quel point aurait été cette gêne. Chez les personnes dont l'accouchement doit se terminer par l'opération césarienne, on n'observe point ce développement normal des membres, et chez elles aussi le bassin a subi le même arrêt de développement que les extrémités. Le toucher, du reste, vient confirmer le jugement porté d'après le simple examen visuel.

A ce sujet, M. le professeur Dubois raconte qu'il a y deux ans il fut consulté par une femme de quarante ans, récemment mariée, et qui, devenue enceinte quelque temps après son mariage, donnait quelques inquiétudes à sa famille. Cette personne présentait une déformation de la taille très prononcée, et l'on désirait savoir si l'accouchement présentait quelques dangers et les moyens de les prévenir. Le médecin chargé d'accoucher cette dame dit que l'accouchement était impossible naturellement, que l'on devrait par conséquent provoquer l'accouchement prématuré, et encore faudrait-il écraser la tête du fœtus pour que son extraction pût être faite. Les parens de cette dame provoquèrent une consultation qui n'eut pas lieu, l'accoucheur désirant seulement une consultation médico-légale; mais, avant tout, ceux-ci désiraient s'assurer si l'opération proposée par le médecin ordinaire était nécessaire et indispensable, et pour cela ils appelèrent M. Dubois seul.

Au simple aspect de la personne, M. Dubois pensa que l'accouchement serait facile. Du reste, le toucher fit reconnaître la tête profondément engagée dans le bassin (cette dame était arrivée au huitième mois de la grossesse). Cette circonstance écartait toute idée de déformation capable de mettre un obstacle à l'accouchement.

Le terme de la grossesse arrivé, M. Dubois fut de nouveau appelé, à cause de la lenteur du travail. Il existait une petite membrane mince qui s'opposait à la dilatation du col ; celle-ci une fois rompue, la dilatation ne tarda pas à se faire. Cependant, comme le plancher inférieur du bassin présentait une trop grande résistance, l'on se décida à appliquer le forceps.

Ainsi, à part cette dernière circonstance, tout-à-fait étrangère à toutes difformités du bassin, l'accouchement se termina d'une manière naturelle, comme l'avait annoncé M. le professeur Dubois.

Péritonite puerpérale.

Au n° 2 est une femme qui se trouve dans une situation des plus graves, et chez laquelle il ne reste plus aucun espoir de salut. Cette femme a présenté tous les symptômes d'une inflammation péritonéale, dont les suites ont été des plus fâcheuses ; ainsi, l'on peut constater d'une manière très manifeste des indurations abdominales particulières déterminées par l'agglomération des intestins, des collections purulentes assez faciles à apprécier. Depuis quelque temps aussi cette femme éprouve des vomissemens paraissant tenir à une gêne de la circulation de la bile, et qui, à cause de cela, présentent beaucoup de gravité.

Fausse grossesse.

Dans le service est une autre femme qui se croit enceinte, bien qu'elle n'ait pas cessé d'être réglée ; il lui semble même reconnaître les mouvemens de son enfant. Un examen assez superficiel de cette femme a suffi pour démontrer la non-existence d'une grossesse. C'est encore un de ces exemples si communs de ces mouvemens trompeurs qu'éprouvent quelquefois les femmes non enceintes.

Grossesse de cinq mois. Impression morale vive. Avortement.

Au n° 20 est une femme entrée dans des conditions toutes particulières qu'il sera utile d'étudier, car elles ne sont pas sans intérêt. Elle est depuis avant-hier dans les salles de la Clinique : lors de son arrivée, elle se croyait enceinte de cinq mois ; elle éprouvait les douleurs de l'enfantement, et elle accoucha bientôt d'un enfant qui paraissait âgé de cinq mois et demi, par conséquent non viable ; il était cependant plus vivace que les enfans de cet âge. Il a dû mourir ce matin.

Les causes qui ont provoqué cet avortement sont assez curieuses : à la suite d'une violente dispute avec le père de l'enfant, cette femme est entrée dans une très grande colère. Immédiatement elle fut prise d'une perte qui, continuant jusqu'au lendemain, amena des contractions utérines et l'expulsion du produit de la conception. Cette femme n'a point reçu de coups et n'a été heurtée d'aucune façon. Elle attribue à sa colère seule l'accident qui lui est survenu.

C'est une chose hors de doute que la colère ou toute impression morale forte peuvent déterminer un avortement par les modifications qu'elles apportent dans la circulation utéro-placentaire. Ceci paraît étrange tout d'abord : cependant, si l'on veut rapprocher ce fait de certains phénomènes pathologiques, l'on verra que cette assertion est fondée. En effet, tous les jours on voit des modifications notables survenir dans la circulation générale sous l'influence de la même cause, et il est facile d'apprécier cette modification par la coloration de la face. Chez les femmes, toute impression morale un peu vive détermine souvent un écoulement de sang par la vulve, si surtout l'époque menstruelle n'est passée que depuis peu de jours seulement. Enfin, l'on voit des métrorrhagies reparaître après une violente colère chez les femmes atteintes d'affections organiques de l'utérus. En rapprochant ces faits de celui qui précède, il est tout naturel de conclure que c'est aux troubles survenus dans la circulation générale, et par suite dans la circulation utéro-placentaire qu'il faut attribuer la perte et l'avortement qui l'a suivi.

Enfant né d'une mère atteinte de syphilis. Faut-il lui donner une nourrice?

Au n° 24 est une jeune femme accouchée seulement depuis plusieurs jours. A son entrée dans le service, alors qu'elle était enceinte, elle présentait une syphilis constitutionnelle des mieux caractérisée, qu'un traitement mercuriel bien fait avait presque complètement fait disparaître, quand vint la parturition. L'accouchement se fit un peu avant terme (huit mois et demi), et l'enfant, qui du reste était fort et vigoureux, ne présentait aucune trace du mal dont sa mère était atteinte. Le traitement qu'a suivi celle-ci a-t-il pu résoudre chez cet enfant la maladie dont il était atteint, ou bien verra-t-on celle-ci reparaître plus tard ? c'est ce qu'il est impossible de dire.

Mais ici une question se présente. Un enfant naît d'une mère syphilisée sans apporter lui-même aucune trace de syphilis ; il faut pourvoir à son alimentation ; eh bien, peut-on, dans cette circonstance, lui donner une nourrice sans que, plus tard, celle-ci n'ait rien à craindre pour sa santé? Dans le monde, aucune femme ne voudrait se charger d'allaiter cet enfant, à moins que des avantages pécuniaires ne vinssent compenser les chances d'infection qu'elles pourraient courir. Ce préjugé du peuple a-t-il quelque fondement? Suivant bon nombre de pathologistes, non ; car si, plus tard, cet enfant présente des symptômes de syphilis, ce sera une affection constitutionnelle, à n'en pas douter (on ne peut admettre ici qu'il ait pris une vérole primitive en traversant les parties génitales de la mère, puisqu'il n'y avait chez celle-ci aucun vestige de cette maladie dans cette région). Or, d'après les auteurs, ou du moins la plupart d'entre eux, les accidens syphilitiques constitutionnelles ne sont pas transmissibles ; par conséquent, il n'y aurait nul danger pour la nourrice qui se chargerait de cet enfant.

M. Dubois ne partage pas cette opinion ; « et en cela, dit-il, je n'ai point d'idée préconçue. Des faits se sont offerts à mon observation, qui ne me laissent aucun doute à cet égard. J'ai vu des enfans nés de mères atteintes de syphilis constitutionnelle, transmettre cette affection à leur nourrice ; et s'il me reste quelque doute, je ne suis pas assez certain que la nourrice ne sera pas infectée, pour prendre sur moi une semblable responsabilité ; mais les faits me font affirmer qu'il en sera ainsi. » Ainsi, d'après l'opinion du professeur, il convient, dans un semblable cas, de pourvoir à l'alimentation de l'enfant autrement que par le sein d'une nourrice.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE. (Suite.)

Des mouvemens passifs du fœtus dans le sein de la mère.

Ils résultent de la mobilité du fœtus dans le liquide où il est contenu.

Schmith a proposé de donner aux mouvemens actifs et passifs de l'enfant, les noms de mouvemens organiques pour les premiers, et mouvemens mécaniques pour les seconds. M. Stoltz, le traducteur de Schmith, a remplacé cette dénomination par les suivantes : mouvemens propres, mouvemens communiqués. Aucune raison ne motive ce changement ; les mots anciens expriment très bien l'idée qu'on veut attacher à ces mouvemens ; par conséquent, il n'y a aucune nécessité de leur en substituer d'autres.

Les mouvemens passifs s'exécutent naturellement, sans l'intervention de l'action musculaire, et ils peuvent être ressentis soit par la mère, soit par une main étrangère. Des causes diverses y donnent lieu, soit les mouvemens de la mère elle-même, soit des secousses imprimées à l'utérus à travers les parois abdominales, ou bien à travers le vagin.

C'est une chose curieuse que ces mouvemens, qui ne sont point appréciables pour la mère pendant la vie du fœtus, le deviennent aussitôt que celui-ci a cessé de vivre ; à tel point, que cette circonstance a été notée comme un signe de la mort du fœtus dans la cavité utérine. Probablement que pendant la vie une action musculaire particulière, imperceptible, modère ces mouvemens, et fait que le fœtus retombe légèrement sur les parois de la matrice

---

Quant aux résultats curatifs, ils ont varié, comme on le présume aisément, suivant les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Je cherchais avant tout des myopies contractées par l'application des yeux à la vision des objets rapprochés ; car c'était à cette espèce de myopie que me paraissait surtout devoir s'appliquer l'idée que cette maladie dépendait d'une rétraction des obliques qui, d'abord intermittente pour adapter l'œil à la vision des objets rapprochés, avait fini par devenir contigue. Je n'ai trouvé encore qu'une seule occasion d'appliquer ma méthode dans ce cas, et cette occasion m'a été fournie par un étudiant en médecine, M. Louis Rieux, âgé de vingt-deux ans, myope depuis l'âge de quatorze ans, auquel j'ai pratiqué la section des deux muscles petits obliques. Le changement a été immédiat : aussitôt après l'opération, le malade qui, avec ses deux yeux, ne pouvait lire qu'à une distance de 15 centimètres, a pu lire à la distance de 27 centimètres, et le lendemain à celle de 40 ; tandis qu'il ne pouvait reconnaître les personnes, avant l'opération, sans avoir des lunettes (il portait habituellement celles du n° 6, et il pouvait lire avec des lunettes n° 2). Dès le second jour, il les reconnaissait sans lunettes à plus de 20 mètres de distance, et il pouvait lire à sept ou huit pas des chiffres de 5 centimètres de hauteur, qu'il ne distinguait auparavant qu'à la distance de 2 ou 3 pas.

Dans les deux autres cas de myopie simple que j'ai opérés, la maladie avait été remarquée dès la plus tendre enfance ; elle pouvait tenir dès lors à une forme déterminée de l'œil, indépendante de la contraction musculaire. Les résultats, dans ces cas, ont été moins frappans que dans celui que je viens de citer ; ils ont été toutefois très remarquables.

L'un de ces malades, ouvrier en soie, âgé de dix-huit ans, ne fut opéré qu'à l'œil du côté gauche. Immédiatement après l'opération, cet œil, avec lequel il ne pouvait lire qu'à une distance de 13 centimètres, devint presqu'aussi fort que celui du côté droit, avec lequel il pouvait lire jusqu'à une distance de 17 centimètres. Depuis qu'il est sorti de l'hôpital, il travaille sans lunettes ; auparavant il se servait du n° 3, et, ce qui est bien remarquable, tandis qu'à la chandelle il ne pouvait travailler plus de demi-heure à une heure tant sa vue était rapidement fatiguée, aujourd'hui il peut se livrer aux travaux de son état pendant toute la soirée.

L'autre est un négociant, âgé de quarante ans ; il a été opéré aux deux yeux. Le changement n'a pas été immédiat, il s'est fait attendre deux jours, et ne s'est montré que dans la vision des objets éloignés ; mais là, il a été très sensible. Dès le second jour, le malade a du distinguer sans lunettes des enseignes placées à une centaine de pas de son appartement ; et huit jours après son opération, il a pu se promener sans lunettes, distinguer les personnes qu'il rencontrait, éviter tous les obstacles, ce qu'il n'avait pu faire depuis dix-huit ans.

Dans deux autres cas où la myopie était compliquée de symptômes amaurotiques, tels que des éclairs devant les yeux, regard fixe, les résultats ont été nuls. Dans un cas seulement, le premier que j'ai opéré, il y eut une amélioration très sensible, mais qui ne dura que deux jours.

On voit, d'après ces faits, que l'opération n'est jamais nuisible ; qu'elle paraît devoir réussir dans toutes les myopies sans complication, et que dans celles qui sont le résultat d'une fatigue prolongée des yeux, elle permet d'espérer les résultats les plus immédiats et les plus complets.

SUR L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES GÉNIO-GLOSSES.

Je ne terminerai pas cette lettre sans confirmer par mes observations toute l'utilité de la section des muscles génio-glosses, pratiquée dans le but de guérir le bégaiement. J'ai fait cette opération sur cinq malades : les trois premiers ont éprouvé une amélioration remarquable ; les deux derniers, quoiqu'atteints d'un bégaiement porté au plus haut degré, ont été guéris *immédiatement et sans conserver aucune trace de leur infirmité.*

Des résultats aussi complets et aussi prompts font aisément présumer qu'en faisant, comme M. Amussat, la section des muscles génio-glosses, j'ai suivi dans mes opérations une méthode différente de celle de cet auteur. Au lieu de faire comme lui la section des muscles en pénétrant par la bouche, je l'ai pratiquée à travers une piqûre faite au dessous du menton. En agissant ainsi, l'on n'intéresse pas la muqueuse de la bouche ; on évite toute effusion de sang dans cette cavité, et l'on obtient tous les avantages qui sont inhérens aux sections par la méthode sous-cutanée, c'est-à-dire la cicatrisation immédiate de la plaie extérieure, et l'absence de toute inflammation suppurative. Bien plus, on est assuré, et cette certitude ne peut être acquise en exécutant les procédés suivis jusqu'à présent ; on est assuré, dis-je, de couper les muscles génio-glosses en totalité, sans intéresser cependant le génio-hyoïdien, comme je l'ai démontré publiquement par des dissections. Je fais une piqûre sur la ligne moyenne, à 3 ou 4 centimètres en arrière du menton. A travers cette piqûre, j'introduis un ténotome mousse, et je le fais pénétrer de bas en haut et un peu d'arrière en avant ; son tranchant est dirigé contre la mâchoire, et lorsqu'il est arrivé jusqu'au dessous de la muqueuse de la bouche, ce quo je reconnais avec le doigt indicateur gauche introduit dans cette cavité, je cherche à sentir les apophyses géni, et je coupe à droite et à gauche de ces apophyses en portant toujours le tranchant du ténotome contre la mâchoire inférieure, et n'agissant que sur la partie supérieure de la convexité que celle-ci présente en arrière sur la ligne moyenne. C'est à l'aide de cette précaution que l'on ne coupe que l'insertion des muscles génio-glosses, et que l'on évite les géni-hyoïdiens ; car pour que ceux-ci fussent coupés, il faudrait que leurs insertions fussent comprises entre la mâchoire et le tranchant du ténotome, ce qui ne peut avoir lieu, car ces muscles s'insèrent à la partie inférieure de la convexité, et que l'instrument, dirigé comme je l'indique, n'appuie pas sur celle-ci. Je ne retire le ténotome que lorsque le doigt introduit dans la bouche m'a fait reconnaître que son extrémité arrive jusqu'au-dessous de la muqueuse, que le tissu fibreux qui unit cette membrane à la mâchoire est parfaitement coupé sur la ligne moyenne, suivant le conseil de M. Amussat, et que les apophyses géni supérieures ne donnent insertion à aucune fibre musculaire. Dans ce procédé, les génio-glosses étant coupés dans leur portion aponévrotique, on n'intéresse même pas la couche de tissu cellulaire qui est placée sur leurs côtés, les artères sous-linguales sont complètement épargnées. Il ne s'écoule que très peu de sang à travers la plaie faite au menton, et les suites sont si simples que, dès le lendemain au plus tard, les opérés peuvent parler, se lever, et qu'ils éprouvent seulement un peu de gêne dans les mouvemens de la bouche.

Le premier malade qui a été guéri complètement était âgé de quatorze ans ; il bégayait en récitant aussi bien qu'en répondant aux questions qui lui étaient adressées, et son bégaiement était si fort que pour dire une phrase composée de cinq mots, et dont la prononciation exige en général d'une à deux secondes, il ne restait jamais moins de quinze secondes, et qu'il lui en fallait même quelquefois jusqu'à vingt. Son opération fut faite avec toutes les précautions dont j'avais reconnu la nécessité dans des essais nombreux sur le cadavre. Au moment où je retirai l'instrument, il s'écria : « Merci, Monsieur ! » et prononça ces mots avec tant de netteté, que tous les assistans furent frappés d'étonnement ; à l'instant même, il dit plusieurs phrases avec facilité, et dès le lendemain, toute trace de bégaiement avait disparu. Il se promenait dans la salle et entretenait la conversation avec ceux qui venaient le voir. Cet enfant a été opéré en présence de MM. les docteurs Pétrequin, Bouchacourt, Diday, Gromier, des internes

vers lesquelles on le dirige. Quoi qu'il en soit, ces mouvemens, on le comprend aisément, seront plus prononcés dans les premiers mois de la grossesse, et deviendront d'autant moins sensibles que l'on approchera davantage du terme de l'accouchement. Dans le premier cas, ces mouvemens seront mieux sentis, parce que l'enfant est moins volumineux et se trouve placé dans une plus grande quantité de liquide ; dans le second cas, au contraire, l'enfant étant plus développé, et l'eau de l'amnios étant moins abondante, se trouve plus à l'étroit dans la matrice, et par conséquent les mouvemens passifs qu'on pourra lui faire subir seront plus bornés. Il faut ajouter qu'à une époque avancée de la grossesse, ces mouvemens du fœtus deviennent impossibles, parce qu'alors la tête se trouve engagée dans le bassin, et, dans certains cas, comme un peu enclavée.

Appliqués au diagnostic de la grossesse, les mouvemens passifs du fœtus sont un des meilleurs signes invoqués ; ils offrent un degré plus grand de certitude, quoique cependant dans certaines circonstances l'on puisse être sous ce rapport induit en erreur.

On peut reconnaître s'il existe un corps mobile dans la cavité utérine, soit à l'aide du palper abdominal, soit par le toucher à travers le vagin.

Et d'abord, le palper abdominal peut-il éclairer le diagnostic de la grossesse? Sans doute, ce moyen peut être utile dans quelques circonstances ; mais il y aura des cas où la présence de tumeurs dans la cavité abdominale, placées au milieu d'une collection de liquide, pourra en imposer ; ainsi les tumeurs de l'ovaire compliquant une hydropisie ascite. Dans quelques cas douteux, il sera bon d'être prémuni contre de semblables erreurs.

On attache plus d'importance au toucher vaginal. Toutes les fois, dit-on, qu'en soulevant l'utérus à l'aide du doigt on éprouvera au bout de quelques instans la sensation d'un corps qui viendra frapper cette extrémité, on aura alors la certitude que l'on a affaire à une femme enceinte. Ce signe, en effet, résout complètement la question ; cependant, peut-il arriver que des tumeurs abdominales, coïncidant avec une accumulation de liquide dans le ventre, viennent faire saillie dans le bassin, et en imposent pour la présence d'un fœtus? Bien que rien ne puisse justifier une semblable erreur, l'on conçoit néanmoins que des tumeurs de l'ovaire puissent dans ce cas encore susciter quelques doutes ; mais alors on a tant de raisons qui éloignent toute idée de grossesse, qu'il est superflu d'insister davantage sur ce point. Ainsi, à moins qu'on ne l'invoque exclusivement, le ballottement est un signe certain.

Cependant c'est un signe quelquefois difficile à percevoir : ainsi, l'épaisseur et l'état de tension des parois abdominales empêchent que le palper soit pratiqué avec fruit. Pour le toucher vaginal, l'élévation trop grande de l'utérus qui ne peut être atteint ; la position horizontale du fœtus qui, n'occupant pas le segment inférieur de l'utérus, ne peut être soulevé par le doigt ; l'absence ou la quantité peu notable des liquides de l'amnios ; l'insertion du placenta sur le col utérin qui se trouve ainsi interposé entre le doigt et le fœtus ; enfin, l'existence de tumeurs dans le bassin déplaçant l'utérus, sont autant de causes qui, dans certains cas, existant soit seules, soit réunies plusieurs ensemble, peuvent s'opposer à la perception du ballottement par le vagin.

On a dit que de grands battemens d'artères sous le doigt, ressemblant à de petits mouvemens, pouvaient en imposer pour des mouvemens passifs de l'enfant. La sensation de l'utérus lui-même a été citée par des auteurs, peut-être trop minutieux, comme une cause d'erreur.

En résumé, la mobilité du fœtus au milieu de la cavité utérine fournit le moyen d'obtenir, soit à travers les parois abdominales, soit surtout par le vagin, la preuve certaine de la grossesse (à moins qu'il n'existe une tumeur abdominale), pourvu que ce signe soit recherché avec science et intelligence.

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Opération du bégaiement faite par M. Amussat.

Dans les derniers jours du mois de mars, est entré à la Maison de Santé le nommé Eugène-Victor Bourard, âgé de vingt-quatre ans, garçon de salle chez M. Sallé, à Clichy-la-Garenne. Ce jeune homme nous donne les renseignemens suivans : tous ses parens parlent très librement, à l'exception d'un cousin âgé de quarante ans, qui est atteint d'un bégaiement aussi fort que le sien. Bourard éprouve de grandes difficultés à parler depuis son enfance ; il ne bégaie pas en chantant, très peu lorsqu'il est seul, et qu'il n'est pas soumis à une émotion morale vive ; le contraire a lieu lorsqu'il se met en colère et qu'il a bu plus que de coutume. Voici l'état de la langue : un peu déviée à droite, elle ne dépasse pas la lèvre supérieure ; les mouvemens d'abaissement sont assez faciles, comparés aux précédens ; difficultés sur les labiales, *m b p* principalement, et sur quelques linguales. Lorsque la langue se renverse, elle est dirigée obliquement, et la moitié gauche paraît plus courte que la moitié droite ; l'espace compris entre l'insertion du filet à la langue et la face interne de l'os maxillaire inférieur, est beaucoup moins considérable que chez un individu qui ne bégaie pas.

D'après son habitude, M. Amussat pratique l'opération en deux temps : il commence par faire la section des membranes muqueuse et fibreuse à leur attache à la mâchoire, fait parler le malade, et comme il n'y a pas de changement bien appréciable dans la prononciation, il coupe les génio-glosses à l'aide de ciseaux coudés à angle presque droit, dirigés sur le doigt indicateur de la main gauche. Au moyen de deux sections faites de cette manière, les muscles en question sont détachés complètement de l'apophyse géni. Les mots difficiles, comme Bourard....., sont prononcés nettement et sans hésitation ; le malade prétend que sa langue est déliée, sensation qu'éprouvent du reste tous les bègues. Nous devons dire qu'il existe encore un léger tremblottement des lèvres sur tous les mots, phénomène que l'on observe dans la plupart des cas, lorsque le bégaiement a lieu sur les labiales.

En examinant actuellement la cavité buccale, on voit que l'espace compris entre l'insertion du filet à la langue et la mâchoire est plus étendu qu'avant l'opération ; le plancher de la bouche est induré dans les points où les ciseaux ont porté leur action ; il est survenu chez Bourard un écoulement sanguin assez abondant, dont nous nous sommes rendu maître à l'aide de petits morceaux de glace placés sous la langue, pratique que suit maintenant M. Amussat, et dont il n'a qu'à se louer.

Cette observation, qui est très remarquable, peut donner lieu à quelques réflexions qui ne sont pas sans importance. D'abord nous dirons que le procédé de M. Amussat offre des avantages ; car la section des membranes muqueuse et fibreuse peut suffire dans plusieurs cas, puisque sur cinquante-cinq bègues que M. Amussat a déjà opérés, il a obtenu dix-huit fois un succès immédiat si complet qu'il n'a pas cru devoir procéder au second temps. Il devient donc inutile souvent de couper les muscles génio-glosses, ce qui permet de ménager la douleur du malade et d'éviter, en définitive, des accidens qui peuvent survenir. L'hémorrhagie, qui est quelquefois abondante, ne doit pas inspirer de craintes sérieuses, car jusqu'à présent on s'en est rendu maître facilement à l'aide de la glace. Dans les premiers temps, M. Amussat avait recours à de petites éponges imbibées de vinaigre ou d'eau de Rabel ; mais il a bientôt renoncé à ces différens moyens qui ont amené des phénomènes inflammatoires, tandis que rien de semblable ne s'observe avec des morceaux de glace. Nous ne terminerons pas sans dire un mot d'un moyen assez ingénieux dont se sert M. Amussat pour élever la langue et empêcher la cicatrisation de se faire trop vite : il emploie une espèce de coin que les bègues conservent sous leur langue plus ou moins long-temps.

Pour mettre à même de juger toutes les questions qui se rattachent à l'opération du bégaiement, nous allons donner l'indication des documens qui existent sur ce sujet, et qui ont été exposés par M. Amussat dans une de ses dernières conférences chirurgicales. En les comparant aux précédentes communications que contient ce journal, on appréciera les droits et le mérite de chacun.

1° Les premières idées de M. Amussat sur l'analogie qui lui parut exister entre le bégaiement et le strabisme, lui ont été suggérées par les résultats obtenus par la strabotomie. En réfléchissant à la belle induction de Stromeyer et à l'application de Dieffenbach, il s'est tout naturellement demandé s'il n'y aurait pas quelque autre infirmité de la même espèce que le strabisme. M. Amussat s'est arrêté au bégaiement, et il a communiqué ses idées à beaucoup de personnes, et particulièrement à M. Lucien Boyer, Levaillant, Schuster, et aux personnes qui suivent ses conférences chirurgicales.

2° Le 2 janvier de cette année, un jeune homme affecté de strabisme vint chez M. Amussat pour se faire opérer. Après l'opération, il lui présenta sa sœur affectée de bégaiement. M. Amussat examina sa langue, et pensa à la possibilité de tenter une opération pour remédier à cette infirmité. Ce fait pourrait être attesté par plusieurs personnes.

3° En étudiant sur lui-même, les mouvemens de la langue, M. Amussat apprécia l'action des génio-glosses dans l'articulation des sons, et il pensa que la brièveté de ces muscles ou leur contraction exagérée pouvait être la cause du bégaiement.

4° M. Amussat a communiqué ses idées sur le bégaiement à M. Phillips avant que M. Dieffenbach et lui n'eussent rien dit à ce sujet.

5° Plusieurs fois dans ses conférences il agita la question de savoir si on ne pourrait pas faire pour les bègues ce qu'on faisait pour les louches, et avant que personne n'eût rien publié à ce sujet..

6° Les deux ou trois premiers bègues que M. Amussat a examinés avant de pratiquer l'opération ont confirmé ce qu'il avait soupçonné sur l'état de la langue chez les personnes affectées de bégaiement.

7° M. Amussat a revu promptement l'anatomie de la langue, la disposition des muscles génio-glosses principalement.

8° Immédiatement après, il a fait des expériences sur les animaux vivans ; il a pratiqué la section des génio-glosses sur des chevaux et sur des chiens.

9° Le 8 février, M. Phillips a écrit à l'Institut, qu'il avait opéré des bègues avec succès, mais il n'a pas fait connaître l'opération qu'il avait pratiquée et il n'a pas présenté de malade. (Voy. *Gazette des Hôpitaux* du 16 février 1841.)

10° Le 9 février, M. Phillips a écrit à l'Académie de médecine une lettre conçue dans les mêmes termes.

11° Le 15 février 1841, M. Amussat a présenté à l'Académie des sciences, des bègues qu'il avait opérés avec succès et d'autres qu'il se proposait d'opérer. Il a fait connaître le procédé opératoire qu'il avait imaginé. (V. *Gaz. des Hôpitaux* du 20 février.)

12° Le 16 février 1841, M. Phillips a adressé à l'Académie de médecine un paquet cacheté relatif au bégaiement.

13° Le 22 février, M. Amussat a adressé à l'Institut une lettre dans laquelle il racontait les nouvelles opérations de bégaiement qu'il avait pratiquées, et il présenta des bègues opérés et d'autres qu'il se proposait d'opérer. (Voy. *Gazette des Hôpiaux* du 25 février.)

14° Le 23 février, il a communiqué à l'Académie de médecine le résultat de ses opérations, et il a présenté des bègues opérés qui avaient été examinés antérieurement à leur opération. (V. *Gazette des Hôpitaux* du 25 février.)

15° Le 2 mars 1841, une nouvelle commission a été nommée à l'Académie de médecine pour examiner les bègues de M. Amussat, avant et après l'opération.

16° Le 6 mars, M. Baudens a fait publier dans la *Gazette des Hôpitaux* un long article, dans lequel il attribue à M. Dieffenbach le procédé que M. Amussat prétend lui appartenir.

17° Le 8 mars, M. Dieffenbach a envoyé à l'Institut un mémoire sur le bégaiement. Dans ce mémoire, on trouve l'indication du procédé qu'il a employé. (V. *Gaz. Méd.* du 13 mars.)

18° Le 15 mars, M. Amussat a adressé à l'Institut le résumé du mémoire qu'il doit prochainement lire sur l'opération du bégaiement. (V. *Gazette des Hôpitaux* du 18 mars.)

19° Le point de départ de M. Amussat n'est point douteux. Il n'est pas vague, il est fixe. Ce chirurgien est parti de cette idée : déviation ou brièveté de la langue. Tout ce qu'il a dit et écrit sur ce sujet porte l'empreinte d'idées arrêtées sur la cause du bégaiement.

En résumé, deux opérations ont été imaginées en même temps, à Paris et à Berlin, pour remédier au bégaiement.

M. Dieffenbach est parti de l'idée que la difficulté de la prononciation partait du larynx, se communiquait à la langue et que, pour la faire cesser, il fallait faire la section des agens nerveux et musculaires à la partie supérieure de la base de la langue.

M. Amussat, au contraire, est parti de l'idée que la langue était déviée ou trop courte, et il s'est arrêté aux muscles génio-glosses. Dr M.....

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 30 mars.

Intoxication arsenicale. — *M. Orfila* lit une note en réponse à l'argumentation de MM. Flandin et Danger. MM. Flandin et Danger, dit-il, ont présenté des faits qui, s'ils étaient exacts, porteraient atteinte à une partie des travaux que j'ai présentés à l'Académie. Heureusement, il n'en est pas ainsi. Cependant la presse *malveillante et ignorante* (on rit) s'est empressée de donner une grande publicité au travail de MM. Flandin et Danger, avec des commentaires de nature à faire croire que mes travaux sur l'arsenic se trouvent frappés de nullité et d'erreur. L'Académie saura bientôt à quoi s'en tenir par le jugement qu'en porteront les commissaires qu'elle a nommés. Je ne puis accepter, en attendant, l'interprétation que ces messieurs ont voulu donner à l'exécution de mes procédés, quelque flatteuse qu'elle soit pour moi, puisque mes procédés doivent réussir aussi bien entre des mains peu exercées qu'entre les miennes. Je repousse comme erronée l'assertion de l'impossibilité de guérir les animaux chez lesquels l'arsenic a été résorbé ; je démontrerai qu'à l'aide de certains diurétiques je puis expulser le poison par les urines et amener la guérison. (On rit.) Je demande en attendant que l'Académie décide que la commission nommée viendra chez moi d'abord constater ce que j'aurai à lui montrer, car j'avais déjà

---

de notre hopital et d'un grand nombre d'élèves ; il a été vu avant l'opération par tous les médecins de l'Hôtel Dieu de Lyon, et, trois jours après, ces Messieurs ont constaté son entière guérison.

Mon cinquième opéré a été plus remarquable encore : ce malade, âgé de vingt-deux ans, bégayait un peu moins que le précédent ; il ne mettait en général que douze secondes pour prononcer la phrase de cinq mots à laquelle je faisais allusion plus haut, mais il bégayait sur tous les mots, même en récitant des vers, en comptant, en répétant des syllabes isolées. Au moment même où je retirais l'instrument, il s'écria : « Est-ce fini ? » et il prononça plusieurs phrases sans qu'il restât aucune trace de son bégaiement. Bien plus, il sortit de l'hôpital deux heures après son opération, pour montrer à sa famille stupéfaite la guérison d'une infirmité qui faisait son désespoir et l'avait arrêté dans toute sa carrière. Il a été opéré en présence de MM. les docteurs Polinière, Nichet, et des personnes citées plus haut.

Sur les trois premiers bègues que j'ai traités, je n'ai pas obtenu des résultats aussi satisfaisans. L'un, âgé de trente-neuf ans, a été moins amélioré que les deux autres. Ceux-ci, âgés l'un de vingt-un ans et l'autre de vingt-trois ans, ont été débarrassés des trois quarts de leur infirmité. Tandis qu'ils ne pouvaient prononcer quelques mots qu'avec les efforts les plus pénibles, ils peuvent suivre aujourd'hui une conversation avec quelques interruptions seulement qui paraissent dépendre en grande partie des inspirations intempestives qu'ils continuent à faire dans le milieu de certains mots.

D'où vient cette différence entre le résultat de mes premières et de mes dernières opérations ? on ne peut l'attribuer à l'excès du bégaiement, car la difficulté de la prononciation était pour le moins aussi forte chez ceux qui ont été guéris que chez ceux qui ont été améliorés. L'âge des malades ne l'explique que d'une manière insuffisante, l'un des malades guéris ayant à peu près le même âge que deux des malades améliorés. Je désire que l'expérience démontre qu'il faut l'attribuer à la perfection plus grande apportée en dernier lieu dans l'application du procédé opératoire : car s'il en est ainsi, il faudra conclure que l'on possède contre le bégaiement une opération qui, en même temps qu'elle est aussi simple dans son application, aussi innocente dans ses suites que la section du tendon d'Achille, produit des résultats aussi complets et aussi immédiats que l'opération du strabisme.

J'aurai l'honneur d'adresser dans quelque temps à l'Académie la suite de mes observations et le détail des faits que je me suis contenté d'indiquer dans cette lettre. BONNET.

dit depuis long-temps une partie des idées avancées par ces messieurs. (On rit encore.)

La commission que le bureau, ou plutôt le conseil d'administration dont M. Orfila fait partie, a nommée est composée de MM. Chevallier, Pelletier, Bussy, Adelon, Husson, Caventou.

M. Desportes demande que M. Orfila soit adjoint à cette commission comme membre. (On rit.)

Plusieurs voix : Il serait juge et partie ! (On rit encore.)

M. Pelletier propose de renvoyer cette affaire à l'ancienne commission-monstre que M. Orfila fit nommer il y a six mois en violant le réglement, commission qui devait juger M. Orfila, et n'a jamais fait son rapport par des raisons faciles à prévoir.

M. Orfila s'oppose vivement à ce renvoi.

L'Académie décide que les vœux de M. Orfila seront exaucés. (*V.* nos remarques à la fin du compte-rendu.)

Tome IXe des Mémoires de l'Académie. — *M. Bousquet* a la parole au nom du comité de publication pour annoncer que le tome IXe des Mémoires de l'Académie contiendra : 1° Eloge de Tessier, par M. Pariset ; 2° Discours sur l'inauguration de la statue d'A. Paré, par le même ; 3° Travail de M. Bricheteau sur les épidémies de 1839.

Réglemens sur l'exercice de la pharmacie. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Adelon sur les réglemens concernant l'exercice de la pharmacie.

M. Adelon monte à la tribune et parle, sans être beaucoup écouté, pendant près d'une demi-heure ; il a reproduit de mémoire presque la totalité de son rapport, et il a conclu que la discussion devient presque inutile, l'Acacadémie n'a qu'à adopter.

Une foule de réclamations s'élèvent au sujet de ce rapport, lesquelles absorbent presque toute la séance sans amener rien de concluant.

M. Bouillaud veut une réforme générale et non partielle ; il insiste sur la nécessité de revenir aux anciens projets de loi et d'en solliciter la présentation à la chambre. Quant aux points indiqués dans le rapport, il se propose de les discuter en détail. Il déclare en attendant que, dans son opinion, les détails relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ne peuvent être bien jugés que par des tribunaux spéciaux composé de médecins et de pharmaciens.

M. Rochoux demande que la discussion ne soit ouverte qu'après l'impression du rapport dans le Bulletin. Il pense que les propositions absolues de M. Adelon pourraient nuire à la liberté du commerce de la droguerie, de l'épicerie, de l'herboristerie, en faveur des pharmaciens, qui font payer très chèrement leurs services comme on sait. La question est trop grave pour la décider légèrement et avant d'en avoir pris une ample connaissance.

M. Boullay lit une note dans le sens du rapport et en faveur de l'exercice limité par les lois. La liberté invoquée par M. Rochoux n'est bonne, dit-il, qu'autant qu'elle est accompagnée de beaucoup d'ordre ; or, sans lois, pas d'ordre.

M. Renault demandé si la défense du débit des médicamens, mentionnée dans son article, s'étend aux médecins vétérinaires ?

M. Adelon répond que ce sujet sera discuté plus tard.

M. Gerdy déclare ne pas voir clair dans toute cette affaire. Une députation de pharmaciens est allée chez lui, l'informer sur les prétentions et les dissidences qui ont motivé la démarche de M. Bouley auprès de l'Académie. D'après ce qu'il a appris, il y a scission dans le corps des pharmaciens de Paris. La démarche spontanée de l'Académie auprès de l'autorité pourrait manquer son but, le ministre n'ayant demandé aucun avis à l'assemblée. Il pense en conséquence, qu'il est plus convenable d'ajourner la discussion, d'attendre que l'Académie soit mieux instruite et de faire imprimer, en attendant, le rapport.

M. Boullay donne quelques explications peu claires, sur les dissidences signalées par M. Gerdy.

MM. Pelletier et Chevallier parlent dans le sens de MM. Adelon et Bouley.

M. Castel dit beaucoup de choses piquantes contre les charlatans, et propose la création d'une chambre de discipline.

M. Gerdy renouvelle sa proposition d'impression du rapport.

M. Double parle dans le même sens.

M. Londe: Messieurs, si la question était aussi nette que M. Chevallier vient de la poser ; si le débat se passait entre les pharmaciens qu'il a appelés honnêtes, et les pharmaciens qu'il nomme charlatans, nous serions tous d'accord : personne de nous ne veut autoriser le charlatanisme ; personne de nous ne veut de remèdes secrets, de brevets d'invention pour médicamens. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit : le débat existe entre les pharmaciens et les herboristes, droguistes, confiseurs, épiciers, etc. A cet égard, M. Boullay, dans la dernière séance, s'est alarmé de la ruine qui menace la profession de pharmacien. J'avoue d'abord, Messieurs, que je ne partage pas tout à fait les inquiétudes de notre honorable collègue, et qu'assez bon nombre de MM. les pharmaciens me paraît encore jouir d'une *aurea mediocritas* qu'envieraient beaucoup de médecins.

M. Boullay: Oui, des charlatans.

M. Londe: Non, Monsieur, des pharmaciens très honorables. On a enlevé, je le sais, à la pharmacie, le commerce exclusif de l'eau de fleurs d'oranger, des eaux de Cologne et de mélisse, de l'élixir de Garus, de beaucoup d'essences, de teintures et de sirops, des eaux minérales naturelles et artificielles, du soda water, des pastilles de menthe, des graines d'anis et de cachou, des pâtes de guimauve, de jujubes, de nafé, de la pâte de lichen, et même de la fameuse pâte de Regnault que son propriétaire actuel a obtenu de faire débiter en toute boutique et sans acception de dépositaires ; on a enlevé aux pharmaciens les pastilles de Calabre, les différens cosmétiques, l'odontine (les regards se tournent vers M. Pelletier ; (murmures), l'odontine (M. Londe répète une seconde fois), les autres odontalgiques, certains topiques, les sangsues, les poisons eux-mêmes quand ils sont employés dans les arts. Eh bien ! Messieurs, nous devons nous féliciter de ces empiétemens, puisqu'il en résulte pour le consommateur, et surtout pour les malheureux, une énorme diminution dans le prix de tous ces objets. (Interruption.)

Messieurs, continue M. Londe, ce n'est pas quand la raison publique fait justice de tant de monopoles onéreux aux consommateurs, et qu'une sage liberté est invoquée pour le commerce, que vous devez demander au gouvernement des lois restrictives de cette liberté. (Les murmures redoublent de la part de MM. les pharmaciens.)

Messieurs, poursuit M. Londe, la pharmacie est une de ces professions qui puisent dans leur ambiguité même les prétentions les plus oppressives. Si l'on croyait MM. les pharmaciens, tout serait du ressort de leurs officines routinières et monopolisantes. (Violens murmures.) Quand Jean Nicod nous apporta le tabac, ils le réclamèrent sous prétexte que c'était un narcotique ; ils voulurent s'emparer de la vanille, parce qu'elle est un excitant du système nerveux : heureusement la raison a fait justice de ces prétentions.

M. Adelon combat la création d'une chambre de discipline.

Aux voix, aux voix. Bruits interminables. On met aux voix la proposition de l'impression du rapport. Elle est rejetée.

L'heure étant avancée, la discussion sur les articles s'ouvrira à la prochaine séance.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire concernant le mérite des candidats qui se présentent pour une prochaine nomination.

Ce comité s'est prolongé très tard.

Remarques sur la séance de l'Académie. — Nous devons une courte réponse à M. Orfila. Ce chimiste nous accuse de *malveillance* et d'*ignorance*. De malveillance parce que, selon lui, nous avons donné une grande publicité au travail de MM. Flandin et Danger, en y ajoutant des commentaires, etc. Nous avons rempli un devoir en faisant connaître un travail que nous croyons être d'utilité générale. Nos lecteurs savent que nous avons publié avec le même empressement les travaux bons ou mauvais de M. Orfila lui-même. Il n'y a donc là nulle malveillance. Quant aux commentaires, nous n'en avons pas fait ; nous avons dit seulement, comme une conséquence toute naturelle, que le travail de MM. Flandin et Danger frappait de nullité et d'erreur les prétendues découvertes et les expertises récentes de M. Orfila sur l'arsenic. Cette proposition nous la soutenons encore aujourd'hui, parce qu'elle n'est malheureusement que trop vraie.

Vous aviez prétendu en effet : 1° Que le corps de l'homme contenait à l'état normal un composé arsenical ; vous aviez dérobé cette prétendue découverte à M. Couerbe, et vous vous étiez fait un titre à l'immortalité en avançant que vous seul aviez prouvé que ce composé arsenical existait dans les os et non ailleurs. On vous démontre aujourd'hui que vous vous êtes trompé, qu'il n'y a pas d'arsenic normal dans le corps de l'homme. Que pouvez-vous répondre ? Vos mémoires, vos articles sont imprimés, votre erreur est donc ineffaçable. 2° Que le bouillon de nos tables contenait de l'arsenic. M. Raspail vous a déjà démontré que vous vous étiez mépris. Vous avez répondu dans votre pamphlet sur l'affaire de Tulle que vous persistiez dans votre croyance jusqu'à preuve expérimentale contraire. Aujourd'hui, MM. Flandin et Danger ont prouvé le contraire. Que pouvez vous répondre ? Tous vos paquets cachetés et non cachetés et décachetés à loisir ne peuvent pas changer ces faits. Il est donc positivement prouvé que vous avez prononcé l'existence de l'arsenic là où il n'y en avait pas un seul atome, et que vous aviez pris pour arsenicales des taches qui ne l'étaient pas en réalité. Ne vous avions-nous pas dit les premiers, il y a deux ans, que vous étiez dans une fausse voie, et que toutes vos expériences portaient le cachet de la légèreté et de l'absurdité ? Vous vous êtes récrié sur le mot *bêtise*; voyez ce qui vous arrive aujourd hui ! N'est-ce pas déplorable pour la société ? Et vous prenez pour de la malveillance *de pareilles* observations ? on vous l'a déjà dit, un jour arrivera où l'on démontrera que tel individu qui languit dans les fers, n'a d'autre accusation positive qu'un rapport erroné d'expertise légale ! ! ! Nous ne pousserons pas plus loin ces tristes réflexions. Ajoutons seulement qu'il est de toute fausseté que M. Orfila guérisse de l'intoxication arsenicale à l'aide des médicamens qu'il appelle diurétiques : ses expériences à ce sujet sont complètement illusoires, ainsi qu'on le verra prochainement.

Le second reproche est, en vérité, un peu trop dur. Il est loin cependant de nous affliger, en nous rappelant que M. le doyen de l'Ecole a déjà appliqué la même épithète d'*ignorant* à deux hommes haut placés dans la science, MM. Raspail et Giacomini. Les princes de la science auraient-ils seuls le privilége de n'être point taxés d'ignorance, même quand ils font de Tackénius, chimiste du dix-septième siècle, un client d'Hippocrate ?

Leçons de clinique chirurgicale à l'hospice de Bicêtre. — M. Malgaigne, chirurgien de cet hôpital, commencera ses leçons le mercredi 7 avril, et les continuera tous les mercredis à 9 heures du matin.

Un médecin allemand, qui s'est spécialement occupé des maladies nerveuses et mentales, et qui parle différentes langues, désire trouver un emploi de son ressort dans une maison de santé, ou une place de précepteur dans une famille particulière.

S'adresser au bureau du Journal.

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de produits. (Voir *aux Annonces*.)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36[?]

SAMEDI 3 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 42, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

Gravelle. (*V.* le n° du 6 mars.)

Première observation. Un essai de broiement a été tenté chez le petit malade couché au n° 16 de la salle St-Côme, sans aucun résultat. Les grandes difficultés que nous avions rencontrées pour parvenir à constater l'existence du calcul dans la vessie au moyen du cathétérisme nous faisaient déjà présumer que celui-ci devait avoir un petit volume ; cette circonstance nous engagea à donner la préférence à la lithotritie, malgré les graves inconvéniens qu'elle présente chez les enfans trop jeunes. Quelques difficultés que nous dussions éprouver pour saisir le calcul avec l'instrument lithotriteur, il était évident que la nouvelle méthode devait, dans ce cas, l'emporter sur la taille. Un autre motif de préférence, c'était que dans les quinze jours qui avaient précédé l'admission du petit malade dans le service, il avait rendu en urinant sept ou huit petits calculs. Nul doute donc qu'il ne fût ici question d'un cas de gravelle.

La séance infructueuse de lithotritie que nous avons pratiquée jeudi dernier ayant été suivie d'accidens graves, nous devons, avant même d'examiner jusqu'à quel point les tentatives que nous avons prolongées pendant près de dix minutes pour saisir le calcul ont pu contribuer à les occasionner, nous devons, disons-nous, justifier en quelque sorte la détermination que nous avions prise d'employer, dans ce cas d'affection calculeuse, une des deux grandes méthodes de traitement chirurgical qu'elle comporte lorsque le siége du calcul est dans la vessie.

Rappelons d'abord que l'enfant présentait les signes rationnels de la pierre, et que son entrée à la clinique avait même été provoquée par les souffrances qu'occasionnait le calcul qui tendait à s'engager dans le col vésical et dans l'urètre. Nous espérâmes d'abord que les efforts salutaires de la nature vers ce but auraient un résultat heureux, et nous étions d'autant plus autorisés à croire que les choses se passeraient conformément à nos vœux, que plusieurs autres graviers avaient déjà été expulsés avec les urines. Aussi nos premiers soins se bornèrent-ils à quelques moyens palliatifs, qui cependant restèrent sans résultat.

Evidemment, le gravier avait un volume qui ne lui permettait pas facilement de s'engager dans le col de la vessie : dès-lors il devenait urgent de sortir de l'état d'expectation dans lequel nous nous étions tout d'abord renfermés, et nous avions à nous demander s'il était préférable d'employer de suite un procédé chirurgical, ou de chercher encore à obtenir l'expulsion du gravier au moyen d'une médication appropriée. C'est dans cette alternative que nous embrassâmes le premier parti, le second étant long dans son application, difficile d'ailleurs chez les enfans, et fallacieux en outre dans ses résultats.

Le cathétérisme, avons-nous dit, nous avait démontré l'existence du calcul dans la vessie, et nous présumions, nonobstant son petit volume, parvenir à le saisir et à le broyer ensuite. La séance, vous vous en rappelez, se prolongea de cinq à six minutes ; le petit malade fut très indocile, et le calcul, saisi deux fois, deux fois s'échappa d'entre les branches du percuteur. Il nous fallut renoncer à toute tentative ultérieure.

Après la séance, et suivant la coutume, nous prescrivîmes un bain prolongé ; mais le petit malade manifesta une frayeur qui obligea d'y renoncer : il fallut se contenter d'appliquer des cataplasmes sur le bas-ventre.

Dès le lendemain, il survint des douleurs vésicales, qui déterminèrent une application de sangsues au périnée. Le surlendemain, l'état du petit malade était encore aggravé ; la réaction était assez intense, et une seconde application de sangsues fut faite aux fosses iliaques Il y avait de l'agitation, et le malade ne voulut ni cataplasmes ni bain. Permettez-moi, à cet égard, de vous faire une remarque. L'emploi du bain est fréquemment indiqué dans les maladies des enfans, et pourtant on rencontre le plus souvent de grandes difficultés pour y soumettre les petits malades ; ils ont peur de l'eau, ils s'en effraient et croient qu'on veut les noyer : cela tient à la mauvaise habitude dans laquelle on est généralement de ne pas les baigner de bonne heure. Il résulte de cela, que lorsque le besoin impose de les plonger dans un bain, ils ne peuvent en supporter l'impression nouvelle inaccoutumée pour eux ; et non-seulement alors ils se trouvent privés des bienfaits d'un agent thérapeutique aussi efficace, mais la frayeur, la colère qui les animent aggravent même singulièrement leur état. Il est donc de la plus haute importance de soumettre de bonne heure les enfans à l'usage des bains, d'en faire en quelque sorte une habitude chez eux ; sans quoi il est impossible de les y accoutumer tout à coup, quand plus tard le besoin l'exige.

Pour revenir à notre petit malade, nous disons donc qu'il n'a voulu ni bain ni cataplasmes, et qu'il a fallu se borner à l'emploi des sangsues.

Nous devons vous faire remarquer qu'après l'opération il avait eu des vomissemens, circonstance qui nous avait fait craindre un état phlegmasique de la vessie, avec participation du péritoine à l'inflammation ; mais aucune de ces inflammations ne se présentait ici avec ses caractères bien tranchés ; et nous avons dû convenir au moins, que si la phlogose s'était emparée de la vessie et du péritoine, son degré d'intensité était tellement peu prononcé, qu'elle ne se traduisait pas par les symptômes ordinaires qui la caractérisent, et qu'au milieu de l'incertitude qui régnait à cet égard, il restait néanmoins démontré que l'inflammation était peu prononcée, ce qui nous laissait dans une sorte de sécurité.

Mais depuis deux jours, nous avons pu remarquer chez le malade des phénomènes d'un autre ordre, qui, tout en donnant jusqu'à un certain point une autre direction au diagnostic, ne cessent néanmoins pas de présenter beaucoup d'obscurité et d'incertitude. Avec le facies, qui conserve à peu près son expression, son aspect naturel, et qui semble protester contre toute admission d'une cysto-péritonite, on remarque, en outre de l'état fuligineux des dents et de la langue que nous signalerons incidemment, on remarque, disons-nous, une certaine raideur des muscles de la région cervicale postérieure, et par suite un peu de renversement de la tête en arrière, qu'assurément nous n'irons pas jusqu'à la comparer à un premier degré d'opisthotonos ; mais avec cette raideur du cou, il existe, à des intervalles assez rapprochés, de l'agitation accompagnée de contorsions, de gémissemens plaintifs, de cris même, qui témoignent qu'alors le malade est en proie à de vives souffrances. Ce phénomène était trop culminant pour ne pas attirer principalement notre attention ; et la première pensée qu'il a fait naître en nous, c'est que l'état de détresse auquel le petit souffrant était réduit, pouvait bien dépendre, soit de la présence de calculs dans les reins, soit de leur migration plus ou moins pénible de ces organes vers le réservoir urinaire. Ne s'agissait-il pas ici d'une colique néphrétique ? Voilà, en effet, la question vis-à-vis de laquelle nous nous trouvons placés, et dont la solution, eu égard à l'âge et aux conditions actuelles du sujet, se trouvait entourée des plus grandes difficultés. Sur quoi baser, en effet, le diagnostic ? Où étaient les probabilités qu'une semblable manière de voir réunissait en sa faveur ? Quels sont les signes qui peuvent permettre de diagnostiquer chez un très jeune enfant, la colique néphrétique ? La science est encore à faire sur ce point, et nous marchions ici dans un terrain inconnu, dépourvu de toute sorte d'antécédent dogmatique ou fruit de notre observation capable de nous éclairer.

Pourtant cette pensée ne méritait pas de concentrer toute notre attention ; nous avions encore à nous demander si, partant de l'idée que la vessie était phlogosée, les uretères et les reins mêmes, ne seraient pas également enflammés, par suite de l'extension de l'inflammation jusqu'à eux ; ensuite il restait à examiner si la phlogose simple, franche, de ces organes, dépourvue de toute sorte de complication, peut donner lieu à l'ensemble des phénomènes que le malade présentait et présente encore.

Au demeurant, il faut avouer que la plus grande obscurité continue à régner dans ce cas difficile, ce qui, joint à l'impossibilité d'employer les moyens de traitement qui

---

FEUILLETON.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR LA DESSICCATION DU CORDON OMBILICAL ; RÉFUTATION DES OPINIONS DE M. ORFILA ;

Par MM. C. Vittadini et A. Trezzi, professeurs d'obstétrique à Milan.

L'atrophie, la dessiccation et la chute du cordon ombilical constituent trois phénomènes des plus importans parmi ceux de la première période de la vie extra-utérine. Au moment de la naissance, l'enfant présente le cordon frais, ferme, arrondi, d'un blanc violet ; il est plus ou moins volumineux, selon la quantité de gélatine Warthonienne qu'il contient ; ses vaisseaux renferment encore du sang, sont très perméables, et la veine est moins contractile que les artères. L'atrophie (*avvizimento*) commence ordinairement par son sommet et s'étend vers la base ; elle est complète dans l'espace de 24 à 36 heures, rarement plus tard. Le desséchement a lieu avec la même progression, dans l'espace de trois jours. Alors le cordon est de couleur brune au sommet ; dans le reste, d'un blanc-jaunâtre, aplati, semi-transparent, et ressemble à du parchemin. Les vaisseaux ombilicaux sont desséchés, tortueux, imperméables, rapprochés entre eux ; on les voit à travers les membranes desséchées comme des fils noirâtres.

Les auteurs antérieurs à MM. Orfila et Billard, tels que Mahon, Fodéré, les rédacteurs du Dict. des sc. méd. et du Dict. abrégé, n'ont tenu aucun compte de la dessiccation du cordon ombilical comme phénomène propre à éclaircir quelques questions de médecine légale, telles que celle de la vie de l'enfant nouveau-né et de sa durée. Dans ses Leçons de médecine légale (1828, 2e édit.), M. Orfila s'exprime de la manière suivante :

« La dessiccation du cordon est, dit-il, un phénomène vital. Les preuves de ce fait important se tirent : 1° de ce que la portion du cordon qui tient au placenta se flétrit et se pourrit comme un corps inerte, tandis que la portion abdominale de ce cordon offre tous les phénomènes de la dessiccation ; 2° de ce que le cordon cesse de se dessécher aussitôt que la vie s'éteint ; qu'il ne se dessèche pas du tout si l'enfant meurt en naissant, ou bien s'y trouve alors considérablement retardée ; 3° de ce que le cordon ombilical subit sur le cadavre une véritable putréfaction bien différente de la dessiccation normale (3). Ainsi il reste mou et flexible, ses vaisseaux sont assez b aux pour qu'on puisse y faire pénétrer un injection ; il devient d'un blanc-verdâtre ; se fronce à son extrémité, se flétrit, l'épiderme se détache ; enfin il tombe en putrilage du quatrième au cinquième jour. On voit rarement le cordon ombilical d'un enfant mort-né sécher avant le cinquième ou le sixième jour. Ces faits nous seront d'une grande utilité plus tard, lorsque nous aurons à déterminer si l'enfant a vécu, et le temps pendant lequel il a joui de la vie ; en effet, comme le dit M. Billard, lorsqu'on examine un fœtus quelque temps après la naissance, ou lorsqu'on fait l'exhumation, s'il porte encore son cordon, il faut bien observer si celui-ci offre le caractère de la dessiccation normale, c'est-à-dire s'il est roussâtre, aplati, vrillé, et si ses vaisseaux sont oblitérés et desséchés (4) ; ou bien s'il est encore mou ou dans un état de putréfaction analogue à l'état général du cadavre : car, dans le premier cas, l'enfant ne serait pas mort-né, et pourrait avoir vécu un ou deux jours, puisque la dessiccation, qui n'a lieu que pendant la vie, avait déjà commencé ; tandis que, dans l'autre cas, l'enfant pourrait être mort-né ou n'avoir vécu que peu de temps, puisque le cordon ombilical, mollasse et seulement flétri, n'avait point encore éprouvé sa dessiccation normale. Toutes les fois que l'on rencontrera le cordon ombilical desséché, aplati, vrilleux et noirâtre sur le cadavre d'un enfant, celui-ci a dû vivre au moins un jour, cet état du cordon ne pouvant être qu'un état cadavérique. »

Nous avons reproduit en entier ce passage de M. Orfila, afin qu'on comprenne clairement la question que nous voulons traiter. Deux idées opposées entre elles dominent dans cet exposé de M. Orfila : la première, exposée avec netteté et soutenue par une argumentation qui lui donne l'apparence de la vérité, c'est que la dessiccation du cordon ombilical est un phénomène absolument vital, et qu'il faut au moins un jour de vie pour que cela puisse s'accomplir ; la seconde, énoncée en fuyant (*sfuggita*) et sous forme dubitative, comme pour garantir la première du danger d'un démenti, fait supposer possible la dessiccation du cordon chez les enfans mort nés ; mais seulement elle ne pourrait s'accomplir en moins de cinq ou six jours. Faisons remarquer en outre que le même auteur dit : « Que, même pendant la vie, il peut se passer cinq jours avant que la dessiccation ne soit complète ; tandis que dans d'autres circonstances, elle n'est à son maximum que vers le cinquième jour. (Leç. IV.) » M. Orfila veut ensuite que la dessiccation arrivée chez les enfans mort-nés n'offre pas les mêmes caractères que la dessiccation présumée vitale ; mais il n'indique pas en quoi consiste cette différence, ni dans ce chapitre, ni ailleurs. C'était pourtant là chose très importante. Or donc, si la dessiccation peut aussi arriver après la mort, dans un espace de temps où la putréfaction, qui ne se manifeste que très tard chez les nouveau-nés, ainsi que Fodéré l'avait remarqué, n'est pas encore déclarée ; quel jugement peut-on porter si on ne connaît pas les caractères distinctifs des deux dessiccations, alors qu'on ignore l'époque de la naissance de l'enfant, dans une affaire judiciaire ? L'enfant est frais, et son cordon est sec : ou bien le corps en état de putréfaction avancée ; et le cordon sec. Que direz-vous ?

Enfin, la dessiccation est ou non un phénomène vital. Le plus scrupuleux examen de l'écrit de M. Orfila ne conduit pas à la solution du problème. On peut en dire autant de ce qu'a écrit Billard, dans son Traité des maladies des enfans (trad. ital., 1830, p. 13), pour prouver l'absolue nécessité de l'influence vitale dans la dessiccation du cordon. Cet auteur a établi les propositions suivantes : 1° que la dessiccation du cordon ombilical ne peut arriver que pendant la vie ; 2° que, du moment de la mort, cette dessiccation est suspendue ou considérablement ralentie ; 3° que si le cordon est frais ou dans un état de dessiccation commençante, l'enfant peut être mort-né ou n'avoir vécu que peu de temps ; 4° que si le cordon a déjà subi un commencement de dessiccation ou une dessiccation complète, l'enfant a pu vivre au moins un jour.

Ces assertions de MM. Orfila et Billard ont été adoptées sans contrôle par MM. Briand et Bresson, dans leur Manuel de Médecine légale. Le docteur Devergie, cependant (Méd. lég., t. I, pag. 197. Bruxelles, 1837.) après avoir reproduit les idées d'Orfila et de Billard, fait quelques remarques sur la valeur de ce phénomène présumé vital, et paraît ne pas y attacher toute la confiance de ces auteurs. Son incertitude est basée sur un cas qu'il a observé de dessiccation sur un enfant du sexe féminin, mort-né, avec tous les caractères attribués exclusivement à l'influence vitale.

Nous ne sachons pas que des recherches aient été faites pour contrôler les assertions de M. Orfila. Son argumentation cependant était trop faible pour ne pas tomber devant la réflexion. Nous allons voir que ses allégations elles-mêmes tombent devant l'expérience.

L'un de nous, M. Trezzi, a recueilli, en 1834, les deux faits

paraissent les mieux indiqués, donne on ne peut plus de gravité à cette affection. Il n'est que trop probable, malheureusement, qu'elle se terminera prochainement par la mort.

Si nos présomptions, concernant le diagnostic, se réalisent, il restera démontré que le malade aura plutôt succombé par suite de son affection calculeuse que par suite de l'opération que nous avons pratiquée et dont l'opportunité était incontestable, ainsi que nous croyons vous l'avoir démontré.

Deuxième observation. *Calcul vésical engagé dans l'urètre. Opération de la boutonnière. Etat adynamique. Angine gangréneuse. Mort.*

Que de nombreux enseignemens renferme l'histoire du malheureux malade qui était couché au n° 30 de la salle St-Côme. Depuis le temps que nous vous entretenons de lui, nous vous rappellerons à peine qu'entré dans ce service, présentant les symptômes rationnels de la pierre, et le cathétérisme n'ayant pas, pendant long-temps, confirmé l'existence de cette dernière, il fut considéré, durant plusieurs mois, comme atteint d'une affection spasmodique de la vessie, et traité en conséquence.

Mais la nature vint démontrer un jour que l'art était en défaut, lorsque tout à coup le malade eut une rétention d'urine qui, assurément ne dépendait ni d'une coarctation urétrale, ni d'un état pathologique soit de la prostate, soit du col vésical. Nul doute que la pierre, que l'on avait vainement cherchée jusqu'alors, ne fût la cause de ce phénomène insolite. Le cathétérisme ne tarda pas à confirmer cette matière de voir, en démontrant qu'un petit calcul tendait à s'engager dans le col de la vessie, dans la cavité de laquelle il fut repoussé.

Quelle que fût la cause qui, jusqu'alors, avait caché l'origne véritable des accidens éprouvés par le malade et que nous croyons devoir faire résider dans l'adhérence du calcul à un point de la surface intérieure de la vessie à la proximité du col de l'organe, il n'en est pas moins vrai que du moment où la rétention d'urine eut lieu, l'aspect des choses se trouva entièrement changé, et que nous nous trouvions en présence d'un calcul vésical qui méritait toute notre attention, assez peu volumineux du reste pour trouver une issue spontanée par les voies naturelles de l'urine. Quelque confiance que nous eussions dans les procédés de la lithotritie, puisque le sujet, âgé de treize ans était fort pour son âge et très docile en outre, nous n'étions cependant pas assez rassuré contre leur innocuité pour ne pas tenter d'obtenir le résultat désiré par les seuls efforts de la nature.

Sans doute, nous nous trouvions ici dans une pénible alternative; il est au moins permis de douter encore qu'il soit préférable d'obtenir par l'intervention de l'art la sortie des petits calculs, ou de faire qu'elle soit spontanée, se bornant, à cet égard, à l'usage de quelques boissons qu'indique une bonne thérapeutique. Ce point ne nous paraît pas avoir encore reçu une solution satisfaisante, non que les faits manquent dans la science, mais parce que, du rapprochement d'un nombre suffisant, on n'en a pas tiré des déductions seules capables de servir de base à une doctrine probante. Au demeurant, on ne pouvait, sous aucun prétexte, donner accès, dans ce cas, à l'opinion qui aurait tenté de faire adopter la cystotomie, et, d'autre part, rien n'indiquait qu'il fût urgent de recourir au broiement. D'autre part, la lithotritie urétrale étant moins dangereuse que la vésicale, quoique plus douloureuse, elle restait toujours comme dernière ressource. Donc, la pratique la plus sûre, celle qui paraissait devoir faire courir le moins de danger au malade, et qui, par cela même, était la préférable, consistait à temporiser dans l'espoir de voir le petit calcul s'engager dans l'urètre; car, après tout, dans le cas même où la lithotritie urétrale eût été insuffisante, l'opération de la boutonnière, toujours beaucoup moins grave que la cystotomie et que la lithotritie, assurait la sortie du calcul.

Ce serait nous exposer à des répétitions que de rappeler ce qui est arrivé depuis chez le malade. Il nous suffira de dire qu'il fallut en venir à l'opération de la boutonnière peut-être d'une manière trop hâtive; ce qui ne nous permet pas de croire cependant que l'état future du sujet se soit trouvé de beaucoup aggravé pour cela. Quoi qu'il en soit, un état œdémateux s'empara bientôt du fourreau de la verge, sorte d'infiltration séreuse plutôt qu'urineuse, qui détermina cependant la formation d'un paraphymosis, auquel nous avions en grande partie remédié par les moyens chirurgicaux employés en pareil cas.

Cependant, la disparition de l'œdème ne s'opérait pas, quoique nous fissions, et l'état général du malade, qui, jusqu'alors s'était conservé bon, présenta un changement notable. Il y eut de l'affaissement, et sinon de la prostration, du moins une condition adynamique assez prononcée. Alors il y eut un mal de gorge avec apyrexie, lequel, mis en regard avec l'état général du sujet, nous sembla d'un présage d'autant plus sinistre, que depuis plusieurs mois, les maux de gorge prenaient un caractère très grave chez les malades de l'hôpital. La bouche fut examinée, et déjà les amygdales étaient recouvertes de productions couenneuses. Nous nous hâtâmes de cautériser; mais, nonobstant cela, les amygdales continuèrent à saigner, et nous ne pûmes arrêter la marche des fausses membranes vers les fosses gutturales et le larynx.

Avec les progrès de l'angine, l'état adynamique devenait de plus en plus prononcé. Hier matin le petit malade s'est tout à fait affaissé et a succombé sans avoir présenté des symptômes de suffocation assez évidens pour autoriser de recourir à la trachéotomie.

La tendance à l'adynamie dans le cours des affections des voies urinaires chez les adultes, est un phénomène bien connu des praticiens, mais qui n'admet, quant à présent, aucune explication plausible. Ce même phénomène se rencontre également chez les enfans, quoique chez eux il soit peut-être plus rare. Voilà le second cas que nous avons occasion d'observer depuis près d'un mois dans le service. L'autre malade, il vous en souvient, est celui qui avait une lésion traumatique de l'urètre, et qui succomba à une angine membraneuse. Sans doute l'étiologie de cette dernière affection est entourée de la plus grande obscurité; cependant, en procédant à l'étude des conditions au milieu desquelles elle se développe, nous sommes presqu'obligés d'admettre que, dans le service au moins, l'état adynamique auquel nous venons de faire allusion en fait partie, et n'est pas une des moins influentes. En général, rien ne dispose autant à la gangrène que l'état adynamique, et celui-ci, qui se rattachait lui-même à l'affection des voies urinaires dans le cas que nous venons de citer, a provoqué à son tour l'explosion de l'angine membraneuse.

L'autopsie a démontré les caractères ordinaires de l'angine membraneuse, et de plus un état ecchymosique des tissus sous-muqueux; quelques fausses membranes d'un rouge noirâtre se prolongeaient dans le larynx. L'aspect particulier de ces productions pseudo-membraneuses leur donnait quelque ressemblance avec une nappe de sang coagulé.

La vessie, qui n'était pas enflammée, présentait un point ecchymosé à la paroi postérieure, qui apparemment s'était trouvé en contact avec la sonde que l'on avait introduite d'abord pour obtenir la guérison de la boutonnière. On ne remarquait à la surface intérieure aucun point qui aurait pu faire croire que c'était là que le calcul était adhérent.

Le premier des deux malades a succombé quarante-huit heures après la leçon faite par M. Guersant, et que nous avons essayé de résumer. On avait depuis remarqué principalement que les contorsions, les mouvemens, les cris plaintifs, et tous les signes, en un mot, capables de traduire une souffrance aiguë, avaient augmenté jusqu'au moment de la mort. Une pression légère exercée aux régions rénales, paraissait exacerber l'état du malade.

A l'autopsie, on a trouvé le rein droit ramolli, de sorte que sur quelques points il ressemble au tissu encéphaloïde. Les calices et le bassinet contiennent un liquide qui tient du sable en suspension. Le rein gauche est sain.

La vessie est hypertrophiée. Au pourtour de l'orifice du col de l'organe, existe une couche de phosphate calcaire, véritable incrustation, qui tient assez solidement aux parois de l'organe. La cavité de la vessie renferme un petit calcul de la grosseur d'un pepin de melon. L'urètre était sain.

Dans la cloison recto-vésicale est du pus épanché qui, de là, s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, et avoisine presque partout la vessie; d'autre part, le pus remonte jusqu'à la fosse iliaque droite.

Les fausses membranes existent également à l'extérieur de la vessie et sur les parois des foyers purulens.

Dans la cavité péritonéale on ne remarque pas de pus, mais des fausses membranes réunissent entr'elles les dernières anses intestinales, qui sont injectées.

Selon M. Guersant, le point de départ de tous ces désordres serait l'inflammation du tissu cellulaire du bassin, son extension au péritoine et à quelques points de l'intestin et sa funeste terminaison par suppuration. Du reste, la vessie était très hypertrophiée, comme chez les vieillards qui portent un calcul depuis long-temps; mais elle n'était pas enflammée, excepté sur les points les plus saillans de ces replis. Cet état, ainsi que celui du rein droit, préexistait évidemment à la séance de lithotritie, et il est à présumer que les lésions, surtout celles de ce dernier organe, eussent, tôt ou tard, entraîné la mort. K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Hémorrhagie cérébrale. Mort. Autopsie.

Ce n'est assurément pas chose rare qu'une hémorrhagie cérébrale; et, malgré l'importance que peut avoir en soi le cas que nous publions aujourd'hui, peut-être eussions nous négligé de rapporter une observation isolée de cette manière, si ce n'eût point été pour nous une occasion de rendre encore une fois justice à l'exactitude, à la précision à laquelle M. Bouillaud a ramené le diagnostic depuis quelques années. Viennent maintenant ceux qui nient la possibilité d'établir un diagnostic certain, ces médecins parmi lesquels on en rencontre qui ne rougissent pas de

---

suivans à la clinique obstétricale de Pavie, dont il est médecin-suppléant :

Premier fait. Le 8 août 1834, une femme, mère de plusieurs enfans, est accouchée péniblement, après cinq jours d'un écoulement anticipé des eaux, d'un gros enfant mâle qui est venu par les fesses et dans un état d'asphyxie grave. Les artères ombilicales ont présenté des pulsaations pendant quelque temps, mais les moyens employés pour l'appeler à la vie ont été infructueux. Le cadavre a été conservé pour être disséqué. Quelques circonstances l'ont fait oublier jusqu'au 14, jour où le docteur Ciniselli a été invité à assister à l'autopsie. Le cadavre était encore très frais, ses chaires étaient anssi solides et résistantes que s'il fût né depuis peu; on examina attentivement le cordon ombilical, et on l'a trouvé desséché, aplati, légèrement contourné, brunâtre; ses vaisseaux étaient oblitérés, filiformes, noirâtres; la peau de la base était ratatinée et rosée. On l'a comparé à d'autres cordons, mais on n'a pu découvrir aucune différence avec ceux des enfans nouveau-nés, vivans, qui étaient dans l'établissement. Il est bon de faire remarquer que la chambre dans laquelle le petit cadavre avait été conservé, était humide, basse, placée au midi, et que la température de ces jours-là s'était maintenue entre 20 et 23 degrés Réaumur, l'état moyen hygrométrique à 53 degrés, et la pression moyenne à 27 pouces 9 dixièmes.

Dans cette observation on a donc eu une dessication du cordon comme si l'enfant eût vécu, et le cadavre dans un état à faire méprendre sur l'époque de la mort, puisque si cette époque avait été inconnue on aurait pu la supposer récente. Mais combien de temps le cordon avait employé pour subir la dessiccation? C'est ce que nous ne pouvous dire (1).

Deuxième fait. Le 1er octobre 1834, une femme robuste, primipare, dont les parties génitales étaient très résistantes, est accouchée avec beaucoup de difficulté d'un enfant mâle, très volumineux, qui est venu par les pieds. La compression du cordon, et le long séjour de la tête dans le pelvis, déterminèrent une grave asphyxie, que rien n'a pu dissiper, pas même l'insufflation avec le tube de Chaussier. Le petit cadavre a été conservé dans l'endroit indiqué. Au bout de trente heures le cordon était complètement desséché et offrait tous les caractères de la dessiccation dite vitale. Cet état a été vérifié par le professeur Lovati et par les docteurs Novati et L. Ciniselli. La température moyenne ces jours-là était de 14 degrés Réaumur. Le 7 octobre au soir s'est déclarée une tache livide à la paupière gauche, laquelle s'est étendue graduellement à la tête, au cou, à la poitrine, à l'abdomen. Le 9, le volume de la tête, du tronc est énorme; les parties livides sont crépitantes, l'épiderme détaché dans tous les points, et, chose remarquable, au milieu de cette putréfaction avancée, le cordon ombilical est resté très dur, sec, inaltéré, et les extrémités paraissaient appartenir à un enfant né depuis peu. Par la dissection on a trouvé putréfiés le cerveau et les viscères du bas-ventre; les intestins distendus par des gaz qui se voyaient aussi infitrés entre les membranes sous forme de bulles. Les poumons sont en bon état, surtout le gauche, qui est d'une couleur rouge-hépatique, et ne remplit pas toute la cavité thoracique correspondante; le droit est de couleur rosée et offre des bulles d'air sous la plèvre; ils surnagent tous les deux dans l'eau, soit en totalité, soit en morceaux.

Voilà donc un cas de dessiccation arrivée sur un enfant mort-né, dans une période plus courte que celle établie par le docteur Orfila pour la dessiccation durant la vie; et cet état s'est maintenu au milieu de la putréfaction la plus avancée du cadavre.

Une autre circonstance digne de remarque dans ce fait, c'est que l'insufflation a permis aux poumons de surnager dans l'eau. Supposons maintenant que le cadavre de cet enfant fût présenté au docteur Orfila, dans une affaire judiciaire, à l'époque où il a été disséqué, sans renseignemens certains sur le commémoratif: quel eût été son jugement? Il est vrai, qu'à part la dessiccation du cordon, la distension irrégulière du poumon, la couleur rouge hépatique du poumon gauche, les bulles d'air sous la plèvre auraient pu faire naître le soupçon de l'insufflation; mais ce dernier phénomène peut aussi être attribué à la putréfaction. Nous n'hésitons pas à affirmer que l'état de dessiccation du cordon aurait entraîné M. Orfila dans une erreur déplorable.

Expériences. En 1839, le docteur Vittadini, chef interne à la Maternité de Milan, entreprit des expériences sur ce sujet, conjointement avec le docteur Trezzi. Ses recherches ont porté sur dix-sept enfans, dont dix mort-nés, dans l'Institut obstétrical, et deux déjà putréfiés, et sept autres reçus du dehors, dont deux putréfiés, deux avec des signes de mort arrivée durant le travail, trois morts aussitôt reçus et ayant le cordon déjà desséché.

Les cadavres ont été conservés sans aucune précaution spéciale; ils ont été souvent à côté d'enfans morts par maladie, sur des tables en bois ou sur le terrain nu, dans une chambre spacieuse, bien aérée, et échauffée par un poële en hiver. La dessiccation complète du cordon ombilical s'est vérifiée dans tous les cas, avec tous les caractères propres à la dessiccation dite vitale, si l'on en excepte une teinte plus obscure sur les enfans nés dans un état de putréfaction; de sorte qu'il n'a pas été possible de suivre la marche de la décomposition putride du cordon ombilical, et par conséquent de constater les prétendus phénomènes décrits par le docteur Orfila. Pourtant nous n'avons rien épargné pour favoriser cette putréfaction: nous avions laissé, dans ce but, de longues portions de cordon, surtout chez les enfans nés putréfiés, afin que leurs liquides s'évaporassent plus difficilement; nous avons aussi laissé les cadavres long-temps à la putréfaction, jusqu'à ce que tout le corps fût décomposé et qu'il ne nous fût permis de les garder sans danger.

Nous devons ajouter que la dessiccation ne s'est pas accomplie chez tous dans la même période différentes circonstances ayant concouru à l'accélérer où la retarder. Lorsque l'atmosphère était sèche et venteuse, que le cordon avait été coupé court, et qu'il ne contenait que peu de gélatine Warthonienne, et que son dessèchement avait commencé durant la vie, le phénomène de la dessiccation s'accomplissait en 24 ou 30 heures. Pendant l'hiver, au contraire, et les temps humides, lorsque le cordon laissé adhérent au ventre était long de plusieurs pouces, qu'il contenait beaucoup de gélatine, que le fœtus était en putréfaction en sortant de l'utérus, la dessiccation n'était complète qu'après le troisième ou quatrième jour. Dans quelques cas, la dessiccation a été accélérée en enveloppant le cordon dans un morceau de linge sec ou de papier, comme on le fait durant la vie. Chez un des enfans sur lesquels ont porté nos observations, enfant né mort à la clinique par la difficulté du travail, nous avions laissé six pouces du cordon que nous avons passé sous le dos du cadavre, couché à nu sur le sol, de manière que l'extrémité libre correspondait au côté opposé. En quatre jours, toute la portion du cordon exposée à l'air s'est desséchée, tandis que celle qui est restée sous le tronc du fœtus s'est conservée aplatie, molle, de couleur blanc-roussâtre. Le cadavre a été tenu à l'air jusqu'à ce que s'étant couvert de larves, sa peau, putréfiée au plus haut degré, s'est détachée par grands lambeaux. Néanmoins les portions indurées du cordon ne subirent aucun changement, et la portion restée molle n'a présenté aucun des signes de décomposition in-

(1) Il est à regretter que les auteurs n'aient pas noté combien d'heures les artères ombilicales ont continué à donner des pulsations après la naissance. (*N. du Trad.*)

dire tout haut, par exemple (et ceci est autenhtique), « que l'auscultation et la percussion sont du charlatanisme. » Ne sera-t-on pas en droit de leur dire, en modifiant légèrement une phrase d'un homme célèbre (1) : si les symptômes vous paraissent toujours muets, c'est que vous ignorez l'art de les observer d'abord, puis de les interpréter. »

Salle Sainte-Madeleine, 1. Madeleine Chevalier, âgée de soixante-neuf ans, dévideuse, rue des Boucheries, 26, née dans le département de la Drôme, entrée à la Charité le 22 mars 1841.

Cette femme, d'une constitution autrefois forte, mais détériorée par l'âge, est tombée sans connaissance dans sa chambre, le 22 mars vers midi. Appelé près d'elle au moment de l'accident, je lui pratiquai une saignée de deux palettes et demie environ, lui fis appliquer douze sangsues aux apophyses mastoïdes, et placer des sinapismes autour des pieds et des malléoles. Deux heures après, aucun changement n'étant survenu dans l'état de la malade, je la fis transporter à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bouillaud, où l'on constata l'état suivant à la visite du soir.

Maigreur générale, visage pâle; les yeux sont fermés, les deux pupilles sans dilatation notable, sensibles à la lumière; la pupille droite, un peu moins contractile cependant que la gauche; la commissure droite de la bouche légèrement abaissée; les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre, de telle sorte qu'il est impossible d'apercevoir la langue. Les efforts que l'on fait pour lui faire desserrer les dents, arrachent à la malade quelques gémissemens plaintifs. Aussitôt qu'on cesse de la tourmenter, elle rentre dans un état de calme profond. De temps en temps elle imprime des mouvemens au membre supérieur gauche, qui a conservé sa sensibilité, ainsi que le membre inférieur du même côté. Les membres supérieur et inférieur du côté droit sont, au contraire, tout à fait insensibles et dans un état de résolution complète. Chaleur de la peau normale; les extrémités sont cependant un peu froides. Pouls à 80, assez développé, un peu dur. Bruits du cœur bien frappés, sans souffle. Respiration calme, à 20 par minute, non stertoreuse. Pas de selles depuis l'entrée.

Les personnes qui ont amené la malade ont déclaré qu'elle avait déjà eu, il y a quelques années, deux attaques de ce genre, mais qui n'ont duré que quelques heures chacune. Synapismes aux pieds.

23 mars. La malade ne peut parler ce matin. La bouche est tirée d'une manière évidente à gauche; les mâchoires fortement serrées; on peut à peine faire entr'ouvrir la bouche en empêchant la malade de respirer par le nez; les membres droits dans un état de résolution complet. Les deux pupilles sont égales, sans resserrement ni dilatation anormale. La malade paraît comprendre ce qu'on lui dit, mais ne répond que par des murmures. Bien qu'elle puisse faire mouvoir son bras gauche, ce membre a perdu considérablement de sa force. Les muscles du côté gauche de la face se contractent, tandis que ceux du côté droit restent tout à fait immobiles. La sensibilité du membre inférieur gauche mieux conservée que celle du côté droit. La langue, que l'on ne peut voir que lorsque l'on fait de force écarter les mâchoires à la malade, est rouge, humide; chaleur un peu plus forte qu'à l'état normal. Pouls à 84, régulier, développé; les bruits du cœur et la respiration ne présentent rien de bien notable. Décubitus dorsal, immobile. Les urines ont été rendues dans le lit. Pas de selles.

(1) Si les cadavres nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger. (BROUSSAIS.)

Diagnostic. Epanchement hémorrhagique dans l'hémisphère gauche du cerveau, occupant une grande étendue. Ces très grave. Saignée de 3 palettes; 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; vésicatoires aux mollets; sol. sir. gom.; diète.

24 mars. Toujours à peu près même état. La malade paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, mais ne peut y répondre que d'une manière inintelligible. Les yeux sont ouverts. Le membre supérieur droit a recouvré un peu de sa sensibilité. Les membres inférieurs sont également plus sensibles. Les mâchoires toujours serrées. Pas de selles. Pouls à 96, peu développé. Caillot de la saignée de médiocre consistance, sans couenne. Deux vésicatoires aux cuisses; sol. sir. gom.; 3 pal.; pot. gom.; calomel, 0,30; diète.

25 mars. Même état que la veille. La malade répond par instans, mais faiblement, et dit se trouver mieux. Pouls à 100-104, résistant.

26 mars. La paralysie du côté droit se dessine de plus en plus nettement, tandis que le côté gauche se dégage. L'œil droit est fermé, le gauche ouvert. Les deux membres supérieurs présentent une température absolument la même (35° cent.). Les mâchoires un peu moins serrées. Les battemens du cœur forts et réguliers; pouls à 100. Les bruits du cœur forts, sans souffle. La malade urine sous elle. La vessie n'est pas distendue. La bouche exhale une odeur fétide, comme gangréneuse.

27 mars. Peu de changement depuis hier. Plaintes inarticulées. Une selle. La respiration est embarrassée, bruyante, accélérée; pouls petit, à 116-120; peau chaude. La malade ne répond aux questions que par un murmure confus, incompréhensible. Les deux pupilles égales. Les deux yeux sont ouverts; la bouche fortement déviée à gauche. La malade paraît comprendre les questions, mais n'y répond pas.

M. Bouillaud fait ajouter au diagnostic: « Travail inflammatoire dans la pulpe et les membranes autour du foyer. »

La malade a succombé la nuit suivante.

Autopsie cadavérique, 30 heures après la mort.

Il s'écoule une assez grande quantité de sérosité en enlevant le cerveau du crâne. Le cerveau est généralement humide de sérosité. Les membranes sont injectées. Les artères de la base du cerveau et leurs ramifications sont parsemées d'incrustations calcaires.

A peine est-on parvenu dans le ventricule droit, en coupant le cerveau par tranches, que l'on aperçoit dans la cavité de ce ventricule un épanchement sanguin dont une partie est déposée en un caillot aplati, tapissant la couche optique et le plancher qui sépare les deux ventricules.

En ouvrant de la même manière le ventricule gauche, une plus grande quantité de sang se présente, et l'on voit la partie postérieure de ce ventricule communiquer par une large déchirure dans les lobes moyens et postérieurs, où il existe une vaste caverne apoplectique contenant des caillots et un peu de sang liquide, le tout pouvant être évalué au volume d'une noix ordinaire. Le sang est noir, un peu mou. En cherchant à enlever le caillot, on découvre de nouvelles anfractuosités du foyer hémorrhagique, dont l'une, très profonde, a creusé en manière de voûte toute la partie interne du lobe moyen jusque vers la scissure de Sylvius, qui paraît la limiter.

La partie postérieure du lobe antérieur forme la limite du foyer. Découvert dans toute son étendue, le foyer pourrait bien contenir un petit œuf de poule. Ses parois sont inégales, frangées, déchirées. La matière cérébrale flottant sous le filet d'eau qu'on y répand est évidemment ramollie dans toute la surface du foyer, offrant aussi manifestement la teinte florescente caractéristique du ramollissement; cette teinte se mêle à une rougeur qui est également très prononcée.

Les parties externes des lobes moyen et postérieur ont été respectées. La limite interne du foyer est constituée par la partie externe de la couche optique gauche où s'observe la déchirure indiquée. Le point de communication du foyer dans le ventricule se trouve précisément sur le sillon qui sépare la couche optique du corps strié. Ce dernier est tout à fait intact, et la couche optique elle-même n'est intéressée que dans sa région la plus externe. La couche optique et le corps strié droit sont également intacts, et ne présentent ni foyer hémorrhagique, ni foyer de ramollissement.

Les plexus et la toile choroïdes sont rouges, imbibés de sérosité, et présentent, surtout en arrière et à droite, des masses hydatiques, dont l'une a le volume d'une aveline. Au milieu de ces plexus, on distingue les ramifications artérielles presque complètement transformées en sels calcaires. La substance cérébrale, dans les points autres que le foyer, présente une bonne consistance et une teinte rosée bien caractérisée. Le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée n'offrent rien de notable.

Le cœur est d'un bon tiers plus volumineux qu'à l'état normal. L'hypertrophie porte sur toute la masse du cœur, mais sur le ventricule gauche en particulier. Les orifices sont libres; les valvules sont incrustées de plaques calcaires, qui existent aussi au commencement de l'aorte. Les valvules sont bien conformées, suffisantes.

Les valvules de l'artère pulmonaire sont minces, d'un rouge uniforme. Des concrétions en partie formées avant la mort, adhérentes, opalines, se rencontrent dans les cavités du cœur et se prolongent dans les gros vaisseaux.

La valvule tricuspide est un peu épaissie.

Adhérences dans tout le côté droit de la poitrine, surtout au sommet; mêmes adhérences dans le côté gauche en arrière.

Concrétions crétacées au sommet du poumon droit, qui présente un état mélanique avec induration bien marquée.

A. F....

HOPITAL DES INVALIDES. — M. PASQUIER fils.

Luxation du poignet en arrière (en avant de sir A. Cooper).

Le nommé Colomb (Jacques), âgé de soixante-trois ans, a fait une chute le 13 février, dont il ne peut pas rendre un compte exact. A l'en croire, c'est un passant qui, par mégarde, l'aurait fait tomber et qui serait même tombé sur lui.

A son arrivée, salle de la Valeur, n° 35, le chirurgien constate une luxation en arrière du poignet sur les deux os de l'avant-bras. L'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras fait une saillie prononcée à la partie antérieure du poignet; le carpe fait une saillie analogue en arrière; au-dessus de cette saillie on remarque une dé-

diqués par M. Orfila; loin de là, elle s'est desséchée à son tour lorsqu'elle a été laissée exposée à l'air.

L'atrophie et la dessiccation du cordon, dans tous les cas où le cordon n'avait pas été lié, a commencé au sommet et s'est étendue vers la base, avec plissement de la peau ombilicale et cercle rosé à cette même base. Quand on avait mis une ligature, nous avons observé quelquefois la dessiccation à la fois du sommet et de la portion comprise dans le fil.

Toutes ces observations ont été faites par M. Vittadini, en présence de MM. Frezzi, Alberti et Guscetti. Ce dernier ayant vu une fois qu'un des cadavres ne présentait aucun signe de putréfaction, le cordon étant d'ailleurs complètement desséché, et le sujet étant noté mort-né depuis cinq jours, répugnait à croire cette dernière condition. Nous avons donc ouvert le cadavre avec lui, et fait avec soin la docimasie hydrostatique, ce qui a prouvé incontestablement que l'enfant n'avait pas respiré. Il a été prouvé d'ailleurs que la putréfaction chez les enfans morts durant le travail de l'accouchement ne se manifeste que long-temps après la dessiccation du cordon, et que celui-ci ne souffre aucune altération par la putréfaction la plus avancée des parois abdominales. Les lois sanitaires défendent chez nous de garder des cadavres plus long-temps que nous ne l'avons fait.

D'autres recherches ont été faites dans le but de mieux éclaircir la question.

1° Nous avons mis des morceaux de cordon ombilical dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles se trouve la portion restante du même cordon sur l'enfant vivant. A cet effet, nous avons enveloppé chaque morceau séparé dans une couche du menu linge qui renfermait la portion abdominale du cordon chez les enfans vivans, et nous l'avons séparée de celle-ci par du linge. Ces deux portions ayant d'ailleurs la même longueur, se sont atrophiées et desséchées au même degré, en même temps; seulement, dans la première expérience, la partie isolée étant coupée à ses deux extrémités, et par conséquent complètement vide de sang, les vaisseaux ne paraissaient pas bien distinctement à travers les membranes très minces, et le cordon offrait l'apparence d'une languette d'ictiocolle; mais ayant ensuite la précaution de conserver du sang dans les vaisseaux, au moyen de deux ligatures appliquées aux deux extrémités, la dessiccation a été plus régulière et a présenté les caractères indiqués comme propres au phénomènes présumé vital, et semblables à ceux de la portion adhérente à l'ombilic.

2° Nous avons voulu nous assurer s'il était possible de retarder la dessiccation du cordon durant la vie. Plusieurs moyens ont été tentés dans ce but. Ce qui nous a réussi a été d'envelopper le cordon ombilical dans une couche épaisse de substance grasse ou de beurre, et d'empêcher par là tout contact du cordon avec les corps absorbans. De cette manière, l'atrophie et la dessiccation ont pu être empêchées jusqu'à ce que les membranes se sont isolées de la peau de l'ombilic, et le cordon est resté attaché par les seuls vaisseaux. A cette époque, ces substances n'empêchent plus un certain degré de dessiccation qui paraît nécessaire au détachement du cordon, retardé sans aucun doute par ce moyen.

3° Ayant mis dans l'eau des cordons desséchés d'enfans mort-nés et d'autres tombés spontanément durant la vie, ils ont acquis en peu d'heures leur forme et leur volume primitifs. Les vaisseaux sont devenus pénétrables, et, ce qui est surtout digne d'attention, c'est que même les cordons tombés spontanément présentaient les bouches de leurs vaisseaux béantes dans leur extrémité continue à l'ombilic. Ce phénomène jette peut-être quelque lumière sur le travail qui détermine le détachement du cordon ombilical.

4° Ayant mis dans de l'eau le cadavre d'un enfant après la dessiccation complète du cordon, de manière à le couvrir de ce liquide, le cordon a repris sa mollesse et sa tuméfaction primitives, et les vaisseaux leur perméabilité et leur calibre.

5° Ayant abandonné plusieurs placenta à la putréfaction, conjointement à leurs cordons adhérens, nous avons observé qu'à mesure que le tissu placentaire se ramollit pour se réduire enfin à un putrilage très fétide, analogue à de la lie de vin, le cordon s'amincit et se réduit à ses seules enveloppes membraneuses; les vaisseaux disparaissent presque entièrement, et enfin il se dessèche et se convertit en un fil très petit qui n'offre aucune des apparences du cordon desséché de l'enfant. Si cependant avec une seule ligature on isole une portion du cordon, la partie la plus éloignée du placenta se dessèche et offre les caractères de la dessiccation présumée vitale, et cela d'autant mieux si on l'enveloppe dans un linge et si on le comprime légèrement, tandis que le reste suit le travail de décomposition ci-dessus mentionné.

6° Les fragmens du cordon ombilical, isolés et abandonnés à eux-mêmes, se dessèchent, et peuvent, si on le veut, acquérir toutes les apparences de la dessiccation dite vitale. Il suffit pour cela d'empêcher les vaisseaux de se vider complètement du sang, et de les envelopper convenablement dans du linge ou du papier.

Conclusions. Il résulte des faits précédens:

1° Que la dessiccation du cordon est un phénomène purement physique qui a lieu également sur les enfans mort-nés, putréfiés, et placés dans les circonstances même les plus défavorables à l'accomplissement de ce phénomène.

2° Que la dessiccation qui a lieu chez les enfans après la mort, n'a aucun caractère particulier qui la distingue de celle qui arrive durant la vie.

3° Que la dessiccation survenue après la mort ne s'altère point, quelque avancée que soit la putréfaction de tout le corps, circonstance très importante, puisqu'elle détruit la certitude de la vie extra-utérine que M. Orfila avait cru pouvoir fonder sur le dessèchement, alors que les poumons sont tellement altérés qu'ils ne peuvent servir à l'épreuve de la docimasie hydrostatique.

4° Que le médecin-légiste n'est pas fondé à admettre l'existance de la vie extra-utérine sur la seule présence de la dessiocation pulmonaire. Il doit urtout baser son jugement sur la docimasie, et si celle-ci indique une respiration incomplète, il ne doit pas hésiter à déclarer que la durée de la vie a été très courte, malgré que le cordon soit complètement desséché, ce qui, selon M. Orfila, indiquerait indubitablement que l'enfant a véeu au moins un jour.

5° Que dans le cas où le cadavre d'un enfant est retrouvé dans l'eau, la fraîcheur et la perméabilité du cordon ne sont pas des indices de mort arrivée immédiatement après la naissance, la dessiccation ayant pu disparaître quoique accomplie durant la vie.

Tout ce que nous venons de dire sur la dessiccation du cordon se rapporte à des cadavres exposés à l'air libre. En conséquence, toute observation contraire faite en dehors de ces circonstances ne pourrait pas diminuer la valeur des faits que nous venons d'exposer.

M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons de clinique interne, à l'hôpital de la Charité, lundi prochain 5 avril.

La visite aura lieu chaque jour de sept à neuf heures du matin.

Les leçons, tous les jours, excepté le jeudi, de neuf à dix heures.

---

pression ; la main était portée dans l'extension forcée et son axe n'était pas en rapport avec celui de l'avant-bras.

La réduction de cette luxation n'a pas offert de difficulté et a été effectuée sur-le-champ par le chirurgien de garde. Celui-ci ayant saisi de sa main droite la main du malade, et de la gauche soutenu l'avant-bras, un aide a placé ses mains autour du coude et a opéré la contre-extension. A peine les os étaient-ils dégagés, que les dispositions normales de la région se sont rétablies d'elles-mêmes.

Ces luxations sont rares, assez rares pour que, contrairement à l'opinion de Delpech, de Monteggia, de S. Cooper, de Léveillé, de Boyer, de Richerand, d'A. Cooper et de beaucoup d'autres chirurgiens, Dupuytren ait cru pouvoir les nier. Autrefois, on ne voyait que des luxations dans les désordres qui arrivent à la partie inférieure de l'avant-bras à la suite des chutes sur la paume de la main et de toutes les violences qui portent sur celle-ci, suivant la direction de l'axe du membre. Pouteau signala un des premiers la part que, dans ces désordres, il fallait accorder aux fractures ; Desault, plus tard, dit d'une manière très explicite que les fractures de l'extrémité inférieure du radius étaient assez souvent confondues avec les luxations de la même extrémité de cet os. Les travaux de Dupuytren sur ce sujet sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici ; mais en niant complètement les luxations du poignet, Dupuytren s'est autant éloigné de la vérité qu'il en a d'autre part approché en démontrant que le plus souvent les prétendues luxations du poignet ne sont que des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu que la réduction, dans le cas qui nous occupe, n'a pas présenté de difficulté. Le lendemain, le malade a été saigné. Le surlendemain, en l'absence totale d'accidens inflammatoires locaux, on fit l'application d'un appareil amidonné dans le double but de s'opposer à tout déplacement ultérieur, et de condamner pendant quelques jours l'articulation à un repos nécessaire.

Le 10 mai, cet appareil fut ôté : l'articulation conservait nécessairement alors un certain degré de raideur qui n'a pas tardé à se dissiper sous l'influence de frictions faites avec un liniment opiacé. K...

LETTRE SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE, ADRESSÉE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES, LE 29 MARS 1841, PAR M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Monsieur le Président,

L'Académie a reçu, dans sa dernière séance, deux réclamations relatives à la communication que j'avais eu l'honneur de lui faire sur la myopie.

Dans la première, M. le docteur Phillips revendique pour lui la théorie que j'ai proposée concernant la myopie mécanique, et l'opération que j'ai pratiquée pour remédier à cette infirmité. L'Académie va juger sur quelle équivoque repose la réclamation de M. Phillips.

J'ai posé en principe, et j'ai établi par des expériences directes, que la myopie mécanique est le résultat du raccourcissement de l'œil par la rétraction simultanée des muscles droits, et j'ai guéri des myopes que j'ai rendus immédiatement presbytes par la section des muscles dont il s'agit. Or, qu'a dit et fait M. Phillips? Je cite textuellement : « Si l'action contractile des muscles obliques est spasmodique, s'ils sont dans un perpétuel état de contraction, il en résulte un changement dans l'axe de l'œil ; le globe, étant écrasé dans la moitié de sa circonférence par les deux tendons des obliques, forme une convexité en avant, et la myopie est le résultat de cette modification..... C'est ainsi que nous l'avons toujours remarqué dans les strabismes par la contraction du grand oblique. Après les opérations, on a toujours obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que le grand oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie (1)... Après les guérisons obtenues par cette opération (chez les personnes atteintes de strabisme compliqué de myopie), ne peut-on pas espérer pouvoir guérir la myopie en coupant le muscle grand oblique. » (2).

Telles sont la théorie et la pratique de M. Phillips. Quel rapport ont les idées de ce chirurgien avec les miennes? J'attribue la myopie à la rétraction des muscles droits, il la met sur le compte des muscles obliques ; il la regarde comme le résultat d'une dépression latérale, c'est-à-dire d'un allongement du globe oculaire, et moi d'une dépression antéro-postérieure, c'est-à-dire d'un raccourcissement ; il propose la section du grand oblique, je fais celle des droits ; enfin M. Phillips n'a point opéré de vrais myopes : il a seulement conclu de ce qu'il croyait avoir vu dans le strabisme compliqué de myopie, à la possibilité de guérir la myopie seule par la section du grand oblique ; et moi j'ai guéri des myopes atteints ou non de strabisme par la section des seuls muscles droits. D'après ce simple rapprochement, l'Académie comprendra peut-être difficilement le motif et le sens de la réclamation de M. Phillips. Je n'ai pas à examiner ni à discuter la valeur de nos idées respectives ; en revendiquant les miennes à son profit, M. Phillips a montré implicitement le cas qu'il fait des unes et des autres.

Dans la seconde réclamation, M. le docteur Carron du Villards croit pouvoir rapporter à sir Everard Home et à Ramsden les conséquences physiologiques que j'ai tirées de mes expériences. Quelques mots suffiront, je pense, pour mettre l'Académie à même de juger la valeur de l'assertion de M. Carron.

Sir Everard Home et Ramsden ont cherché à prouver que l'œil s'adapte aux différentes distances au moyen de changemens dans la courbure de la cornée, changemens dus à la contraction des muscles droits. M. Carron a induit que les altérations de la vision dans le strabisme sont les effets d'une influence analogue sur la sphéricité de la cornée. Je ne conteste pas cette influence jusqu'à un certain degré, et je l'ai moi-même signalée bien avant M. Carron. Il y a plus de six mois que j'ai prié M. Biot de m'indiquer le moyen de mesurer rigoureusement les changemens de forme de la cornée et de tout le globe oculaire dans le strabisme, et j'ai exposé les différentes particularités relatives à ces déformations du globe oculaire dans ma conférence du 12 août 1840. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans ma communication sur la myopie ; j'ai dit que la myopie mécanique est le résultat d'un raccourcissement de l'œil, et directement d'un changement de rapport entre le cristallin, la cornée et la rétine, par suite d'une brièveté trop grande des muscles droits. J'ai ajouté que mes expériences tendent à infirmer l'opinion de ceux qui attribuent à un changement de forme du cristallin la faculté qu'a l'œil de voir distinctement à différentes distances. Or, cette dernière opinion relative au changement de forme du cristallin a été proposée postérieurement à celle de sir Everard et Ramsden, précisément pour la combattre, par sir Thomas Young ; et si cet habile physicien n'est point parvenu à donner à sa théorie tout le degré de certitude désirable, il est au moins parvenu à renverser complètement celle de sir Everard Home et Ramsden, à l'aide d'expériences fort ingénieuses. Thomas Young a montré en effet que si on annule la faculté réfringente de la cornée, au moyen d'un liquide mis en contact avec sa surface extérieure, et supplée qu'on sa sphéricité par des lentilles fixes de foyer équivalent, l'œil conserve cependant la propriété de s'accommoder aux distances. Donc les changemens supposés dans la courbure de la cornée sont insuffisans à expliquer cette faculté de l'organe (1).

Du reste, je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que je n'ai donné jusqu'ici que les conclusions d'un travail que j'aurai l'honneur de lui présenter, et c'est alors que je lui soumettrai toutes mes observations et mes expériences sur cet intéressant sujet.

Veuillez agréer, etc. *Signé*, J. GUÉRIN.

P.-S. Je prie M. le secrétaire de vouloir bien ouvrir un paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie, le 13 décembre 1840. Il contient l'indication de ma première opération de myotomie oculaire pour remédier à la myopie.

Contenu du papier cacheté. (Déposé le 13 décembre 1840.) — La myopie est, dans le plus grand nombre des cas, le résultat de la brièveté primitive des muscles droits de l'œil. Le traitement chirurgical de cette infirmité doit consister dans la section des muscles trop courts. J'ai pratiqué cette opération avec le plus grand succès. Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, la vue s'est considérablement allongée, et le globe oculaire a subi un changement de forme très remarquable.

(1) Du Strabisme ; par M. Phillips, page 124.

(2) Comptes-rendus de l'Académie des sciences, juillet 1840, page 173.

(1) Voici comment l'expérience de Thomas Young est rapportée dans la Bibliothèque britannique, tom. XVIII, p. 248 : « M. Young prend, dans un microscope botanique, une lentille double convexe, de 8/10 de pouce de rayon et de distance focale, montée sur un anneau profond de 1/5 de pouce. Après avoir garni de cire les bords du verre, il remplit l'anneau, aux trois quarts d'eau presque froide, et applique son œil par dessus de manière que la cornée soit en parfait contact avec l'eau qu'elle contient. L'œil devient immédiatement presbyte, et la force réfringente de la lentille, qui est réduite par le contact de l'eau à un foyer d'environ 16/10 de pouce, ne suffit plus à remplacer la cornée, dont l'action est annulée par le contact de l'eau à sa surface antérieure. Mais l'addition d'une lentille de 5/12 de foyer ramène l'œil à l'état naturel, et même un peu au delà. Il l'applique alors à l'optomètre, et observe la même inégalité dans les réfractions horizontale et verticale qu'il avait remarquées sans l'intervention de l'eau ; et il se trouve avoir, dans les deux directions, une faculté de modifier son foyer, équivalente à une longueur focale de 4 pouces, précisément comme auparavant. »

M. Phi[illegible] de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 6 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 43, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. MAISONNEUVE.

Abcès stercoral au flanc droit.

M. Maisonneuve prend pour texte de la clinique une jeune fille qui porte au flanc droit une tumeur de nature difficile à déterminer, et sur le diagnostic de laquelle plusieurs opinions diverses ont été émises par des praticiens distingués.

Cette jeune fille, d'une constitution chétive et misérable, est âgée de dix-sept ans, et paraît à peine en avoir treize; chez elle la puberté ne s'est encore manifestée par aucun signe. Son enfance, cependant s'est passée sans maladie grave : la première qu'elle ait eue, c'est l'affectson qu'elle porte actuellement.

Elle consiste en une tumeur volumineuse située à la région du flanc droit, entre la fosse iliaque et le bord inférieur du foie. Cette tumeur est de forme ovoïde, longue de 12 centimètres dans le sens transversal, de 10 seulement dans le sens longitudinal, et faisant un relief de 4 centimètres environ dans son point culminant; elle est parfaitement circonscrite, offre dans tous ses points une mollesse accompagnée d'une sorte de fluctuation, donne à la percussion un son clair comme une tumeur venteuse, fait entendre quand on la presse un gargouillement des plus prononcés, disparaît quand on la comprime méthodiquement et rentre toute entière dans l'abdomen, où on n'en retrouve pas la moindre trace.

En l'examinant dans cet état de réduction, on constate que la paroi antérieure n'est autre que la peau un peu amincie et comme dépouillée de son tissu cellulaire; que la base est creusée dans la partie musculaire de la paroi abdominale antérieure, et qu'au centre de cette base est un orifice à peu près circulaire de 2 centimètres de diamètre à travers lequel le doigt peut être introduit jusque dans le ventre.

Si l'on cesse la compression et si l'on engage surtout la malade à tousser ou à faire quelque effort, la tumeur reparaît avec tous ses caractères.

En présence de ces symptômes, il est difficile de se défendre de l'idée d'une hernie. Quelle tumeur, en effet, autre qu'une tumeur herniaire, semble pouvoir se réduire avec gargouillement, se reproduire tout-à-coup et à volonté sous l'influence d'un effort, d'une contraction musculaire, permettre l'introduction du doigt dans un orifice circulaire placé à sa base, et de plus être revêtue des seuls tégumens intacts et libres de toute inflammation? Aussi la plupart des personnes qui l'ont examinée se sont-elles arrêtées à cette opinion. Ce fut aussi celle de M. Maisonneuve, avant qu'il eût recueilli les renseignemens relatifs au développement de l'affection. Il les doit à deux honorables confrères qui avaient suivi la maladie dès son début.

D'après leur rapport, cette jeune fille eut, il y a 6 mois, une entérite des plus graves, à laquelle elle faillit succomber. Les symptômes commençaient à s'amender quand apparut, entre la crête iliaque et les dernières fausses côtes droites, une tuméfaction diffuse et profonde, qui paraissait avoir son siége dans l'intérieur de l'abdomen, au niveau du cœcum ou du colon ascendant. Cette tumeur resta stationnaire pendant six semaines environ, puis sembla se ramollir dans sa moitié antérieure. A mesure que le ramollissement devenait plus distinct, la tumeur devenait moins diffuse, et elle finit par se circonscrire d'une manière très nette.

Les choses en étaient là quand, un jour, la malade s'aperçut qu'elle avait rendu par les selles une grande quantité de pus : la tumeur devint moins tendue, moins saillante. Cette évacuation de matières purulentes continua pendant trois semaines environ, puis cessa tout à fait. Les médecins ne virent plus la malade.

Rappelés deux mois après, ils trouvèrent la tumeur superficielle et saillante que nous avons décrite au commencement.

Que s'est-il passé dans cet intervalle? Nous n'avons à cet égard aucun renseignement, et c'est là cependant que se trouve l'anneau qui doit relier ces deux parties, en apparence si incohérentes, de l'affection de cette jeune fille.

« Mais, constatons d'abord que les renseignemens précédens, fournis par des hommes éclairés et véridiques, mettent hors de doute :

» 1° L'existence d'un travail inflammatoire dans la région du cœcum ou du colon ascendant;

» 2° La terminaison de ce travail par la formation d'un abcès;

» 3° Enfin l'ouverture de cet abcès dans l'intestin. »

Il n'est pas moins positif que ce travail inflammatoire intra-abdominal a joué un grand rôle dans la production de la tumeur actuelle. Mais, quel est ce rôle? Ici les renseignemens nous manquent. A la rigueur, il serait possible que la paroi abdominale, affaiblie par le travail inflammatoire, se fût laissée rompre en dedans par un effort, et eût permis une éventration; mais ne serait-il pas possible aussi que l'abcès intérieur, usant peu à peu la partie résistante de ces parois, fût venu sous la peau former un second kyste, et que la tumeur actuelle fût un abcès?

Cette dernière opinion paraît, au premier coup-d'œil, impossible à soutenir. Comment, en effet, faire cadrer avec elle la réductibilité de la tumeur, sa sonoréité, « Et cependant, dit M. Maisonneuve, telle est mon opinion. Ces symptômes appartiennent bien plus, il est vrai, à une hernie qu'à un abcès, mais il ne sont pas absolument incompatibles avec l'existence de ce dernier. » Puisque, d'après les renseignemens recueillis, il est hors de doute que l'abcès primitif s'est ouvert dans l'intestin, et probablement dans l'intestin cœcum, il peut très bien se faire :

1° Que des gaz développés dans cet intestin pénètrent dans le kyste et produisent, d'une part, la sonoréité; d'autre part, le gargouillement;

2° Que la réduction et la reproduction de la tumeur ne soit autre chose que le passage des matières stercorales et des gaz du kyste dans l'intestin, et de l'intestin dans le kyste. Reste encore cependant une difficulté à résoudre. Comment se fait-il que le contact de ces matières irritantes avec la fausse membrane du kyste n'ait produit, depuis si long-temps, aucun travail inflammatoire?

Ici M. Maisonneuve fait remarquer :

1° Que la tumeur n'est pas encore fort ancienne, puisqu'elle ne date que de deux mois;

2° Qu'elle n'est pas absolument exempte d'inflammation; car elle est douloureuse à la pression, et que la peau qui la recouvre est parfois rouge et tendue. Toutes ces raisons permettent de ne pas rejeter l'idée d'un abcès; mais elles ne suffisent pas pour l'établir. Il faut donc recourir à quelques autres phénomènes. Or, ces phénomènes sont d'une nature fugace, difficiles à distinguer, difficiles surtout à faire comprendre, parce qu'ils consistent dans des nuances de la sensation tactile.

Ainsi : 1° En touchant la tumeur, les gaz qu'elle contient semblent plus rapprochés des doigts qu'on ne l'observe dans les hernies ordinaires; il semble que la peau seule, et encore assez amincie les recouvre.

2° En faisant la réduction, on sent les matières rentrées mais non pas l'intestin, et cependant on ne le rencontre pas dans le sac, après la réduction.

3° Quand la tumeur se reproduit, elle n'offre pas cette impulsion circonscrite qui peu à peu s'élargit et finit par remplir le sac; il semble au contraire que ce soit un liquide ténu, qui glisse sous le doigt et fuse librement dans le kyste.

D'après ces motifs, M. Maisonneuve pense que la tumeur dont il s'agit est un kyste d'abcès communiquant avec l'intestin et se reliant pour son origine à la maladie première de cette jeune fille.

Depuis l'époque où M. Maisonneuve fit cette leçon, la malade a succombé, et, quelques jours avant la mort, la tumeur s'est ouverte spontanément et a donné issue à des matières fécales liquides mêlées de gaz.

A l'autopsie, on a trouvé le cœcum, le commencement du colon ascendant et la fin de l'iléon pelotonnés ensemble, unis entre eux par des adhérences anciennes, mais unis surtout à la paroi abdominale au niveau de la tumeur. Dans ce point, la paroi abdominale était perforée d'un orifice large d'un pouce environ et qui permettait la communication du kyste extérieur, dont la peau seule formait

---

FEUILLETON.

MORSURE DE SERPENT A SONNETTES. — MÉDECINE DES OSAGES.

Deux espèces de serpens à sonnettes se rencontrent dans les immense prairies qui séparent la rivière Orkansas des montagnes rocheuses : le *crotalus durissus* qu'on retrouve dans les Etats-Unis du nord et de l'ouest, et le *C. miliaris* différent de celui de la Terre-aux-Bœufs (Louisiane) par des plaques rouges situées sous le ventre; le *crotalus horridus* des Etats du sud n'habite pas les prairies.

Ces reptiles sont plus ou moins redoutables, selon les circonstances dans lesquelles ils se trouvent. Ainsi, lorsque l'animal vient de sortir de l'état d'engourdissement dans lequel il est plongé pendant l'hiver, le venin est plus abondant, plus actif que dans les autres saisons de l'année. J'ai vu, au commencement d'avril 1840, un nègre qui sarclait un champ de cannes à sucre, à la Louisiane, tomber mort en appelant son maître : il avait été frappé à la main par un énorme crotalus horridus. L'année précédente, dans la même saison, un jeune enfant tomba mort en introduisant le bras dans le creux d'un arbre qu'habitait un serpent à sonnettes.

Ces serpens, d'ailleurs, sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus gros et plus irrités, et que leur venin est plus abondant. Le mécanisme de la morsure des serpens venimeux est aujourd'hui bien connu; on sait qu'après avoir fortement abaissé la mâchoire inférieure, ils frappent avec la supérieure comme avec un marteau.

Les sauvages qui vont faire leurs chasses d'été dans le territoire du Missouri, perdent chaque année des hommes et des chevaux par la morsure des crotales.

Au mois de juin 1840, j'étais en chasse avec la nation osage dans les prairies du Missouri. Je fus appelé auprès d'une femme qui venait d'être mordue par un crotalus miliaris, sur lequel elle avait posé le pied par mégarde; les sauvages regardaient cette femme comme perdue sans ressources, car ils ne connaissent pas comme les peuplades du sud, les moyens de guérir les plaies en- [illegible] on avait tué le serpent; sa longueur n'excédait pas [illegible]

L'accident était arrivé depuis dix minutes environ, à une petite distance du camp, où quelques sauvages avaient rapporté la blessée; elle était entourée d'un cercle de femmes qui avaient déjà entonné un chant lugubre et monotone entrecoupé de sanglots. J'eus beaucoup de peine à me faire jour jusqu'à la malade, et quand je parvins près d'elle, je fus frappé tout d'abord de la violence des symptômes généraux.

Cette femme, âgée de vingt ans, était couchée à terre, dans un état d'anxiété extrême. La face était grippée, terreuse, couverte d'une sueur abondante et froide; la peau du reste du corps sèche et froide, le pouls petit et serré; un tremblement convulsif général alternait avec une prostration complète, pendant laquelle on remarquait de fréquens soubresauts des tendons fléchisseurs des doigts. J'enlevai les mites de gros drap bleu et les mocassins de peau de daim qui couvraient la jambe et le pied de la blessée, laissant en place une lanière de peau qui serrait fortement le membre au-dessous du genou.

Cette jambe était très gonflée, d'un rouge pâle et livide semé de larges taches violacées; des douleurs violentes s'y faisaient sentir, elles étaient surtout très marquées à la partie interne; le pied était rouge et déjà œdémateux. Au-dessous du sommet de la malléole interne, au milieu de l'espace qui la sépare du tendon d'Achille, existaient deux petites plaies de forme arrondie, larges d'une ligne, éloignées de huit lignes, et situées verticalement l'une au-dessus de l'autre. Ces plaies avaient l'aspect de simples piqûres; il n'y avait autour d'elles ni sang, ni rougeur.

Je saisis avec une pince un pli de la peau comprenant les deux plaies, que j'excisai avec un bistouri; j'enlevai ensuite le tissu cellulaire. Le tendon d'Achille fut dénudé dans une étendue de deux ou trois lignes sur son bord interne; la plaie donnait beaucoup de sang, ce que je dus attribuer à la stase produite par la ligature placée au-dessus du jarret; aucune artériole ne donnait. Je versai de la poudre de chasse dans la plaie pendant qu'on faisait rougir un morceau de fer; dès que le cautère fut prêt, j'enlevai la poudre et je cautérisai profondément et avec soin tous les points de la plaie pour détruire, autant que possible, ce qui pouvait rester de venin, je pansai ensuite avec de la charpie sèche, saupoudrée de poudre (1). La constriction de la jambe fut alors modérée et la malade, portée à sa loge, fut couchée sur deux peaux de bison, le membre maintenu élevé et couvert seulement d'un linge qui dut être constamment arrosé d'eau froide.

Alors seulement je pus faire cesser pour un instant les cris et les larmes, seul moyen employé par les Osages contre la morsure des serpens. La malade était très faible, le pouls très petit, lent; il y avait des vomituritions et des mouvemens convulsifs des bras.

Trois heures après l'accident, vers six heures du soir, la malade vomit des substances alimentaires; à sept heures, un second vomissement eut lieu; je ne pus voir les matières rejetées; de violentes nausées fatiguaient beaucoup la pauvre femme, et les sauvages disaient que ces vomissements étaient le signe d'une mort prochaine. Une cuillerée d'eau-de-vie camphrée arrêta les nausées, et les vomissemens ne se reproduirent pas. A neuf heures, une seconde cuillerée est prise; les douleurs étaient très violentes dans toute la jambe; céphalalgie, langue très rouge et sèche, soif ardente, que n'avait pu étancher une grande quantité d'eau que la malade avait bue.

Dix heures. Somnolence, rêvasseries, agitation causée par les cris et les chants des pleureuses qu'on ne peut éloigner tout à fait.

Le lendemain, le pied et la jambe sont énormément tuméfiés, durs et douloureux; la langue est sèche et rouge; le pouls petit, dur et fréquent; la malade demande sans cesse à boire, elle est calme, mais très abattue. Les mouvemens convulsifs ont disparu.

La rougeur violacée de la peau marbrée de taches bleuâtres, la tension extrême et quelques plaques saillantes à la surface de la peau, concouraient avec les symptômes généraux à me faire redouter un phlegmon diffus de la jambe, sur laquelle je fis trois incisions, l'une sur le bord inférieur du tibia, la seconde à la partie inférieure interne de la jambe, la troisième sur le bord externe du muscle soléaire. Ces débridemens firent disparaître instantanément la tension de la peau. La constriction exercée au-dessous du jarret fut enlevée. Continuation des affusions froides.

La plaie faite la veille a l'aspect d'une brûlure profonde : une escharre noire en occupe le fond; ses bords sont rouges et durs. Pansement avec un plumasseau de charpie enduit de graisse de bison, régime substantiel, bouillons et viandes rôties.

---

(1) On pourrait demander pourquoi j'ai employé la poudre dans ce traitement. C'était moins parce que j'attendais quelque chose de cette médication qui ne pouvait produire aucun résultat fâcheux, que pour céder aux instances des métis qui m'entouraient et qui croient cette substance très efficace.

la paroi et qui était rempli de matières fécales, avec l'intestin cœcum ou plutôt le magma formé par le cœcum, le colon et la fin de l'iléon.

Du reste, la pièce a été présenté à la Société anatomique par M. Puisaye, et les bulletins de cette société en contiendront une description plus minutieuse.

BOCANDÉ.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE. (Suite.)

Modifications éprouvées par l'utérus pendant la grossesse.

Il faut voir maintenant quel parti l'on peut tirer de la constatation des modifications qu'éprouve l'utérus dans la grossesse ; mais il est important de rappeler d'abord quelles sont ces modifications.

L'utérus est destiné à loger le fœtus et à lui fournir les matériaux indispensables à son développement. Pour ce qui regarde le diagnostic, c'est seulement sous le premier point de vue qu'il convient d'examiner cette question. Les modifications que l'utérus éprouve dans ce cas sont des plus importantes, et c'est sur elles que repose une partie du diagnostic de la grossesse.

Après la conception, les parois utérines conservent probablement la turgescence vasculaire produite par les rapports sexuels ; et, ce qui est plus probable encore, elles deviennent le siége d'une turgescence nouvelle dépendant de la conception elle-même. Cette congestion vasculaire répond aux besoins organiques qui se font sentir ; ainsi, la sécrétion d'une matière plastique sera albumineuse, devant servir à la formation de la membrane caduque, qui suit le coït fécondant, fait supposer cette turgescence vasculaire dont il vient d'être parlé. Du reste, que ce soit à cette cause ou bien à la présence de la membrane caduque ou de l'ovule, qu'il convienne d'attribuer le développement de l'utérus, celui-ci n'en a pas moins lieu.

Ce développement de l'utérus est peu considérable dans le premier mois ; vers la huitième semaine, il est généralement facile à constater. L'utérus, par conséquent, occupé alors plus d'espace dans le bassin ; et, pour cette raison, ses rapports avec les organes voisins deviennent plus intimes. A cause de cette dernière circonstance l'on voit quelquefois survenir certains troubles fonctionnels d'ailleurs peu importans. Ainsi, les femmes éprouvent de fréquens besoins d'uriner sollicités par la compression du col et du corps de la vessie contre les os du bassin, peut-être même par suite de l'irradiation à la vessie de la sensibilité utérine.

Après un certain temps, l'utérus s'élève au-dessus du détroit supérieur ; mais auparavant l'on s'accorde à dire qu'il subit un mouvement d'abaissement dans l'excavation du bassin : il est très probable que ceci est une illusion. Cette élévation de l'utérus s'effectue à une époque variable, que l'on a fixée vers la fin du troisième mois ou au commencement du quatrième. Cela paraît inexact. M. P. Dubois a souvent pu constater le contraire ; il suffit même de se représenter le volume que doit avoir l'utérus à cette époque, pour être persuadé que les choses ne se passent pas ainsi qu'on l'a dit. Il faut croire que cette erreur de quelques accoucheurs tient à ce que l'utérus n'étant pas alors appliqué immédiatement contre la paroi antérieure de l'abdomen soit à cause de son peu de volume, soit parce que plusieurs circonvolutions de l'intestin se trouvent placées avant lui, il est nécessaire alors, pour aller le chercher, de déprimer très fortement cette même paroi abdominale.

A partir de ce moment, l'élévation de l'utérus commence à se faire d'une manière très sensible et graduée. Ainsi l'on a dit que dans le cours du quatrième mois le fond de la matrice se faisait sentir au-dessus du pubis, qu'il dépassait de plusieurs travers de doigt à la fin de cette époque ; qu'à cinq mois, l'on trouvait le fond de cet organe à deux pouces de l'ombilic ; qu'à six mois, il s'élevait au-dessus de cette région ; qu'à sept mois, le fond de l'utérus occupait la partie inférieure de la région épigastrique, qu'enfin, au huitième mois, il avait acquis son maximum d'élévation. L'appréciation exacte de cette élévation paraît assez difficile, plus tard il sera bon d'y revenir ; pour le moment il suffit de constater ce fait, qu'à une certaine époque de la grossesse l'utérus s'élève et devient saillant.

En même temps il s'incline de l'un ou de l'autre côté, mais plutôt à droite qu'à gauche ; alors aussi il subit un léger mouvement de rotation sur son axe, de telle façon que sa face antérieure se tourne vers le côté droit ; la gauche devient antérieure ; la postérieure, regarde le côté gauche, et enfin, la face latérale droite se trouve postérieure. Quelques accoucheurs se sont fortement préoccupés de cette nouvelle disposition que présente l'utérus par rapport à l'opération césarienne. On s'exposerait suivant eux à léser de gros vaisseaux si on ne corrigeait cette légère déviation. On ne saurait dire jusqu'à quel point cette crainte est fondée.

On a expliqué de différentes manières cette inclinaison de l'utérus. M. Velpeau dit que plusieurs circonstances y donnent lieu, telle que l'usage plus fréquent du bras droit, l'habitude pour la femme de se coucher sur le côté droit. L'insertion du placenta a aussi été invoquée ; mais il faut considérer ce phénomène d'une manière plus philosophique ; car il semblerait résulter de ce qui précède qu'une femme pourrait, à son caprice, faire incliner l'utérus de tel ou tel côté, ce qui n'est pas. Ce phénomène, en effet, n'est pas propre à l'espèce humaine ; on l'observe aussi chez les animaux d'un classe inférieure. Ainsi M. Hemmerth l'a rencontré chez les chéiroptères ; il a observé que chez les chauve-souris cette inclinaison de l'utérus à droite existait ; il faut donc voir là autre chose que ce qu'on a vu jusqu'à présent, une véritable évolution ; c'est un organe qui prend la place qui lui est assignée, comme le testitule quand il quitte la cavité abdominale pour descendre dans les bourses ; comme le cœur qui, occupant d'abord la ligne médiane, finit par gagner le côté gauche, lieu qui lui est destiné ; il n'est pas jusqu'à l'intestin lui-même qui ne soit soumis à un déplacement. Mais quels sont les moyens qu'emploie la nature pour atteindre ce but ? La rétraction des ligamens rond et large du côté droit est une des principales causes de ce phénomène, peut-être en existe-t-il d'autres.

Dans quelques cas où le rectum au lieu d'occuper sa place habituelle se trouvait à droite, l'on a vu que l'utérus s'inclinait vers le côté gauche, et l'on a conclu de là que la position du rectum était la cause de cette inclinaison de l'utérus, et c'est probablement à tort. On pourrait voir dans cette circonstance une véritable transposition d'organe ; probablement que la nature attache peu d'importance à cette inclinaison de l'utérus.

Il y a encore dans cette élévation de l'utérus quelques remarques à faire plus importantes que celles qui précèdent. En même temps que l'utérus s'élève, il pousse en avant les parois abdominales, et se prépare ainsi une place qu'il doit occuper sans gêner les autres organes contenus dans l'abdomen. Il résulte de cela un fait assez curieux, c'est qu'au terme de la grosse, au moment où l'utérus n'est plus protégé par le liquide amniotique dont la quantité est alors considérablement diminuée, cet organe se trouve suspendu sur les parois abdominales comme sur une espèce de soupente, et échappe ainsi aux secousses qui pourraient lui être communiquées s'il reposait sur les pièces osseuses du bassin. Cette disposition, ainsi qu'il a été dit plus haut, laisse plus d'espace aux organes placés en arrière de la matrice, et ceux-ci jouissent de plus de liberté qu'on ne le croit généralement ; ainsi, la crainte de la compression des gros vaisseaux, et par conséquent la crainte de voir la circulation gênée n'est pas fondée ; l'utérus, en effet, se trouve placé loin de la colonne vertébrale, dont il est séparé par tout le paquet intestinal, en sorte qu'en examinat cette opinion, l'on voit qu'elle est plutôt fondée sur la théorie que sur la pratique.

Une autre considération toute pratique, c'est la direction que le canal utérin présente pendant cette élévation. Si l'on examine de profil le ventre d'une femme enceinte, l'on voit l'utérus projeté en avant : par conséquent le canal qui le parcourt doit offrir une courbe à concavité antérieure et à convexité postérieure. Il faut bien songer à cette disposition dans les cas qui nécessitent l'introduction de la main dans l'utérus. Il faudrait, en effet, faire décrire au bras une courbe d'autant plus prononcée, qu'on aurait affaire à un point plus rapproché de la surface antérieure de l'organe ; aussi arrive-t-il souvent aux personnes qui n'ont point cela à la mémoire, d'aller heurter la paroi postérieure.

Modifications que l'élévation de l'utérus imprime aux parois abdominales.

La saillie du ventre répond au développement de la matrice. Or, ce développement, qui s'effectue dans un temps assez court, imprime aux parois abdominales des modifications toutes particulières ; ainsi, l'on voit survenir des éraillures qui occupent la partie inférieure de l'abdomen, apparentes surtout chez les primipares, partant des côtes pour se diriger vers l'ombilic, présentant une couleur rouge vive particulière, plus ou moins nombreuses et dépendant très probablement du développement trop rapide du ventre, car ces éraillures ne s'observent point dans les cas où l'abdomen acquiert un volume beaucoup plus considérable que dans la grossesse, mais aussi beaucoup plus lent, comme dans l'ascite.

Une autre modification des parois abdominales dont l'importance a été beaucoup exagérée, et qui est considérée comme un signe de grossesse, c'est l'enfoncement de l'ombilic. On a dit que dans les premiers temps de la grossesse cet enfoncement était plus grand qu'avant la conception, et l'on attribue cela à une cause toute particulière assez spécieuse, si elle n'est pas exacte : l'utérus, dans les premiers mois, s'enfonçant plus profondément dans le bassin, entraîne avec lui la vessie, et celle-ci à son tour déprime l'ombilic à l'aide de l'ouraque ou du ligament qui le représente.

Plus tard, le fond de l'ombilic s'élève au niveau des parois abdominales ; parfois même l'on n'observe plus de dépression, mais seulement la cicatrice ombilicale. Enfin,

---

Second jour. Le gonflement a diminué, il y a encore de la rougeur à la peau, calme parfait, grande faiblesse.

Troisième jour. Les Osages avaient attendu pour se remettre en marche que l'état de cette femme lui permît d'être transportée; ils plièrent alors les loges, et les jeunes gens portèrent la blessée jusqu'au nouveau campement. Le transport fatigua un peu la malade, mais la jambe est peu douloureuse ; je trouve quelques lambeaux de tissu cellulaire grisâtre au fond des incisions, dont les bords sont rouges.

Pendant la soirée, un médecin osage fit, malgré mes recommandations, des scarifications superficielles sur le dos du pied ; ces incisions, faites avec un mauvais couteau, ne produisirent aucun effet.

Sixième jour. La suppuration s'établit : elle est de bonne nature.

Les bords des plaies furent rapprochés par un bandage, les bourgeons charnus réprimés avec de l'alun en poudre (je n'avais point de nitrate d'argent). L'eschare de la plaie du pied en se détachant laissa à nu le bord interne du tendon d'Achille dans une étendue de 6 lignes ; il s'exfolia légèrement. Toutes les plaies furent cicatrisées vingt-deux jours après l'accident.

Cette femme n'a pas succombé à cet accident, que les Osages regardent comme devant entraîner nécessairement la mort, 1° parce que le serpent était de la plus petite espèce (crot. miliaris) ; 2° elle a été blessée dans le courant du mois de juin, époque à laquelle le venin des crotales commence à être moins actif et moins abondant qu'au temps où ils sortent de leur engourdissement ; 3° les crochets ont du traverser une double peau de daim et un morceau de gros drap qui les ont empêché de pénétrer à une grande profondeur, et ont absorbé une partie du venin ; 4° enfin, l'absorption du venin a été arrêtée dix minutes après l'accident.

On trouvera peut-être qu'il manque à cette observation des détails bien circonstanciés et bien complets sur les symptômes primitifs : mais je n'aurais pu les obtenir qu'en interrogeant la malade, et je ne comprenais pas assez la langue osage pour le faire, j'aurais perdu un temps précieux à faire traduire par un interprète mes questions et les réponses de la malade, et l'indication était d'agir, et d'agir promptement.

Les médecins ou sorciers-osages, dans leur langue les deux mots sont synonymes, n'avaient pas approuvé d'abord la méthode que j'avais employée, ils étaient effrayés de ma hardiesse ; mais lorsqu'ils virent les résultats que j'avais obtenus, ils se promirent de suivre mon exemple en pareil cas. Ces hommes ignorans ne connaissent contre les morsures des serpens venimeux, d'autres remèdes que les larmes et des cérémonies ridicules. Les sauvages qui habitent les pays situés au sud de la rivière Canadienne, où les plantes médicinales sont beaucoup plus communes qu'au nord de cette rivière, les Chactas, entr'autres, connaissent les moyens de guérir ces plaies envenimées ; mais c'est un secret qu'il est difficile de leur arracher. Cependant, il paraît certain qu'ils emploient la racine fraîche du cotonnier ; ils la pilent et font boire aux blessés le suc qu'ils expriment, et placent sur la plaie la partie ligneuse qu'ils arrosent de temps en temps avec du suc frais. Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier ce fait.

Les Osages, ennemis de toute gêne, ne veulent point supporter les appareils chirurgicaux. Le grand-chef, qui s'était fracturé la clavicule droite dans une chute qu'il avait faite en courant des chevaux sauvages, ne voulut jamais conserver un appareil, malgré le soulagement qu'il lui procurait ; je pris inutilement le moyen le plus puissant qu'on puisse employer pour persuader un sauvage, en le prévenant qu'il résulterait inévitablement pour lui une difformité. Un jeune enfant s'était fracturé l'avant-bras, et sa mère ne voulut pas permettre l'application d'un appareil.

Ils adoptent cependant quelquefois la suture lorsque son utilité leur est bien démontrée, et surtout lorsque leur coquetterie est mise en jeu ; dans les plaies des joues et des lèvres, ils se laissent volontiers passer des épingles et les conservent patiemment pendant quelques jours. Ils ne changent pas pour cela leurs habitudes ; ils veulent manger, parler comme si rien ne les gênait, et l'on obtient rarement des cicatrices linéaires, grâce à leur indocilité.

La vaccine a été reçue par les Osages comme un bienfait, et la variole a disparu depuis cinq ou six ans qu'ils ont adopté ce puissant préservatif. Avant son introduction, la variole faisait chaque année des ravages effrayans dans ces huttes malpropres où les soins intelligens manquaient entièrement aux malades.

Les maladies qu'on voit le plus fréquemment dans cette nation, sont les maladies des yeux et surtout les kératites : l'habitude qu'ils ont de s'arracher les sourcils et souvent les cils, de se peindre le tour des yeux avec du vermillon, d'exposer à tous les temps leur tête découverte et rasée, expliquent assez la fréquence de ces maladies.

Du reste, on trouve chez les sauvages toutes les affections qui affligent les hommes civilisés des campagnes ; seulement la marche de leur maladie est toujours franche et rapide.

La syphilis est commune chez eux, mais je n'ai point vu de symptômes consécutifs ; les scrofules existent chez les sauvages, et les engorgemens cervicaux ne sont pas très rares.

Leurs medecins, dont ils reconnaissent l'infériorité vis à vis des blancs, sont d'une ignorance parfaite ; le plus souvent ils bornent leur traitement à des contorsions et des hurlemens autour des malades qu'on leur confie. Cependant ils connaissent la saignée et surtout les ventouses, qu'ils emploient sèches et scarifiées, contre les contusions, les rhumatismes et les douleurs quelconques ; ils font les scarifications avec un couteau, et ils appliquent sur les mouchetures une corne de bison percée à son sommet, dans laquelle ils font le vide avec la bouche : c'est ce qu'ils appellent, dans leur langue, *sucer à la corne*.

La médecine vétérinaire est plus avancée, et j'ai souvent été étonné de voir des sauvages reconnaître avec sagacité la fluctuation profonde et obscure des abcès qui se forment souvent entre les muscles longs du dos de leurs chevaux, et y appliquer un traitement très rationnel. Ils se servent aussi de la percussion pour reconnaître un emphysème de l'épaule du cheval, causé par la fatigue ou un refroidissement subit : ils le guérissent très bien par l'application d'un ou plusieurs sétons.

V. TIXIER,
Interne des hôpitaux.

— Par décision de M. le maréchal ministre de la guerre :

M. Champouillon, médecin-adjoint, est nommé professeur d'hygiène de l'homme de guerre, à l'hôpital militaire de Lille.

M. Alexandre Dupuis, chirurgien-major du 67e régiment de ligne, passe dans le même grade au 2e régiment d'infanterie légère, qui arrive d'Afrique et vient à Paris.

M. Lachronique, chirurgien-aide major de l'hôpital militaire de La Rochelle, est nommé chirurgien-major au 67e régiment d'infanterie de ligne (par ordonnance du roi, en date du 24 mars dernier).

— Par suite de la subvention accordée par le conseil municipal *au Dispensaire Sainte-Geneviève*, les femmes affectées d'une maladie de l'utérus ou du sein, qui ne pourraient pas se procurer de carte de souscription, seront admises au traitement gratuit (médicamens, linge, bains, etc.) sur la recommandation d'un médecin. — Actuellement rue Monsigny, n° 6.

vers la fin de la grossesse, la cicatrice ombilicale forme une saillie considérable. Aussi l'ombilic présente trois états différens, suivans qu'on l'examine au commencement, au milieu ou à la fin de la grossesse.

On a cherché à expliquer la saillie formée par l'ombilic aux approches de l'accouchement, par la présence de circonvolutions intestinales engagées dans cette partie, et formant une sorte de hernie; mais ceci n'a jamais été constaté. Il faut croire que ce phénomène est dû plutôt à la présence d'un peu de sérosité dans l'ombilic.

Le développement des parois abdominales ne tient pas seulement aux modifications que la grossesse apporte dans l'utérus; on l'observe aussi dans le cas de suppression des règles tout à fait étrangère à l'état de gestation, et il tient alors au météorisme, ce qui en est la conséquence. Ce météorisme se lie, en général, à certains phénomènes ayant pour siége les parties génitales. Bien plus, on le rencontre chez quelques femmes avant l'apparition des menstrues, pendant leur écoulement ou bien après qu'elles ont cessé de couler. On l'observe encore chez les femmes récemment accouchées jusqu'au rétablissement des menstrues. Enfin, et c'est la dernière remarque, il existe chez les nourrices; cela tient sans doute, chez elles, à l'absence des règles; car quand celles-ci reparaissent le ventre reprend son volume ordinaire.

Modification que présente dans la grossesse le segment inférieur de l'utérus.

Dans le cours de la gestation, le col utérin subit quelques modifications particulières d'autant plus importantes à étudier, qu'à une certaine époque de la grossesse, c'est le seul moyen qui puisse servir à faire reconnaître qu'une femme est enceinte.

Dans l'état de vacuité chez une femme qui n'a point eu d'enfant, le col de l'utérus se présente sous forme d'un cône faisant dans le vagin une saillie de 8 à 10 lignes, d'une certaine consistance, offrant à son sommet une dépression qui produit au doigt une sensation que A. Dubois a comparée avec raison à celle qui résulte de l'application du doigt sur les cartilages du nez. Cette dépression est formée par l'orifice utérin, et celui-ci, dont la direction est transversale, est placé plus en arrière qu'en avant, disposition qui explique la longueur plus considérable de la lèvre antérieure.

Chez la femme qui a eu des enfans, la forme du col est moins régulière, sa consistance plus variable; la différence de saillie des deux lèvres n'est pas aussi prononcée, l'orifice est plus considérable, ses bords présentent quelques irrégularités par suite de quelques dilacérations qu'il a éprouvées.

Lors de la grossesse, cette partie de l'utérus subit plusieurs modifications. Ainsi sa forme est altérée, la saillie qu'il formait, de conoïde qu'elle était, devient cylindroïde, il se ramollit; la lèvre antérieure diminue de longueur: toutes deux sont alors à peu près égales; l'orifice semble s'arrondir. Toutes ces modifications, à part peut-être le changement dans la forme de l'orifice, peuvent être facilement appréciées, surtout par une personne un peu expérimentée.

De tout ce qui a été dit, il résulte que dans les cas où il y aura soupçon de grossesse, si l'on observe dans l'abdomen un corps saillant, d'une consistance modérée, présentant une sorte de fluctuation, s'élevant du bassin, subissant une ascension régulière et graduée, et finissant par déterminer une saillie considérable du ventre; d'un autre côté, si le col a subi toutes les modifications que l'on vient d'énumérer, ces circonstances ne laissent plus guère de doute sur l'existence de la grossesse. Ainsi l'on voit comment, par l'examen de l'abdomen et par le toucher vaginal, l'on peut arriver à reconnaître qu'une femme est enceinte; d'où il faut conclure que ces signes sont précieux.

Mais il convient d'étudier chacun de ces signes en particulier, car ils peuvent se rencontrer chez des femmes non enceintes.

Et d'abord, le développement de l'abdomen: pour le vulgaire, il suffit qu'une femme présente le développement du ventre pour croire à l'existence de la grossesse. Ce signe peut être en effet considéré comme important; mais il n'est pas exempt d'erreur, et il n'offre de valeur qu'à condition qu'il sera accompagné de quelques autres modifications; ainsi les vergetures. Celles-ci cependant peuvent se présenter toutes les fois que le ventre se sera développé d'une manière assez brusque; elles sont par conséquent peu importantes. Mais il n'en est pas de même des modifications qui surviennent dans l'ombilic.

L'on a vu précédemment que celui-ci ou présentait un enfoncement considérable, ou se trouvait placé au niveau des parois abdominales, ou bien enfin faisait une saillie au-dessus de la peau, suivant que la grosseur était plus ou moins avancée. Ceci paraît avoir peu de valeur d'abord, et l'on dit que toutes les causes de distension du ventre étrangères à l'état de gestation pourraient produire les mêmes phénomènes; cependant il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi. Il faut attacher à ce signe une certaine importance; ainsi lorsque ces modifications de l'ombilic coïncident avec le développement du ventre, l'on pourra soupçonner une grossesse. Au contraire, l'absence de ces modifications de l'ombilic peut faire assurer, malgré l'existence du développement du ventre, qu'une femme n'est pas enceinte.

Mais cette saillie du ventre n'a de valeur que par la cause qui la produit. Or, cette tumeur offre un volume plus ou moins considérable, augmentant par degrés; elle donne un son mat à la percussion, elle présente des alternatives de tension et de relâchement qui se manifestent surtout par l'application des mains sur l'abdomen.

Si on déprime les parois abdominales, on sent que cette tumeur renferme un corps mobile; que l'on ajoute à cela le signe fourni par les modifications du col, et l'on aura des raisons suffisantes pour croire à une grossesse.

Cependant, il peut se présenter des cas douteux, et l'on a vu des hommes instruits se tromper quelquefois. Il y a plusieurs causes d'erreur: d'abord, les parois abdominales peuvent être développées par une hydropisie ascite; mais dans ce cas, outre qu'il n'existe aucun autre signe de grossesse, que par conséquent l'erreur n'est pas facile, la saillie formée par le ventre n'est pas la même dans les deux cas: ainsi, dans l'ascite, celui-ci est uniformément développé, dans le sens antéro-postérieur comme transversalement; dans la grossesse, au contraire, c'est toujours le premier de ces diamètres qui est le plus considérable; dans l'ascite, la fluctuation est très manifeste, de sorte qu'il suffit d'appliquer la main sur un point de l'abdomen et de frapper légèrement de l'autre main le point diamétralement opposé pour très bien percevoir la fluctuation. Dans la grossesse, le même phénomène n'a pas lieu, quoiqu'il existe de l'eau dans la cavité utérine. Il est facile de se rendre compte de cette dernière circonstance: le liquide, poussé par la main qui percute rencontrant le fœtus ne peut aller heurter la paroi sur laquelle l'autre main est appliquée; mais si l'on rapproche les mains l'une de l'autre, si la percussion est pratiquée dans un point moins éloigné de l'autre main, alors c'est différent: l'on peut sentir, non pas un choc comme dans le cas précédent, mais une fluctuation de léger frottement produite par le liquide. Par conséquent, la fluctuation bien perçue, bien évidente, est un signe négatif dont il faut tenir beaucoup de compte. Il faut dire encore que le ventre se développe beaucoup plus lentement dans l'ascite pendant la grossesse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 5 avril.

Physique physiologique. — 1° *Mouvement rotatoire du camphre.* M. Dutrochet lit une note sur le mouvement rotatoire du camphre à la surface de l'eau.

On se rappelle qu'il y a quelque temps cet habile observateur a lu un travail dans lequel il s'efforçait de rattacher ce phénomène curieux à une action électrique. La note qu'il a lue aujourd'hui a pour but de confirmer la même doctrine. Ayant suspendu une parcelle de camphre au moyen d'un brin de soie à une petite distance de la surface d'un vase contenant une eau bourbeuse, M. Dutrochet a observé au microscope qu'une foule de molécules argileuses se précipitaient vers le point où était le camphre, et étaient ensuite repoussées au loin pour y être attirées de nouveau. Il y a là évidemment, selon l'auteur, un phénomène d'attraction et de répulsion électrique.

2° *Évaporation artificielle de l'eau.* — M. Pelletan lit un mémoire ayant pour but de démontrer qu'on peut évaporer 50 à 100 kilogrammes d'eau à l'aide d'un seul kilogramme de charbon, et remplacé, au besoin, le combustible par la seule force brute des bras d'un homme ou du corps d'un cheval. Cet énoncé, qui semble paradoxal, l'auteur dit l'avoir mis en pratique, et se fait fort de le démontrer à l'Académie à l'aide de ses appareils. Entr'autres applications qu'on pourra faire de sa découverte, l'auteur mentionne la distillation de l'eau de mer à l'aide des seuls bras de l'homme et sans combustible.

3° *Des hivers rigoureux de la France.* — M. le docteur Fuster, connu par ses intéressantes recherches sur les maladies de la France, commence la lecture d'un mémoire sur les climats rigoureux à dater du huitième siècle. Ce travail offre des rapprochemens curieux. L'auteur se propose d'en faire l'application à la médecine. Nous attendrons que cette lecture soit terminée pour en rendre un compte plus détaillé.

4° *Fonctions des nerfs rachidiens.* — M. Longet écrit pour inviter la commission déjà nommée par l'Académie, à constater les nouveaux faits, par lui avancés, sur les fonctions des nerfs rachidiens. M. Flourens, secrétaire perpétuel, déclare avoir assisté aux expériences de M. Longet, et s'être assuré, de la manière la plus certaine de l'exactitude des assertions de l'auteur, savoir: que contrairement à l'opinion de Ch. Bell et de M. Magendie, les racines antérieures sont uniquement destinées au mouvement, et les postérieures au mouvement exclusivement.

Spécialités. 1° *Myopie.* — M. Bourjot écrit pour revendiquer la priorité de l'étiologie de la myopie sur M. Guérin, non en sa faveur exclusivement, mais pour plusieurs auteurs d'ophthalmologie. Il combat ensuite la ténotomie dans cette affection, comme dangereuse et absurde. L'étiologie elle-même lui paraît fausse dans la majorité des cas.

« L'on sait, dit il, que par la ténotomie dans le strabisme, on corrige occasionnellement la myopie de l'œil affecté, mais ce n'est pas une raison pour couper les muscles droits et les deux obliques dans le cas de myopie, si l'on ne veus donner à son malade l'œil fixe et hagard d'un *taureau furieux, d'un lièvre effrayé.* Le principe de M. Guérin, qui est celui de tout le monde, il est vrai, mais l'application m'en paraît forcée, dangereuse. »

2° *Surdité.* — M. Ducros écrit contre la réclamation que M. Deleau avait adressée à la dernière séance. La cautérisation qu'il pratique dans le fond de la gorge a, dit-il, pour but, non de combattre un état catarrhal de la trompe d'Eustache comme le font MM. Deleau, Bonnet, Pétrequin et plusieurs autres, mais bien d'exciter immédiatement le nerf auditif, à l'aide du nitrate acide de mercure.

L'auteur dit procéder de la manière suivante à cette opération: de la main gauche il paralyse (textuel) la langue et les muscles de la région sus-hyoïdienne en les comprimant, afin de prévenir les efforts de vomissement; de la main droite il comprime d'abord avec le doigt indicateur l'entrée de la trompe d'Eustache, et s'assure par là si le nerf est encore sensible et la surdité guérissable ou non, puis il cautérise. Il assure qu'en une minute des individus qui n'entendaient même pas le canon, acquièrent la faculté d'entendre la parole.

2° M. Colombat (de l'Isère) revendique pour lui la priorité du procédé de la section sous-cutanée des muscles génio-glosses dont a parlé M. Bonnet.

ROGNETTA.

RECHERCHES RELATIVES A LA DÉTERMINATION DE L'AGE DES LÉSIONS DES PLÈVRES ET DES POUMONS, AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL;

Par M. LEBLANC, médecin-vétérinaire, etc. (1)

La brochure dont nous allons rendre compte, émane d'un de ces observateurs *exacts* qui font de l'anatomie pathologique une science fondamentale à laquelle ils rattachent toutes les maladies. Ce mode de travail, difficile, lent, le seul qu'on puisse appeler véritablement travail en pathologie, fondé par Morgagni et Bichat, a été importé en médecine vétérinaire par l'infatigable Dupuy, et continué avec succès par ses nombreux élèves, entre autres, par M. Leblanc, qui s'est constitué aujourd'hui le champion de l'anatomie pathologique vétérinaire en France, l'antagoniste le plus redoutable de l'école d'Alfort. Ce préambule et le titre de ce mémoire font déjà pressentir de quelle matière nous allons nous occuper. Il s'agit, non d'une question générale, mais d'un sujet d'application de l'anatomie pathologique aux intérêts commerciaux que les tribunaux sont chaque jour appelés à juger; d'une loi, en un mot, émanée en 1838, concernant les vices dits *rédhibitoires* des animaux domestiques.

On appelle vice rédhibitoire en médecine légale, certaines conditions morbides qui autorisent l'acheteur à déclarer nulle la vente d'un animal, et à obliger le vendeur à reprendre sa marchandise au même prix de l'achat. La rédhibition, ou la cassation de la vente, constitue donc un fait grave prévu par la loi, et que les experts vétérinaires sont fort souvent appelés à apprécier.

Cette loi est ainsi conçue:

« ART. PREMIER. Sont réputés vices rédhibitoires les maladies ou les défauts ci-après, savoir:

» Pour le cheval, l'âne et le mulet:

» La fluxion périodique des yeux;

» L'épilepsie ou mal caduc;

» La morve;

» Le farcin;

» Les maladies anciennes de poitrine, ou vieilles courbateurs;

» L'immobilité;

» La pousse;

» Le cornage chronique;

» Le tic, sans usure, des dents;

» Les hernies inguinales intermittentes;

» La boiterie intermittente par cause de vieux mal.

» ART. 3. Le délai pour intenter l'action redhibitoire sera, non compris le jour fixé pour la livraison, de trente jours pour le cas de fluxion périodique des yeux et d'épilepsie ou mal caduc; de neuf jours pour tous les autres cas.

» ART. 7. Si pendant la durée des délais fixés par l'art. 3 l'animal vient à mourir, le vendeur ne sera pas tenu de la garantie, à moins que l'acheteur ne prouve que la perte provient de l'une des maladies spécifiées dans l'article premier. »

M. Leblanc fait observer avec raison que cet article 7 serait bien rarement appliqué, si au nombre des maladies rédhibitoires on ne comptait pas *les maladies anciennes de poitrine*, que les vétérinaires nomment vieilles courbatures, *la morve* et *le farcin*; car les autres maladies, outre qu'elles n'occasionnent pas ordinairement la mort dans les neuf jours qui suivent la vente de l'animal, elles laissent rarement des traces appréciables dans les organes. Il est donc d'observation que lorsqu'un cheval, un âne, un mulet, meurent dans les neuf jours qui suivent la vente, le médecin légiste n'a guère qu'à examiner si l'animal a succombé à une *maladie ancienne de poitrine* ou *vieille courbature.*

C'est là précisément la question toute pratique que M. Leblanc s'est proposé d'examiner dans ce travail. Cette question se réduit en d'autres termes à ceci. Vous achetez un cheval: ce cheval meurt dans les neuf jours qui suivent la vente; vous intentez une action rédhibitoire au vendeur; le tribunal désigne des experts qui, d'après les termes de la loi, n'ont autre chose à faire qu'à examiner les organes thoraciques du cadavre. S'ils trouvent des adhérences, ils diront: *oui, il y a vieille courbature;* la rédhibition sera prononcée. S'ils n'en trouvent pas, la vente sera maintenue. Cependant tout le monde comprend que la cause de la mort peut exister ailleurs que dans la poitrine, être antérieure à l'époque de la vente, et être bien plus légitime encore que les adhérences thoraciques pour motiver la restitution du prix.

Telle est la loi: elle commande en souveraine absolue, elle vous dit: « *Tu n'iras pas plus loin!* » M. Leblanc a raison de dire à ce sujet: « En étudiant l'article 7 précité, je l'ai souvent comparé à une loi qui condamnerait à mort un assassin qui aurait plongé un poignard dans la poitrine d'un homme, tandis qu'elle absoudrait un meurtrier qui aurait fait sauter la cervelle à un autre individu. »

Pourquoi, en effet, une autopsie qui dévoilerait, par exemple, une rupture anévrismale dans le bas-ventre, une ulcération perforante de l'intestin, un épanchement cérébral provenant d'une ossification ou autre lésion artérielle ancienne, etc., n'autoriserait-elle pas à regarder ces lésions comme autant de vices rédhibitoires? Non; la loi de 1838 le veut ainsi!! Comment cette loi a-t-elle pu être formulée par l'autorité, sans consulter ni l'Académie des sciences, ni l'Académie de médecine?

Mais ce n'est pas tout: une question préjudicielle grave s'élève au sujet des adhérences thoraciques elles-mêmes qui constituent le vice rédhibitoire: c'est de savoir si ces adhérences sont anciennes ou récentes, antérieures ou postérieures à la vente; car ainsi que nous venons de le voir, elles ne rentrent que dans le premier cas seulement dans le texte de la loi. C'est là la question fondamentale que M. Leblanc s'est proposé de résoudre tout d'abord; il la pose d'une manière plus large que nous ne l'avons fait: « La question, dit-il, se réduit donc à savoir quelles sont les maladies de poitrine qui peuvent produire la mort dans l'espace de neuf jours et moins; quelles sont celles dont l'origine date infailliblement de plus de neuf jours, et enfin quels sont les caractères physiques de ces lésions. »

Malheureusement, jusqu'à ces dernières années, la science vétérinaire n'apprenait rien sur les caractères distinctifs des adhérences anciennes et récentes; et il est plus d'une fois arrivé que des erreurs graves avaient été commises par les experts au préjudice du vendeur ou de l'acheteur. « En étudiant ces faits, dit l'auteur, j'ai fréquemment eu l'occasion de remarquer que de nombreuses erreurs avaient été commises, et que des lésions toutes récentes avaient été prises pour des lésions très anciennes. »

(1) Brochure in-8° de 91 pages. — Paris, 1841; chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les nombreuses expériences qu'il a faites depuis plusieurs années pour éclaircir cette grave question ; nous ferons remarquer seulement que la seule différence qu'il a pu saisir entre les fausses membranes anciennes et les fausses membranes récentes de la poitrine consiste dans la forme et dans la structure de ces productions. Les anciennes offrent constamment une forme allongée et étranglée dans leur milieu, analogue à celle de certains muscles digastriques ; ce qui dépend probablement des extensions continuelles, en sens inverse, qu'elles éprouvent par le double mouvement respiratoire du poumon et des côtes ; comme la fausse membrane adhère à ces deux parties à la fois elle se trouve incessamment tiraillée en sens opposée ; elle s'allonge, s'amincit et forme à la longue une sorte de collet vers son milieu, tandis que les fausses membranes récentes ne présentent rien de pareil ; elles sont de forme plus ou moins irrégulière à leur contour, mais sans collet mitoyen qui assimile les autres à une sorte de besace. L'autre différence que M. Leblanc a pu saisir est basée sur la structure de la fausse membrane. Lorsqu'elle est ancienne, elle est peu vascularisée et peu épaisse tandis qu'elle présente un grand nombre de vaisseaux dans sa substance, si elle est récente. Ces différences organiques sont sans doute tranchées pour les fausses membranes dont l'âge est très différent ; mais lorsqu'elles n'existent que depuis peu de jours la chose est fort embarrassante pour l'expert qui n'a pas suivi ces sortes de travaux. Or, c'est précisément sur ce point que porte le plus souvent la question d'expertise légale que M. Leblanc s'est proposé d'examiner, car il s'agit de décider si la fausse membrane est antérieure ou postérieure aux neuf jours de la vente de l'animal. En suivant jour par jour la marche des fausses membranes artificielles, M. Leblanc n'a pu trouver aucun caractère différentiel jusqu'au seizième jour ; les fausses membranes se ressemblent toutes sous tous les rapports ; mais à compter de ce moment les caracères distinctifs ci-devant mentionnés se dessinent, de sorte que si à l'autopsie la fausse membrane présente un collet moyen et peu de vascularité apparente, on peut être certain, d'après l'auteur, qu'elle date de plus de neuf jours, c'est-à-dire de seize jours au moins, et elle constitue un vice redhibitoire. L'absence de ces conditions n'autorise donc pas l'expert à déclarer nulle la vente, ainsi que cela est souvent arrivé par erreur jusqu'à présent. On voit bien par ces recherches que la fausse membrane peut dater de plus de neuf jours, de quatorze, de quinze jours même et constituer par conséquent à la rigueur un vice rédhibitoire ; mais la science n'a pas jusqu'à ce jour de données suffisantes pour distinguer la même lésion qui date de moins de neuf jours, puisqu'en abattant les animaux jour par jour, M. Leblanc n'a pu trouver aucune différence dans les fausses membranes jusqu'au seizième jour.

Le travail de M. Leblanc doit, en conséquence, rendre dorénavant l'expert très circonspect dans l'appréciation du vice rédhibitoire dont il s'agit ; il ne pourra plus dire au juge : oui, la vente de tel animal est nulle parce que j'ai trouvé dans la poitrine les fausses membranes voulues par la loi de 1838 ; il doit examiner attentivement celles-ci et déterminer leur âge, s'abstenir de prononcer si la lésion n'offre pas les caractères que l'observation attentive vient de signaler. Ce court énoncé d'un des points traités dans la brochure de M. Leblanc, fait déjà sentir la grande importance pratique des recherches que cet habile observateur met aujourd'hui sous les yeux du public ; nous ne pouvons qu'en recommander la lecture aux médecins humains comme aux médecins vétérinaires.

X...

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

M. Guérin écrit, dans le numéro du 3 avril, de la *Gazette des Hôpitaux*, que la réclamation que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Institut relativement à la myopie, repose sur une équivoque. Je crois que les préoccupations de M. Guérin l'ont empêché de bien apprécier les faits. Afin qu'il ne reste plus de doute dans son esprit, je rapporterai son texte en regard du mien.

Texte de M. Guérin.	*Texte de ma brochure.*
3° Très fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est, lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit rétracté, mais à un faible degré.	Page 88 : Une remarque générale, toujours la même, c'est que les yeux déviés par le grand-oblique étaient myopes, et qu'aussitôt après l'opération la vue devenait longue.
4° La moitié antérieure du globe de l'œil est conique ; la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts.	Page 124 : Le globe étant écrasé dans la moitié de sa circonférence par les deux tendons des obliques, forme une convexité en avant, et la myopie est le résultat de cette modification.
5° Le traitement actif de la myopie mécanique doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou rétractés.	Après les opérations, on a obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que le grand-oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée, et la myopie a été guérie.
7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs ; mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement.	Page 89 : Cette modification de la vue est le résultat du déplacement de la lentille ; déplacement, comme on le voit, tout à fait sous la dépendance de la contraction des muscles obliques.

En résumant les faits contenus dans ma brochure, j'ai terminé ce travail par le passage suivant, page 120 :

« Une observation qui s'est toujours présentée de la même manière, c'est celle de la myopie lorsque le muscle grand oblique était contracté ; cette myopie cessait, la vue devenait longue aussitôt après la division de ce muscle. N'est-on pas autorisé à penser que cette myopie est sous la dépendance de cette contraction musculaire ?

Après les guérisons obtenues par cette opération, après ce que nous avons vu de la manière d'agir de ce muscle sur le globe de l'œil, ne peut-on pas espérer pouvoir améliorer l'état des myopes en coupant le tendon du muscle grand oblique ?

M Guérin dit que je n'ai pas opéré de vrais myopes : qu'en sait-il ? Pour se donner raison, il commence par me supposer dans l'erreur. Jusque-là, ce n'était que plaisant. Mais voici ce qui n'est pas loyal, et ce qui me fait dès aujourd'hui renoncer à toute discussion avec M. Guérin. Dans sa lettre, il écrit : « Or, qu'a dit et fait M. Phillips ? Je cite textuellement. » Et en effet, M. Guérin cite mon texte, mais en le surchargeant de la phrase suivante : « *Chez les personnes atteintes de strabisme compliqué de myopie.* » Je défie M. Guérin de la montrer dans mon ouvrage ; si dans ma pensée il eût été question de myopie compliquant le strabisme, cette phrase, qui altère ma proposition, eût été imprimée et elle ne l'est pas.

La différence qui existe dans nos deux opérations, c'est de couper ou les obliques ou les muscles droits : c'est à l'expérience à démontrer laquelle des deux est la meilleure.

M. Guérin ne sait pas toujours ce qu'il dit ou ce qu'il veut dire. Opposons, par exemple, M. Guérin du 15 mars à M. Guérin du 29 mars.

Le 15 mars, il dit que la moitié antérieure du globe de l'œil est conique, *les parties latérales* du globe oculaire sont déprimées ; aplaties dans la direction des muscles trop courts, etc.

Le 29 mars, il dit que la myopie mécanique est le résultat d'un raccourcissement de l'œil, d'une dépression *antéro-postérieure !* De sorte que, en quinze jours, voilà l'œil myope déprimé latéralement d'abord, et ensuite d'avant en arrière !

Tout ceci peut trouver son explication.

L'œil était déprimé latéralement, lorsque M. Guérin croyait l'avoir indiqué le premier ; alors il pouvait dire : *Je l'avais dit dans mes conférences.* Mais voilà que M. Carron du Villards vient apprendre à M. Guérin que sir Everard Home et Ramsdem ont publié ce fait avant que M. Guérin ne *l'eût dit dans ses conférences* ; et huit jours après la lettre de M. Carron du Villards, M. Guérin déprime l'œil d'avant en arrière pour avoir quelque chose de nouveau *à dire dans ses conférences !*

Je conclus de cet exposé : 1° que la myopie dans le strabisme, et sa disparition dans ce cas par la myotomie, sont des faits démontrés depuis long-temps (1) ; 2° que j'ai formellement indiqué la myotomie comme moyen de guérison de la myopie indépendante du strabisme.

Agréez, etc.

Ch. PHILLIPS.

(1) J'ai adressé ma première communication à l'Institut, dans le mois de juillet 1840.

Le 2 mai prochain aura lieu l'ouverture, devant la Faculté de Paris, du concours pour une chaire de pathologie externe, et une chaire de clinique chirurgicale dans la Faculté de Strasbourg.

Les deux professeurs désignés professeront alternativement pendant un semestre la pathologie ou la clinique chirurgicale, de sorte que ces cours auront toujours lieu tous les deux à la fois.

Les épreuves se composeront :

1° D'une question écrite faite dans les règles ordinaires ;
2° D'une épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation ;
3° D'une épreuve orale après trois heures de préparation ;
4° D'une épreuve clinique faite dans l'une des salles de clinique chirurgicale et selon les formes usitées ;
5° D'une thèse et de son argumentation.

— M. le professeur Piorry commencera lundi prochain 12 avril ses leçons de clinique médicale, dans son service à l'hôpital de la Pitié.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS, IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 8 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 44. TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Nouveau procédé opératoire contre le bégaiement.

Avant de procéder à la nouvelle opération dont nous allons rendre compte, M. Velpeau a montré à la clinique un jeune bègue qu'il avait opéré quinze jours auparavant par la section des muscles génio-glosses. La plupart des personnes présentes à la leçon, avaient pu examiner ce bègue tout à leur aise avant l'opération, et avaient pu se convaincre de la difficulté qu'il éprouvait dans la prononciation d'une foule de mots. Pour peu qu'il fût ému, il ne pouvait pas proférer une seule parole. Eh bien! aujourd'hui, 31 mars, seize jours après l'opération, il parle avec une telle facilité, qu'il serait difficile de dire qu'il a jamais bégayé. C'est là un succès que tous les élèves qui suivent le service de M. Velpeau ont été à même de constater.

Le bègue dont nous avons parlé dans le numéro du 25 mars de la *Gazette des Hôpitaux*, et que M. Velpeau a opéré par l'excision d'une portion triangulaire du bout de la langue, a éprouvé aussi une amélioration très notable. Nous l'avons revu, il y a six jours, et tout nous porte à penser qu'il n'aura pas à se repentir de l'opération. Disons cependant, pour être juste, que ce résultat est loin d'être aussi satisfaisant que celui que nous venons de mentionner.

L'opération dont il nous reste à parler a été pratiquée à l'hôpital de la Charité, le 30 mars dernier. Avant de montrer le malade dans l'amphithéâtre, M. Velpeau a insisté sur la part qui revient à chaque chirurgien dans l'opération relative au bégaiement. Deux mois à peine se sont écoulés, dit-il, depuis les premières annonces de cette opération, et déjà on semble en avoir oublié les véritables inventeurs. Pendant que les dates sont encore récentes, rétablissons exactement les faits.

C'est en janvier que M. Dieffenbach a opéré son premier bègue. Les premiers essais de M. Phillips ont été montrés le 6 février. La méthode de M. Dieffenbach, celle de M. Phillips, n'étaient point encore connues parmi nous le 16 février. Ces méthodes n'en restent pas moins la propriété des chirurgiens que nous venons de nommer, et diffèrent d'ailleurs essentiellement de ce qui a été fait d'un autre côté.

J'ai pratiqué, ajoute M. Velpeau, la section des muscles *génio-glosses près des apophyses geni, en public*, à l'hôpital de la Charité, le 14 février, à huit heures du matin, opération que j'avais d'ailleurs annoncée publiquement le samedi, 13, à la Société philomatique, et que je mentionnais depuis dix jours à l'hôpital de la Charité. Bonne ou mauvaise, cette opération m'appartient donc comme invention et comme application première; je n'ai vu nulle part, du moins, qu'il en ait été question ou qu'elle ait été pratiquée en public avant moi. Ce fait est d'ailleurs assez bien établi pour que M. Phillips en ait loyalement tenu compte dans sa brochure sur le bégaiement. Comment et pour qui ne le serait-il pas, puisque tous les journaux de médecine l'on constaté dans leur compte-rendu de l'Académie de médecine, séance du 16 février. Que chacun maintenant réclame son procédé dans cette méthode, je le trouve tout simple; mais, quant à l'idée-mère, à la méthode, je ne vois pas pourquoi je me la laisserais enlever par des personnes qui, plus tard, m'accuseraient peut-être de la leur avoir empruntée. Au reste, la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 20 mars), a reproduit ce que j'ai tenté relativement au bégaiement jusqu'au 15 mars, avec assez d'exactitude, pour que je me dispense d'y revenir aujourd'hui.

Maintenant nous avons à faire l'application d'un autre procédé. La méthode opératoire de M. Dieffenbach, actuellement connue, et les nombreux succès qu'il paraît avoir obtenus, et que je suis loin de contester lorsqu'ils viennent de la part d'un homme qui occupe un si haut rang dans la science, m'ont donné l'idée d'atteindre le même résultat que le chirurgien de Berlin, en suivant une route qui, je dois le dire, me paraît moins effrayante. On sait, en effet, que M. Dieffenbach enlève avec l'instrument tranchant, sur le dos de la langue, près de sa racine, une espèce de coin ressemblant en quelque sorte à une *tranche de melon*. J'avoue qu'une pareille opération a pour moi quelque chose d'assez effrayant; c'est pourquoi nous allons essayer, sur un jeune malade que je vais vous présenter, d'obtenir par la ligature ce que M. Dieffenbach obtient à l'aide du bistouri. Si le résultat est le même, je pense que plus d'un praticien lui donnera la préférence (1).

Disons, avant tout, que cette méthode ne me paraît pas, jusqu'à présent, devoir convenir dans tous les cas. Je ne la crois préférable que pour certaine variété de bégaiement. Le jeune sujet que nous allons opérer, et qui est ici présent, me semble nous fournir l'occasion d'expliquer cette méthode.

M. Velpeau engage en ce moment ce jeune homme à parler; mais il lui est absolument impossible d'en obtenir une seule parole. On le dirait muet, si le mouvement de ses lèvres et les efforts violens qu'il fait ne décelaient son véritable état. La langue de ce jeune homme est très longue; elle peut toucher le bout du nez et le menton. MM. Colombat (de l'Isère) et Phillips, présens à cette séance, ont constaté ce fait, comme tous les autres assistans.

Avant de procéder à l'opération, M. Velpeau fait l'expérience suivante: Avec une pince ordinaire il saisit le dos de la langue du sujet, et soulève cet organe; dès-lors le malade qui avant n'avait pas pu prononcer une seule parole, prononce quelques mots. Ce fait, dit M. Velpeau, doit nous donner des espérances, et l'opération est commencée.

Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée et fixée sur la poitrine d'un aide; une aiguille chargée de quatre fils est préalablement préparée. M. Velpeau saisit avec un linge, de la main gauche, le bout de la langue et attire cet organe le plus possible au-dehors. Cela fait, avec la main droite il passe transversalement, au niveau du tiers postérieur de la longueur de la langue, et vers le milieu de l'épaisseur de cet organe, l'aiguille préalablement préparée. Après quoi l'aiguille est retirée et les fils, au nombre de quatre de chaque côté de la langue, sont disposés de la manière suivante: On en prend deux de chaque côté pour donner plus de solidité à la ligature, et on les lie ensemble sur le dos de la langue le plus en arrière possible. Les quatre autres qui restent sont ensuite liés en avant. On comprend facilement que ces deux ligatures circonscrivent alors sur le corps de la langue un coin qui disparaîtra par la mortification des tissus comprimés par les fils, et qu'on aura, en définitive, une perte de substance comme par la méthode de Dieffenbach. M. Velpeau serra les fils avec une certaine force, et prévint que si le résultat était avantageux, on pourrait confectionner un instrument capable d'opérer cette constriction avec plus de facilité.

Le malade ne parut pas souffrir beaucoup de cette opération. Immédiatement après, il put prononcer quelques paroles que toutes les personnes présentes entendirent très distinctement.

Il restait à savoir quelles seraient les suites de cette opération en elle-même. M. Velpeau fut très contrarié que le malade ne voulût pas rester dans le service pour que tous les élèves pussent observer les suites de l'opération. Cependant il promit de revenir tous les deux jours.

Nous avons tenu compte de tout ce qui s'est passé, et en voici le relevé: Les quatre premiers jours qui suivirent l'opération la langue prit un accroissement assez considérable; les parties voisines se tuméfièrent aussi, mais aucun accident sérieux n'est survenu. Quelques sangsues autour du cou, des gargarismes, ont suffi pour ramener le calme. Nous l'avons vu avant-hier à l'hôpital, et il ne

(1) Les succès par l'incision ou l'excision sur divers points des muscles de la langue sont assez nombreux pour qu'il soit permis de conclure que, dans un certain nombre de cas au moins, le bégaiement est une affection locale. Dans cette supposition, l'introduction d'un corps étranger quelconque, quelque ténu qu'il soit, dans ces parties, l'action de l'électro-puncture seule peut-être, pourrait déterminer la cure de cette infirmité. Nous croyons devoir inviter les chirurgiens à faire quelques essais dans ce but; il serait, ce nous semble, bien préférable d'agir de cette manière que par une opération sanglante et douloureuse, et qui n'est pas toujours sans danger. (*Note du Rédacteur.*)

FEUILLETON.

DE LA FORMATION DES RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES, ET DE LEUR MANIÈRE D'ÊTRE;

Par le Dr HUBERT-RODRIGUES,
Professeur-agrégé à la faculté de médecine de Montpellier.

(Suite du n° 10.)

L'inflammation de l'urètre dans la blennorrhagie n'attaque ordinairement que la superficie de la membrane muqueuse; elle peut alors durer long-temps sans donner lieu à d'autres phénomènes qu'à un sentiment de douleur et de cuisson pendant le passage des urines et dans l'érection, et à un écoulement, plus ou moins abondant, d'une couleur variable, et qui tache le linge à l'état chronique; elle est accompagnée seulement d'une légère démangeaison et d'un suintement blanchâtre qui paraît surtout le matin, et auquel on a donné le nom de *goutte militaire*. Cette inflammation, blennorrhagique ou de toute autre nature, ne reste pas toujours aussi bornée; elle peut s'étendre à toute l'épaisseur de la membrane muqueuse, au tissu cellulaire sous-jacent et au tissu spongieux de l'urètre. Dans ces cas les phénomènes changent de face, et varient suivant les périodes de la phlegmasie.

Dans la première période, il survient assez souvent une rétention d'urine par l'abord des fluides et la tuméfaction des parties, et que les antiphlogistiques combattent avec avantage. C'est aussi sur ces moyens qu'il faut insister pour obtenir la résolution de la phlegmasie; car si la seconde période se déclare, les tissus engorgés deviennent friables, se ramollissent, se déchirent avec une grande facilité; puis, en dernier lieu, l'absorption enlève les matériaux fluides, et laisse un endurcissement plus ou moins considérable; c'est-à dire que le rétrécissement organique par induration est formé. Désormais la cause la plus simple produira de l'irritation dans ces parties; les actes que nous venons de signaler se répéteront, et le rétrécissement ira croissant de jour en jour.

Cette altération pathologique est très commune parce que les hommes de l'art n'attachent pas assez d'importance au traitement abortif de l'inflammation urétrale, et à cause de la négligence des malades, qui souvent n'appellent un médecin que lorsque la miction est très difficile, ou, en d'autres termes, lorsque le rétrécissement est constitué.

J'ai vérifié cette induration dans plusieurs ouvertures de cadavres. Après avoir incisé le canal dans toute sa longueur, on trouve un point rétréci, qui commence et se termine d'une manière insensible, plus saillant dans la partie moyenne. La muqueuse qui le recouvre est tantôt à l'état normal, tantôt, au contraire, elle est froncée, et dans d'autres cas elle est lisse, unie, blanchâtre, sèche, sans aucune trace de follicules et de villosités. On éprouve quelque difficulté pour la séparer du tissu sous-jacent, car elle y adhère d'une manière intime. Ce tissu est dur, résistant, d'une couleur blanchâtre tirant sur le jaune, fibreux, et même fibro-cartilagineux dans le centre. Insensiblement il reprend les caractères du tissu cellulaire. Lorsque le tissu spongieux a été malade, ses aréoles ont disparu pour faire place à des matériaux nouveaux qui se sont organisés, et s'opposent à la rectitude de la verge dans l'exercice des fonctions copulatives. Il en résulte ce qu'on appelle la corde, que l'on peut reconnaître par le toucher.

Dans l'induration tout à fait extérieure, sans altération des parois de l'urètre, celles-ci peuvent être rapprochées; mais, par la dissection, on s'assure de leur état d'intégrité parfaite.

Ce que nous venons de dire peut être vérifié dans tous les conduits de l'économie; ainsi, dans l'inflammation de la surface villeuse ou sécrétoire de la muqueuse des voies lacrymales, des fosses nasales, des bronches, du rectum, etc., on retrouve ces flux catarrhaux opiniâtres sans altération profonde du tissu; mais si la phlegmasie attaque l'épaisseur de la membrane et le tissu sous-muqueux, l'induration et le rétrécissement de ces conduits ne tardent pas à se manifester. Car les tissus semblables sont exposés aux mêmes maladies, et se comportent de la même manière. Au reste, examinez ce travail lorsqu'il se passe à l'orifice du canal; d'abord rouge, injecté, ramolli, le tissu voisin devient dur, coriace, et on sent par la pression un noyau d'une consistance insolite, quelquefois saillant au-dehors. On peut suivre ces phénomènes des yeux.

Après les causes externes qui produisent la contusion, l'inflammation du canal, du périnée, des bourses, et à la longue des rétentions d'urine, il se développe une induration diffuse ou circonscrite du tissu sous-muqueux, spongieux, et des autres parties voisines du canal, qui rétrécit le calibre de l'urètre, ou aplatit simplement ce conduit par la compression.

Lorsque le canal a été déchiré, il est rare que l'inflammation consécutive se termine par résolution et par une espèce de réunion immédiate; c'est une chose impossible s'il est arrivé une perte de substance dans la membrane muqueuse, dans les parois du canal, ou dans les tissus environnans. L'inflammation suppurative suit sa marche ordinaire, et on voit survenir des indurations qui comprennent le canal lui-même, ou les parties qui l'enveloppent; le conduit est rétréci ou entièrement oblitéré par la cicatrice, dont la conséquence inévitable est l'établissement des fistules urinaires.

L'urétrite peut être accompagnée de l'ulcération de la membrane muqueuse, à une profondeur variable du canal, mais le plus fréquemment au-dessous de la portion bulbeuse et au méat urinaire. La cicatrice de ces ulcères prend des formes variables, froncée, linéaire, lisse ou rugueuse; quelquefois ce sont des brides plus ou moins étendues, qui occupent dans certains cas une partie de la circonférence de l'urètre, s'étendent dans d'autres d'un point du canal au point correspondant, adhérentes dans tout leur trajet ou seulement à leurs extrémités; on peut les comparer aux fibres internes du cœur. Elles divisent quelquefois l'urètre en deux parties égales.

Quoi qu'en aient dit Ducamp et Laënnec, qui considèrent les brides comme des fausses membranes, suite d'inflammations préexistantes, nous croyons qu'il est plus conforme aux lois de la pathologie et à l'expérience, de les regarder comme étant le résultat de la cicatrice des ulcérations du canal.

Les opinions des auteurs ont varié beaucoup sur la fréquence des ulcérations de l'urètre. Les anciens les croyaient très communes; ainsi, pour eux toute blennorrhagie reconnaissait pour cause une ulcération. Quoiqu'ils ne pussent pas faire des ouvertures de cadavre pour examiner l'état de la muqueuse urétrale, ils auraient évité l'exagération dans laquelle ils sont tombés, en suivant ce qui se passe à l'ouverture des conduits enflammés; l'analogie les aurait ensuite guidés pour l'application. Dans l'enfance de l'anatomie pathologique, on tomba dans l'erreur contraire, en déclarant que dans la blennorrhagie il n'y avait jamais d'ulcération. Morgagni multiplia les ouvertures de cadavres, vit quelquefois des ulcérations, s'assura qu'elles pouvaient manquer, et fixa la science à cet égard. On peut observer la nature sur le fait dans l'inflammation de l'orifice du canal, qui est quelquefois ulcéreuse, chancreuse; les bords de l'ulcération se rapprochent,

reste plus qu'un peu de gêne dans le gosier. Quant au bégaiement, nous avons pu constater, ainsi qu'un grand nombre d'élèves présens à la consultation, qu'il est considérablement amélioré : le sujet parle même avec assez de facilité. C'est à tel point que, quoiqu'il n'y ait encore que huit jours depuis l'opération, nous ne craignons pas d'être démenti en avançant que le succès sera complet. Nous ne manquerons pas d'ailleurs d'en faire connaître prochainement le résultat définitif.

Nouvelle méthode de traitement de l'épilepsie.

Le 29 mars est entré à l'hôpital de la Charité un homme âgé de trente-six ans, affecté d'épilepsie depuis sept ans, à la suite d'un effroi. Il dit que les accès se répétaient environ huit à dix fois par mois ; mais depuis environ trois mois, ils se renouvellent tous les jours. Chacun sait que jusqu'à ce jour la thérapeutique est restée impuissante contre une pareille affection. Enhardi par quelques faits épars çà et là dans la science, et qui ont passé jusqu'à ce jour inaperçus, M. Velpeau a tenté un moyen que nous allons nous borner à mentionner, nous réservant d'y revenir prochainement avec plus de détails.

Deux jours après l'entrée de ce malade à l'hôpital, M. Velpeau lui lia les deux artères temporales : le malade n'eut qu'un léger accès dans la journée, et le jour suivant il fut complètement tranquille. Le 4 avril, M. Velpeau lui comprima les deux artères faciales sur le bord du maxillaire inférieur : les accès ne reparurent plus. Enfin, hier matin (5 avril), il a lié ces deux artères ; et aujourd'hui (6 avril), le malade est parfaitement tranquille. M. Velpeau fait observer que quelque encourageant que soit ce fait, on ne peut pas encore en tirer une conclusion définitive.

Nous suivrons ce malade avec soin, et nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui adviendra.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Relevés et résumés des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la clinique pendant l'annee scolaire 1840-41. (Premier article.)

M. Chomel vient de terminer son cours de clinique par l'exposé des résumés des principales maladies observées à la clinique dans le courant de l'année scolaire. C'est là une habitude bien louable, dont l'efficacité ressort de l'empressement avec lequel les auditeurs l'accueillent. Ainsi que nous l'avons fait par le passé, négligeant les affections de peu d'importance, nous ne suivrons le professeur de l'Hôtel-Dieu que dans son excursion dans le champ des affections graves, qui, par cela même, doivent nous intéresser au plus haut point.

AFFECTIONS DE POITRINE. — PLEURÉSIES.

Pleurésies simples. Les pleurésies simples se sont présentées au nombre de sept.

Pleurésies compliquées. De plus, on a observé deux cas d'épanchement pleurétique chez des sujets tuberculeux, mais que nous indiquons ici pour simple mémoire, puisque nous devons nous en occuper ailleurs.

Terminaison: Dans tous les cas, l'affection s'est terminée par le retour à la santé ; la dernière malade qui en a été atteinte, et qui est actuellement guérie, se trouve encore dans le service.

Sexe. Parmi les 7 malades, il y a eu 5 hommes et 2 femmes.

Age. Dans cinq cas, la pleurésie s'est présentée chez des sujets âgés de moins de trente ans ; les deux autres malades avaient dépassé cet âge.

Siége de la pleurésie. Cinq fois l'affection a siégé à droite, et deux à gauche.

Cause de la plus grande fréquence des phlegmasies thoraciques siégeant à droite. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce fait particulier dans d'autres circonstances, et nous nous bornerons à rappeler aujourd'hui que la plus grande fréquence des phlegmasies thoraciques droites tient à la plus grande étendue des organes qui occupent ce même côté, et partant à la plus grande surface qu'ils présentent à l'action des causes morbifiques, laquelle se trouve consécutivement affectée.

Causes. Elles ont été ainsi réparties :

Contusion,	1 cas.
Affection rhumatismale.	1 cas.

Ici M. Chomel rappelle qu'il n'est pas rare de voir la pleurodynie provoquer la formation d'un épanchement pleurétique, et ce phénomène lui paraît avoir son analogue dans l'hydarthrose du genou ou de toute autre articulation, à la suite de rhumatisme articulaire. Dans un cas comme dans l'autre, dit M. Chomel, l'épanchement *est secondaire.*

Refroidissement,	2 cas.
Pas de cause connue,	3
Total,	5 cas.

Phénomènes, symptômes de la maladie. On a souvent constaté la respiration bronchique, et avec les mêmes caractères qu'elle présente dans l'induration pulmonaire. De même bien souvent il y a eu simplement de la bronchophonie, et dans trois cas seulement la voix a été saccadée (égophonie). Nous devons vous rappeler à cet égard que la voix saccadée aussi existe quelquefois dans la simple induration du poumon. Ce phénomène se rattache-t-il alors à la formation d'indurations membraneuses existantes à la surface du poumon ? C'est ce que l'anatomie pathologique n'a point encore démontré.

Bruit de frottement. Ce symptôme a été constaté une seule fois ; il appartient quelquefois aussi à la pleuro-pneumonie.

Traitement. Les antiphlogistiques en ont été la base. Une ou plusieurs saignées générales, des applications de sangsues d'abord. Les purgatifs et les vésicatoires à la période apyrétique.

Mortalité. Elle a été négative.

Ainsi, conformément à la remarque de M. Louis, la pleurésie, sévissant chez des sujets placés dans de bonnes conditions d'âge, de constitution, etc., se termine d'une manière favorable. Cette règle générale est vraie et ne souffre guère d'exception que dans les cas dépanchement purulent.

PLEURÉSIES TUBERCULEUSES.

Elles se sont présentées, avons-nous dit, au nombre de deux.

Une fois la pleurésie est survenue au déclin d'un rhumatisme articulaire aigu. Le malade s'étant trop tôt livré à la marche, cette circonstance a donné un caractère d'opiniâtreté au rhumatisme de l'un des deux genoux, et c'est alors que la pleurésie s'est déclarée. La persistance de la fréquence du pouls nous fit soupçonner l'existence de tubercules dans le poumon ; d'autre part, l'état du membre s'aggravait, l'atrophie faisait des progrès et une luxation incomplète de la jambe en arrière eut lieu.

A l'autopsie on constata, du côté du membre pelvien la luxation signalée ; de plus, l'érosion des cartilages articulaires, dont la surface était rouge et grenue. Du côté de la poitrine, en outre de l'épanchement pleurétique, on trouva les tubercules dont on avait soupçonné l'existence.

PNEUMONIES.

Les pneumonies se sont présentées au nombre de 60.

Sur ces 60 pneumonies, il faut éliminer les 7 cas suivans :

Femmes transportées mourantes à la clinique,	2
Femme ayant une diarrhée chronique depuis dix-huit mois,	1
Pneumonie survenue chez des sujets tuberculeux et chez d'autres atteints de fièvre typhoïde,	4
Total,	7

Terminaison. Sur les 60 cas de pneumonie, 13 se sont terminés par la mort. Dans ces 13 cas sont compris les 7 que nous avions d'abord éliminés. En opérant de la sorte, on trouve que la mortalité est d'un peu plus d'un cinquième.

Toutefois, si sur le total des 13 morts on soustrait les 5 cas où la pneumonie n'a été, à vrai dire, que la complication d'une autre affection plus grave déjà existante (diarrhée chronique 1, tubercules pulmonaires 2, fièvre typhoïde 2, total 5), tout en continuant à faire figurer dans la table de la mortalité les deux femmes affectées de pneumonie qui ont été transportées mourantes à la clinique, le nombre des morts se trouve réduit au chiffre de 8 sur 55 pneumonies, c'est-à-dire de 1 sur un peu plus de 6 1/2.

Saisons. Les pneumonies ont été un peu plus nombreuses dans le semestre d'été que dans le semestre d'hiver.

Pendant le semestre d'hiver (novembre, décembre, janvier, février et mars), les pneumonies ont été au nombre de	29
Pendant le semestre d'été (avril, mai, juin, juillet), le nombre en a été de	31
	60

6 malades sont morts en hiver, 7 en été.

Sexe. Suivant les sexes, les 60 pneumonies ont été ainsi réparties :

Hommes,	31
Femmes,	29

Nous devons faire remarquer que le nombre des *lits* de femmes étant moindre que celui des lits réservés aux hommes, il en résulte que les pneumonies ont sévi en plus grand nombre chez les premières.

Siége de la pneumonie dans la poitrine.

A droite,	34
A gauche,	19
Pneumonies doubles,	7
	60

Mortalité eu égard au siége dans la poitrine.

Pneumonies droites,	5
— gauches,	4

---

se réunissent par une adhérence celluleuse et fibreuse, ou au moyen de brides. La même chose arrive dans l'intérieur de l'urètre. Nous devons dire que cette terminaison de l'inflammation n'est pas auesi commune que celle par induration sous-muqueuse. Elle est moins rare à l'ouverture du gland que dans le reste du canal.

Pendant long-temps, et malgré les efforts de quelques hommes de mérite, on a cru que les rétrécissemens de l'urètre étaient formés par des excroissances de chair, appelées caroncules, carnosités. On comparaît ces carnosités avec les boursouflemens qui se développent à la surface des plaies chroniques. C'est une opinion qui remonte à Galien ; car il est question, dans son livre *De loco aff.*, des fongosités de l'urètre qui gênent l'expulsion de l'urine et exigent l'usage de la sonde. A. Ferri, médecin qui exerçait à Naples dans le milieu du seizième siècle, publia un petit traité latin, intitulé : *De callo et carunculis*, etc. Il en est question dans les ouvrages de Van-Swiéten, et voici ses paroles : « Vidi excrescentiam fungosam, parvam, ad lineæ circiter distantiam ab orificio urethræ, quod leniter dilatans, adhærere membranæ internæ urethræ et ex illa quasi malis. » (Commentaria Boerhaavi, t. V, § 1451, p. 453.) On trouve les mêmes idées dans Col de Villard (Cours de chirurgie, t. IV), Pascal (Traité de la gonorrhée, art. 3) ; Lacuna, le guérisseur du pape Léon X et du cardinal Bombadille ; Cristophe de Viga, médecin de Salamanque, dont les plaisans du temps disaient qu'il faisait pisser de l'or à ses malades, *aurum ægros mingere satagebat*, pour exprimer qu'il s'était enrichi en traitant les maladies de l'urètre, ce qui depuis est arrivé à beaucoup d'autres. — Ambroise Paré, le prince de la chirurgie française, s'exprime à ce sujet de la manière suivante : Quelquefois, dit-il, en ces ulcères s'engendre une chair superflue, ainsi que nous voyons advenir aux ulcères extérieurs, laquelle empêche quelquefois que la semence et l'urine ne passent aisément par leur voie ordinaire, dont adviennent grands accidens. Pourquoi faut diligemment prendre garde aux dits ulcères, mettant en tout devoir de les guérir. (Liv. XIX, chap. 23.)

Morgagni (*Epist.* XLII, art. 39), J.-L. Petit (Œuvres posthumes), t. III, p. 26), Desault. Baillie (Traité des Maladies de l'urètre), Chopart (Maladies des voies urinaires), et plusieurs autres auteurs qu'il serait trop long de citer, rapportent des autopsies où l'on a trouvé des carnosités, lorsque pendant la vie les malades avaient eu de la difficulté à uriner.

Hunter n'a rencontré que deux fois des carnosités dans des rétrécissemens anciens ; peut-être, dit-il, était-ce des espèces de poireaux internes.

Maintenant nous pourrions montrer l'autre côté du tableau, et reprendre toutes les citations des auteurs qui rejettent cette altération de la pathologie de l'urètre. Girtannes regarde les végétations comme des êtres imaginaires ; Everard Home n'en a jamais rencontré, etc. Ducamp ne les nie pas, mais il ne voit en elles qu'une conséquence du rétrécissement et non le rétrécissement lui même. Chez des sujets que M. Lallemand a eu occasion de disséquer, qui étaient affectés de rétrécissemens considérables, il a observé la muqueuse prostatique injectée, épaisse, fongueuse ; c'est ainsi qu'il conçoit les fongosités ou carnosités. Le plus grand nombre des auteurs actuels les comprennent ainsi. Quant à nous, nous avons quelques faits qui nous portent à défendre l'opinion ancienne, et à croire que des rétentions d'urine peuvent être l'effet de véritables caroncules fongueuses de la muqueuse urétrale ; toutefois, ces cas sont rares.

L'obstacle au cours des urines peut naître de la concrétion d'un mucus abondant qui forme une espèce de bouchon épais dans l'urètre. M. Félix Despiney (Mémoire sur les rétrécissemens de l'urètre, inséré dans les Ephémérides médicales de Montpellier, 1827), rapporte un exemple semblable. Le canal était sain dans toute sa longueur, il n'y avait pas d'induration : seulement, la vessie, affectée d'un catarrhe ancien, avait sécrété des mucosités épaisses qui, n'étant entraînées par les urines qu'incomplètement, s'étaient amassées dans l'urètre et formaient un obstacle concret, à travers lequel les urines ne pouvaient s'échapper qu'en filtrant.

Les follicules muqueux atteints par des inflammations répétées sont susceptibles d'un développement anormal qui constitue une espèce distincte de rétrécissement organique.

Les rétrécissemens peuvent encore tenir à la formation de fausses membranes qui s'organisent en un point du conduit urétral.

En résumé, l'inflammation de l'urètre produit les rétrécissemens par une induration du tissu, qui comprend à la fois la muqueuse, le tissu sous-jacent, le tissu spongieux et les parties voisines, ou seulement une de ces parties ou plusieurs. Cette induration a lieu de dehors en dehors, ce qui arrive le plus souvent, ou de dehors en dedans. L'inflammation ulcérative coarcte le canal par la formation d'une cicatrice, par l'adhérence des points ulcérés, par l'organisation de brides cellulo-fibreuses ou de fausses membranes. L'inflammation développe les fongosités ou caroncules, détermine l'accroissement des follicules muqueux. Elle est étrangère à la concrétion du mucus.

Les phénomènes qui président à la formation des rétrécissemens organiques étant bien connus par les détails qui précèdent, nous allons nous occuper de la manière d'être de ces rétrécissemens, c'est-à-dire de leur prétendue sensibilité, de leur ancienneté, de la forme, de la longueur, de la largeur, du nombre, et enfin du siége qu'ils occupent.

Quand on interroge les malades, on apprend de plusieurs que quelque temps avant d'éprouver l'obstacle au cours des urines, ils sentaient, au moment d'uriner, une cuisson, principalement à l'endroit qui plus tard s'est rétréci. Si on est appelé à introduire une sonde au moment de la formation du rétrécissement, cette cuisson se réveille et se change en une vive douleur lorsque le bec de l'instrument est arrivé à un point variable suivant les cas, mais indéterminé chez le même individu. Le malade, sans le vouloir, arrête alors la main de l'opérateur. On s'est donc demandé si les rétrécissemens étaient sensibles. La sensibilité existe dans l'urètre tant que dure la phlogose : mais à mesure que l'on s'éloigne de cette époque, elle diminue et disparaît. Si elle persiste, elle ne doit pas être attribuée au rétrécissement, mais au tissu voisin qui peut rester dans un état de phlogose, ou à une ulcération que l'on rencontre parfois derrière l'obstacle. Dans tous les cas, on peut mettre en principe que la sensibilité diminue à mesure que l'altération augmente.

Ducamp, dans un endroit de son ouvrage, parle des rétrécissemens de l'urètre qui présentent tout à la fois des parties superflues et une vie insolite, une sensibilité morbide. Ailleurs, il veut expliquer comment le malade éprouve moins de douleur en urinant le jour même d'une cautérisation, parce que la surface intérieure du rétrécissement, qui est d'une si grande sensibilité, n'existant plus, les urines en traversant l'obstacle passent sur une partie morte au lieu de passer sur une partie très sensible et très irritable. Il ajoute que la douleur causée par l'application du porte-caustique est à peine plus grande que celle produite par l'introduction d'une bougie ; et si le malade n'est point prévenu de ce qu'on va lui faire, il n'établit le plus ordinairement aucune différence. Cette contradiction manifeste vient de ce que Ducamp ne connaissait pas bien toutes les données du problème. En effet, en lisant ses propres observations, on voit bien vite que les rétrécissemens organiques sont insensibles par eux-mêmes, et que la sensibilité est le propre de certaines complications. La cautérisation dans les cas simples ne produit de la

— doubles,	4
	13

Il résulte de cela que les pneumonies droites sont un peu moins graves que les gauches, et que les pneumonies doubles sont les plus graves toutes.

Siége de la pneumonie dans le poumon.

Pneumonie de la base,	25
Pneumonie du sommet, etc.,	35
	60

Mortalité, eu égard au siége dans le poumon. Pour les pneumonies de la base, la mortalité a eu lieu dans la proportion d'un cinquième. Pour celles du sommet, la mortalité n'a été que d'un sixième. Résultat contraire à celui annoncé par M. Briquet.

Age. Suivant les différens âges, les pneumonies ont été ainsi réparties :

De 15 à 20 ans,	7 cas.
De 20 à 40	28
De 40 à 60	19
De 60 à 70	6
Total :	60

Mortalité eu égard aux différens âges.

De 15 à 20 ans, tous guéris.
De 20 à 40 2 morts.

C'est-à-dire 1 sur 14 ; et encore, dans l'un de ces deux cas, la pneumonie survint chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

De 40 à 6 ans, 6 sont morts ;

c'est-à-dire le tiers.

De 60 à 70 ans, 5 sont morts ;

savoir, les cinq sixièmes.

De ce tableau, quoique portant sur un petit nombre, apparaît néanmoins, d'une manière bien évidente, l'influence que l'âge exerce sur la marche et la terminaison de la maladie ; de même qu'il démontre en même temps combien il faut tenir compte de l'âge lorsqu'on se livre sur ce point à des travaux statistiques, dans le but d'apprécier la valeur d'une médication quelconque que l'on a employée. En effet, chez les sujets jeunes, âgés de moins de dix-huit ans, la guérison est le résultat ordinaire. Sur soixante cas de pneumonie que nous avons observés à la clinique en différentes années, deux fois seulement la mort a eu lieu, et encore s'agissait-il de pneumonies doubles, l'une d'elles étant même chez un sujet lymphatique, convalescent d'une rougeole grave.

La pneumonie guérit encore dans la majorité des cas, c'est-à-dire dans le rapport d'un huitième ou d'un dixième chez les sujets compris dans l'âge de vingt à quarante ans ; tandis que, par contre, on la voit prendre plus de gravité de quarante à cinquante, et cette gravité s'accroître chez les vieillards.

Disons, après cela, que l'influence qu'une médication rationnelle doit exercer suivant les différens âges est trop évidente pour qu'il nous devienne nécessaire de la signaler ici. Il faudrait, en effet, que le traitement employé fût contraire aux lois les plus simples d'une saine thérapeutique, pour que la pneumonie prît, dans la majorité des cas, un caractère de gravité chez les jeunes sujets ; tandis que l'âge avancé sait déjouer les prévisions les plus sages d'un praticien exercé.

Voilà de quoi il faut principalement tenir compte, lorsque l'on veut apprécier avec justice et impartialité la valeur véritable et absolue d'une méthode quelconque de traitement. Toute statistique devient impossible, ou d'une valeur nulle, si, faisant un choix convenable, on ne les range pas par catégories groupant les faits analogues.

Causes

Exposition au froid,	11 fois.
Exposition au froid douteuse,	2 fois.

Causes non indiquées, mais ne pouvant pas être attribuée au froid dans les autres cas.

Récidive. Dix de nos malades avaient déjà été atteints de pneumonie ; parmi eux, un en était attaqué pour la huitième fois, et un autre pour la dix-huitième fois. Cette femme a succombé. (*V.* la *Gazette des Hôpitaux* du 18 mars.)

Complication.

Rougeole,	1 cas.
Fracture de côtes,	1 cas.
Grossesse,	1 cas.

Tous ces malades sont guéris.

Plusieurs sujets atteints de tubercules peu avancés, ont d'abord été guéris de la pneumonie, et ont succombé plus tard à l'affection tuberculeuse du poumon.

Symptomatologie.

Frisson initial. Sur 52 malades qui ont été interrogés, le frisson avait existé dans 47 cas ; 7 fois seulement il s'était accompagné de claquement de dents. C'est ici encore le lieu de vous faire remarquer de nouveau la fréquence de ce symptôme au début des phlegmasies thoraciques.

Crachats. Rouges,	40 fois.
Purulens,	1
Jus de pruneaux,	1
Solution épaisse de colle forte,	1
Visqueux, transparens, mais peu ou point colorés,	10
On a négligé de les observer,	1

Délire. Il a existé chez sept malades, dont quatre sont morts.

Epanchement pleurétique peu notable. Il s'est présenté treize fois.

Anatomie pathologique. Rien d'extraordinaire. Le plus souvent hépatisation rouge ; quelquefois hépatisation grise ; dans un assez grand nombre de fois extension de l'inflammation à la plèvre.

K....

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 6 avril.

Election nouvelle. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un nouveau membre dans la section de médecine vétérinaire. Les candidats portés par la commission sont MM. Huzard, Leblanc, Delafond et Rénaut. M. Delafond a écrit aujourd'hui qu'il se retirait de la candidature. L'Académie vote au scrutin secret. Il y a 116 votans, 116 bulletins : majorité 59. M. Huzard a obtenu 70 voix, M. Leblanc 45 ; une voix de perdue. En conséquence, M. Huzard a été proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Lois réglementaires de la pharmacie. — *M. Adelon* monte à la tribune, et soumet à la discussion les trois articles dont nous avons parlé, savoir : 1° défense absolue de brevets d'invention ; 2° graduation de l'amende de 3,000 fr. contre la vente des poisons ; 3° prohibition de la détention, de l'annonce, de la distribution et de la vente des remèdes secrets.

M. Bouillaud demande qu'on définisse ce qu'on doit entendre par médicament et par remède.

M. Adelon répond que la loi ne définit jamais.

M. Londe trouve trop absolue et préjudicielle aux travailleurs la défense des brevets d'invention. Il voudrait qu'on les accordât sur l'avis favorable de l'Académie.

M. Adelon répond que brevet et illégalité sont synonymes.

M. Bousquet veut, comme M. Bouillaud, qu'on définisse ce qu'on doit entendre par médicament et par remède.

M. Pelletier pense que cette définition est inutile, mais il ajoute qu'on pourrait appeler médicament ou remède toute substance qu'on introduit dans le corps autre qu'un aliment. (On rit.)

M. Capuron dit qu'il n'est pas de la dignité de l'Académie de stipuler des peines contre les vendeurs de poisons.

M. Rochoux désapprouve complètement le projet de la commission, et déclare qu'il vote contre le premier, le deuxième et le troisième article. (Hilarité.)

M. Bussy revient à sa proposition d'appliquer l'amende graduée des vendeurs de poisons non-seulement aux pharmaciens, mais encore aux marchands de couleurs et droguistes.

M. Villeneuve veut qu'on substitue au mot poison le mot substances vénéneuses, comme plus générique et plus exact.

MM. Pelletier et Chevallier parlent dans le sens de M. Bussy.

M. Adelon combat cette proposition. Nous nous occupons, dit-il, d'un sujet relatif au réglement de la pharmacie et non d'une loi générale sur la vente des poisons. La vente des marchands de couleurs et des droguistes est sujette aux réglemens de police que nous ne devons pas examiner en ce moment.

M. Moreau désapprouve la proposition de M. Bussy comme préjudiciable à la liberté du commerce.

On vote sur les deux premiers articles ; ils sont adoptés.

On vote sur l'amendement de M. Bussy ; il est rejeté.

On passe au troisième article.

M. Bouillaud demande que l'on définisse ce qu'on doit entendre par remèdes secrets, car les magistrats, étrangers à la médecine et à la pharmacie, qui sont appelés à juger ces matières, sont souvent embarrassés pour savoir ce que l'on désigne sous cette dénomination.

M. Adelon répond de nouveau que la loi ne définit pas. Puis il ajoute qu'on peut regarder comme secret tout remède non prescrit par le Codex, ni par une ordonnance de médecin, ou qu'on vend sans nom.

M. Boullay cite un arrêt de la Cour de Cassation relatif à ce sujet, et dont la définition paraît se rapprocher beaucoup de celle de M. Adelon.

M. Bussy veut qu'on laisse les pharmaciens libres de préparer tout remède dont la formule est imprimée dans une Pharmacopée quelconque, nationale ou étrangère, récente ou ancienne.

M. Caventou trouve qu'il règne beaucoup d'anarchie à l'égard de la définition des remèdes secrets. L'arrêt de la Cour de Cassation cité par M. Boulley lui paraît dangereux pour les pharmaciens.

M. Cornac soutient la défense absolue des annonces, etc., d'après les termes de l'article de M. Adelon. Quelques pharmaciens trouvent autrement moyen, dit-il, de charlataniser en imprimant des prospectus dans lesquels ils attribuent arbitrairement à telle ou telle préparation qu'ils veulent débiter, des propriétés thérapeutiques merveilleuses qu'elle n'a pas.

M. Gerdy appuie la manière de voir de M. Cornac. Tout le mal, toute la plaie qu'il s'agit de guérir est dans l'annonce dont plusieurs pharmaciens font usage par la voie des journaux et des affiches. Défendez donc absolument l'annonce de toute espèce de remède, secret ou non, et vous aurez remédié à une partie de l'abus. Il serait même à désirer que la défense portât aussi sur les affiches que certains pharmaciens placardent à la porte de leur officine, et qui en imposent au public ignorant. Le peuple malade croit qu'il ne peut guérir sans drogues ; il s'adresse naturellement à celui qui les vend. Certains pharmaciens se permettent de donner leur avis sur la maladie, et de conseiller l'usage des remèdes qu'ils lui vendent sans prescription de médecin, et font souvent beaucoup de mal. Si, d'une part, les pharmaciens honnêtes réclament la suppression de certains abus dans l'exercice de leur art, les médecins ont aussi à demander de leur côté la suppression de l'usage que certains pharmaciens s'arrogent de donner des conseils à certains malades, et de leur prescrire des remèdes sans ordonnance de médecin. (Bruits étourdissans aux

---

douleur que quand le caustique est appliqué sur la partie saine du canal. Lorsque la cautérisation était en grande vogue, on a pratiqué jusqu'à cent cautérisations pour guérir un rétrécissement très considérable, et dans une séance on a fait jusqu'à six applications du caustique ; cependant, une seule fois on détermina un peu de douleur. Les observations de M. Lallemand sont conformes à ce que nous venons de dire sur l'insensibilité des rétrécissemens organiques, et nous n'insistons pas.

L'ancienneté des rétrécissemens n'est pas une connaissance de pure curiosité : elle a son but pratique. Ainsi, je conçois qu'un rétrécissement commençant puisse disparaître par un traitement antiphlogistique bien compris, et par une dilatation douce qui, agissant comme moyen compressif, aidera à la résolution de l'endurcissement. Il est encore utile d'être fixé sur l'ancienneté d'un rétrécissement que l'on veut détruire pour le choix de la méthode que l'on devra employer. Les indurations de l'urètre peuvent même par le temps, devenir tout à fait incurables : on cite des exemples de rétrécissemens qui dataient de 32, 40 et 45 ans.

Ambroise Paré n'ignorait pas l'importance du temps dans cette maladie. Il convient de savoir prescrire bien, dit-il, si les rétrécissemens sont récens ou invétérés, à raison qu'ils sont de tant plus fâcheux à guérir que plus durs et plus calleux.

Il ne faut pas compter le début d'un rétrécissement depuis l'apparition de la dernière gonorrhée : on doit le faire remonter seulement au moment où on commence à éprouver de la gêne dans l'expulsion des urines.

On reconnaît aux rétrécissemens organiques les formes suivantes : la plus commune est la tubulaire ou en entonnoir ; c'est l'induration d'une portion entière de la muqueuse et du tissu sous-jacent. Cette espèce de rétrécissement a la même épaisseur dans toute sa circonférence, ou bien un côté est plus épais que l'autre. L'ouverture, plus large au commencement, va en diminuant jusqu'à la fin, elle est centrale ou sur les côtés, en haut ou en bas, directe ou en zig-zag.

Le rétrécissement est latéral lorsque l'induration existe d'un seul côté, le côté opposé étant sain. La dilatation est facile dans ces cas, parce que la partie saine cède à la pression ; si l'on veut employer la cautérisation, on aura recours à la sonde porte-caustique de M. Lallemand, qui permet de le détruire en respectant les tissus sains : ce qui était impossible avec la bougie armée, et avec la sonde à cautériser de Ducamp.

Le rétrécissement peut être appelé tuberculeux, quand on trouve des petits nœuds calleux plus ou moins durs, qui ont envahi quelques points de la muqueuse et du tissu sous-jacent. Ces callosités peuvent exister seules, mais habituellement elles sont situées en avant ou en arrière du rétrécissement tubulaire ou latéral, c'est à cette espèce qu'il faut rapporter ces tumeurs enkystées qui se développent dans les tissus voisins de l'urètre, et en aplatissent ou en dévient le canal, ainsi que les caroncules de la surface et l'épaississement des follicules.

Une valvule membraniforme embrasse quelquefois toute la circonférence d'un point du calibre de l'urètre. Elle ressemble à une espèce de pellicule très mince jetée sur le canal comme un diaphragme. La lumière de ce rétrécissement valvulaire est sur le milieu ou sur les côtés. Il présente si peu de surface que la cautérisation de dedans en dehors attaque toujours les parties saines du canal. Dans ce mode de traitement il est nécessaire, pour les cas en question, de cautériser d'avant en arrière. La valvule obture quelquefois complètement l'urètre. Les rétrécissemens valvulaires, dit M. Amussat, ne sont autre chose que des brides qui occupent toute la circonférence de l'urètre ; mais comme l'aire du canal a beaucoup perdu de sa capacité, l'urine, trouvant une plus grande résistance, pousse fortement en avant cette bride cellulaire et forme ainsi une véritable valvule.

Enfin nous donnerons le nom de bridiforme au rétrécissement constitué par une espèce de cicatrice ou bride transversale quelquefois oblique et même longitudinale, comme je l'ai constaté, et comme l'a vu M. Lisfranc. Charles Bell et M. Amussat n'ont jamais rencontré de brides dans cette direction. Nous avons vu que le canal pouvait être divisé en deux parties ; une d'elles s'oblitère quelquefois ; tel est l'exemple fourni par la 6e observation de la 1re partie des Maladies de l'urètre, de M. Lallemand. Le malade, avant la cautérisation, urinait par un jet petit et simple, mais à la suite de deux applications du caustique il rendit ses urines par deux jets. Il est probable, dit l'auteur que nous citons, qu'une ulcération développée près de l'orifice du canal, avait déterminé la réunion des parties latérales opposées, de manière à former deux canaux, dont l'inférieur, dans la direction des urines, s'était maintenu par leur passage, tandis que l'autre s'était oblitéré, laissant un cul-de-sac ouvert en arrière ; les deux premières cautérisations ont sans doute détruit la pellicule qui le fermait.

On apprécie sur le vivant ces différentes formes des rétrécissemens, au moyen du porte-empreinte et des conducteurs de Ducamp.

Les rétrécissemens offrent beaucoup de variétés en longueur et en largeur. Ceux qui sont formés par un anneau valvulaire ont très peu d'étendue, et il est souvent nécessaire de prendre des précautions pour les apercevoir sur le cadavre ; car si on ouvre l'urètre tout le long de sa paroi supérieure, la valvule disparaît quelquefois complètement ou ne laisse sur la muqueuse qu'une ligne blanchâtre. Pour bien voir cet anneau, il faut diviser le canal en avant et en arrière jusqu'au point affecté, sur lequel on ne porte pas l'instrument tranchant. On rencontre quelquefois des brides qui sont semblables à une ligature serrée autour du canal.

Les autres espèces de rétrécissement sont toujours plus étendus en longueur. On en voit qui ont plus d'un pouce de long, de deux et même de trois pouces. Les rétrécissemens les plus longs sont les plus rebelles.

Le diamètre de la lumière d'un rétrécissement varie suivant les cas ; il est d'autant plus étroit que l'altération remonte plus haut. La largeur n'est pas égale dans tous les points d'un même rétrécissement. Quand un rétrécissement est peu long, et que son diamètre admet une sonde n° 6, par exemple, il est probablement de nouvelle formation. Il arrive d'autres fois qu'on ne peut pas faire pénétrer à travers la plus petite sonde.

Les rétrécissemens varient en nombre dans un même canal ; le plus ordinairement il n'y en a qu'un. Hunter en a rencontré une demi-douzaine ; Colot en a vu huit ; Ducamp n'a pas dépassé le nombre de quatre ; M. Lallemand est arrivé à sept et à neuf. (Obs. VI, 1re partie ; obs. XI, 2e partie.) Dans le second cas, ils occupent en étendue de deux pouces et demi à huit pouces et demi.

Quand il existe plusieurs rétrécissemens à la fois, ils n'ont pas toujours la même forme, la même longueur, le même diamètre, la même ancienneté. En général, le plus ancien, le plus long, le plus étroit, le moins sensible est celui qui se trouve le plus près du col de la vessie. Le cathétérisme, chez ces malades, offre beaucoup de difficultés, parce que la lumière de ces rétrécissemens n'est pas sur la même ligne. Si on veut cautériser, la méthode de Hunter est pleine de dangers ; celle de Ducamp est trop longue, parce qu'on n'attaque un second rétrécissement que quand le premier est détruit. Celui de M. Lallemand, qui permet de cautériser deux ou trois rétrécissemens à la fois, offre le plus d'avantages.

Il y a une grande divergence d'opinion dans les auteurs, relativement au siége des rétrécissemens organiques en général, et, sans remonter plus haut, Boyer pense qu'ils sont situés à la partie

bancs de MM. les pharmaciens.) Je suis bien aise de cette espèce de démenti solennel de MM. les pharmaciens. Cela me prouve au moins que tous les pharmaciens ne font pas cela et qu'il y en a d'honnêtes, chose dont je n'ai jamais douté au reste ; mais l'abus grave que je signale n'existe pas moins, et il ne mérite pas moins l'attention de l'autorité.

M. Chevallier (branlant vivement la tête et dans une colère extraordinaire) : Les pharmaciens ont été attaqués par M. Gerdy, il faut qu'ils se défendent. (Bruits interminables.)

On met le troisième article aux voix. (Adopté.)

Séance levée à cinq heures.

Intoxication arsenicale guérie à l'aide des alcooliques.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous adresse une observation curieuse sous plus d'un rapport. Dans l'état actuel de la discussion sur l'empoisonnement par l'arsenic et son traitement, elle pourra fournir aux partisans de la médication tonique des argumens d'autant plus précieux, qu'ils découleront d'expériences directes faites sur l'homme, et qu'en vérité toute la question est là.

Cette observation a besoin, pour être comprise, d'une infinité de détails. Je vous la livre absolument : vous lui ferez subir tous les changemens, toutes les modifications qu'une polémique exercée vous fera juger convenable ; je m'estimerai trop heureux si le soin que je mets à vous les communiquer peut ramener dans une voie plus rationnelle un mode de traitement qui s'égare à travers l'erreur et le charlatanisme.

Le 14 février 1841, dans une réunion de famille, douze personnes de tout âge et de toute constitution ont été empoisonnées en mangeant *des crêpes* dans la pâte desquelles il était entré une quantité énorme d'acide arsénieux. En les mangeant, une femme fit l'observation qu'elles étaient *trop poivrées* ; une autre, qu'il lui semblait avaler des charbons ardens ; sauf ces deux réticences, les 12 ou 15 crêpes furent mangées. C'était le dimanche soir, et au milieu des plaisirs commençans du Carnaval : la plupart de ces personnes avaient déjà dîné ; en mangeant les crêpes, on buvait du vin, et d'ailleurs *une bouteille de vin blanc* avait servi à relever la pâte.

Dans la nuit du dimanche au lundi, toutes ces personnes furent prises des mêmes symptômes : violentes douleurs à l'estomac, crampes, vomissemens abondans, selles, douleurs de tête, etc. ; toutes pensèrent qu'une simple indigestion était la cause de leur mal, et aucune n'appela les secours de l'art. Cependant M. D., voyant sa femme, son frère, sa sœur et ses enfans pris des mêmes symptômes que lui, conçut quelques soupçons et fit, par précaution, mettre à l'écart un reste de crêpes et la matière d'un dernier vomissement, se réservant, m'a-t-il dit, de les faire examiner par un pharmacien. Lorsque le lendemain toutes ces personnes se furent communiquées les accidens qu'elles avaient éprouvés dans la nuit, les conjectures de M. D. se changèrent en certitude, et la femme chez laquelle le repas avait eu lieu avoua qu'elle pensait que la farine dont elle s'était servie et qui lui avait été apportée de dehors, contenait *quelque drogue* qui y avait été mise avec intention. (La justice est actuellement saisie de cette affaire, et je ne voudrais pas, par des détails qui ne m'appartiennent point, anticiper sur le jugement à venir). Toujours est-il que M. D. crut devoir donner à cette femme le conseil de ne rien dire, et que toute la semaine qui suivit cette affaire en resta là.

Avertie par la rumeur publique, l'autorité fit, le 23 février, une descente chez M. D., retenu au lit par une maladie rhumatismale, survenue à la suite des accidens qu'il avait éprouvés huit jours avant. Sans faire connaître ses soupçons, il remit à M. le juge-de paix le morceau de crêpe et le vomissement qu'il avait conservés. Ce magistrat me fit venir et me demanda, en m'apprenant les accidens auxquels ils avaient donné lieu, si l'on pourrait parvenir à la connaissance certaine des matières hétérogènes contenues dans cet aliment.

J'avais par hasard des appareils de Marsh tout préparés. Après lui avoir expliqué qu'ils pourraient au moins nous démontrer la présence de l'arsenic, j'introduisis dans un appareil, après m'être au préalable assuré de sa pureté, environ 2 grammes de crêpe ; quelques secondes ne s'étaient pas écoulées, que la flamme reçue sur une soucoupe produisait des taches tellement semblables à celles que j'avais obtenues par un autre appareil dans lequel j'avais moi-même mis de l'arsenic, mais en si grande abondance et si larges, que je n'osais, de prime-abord, dire ma façon de penser. Je répétai l'expérience au moyen d'un autre appareil dans lequel fut introduit un morceau de crêpe de la préparation innocente de laquelle j'étais certain ; rien de semblable ne se produisit. Je fis ensuite dissoudre environ trois grammes de la matière suspecte dans une solution de potasse ; étendue d'eau et traitée par un hydro-sulfate, cette solution précipita en jaune ; en vert par le sulfate de cuivre ; en jaune sale par le nitrate d'argent.

Pour moi le doute n'existait plus, et quelques expériences que je pourrais appeler supplémentaires, me convainquirent dans mon opinion. Les taches de la soucoupe, chauffées fortement au moyen d'une lampe dirigée sur le côté opposé à celui sur lequel elles sont imprimées, finirent par se volatiliser, en me donnant une forte odeur arsenicale. La flamme de l'appareil qui les avait produites, aspirée au moyen d'un cigarre, donnait immédiatement dans la bouche l'odeur alliacée particulière, connue pour être un caractère distinctif de la combustion de l'arsenic.

Cette dernière expérience peut paraître singulière au premier coup-d'œil ; mais je ne doute pas qu'à une époque donnée, elle ne puisse corroborer une opinion indécise. Sur mon affirmation, une commission d'experts est nommée par M. le procureur du roi à l'effet de répéter mes expériences ; elle se compose de M. Petit, professeur de chimie au collége royal d'Orléans, de M. le docteur Corbin, de M. Bourdin, pharmacien, et moi. Après une série d'expériences comparatives, quatre grammes de la crêpe présumée arséniée sont introduits dans le nouvel appareil de Marsh proposé et modifié par l'Institut ; la réaction chimique est continuée pendant deux heures, et l'on recueille cinq centigrammes et plus d'arsenic. 0 g. 05 c. sur 4 g. 0, cela fait 1 g. 25 c. sur 100 g., une crêpe ordinaire pesant de 80 à 100 g. Une femme a donc avalé, sans en être sérieusement malade, 3 g. 75 c. d'arsenic, c'est-à-dire plus d'un gros, puisqu'elle a mangé trois crêpes ; un enfant de quatre à cinq ans a pu en prendre plus d'un demi-gros ; toutes les autres personnes en ont pris plus ou moins, mais toujours dans des proportions considérables, et chez aucune, encore une fois, il n'en est résulté d'accidens sérieux.

Maintenant, lorsque l'on voudra chercher les causes qui ont ainsi annihilé les effets ordinaires de la présence de l'arsenic dans nos organes, pourra-t-on les trouver autre part que dans la circonstance toute particulière qui a fait que des quantités plus ou moins considérables de vin ont été absorbées conjointement à l'acide arsénieux, et en ont ainsi pu combattre et neutraliser les effets ? Pour mon compte, en présence de faits aussi probans, je me demande s'il peut me rester un doute, et si, éloigné que je suis du théâtre de la discussion, il me serait permis, dans une circonstance moins heureuse que celle-là, d'hésiter entre la médication tonique et celle dite diurétique.

Agréez, etc. Dr Faure.

Artenay, 29 mars 1841.

Il est fortement question de nommer M. le docteur Double pair de France ; on ne dit pas si la condition qu'on avait cru devoir lui faire de renoncer à l'exercice de sa profession a été retirée.

Leçons publiques sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie.

M. Malgaigne commencera ces leçons mercredi, 14 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis.

membraneuse de l'urètre ou au commencement du bulbe, rarement à la partie du canal qui est au-dessous de la verge.

Hunter regarde la portion bulbeuse, à l'endroit où elle s'unit avec la spongieuse, comme celle qui se rétrécit le plus souvent. Chopart est du même avis. M. Amussat prétend qu'il ne se développe jamais d'obstacle au cours des urines au-delà du bulbe, et que, bien que les rétrécissemens puissent avoir leur siége sur tous les points de la région spongieuse, il en est un qu'ils affectent particulièrement, c'est à la réunion du bulbe et de la portion musculeuse. M. Civiale a confirmé ces résultats, et les seules régions où il admette de véritables rétrécissemens, sont l'orifice extérieur, les deux extrémités de la fosse naviculaire, la région antérieure de la portion spongieuse, et la courbure sous-pubienne à la jonction des parties bulbeuse et membraneuse. (Traité pratique des maladies des organes génito urinaires.)

Ducamp dit s'être assuré que cinq fois sur six l'obstacle existe entre quatre pouces et demi et cinq pouces et demi, et pour préciser davantage que quatre fois sur cinq on le rencontre entre quatre pouces neuf lignes et cinq pouces trois lignes.

M. Dufresse-Chassaigne a beaucoup insisté sur le siége des rétrécissemens valvulaires à la région bulbaire, pour arriver à cette conclusion „qu'ils résultent de la rétraction des fibres des muscles bulbo-caverneux. (*Gazette des Hôpitaux*, n°s 25 et 27.) Malheureusement, les rétrécissemens à forme valvulaire peuvent exister dans la partie spongieuse de l'urètre qui n'est pas recouverte par le muscle bulbo-caverneux et au-delà de ce muscle ; mais c'est une question que nous ne voulons pas traiter en quelques lignes, et nous y reviendrons.

Suivant Everard Home, les altérations du canal de l'urètre se montrent le plus souvent derrière le bulbe, à une distance d'environ six pouces et demi et sept pouces.

Pour M. Larrey, elles ont lieu au-delà du bulbe dans le tissu membraneux et folliculeux de ce canal, qui correspond à l'intervalle triangulaire supérieur des muscles bulbo-caverneux, et c'est dans l'espace compris entre le bulbe spongieux et le périnée qu'il faut les chercher.

Astley Cooper a disséqué des rétrécissemens dans les portions membraneuse et prostatique du canal ; Delpech, entre le bulbe et le col de la vessie.

M. Lallemand les a rencontrés en plus grand nombre de six pouces et un quart à sept pouces et demi ; il en a vu à huit pouces et un à neuf pouces. MM. les docteurs Cauvière (de Marseille) et Viguerie (de Toulouse) ont obtenu les mêmes résultats.

L'importance pratique pour le siége des rétrécissemens, consiste à distinguer ceux qui se trouvent dans la portion droite du canal, de ceux qui affectent la portion courbe, parce qu'ils nécessitent une forme droite ou une courbe plus ou moins prononcée dans les instrumens dont on se sert. Après cela, je dirai que le siége le plus commun des rétrécissemens est dans la région du bulbe, au niveau de ce renflement ou à son union en avant avec la portion spongieuse et en arrière avec la portion membraneuse. J'en ai disséqué néanmoins et de toutes formes dans toutes les parties du canal, depuis le col de la vessie jusqu'à l'ouverture du gland.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 10 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) No 43, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Métrite. Purgatifs.

Aux nos 7 et 18 de la salle Sainte-Anne, sont deux femmes atteintes de métrite. Celle du no 7 a eu, deux mois de suite, des règles très abondantes ; quelquefois, après la dernière époque menstruelle, elle est prise de douleurs vives du ventre et de fièvre ardente ; elle entre dans le service, et nous trouvons, le matin à la vérité, 130 pulsations ; la peau chaude, l'abdomen douloureux, surtout dans la région hypogastrique où il y a de la rénitence et de la tuméfaction. Nous prescrivons un émétique ; mais sans aucun avantage. Une application de sangsues sur l'hypogastre modifie à peine les symptômes C'est alors que nous donnons la médecine ordinaire du Codex, et quelques jours après 30 grammes de sulfate de soude. La malade est purgée assez abondamment ; la fièvre tombe ; la tuméfaction abdominale diminue ; en un mot, il y a amélioration très grande.

Celle du no 18, n'a point de métrorrhagie, ses règles ont été, la dernière fois seulement, un peu plus abondantes que d'habitude ; durant deux jours, au lieu d'un. Quelques jours après leur disparition, elle ressent tout-à-coup de fortes douleurs abdominales, qui s'accompagnent de fièvre avec paroxysmes : une saignée ne la soulage point ; nous avons recours aux purgatifs, et aussitôt les douleurs diminuent d'intensité et finissent par disparaître complètement.

Sous le rapport de l'étiologie, la métrite, disent les auteurs, quand elle ne dépend pas d'une violence extérieure exercée sur l'utérus soit pendant le coït, soit dans d'autres circonstances, reconnaît pour principale cause la suppression des menstrues. Or, si nous examinons les faits, nous verrons que rien n'est moins fondé que cette assertion. Ainsi, sur six femmes atteintes de cette maladie, qui se sont présentées dans nos salles, une seule avait vu ses règles se supprimer, et encore celle-ci était-elle chlorotique ; mais, chez toutes les autres, l'écoulement menstruel était ou normal ou plus abondant. On peut donc dire qu'en général la métrite apparaît après une menstruation plus abondante, et si ces deux phénomènes ne sont point sous la dépendance l'un de l'autre, au moins est-il vrai qu'ils se trouvent souvent liés l'un à l'autre.

Chez la jeune fille du no 1er, atteinte de métrite et d'un abcès de l'ovaire, cette maladie (la métrite) était survenue précisément après une métrorrhagie. Il est du reste facile de comprendre comment l'utérus s'enflamme plus facilement après une métrorrhagie, cet organe étant alors le siége d'une fluxion abondante.

Sous le point de vue thérapeutique, vous avez vu chez les malades des nos 7 et 18 les émissions sanguines échouer complètement et les purgatifs triompher des accidens qu'elles éprouvaient. Les purgatifs ne sont pas utiles seulement dans les métrites qui succèdent à une menstruation plus abondante, leur efficacité est au moins aussi grande quand cette maladie arrive après l'accouchement. Dans ce cas nous avons toujours recours aux vomitifs ou aux purgatifs, et c'est presque toujours avec succès.

Tic douloureux de la face. Effets thérapeutiques et physiologiques de la morphine.

Au no 41, est cette vieille femme tuberculeuse et atteinte de tic de la face précédemment couchée au no 38, dont déjà il a été question dans plusieurs de nos réunions. Les accidens convulsifs de la face ayant reparu, et le cyanure de potassium et les frictions d'extrait de datura stramonium sur la gencive correspondante au côté malade ayant été inutiles, nous avons cru devoir recourir à l'application de la morphine sur le derme dénudé. Nous avons pris une certaine quantité de pommade ammoniacale faite avec :

30 grammes d'axonge frais ;
4 grammes de suif ordinaire ;
34 parties d'ammoniaque à 22 degrés.

On a, de la sorte, une pommade très homogène. Nous avons pris une certaine quantité de cette pommade avec une spatule, nous l'avons appliquée sur la tempe en un petit tas que nous avons laissé cinq à six minutes. Au bout de ce temps, la pommade a été enlevée. La phlyctène alors ne paraissait pas formée ; mais en passant le doigt sur le point où avait été appliquée la pommade ammoniacale, vous avez vu enlever l'épiderme. Il n'y avait aucune trace d'inflammation du derme, la petite plaie était, par conséquent, dans les conditions les plus favorables à l'absorption. Nous avons mis sur cette plaie cinq centigram. d'hydrochlorate de morphine, et nous avons recouvert le tout d'un petit morceau de taffetas ciré, précaution qui n'est pas sans importance. En effet, ce taffetas ciré sert à entretenir l'humidité de la plaie et à empêcher le sel de morphine une fois délayé d'être enlevé ; il le mantient toujours en contact avec la surface absorbante.

Les convulsions, de fréquentes qu'elles étaient, ne se sont plus montrées que trois fois dans les vingt-quatre heures : voilà pour l'effet thérapeutique. Quant à l'action physiologique du médicament, la malade nous dit que nous n'étions pas au bout de la salle, c'est-à-dire une ou deux minutes après l'application de l'hydrochlorate de morphine, que déjà elle se trouvait comme dans un état d'ivresse, et qu'elle ressentait d'assez vives démangeaisons à la peau. Cette femme éprouvait les premiers symptômes de narcotisme.

Le lendemain nous enlevons le petit appareil, et nous trouvons que la plaie a pris un teinte rosée. Pour ceux qui ne le savent pas, il n'y avait qu'à remettre de la morphine. Or, il existe toujours sur la surface dénudée une fausse membrane qu'il est nécessaire d'enlever. Cette même surface, qui était humide le premier jour, le deuxième jour était presque sèche. Nous réappliquons de la morphine. Cette fois, l'effet se fait attendre deux minutes et demie. Les yeux sont témulans ; il y a faiblesse dans les membres, démangeaison à la peau : nous quittons la malade : tous les accidens de narcotisme continuent.

Rappelez-vous que toutes les fois que le vésicatoire ammoniacal sera bien appliqué, l'effet de la morphine dont on saupoudre sa surface se manifestera avec une extrême rapidité ; mais si la pommade ammoniacale reste trop long-temps en contact avec la peau, il est possible que l'absorption n'ait pas lieu, et qu'ainsi la morphine ne produise pas d'effet.

L'absorption est d'autant plus lente et d'autant moins forte, que la surface absorbante est plus enflammée. C'est pour ce motif que, sur les vésicatoires ordinaires, l'effet de la morphine est si peu rapide.

— Au no 1er de la même salle est une femme atteinte de névralgie sciatique, pour laquelle on a appliqué à la partie supérieure de la cuisse un vésicatoire ordinaire que l'on saupoudre d'hydrochlorate de morphine.

Il y a une grande différence entre l'absorption de la morphine sur un vésicatoire ammoniacal, ou bien sur un vésicatoire préparé avec la cantharide. Le fait précédent et celui-ci serviront à juger comparativement cette question. Vous avez vu, chez la femme du no 41, avec quelle rapidité se faisait sentir l'action du sel de morphine. Celle du no 1er a eu un vésicatoire plus large, mais cantharidé ; eh bien, chez celle, il n'y a pas eu d'action stupéfiante le premier jour. Nous avions pourtant une surface beaucoup plus étendue qui devait nous donner une absorption beaucoup plus considérable, absorption qui cependant fut moindre : c'est que celle-ci est en raison inverse de l'inflammation ; que si la surface du vésicatoire est enflammée, ce qui a lieu quand on s'est servi de cantharides, cette inflammation appelle les liquides de dedans en dehors, l'exhalation alors est très abondante et entraîne les quatre à cinq dixièmes du médicament dans les pièces de l'appareil, ce qui est facile à démontrer ; car au premier pansement vous observez de petites gouttelettes s'écoulant de l'appareil, et qui présentent au goût une amertume considérable.

Dans le deuxième pansement, l'inflammation étant diminuée, l'exhalation est moins grande et l'absorption plus considérable. Aussi, le deuxième pansement est-il toujours plus actif que le premier. C'est une chose qu'il faut bien connaître ; car lorsqu'un malade vous dit que le premier jour de l'application de cinq centigrammes d'hydrochlorate de morphine, il n'a éprouvé aucun effet sensible, si vous alliez doubler la dose, vous auriez, le deuxième jour, un narcotisme très fort, et l'action du médicament serait plus que doublée.

Tubercules. Quelques mots sur nos tuberculeuses.

La femme du no 5, qui était entrée une première fois au mois de mai, est sortie deux mois après bien soulagée par notre médication. Rentrée de nouveau dans un état grave, elle fut soumise au même traitement, et parut d'abord bien s'en trouver ; mais depuis quelque temps son état s'aggrave, et, suivant toutes les apparences, cette femme va mourir.

Ainsi, chez elle, deux fois notre médication a paru efficace.

— Une autre, actuellement couchée au no 35, sortie une première fois en assez bon état, est rentrée de nouveau et a été soumise aux fumigations et aux pilules arsenicales ; puis, sortie une deuxième fois, au plus fort de la gelée, elle revint quinze jours après et est soumise au même traitement. Chez elle, non seulement son état ne s'est point aggravé, mais il est devenu meilleur. Ainsi la fièvre étique a disparu, les sueurs nocturnes et la diarrhée ont cessé.

Au no 17 est cette jeune fille, entrée ici depuis six jours seulement avec une phthisie galopante, qui s'est manifestée après son accouchement. Tout le sommet de son poumon gauche est ramolli, il est le siége d'une énorme excavation ; le sommet du poumon droit est aussi envahi par la maladie. Cette femme était dans un état tel qu'on ne pouvait espérer la voir vivre plus de quinze jours ou trois semaines.

Soumise à notre médication dès son entrée, nous avons vu chez elle l'expectoration cesser presque complètement ; il n'y a plus ni diarrhée, ni sueurs nocturnes, ni fièvre ; nous observons, en un mot, un mieux sensible ; mais il faut bien comprendre que les soins dont cette jeune fille est entourée peuvent bien être pour beaucoup dans cet heureux changement.

Au no 25, cette femme dont les parens sont morts phthisiques, atteinte elle-même de tubercules, et entrée ici avec de la diarrhée, a été soumise à la même médication. L'expectoration, de purulente qu'elle était, est devenue phlegmorrhagique, semblable à du blanc d'œuf ; la fièvre est moindre ; mais la diarrhée est restée la même, malgré l'emploi du ratanhia et du monésia. Nous avons eu recours au nitrate d'argent, espérant par ce moyen faire cesser cette diarrhée rebelle.

La femme du no 10 de la salle Sainte-Julie, entrée dans un état tel qu'elle ne paraissait pas avoir quinze jours à vivre, a été mise à l'usage des préparations arsenicales. Elle prenait jusqu'à cinq pilules par jour, et fumait plusieurs cigarettes. Cette médication a été suivie d'une grande et prompte amélioration. Cette femme, depuis longtemps déjà, donne des soins à son enfant.

Voilà trois semaines, elle se gorgea d'alimens, se donna une indigestion et prit du dévoiement, que la diète et le monésia firent disparaître.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE. (Suite.)

Il est vrai que l'hydropisie ascite peut coïncider avec une grossesse, et l'on a vu plusieurs fois des ponctions pratiquées, et la grossesse n'être reconnue qu'après l'écoulement du liquide. Souvent, dans de semblables circonstances, cette opération a été sans conséquences fâcheuses pour l'enfant ; mais il est arrivé, rarement il est vrai, que l'utérus et l'enfant ont été blessés par la pointe du trocart, et que des accidens les plus graves s'en sont suivis. Dans ce cas, il faut beaucoup de prudence ; du reste, il y a toujours alors quelques signes de la grossesse qui pourront mettre sur la voie.

Indépendamment de cette cause d'erreur, il en est une autre beaucoup moins commune que l'on rencontre cependant quelquefois. Cette cause consiste en un embonpoint local, c'est-à-dire une accumulation de graisse dans les parois abdominales et dans les feuillets de l'épiploon, qui ont pu, dans certains cas, faire croire à une grossesse extra-utérine. Lizarck rapporte le cas curieux d'une femme d'Edimbourg, chez laquelle les uns croyaient à une tumeur de l'ovaire, les autres à une grossesse. La première opinion l'emportant, on fait une incision de huit pouces pour opérer l'extraction de la tumeur ; mais on ne rencontre que des parois considérablement épaissies par la graisse, et des gaz dans la cavité péritonéale.

Goodeh raconte qu'une femme avait été guérie, suivant son dire, d'une hydropisie, à l'aide des purgatifs ; plus tard, son ventre acquiert de nouveau un développement considérable : l'on croit à une grossesse extra-utérine ; l'on pratique une incision, et l'on trouve un épiploon énormément distendu par la graisse.

Sarah Soscott la prophétesse, vieille fille de soixante-neuf ans, dont l'histoire fit grand bruit en Angleterre, se croyait enceinte par un pouvoir surnaturel, et devait mettre au monde une sorte de Messie. A ce sujet, il y eut grand émoi non-seulement dans le peuple, mais encore parmi les médecins ; les journaux politiques eux-mêmes s'en ocupaient beaucoup. Un médecin qui examina cette femme trouva les seins développés comme chez une femme enceinte ; il y eut perte de l'appétit ; le ventre était volumineux ; une tumeur s'élevait du fond du bassin ; il pensa qu'elle était enceinte. Sarah Soscott permettait tout, hors le toucher vaginal. En appliquant la main sur le ventre, ce médecin ne sentit rien d'abord ; mais bientôt il perçut très distinctement des mouvemens, et il conclut qu'il y avait grossesse. Un autre médecin procéda au même examen, et porta le même diagnostic.

Cette histoire avait tant de retentissement qu'un professeur distingué dans l'art des accouchemens vint examiner cette femme et savoir définitivement à quoi s'en tenir sur cette prétendue grossesse. Le ventre était développé, mais il ne présentait pas la consistance qu'il a chez les femmes enceintes ; l'aréole n'avait subi aucune modification, et il n'existait aucun signe de grossesse. Il écrivit à tous les

journaux politiques que la prophétesse Soscott n'était point enceinte.

Le temps d'accoucher arriva ; cette femme tomba malade, maigrit considérablement et mourut ; peu de temps auparavant son ventre avait un peu diminué de volume. On ne fit l'autopsie que cinq jours après la mort, ainsi qu'elle l'avait ordonné avant de mourir. Les parois abdominales avaient une épaisseur de quatre pouces, l'épiploon était considérablement distendu par de la graisse, les interstices étaient remplis d'une grande quantité de gaz ; l'utérus ne contenait rien. Le médecin qui avait été induit en erreur sur le compte de cette femme, pensa que celle-ci aurait bien pu, en retenant ses urines, déterminer un développement considérable de la vessie, que l'on aurait pu prendre pour l'utérus ; il ajouta qu'elle avait l'habitude d'opérer des contractions partielles des parois de l'abdomen, contractions qui lui en ont imposé pour des mouvemens d'un fœtus. Il faut donc, dans de pareilles circonstances, agir avec la plus grande circonspection.

La saillie du ventre peut être déterminée par la présence de gaz dans l'intestin ; et ceci s'accompagnant des contractions partielles des parois abdominales, peut faire croire à une grossesse. Une femme s'est présentée à la clinique dans des conditions semblables ; mais chez elle l'ombilic et le col n'avaient éprouvé aucune modification, le toucher fit voir que l'utérus n'était point développé ; et, à part le volume du ventre et ces contractions, que l'on pouvait percevoir, il n'existait aucun signe de grossesse.

Enfin, le développement de l'utérus lui-même peut en imposer pour une grossesse, soit que ce développement tienne à une hypertrophie des fibres utérines, ou à toute autre cause. Mais ici encore, ni du côté des seins, ni du côté du col, il n'y a aucune des modifications propres à la grossesse, et par conséquent l'erreur n'est guère possible.

L'une des personnes qui assistent aux leçons de M. P. Dubois, a écrit à ce professeur une lettre dans laquelle il suppose le cas suivant : Une femme récemment accouchée, et ayant des raisons pour faire croire à une nouvelle grossesse, se présente à l'examen d'un médecin : l'utérus est développé comme il l'est à trois mois ; le col n'est pas dans les conditions ordinaires. Bref, il y a tout lieu de croire que cette femme est enceinte.

Dans une semblable circonstance, dit le professeur, l'erreur est facile ; seulement, comme les signes qui peuvent faire affirmer l'existence d'une grossesse manquent, il faut se contenter d'établir une simple présomption, et en appeler au temps pour juger la question.

William Hunter, quoique très versé dans la pratique des accouchemens, disait : que toutes les fois qu'il était appelé à constater une grossesse, il était effrayé à trois mois du diagnostic qu'il portait ; à quatre mois, il avait peur encore ; ce n'était qu'à une époque plus avancée qu'il pouvait être certain et assurer qu'une femme était enceinte. Il y a dans ces paroles de Hunter, un peu dexagération ; car il est un grand nombre de cas où à cinq mois et souvent plus tôt il est facile de reconnaître et d'affirmer qu'une grossesse existe.

Péritonite puerpérale. Autopsie. Bec-de-lièvre congénital.

La femme du n° 2 dont il a été question dans le n° du jeudi 1er avril est morte le 16 mars. Avant de parler des lésions trouvées à l'autopsie, il est une chose tout à fait étrangère à la maladie, qui a déterminé la mort, sur laquelle il est bon de dire quelques mots. Cette femme présentait sur la lèvre supérieure une cicatrice verticale résultant de l'opération du bec-de-lièvre qu'elle avait subie depuis long-temps. Mère de deux enfans, elle avait vu l'un d'eux (le premier) naître avec la même infirmité. M. Dubois a vu à la Maternité une femme atteinte de bec-de-lièvre donner le jour à un enfant qui présentait cette difformité. Ces faits et plusieurs autres semblables qui ont été observés semblent démontrer que le bec-de-lièvre est transmissible par l'hérédité, quoique l'opinion contraire soit soutenue par M. Geoffroy fils.

Il y avait déjà long-temps que cette femme était malade : l'affection qu'elle présentait était par conséquent passée à l'état chronique ; aussi est-elle morte dans un état d'épuisement complet. A l'autopsie, on n'a rien trouvé dans la tête, ni dans la poitrine ; les organes contenus dans ces diverses cavités étaient parfaitement sains. Tout le mal était concentré dans l'abdomen : des adhérences nombreuses réunissaient entr'eux les intestins enflammés, adhérences qui se rencontrent communément dans de semblables cas, et s'établissent toujours dans la première période de la maladie. Plusieurs collections purulentes disséminées en foyers tout à fait indépendans les uns des autres, étaient circonscrites, d'un côté par les adhérences intestinales, d'un autre côté par d'autres adhérences entre les intestins de la paroi antérieure de l'abdomen. Si cette femme avait survécu, il eût peut-être été possible, à l'aide d'incisions, d'évaluer ce produit de l'inflammation péritonéale.

Les faits de ce genre ne sont pas rares ; on rapporte qu'une femme ayant pratiqué sur ses seins des lotions astringentes pour faire cesser la sécrétion du lait, fut bientôt prise d'accidens inflammatoires du côté du ventre, accidens qui se terminèrent par suppuration. Il se forma, dans un des côtés, une tumeur circonscrite et fluctuante ; une ponction fut pratiquée, qui donna issue à une assez grande quantité de pus floconneux. Ce fait a été publié comme un cas de métastase laiteuse ; c'était à une époque, en effet, où cette doctrine était assez généralement admise ; mais, mettant ce point de côté, l'on voit une collection purulente occasionnée par une suppression brusque de la sécrétion du lait à l'aide des astringens, collection qui s'est écoulée au-dehors.

M. P. Dubois cite un autre fait de ce genre qu'il a observé tout récemment. Une femme accouchée depuis six semaines avait éprouvé, lors de son accouchement, des accidens inflammatoires du côté du péritoine, qui s'accompagnèrent de fièvre intense et continue.

Plus tard ces phénomènes fébriles prirent le caractère intermittent, et disparurent bientôt sous l'influence du sulfate de quinine. Mais la cause qui les avait déterminés persistant, on vit se former une tumeur de la largeur de la main dans le côté gauche du ventre ; tumeur qui était le siége d'une fluctuation, mais tellement profonde, que M. Dubois ne put songer à en pratiquer l'ouverture. En examinant la partie supérieure de la cuisse du même côté, le professeur aperçut une autre tumeur fluctuante, dont la peau était amincie, et qu'il ouvrit à l'aide d'une lancette. Une quantité énorme de pus floconneux s'écoula de cette incision, et M. P. Dubois fut surpris de voir que cet écoulement de pus était beaucoup augmenté par la pression de la tumeur abdominale. Le pus contenu dans le péritoine aura probablement fusé au-dessous du ligament de Fallope, et sera venu former la tumeur que l'on a ouverte. Ces accidens sont semblables à ceux éprouvés par la femme du n° 2. Qu'adviendra-t-il ici ? C'est ce qu'il est difficile de dire. Une compression légère est exercée sur le ventre ; si le foyer est superficiel, la réunion de ses parois pourra avoir lieu, car la ponction pratiquée vers le point le plus déclive offrira au pus un écoulement facile. Mais si la cavité abdominale présente, comme chez la femme du n° 2, de nombreuses anfractuosités, il est probable que les choses se passeront d'une manière toute différente : l'on verra survenir bientôt une fièvre hectique, dont la terminaison sera nécessairement mortelle.

HOPITAUX DE LONDRES.

Cas rare de rétrécissement du grand trou occipital. Atrophie de la moelle allongée. Symptômes anormaux. Communiqué à la Société médico-chirurgicale de Londres ; par M. H. Hallerton.

Un homme âgé de soixante-quatre ans, essuya, en 1834, une forte contusion au cou, en tombant de cheval. Il ne s'est rétabli de cette blessure que très lentement. Une année après il s'est plaint de difficulté dans les mouvemens de la tête. Rien de remarquable depuis jusqu'au mois de janvier 1837 ; alors il a éprouvé une défaillance ; son pouls est tombé à 20 pulsations par minute. Depuis cette époque, ce phénomène s'est reproduit assez souvent sous l'influence de causes diverses : une fois, au printemps de la même année, par suite d'une peur, la défaillance a duré long-temps ; une autre fois, au mois de juin suivant, par une cause analogue : dans cette dernière occurrence le pouls est tombé à 25 pulsations par minute. En mars 1837, son pouls battait habituellement 33 pulsations par minute, mais il offrait très facilement des changemens ; l'excitation cérébrale le relevait ; mais, en général, l'élévation était suivie d'un abaissement et d'une défaillance. Le caractère général du pouls, lorsque le malade était en bonne santé, était comme celui des hommes bien portans, savoir : plein, ferme, et libre ; généralement, il était régulier, mais quelquefois intermittent. Quelquefois la cause de ces attaques était une indigestion. En juin 1838, les attaques se sont succédées d'une manière effrayante, le pouls est tombé à 12, 10, 9 et 8 pulsations par minute, et dans deux ou trois accès on en a compté à peine 7 1/2 par minute. Une de ces défaillances s'est terminée par la mort, en avril 1840.

L'autopsie, faite par M. Lyston, a offert les lésions suivantes : « La moelle allongée était petite en volume, et extrêmement ferme en consistance. Le *foramen magnum* (grand trou occipital) était altéré de figure ; son diamètre antéro-postérieur était beaucoup diminué ; la partie supérieure de l'apophyse odontoïde de l'axis était poussée en arrière et élevée un peu au-dessus de son niveau naturel. Le diamètre antéro-postérieur était tellement raccourci, qu'il ne permettait pas le passage du petit doigt. La dure-mère et les ligamens qui contournent la face postérieure du corps de l'axis étaient beaucoup épaissis. L'atlas était dans sa situation habituelle, mais les cavités articulaires étaient solidement ossifiées jusqu'aux condyles de l'os occipital, et ne permettaient aucun mouvement entre l'atlas et le crâne. »

Le patient n'avait jamais eu de paralysie, ni l'urine alkaline, ni souffert de douleurs au dos, après les premières semaines de l'accident.

Une discussion s'est engagée au sujet de cette observation. Plusieurs membres se sont accordés à considérer la maladie comme le résultat de la compression des artères vertébrales, et par conséquent d'un trouble dans la circulation encéphalique.

(*Prov. medic. and surg. journ.*, 27 mars 1841.)

— On trouve dans quelques traités d'anatomie pathologique, des exemples de rétrécissement du grand trou occipital, mais les auteurs se taisent complètement sur les symptômes propres à cet état. Sous ce point de vue, l'observation précédente, quelque incomplète qu'elle soit, est importante, peut-être unique dans la science, et digne de méditation.

Amaurose incomplète guérie à l'aide de la section des deux muscles droits latéraux ; par M. Adams (1er mars 1841).

Sarah Heiks, domestique, âgée de vingt-deux ans, délicate, cheveux et iris noirs, bien réglée, était amaurotique depuis deux ans. Ses yeux sont droits, sans apparence ; le droit cependant est plus petit que l'autre ; pupilles pas plus larges qu'à l'état normal, mobiles à l'action de la lumière lorsqu'elles y sont exposées simultanément. Observées cependant séparément, elles offrent une différence notable ; celle du côté droit est légèrement irrégulière, se contracte plus lentement et moins complètement.

Lorsque les deux yeux sont ouverts, la femme ne peut travailler à l'aiguille, ni lire, ni voir les petits objets plus de quelques minutes, sans éprouver beaucoup de vertiges et de confusion dans la vue, ce qui l'oblige à faire reposer ses yeux. Si elle se sert de son œil gauche uniquement, elle n'éprouve aucun inconvénient pendant plusieurs heures ; mais si elle emploie l'œil droit, des vertiges, des brouillards se manifestent constamment, à un tel degré qu'elle ne peut même voir à se conduire. Avec l'œil droit elle peut distinguer à peine les barres d'une fenêtre, mais pas les rubans de la jalousie ; elle peut bien distinguer sur un imprimé les caractères et la marge, mais elle ne peut lire aucun caractère quelconque, quelque gros qu'il soit. Le brouillard devant cet œil est moindre lorsqu'elle regarde dans la direction de l'œil interne.

La patiente est très sujette aux vertiges et aux douleurs au sourcil et à la tempe du côté droit ; elle a éprouvé des douleurs intenses au côté droit de la face et du nez. Ces douleurs se renouvellent lorsqu'elle commence à travailler, à lire ou lorsqu'elle fait du bruit ; elles sont plus intenses le matin et le soir devant les lumières artificielles. Quelquefois, les vertiges de la vue et les douleurs sont légers, et elle peut travailler pendant plusieurs heures sans inconvénient. Dans d'autres temps, elle ne peut travailler un quart-d'heure, ni faire sa besogne de domestique, car à peine a-t-elle fait un peu de mouvement, ou changé vivement d'une place à une autre, que les vertiges et les douleurs de tête recommencent d'une manière si intense, qu'elle devient presque aveugle. Trois fois en effet elle s'est trouvée complètement aveugle pendant plusieurs heures, mais ensuite la vue est redevenue à son état primitif.

La malade a fait la narration suivante sur le début et la marche de l'affection : Il y a deux ans environ, en travaillant à l'aiguille, elle a été saisie subitement de brouillard devant les deux yeux, brouillard qui disparaissait en fermant l'œil droit. Elle éprouva en même temps une sensation curieuse de mouvemens désordonnés dans les yeux, qu'elle compare au vol d'un papillon. Le brouillard et cette sensation ont continué et sont devenus si incommodes qu'elle a été non-seulement obligée d'abandonner tout ouvrage d'aiguille, mais encore de quitter sa place. Quelques jours après elle a repris son ouvrage, mais au bout d'un mois elle a été de nouveau obligée de quitter sa maîtresse, car les vertiges, la céphalalgie et la confusion de la vue étaient incessantes. Elle s'est soumise à un traitement de six mois, mais sans avantage : des saignées, des vésicatoires, et probablement aussi du mercure, avaient fait la base de ce traitement. On l'a envoyée à l'air natal, où on l'a traitée encore sans plus d'avantage. La malade voyait avec l'œil droit des étincelles et des flammes.

Premier mars. J'ai divisé le muscle droit interne après l'avoir exactement et complètement disséqué. L'effet immédiat de cette division a été une légère abduction de l'œil droit en dehors de la ligne naturelle, et une légère, mais manifeste amélioration de la vue : le brouillard est moins dense dans la direction du muscle droit externe.

Le 4, la vue est beaucoup améliorée, le brouillard est plus léger qu'il n'était aussitôt après l'opération ; la malade voit plus distinctement dans la direction de l'angle externe : tous les objets paraissent plus clairs, elle peut distinguer les cordes de la jalousie ; elle lit en présence de plusieurs personnes un imprimé en gros caractères ; mais elle voit les objets doubles lorsque les deux yeux sont ouverts.

Le 12, la vue est considérablement améliorée. La patiente lit aujourd'hui en présence de plusieurs confrères. La position de l'œil opéré est presque naturelle. La malade déclare que l'œil s'est redressé subitement depuis trois jours.

Le 15, la vue est toujours en progrès : la femme lit, mais elle voit toujours double. Depuis l'opération, les douleurs autour de l'œil et du sourcil sont moindres, mais la malade a éprouvé deux ou trois attaques de céphalalgie.

Je procède maintenant à la division du muscle droit externe que j'ai disséqué d'abord très exactement du tissu cellulaire ambiant. L'effet immédiat de cette opération a été de rectifier parfaitement l'œil, qui est revenu au centre de l'orbite et en harmonie avec celui du côté opposé. La diplopie a disparu sur-le-champ, et la vue est devenue parfaite dans l'œil opéré.

Le 20, la vue est plus étendue depuis la seconde opération ; la malade voit aussi bien avec l'œil droit qu'avec le gauche, et elle peut lire toute espèce d'imprimés sans se fatiguer.

Le 24, amélioration progressive. La femme peut lire la petite impression, travailler à l'aiguille sans se fatiguer ni éprouver le moindre obscurcissement dans la vue. Guérison.

(*Ibid.*, 3 avril.)

— Que peut-on conclure de ce fait ? Rien absolument ;

L'exposé des symptômes indique, il est vrai, une ambliopie sthénique, mais compliquée de circonstances névralgiques telles, que la maladie elle-même n'était pas bien nette. Nos idées sur la condition pathologique de cette espèce d'amaurose sont qu'elle ne peut céder qu'à une médication dynamique. Pour rendre concluante l'efficacité d'un simple traitement mécanique, il faut des faits bien autrement clairs, bien autrement parlans. Ne voulant pas cependant rien préjuger, nous avons cru devoir reproduire le fait dans tous ses détails, et attendre que de nouvelles observations viennent l'interpréter à leur tour.

ROGNETTA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 4 mars 1841.

A deux heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — *M. le Secrétaire-général* donne lecture d'une lettre, dans laquelle les membres de la Société sont invités à se trouver au Congrès scientifique qui se tient à Florence.

— *M. Cheneau* prévient qu'il va ouvrir un cours sur la phthisie pulmonaire, et invite ses collègues à y assister.

— *M. Pédélaborde* reprend la lecture de son travail sur les maladies de l'utérus. Suivant lui, les ulcérations superficielles ou profondes qui se manifestent au col et plus souvent à la lèvre postérieure de cet organe, sont précédées d'une phlyctène dont la rupture donne lieu à l'ulcération, l'épithélium détruit laissant à nu le corps papillaire. L'auteur revient sur ce qu'il a déjà dit dans une précédente lecture, et soutient l'innocuité des mucosités vaginales. D'après les expériences de Fourcroy, de Berzélius et de Thénard, elles sont composées d'une très grande quantité d'eau, 933 sur 1000; les sels de soude et de fer qu'on y rencontre en petite quantité, ne peuvent amener d'ulcérations. Elles sont précédées d'une inflammation chronique, suivie plus tard de ramollissement.

M. Fouquier demande si on regarde ces ulcérations comme étant de nature cancéreuse; et sur la réponse négative qui lui est faite, il fait observer qu'il n'a posé cette question que pour mieux signaler l'abus qu'on a fait de la cautérisation dans ces derniers temps.

— *M. Tessier* rend compte verbalement des opinions émises dans trois mémoires composant le trimestre d'août 1840, et envoyés par la Société médico-pratique.

Dans le premier de ces mémoires, on examine dans quelles maladies de poitrine, dans quelles circonstances il faut avoir recours aux préparations antimoniales, et aussi auxquelles de ces préparations on doit donner la préférence. L'auteur pense que, dans le catarrhe suffocant, la pneumonie, il est bon d'administrer l'antimoine, en y joignant toutefois la saignée si le cas l'exige. Il pense que l'émétique donné à hautes doses doit avoir la préférence sur le kermès minéral qui ne peut se dissoudre, et auquel, pour cette raison, il reconnaît moins d'efficacité.

M. Fouquier observe que le kermès minéral n'ayant pas été administré de la même manière que le tartre stibié, on ne peut avec raison le taxer d'impuissance; qu'il faut en élever les doses, les porter d'un à trois grammes avant de pouvoir décider cette question, qu'enfin c'est une expérience à faire.

Dans le second mémoire, qui traite de l'expectation en médecine, il est dit que dans la plupart des cas le rôle du médecin doit être passif; et l'auteur attribue à cette habitude d'expectation suivie par Hippocrâte, la vérité qu'on admire dans les tableaux de maladies que nous a transmis ce grand-maître.

Dans le troisième mémoire, l'auteur se demande quel est le moment le plus opportun pour administrer le quinquina dans les fièvres intermittentes. Depuis Sydenham, il était d'usage de l'administrer à des doses assez fractionnées entre les accès; Cullen, et plus tard, Grimaud voulaient qu'il fût donné pendant l'accès; l'auteur se prononce en faveur de la première opinion.

M. Sorlin: Il est dit dans ce mémoire, qu'il faut donner le quinquina à doses fractionnées et à des heures peu éloignées de l'accès; mais je ferai observer que dans les fièvres graves, on ne saurait donner ce médicament trop tôt et à trop fortes doses, si on veut, sinon supprimer, du moins affaiblir l'accès qui doit survenir.

M. Pédélaborde: Dans un beau département que j'ai habité, celui des Basses-Pyrénées, bien que le sol y soit sec et à quarante lieues de la mer, les fièvres intermittentes y sont fréquentes. Une seule dose de sulfate de quinine suffit pour les guérir, et je n'ai jamais observé de gonflement consécutif de la rate.

M. Rouvin: Dans les Ardennes, le sol est boisé et humide; les fièvres intermittentes y sont fréquentes et souvent suivies ou accompagnées du gonflement de la rate.

M. Tanchou: Il passe pour constant que la rate est toujours affectée dans les fièvres intermittentes: mais cette affection précède-t-elle ou suit-elle? est-elle, en un mot, cause ou effet? La question n'est point décidée. Ces sortes de fièvres, qui se passent sous l'influence du système nerveux, ne favorisent-elles pas des congestions sur des organes importans, la tête, les poumons, la rate surtout, et principalement durant la période de refroidissement? c'est mon avis. Il m'est tombé dernièrement sous la main un rapport médical sur l'état de santé des troupes anglaises en Afrique: les fièvres intermittentes décimaient les soldats, et elles étaient si fréquentes et si meurtrières, qu'il mourait 48 individus sur 100; j'ai été fort surpris de ne voir mentionné dans aucun cas le gonflement de la rate, et il est difficile de penser qu'on ait omis d'en parler dans le cas où on l'aurait observé.

J'ai vu il y a deux ans un homme traité à plusieurs reprises pour une fièvre intermittente: la rate était tuméfiée, et chaque fois qu'on administrait du sulfate de quinine, l'organe diminuait de volume; on voyait la tumeur s'amoindrir sensiblement et s'éloigner du cercle noirâtre tracé au moyen du nitrate d'argent.

M. Fouquier: On a pu croire que lee retour des accès tenait à l'engorgement de la rate; mais ceci est fort contestable.

M. Perthus rend à la Société un compte détaillé d'une maladie dont il a été atteint en décembre 1840, et dont la terminaison heureuse a trompé, à sa grande satisfaction, et lui-même et les confrères qui se disposaient à l'opérer.

Depuis long-temps il avait cru remarquer que le côté gauche était chez lui disposé à devenir le siége de différentes affections. L'œil gauche avait été atteint de diplopie; une diminution de sensibilité s'était étendue à la face dorsale et aux orteils du pied gauche, et sur la jambe du même côté on avait vu paraître une éruption herpétique. Au niveau de l'articulation de la seconde et de la troisième phalange du petit orteil, toujours *à gauche*, existait une induration, un cor autour duquel survint un peu de suppuration · bientôt le pied se gonfla, devint douloureux; des végétations s'élevèrent, et, la sonde introduite, on crut à une dénudation de l'os, l'amputation fut décidée. Mais comme l'état général était peu satisfaisant, M. Perthus fut condamné au repos absolu. On réprima au moyen du nitrate d'argent les chairs fongueuses, et le pied fut couvert d'un cataplasme émollient. Par l'emploi de ces moyens, l'aspect de la plaie devint meilleur. M. Monneret eut alors la pensée d'entourer l'orteil d'une bande de toile imprégnée de dextrine pour le tenir dans une immobilité complète; ce moyen réussit au-delà de toute espérance: après huit jours, la plaie se trouva fermée. On réappliqua le même bandage sans se permettre la moindre investigation imprudente, et notre confrère, quelques jours après, put commencer à marcher.

M. le Secrétaire général prévient qu'à partir du mois d'avril, les séances ne commenceront qu'à trois heures.

M. Belhomme, qui s'est livré depuis quinze ans au traitement des maladies mentales, et qui en réunissant les manières de voir de Cabanis et de Gall, espère être arrivé à des résultats plus certains que ses devanciers, vient de faire sur ces affections des conférences publiques. Il reproduit devant la Société les principales propositions qu'il a développées dans son cours. Il passe en revue l'importance du système nerveux qui se montre le premier dans l'animal, qui va toujours en se compliquant à mesure que l'intelligence grandit, comme on peut s'en convaincre en le suivant depuis les radiaux et les mollusques, où il est si simple, jusqu'aux vertébrés et surtout jusqu'à l'homme qui, sous le rapport de l'intelligence, occupe le plus haut degré de l'échelle. M. Belhomme rappelle ensuite les belles expériences de Bell et de Magendie, qui ont prouvé que certains nerfs sont destinés à la sensibilité, d'autres à la motilité; qu'il paraît y avoir quelquefois confusion de ces deux propriétés, mais qu'elle n'est qu'apparente et due aux anastomoses de ces nerfs entre eux; qu'un nerf est jusqu'à sa terminaison ce qu'il est à son origine, mais que de leur union naît une harmonie admirable et mille sympathies.

M. Belhommé soutient qu'il ne peut y avoir d'intelligence parfaite si le cerveau n'est intact, surtout à sa surface; et arrivant à la folie, il la suit et la démonstre depuis cette légère bizarrerie de caractère qu'on observe souvent chez les femmes à l'époque de la menstruation jusqu'à l'idiotisme, l'abolition complète de toute faculté intellectuelle par suite de l'atrophie cérébrale.

L'heure avancée ne lui permettant pas de terminer cette exposition, la suite est remise à la séance suivante.

A quatre heures la séance est levée.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. BELHOMME. — Séance du 3 mars.

On reprend la discussion sur les lésions des centres nerveux. M. Belhomme pense qu'avant d'établir qu'il y a des paralysies sans lésions matérielles, il faut, dans les paralysies étendues ou limitées à un côté du corps: 1° chercher l'altération dans toute l'étendue des fibres cérébrales, depuis le bulbe rachidien jusqu'à l'épanouissement des pédoncules cérébraux; 2° voir si la paralysie ne dépend pas de la maladie des nerfs eux-mêmes.

M. Giraldès ne saurait admettre l'opinion de M. Belhomme; il ne croit pas l'anatomie du cerveau assez connue pour qu'on puisse suivre la marche des fibres cérébrales et leur rayonnement. On ne sait rien de positif sur le développement de l'encéphale; se fait-il de la circonférence au centre, ou du centre à la circonférence? C'est ce que les faits n'ont pas encore démontré. Quant à la localisation des apoplexies, l'expérience a renversé toutes les hypothèses si légèrement établies; ce que l'on sait, c'est que, dans l'immense majorité des cas, la perte de la sensibilité et de la motilité annoncent un épanchement dans le côté opposé du cerveau, mais rien n'indique le point précis de l'organe où cet épanchement s'est fait.

M. Piedagnel rappelle qu'il existe dans la science un certain nombre de faits de paralysies bien observés, et cependant après la mort aucune altération morbide n'a pu en faire découvrir la cause. Les paralysies saturnines, certaines paraplégies appartiennent à cette catégorie. On a donné à ces maladies du système nerveux sans lésion anatomique, le nom de paralysies essentielles; cette dénomination veut simplement dire que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ignore la cause du dérangement fonctionnel.

M. Nonat cite à l'appui de l'opinion de M. Piedagnel l'exemple d'un individu, atteint de paralysie, dont il avait attribué la maladie à une myélite. A l'autopsie, il ne trouva aucun désordre dans la moelle et dans le cerveau.

M. Bourjot-Saint-Hilaire, contradictoirement à la théorie émise par M. Malgaigne sur la nature de la cataracte, reconnaît et admet depuis long-temps que bien souvent ce sont les couches superficielles du cristallin qui entrent dans une véritable dissolution par sursaturation de la partie la plus fluide; mais cela n'empêche pas qu'il y ait des cataractes capsulaires dans lesquelles la capsule est certainement modifiée dans son tissu; elle apparaît nacrée, parcheminée; elle est dure et résiste très fortement sous la pointe de l'instrument. Si c'est la capsule qui sécrète le cristallin, comme cela ne paraît pas douteux, il faut admettre que, dans ce cas, la modification de sécrétion n'aura lieu qu'après une modification de tissu de la capsule. Donc la capsule doit être modifiée, et cette modification est apparente. La division en cataracte capsulaire, morgagnienne, centrale, cristalline des vieillards, paraît à M. Bourjot utile en pratique, et vraie en théorie et en pathologie.

M. Caffe dit qu'il n'est pas d'observateur qui n'ait trouvé la capsule opaque; plus d'une fois, en faisant l'opération par abaissement, il a vu la causule se relever; les cataractes secondaires ne sont autre chose que des cataractes capsulaires. Dans son article *Cataracte* (Dictionnaire des études médicales), il a montré l'existence des cataractes morgagniennes sur la circonférence (cataractes circulaires).

M. Adorne affirme qu'après avoir fait l'opération de la cataracte, il a vu le cristallin opaque. Scarpa lui a montré des cataractes laiteuses. Un paysan du département du Haut-Rhin vint un jour trouver notre honorable confrère pour le prier de l'opérer: après avoir saisi le cristallin à l'aide de l'aiguille de Scarpa, M. Adorne amena une petite membrane qui était dans la chambre antérieure. Ce praticien croit que la membrane cristalline peut devenir opaque dans sa partie antérieure, sans que la partie postérieure participe à cette altération.

M. Piedagnel demande si la science possède des autopsies de capsules opaques: pour lui, il n'en connaît pas d'exemple.

M. Rognetta n'a jamais rencontré de cataracte capsulaire primitive: il en a vu sur le vivant, mais elles étaient secondaires, traumatiques; quant aux spontanées, il ne les a jamais observées.

M. Leblanc assure que la cataracte capsulaire est très commune chez les chevaux,

M. Bourjot croit que M. Malgaigne est dans les circonstances les plus défavorables pour trouver des cataractes capsulaires, puisqu'il ne voit que des vieillards, chez lesquels les cataractes sont plus spécialement séniles. MM. Bourjot et Caffe feront de nouvelles recherches sur ce sujet.

— *M. Brierre de Boismont* lit une note sur un travail de M. Guislain, médecin en chef de l'hospice des Aliénés, de Gand, relatif aux aliénés des établissemens d'Italie.

M. Mojon, après avoir rappelé en peu de mots le mémoire de M. Foville concernant les déformations des os du crâne par suite de l'emploi du bourrelet, rapporte que M. Combe a lu à la Société phrénologique de Glascow, dans la séance de septembre 1840, une note destinée à prouver que le plus grand nombre d'idiots chez les Indiens provient de l'habitude où l'on est dans les Indes de comprimer la tête des enfans de manière à l'allonger en arrière et en haut. Plusieurs planches sont jointes à ce travail.

— Sur le rapport de M. Giraldès, l'admission de M. Hannover est prononcée.

Rapport sur la candidature de M. Leroy d'Etiolles; par MM. Caffe, Bourjot et Manzini, rapporteur.

Chargé par la Société d'examiner les titres que M. Leroy d'Etiolles lui a soumis, avec la demande d'admission dans son sein, en qualité de membre résidant, j'ai tout d'abord compris que ma tâche était aussi honorable que facile. Vous tous, en effet, Messieurs, vous connaissez M. Leroy, sous le double rapport de la probité et des services qu'il a rendus à la science. Aussi serai-je succinct dans ce que je me propose de vous dire en faveur de la candidature de M. Leroy.

Elève distingué de la Charité, M. Leroy, étant encore attaché à cet hôpital, fit plusieurs recherches remarquables qui lui méritèrent l'affection de Boyer et de M. Roux, affection que le premier lui continua jusqu'à sa mort et que dans le second, rien n'est venu altérer jusqu'alors, malgré l'éloignement bien connu du chirurgien de l'Hôtel-Dieu pour ce que certaines personnes appellent dédaigneusement la *nouvelle méthode*.

Formé à l'école du grand maître de la Charité et de son successeur, M. Leroy a depuis exercé toute la chirurgie. Ce serait vous entraîner trop loin; ce serait, du reste, vous faire parcourir une carrière médicale laborieusement remplie, que de vous exposer tous les travaux du candidat. Jetons les yeux sur son *exposé sommaire*, et un seul regard suffira pour vous convaincre que tous ses instans ont été consacrés à la science. La physiologie, l'obstétrique, l'oculistique, la pathologie interne et externe, l'hygiène ont tour-à-tour été l'objet des méditations, des recherches, des travaux de M. Leroy.

Mais parmi les titres du candidat, il en est un, Messieurs, bien connu de vous, et qui a rendu son nom familier à tous ceux qui s'occupent de l'art de guérir les maux de l'humanité, savoir: celui d'être l'un des inventeurs de la lithotritie. Quelle que soit l'obscurité dont est enveloppée l'origine de cette opération, il est néanmoins une vérité incontestable, savoir, que considérée dans son ensemble, on voit la lithotritie surgir et bientôt s'élever comme un monument impérissable, et qu'a sa base nous voyons inscrits les noms d'Amussat, de Leroy et de Civiale, sans savoir si le hasard seul a disposé l'ordre dans lequel ils se présentent à nous, ou bien la récompense que l'on se plaît d'accorder au génie, comme témoignage de reconnaissance et de respect,

Je crois, Messieurs, que ce titre seul doit mériter à M. Leroy toute notre bienveillance, et je crois aussi que la pensée de renouveler à l'égard du candidat, les injustices que l'astre de frère Jacques fit éclore dans le cœur de Méry, est éloignée de cette enceinte.

Vous parlerai-je maintenant de l'instrument que M. Leroy a inventé pour opérer la ligature des polypes du pharynx, et qu'il a adressé à la Société, accompagné d'une notice? Je n'en dirai qu'un mot. Fait dans les idées de l'instrument de M. Félix Hatin, jadis couronné par l'Académie des sciences, celui de M. Leroy en est en quelque sorte une modification heureuse. Le porte-ligature du candidat est mieux disposé pour élever le fil jusqu'à la base du polype; il est plus facile à manier, à nettoyer. Un de ses plus grands avantages résulte de l'addition d'une pince à mors recourbés, au moyen de laquelle on peut élever autant que possible les deux bouts du fil dans les fosses nasales, et augmenter de même, en avant de la tumeur, l'écartement de ces mêmes bouts. On évite, par ce moyen, que ceux-ci ne passent sur le même côté de la tumeur; d'autre part, le polype étant toujours embrassé à sa base par l'anse du fil, il se trouve totalement enlevé, au lieu d'être réséqué, ainsi que cela arrive fréquemment lorsqu'on se sert d'autres instrumens.

L'application que MM. Bérard jeune, Blandin et le candidat lui-même ont faite du porte-ligature avec succès sur le vivant, démontre que les avantages que nous venons d'indiquer ne sont pas des spéculations théoriques.

M. Leroy soumet également à l'examen de la Société, son *Histoire de la lithotritie.* Le temps ayant porté sur cet ouvrage un jugement favorable, je m'abstiendrai d'en parler avec détail.

Vous rappeler, Messieurs, que M. Leroy travaille en ce moment à un *Traité des maladies de la prostate*, dont plusieurs fragmens ont été lus devant les Académies des sciences et de médecine, et dont le commencement vous est soumis imprimé sous forme de brochure et sous le titre de *Considérations anatomiques et chirurgicales sur la prostate*, c'est vous dire que la carrière scientifique du candidat est loin de toucher à son terme.

Bon confrère, bonne foi reconnue, connaissance de plusieurs langues: c'est par ces traits que se trouvera clos le tableau que j'ai dû vous faire sur M. Leroy, considéré dans ses qualités civiques comme dans ses titres scientifiques.

Je conclus, Messieurs, à l'admission de M. Leroy d'Etiolles comme membre résidant de la Société médicale d'Emulation; admission qui me paraît conforme aux lois de la sagesse et de l'équité. (Adopté.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

Si M. Phillips s'était contenté de vouloir donner le change une dernière fois à l'aide de la fausse analogie qu'il prétend établir entre ses idées et les miennes, je me serais dispensé de lui répondre;

mais, peu satisfait, sans doute, du résultat de la discussion qu'il a provoquée, il cherche à se dédommager par des insinuations contre ma loyauté. Comme je n'ai jamais donné à personne l'occasion de m'adresser des reproches de ce genre, je viens vous prier, Monsieur, de me permettre de répondre quelques mots dans votre Journal, qui édifieront, j'espère, vos lecteurs sur cette nouvelle provocation de M. Phillips, comme sur la première.

Voici d'abord le texte des accusations de M. Phillips :

« M. Guérin dit que je n'ai pas opéré de vrais myopes ; qu'en » sait il? Pour se donner raison, il commence par me supposer » dans l'erreur. Jusque-là ce n'était que plaisant. Mais voici ce » qui n'est pas loyal, et ce qui me fait, dès-aujourd'hui, renon- » cer à toute discussion avec M. Guérin. Dans sa lettre il écrit : » Or, qu'a fait M. Phillips ? Je cite textuellement. Et en effet, » M. Guérin cite mon texte, mais en le surchargeant de la phrase » suivante : *chez les personnes atteintes de strabisme compliqué* » *de myopie;* je défie M. Guérin de la montrer dans mon ouvrage. » *Si, dans ma pensée, il eût été question de myopie compli-* » *quant le strabisme, cette phrase, qui altère ma proposition,* » *eût été imprimée, et elle ne l'est pas.* »

M. Phillips prétend donc : 1° Que je lui ai attribué une opinion qu'il n'a pas ; 2° que j'ai introduit dans son texte une phrase qui ne s'y trouve pas, ce qui altère sa proposition : vos lecteurs vont juger. Je vais reprendre les deux textes de M. Phillips ; car il faut savoir que ce chirurgien invoque une lettre à l'Académie des sciences du mois de juillet dernier, et sa brochure publiée en décembre 1840. Or, pour qu'il ne cherche pas à se sauver de l'une par l'autre, et qu'il ne trouve pas prétexte à une nouvelle accusation dans la suppression de quelque paragraphe inutile, je vais reproduire en entier les passages de sa lettre et de sa brochure, sur lesquels porte la discussion.

Texte de la lettre à l'Académie.

« Dans un nombre de quatre-vingts strabismes, j'ai opéré :

» Trente-quatre strabismes convergens de l'œil droit ; vingt- » trois strabismes convergens de l'œil gauche ; onze convergens » des deux yeux ; QUATRE DÉVIATIONS *de l'œil par la contraction* » *du muscle grond oblique;* trois strabismes congénitaux ; deux » strabismes divergens ; deux supérieurs et un inférieur.

» De ceux qui louchaient de l'œil droit, dix-sept ont vu dou- » ble avant l'opération ; deux ont conservé la vue double trois » semaines après l'opération ; seize n'ont pas vu double avant, et » deux qui ne voyaient pas double avant, ont vu double après » l'opération. Deux ont présenté le phénomène remarquable de » voir double avec un seul œil.

» Parmi ceux qui louchaient de l'œil gauche, deux ont vu dou- » ble après l'opération, et deux n'ont pas recouvré l'usage de » l'œil dévié.

» La vue double a toujours existé chez les individus dont la pu- » pille de l'œil dévié était plus large que celle de l'œil sain.

» Quelque temps après l'opération, ordinairement après quinze » à vingt jours, les pupilles qui se sont dilatées se contractent, » et celles qui étaient fortement contractées se dilatent ; alors la » vue cesse d'être double.

» Une observation qui s'est toujours présentée de la même ma- » nière, *c'est celle de la myopie, lorsque le muscle grand-obli-* » *que était contracté.* Cette myopie cessait, la vue devenait » longue aussitôt après la division de ce muscle.

» N'est-on pas autorisé à penser que *cette* myopie est sous la » dépendance de cette contraction musculaire ? Après les guéri- » sons obtenues par *cette opération*, après ce que nous connais- » sons de la manière d'agir du muscle sur le globe de l'œil, *ne* » *peut-on pas espérer pouvoir guérir la myopie en coupant le* » *tendon du muscle grand-oblique?...* » (1)

Je le demande à tout homme de bonne foi, n'est-il pas clair comme le jour que M. Phillips entend parler de strabismes compliqués de myopie. « Après les guérisons obtenues par cette opération (laquelle si non la section du grand oblique dans le stra- » bisme compliqué de myopie), ne peut-on pas *espérer* pouvoir » (*ne peut-on pas espérer pouvoir*, entendez-vous?) guérir la » myopie en coupant le tendon du grand oblique. » Si M. Phillips avait entendu parler d'opérations faites sur de vrais myopes, il n'aurait pas dit : *ne peut-on pas espérer pouvoir* guérir la myopie, cette guérison n'eût plus été seulement *possible* et à *espérer*, elle eût été réalisée. Mais le texte de la brochure de M. Phillips, rend toute interprêtation superflue. Voici ce texte :

Texte de la brochure de M. Phillips.

« Une remarque générale, toujours la même, c'est que les yeux » *déviés* par le grand-oblique étaient *myopes*, et qu'aussitôt » après l'opération la vue devenait longue (2) » Ce sont bien là des yeux *déviès* avec miopie, c'est-à-dire des strabismes compliqués de myopie, et des opérations faites dans des cas de strabismes compliqués de myopie ! Et plus loin : « Si l'ac » tion contractile des muscles obliques est spasmodique, s'ils » sont dans un perpétuel état de contraction, s'il en résulte » un changement dans l'axe de l'œil, le globe étant écrasé dans » la moitié de sa circonférence par les deux tendons des obliques, » forme une convexité en avant, et la myopie est le résultat de » cette modification ; c'est ainsi que nous l'avons toujours re- » marqué dans le *strabisme* par la contraction du grand oblique. » *Après les opérations*, on a obtenu des résultats contraires, » c'est-à-dire que le grand oblique étant coupé, la convexité de » la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie..... (3) ». Et après des passages aussi explicites, M. Phillips ose dire qu'il n'a pas entendu parler de strabismes compliqués de myopie, et que j'ai altéré sa pensée en faisant cette supposition. Eh bien ! moi, je défie à mon tour M. Phillips de citer un seul passage, non tronqué, des deux écrits dont il s'agit, où, je ne dirai pas qu'il soit question explicitement qu'il ait opéré de vrais myopes sans strabisme, mais où l'on puisse trouver le moins du monde l'ambiguité qu'il voudrait y faire voir. Quant à des opérations de myopie simple, que ce chirurgien aurait pu pratiquer, il n'en a rien dit jusqu'ici, et il n'en dit rien encore dans ses lettres ; il les réserve sans doute pour une meilleure occasion.

Voilà pour l'interprétation des écrits de M. Phillips.

M. Phillips m'accuse en second lieu d'avoir intercallé dans son texte une phrase qui ne s'y trouve pas : je répondrai que le fait est matériellement faux. Je n'ai rien changé au texte de M. Phillips. En citant quelques lignes d'un des passages qui précèdent ayant trait au strabisme compliqué de myopie, j'ai mis *entre parenthèses*, pour la distinguer du texte de M. Phillips, l'indication abrégée d'un des passages que j'étais obligé de supprimer à cause de sa longueur, et il n'y a que M. Phillips qui ait pu se méprendre sur mon intention ; mais cette insinuation tombe d'elle-même du moment qu'il est bien établi, par les extraits que j'ai reproduits et auxquels se rappporte ma phrase abréviative mise entre parenthèses, qu'il s'agissait bien de *strabisme compliqué de myopie*, et non de *myopie seulement*. Ajoutons d'ailleurs qu'il ne viendra à l'idée de personne que j'aie pu m'exposer, même avec l'aisance qui caractérise M. Phillips, à surcharger son texte de phrases qui ne s'y trouvent pas. De pareilles suppositions retombent sur ceux qui ne craignent pas de s'en rendre responsables.

Je ne m'arrêterai pas, Monsieur, à relever les non-sens que M. Phillips cherche à me prêter. On peut très bien, sans se compromettre, laisser sans réponse des critiques faites sur le ton, avec les formes et la science de M. Phillips.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, la nouvelle assurance de mes sentimens les plus distingués,

JULES GUÉRIN.

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, n° 4, 27 juin 1840, pag. 172 et 173.

(2) Du Strabisme, par le docteur Phillips, pag. 88.

(3) Du Strabisme ; par le docteur Phillips, pag. 124.

La Physiologie de l'Étudiant paraît aujourd'hui ; ce charmant petit livre comique, illustré par MM. Alophe et Maurisset, continue la piquante collection de volumes in-18, entreprise par MM Aubert et Cie, qui mettent sous presse *la Physiologie du Floueur*, par Ch. Phillipon, illustrée par Daumier ; celle de *la Lorette*, par *Maurice Alhoy;* celle *du Saltimbanque*, par Varin, et un grand nombre d'autres petits ouvrages du même genre. (*Voir* aux Annonces.)

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 13 AVRIL 1841.

(14e ANNÉE.)

N° 46, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Ouverture du Cours de M. Bouillaud.

C'est la dixième année, dit M. Bouillaud, que je professe la médecine clinique dans cette enceinte; et, comme les années précédentes, je ferai de la médecine clinique exacte. Mais, Messieurs, pour que vous compreniez bien la valeur de ce mot, il est nécessaire de jeter un coup-d'œil sur l'histoire de la médecine. C'est ce que nous allons faire rapidement; et, passant les époques fabuleuses pour ne nous arrêter qu'aux époques vraiment historiques, nous verrons ce que fut cette science chez les Grecs et les Romains et au moyen-âge, puis enfin ce qu'elle est de nos jours.

Hippocrate, chez les Grecs, fut en quelque sorte le créateur de la médecine, mais ce ne fut pas chez lui une science de faits. En effet, quelle est celle des maladies que nous connaissons aujourd'hui qui y soit décrite exactement? La médecine d'Hippocrate n'est que le rudiment, que l'embryon de la science, si on peut le dire. Ceux venus après lui ont peu ajouté à ses travaux; comment l'auraient-ils fait? L'anatomie et la physiologie ne leur étaient pas connues, et les sciences physiques n'avaient pas encore éclairé le monde de leur flambeau.

Mais Galien paraît, et avec lui la médecine fait un pas; car Galien possède des connaissances anatomiques et physiologiques.

La chute de l'empire romain fut le signal de la décadence des arts, et la médecine eut le sort commun. Au moyen-âge elle ne fit aucun progrès; ce n'est pas qu'elle manquât d'interprêtes, mais la plupart des médecins se bornaient à citer les maîtres, l'un tenant pour celui-là, l'autre pour celui-ci. Et, disons-le en passant, c'est une méthode pernicieuse pour la science, que de croire ainsi sur l'autorité d'un livre. Sans doute il faut lui accorder une certaine confiance; s'il en était autrement, à quoi servirait de lire ou d'écouter la parole du maître? Mais il y a un livre où chacun peut lire, et qui dit toujours vrai: c'est la nature, ce sont les malades, et c'est dans celui-ci que l'on doit vérifier ce qu'on a lu dans les autres avant de se former une opinion, d'adopter tel ou tel système.

Les médecins du quinzième siècle virent cet écueil contre lequel avaient donné leurs devanciers, et ils se mirent à étudier l'anatomie; mais il fallait en quelque sorte faire la science de toute pièce; aussi la médecine fit-elle peu de progrès jusqu'à Haller, qui donna une impulsion qu'elle n'avait point encore eue à l'étude de l'anatomie et de la physiologie, ces deux bases essentielles de toute bonne médecine.

Nous voici arrivés au dix-huitième siècle: la physiologie est en honneur, et chacun veut expliquer à sa manière les phénomènes de l'économie animale, et jeter par là quelque jour sur la connaissance des maladies. Stahl, spiritualiste cartésien, a recours à un principe immatériel, à l'âme, pour expliquer tous ces phénomènes. Cette doctrine, s'appuyant sur un principe tout hypothétique, n'atteignit pas son but; mais elle eut du moins pour avantage de porter ses partisans à étudier avec plus de soin les phénomènes de l'organisme.

Boerhaave, au contraire, se fit connaître par ses théories mécaniques auxquelles il associa les théories humorales.

Bichat, qui est certainement un des plus grands hommes des temps modernes, professa en quelque sorte la doctrine de Stahl: il adopta le vitalisme, mais en le modifiant, c'est-à-dire que tout en admettant un principe vital qui préside à tous les phénomènes organiques, il voulut arriver à la connaissance de ces phénomènes soit physiologiques, soit morbides, par la stricte observation des faits. A cette époque, Bichat avait reconnu dans la science une grande lacune sous le rapport de la connaissance des maladies et de leur thérapeutique, et il essayait de la combler. Ce sont ses élèves qui ont le plus contribué à la transformation de la science médicale: dans leurs mains, la médecine est devenue vraiment physiologique. Celui qui a surtout imposé son nom à cette méthode, c'est Broussais, disciple de Bichat, dont il était aussi l'admirateur. Ce fut en 1816 qu'il formula les principes de sa nouvelle doctrine qui a pendant dix ans occupé le monde. Mais cette période n'était pas la dernière que la médecine dût atteindre: en effet, c'était encore la méthode de Bichat, qui ne se servait dans l'appréciation des phénomènes organiques d'aucune science exacte. Cette médecine serait aujourd'hui un anachronisme, car si elle a rendu des services à la science en déblayant le terrain et en facilitant la route à ceux qui sont venus depuis, elle manque cependant d'exactitude sous le point de vue du diagnostic.

Il y avait donc pour la médecine une ère nouvelle; une nouvelle méthode devait apparaître: c'est celle dans laquelle on applique les sciences exactes dans la connaissances des maladies. C'est en effet la méthode la plus sûre, mais elle demande à être appliquée avec beaucoup de soin, sans quoi elle expose à des résultats erronés. Ainsi, par exemple, dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de statistique: hé bien, on ne peut, à notre avis, tirer de la plupart de ces travaux des conclusions très satisfaisantes, parce que ceux qui les ont faits n'ont pas tenu compte des différens degrés sous lesquels se présentait la maladie dont ils s'occupaient.

Considérons maintenant les maladies sous le point de vue du rapport qui existe entre le diagnostic et la thérapeutique.

Au moyen de l'application des sciences physiques exactes à la connaissance des maladies; au moyen de l'anatomie, qui non-seulement a reconnu les organes, mais encore a analysé toutes leurs parties constitutives, et de l'anatomie pathologique, qui a fait saisir le rapport entre la lésion matérielle et les phénomènes auxquels elle donne lieu pendant la vie, on est arrivé à porter un diagnostic certain dans presque tous les cas, et à déterminer la partie de l'organe affectée, et la place occupée par le mal. Une semblable exactitude a dû faire faire à la thérapeutique d'immenses progrès. Comment ne pas voir, en effet, que lorsqu'on a bien déterminé une maladie, l'indication de cette méthode curative découle nécessairement de cette détermination. Cette proposition, bien que contestée par beaucoup de médecins qui ont le malheur de ne pas croire à la thérapeutique, nous paraît à nous d'une vérité incontestable.

Mais concluons, et disons que la médecine clinique exacte est celle où l'on acquiert la connaissance des maladies par les différentes méthodes employées dans les sciences exactes, et au moyen de ces sciences elles-mêmes qui ne sont, à bien prendre, que les lettres d'un alphabet dont la médecine est l'ensemble.

Nous vous parlerons maintenant de quelques maladies, ayant soin d'appliquer constamment ces moyens à leur recherche.

Au n° 6 de la salle des hommes est entré, le 5 courant, un malade âgé de soixante-deux ans, d'une constitution faible, cachectique, d'une complexion délicate. Sa taille est petite; les cavités thoraciques et abdominales sont peu développées; il est affaibli par l'âge. Après avoir travaillé comme à l'ordinaire, sans se sentir indisposé en aucune manière, ce malade étant, dimanche, en train de faire sa toilette, fut tout à coup pris de frisson; de la douleur se fit bientôt sentir dans le côté gauche de la poitrine: cette douleur s'accompagna de toux, et bientôt aussi survinrent des crachats mêlés de sang. Interrogé sur la cause probable de sa maladie, cet homme peut devoir l'attribuer à du refroidissement qu'il aurait éprouvé en s'habillant.

Voici l'état qu'il présente à son entrée à l'hôpital:

Le visage est pâle, d'une teinte jaunâtre. Tout en lui décèle une habitude cachectique; il a eu deux selles dans la journée. Le pouls est à 96-100, assez développé; la respiration de 28 à 32. La peau est sèche, chaude. Il y a de la dyspnée. Une douleur assez intense se fait sentir dans la région du sein gauche. La toux est rare, et donne lieu à l'expectoration de crachats rouillés. La percussion de la poitrine donne à gauche, en arrière, et dans la région précordiale, un son un peu moins clair que dans l'état normal. L'auscultation fait entendre dans les mêmes régions, du râle crépitant et un léger retentissement de la voix. L'examen du cœur n'offre aucun phénomène morbide.

FEUILLETON.

Observations sur quelques suites funestes de la vénésection.

Depuis quelque temps on a signalé plus fréquemment que jamais diverses lésions qui surviennent à la suite de l'opération de la vénésection. Ce sont principalement des inflammations intenses du bras et des fièvres adynamiques qui furent observées dans ces cas. M. Berger a publié, dans le journal allemand *Medicinische zeitung vom vercin fuer Heilkund in Preussen*, 1839, n° 31, plusieurs observations très importantes, qui méritent d'être rapportées ici.

Premier fait. Un jeune militaire, robuste, d'une constitution forte, âgé de vingt-un ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut reçu à l'hôpital pour une ophthalmie rhumatismale. On jugea nécessaire de le saigner, et la vénésection fut faite avec la lancette, par un chirurgien très habile. L'ophthalmie s'amenda, et ne tarda pas, sous l'influence d'autres moyens appropriés, de disparaître complètement. Mais déjà, au troisième jour après la saignée, le jeune homme se plaignit de douleurs au bras, et l'on trouva celui-ci, à l'endroit où la saignée avait été pratiquée, gonflé et douloureux. Un traitement énergique fut mis en usage dans l'espoir de calmer l'inflammation et de la dissiper. Toutefois, non seulement la résolution de l'inflammation ne s'opéra point, mais il survint assez rapidement une fièvre intense avec augmentation du gonflement.

Le sixième jour après la saignée, la tuméfaction inflammatoire s'étendit depuis l'epaule jusqu'aux doigts. Le bras malade était quatre fois plus volumineux que l'autre; il y avait une forte tension; la couleur de la peau avait peu changé, tandis que le malade ressentit dans la profondeur les plus fortes douleurs. La fièvre s'alluma davantage; et, bien que les plaintes du malade diminuassent, le danger devint plus imminent. La fièvre, qui était d'abord inflammatoire, prit un caractère typhoïde, et le malade succomba malgré tous les soins assidus qu'on lui avait prodigués.

A l'autopsie, qui fut faite trente-six heures après la mort, on trouva le bras fortement gonflé, empâté, mais sans aucun changement dans la coloration des tégumens. La petite plaie n'était pas encore fermée; cependant on ne put pénétrer, avec la sonde, audela d'un demi-pouce. Une incision faite avec précaution, depuis l'épaule jusqu'à l'articulation de la main, mit les veines à découvert, et notamment celles qui pouvaient être compromises par la saignée: on les trouva dans un état tout à fait normal. La plaie de la veine ouverte était guérie, et l'on ne trouva dans l'intérieur de cette veine aucune trace de l'inflammation, ni dans les autres veines du bras. Mais le tissu cellulaire de tout le bras était infiltré de sérosité et le siége unique de la maladie. On trouva dans la profondeur, tout près de l'os, trois abcès considérables remplis d'un pus verdâtre, fétide, deux abcès plus petits à l'avant-bras et un grand à la partie interne du bras. La présence de ces abcès ne s'était pas manifestée pendant la vie, car le bras malade avait toujours présenté un aspect uniforme qui ne permettait pas de soupçonner la formation des abcès. Le tissu cellulaire inter-musculaire était détruit, de sorte que quelques-uns étaient comme disséqués. Le tendon du biceps, ainsi que l'aponévrose était dans l'état normal, sans aucune trace de lésion. A l'ouverture du thorax on trouva dans le poumon droit une énorme vomique remplie de pus, qui ne pouvait avoir été formé qu'après la saignée; le malade s'était toujours bien porté auparavant, et n'avait surtout jamais été atteint d'affection pulmonaire.

Deuxième fait. Dans la seconde observation communiquée par M. Berger, il s'agit d'un jeune tailleur, qui, quoique phthisique habituellement, avait toujours été bien portant. Par une coïncidence singulière, ce malade fut aussi reçu à l'hôpital pour la même affection, savoir: pour une ophthalmie rhumatismale qui réclamait une vénésection.

Le troisième jour après une saignée, le malade se plaignit d'un gonflement avec douleur au bras droit, à l'endroit où la phlébotomie avait été pratiquée; la petite plaie sécrétait un liquide séreux; elle était fortement enflammée et toute la périphérie était déjà gonflée considérablement. On ne put découvrir aucune infiltration de pus et l'on ne pouvait d'ailleurs soupçonner la présence d'une collection de pus dans un espace de temps si peu considérable. On reconnut une inflammation du tissu cellulaire du bras, qui était gonflé de manière à présenter un volume trois fois plus grand qu'à l'ordinaire. En même temps, il survint une fièvre nerveuse très intense, et l'ensemble des symptômes fut comme dans le cas précédent. M. Berger ouvrit successivement au bras sept abcès qui donnèrent issue à une grande quantité de pus. Le malade souffrit pendant dix semaines, et la guérison survint enfin, mais avec une ankylose incomplète de l'articulation du coude et une atrophie considérable.

Troisième fait. La troisième observation concerne un militaire robuste qui fut transporté a l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre rhumatismale intense, accompagnée d'une oppression de poitrine pour laquelle on pratiqua une saignée. Au deuxième jour, le bras devint douloureux, gonfla rapidement comme dans les cas précédens, et en même temps la fièvre augmenta d'intensité. L'état du malade empira de jour en jour: on fit plusieurs incisions profondes qui donnèrent issue à une grande quantité de tissu cellulaire mortifié et changé en sanie purulente; des indurations semblables du tissu cellulaire se montrèrent aux membres inférieurs. La fièvre devint typhoïde, et le malade périt après quatre semaines de grandes souffrances.

On ne fit pas l'autopsie du corps: on n'examina que le bras malade, et dans ce cas aussi on trouva les veines à l'état normal. L'incision qui avait été pratiquée sur la veine était guérie; la plaie cutanée ne l'était pas; les parties tendineuses étaient intactes, mais le tissu cellulaire était transformé en sanie et était en partie le siége d'une infiltration séreuse.

Il est à remarquer que dans ces trois cas la phlébotomie avait été pratiquée avec la lancette; M. Berger est tenté d'attribuer ces accidens à ce que les lancettes n'étaient pas assez aiguisées, ou bien à ce qu'elles n'étaient pas assez bien nétoyées, aussi recommande-t-il avec raison de ne plus se servir d'une lancette dont on aura déjà fait usage plusieurs fois, et de bien la nétoyer si l'on s'en est déjà servi.

L'OEUVRE SAINTE-GENEVIÈVE.

L'OEuvre Sainte-Geneviève, dont nous avons déjà eu occasion d'entretenir nos lecteurs, va prospérant de jour en jour. Le conseil municipal de la ville de Paris, réunion d'hommes éclairés et remplis des meilleures intentions, n'a point eu peine à comprendre l'importance d'une semblable institution: aussi dans son dernier budget lui a-t-on alloué une subvention qui doit venir en aide aux souscriptions des personnes bienfaisantes qui l'ont fondée. Nous sommes heureux de saisir cette circonstance pour féliciter cette association charitable qui n'a pas craint de lutter pendant quatre années contre des préventions enfin évanouies; nous désirons également que l'expression de notre gratitude arrive jusqu'aux membres d'une assemblée qui, destinée à

L'interne de service a voulu saigner ce malade, qui s'y est refusé.

Le lendemain matin, le malade dit se trouver dans le même état. Cependant la toux persiste; les crachats sont rouillés, très visqueux, d'un aspect albumineux; la douleur augmente pendant l'inspiration.

Percussion: A droite, son normal; à gauche, dans la zone supérieure et antérieure de la poitrine, raisonnance plus faible du son; en arrière, matité presque complète dans les quatre cinquièmes supérieurs.

Auscultation: A droite, bruit normal, excepté en arrière et en bas où l'on entend une légère crépitation. A gauche, souffle bronchique dans toute la partie de la poitrine qui offre de la matité; retentissement bronchophonique. Dans le cinquième inférieur et postérieur, râle crépitant bien caractérisé. Les battemens du pouls et la respiration ont peu varié. On doit penser cependant qu'ils sont plus fréquens; car le malade a été examiné la veille au moment où il venait de monter avec difficulté dans la salle, et cette circonstance avait dû en augmenter momentanément le nombre. La chaleur de la peau est fébrile, elle donne 36° au thermomètre centig. Nous ferons remarquer, en passant, que s'il est bon de s'assurer de l'état de la peau par le toucher, il ne l'est pas moins de se servir pour cela du thermomètre, qui donne une appréciation beaucoup plus juste de la chaleur, car la sensation perçue par la main peut varier sous l'influence de diverses circonstances, et notamment du degré de transpiration. La langue est belle, humide. Il n'y a pas de nausées, pas de vomissemens; il n'y a pas eu de selles depuis la veille. Les urines n'ayant pas été conservées, n'ont pu être examinées; mais il est probable qu'elles n'eussent rien présenté de remarquable. Le malade a reposé pendant la nuit; cependant les forces sont profondément abattues, l'haleine est très fétide.

D'après tous les signes qui viennent d'être énumérés, il est facile de voir que cet homme est affecté d'une péripneumonie occupant tout le poumon gauche en arrière et un peu en avant et pas en haut. L'affection, passée au deuxième degré dans les quatre cinquièmes supérieurs, n'est encore qu'au premier dans l'autre cinquième. A droite, en bas, il y a aussi engouement du poumon.

Il n'est pas inutile, pour porter ici un pronostic, de tenir compte du traitement que nous sommes forcés de faire suivre à ce malade, qui refuse obstinément la saignée; et en outre, des cisconstances en dehors de la maladie principale: nous voulons parler des complications. Il peut arriver, en effet, dans ce cas, que le cœur s'affecte sympathiquement, dans son ensemble ou dans l'une de ses parties; souvent même il se forme des concrétions dans cet organe; alors ses battemens deviennent tumultueux, étouffés, et s'accompagnent d'un bruit de souffle; le pouls est petit. Au premier abord, ces complications n'existent pas dans le cas qui nous occupe. Cependant, en examinant les battemens du cœur avec attention, on y remarque un peu d'étouffement.

Enfin, disons-le, l'état général du sujet, grave déjà dans toute autre circonstance, l'est encore plus dans les conditions de traitement où il s'est volontairement placé.

Disons, à ce sujet, un mot de la *méthode des saignées coup sur coup*, appelée méthode jugulante par ceux qui l'ont combattue. Nous déclarons d'abord ne tenir nullement à cette dénomination, qui indique bien que plusieurs saignées peuvent être faites dans un court espace de temps, mais qui ne peut en indiquer ni le nombre, ni la dose. Ainsi, si quelqu'un trouve un mot plus approprié, nous nous hâterons de l'adopter. Il ne suffit donc pas de répéter promptement les saignées, il faut les doser eu égard à leur nombre, à la quantité de sang qu'elles doivent donner chaque fois, et au temps qui doit les séparer; car notre méthode n'est pas le lit de Procuste, et nous ne nous lasserons pas de le répéter, elle doit au contraire s'accommoder aux diverses constitutions auxquelles on l'applique, et elle devient alors une méthode très sûre.

Mais revenons à notre malade. Malgré tout ce qu'on a pu lui dire sur sa position et sur le danger auquel il s'exposait, il n'a pas voulu consentir à ce qu'on lui tirât du sang. Nous avons donc dû avoir recours à un autre traitement. Nous avons ordonné une potion avec 3 décigr. de tartre stibié et édulcorée avec du sirop de diacode; le malade en prendra une cuillerée à bouche de deux heures en deux heures. Nous avons fait de plus appliquer un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. Diète absolue, repos.

Malgré ces soins, nous n'avons que peu d'espoir de sauver cet homme à qui il aurait fallu une médication beaucoup plus énergique. Nous ferons observer d'ailleurs que la rapidité de la marche de la maladie est encore une circonstance aggravante. En effet, bien qu'il soit assez fréquent de voir une péripneumonie rester au premier degré pendant trois ou quatre jours, celle-ci est passée au deuxième dès le lendemain de son invasion, et l'extrême fétidité de l'haleine pourrait faire craindre qu'elle commençât à atteindre sa dernière période; cependant les crachats n'ont pas encore pris la couleur de *jus de pruneau*, caractère qui leur est propre à ce degré de la maladie.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

SERVICE DES FEMMES.

Albuminurie.

Au n° 25 de la salle Sainte-Anne, est couchée une femme de quarante-six ans, dont voici l'histoire: Depuis deux ans cette femme éprouve des douleurs d'estomac; elle se portait bien d'ailleurs. Il y a cinq semaines elle est prise d'anorexie, de douleurs épigastriques plus intenses et d'un peu de fièvre. On lui applique des sangsues et un vésicatoire sur la région de l'estomac: sous l'influence de ces moyens, les douleurs disparaissent; la malade garde le lit pendant cinq à six jours seulement: elle se rétablit complètement de cette indisposition.

Quinze jours après, malaise général, anorexie, commencement d'œdème des extrémités inférieures; au bout de deux jours l'œdème devient plus considérable; quatre ou cinq jours plus tard, bouffissure de la face, pas de fièvre, douleurs vagues presque nulles, ne se faisant sentir ni dans la région des reins, ni dans le ventre, rien qu'une fatigue générale. L'œdème continuant de faire des progrès, surtout aux extrémités abdominales, la malade entre à l'hôpital trente-trois jours après le début des premiers accidens, dix-huit jours après l'apparition de l'œdème.

Le ventre est souple, tout-à-fait indolent; la région des reins ne présente ni en avant ni en arrière aucune espèce de douleurs. Les bruits du cœur et le son dans la région précordiale sont normaux; respiration et résonnance normales dans toute la poitrine; 65 pulsations; ni chaleur à la peau, ni fièvre; jambes encore un peu œdématiées; rien du côté du tube digestif.

L'appétit est bon. Les urines donnent, par l'acide nitrique, un précipité considérable d'albumine coagulée.

Traitement. Deux cautères avec la poudre de Vienne dans chaque région rénale; chaque jour deux pilules avec 25 milligrammes de calomel et 1 centigramme d'opium. Une saignée de deux palettes; lait; diète.

Chez cette malade, nous ne trouvons rien d'apparent extérieurement, que de la boursoufflure de la face, ce qui nous porte à explorer les urines, et au précipité que nous donne l'albumine nous reconnaissons la maladie de Bright. Ainsi, voilà une femme prise d'inflammation du rein avec des urines albumineuses, quoiqu'il n'y ait ni douleur, ni aucun symptôme inflammatoire. Il n'est pas rare de voir cette affection débuter tout à coup sous une forme tout à fait aiguë.

Nous avons vu un jeune homme quitter le calorifère où il travaillait, s'enivrer, puis revenir à son calorifère et être pris, le soir, d'un gonflement de tout le corps et d'une néphrite granuleuse à laquelle, plus tard, il succomba.

Depuis que nous traitons cette malade, nous n'avons jamais vu personne en guérir, à moins qu'elle ne cédât à une scarlatine. Dans de semblables circonstances, on peut, sans aucun danger, se faire une théorie à sa façon, et instituer une thérapeutique en conséquence. Eh bien, nous nous disons qu'il y a, dans le cas qui nous occupe, une phlegmasie sub-aiguë, avec une abondante quantité d'albumine dans les urines. Nous prescrivons, pour remédier à cette inflammation, une saignée, des bains et des révulsifs sur la peau. Pour diminer la quantité considérable d'albumine, nous donnons des substances les moins azotées possibles: le lait et les boissons de graine de lin. Nous employons aussi le mercure, puisque son usage a démontré à M. Martin-Solon qu'il pouvait être utile. Malgré tout cela, nous n'espérons pas guérir cette femme, quoique cependant nous soyons parvenus à en soulager une chez laquelle nous avions vu successivement un hydro-péricarde, une pneumonie, une ascite, un œdème pulmonaire, etc.

DE L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE ET DE SON TRAITEMENT; PAR M. RICORD.

L'épididymite blennorrhagique, désignée sous les noms d'orchite, de testicule blennorrhagique, de chaudepisse tombée dans les bourses, est une maladie dont la nature, le siége et le traitement sont loin d'avoir été éclairés par les publications sans nombre qui, depuis quelque temps, se sont succédées avec tant de profusion dans les divers ouvrages périodiques. Dernièrement encore, dans un article publié dans la Gazette Médicale, on confondait, avec une rare bonhomie, le sarcocèle syphilitique, symptôme d'infection constitutionnelle, et l'accident successif de la blennorrhagie, qui n'a rien de commun avec la syphilis. Ce sont de ces choses qu'en vérité on a peine à comprendre.

Nous nous sommes suffisamment expliqué sur le point relatif aux conditions nécessaires de l'infection constitutionnelle, pour qu'il nous paraisse parfaitement inutile d'y revenir.

L'épididymite blennorrhagique n'est rien autre chose que la propagation de la maladie de l'urètre au canal déférent à l'épididyme, et fort exceptionnellement au testicule lui-même; c'est ce qui nous a fait depuis long-temps rejeter la dénomination d'orchite blennorrhagique. Ce qui nous a engagé à lui donner le nom d'épididymite, c'est

---

veiller sur le bien-être de ses concitoyens, ne saurait encourager avec trop d'empressement tout ce qui intéresse la santé publique.

Ces réflexions nous ont été suggérées par le dernier rapport annuel de M. Tanchou, médecin en chef de ce Dispensaire. Nous avons remarqué avec satisfaction qu'un projet trop long-temps demeuré à l'état de germe va enfin être mis à exécution. Il s'agit d'organiser le service des soins donnés à domicile. « Bien que le plus grand nombre des malades, dit le rapporteur, viennent nous consulter au local de l'œuvre, cependant il est des femmes qu'il faut aller voir et traiter chez elles. A cet effet, nous proposons de désigner pour les quartiers les plus éloignés quelques médecins auxiliaires, afin que les malades soient secourus promptement dans un cas pressé. Plusieurs confrères, recommandables par leur savoir et leur humanité, nous ont fait d'eux-mêmes la demande de seconder nos efforts. »

Outre l'avantage incontestable du moment qui est de saigner de malheureuses femmes chez elles, l'amélioration que nous venons de signaler devra porter ses fruits pour l'avenir. Elle est destinée à former d'habiles praticiens pour un genre de maladie que beaucoup de médecins malheureusement traitent encore, nous dions presque par routine. Il semblerait que les affections de l'utérus soient une seule et même maladie, attaquable par un moyen unique, quelque soient les nombreuses modifications qu'elles présentent. Et certes, il est loin d'en être ainsi. Nous disons donc que le projet des soins à domicile portera ses fruits pour l'avenir, et cette prévision serait encore bien plus certaine, si les médecins auxiliaires, disséminés dans les douze arrondissemens se mettaient un jour à s'assembler chez leur doyen pour établir entre eux des conférences spéciales aux affections de l'utérus. Ce serait, selon nous du moins, une heureuse idée; car de la discussion sage, mesurée, exempte de morgue, de jactance et d'envie, jaillissent de ces étincelles, de ces traits de lumière que l'on poursuit en vain dans le silence de la solitude et dela méditation.

Mais revenons au rapport annuel; parmi les bonnes choses qu'il renferme, nous allons en passer quelques-unes en revue:

M. Tanchou cite un grand nombre de malades atteintes d'affections utérines, qui se sont rétablies par le seul fait de l'obligation qu'il leur imposait de venir le consulter parfois d'un quartier très éloigné. Il en tire contre le repos absolu conseillé par quelques praticiens, des argumens auxquels il serait difficile de répondre. En effet, pour peu que l'on y pense, on comprendra sans peine que la plupart de ces maladies, causées par des occupations sédentaires, ne peuvent manquer d'augmenter par le repos; c'est pour cela que beaucoup de femmes sortent des hôpitaux sans être guéries, et qui pis est, quelquefois plus malades encore qu'à l'époque où elles y sont entrées.

Les saignées répétées, ajoute plus loin le rapporteur, lesquelles réussissent si bien en général dans la classe élevée de la société, sont parfois très contraires aux femmes qui manquent souvent des choses les plus nécessaires; c'est une observation pratique dont on ne peut guère contester la justesse, si l'on réfléchit que chez de malheureuses ouvrières dont la nourriture est plus qu'insuffisante, les maladies qui affectent leurs différens organes, viennent souvent des désordres apportés dans les fonctions digestives. Il suffirait, si cela était toujours possible à ces pauvres femmes, d'y mettre un terme par un régime plus substantiel, pour rétablir dans toute l'économie une harmonie et un équilibre salutaires. La saignée, prise d'une manière absolue, ne saurait donc produire chez elles que les plus mauvais résultats.

Un progrès réel à signaler dans le traitement des maladies des femmes, ce sont, sans contredit, les pansemens locaux et quotidiennement répétés dans la vacuité et dans certaines ulcérations du col utérin. Cette méthode, qui à l'aide du spéculum utéri, est on ne peut plus facile à pratiquer, a amené entre les mains de M. Tanchou des guérisons promptes et radicales. Les supports dans les mêmes circonstances, ainsi bien que dans les déplacemens de la matrice, supports qui consistent tantôt en un simple tampon de ouate, tantôt en un pessaire de buis ou de gomme élastique, tantôt en une ceinture qui embrasse et soulève l'hypogastre, sont un moyen dont on obtient les meilleurs effets du Dispensaire Sainte-Geneviève, et dont l'emploi ne saurait trop se répandre dans la pratique civile.

M. Tanchou s'est, en outre, occupé d'une façon toute particulière des maladies du sein. Pour lui, le cancer des mamelles n'est pas une maladie qu'on ne puisse pas prévenir ou arrêter; se fondant sur les résultats qu'il a déjà obtenus, et sur les cas nombreux et variés qui se présentent à son observation, il espère démontrer son assertion. C'est un sujet qui demande trop de développement pour être abordé dans cet article; nous nous proposons de le traiter une autre fois avec tous les détails nécessaires.

Pour ce qui est de l'influence morale de l'Œuvre Sainte-Geneviève, nous avons déjà exprimé à cet égard toute notre pensée, c'est une institution vraiment utile que celle qui permet aux femmes éloignées des hôpitaux par un sentiment de grandeur de venir *seules* consulter un médecin dont l'habileté est reconnue, de se soigner elles-mêmes, et même bientôt de se faire saigner chez elles dans certains cas urgens, sans se déranger des soins de leur ménage ni de leurs travaux.

M. Tanchou nous prie d'annoncer que, grâce à la subvention que le Dispensaire vient de recevoir du conseil municipal de la ville de Paris, il se trouve dans la possibilité de donner des conseils, des soins et des médicamens à toutes les malheureuses femmes, et non point, comme par le passé, à celles seulement qui se présentaient avec une carte octroyée par les souscripteurs de l'œuvre. Il n'exige qu'une seule formalité, celle de venir avec une lettre de recommandation donnée par un médecin. Tous ceux qui dans leur clientelle auront des pauvres femmes auxquelles il faudrait donner, outre des soins, des médicamens, et auxquelles surtout il faudrait pratiquer de ces pansemens locaux qui amènent de si heureux effets, pourront les envoyer au Dispensaire Sainte-Geneviève, dont le nouveau domicile est rue Monsigny, n° 6. Nous espérons qu'une communication de ce genre, où pour le médecin il n'y a pas le moindre profit à tirer, ne sera pas désavantageusement interprétée par nos lecteurs. C'est du bien que l'on veut faire et rien de plus: *Honni soit qui mal y pense.*

D[r] Eug. VILLEMIN.

D'après les renseignemens qui nous sont arrivés sur le scrutin secret du dernier concours, il y aurait eu un vote spécial pour chaque épreuve. Les titres antérieurs ont d'abord fixé l'attention du jury et on y a attaché beaucoup d'importance. Les trois premiers noms sortis de l'urne ont été, à ce qu'on dit, ceux de MM. Blandin, Bérard, Vidal; pour les leçons, on a mis en saillie, MM. Michon, Bérard, Malgaigne; pour les thèses, on a été favoroble à MM. Laugier, Lenoir, Sanson; pour l'épreuve écrite, on a mis en tête de la colonne M. Chassaignac; enfin, les épreuves pratiques ont valu à MM. Robert, Vidal, Sédillot, les premières places.

parce que la première partie affectée, celle par laquelle la maladie commence, celle à laquelle elle peut s'arrêter, c'est l'épididyme. De même qu'il ne peut y avoir d'affection blennorrhagique de l'épididyme sans écoulement urétral, de même il ne peut y avoir d'affection blennorrhagique du testicule sans épididymite.

Comme depuis long-temps je l'ai écrit, l'engorgement de l'épididyme, qui le plus souvent succède à la douleur, et qui quelquefois la précède, est, de tous les symptômes, celui qui persiste le plus ; après l'épididyme, dans l'ordre de fréquence des organes lésés, vient le cordon, et dans celui-ci, d'abord le canal déférent ; quand le cordon est malade, l'épididyme l'est toujours.

Nous devons admettre deux espèces d'épididymites : l'une sympathique, quand l'épididyme seul est affecté ; l'autre, de succession ou par propagation de l'inflammation de l'urètre au canal éjaculateur, de celui-ci à la vésicule séminale, au canal déférent, et enfin à l'épididyme. La maladie peut encore s'étendre à la tunique vaginale, qui s'enflamme, sécrète au sein de sa cavité une liqueur dont les qualités varient suivant le degré de l'inflammation.

Les tuniques du scrotum participent également, plus ou moins, à l'état inflammatoire des parties sous-jacentes ; nous en parlerons plus largement à propos du traitement. Quoi qu'il en soit des deux variétés que nous venons d'établir, que, dans l'un comme dans l'autre cas, ce soit une simple propagation de la maladie ; que, dans le premier, la maladie, peu intense, se propage suivant la muqueuse du conduit éjaculateur et du canal déférent, arrive jusqu'à l'épididyme sans avoir pu vaincre la résistance de la tunique fibreuse du canal, pour se développer plus largement et se multiplier en quelque sorte dans l'épididyme, où elle ne trouve plus d'obstacle ; ou bien que ce soit une véritable affection sympathique par retentissement : au point de vue du pronostic et du traitement, la distinction restera très importante, car, par cela seulement que dans le second cas l'inflammation a produit le gonflement du canal déférent, et de tous les élémens du cordon, les conséquences sont tout autres.

Je ne veux pas entrer ici dans les détails bien connus touchant l'ordre de fréquence relative au côté droit ou gauche. Nous en avons assez parlé dans plusieurs circonstances, et nous n'y trouverions pas d'applications thérapeutiques bien importantes ; mais il est un point d'étiologie sur lequel je dois insister ; on a dit que l'affection du testicule ou de ses annexes, était une véritable répercussion, que toujours, lorsquelle survenait, l'écoulement urétral disparaissait complètement, que cette répercussion était le plus ordinairement sous l'influence de l'action des antiblennorrhagiques administrés d'une manière intempestive ou avec peu de modération.

Eh bien ! je dois dire qu'une longue expérience m'a appris très positivement qu'il n'en était rien.

Si on analyse bien le mode de production d'une épididymite blennorrhagique, voici ce qu'on observe : d'abord, il est extrêmement rare de la voir se développer avant le dixième ou douzième jour d'une blennorrhagie. A cette époque, et souvent beaucoup plus tard, la blennorrhagie a envahi toute l'étendue du canal, et est, pour l'ordinaire, peu inflammatoire quand survient une cause d'exacerbation quelconque de la maladie. Et ici, je devrais parler des marches forcées, des excès de boissons, des rapports sexuels intempestifs, de l'action du froid..... ; dès-lors le mal, trouvant un développement facile du côté des organes de la sécrétion spermatique, pourrait bien agir sur ces parties à la manière des révulsifs, et ainsi améliorer l'état du canal, diminuer ou même supprimer l'écoulement.

Les choses se passent le plus ordinairement ainsi, et, s'il survient une épididymite pendant l'administration des antiblennorrhagiques, on doit s'en prendre beaucoup plutôt à quelques-unes des causes dont nous venons de parler, et ne pas accuser ces préparations d'un mal qu'elles sont loin d'avoir produit, mais que seulement elles n'ont pu empêcher. Il survient, toute chose égale d'ailleurs, un beaucoup plus grand nombre d'épididymites chez les individus qui ne font rien, absolument rien à leur blennorrhagie, que chez ceux qui font usage de cubèbe ou du copahu. C'est un fait dont je m'assure toutes les fois qu'un malade affecté de blennorrhagie se présente à mon observation.

Inutile de donner ici toute la symptomatologie de cette affection ; elle est trop bien connue pour que j'insiste sur un point qui a été l'objet de tant de discussions académiques, sur lequel tous les professeurs de clinique reviennent chaque jour. Les limites très restreintes qui me sont imposées par l'esprit bien ordonné de ce journal, m'obligent d'avoir surtout égard aux méthodes de traitement. Il est cependant un point qu'il est bien important d'établir, c'est celui relatif à l'état du corps du testicule. Si on examine cet organe avec grand soin, voici ce qu'on remarque : le corps du testicule, enchâssé dans l'épididyme doublé ou triplé de volume, et qui le déborde de toute part, a le plus ordinairement, je dirai même presque toujours, conservé son volume, son élasticité normale ; il présente au toucher cette rénitence et cette quasi fluctuation qu'on lui connaît, et qu'il est très facile de distinguer de la sensation de fluctuation que donne le liquide épanché dans la tunique vaginale. A ceux qui prétendent que le testicule est malade dans le plus grand nombre des cas, je demanderai qu'ils veuillent bien assigner les caractères tranchés auxquels on pourra reconnaître cette inflammation, comme ils assignent ceux qu'affectent l'épididyme, le cordon et les tuniques du scrotum, ceux qui montrent à tous les yeux, font sentir à tous les doigts cette inflammation, portant sur des organes dont l'exploration est facile.

Une cause d'erreur a pu être, pour quelques personnes peu versées en anatomie, la position anormale de l'épididyme qui, dans ce cas, se trouve en avant du testicule, au lieu d'être en arrière et haut ; dans ce cas, on a pu prendre l'épididyme pour le testicule. Scarpa a du reste signalé ce fait bien avant nous.

Quoi qu'il en soit, j'ai observé quelquefois l'inflammation blennorrhagique du testicule, mais, dans ces cas, la maladie était beaucoup plus grave, il y avait alors une véritable orchite, le testicule perdait son élasticité, quoique son volume augmentât peu. Si la maladie se terminait par résolution, elle était d'ordinaire suivie d'une atrophie plus ou moins complète du testicule ; dans d'autres circonstances, j'ai vu la suppuration se faire dans le corps même du testicule. Mais, je le répète, ces faits sont très exceptionnels, et le seraient beaucoup moins, si le corps du testicule prenait aussi souvent qu'on le dit sa part de l'inflammation blennorrhagique, qui trouve dans le corps d'Higmore une barrière qu'elle pourrait franchir, il est vrai, mais qu'elle semble respecter.

Je ne dois pas non plus passer sous silence ce fait, qui, je pense, n'a encore été signalé par personne. En pratiquant le toucher anal, lorsque le gonflement du canal déférent est considérable, on perçoit très distinctement l'engorgement du lobe prostatique correspondant au canal éjaculateur malade. La plus grande fréquence de l'épididymite gauche ne serait-elle pas, dans beaucoup de cas, la cause des engorgemens de la prostate, qui, comme on le sait, s'observent plus souvent à gauche qu'à droite.

Dernièrement, j'ai observé un cas fort intéressant : un malade se présente à moi, portant une tumeur inguinale, il y avait de la fluctuation ; on croit d'abord à l'existence d'un bubon suppuré ; mais bientôt on s'aperçoit que le testicule correspondant n'était point dans la bourse, la tumeur était formée par l'épididyme et le testicule retenu dans l'anneau inguinal. La fluctuation était produite par l'épanchement formé dans la tunique vaginale.

Ce malade éprouva presque tous les symptômes d'un étranglement herniaire, lypotymies, vomissemens, douleurs abdominales. La fièvre était vive ; il fut saigné, des sangsues furent appliquées sur la tumeur ; la guérison fut rapide.

Mais j'arrive sans délai à la thérapeutique de cette affection : et d'abord, je dois dire que, pour la cure de cette maladie, comme pour celle de toutes les autres, il n'est permis d'avoir recours en toute circonstance à un seul et unique mode de traitement.

On a prétendu guérir toutes les épididymites en peu de jours par le repos seulement ; d'autres ont trouvé dans la compression un moyen toujours promptement efficace et sur. Les ponctions multiples, aussi exclusives que la compression l'avait été, sont venues détrôner un moyen thérapeutique pourtant, somme toute, beaucoup plus utile que ces dernières dont on a singulièrement exagéré l'utilité.

Voici à cet égard les résultats de ma propre expérience. Et d'abord, j'ai attaché peu d'importance aux faits publiés, parce que j'ai vu qu'on n'était pas fixé sur la valeur pronostique du gonflement considérable du cordon, qu'on n'avait pas su apprécier l'état du testicule, et que, dans l'appréciation des moyens, on ne tenait pas assez compte des autres conditions hygiéniques qui, pour avoir peut-être paru insignifiantes, ne l'étaient pas plus que les ponctions multiples, par exemple.

J'ai pratiqué suivant les indications posées, et indistinctement sur les malades tels qu'ils se présentaient dans mon service, les ponctions multiples. Sur les soixante épididymites qui ont été traitées de la sorte, j'en ai trouvé un bon nombre qui étaient loin, je vous assure, de guérir aussi vite qu'on l'avait annoncé. Celles qui guérissaient en huit ou dix jours étaient celles que le repos, la diète, auraient guéri dans un temps à peu près égal, celles que la compression auraient guéri en trois, quatre ou cinq jours. Pour toutes les autres, les ponctions multiples avaient une action bien douteuse, sinon tout à fait nulle.

Voici au reste la conduite que je tiens d'ordinaire : j'examine avec grand soin l'état du canal déférent ; s'il y a de la sérosité dans la tunique vaginale, je lui donne issue afin de diminuer la tension des parties et aussi pour mieux apprécier l'état des organes. Si l'écoulement urétral a disparu, je me garde bien de faire quoi que ce soit pour le rappeler ; revenu, il pourrait ensuite n'être plus aussi facile à tarir qu'on voudrait bien. Je dirai tout à l'heure la conduite que je tiens lorsqu'il persiste.

Si l'œdème des bourses, si le canal déférent n'est pas trop volumineux, j'ai recours immédiatement à la compression par la méthode de Fricke, de Hambourg. Elle se pratique avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* sparadrapé ; ces bandelettes doivent avoir dix lignes de large. On saisit le testicule malade, on le refoule avec ménagement vers la partie inférieure du scrotum, sans distendre le cordon, et en l'isolant de celui du côté opposé ; on place ensuite au dessus de la main gauche, qui tient la tumeur embrassée, quelques tours de bandelettes appliqués circulairement sur l'insertion du cordon. Il faut que cet anneau soit assez serré pour que le testicule, abandonné à lui-même, se trouve retenu par lui et ne puisse pas s'y engager. Cela étant fait, les tours circulaires sont continués sur le testicule, de manière à exercer une pression assez forte, mais égale et cylindrique, jusqu'à sa partie inférieure, et en évitant autant que possible de faire des plis à la peau. Arrivé là, des bandelettes séparées sont appliquées en s'embriquant et en se croisant, pour exercer à leur tour la compression de bas en haut ; les extrémités sont ensuite maintenues supérieurement par quelques nouveaux tours circulaires.

L'application de ce pansement détermine souvent beaucoup de douleur, mais elle cesse bientôt, et si aussitôt qu'elle est faite, elle allait en augmentant plutôt qu'en diminuant, il faudrait enlever la compression qui, dès-lors, deviendrait plus nuisible qu'utile. Avec cette précaution, je n'ai jamais vu survenir ces accidens de gangrène qui ont fait abandonner ce moyen à plusieurs praticiens, qui cependant en avaient éprouvé, dans la majorité des cas, de très bons résultats. Dans les cas où le gonflement trop considérable du cordon, l'énergie des symptômes inflammatoires sont un obstacle à l'emploi de la compression, je fais appliquer des sangsues sur le trajet du cordon, des cataplasmes émolliens, des frictions mercurielles ; le repos, la diète, les purgatifs, tels sont les moyens qui m'ont paru le mieux réussir.

Il ne faut avoir recours à la saignée générale que dans les cas où le sujet est très vigoureux et où des symptômes réactionnels généraux se manifestent. Lorsque la résolution de l'engorgement de l'épydidyme et du cordon se fait attendre, on peut appliquer à plusieurs reprises quelques sangsues sur le trajet du cordon, suivant la méthode de M. Lisfranc. Mais quel que soit le moyen thérapeutique auquel on donne la préférence, lorsque l'engorgement du cordon est très considérable, on n'obtiendrr pas la guérison en moins de quinze jours ou trois semaines, tandis que par la compression, dans les cas simples, on l'obtient souvent en trois, quatre ou cinq jours.

Si l'écoulement n'a pas complètement disparu, si je ne trouve dans le canal de l'urètre aucune contre-indication de l'emploi des préparations balsamiques, je profite de la diminution notable de l'écoulement pour le tarir s'il est possible ; si même les symptômes inflammatoires du cordon et de l'épididyme ne sont pas très intenses, je prescris tout de suite des injections, et par ce moyen le malade a l'avantage de guérir en même temps, et de son épididymite et de sa blennorrhée. Cette conduite, que je tiens depuis long-temps, m'a toujours paru réussir plus promptement et plus surement.

On n'a rien à craindre, quoi qu'il en soit, de l'administration des préparations balsamiques ; car, dans un précédent article, nous avons démontré que leur action spécifique ne s'étendait que d'une manière bien équivoque au-delà des surfaces muqueuses urinaires ; et en agissant, d'autre part, comme pugatif, elles ont encore une action utile à l'épididymite. Je n'ai pas voulu parler des moyens prophilactiques, de l'importance de porter un suspensoir, des divers emplâtres résolutifs qu'on a coutume d'employer pour obtenir la résolution du reste de l'engorgement, qui persiste si suuvent après la guérison, c'est-à-dire après que la douleur a disparu et que le malade peut reprendre ses occupations, car toutes ces choses sont bien connues. Qu'il me suffise d'avoir montré qu'en thèse générale, on ne peut pas dire que l'épididymite guérisse en cinq ou six jours, pas plus qu'on ne pourrait croire à l'efficacité exclusive de la compression, des piqûres multiples, des sangsues. Il faut agir en cette circonstance comme en toute autre, suivant des indications basées sur une symptomatologie bien étudiée et bien appréciée ; après cela, on se gardera d'être exclusif dans les moyens. (1)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 12 avril.

PHYSIQUE MÉDICALE. — 1° *Mouvement spontané du camphre.* — M. Biot lit, en réponse aux observations de M. Dutrochet sur le camphre, une note dans laquelle il établit que les observations dont il est question n'offrent rien de nouveau : Volta et Brugnatelli, en Italie, et Bénédict Prévôt, en France, ayant fait exactement, il y a quarante ans, les mêmes expériences et observé les mêmes faits que M. Dutrochet. M. Biot reproduit textuellement les observations de Bénédict Prévôt.

M. Dutrochet répond que les faits qu'il a consignés dans son travail ont été observés au microscope, n'étant pas appréciables à l'œil nu. Or, ni Volta, ni Brugnatelli, ni Prévôt ne se sont servi de microscope ; en conséquence, ils n'ont pu observer exactement les mêmes faits. Il répondra cependant plus catégoriquement, quand il aura lu à tête reposée la note de M. Biot.

2° *Etude de la voix dans le chant.* — M. Magendie lit, au nom de M. Dutrochet et au sien, un rapport sur un travail remarquable de M. Garcia, professeur de chant, sur le mécanisme de la voix dans le chant. L'auteur, simple artiste, mais observateur exact, n'est ni physicien ni physiologiste ; il s'est attaché à étudier le mécanisme de la voix sans d'autres connaissances que celles fournies par sa propre observation ; il signale des faits extrêment curieux sur l'état du larynx dans les différens points de l'échelle. Ces faits, en partie nouveaux, en partie conformes à ceux qu'avaient signalés plusieurs physiologistes, l'auteur les a fait signaler par MM. les commissaires, qui en ont paru très satisfaits. (Remerciemens.)

M. Roux fait observer que quelques-unes des remarques de M. de Garcia paraissent conformes à celles de MM. Pétrequin et Diday.

— Le reste de la séance a été consacré à des objets étrangers à la médecine.

A cinq heures un quart, l'Académie s'est formée en comité secret.

ÉCOLES SECONDAIRES DE MÉDECINE.

M. le ministre de l'instruction publique a adressé au Roi, en date du 31 mars, le rapport suivant :

« Sire,

« J'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté

(1) Bulletin de Thérapeutique.

la suite des mesures commencées pour la réorganisation des écoles secondaires médicales. Cinq écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ont été constituées récemment, sur ma proposition, dans les villes d'Amiens, Caen, Poitiers, Rennes et Rouen : les votes régulièrement approuvés des conseils municipaux d'Angers, Besançon, Clermont, Marseille, Nantes et Toulouse permettent de former aujourd'hui un établissement de même ordre dans chacune de ces villes. Je puis, en outre, présenter à Votre Majesté le projet d'une institution semblable pour la ville de Limoges.

» Les conseils municipaux de Besançon, Clermont et Marseille n'ont eu à voter que le minimum d'allocation déterminé par l'ordonnance du 13 octobre 1840, pour les traitemens de six professeurs titulaires et de deux professeurs adjoints. Mais, à Angers et à Nantes, il a paru équitable de maintenir et même d'élever au taux ordinaire les traitemens dont jouissaient déjà quelques professeurs titulaires ou adjoints, non compris dans le cadre normal. Ces mesures, qui ont pour but de garantir et d'améliorer la position des professeurs en activité de service, ne peuvent qu'être approuvées, et se reproduiront dans d'autres villes.

» J'ai donc l'honneur de proposer à Votre Majesté d'autoriser, en dehors du cadre, le maintien d'une chaire d'hygiène et de médecine légale dans l'école d'Angers, d'une chaire de matière médicale dans celle de Nantes, et dans l'une et l'autre, d'une troisième place d'adjoint rétribuée.

» La ville de Toulouse, par l'importance de sa population et de ses établissemens scientifiques, a senti la nécessité de donner à son école préparatoire de médecine et de pharmacie une organisation plus complète encore, en votant les fonds nécessaires pour dix professeurs titulaires et quatre adjoints. Les chaires supplémentaires qui seraient ainsi constituées d'une manière permanente dans cette école auraient spécialement pour objet la matière médicale, la pathologie interne, la pathologie externe, l'hygiène publique et la médecine légale. Ces cours, sauf l'hygiène et la médecine légale, sont obligatoires dans toutes les écoles, et s'y trouvent annexés à d'autres parties de l'enseignement : ce sont donc, à vrai dire, des dédoublemens de chaires qui sont demandés, plutôt que des chaires nouvelles non comprises dans l'organisation normale ; et, sous ce point de vue, la délibération du conseil municipal de Toulouse est conforme aux principes qui doivent présider à l'enseignement pratique et élémentaire de la médecine dans les écoles préparatoires.

» Quant à la chaire d'hygiène et de médecine légale, bien qu'elle appartienne à un ordre d'enseignement plus élevé, j'ai pensé, avec le conseil royal de l'instruction publique, que, dans l'école de Toulouse, qui réunit déjà plus de cent vingt élèves et doit attirer d'autres auditeurs encore, un cours scientifique d'intérêt général serait utilement placé.

» La ville de Limoges, qui compte plus de 30,000 habitans, et qui a produit des médecins célèbres, possédait, avant 1789, un collége royal de médecine et une académie de chirurgie. Depuis cette époque, la tradition d'un enseignement médical n'a presque jamais été interrompue dans cette ville, où il existe plusieurs hôpitaux, une maison centrale de détenus et un vaste jardin botanique. Par ses délibérations des 12 décembre et 2 février derniers, le conseil municipal de Limoges a exprimé le vœu qu'une école préparatoire de médecine et de pharmacie fût établie dans cette ville ; et il a voté à cet effet les sommes nécessaires, soit pour l'appropriation d'un local et pour l'acquisition d'un mobilier scientifique, soit pour les dépenses annuelles d'entretien. Cette école nouvelle offrira aux départemens de la Haute-Vienne, de la Corrèze, de la Creuze, et à plusieurs autres départemens limitrophes, un centre commun d'instruction médicale, qui leur manque aujourd'hui, et que réclame le besoin des populations dans cette partie du royaume.

» Si vous daignez, Sire, admettre ces propositions, le nombre des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie se trouvera porté à douze, et il ne tardera pas à s'accroître encore par le concours empressé des conseils municipaux pour le développement d'une instruction spécialement utile.

» Ainsi s'organisera, sans charges nouvelles pour l'Etat, un ensemble d'établissemens profitables aux familles et à la science, offrant à la jeunesse un enseignement assez complet dans son cadre limité pour préparer au premier degré de la profession médicale, et assez approfondi, malgré son caractère essentiellement pratique, pour servir de base aux connaissances les plus étendues dans l'art de guérir.

» Je suis avec le plus profond respect, etc., VILLEMAIN. »

Ce rapport est suivi de sept ordonnances établissant des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie dans les villes d'Angers, Besançon, Clermont, Marseille, Nantes, Toulouse et Limoges.

M. Colombat nous prie d'insérer textuellement la réclamation qu'il a adressée à l'Académie des Sciences dans l'avant-dernière séance.

« Monsieur le Président.

» M. le docteur Bonnet ayant annoncé dans une lettre publiée dans plusieurs journaux de médecine qu'il venait de pratiquer la section des génio-glosses sans intéresser la muqueuse qui recouvre ces muscles, veuillez, s'il vous plaît, faire savoir à l'Académie que j'ai eu l'idée d'une opération semblable il y a plus de six semaines, et que le 19 février dernier je l'ai mise en pratique avec un succès incomplet en présence de M. Bouché, sur un jeune homme affecté de bégaiement choréïque lingual.

» Quoique les instrumens que j'ai imaginés pour opérer d'après cette méthode, figurent dans le dernier catalogue que M. Charrière a publié dans le mois de février dernier et qu'il a adressé à presque tous les chirurgiens de Paris et des départemens, je suis loin d'accuser M. Bonnet de plagiat ; mais je tiens à prouver, d'une manière incontestable que l'ingénieux chirurgien de Lyon n'est pas le premier qui ait eu l'idée de la section sous-cutanée ou plutôt sous-muqueuse des génio-glosses. S'il fallait d'autres preuves pour établir ma priorité, je m'appuierais non-seulement sur le témoignage d'un grand nombre de médecins et d'élèves qui suivent les conférences de M. Amussat, mais encore sur celui de plusieurs autres praticiens distingués, parmi lesquels sont MM. Deleau, Caffe, Pidoux, etc., etc., à qui j'avais parlé de la méthode en question, les 15, 16 et 22 février, c'est-à-dire avant et après l'opération.

» Dans un mémoire que je vais publier sur le traitement chirurgical du bégaiement, je ferai connaître avec détails toutes mes tentatives à cet égard et je dirai consciencieusement tout ce que j'ai fait et tout ce que j'ai vu faire sur la glossotomie, qui ne sera jamais qu'une méthode exceptionnelle.

» Agréez, etc. COLOMBAT. »

CURE DU BÉGAIEMENT PAR L'EXCISION DES AMYGDALES ET DE LA LUETTE.

M. le docteur Jearsley, de Londres, a pratiqué, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de cette ville, sur 26 individus, l'excision des amygdales et de la luette dans le but de guérir le bégaiement. M. Jearsley considère cette excision comme le moyen le plus propre à remédier à l'état spasmodique des parties de l'arrière-bouche, qui empêche la sortie libre de l'air pour la formation de quelques sons. Cette opération paraît avoir eu les mêmes résultats que toutes celles qui ont été proposées dans le même but.

Le procédé opératoire que l'auteur n'a point fait connaître, ne diffère en rien sans doute des procédés connus pour cette opération. (*Esculape.*)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

Dans le compte rendu de la séance du 3 mars 1841 de la Société médicale d'émulation, on me prête un langage que je ne comprends pas, moi qui dois l'avoir tenu. Il est donc nécessaire, tant pour la vérité scientifique que pour ma réputation, que je rétablisse les faits.

Dans cette séance, l'existence des cataractes capsulaires a été mise en question. A cette occasion j'ai dit, qu'il suffisait d'avoir opéré quelques cataractes par extraction, pour s'être assuré que l'opacité qui la constitue n'avait pas toujours le même point de départ dans le cristallin ; que tantôt, et le plus souvent, elle partait du centre de cet organe et d'autres fois de sa circonférence ; que quelquefois elle n'affectait que la membrane cristalloïde, et quelquefois même seulement la portion antérieure plus convexe et plus séparée du cristallin par l'humeur de Morgagni que la postérieure ; et pour preuve, je citerai un homme de la Baroche, village du Haut-Rhin, sur lequel, en voulant saisir le cristallin avec l'aiguille de Scarpa pour l'enfoncer dans l'humeur vitrée, je m'aperçus qu'il n'y avait d'opaque que la portion antérieure de la membrane cristalloïde, et qu'alors je détachai de mon mieux cette partie, en jetant dans la chambre antérieure les parcelles opaques que j'obtenais ; que là elles furent peu à peu absorbées, et que le malade, vingt jours après, voyait parfaitement sans avoir besoin de lunettes, qu'il ne restait donc, pour moi, aucun doute qu'il existât des cataractes capsulaires.

Je compte sur votre justice et votre complaisance pour vouloir bien insérer la présente réclamation.

Votre dévoué confrère, ADORNE.

Paris, 10 avril 1841.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

AVIS. — On demande un vétérinaire dans une petite ville située à cinq myriamètres de Paris, dans un pays très agréable.

S'adresser à M. ALLIÉ, docteur en médecine, rue du Petit-Pont, 25, à Paris. (*Affranchir.*)

JEUDI 15 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 47, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Mouvement du service pendant les mois de janvier, février et mars.

Au moment où M. Bouillaud vient de commencer son cours de clinique nous avons voulu, fidèle au plan que nous nous sommes tracé, donner en quelques mots un tableau du mouvement qui s'est opéré dans les salles de la Charité, depuis le mois de janvier de cette année. Ce mouvement, nous devons le dire, n'a pas été très considérable par rapport aux maladies aiguës. Depuis le 1er janvier jusqu'au 1er avril, 115 malades sont entrés dans les salles; sur ces 115 malades, 70 présentaient des affections chroniques ou sub-aiguës; 45 seulement ont offert des affections aiguës.

Première catégorie.

Maladies chroniques ou sub-aiguës,	70 cas.
Réparties de la manière suivante :	
Bronchite chronique et tubercules,	15
Bronchite chronique et emphysème,	3
Affection organique du cœur,	5
Chloro-anémie,	13
Affection chronique des centres nerveux,	2
Rhumatisme musculaire, lombago,	6
Sciatique chronique,	1
Colique saturnine,	4
Idiotisme, hypochondrie,	3
Abcès, végétations syphilitiques, blennorrhagie,	3
Embarras gastro-intestinal,	1
Ascite d'origine douteuse,	1
Ophthalmie variolique,	1
Affection squirrheuse de l'estomac,	1
Fièvre intermittente,	1
Dysurie,	1
Pleurésie chronique, dite latente,	1
Rien de caractérisé,	8
Total,	70

Les cas de maladies chroniques dont nous venons d'indiquer la répartition, n'ont offert que peu d'intérêt, en général. Il en est cependant quelques-uns sur lesquels nous ne croyons pas tout à fait inutile d'appeler l'attention un instant.

Il s'est présenté, pendant les cinq derniers mois, avons-nous dit, cinq cas d'affections organiques du cœur et des gros vaisseaux. Chez ces cinq sujets, il y avait hypertrophie plus ou moins considérable du cœur, épaississement, induration, déformation des valvules, etc. Si nous remontons à la recherche des causes, nous trouvons que trois de ces individus avaient été atteints de rhumatismes articulaires aigus généralisés, dont la durée avait été de plusieurs mois. Un quatrième avait eu, il y a quelques années, une fluxion de poitrine mal traitée, et qui avait duré fort long-temps. Enfin, le cinquième seulement ne put donner aucun renseignement sur ses maladies antérieures, et l'on resta dans le doute sur l'origine de l'endocardite qui avait amené les lésions organiques dont le cœur est actuellement le siége. Quatre faits, s'ils étaient isolés, n'auraient aucune valeur; mais, rapprochés des faits nombreux recueillis pendant de longues années avec une patience et une persistance à toute épreuve, ils ne font, pour tout observateur impartial, que confirmer de plus en plus des découvertes les plus importantes de ces derniers temps; je veux parler de la loi de coïncidence établie, il y a quelques années, par M. Bouillaud, et des rapports de cause à effet qu'il a démontré exister entre les affections rhumatismales aiguës, ou les inflammations du parenchyme pulmonaire, et les lésions organiques du cœur, suites de l'inflammation de la membrane qui tapisse l'intérieur de ses cavités.

Deuxième catégorie.

Les maladies aiguës ont été, avons-nous dit, au nombre de 45. Voici l'analyse sommaire de ceux de ces cas qui ont paru les plus importans :

Pleuro-pneumonie, 12 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12 ter. Femme de 47 ans, malade depuis long-temps (elle ne peut déterminer l'époque précise). Entrée le 18 février. Pneumonie du sommet du poumon gauche, du deuxième au troisième degré, précédée de bronchite chez une femme cachectique. Cas très grave.

Une saignée et une application de ventouses; emploi de l'oxyde blanc d'antimoine. Convalescence inespérée le huitième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 10. Femme de trente-deux ans, malade depuis deux mois; entrée le 20 janvier. Pneumonie au sommet du poumon droit, à forme dite latente, chez une femme chloro-anémique. Cas grave.

Trois saignées générales, une locale; 9 palettes (1125 grammes). Convalescence le quatrième jour; sortie le 27 février.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Homme de quarante-neuf ans, malade depuis trois jours; entré le 19 février, sorti le 22 mars. Pleuro-pneumonie affectant la moitié inférieure du poumon gauche au second degré. Cas assez grave.

Cinq saignées, dont une locale, 16 palettes (2000 grammes), en trois jours; vésicatoire. Convalescence le quatrième jour.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Homme de dix-neuf ans, malade depuis deux jours; entré le 25 janvier, sorti le 17 février. Pleuro-pneumonie au premier degré, occupant la presque totalité du poumon gauche, avec endocardite. Cas assez grave.

Six saignées générales, deux locales; en tout, 22 palettes 1/2 (2800 grammes), en cinq jours; deux vésicatoires. Convalescence le huitième jour.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15. Homme de dix-neuf ans, malade depuis trois jours; entré le 31 janvier, sorti le 20 février. Pleuro-pneumonie occupant la partie supérieure du poumon droit, et un peu la partie inférieure du poumon gauche, du premier au second degré. Cas assez grave.

Cinq saignées générales, deux locales, 21 palettes (2125 grammes), et un vésicatoire, le tout dans l'espace de quatre jours. Convalescence le sixième jour. Le 9 février, le malade mange le quart.

6° Salle Sainte-Madeleine, 7. Femme de trente-sept ans, malade depuis cinq jours surtout, entrée le 4 janvier, sortie le 19. Pleuro-pneumonie occupant le sommet et la partie postérieure du poumon droit, au second degré. Cas moyen.

Trois saignées, dont une locale, 9 palettes (1125 grammes). Convalescence le quatrième jour.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Homme de seize ans, malade depuis trois jours, entré le 21 mars, sorti le 8 avril. Pleuro-pneumonie au premier degré à l'entrée. Cas peu grave.

Deux saignées, 5 palettes (625 grammes); vésicatoire. Convalescence le sixième jour.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Homme de trente-six ans, malade depuis trois jours; entré le 26 mars. Pleuro-pneumonie du côté droit, à signes physiques mal dessinés. Cas un peu douteux.

Six saignées, dont deux locales; 20 palettes (2500 grammes). Convalescence le sixième jour.

Ce malade, assez indocile, se découvrant continuellement, s'exposa au froid le troisième jour de sa convalescence, et fit une rechute pour laquelle on lui appliqua deux vésicatoires et on lui administra une potion stibiée. Sous l'influence de ce traitement, cette rechute, assez peu grave d'ailleurs, n'eut pas de suites fâcheuses, et le malade, qui est encore dans les salles, est en pleine convalescence depuis plusieurs jours, aujourd'hui, 9 avril.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Homme de trente-trois ans, malade depuis sept jours; entré le 6 janvier, mort le 15.

Le diagnostic qui avait été porté pour cet homme avait été, à l'entrée : pleuro-pneumonie au premier degré à la partie inférieure de chaque poumon. Cas moyen.

Cinq saignées, dont une locale, furent pratiquées dans l'espace de trois jours. Un vésicatoire fut placé le quatrième jour à la partie postérieure de la poitrine, et le malade allait assez bien; le pouls était tombé de 120 à 96; les phénomènes inflammatoires s'étaient notablement amendés, lorsque des imprudences réitérées du malade,

FEUILLETON.

THÈSES DE CONCOURS POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Des indications et des contre-indications en médecine opératoire. — M. Vidal (de Cassis). (1)

Les lignes suivantes, extraites de cette thèse, feront connaître dans quel esprit elle a été conçue.

« L'insuffisance des moyens diététiques et pharmaceutiques, l'impuissance de la nature pour la guérison de certaines maladies, ont mis les praticiens dans la nécessité de recourir à un ordre de moyens puisés dans la *médecine opératoire*. L'action directe, trop souvent soudaine et violente de ces moyens, leur puissante et prompte efficacité dans quelques cas, impliquent plus ou moins de douleurs et presque toujours des dangers; ils peuvent donc nuire avant même d'être utiles. Or, comme « être utile n'est que la seconde règle de la thérapeutique, tandis que la première est de ne pas nuire, » on voit avec quelle réserve l'action chirurgicale devra être invoquée. Le vrai chirurgien ne s'y résoudra donc qu'à *bonnes enseignes* comme l'aurait dit Paré, c'est-à-dire quand les *indications* seront positives, et quand il ne sera formé aucune opposition sérieuse par des circonstances que je ferai connaître sous le nom de contre-indications. Le chirurgien doit toujours pouvoir se justifier d'avoir entrepris une opération; il n'y parviendra qu'en faisant la preuve d'une juste et bonne indication. Or, comme c'est là un point de pratique souvent très difficile, l'opérateur sera toujours réservé et s'abstiendra souvent.

» La connaissance des maladies étant la principale source des indications et des contre-indications, c'est à la pathologie que je dois demander les faits généraux et particuliers nécessaires à la solution de la question que j'ai à traiter. Il me faut nécessairement passer en revue la plupart des maladies chirurgicales, mais avec rapidité, dans un ordre et sous des chefs imposés par la nature d'une pareille question.

» Je ferai trois sections correspondant aux divisions des maladies adoptées par quelques classiques : 1° Lésions physiques; 2° lésions organiques; 3° lésions vitales. Chacun de ces groupes m'offrira des exemples qui appuieront les principes à mesure qu'ils seront exposés. Je pourrai ainsi, sans perdre de vue la portée philosophique de la question, donner à sa solution une certaine utilité pratique. »

On voit qu'avec une semblable division, l'auteur a pu toucher à toutes les questions de haute thérapeutique qui ont été résolues dans le sens du *naturisme chirurgical*, doctrine favorite de M. Vidal.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes les divisions de son travail; nous insisterons seulement sur quelques passages qui nous ont paru remarquables.

Ainsi, arrivant aux *fistules*, M. Vidal agite la question de savoir si on doit les opérer toutes? s'il est convenable de les guérir toutes?

« Ici, comme dans toutes les questions de pratique, il faut distinguer : si la fistule occasionne une perte considérable d'une humeur nécessaire à l'entretien de la vie, elle doit toujours être opérée. Telles sont certaines fistules salivaires, certaines fistules stercorales; ces dernières épuisent quelquefois le malade en même temps qu'elles sont un objet de dégoût. Il est des fistules urinaires qui rendent la vie si insupportable qu'une opération même grave semble autorisée.

» Mais les fistules qui éconduisent une humeur morbide ne doivent pas toujours être opérées. Ainsi, on dit que si une fistule à l'anus existe depuis long temps chez un vieillard, pour peu que sa poitrine souffre, que sa tête lui pèse, que ses fonctions digestives soient difficiles; enfin, le moindre dérangement fonctionnel doit, selon des auteurs, commander un refus, quelles que soient les instances du malade pour demander l'opération; car, dans les cas de succès, en supprimant un exutoire naturel, on pourrait aggraver les symptômes que j'ai indiqués, et voir périr le malade par une lésion de la tête ou de la poitrine. Je vais revenir sur cette contre-indication.

» On considère comme moins indiqué encore d'opérer une fistule à l'anus quand existe une lésion viscérale bien constatée, quel que soit l'âge du sujet. Je crois qu'en général cette question n'a pas été traitée avec assez de soin. Ainsi, on dit qu'il ne faut pas opérer les phthisiques et ceux qui sont menacés de phthisie, car on perd ces malades quand on les opère. D'abord il faudrait s'expliquer, surtout sur ce qu'on entend par sujets menacés de phthisie. Qu'on y réfléchisse bien : souvent ces sujets que vous dites menacés de phthisie et mêmes phthisiques, sont tout simplement des malades très affaiblis par la suppuration abondante qui s'opère aux environs de l'anus. »

« Dans ces derniers temps, on s'est beaucoup occupé du traitement des ankyloses, des rétractions musculaires et tendineuses, enfin des difformités. Sans réfléchir que souvent les ankyloses constituaient des guérisons heureuses achetées par de longues souffrances et des dangers réels, on a soumis les malades à de nouvelles souffrances, à des dangers encore plus graves. Je n'ai pas besoin de dire ici que jamais, pour moi, il n'y aura indication de briser les liens articulaires pour guérir une ankylose.

» Ce qui m'étonne, dit M. Vidal, ce n'est pas qu'un homme obscur ait pu inventer un pareil supplice, mais c'est que les exécutions aient eu lieu à Paris, sous les yeux et avec la permission de plusieurs autorités chirurgicales de cette ville. »

Les *amputations* de complaisance sont aussi complètement rejetées par l'auteur.

Vient ensuite la ténotomie, que M. Vidal juge de la manière suivante :

« La ténotomie, *comme méthode opératoire*, est née de nos jours; elle en est à ses promesses, à ses essais; ils sont hardis, brillans, très nombreux; mais, par cela même, nous sommes encore loin de savoir son dernier mot. On peut déjà dire cependant que cette opération, exécutée dans des circonstances favorables, par les bonnes méthodes, est, dans le plus grand nombre des cas, peu douloureuse et complètement innocente. Quant à sa valeur thérapeutique, et à l'établissement d'une opinion très arrêtée sur ce point, les faits nécessaires manquent, cachent peut-être quelques-uns de leurs côtés. Enfin, ils ne sont encore complètement dans le domaine de la science. Je ne puis donc en profiter ici. Cependant j'oserai dire que si on ne veut pas compromettre une méthode qui honore notre époque et surtout notre pays, on fera bien d'être un peu plus difficile dans le choix des cas; on devra voir un peu moins d'indications et un peu plus de contre-indications. « Il est rarement nécessaire et souvent dangereux de » chercher des indications, quand il ne s'en présente pas, on » s'expose à en trouver d'imaginaires. » (Chomel, *Path. générale*.)

» Dans les rétractions, surtout dans les rétractions anciennes, la lésion n'a pas toujours commencé par l'organe rétracté; le tendon, le muscle ne se rétractent quelquefois qu'après une déformation osseuse; le strabisme peut être dû à une maladie incurable du globe oculaire; mais, quand la rétraction musculaire ou tendineuse est primitive, si elle persiste long-temps, elle

(1) Paris, J.-B. Baillière. — In-4°.

qui s'exposait continuellement au froid, occasionnèrent une rechute. Aux signes fournis du côté du poumon par l'auscultation, se joignirent un frottement pleural très intense, un hoquet continuel, que l'on rapporta à une pleurésie diaphragmatique. Une nouvelle saignée et deux vésicatoires furent inutiles, et le malade succomba le dixième jour après son entrée.

10°, 11°, 12° Les trois derniers cas de pneumonies sont relatifs à trois sujets, dont l'un, salle Sainte-Madeleine, 11, était une femme de quatre-vingts ans, affectée depuis trois semaines d'une pleuro-pneumonie à forme adynamique, occupant le poumon droit tout entier ; cette femme ne fut point traitée, et mourut sept jours après son entrée.

La onzième observation a trait à un homme de soixante-six ans, qui arriva à la clinique le 22 mars, et mourut dans la nuit, (Pleuro-pneumonie au second degré, caillots dans le cœur. Cas mortel.)

Enfin, le douzième cas est celui d'une femme de cinquante-sept ans, malade depuis quinze jours, entrée le 1er janvier et morte le surlendemain, sans avoir été traitée. (Pleuro-pneumonie droite au sommet, au second ou troisième degré ; cas mortel.)

Il est bien évident que les trois derniers cas ne peuvent être compris parmi les malades traités, puisqu'ils sont entrés dans le service étant presque à l'agonie, et que l'on a dû rester spectateur inactif de la marche de la maladie.

Il reste donc, en les défalquant, neuf cas de pneumonies sur lesquels *un seul mort*, et encore, nous le ferons remarquer, cette funeste terminaison n'a-t-elle été que la suite d'imprudences commises par le malade. Mais, admettant même ce résultat sans en discuter la cause, ne trouvons-nous pas ici cette mortalité de *un seulement sur neuf* établie par M. Bouillaud, véritable conquête d'une thérapeutique vigoureuse en même temps que logique et remplaçant désormais pour ceux qui sauront mettre en usage la formule des saignées coup sur coup, la mortalité de un sur trois, résultat des autres méthodes de traitement.

Mais nous ne pouvons nous empêcher de le répéter, dans la pleuro-pneumonie, à moins que l'on n'ait affaire, comme ici, à des malades indociles, et lorsque le médecin est appelé à temps, l'expérience a prouvé que la mort est une exception excessivement rare.

Rhumatisme articulaire, 5 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Homme de trente-deux ans, malade depuis quatre jours, entré le 12 février, sorti le 21 mars. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite commençante. Cas grave.

Six saignées dont deux locales, 20 palettes (2500 gram.), en trois jours. Convalescence le sixième jour.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Homme de dix-sept ans, malade depuis six jours, entré le 2 février, sorti le 26 mars. Rhumatisme articulaire aigu généralisé, occupant surtout les membres supérieurs. Rien de notable au cœur au moment de l'entrée. Cas assez grave.

Quatre saignées dont une locale, 11 palettes (1375 gr.), en trois jours ; un vésicatoire. Convalescence le sixième jour.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Homme de cinquante-huit ans, malade depuis huit jours, entré le 16 mars. Rhumatisme articulaire aigu, surtout des membres inférieurs ; doutes sur l'état du cœur.

Deux saignées, trente sangsues. Convalescence le quatrième jour.

Les quatrième et cinquième observations sont relatives à deux sujets affectés de rhumatismes articulaires assez peu graves, sub-aigus, chez un seul desquels on fut obligé de pratiquer deux saignées. Un vésicatoire suffit pour enlever l'autre.

Entéro-mésentérites. Deux cas seulement d'entéro-mésentérites se sont présentés dans le service de la clinique pendant le premier trimestre de cette année.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Homme de dix-huit ans, malade depuis huit jours, entré le 9 mars. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée ; mélange des formes inflammatoire et typhoïde. Cas grave.

Six saignées, dont deux locales, 18 palettes (2250 grammes), en trois jours. Convalescence le neuvième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 4. Entéro-mésentérite typhoïde avec tendance d'arachnitis à la base ; cas très grave. Le sujet de cette observation est une jeune fille de dix-neuf ans, malade depuis une quinzaine de jours. Au début de sa maladie, un médecin qui fut appelé prescrivit un émétique qui causa de nombreux vomissemens bilieux ; la veille de l'entrée à l'hôpital, on lui fit une saignée.

Au moment de l'entrée, des symptômes d'abattement, de stupeur, se faisaient déjà remarquer. Les réponses un peu embarrassées, la parole indécise ; la constitution anémique et affaiblie de la malade ne permettant point d'émission sanguine générale, on se borna à deux applications de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. La malade succomba le quatrième jour après son entrée.

Il n'est point douteux pour nous que si l'on eût commencé au début de l'affection par quelques émissions sanguines répétées, tant générales que locales, et surtout si l'on se fût abstenu du vomitif, on n'eût eu des chances réelles pour la guérison ; je dis, surtout si l'on se fût abstenu du vomitif ; car n'est-il pas de toute évidence que là où il y a menace de méningite, les efforts du vomissement ne peuvent qu'être nuisibles, en déterminant vers l'encéphale et les méninges l'afflux d'une plus grande quantité de sang, une congestion, accident qui n'est, dans beaucoup de cas, que le commencement, le prélude, d'un véritable travail inflammatoire ?

Pleurésie, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Homme de trente-neuf ans, malade depuis quinze jours, entré le 8 janvier ; pleurésie dite latente bien caractérisée, avec épanchement remplissant tout le côté gauche de la poitrine ; déplacement du cœur à droite. Cas grave.

Quatre saignées, dont deux locales, 13 palettes (1525 grammes) ; deux vésicatoires. Convalescence le huitième jour.

Les deux autres cas de pleurésie sont relatifs à des sujets affectés de bronchite sub-aiguë, avec point pleurétique ou pleurésie sèche légère. Cas sans gravité.

Erysipèles, 4 cas.

1° *Erysipèle facial* chez une femme de vingt-deux ans, malade depuis quinze jours, entrée le 22 mars, sortie le 9 avril. Cas sans gravité. Emploi des frictions mercurielles. (Salle Sainte-Madeleine, 12.)

2° *Erysipèle facial* en voie de résolution, chez une femme de vingt-un ans, chloro-anémique ; cas léger. Frictions mercurielles. (Salle Sainte-Madeleine, 1.)

3° Erysipèle phlegmoneux de la jambe gauche, avec angioleucite ; cas grave. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 2. Homme de vingt ans, malade depuis quatre jours, entré le 10 février.

Trois saignées, dont une locale, et trente sangsues (14 palettes, 1750 grammes). Convalescence le septième jour.

4° *Erysipèle phlegmoneux* du bras gauche chez un homme de trente-trois ans, malade depuis quatre jours, entré le 20 janvier, sorti le 6 février. Cas léger.

Ictère, 2 cas.

L'un, peu, intense, fut observé sur un jeune homme de vingt-trois ans, malade depuis qaatre jours (salle Saint-Jean-de-Dieu, 2). Cas assez léger. Ventouses scarifiées, emplâtre stibié. Convalescence le quatrième jour.

Le second est relatif à une femme de trente-six ans, malade depuis huit jours. Le diagnostic fut celui-ci : ictère probablement consécutif à une affection gastro-duodénale. Cas de moyenne gravité. Une saignée locale. Convalescence le cinquième jour.

Les cas qu'il nous reste à mentionner sont :

Huit cas de bronchite légère.

Un d'angine tonsillaire, accompagnée de bronchite générale, capillaire, assez intense.

Une observation de rougeole chez une femme entrée à l'hôpital pour une affection chloro-anémique.

Une observation de varioloïde chez une femme entrée à l'hôpital pour un phlegmon des grandes lèvres.

Un cas d'otite aiguë, enlevée par deux applications de sangsues et un vésicatoire.

Un de cystite légère.

Un de fièvre gastrique mal dessinée chez un sujet anémique.

Les trois dernières observations sont relatives :

1° A une jeune fille de dix-sept ans qui essaya de s'empoisonner par le bleu des blanchisseuses (indigo dissous dans l'acide sulfurique concentré). Au moment où elle fut apportée à l'hôpital, les principaux accidens avaient été combattus par l'administration de la magnésie. Elle ne présenta de sérieux qu'une angine tonsillaire assez intense, et un peu de douleur épigastrique, phénomènes qui cédèrent à deux applications de sangsues.

2° A une femme de vingt-un ans, entrée à l'hôpital pour une affection rhumatismale sub-aiguë, entée sur un état chloro-anémique, et qui fut prise après son entrée des symptômes d'une fièvre lente nerveuse. Elle est en convalescence.

3° Enfin à une femme de soixante-neuf ans, malade depuis quelques heures au moment de l'entrée, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale dans l'hémisphère gauche du cerveau, et dont l'observation a été publiée tout au long dans ce Journal il y a quelques jours.

Voici, en quelques lignes, le résumé et la répartition des maladies aiguës qui ont été observées dans les trois derniers mois.

Pleuro-pneumonies,	12
Rhumatismes articulaires aigus,	5
Entéro-mésentérites,	2
Pleurésies,	3
Erysipèles,	4
Ictères,	2
Bronchites,	8
Angine tonsillaire,	1
Rougeole,	1
Varioloïde,	1
Otite aiguë,	1
Cystite,	1
Fièvre gastrique,	1
Empoisonnement,	1
Fièvre lente nerveuse,	1
Hémorrhagie cérébrale,	1

amène dans la partie déformée ou l'organe dévié, des modifications dans les ligamens, les muscles, les os, le système nerveux, contre lesquels la ténotomie est impuissante. Il est des lésions de la structure de l'œil auxquelles sont dus certains strabismes qu'on ne guérira jamais par la ténotomie. Je sais parfaitement qu'il est des yeux affaiblis par la déviation oculaire et qui reprennent toute leur puissance visuelle quand on les place dans des conditions favorables à l'exercice de leur fonction ; je connais ces cas, ils sont favorables à la ténotomie, et comme je ne suis pas ici pour la déprimer, mais pour l'apprécier, ces faits, je ne les cache pas, je les produis au contraire avec bonheur. Mais je voudrais, dans l'intérêt de la science, que les faits contraires fussent mis dans le même jour par ceux qui peuvent les posséder. On ne sait pas tout le mal qu'on fait à une méthode, en parlant de son infaillibilité.

» Ce ne sont pas seulement les articulations qui correspondent directement aux organes rétractés qui subissent des modifications dans leur direction, leur conformation, leur structure ; les autres articulations du membre en éprouvent quelquefois de très importantes. Ainsi, à la suite d'un pied-bot équin ancien, quelquefois la jambe, la cuisse se fixent dans une légère flexion qui raccourcit le membre ; alors, quand le pied est redressé par la ténotomie, le membre est plus court, car toute la partie du pied dont le grand axe se confondait avec celui de la jambe, est devenu horizontale. Le malade est alors très boiteux, et se repent beaucoup d'avoir subi une opération, surtout quand il en a souffert et qu'elle l'a exposé à de vrais dangers. Des faits de cette nature commencent à paraître au grand jour. Ce seraient les sujets jeunes, et en général les rétractions qui ne sont pas anciennes, qui offriraient le plus de chances de succès à la ténotomie.

» On répond, qu'à cet âge, les moyens orthopédiques bien dirigés auraient le même succès que la ténotomie. Mais on réplique alors qu'il est évident que ce traitement orthopédique serait plus long, imparfait, et qu'il pourrait mettre obstacle au développement naturel de l'enfant. En parlant de la ténotomie appliquée au traitement des ankyloses, j'ai fait des remarques qui trouvent ici une nouvelle application. Si la cicatrice des deux bouts de l'organe divisé est trop courte, la rétraction se reproduira ; s'il y a un tissu intermédiaire étendu, la force de l'organe sera diminuée, le membre opéré ne pourra rentrer dans l'exercice complet de ses fonctions et sera certainement beaucoup plus faible. Après l'opération du strabisme par section des muscles, la substance intermédiaire aux deux bouts du muscle divisé sera très peu considérable, elle aura une certaine étendue, ou bien l'adhérence de l'un des bouts du muscle à la sclérotique se fera mal. Il pourra donc y avoir récidive ou absence du mouvement du côté du muscle opéré, et, dans ce dernier cas, le malade pourrait bien échanger un regard par trop oblique contre un regard légèrement stupide. M. J. Guérin a vu ces imperfections, et sa méthode, selon lui, les fait disparaître. Je répète que les faits pour juger complètement de pareilles qustions ne sont pas encore assez connus, ou qu'ils n'ont pas acquis le degré de maturité que la science exige. »

L'auteur passe ensuite en revue les déplacemens, les rétentions, les corps étrangers, qui appartiennent à la catégorie des lésions physiques. Puis arrivent les lésions organiques et les lésions vitales. Partout M. Vidal s'attache à prouver que les indications sont moins nombreuses que les contre-indications, et qu'il est très rare qu'une seule indication soit à remplir. Le corps étranger laisse des traces, la rétention a des causes qu'on ne détruit pas d'un coup. La lésion organique a des racines qu'on n'enlève pas par une opération. Or, dit M. Vidal, comme une opération doit enlever tout le mal, et qu'il est impossible de l'enlever quand il est partout, on devra souvent s'abstenir. Les lésions vitales à leur *état virtuel* ne sont pas accessibles aux moyens chirurgicaux : donc, point d'indications fournies par elles. On le voit, partout M. Vidal a voulu éviter le reproche qu'il a adressé à quelques chirurgiens quand il a pris pour épigraphe de sa thèse : *Les opérations trouvent en général trop d'indications, et pas assez de contre indications.*

Cette thèse est bien pensée et bien écrite.

Des affections cancéreuses, et des opérations qu'elles nécessitent (1). — (M. Robert.)

S'abstenant de toute discussion scientifique, de toute recherche historique, M. Robert signale d'abord une idée essentiellement pratique, c'est qu'il y a dans les phases du cancer deux périodes ; une première bénigne, lente, obscure ; l'autre, au contraire, maligne et désorganisatrice. Passant de suite aux travaux modernes, il étudie les caractères anatomiques des trois formes du cancer ; le squirrhe, le colloïde, l'encéphaloïde. Cette description doit servir de base à son travail. Ce chapitre d'anatomie pathologique est fort complet, et mérite d'être lu et médité avec attention.

Après cette espèce d'introduction, l'auteur étudie la marche comparative des trois variétés que nous venons de faire connaître, et les accidens que détermine leur présence dans les tissus.

Deux sections sont ensuite consacrées à l'examen des opinions relatives à l'influence du cancer sur l'économie, en un mot à l'étude de la cachexie cancéreuse, à celle de la nature et de la cause prochaine des maladies cancéreuses ; cette première partie est complétée par l'exposition, d'abord des symptômes généraux, puis de ceux qui sont particuliers aux cancers de la peau, aux cancers des membranes muqueuses, aux cancers profonds, aux cancers des os. Des faits nombreux et bien observés, des recherches curieuses, des vues pratiques fort remarquables, distinguent cette histoire du cancer.

Les opérations par lesquelles l'homme de l'art se propose de combattre les affections cancéreuses peuvent se ranger sous l'une des catégories suivantes : on a pour but de résoudre les cancers ; on se propose de les enlever ; enfin on remédie aux accidens que leur présence et leur développement occasionnent.

Resolution. 1° Brisbane, Walther, MM. Becquerel, Breschet, Rossi, ont fait quelques expériences dans cette vue, en expérimentant l'action de l'électricité et du galvanisme ; 2° un grand nombre de chirurgiens ont pratiqué la ligature des artères qui se rendent aux parties malades ; 3° enfin, on a pratiqué la compression. M. Robert discute les faits d'après lesquels on peut établir la valeur thérapeutique de ces divers moyens, qui ont été si diversement appréciés dans notre pays et dans les pays étrangers, et en général il ne leur accorde qu'une action tout-à-fait momentanée et nullement satisfaisante.

Ablation. L'ablation du cancer n'est pas toujours possible, aussi M. Robert commence par en poser les indications et les contre-indications. Passant ensuite à l'examen des méthodes, l'auteur admet parmi elles : 1° l'inoculation de la pourriture d'hôpital, qu'il ne mentionne que pour mémoire ; 2° la cautérisation ; 3° la ligature ; 4° l'excision ; 5° l'amputation. Le manuel de ces différentes méthodes est tracé avec soin ; d'abord d'une manière générale ; puis, quant à leur application sur tel ou tel organe, sur telle ou telle région ; nous ne pouvons suivre M. Robert dans tous ces détails.

Une fois ces particularités de médecine opératoire envisagées, l'auteur aborde l'exposition des soins consécutifs à l'opération. C'est alors qu'il passe en revue les procédés d'autoplastie considérés comme moyen de prévenir les récidives ; la réunion immédiate, pratiquée dans le même but ; et quelques autres moyens, comme l'application des cautères, etc.

(1) Paris, Germer-Baillière. — In-8° de 132 pages.

Sur ces 45 malades nous avons une mortalité brute de 6, c'est-à-dire de 1 sur 8 ; mais sur ces 6 morts, il faut défalquer pleuro-pneumoniques arrivés agonisans dans les salles de la clinique et dont deux ont succombé quelques heures après l'entrée, et la jeune fille affectée d'une entéro-mésentérite, traitée au début par un vomitif, qui entra à l'hôpital le dixième jour de sa maladie, présentant des symptômes d'arachnitis, et chez laquelle on dut se borner à la médecine expectante.

Nous avons donc 42 malades, parmi lesquels 2 morts seulement ?

Si nous réunissons ces résultats à la statistique des mois de novembre et décembre 1840, publiée par nous le 19 janvier de cette année, nous trouvons en tout : 91 cas de maladies aiguës, sur lesquels 9 morts, ou une mortalité de 1 sur 10 ; et en faisant la déduction des sujets qui sont entrés agonisans dans le service et qu'on a dû abandonner à eux-mêmës sans les traiter, nous trouvons 86 cas sur lesquels 3 morts, ou une mortalité de 1 sur 27 !

A. F.

HOPITAUX DE MOSCOU.

Affection calculeuse. Procédé opératoire généralement suivi avec succès; par D. Ossipovski, chirurgien de l'hôpital civil de Moscou.

L'affection calculeuse est très commune en Russie ; à tel point que, dans un service de cinquante lits, il y a généralement deux ou trois calculeux. Aussi, dans l'hôpital Sainte-Marie, à Moscou, sans parler de tous les autres, on a extrait plusieurs milliers de calculs de différens volumes et de nature diverse, dans l'espace de soixante ans environ, comme on peut s'en assurer en examinant la riche collection du cabinet anatomo-pathologique de cet hôpital.

C'est dans la première enfance, depuis l'âge de deux ans jusqu'à quinze, qu'on trouve le plus de calculeux ; mais, dans cette première période de la vie, ce sont néanmoins les septième, huitième et neuvième années qui en offrent le plus d'exemples.

Au-dessus de vingt-ans, les personnes affectées de calculs sont rares ; leur nombre diminue progressivement à mesure qu'on avance en âge : de sorte que, dans la vieillesse, l'affection se trouve dans un rapport inverse de ce qu'elle est dans la première enfance. Cette singularité ne trouve guère d'explication plausible, et nous nous garderons bien d'ajouter sur ce sujet quelques hypothèses à celles de nos devanciers.

L'étude des causes de la fréquence de cette affection dans mon pays, serait un sujet très curieux de l'histoire des calculs ; mais jusqu'à présent, nous n'avons pu rien savoir de positif à cet égard.

Les femmes, au contraire, sont très rarement sujettes à cette maladie, comme partout ailleurs, et se présentent dans les hôpitaux assez avancées en âge et avec des calculs de volume considérable.

Quant à la composition chimique et la nature des calculs, ceux-ci offrent dans ce pays toutes les variétés qu'on leur a reconnues partout.

Le procédé opératoire généralement usité est la méthode latéralisée de frère Côme ; la méthode sus-pubienne n'est qu'exceptionnelle, dans les calculs les plus volumineux.

Le succès qu'on y obtient est véritablement remarquable, puisque la mortalité n'est que d'*un sur seize* d'après la statistique prise sur une grande échelle, comme j'ai pu m'en assurer à Moscou dans les cliniques de la Faculté des professeurs Alphonski, Sinosemtsow et d'autres, et dans mon propre service et ceux de mes confrères à l'hôpital civil de Moscou.

Ce succès trouve en grande partie son explication dans le jeune âge des opérés ; et ne serait-ce peut-être pas aussi parce qu'on ne s'astreint pas comme en France à ne pas dépasser les limites de la prostate, que l'on dépasse toujours quand le volume du calcul l'exige, ce qui arrive dans la plupart des cas, quand on opère sur les enfans en particulier, tandis que pour se conformer aux préceptes de la chirurgie française, et notamment de Boyer et Dupuytren, on préfère *déchirer et contondre* les tissus plutôt que de les couper, afin de ne pas sortir des limites de la prostate, ce qui occasionne, d'après leur manière de voir, la gangrène et les infiltrations urineuses ? Je suis porté à croire au contraire, et je dirai même plus, je suis convaincu, d'après ma propre pratique et celle de mes confrères, que c'est plutôt à l'insuffisance de l'incision de la prostate par rapport au volume du calcul qui doit la franchir, qu'on doit attribuer tous les accidens et les conséquences funestes de cette violence, consistant dans l'inflammation de la prostate, qui finit souvent par la gangrène, se communique par contiguité aux veines prostatiques (phlébite), et occasionne la mort des opérés. J'ai vu avec satisfaction que, parmi les auteurs français même, M. Malgaigne, qui a traité cette matière avec la sagacité qui le caractérise toujours, partage aussi ma manière de voir.

D'ailleurs, à quoi servent ces règles de borner l'incision dans la substance même de la prostate, dont le plus grand diamètre oblique chez l'adulte est de 10 lignes, et chez l'enfant par exemple de sept à huit ans, qu'on opère en Russie neuf fois sur dix, de 2 à 3 lignes, quand le calcul présente 20 ou 30 lignes de diamètre ? Ces règles ne sont pas même applicables.

Ce n'est pas à dire pour cela que je les trouve mauvaises : loin de là, je suis le premier à admirer les bons préceptes théoriques tirés de l'étude approfondie de l'anatomie, et à les suivre *où ils peuvent être indiqués* ; mais malheureusement, dans notre pays au moins, ils sont d'une application extrêmement rare pour les causes que je viens de citer.

Quant aux règles de ne pas intéresser le plexus veineux prostatique qui entoure le col de la vessie, afin d'éviter les phlébites pelviennes, tout le monde sera d'accord qu'en faisant l'incision dans la direction du rayon oblique, comme on le fait dans la taille latéralisée, il est impossible de le couper, puisque les branches de ce plexus sont placées en haut et sur les côtés, dans les canaux fibreux de l'aponévrose profonde du périnée ; l'incision passant au-dessous d'eux, n'intéresse que le feuillet profond de cette aponévrose. Ainsi, il ne doit pas en être question.

La lithotomie chez la femme ne se pratique en Russie que très rarement, à cause de la rareté extrême de l'affection calculeuse dans ce sexe, et le succès n'en est pas comparable à celui obtenu chez l'homme ; car on n'a opéré avec succès que quatre sujets sur cinq. Les accidens les plus communs de cette opération, l'incontinence d'urine et les fistules urinaires, ont porté quelques chirurgiens à préférer, surtout quand le calcul est volumineux, la taille sus-pubienne. Pour mon compte, je ne l'ai vue pratiquer par mes confrères de l'hôpital civil de Moscou, que trois fois : une fois par la méthode latéralisée, et deux fois par la méthode urétrale médiane antérieure de Dubois, où le chirurgien se servit d'un seul lithotome caché de frère Côme, au lieu du cathéter cannelé et du bistouri.

La lithotritie ne s'emploie que dans les cas tout-à-fait exceptionnels, c'est-à-dire quand le sujet est âgé, le calcul petit et friable, les organes génito-urinaires à l'état sain. Dans ces conditions, jusqu'à présent elle a été pratiquée avec succès. Le nombre de personnes qui ont subi cette opération n'étant pas considérable, je ne puis en tirer encore aucune conclusion statistique.

Je crois inutile d'ajouter, qu'on n'emploie jamais la méthode de M. Sanson, à cause des fistules recto-vésicales qui en sont la conséquence fréquente ; il en est de même de celle de Boyer, qui est encore moins avantageuse que celle de Dupuytren. Cette dernière pourrait, à la rigueur, être employée sur l'adulte, quand le calcul est d'un volume tel qu'il s'accommode bien avec le périmètre de l'ouverture intrà-prostatique produite par l'incision bi-latéralisée, le calcul qui a moins de 15 lignes de diamètre et seulement chez l'adulte. Or ces cas sont rares chez nous. Sur l'enfant, elle peut être utile quand le calcul est d'une dimension telle qu'il ne puisse franchir la plus grande ouverture possible obtenue par le procédé de frère Côme. Mais si elle peut être utile dans ce cas, c'est précisément parce qu'on sort des limites de la prostate, autrement elle est impraticable ou serait funeste et meurtrière pour l'opéré.

J'aurais pu entrer à ce sujet dans des détails plus étendus, mais mon intention n'était que d'appeler l'attention des chirurgiens français sur les trois points de l'histoire des calculs, qui sont généralement opposés à ceux de la France, savoir :

1° La fréquence de l'affection calculeuse en Russie ;

2° La rareté de cette maladie chez les vieillards ;

3° Le peu d'importance que les chirurgiens russes mettent à dépasser les limites de la prostate, quand les circonstances l'exigent, et dont ils n'ont qu'à se louer dans leur pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 13 avril.

La correspondance comprend une lettre de M. le doyen de l'Ecole qui invite l'Académie à s'occuper de l'élection de cinq juges et un juge suppléant pour faire partie du jury du prochain concours pour les deux places vacantes à la Faculté de Strasbourg.

Lois réglementaires de la pharmacie. — Dans la dernière séance, la discussion n'avait pu être achevée sur les trois articles réglementaires de M. Adelon, que nous avons fait connaître. Aujourd'hui la discussion a été reprise, et elle a été tellement embarrassée par des incidens inattendus, que le travail a été renvoyé à la même commission et la discussion remise à une autre séance.

M. Dupuy s'est élevé contre un article trop absolu de M. Adelon. Il a demandé que les médecins vétérinaires fussent exceptés nominativement des termes du privilége qu'on accorde aux pharmaciens. Les pharmaciens nous font en ce moment un procès qui est pendant devant la Cour de cassation : ils prétendent que nous devons prendre à leurs officines les médicamens que nous prescrivons aux bestiaux ; cela est impossible. Les bestiaux sont de la marchandise, ou plutôt des machines à faire de la laine, de la viande, du fromage, etc. ; on ne peut, par conséquent leur donner une valeur qui les assimilerait à l'homme pour obliger le propriétaire à s'adresser au pharmacien. Un pareil privilége serait excessivement onéreux au propriétaire, etc. Il faut donc que le médecin vétérinaire puisse fournir au propriétaire les médicamens qu'il juge nécessaires au prix du commerce, et non au prix de la pharmacie. Les lois actuelles de la pharmacie s'appliquent à l'homme, parce qu'il y aurait inconvénient et danger à ce que les médicamens fussent préparés ailleurs que dans une pharmacie ; mais il n'en est pas de même pour les bestiaux, etc., etc.

MM. Boullay, pharmacien, et *Bussy* soutiennent vivement le privilége : ils s'opposent à ce que les médecins vétérinaires puissent fournir des médicamens pour les bestiaux ; les pharmaciens seuls savent les préparer et doivent en vendre, selon eux.

M. Renaud fait voir que si un pareil privilége était accordé, l'exercice de l'art vétérinaire serait désormais impossible, par la raison que, d'après un article des lois existantes, les pharmaciens ne peuvent délivrer les médicamens que d'après une ordonnance de médecin ou d'officier de santé. Or, cet article ne mentionne pas les médecins vétérinaires. En conséquence, une prescription d'un médecin vétérinaire ne peut être exécutée légalement par un pharmacien. D'autre part, la loi autorise l'officier de santé à distribuer les médicamens dans les localités où il n'y a pas de pharmaciens établis. Pourquoi donc le médecin vétérinaire ne serait-il pas dans cette catégorie exceptionnelle ? Il faut donc ou l'autoriser à tenir et distribuer des médicamens, ou lui interdire d'exercer son art.

M. Adelon est frappé de ces raisons, dont il reconnaît la justesse. Il propose que les exceptions soient discutées.

M. Kéraudren parle dans le sens de MM. Dupuy et Renaut.

M. Bouillaud félicite l'Académie de ne pas avoir voté précipitamment sur un sujet aussi grave. A entendre M. Adelon, la discussion était inutile, l'Académie n'aurait eu qu'à adopter son projet. Voyez maintenant quels incidens graves la discussion a fait surgir. Si on l'eût adopté, l'exercice de l'art vétérinaire eût été impossible. Cet incident n'est pas le seul. Voyez où conduisent ces projets partiels. J'espère que lorsqu'elle votera sur la totalité du travail de M. Adelon, l'Académie le rejettera et qu'elle sentira le besoin d'un projet général, d'un travail d'ensemble.

M. Adelon espère de son côté que le vœu de rejet que vient d'émettre M. Bouillaud ne sera pas accompli ; il l'espère, dit-il, pour l'honneur de l'Académie. (Hilarité.)

M. Guénau de Mussy propose que le travail soit renvoyé à la commission pour être remanié conformément aux incidens survenus.

L'Académie, consultée sur ce sujet, adopte le renvoi.

Pains ferrugineux de M. Boissière. On se rappelle qu'il y a quelque temps un rapport avait été fait sur ces pains et que l'Académie ne l'avait pas adopté. Depuis lors, l'auteur en ayant perfectionné la fabrication, a écrit de nouveau au ministre du commerce qui les a renvoyés a l'Académie, et celle-ci a nommé une nouvelle commission. Aujourd'hui M. Guéneau de Mussy est venu, au nom de cette commission, lire un rapport très favorable.

M. Nacquart s'est élevé contre cette boulangerie médicale

Thérapeutique des accidens. Avant que l'on ait pu décider l'ablation des cancers par l'un des moyens que nous venons de passer en revue, ou bien lorsque l'application de cette ressource est impossible, un assez grand nombre d'accidens peuvent être la conséquence de la présence ou du développement des cancers, tel est le sujet de cette dernière partie. Nous retrouvons ici les opérations à opposer aux accidens hémorrhagiques, aux obstacles qui surviennent dans l'accomplissement de certaines fonctions, ainsi à la suite des cancers du pharynx, de l'œsophage, de l'utérus, des voies urinaires, du rectum, etc.

Tel est le vaste cadre que M. Robert s'est tracé, il l'a rempli avec talent ; car cette thèse résume avec méthode et clarté l'état actuel de la science sur ce sujet ; mais, à notre avis, cette œuvre a un mérite plus grand encore, c'est sa couleur et son but éminemment pratiques. La réunion de ces qualités en fait un livre d'une utilité incontestable.

De l'opération de l'empyème. — (M. Sédillot). (1)

M. Sédillot comprend, sous le nom d'empyème, les opérations dans lesquelles la chirurgie ouvre la plèvre pour évacuer les épanchemens qui y sont contenus. « Cette opération, dit-il, nous paraît mal connue, mal appréciée. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir le discrédit où elle est tombée ; à peine si de loin en loin on peut en observer quelques exemples dans les hôpitaux, où tant de malades succombent à des épanchemens pleurétiques. Nous croyons cependant que, mieux comprise et mieux appliquée, elle offrirait à l'art les plus heureuses ressources, et déterminerait toujours du soulagement et souvent des guérisons inespérées. »

Ce travail est composé de trois parties : la première est consacrée à l'examen des doctrines de l'antiquité et des doctrines modernes sur l'opération de l'empyème ; la seconde comprend l'exposition des faits. Dans cette partie, M. Sédillot rapporte quarante-trois observations d'opérations d'empyème, pratiquées avec plus ou moins de succès. Ces observations ont été classées suivant la nature de l'épanchement ; elles sont suivies d'une appréciation rapide par laquelle l'auteur met en relief la justesse des indications, la valeur des procédés employés, et les diverses terminaisons qui ont été obtenues.

(1) Fortin-Masson et Cie. — In-4° de 136 pages et planches.

Ces deux premières sections servent pour ainsi dire de préliminaires au travail de M. Sédillot, qui trace dans la troisième partie l'histoire générale de l'opération de l'empyème. Nous allons jeter un coup-d'œil rapide sur cette division :

1° *L'opération de l'empyème est-elle suffisamment justifiée, et dans quels cas est-elle applicable ?* Pour l'auteur, cette opération ne saurait être considérée en elle-même et indépendamment des conditions pathologiques qui y donnent lieu. Pour mieux apprécier sa valeur, il admet quatre sortes d'épanchemens dans la plèvre : 1° de pus (pyothorax) ; 2° de sérosité (hydrothorax) ; 3° de sang (hémothorax) ; 4° d'air (pneumothorax) ; ces conditions pathologiques diverses sont successivement étudiées.

Après cette exposition, M. Sédillot indique les procédés opératoires ; ce sont : 1° l'incision ; 2° la cautérisation ; 3° la ponction des parois intercostales du thorax ; 4° la térébration d'une côte. L'auteur décrit d'abord les particularités qui sont communes à l'exécution de tous ces procédés, puis il procède à leur description particulière. Cette étude est complétée par le développement des questions suivantes, pour lesquelles M. Sédillot s'attache à fournir des données précises :

1° Quelle quantité de liquide faut-il évacuer au moment de l'opération ?

2° Comment doit-on régler l'écoulement du liquide après la première évacuation ?

3° Quels sont les dangers de l'introduction de l'air dans le foyer de l'épanchement ?

4° Quels sont les effets des injections faites dans le foyer de l'épanchement ?

Par tous ces moyens M. Sédillot croit être parvenu à établir les vraies doctrines de l'opération de l'empyème, et les avoir fondées sur tous les enseignemens de la science. Si nos opinions, dit-il, sont réellement basées sur la vérité et l'expérience, l'opération de l'empyème reprendra rang parmi les plus importantes de la chirurgie ; elle sera plus injustement accusée de revers auxquels elle est étrangère, parce que, pratiquée dans des conditions mieux connues, elle n'annoncera que des résultats possibles et ne promettra rien qu'elle ne puisse réaliser ; mieux exécutée, enfin, et d'après des principes plus rationnels, elle comptera un plus grand nombre de succès.

L. M.

(textuel) qui, selon lui, compromet la dignité de la pharmacie et de la médecine.

MM. Renauldin, Husson, Moreau ont parlé en faveur des pains ferrugineux.

Le rapport et les conclusions ont été mis aux voix et adoptés.

Sirop ferrugineux. — *M. Henry* fait un rapport favorable sur un sirop ferré.

Séance levée à cinq heures.

SOCIETE MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. Legros. — Séance du 2 mars 1841 (1).

La correspondance présente l'envoi d'une brochure intitulée : Examen critique et médical du monésia, par MM. Derosne, Henry et Payen.

M. Bertol fait un rapport sur la demande de M. Phillips, qui désire obtenir le titre de membre correspondant. Cette admission est mise aux voix et prononcée.

M. Aubert donne communication d'un mémoire sur la peste, dans lequel il pose en principe que cette épidémie est toujours en rapport d'intensité avec le manque de civilisation des peuples. La civilisation, dit il, est cause de la culture de la terre, des sciences et de l'industrie; elle produit la richesse d'un pays; là où elle manque, on ne rencontre que pauvreté et ignorance; aussi la négligence des habitans dans l'observation des lois de l'hygiène, amène le plus souvent le développement des épidémies.

Il donne ensuite la date de la création des lazarets, et démontre par des chiffres que les épidémies de peste n'ont cessé que 200 ans après leur installation. M. Aubert en conclut l'inutilité des lazarets.

M. Lagasquie, qui a écrit sur la peste, ne peut partager entièrement les convictions de M. Aubert, qui s'est attaché à démontrer que la fréquence variable de la peste d'Orient en Europe, coïncide avec les mouvemens progressifs ou rétrogrades de la civilisation. Je ne puis, ajoute M. Lagasquie, réunir assez de souvenirs historiques pour discuter ce tableau parallèle et comparatif de la peste; je ne doute pas qu'il n'ait été tracé avec autant de sincérité que de talent, mais cette question me paraît extrêmement complexe : ma dissidence avec M. Aubert porte sur un autre point. En disant que la civilisation a étouffé la peste en Europe, et qu'elle amènerait son extinction en Orient, notre collègue présente aussitôt à notre esprit toutes les causes d'insalubrité, et il n'en distingue aucune. Or, une étiologie aussi générale, aussi vague, pour expliquer la génération et la propagation d'épidémie, qui ont leurs caractères propres, me paraît un vice capital. Pour la peste comme pour le choléra, que nous observions il y a quelques années, je crois qu'il est difficile de ne pas admettre une cause spécifique. Or, que peut la civilisation, à moins qu'elle ne s'attaque à cette cause, et à elle seule? Elle diminuera la prédisposition des corps à contracter la maladie; mais nous ne saurions lui reconnaître d'autre influence; ou bien si, par civilisation, vous entendez la destruction de toutes les causes générales d'insalubrité, il est inutile d'établir une distinction pour la peste, dans le naufrage commun de toutes les épidémies; mais, encore une fois, il n'en est pas ainsi. Il existe pour la peste une cause spécifique comme le sont les symptômes, et si l'on étouffait cette cause, vainement les peuples resteraient ou retomberaient dans la barbarie, la peste disparaîtrait de la surface du globe. Je vais me servir d'un exemple pour vous faire saisir ma pensée. Allez dans les pays infectés par les fièvres intermittentes : construisez de beaux villages, donnez aux habitans les lumières, la sagesse, et toutes les commodités de la vie, mais laissez subsister les marais, vous aurez toujours des fièvres intermittentes. Faites l'inverse : tarissez les marais, et laissez ensuite les habitations et les habitans dans un état déplorable; les épidémies de fièvres intermittentes auront cessé, parce que vous aurez anéanti la cause spécifique. Je crois que c'est d'après des principes semblables qu'il faut procéder dans les recherches étiologiques sur la peste.

Il me semble encore que M. Aubert n'a pas été suffisamment frappé d'un fait que ses investigations ne contredisent pas, et qui est loin de se concilier avec son opinion de l'inutilité des lazarets et des quarantaines : c'est que la peste n'a jamais éclaté en Occident sans avoir débuté en Orient. Lorsque, procédant comme un vaste incendie, elle a enveloppé plusieurs nations ou le monde entier dans ses désastres, on l'a vu s'avancer d'Orient en Occident, se montrant d'abord dans les villes maritimes, dans les cités populeuses, et pénétrant ensuite dans la profondeur des continens. Ce fait, du reste, pourrait être conçu par la seule infection spécifique de l'atmosphère, mais il me semble digne d'être médité. Je me borne, ajoute M. Lagasquie, à les remarquer pour le moment; nous pourrons aborder plus tard la discussion sur la contagion de la peste.

M. Aubert répond qu'il n'a pas recherché la cause spécifique de la peste, mais seulement qu'il s'est rendu compte de la cause générale de l'épidémie dans tous les pays; il croit l'avoir trouvé dans le peu de civilisation des peuples; les chiffres sont là pour le prouver, et les chiffres valent toujours mieux qu'un raisonnement qui peut être plus ou moins spécieux. Au reste, quelle est la cause spécifique de la peste ?

M. Lagasquie l'a trouvée en Egypte dans la putréfaction des substances animales.

M. Aubert : Cependant Papon a remarqué que l'endroit de Smyrne qui est près du cimetière est celui qui offre le moins de peste. Cette maladie est identique à Constantinople et à Alexandrie.

— *M. Félix Legros* communique l'observation d'une pneumonie typhoïde pour laquelle il a été appelé en consultation avec M. le docteur Bonnassis.

Cette maladie, survenue chez une jeune anglaise de seize ans, après un refroidissement subit, le corps étant en sueur, avait été prise et traitée à la campagne pour une pleurodynie.

Lors de la consultation, la pneumonie datait de cinq semaines; il y avait décubitus dorsal, visage animé, yeux brillans, pommette gauche colorée, lèvres et langue rouges, pouls 124, petit et mou, toux sèche, expectoration nulle, point de résonnance à gauche de la poitrine : on n'observa ni nausées, ni vomissemens, ni épistaxis, ni pétéchies; mais on remarqua une surdité très prononcée, une faiblesse extrême, et un gargouillement dans la fosse iliaque droite; selles fétides, etc.

M. Félix Legros croit avoir eu à traiter une pneumonie gauche, arrivée au troisième degré, avec prédominance de phénomènes typhoïdes, autrement dit, une pneumonie bilieuse de Stoll, nerveuse de Frank, maligne de Kuxham, adynamique de Sydenham, gastrite de Pinel, etc.

En désespoir de cause, M. Félix Legros insista sur les dérivatifs, tant externes qu'internes, et plus tard sur le quinquina, dont il dit avoir retiré des effets précieux dans la convalescence des affections typhoïdes.

M. Vernois demande s'il y a eu une véritable fièvre typhoïde observée par M. Legros; la pneumonie a pu seulement se compliquer de symptômes adynamiques; l'existence des pétéchies lui paraît essentielle pour déterminer le diagnostic du typhus.

M. Bréon cite le fait d'une pneumonie compliquée de phénomènes adynamiques qui auraient pu en imposer pour une fièvre typhoïde.

M. Lagasquie croit qu'il fallait dénommer la maladie dont il s'agit, non point pneumonie typhoïde, mais bien pneumonie compliquée d'accidens typhoïdes.

M. Belhomme rapporte un fait d'aliénation mentale qui a été provoquée par les accidens d'une gastralgie.

Une jeune dame de vingt-trois ans, d'une intelligence médiocre, mariée depuis cinq mois, présenta, peu de temps après son mariage, une suppression de règles et des réactions sympathiques vers l'estomac; envies de vomir et bientôt vomissemens. On fit d'abord peu attention à ces phénomènes qui compliquent si souvent la grossesse. Mais bientôt se déclarèrent des phénomènes de réaction plus graves; les vomissemens étaient continuels; la respiration devint entrecoupée; une sorte d'étranglement à la gorge se manifesta, des convulsions survinrent surtout dans les membres supérieurs; enfin une perversion manifeste des facultés intellectuelles. Plusieurs médecins avaient été appelés en consultation et regardaient comme peu graves tous ces symptômes. Deux saignées et trois applications de sangsues furent successivement faites à la vulve, à l'anus, au creux de l'estomac. Tout fut inutile; la malade maigrissait et, vu l'état de folie, on se décida à la placer dans l'établissement de M. Belhomme. Ce médecin, faisant l'application de sa manière d'expliquer certaines folies sympathiques, porta son attention sur la matrice, qui, pour lui était le point de départ des réactions névropathiques; il examina aussi avec attention le bas ventre et s'aperçut que l'utérus était encore plongé dans le petit-bassin, ce qui devait comprimer les masses des plexus hypogastriques.

La malade fut mise presque continuellement dans un bain de siége, ou un bain général; des lavemens émolliens furent administrés chaque jour; des boissons glacées furent données. Le surlendemain de l'entrée de la malade, on appliqua 12 sangsues derrière les oreilles, parce qu'on remarqua de la congestion du cerveau et une sorte de désharmonie dans les mouvemens du bras, qui pouvaient provenir du cervelet. Sous l'influence de ce traitement, les vomissemens diminuèrent peu à peu; les étouffemens, les convulsions, enfin l'état de perversion intellectuelle, cessèrent; les hallucinations qui fatiguaient cette dame ne reparurent plus. Depuis, la guérison ne s'est pas démentie; deux mois sont écoulés.

M. Bousion a vu cette malade chez elle, et fait observer que, dans le principe de cette affection, il a compté jusqu'à 145 pulsations par minute, et qu'il ne doute pas qu'il n'y ait eu un commencement de métrite, qui a cédé aux saignées et aux émolliens. Il a été témoin de l'état de folie de cette dame, il a combattu l'opinion d'autres consultans, qui croyaient au développement d'une méningite : il pense que l'utérus a joué le principal rôle dans les phénomènes observés.

M. Vernois croit plutôt à l'effet sympathique de la matrice, qu'à la compression des nerfs du bassin.

M. Toirac rapporte que dans les dentitions difficiles, on observe souvent les réactions sympathiques vers le cerveau. Il cite le fait déjà rapporté par M. Duval, d'une folie causée par l'éruption difficile d'une dent de sagesse. Ce praticien fit une incision cruciale à la gencive; bientôt après, la folie cessa.

M. Vernois, revenant sur l'observation de M. Belhomme, demande pourquoi chez cette malade plutôt qu'une autre la folie s'est déclarée.

M. Belhomme croit à la prédisposition de cette maladie; tous les individus sont soumis aux mêmes causes, et pour cela ne deviennent pas fous : il faut donc rechercher dans l'organisation cérébrale même, ce qui rend plus susceptible de cette terrible affection. La malade dont il a parlé avait naturellement une faible intelligence; elle devait recevoir plus qu'une autre l'effet de réaction morbide de la matrice.

Belhomme, secrétaire général.

(1) La Société tient ses séances rue de Vendôme, 5.

Paris, imprim. de Béthune et Plon, rue Vaugirard, 36.

.MEDI 17 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 48, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
ireau, rue Dauphine, 22-24.
nnonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Service de chirurgie.

Opération de bégaiement. Simple section des muscles génio-glosses. Hémorrhagie très opiniâtre, n'ayant pas été complètement arrêtée par le feu. Consultation avec M. Bérard jeune.

L'opération du bégaiement serait constamment innocente dans ses effets, et toujours favorable dans ses résultats, au dire de quelques hommes spéciaux. A notre avis, cette opération n'est pas toujours exempte de reproches.

Un premier point que nous contesterons, est celui qui tendrait à insinuer que l'opération qui nous occupe donne des succès complets; et nous sommes en mesure d'affirmer que jusqu'alors, quelques-uns des chirurgiens qui l'ont pratiquée un plus grand nombre de fois à Paris, n'ont obtenu que des améliorations dans les cas les plus heureux, bien entendu : jamais le résultat n'a été complet. Il est vrai qu'aucun de ces chirurgiens n'a employé, que nous sachions, le procédé opératoire qui consiste à faire la section de la base de la langue, ainsi que l'a fait M Dieffenbach ; mais on sait ce qu'il en a coûté dernièrement au chirurgien de Berlin, d'avoir exécuté sur le vivant une semblable opération, et la perte d'un de ses opérés, étudiant de Berlin, par suite d'hémorrhagie, doit engager les autres praticiens à n'aborder une telle manière d'agir, qu'avec la plus grande réserve.

Pour ce qui nous concerne, nous avons pratiqué l'opération du bégaiement dix fois, et dans tous les cas nous avons suivi à peu de chose près le procédé de M. Amussat.

Neuf fois nous avons opéré chez des adultes, une seule fois chez un enfant de douze ans, celui de nos opérés dont nous devons plus spécialement vous entretenir aujourd'hui. Sur les neuf adultes, dans tous les cas il y a eu amélioration immédiate, ou du moins cette amélioration a-t-elle été accusée par les bègues opérés : nous devons avouer qu'elle a été très peu sensible pour nous ; aussi en sommes-nous encore à nous demander si le mieux annoncé par ces opérés était l'expression d'un sentiment intime qui se traduirait plus tard d'une manière en quelque sorte matérielle, quand les mouvemens de la langue auraient pour ainsi dire reçu une nouvelle éducation ; ou bien encore ce sentiment d'amélioration, illusoire au fond, n'aurait-il pas été le résultat de l'ardent désir dont les bègues opérés étaient vivement animés, d'être affranchis en si peu d'instans, et au prix d'une souffrance aussi passagère, d'un défaut du langage qui les avait tant gênés jusqu'alors ?

Quoi qu'il en soit, il est une chose qui mérite principalement d'être notée, c'est que les bègues qui viennent d'être opérés annoncent que chez eux l'inspiration s'exécute beaucoup plus facilement que cela n'avait eu lieu jusqu'alors.

Sur les neuf opérés indiqués, un a immédiatement bien parlé après l'opération ; mais ce résultat, qui nous avait tout d'abord donné tant d'espérances, ne s'est pas soutenu. Depuis, le bégaiement s'est lentement reproduit, et a presqu'entièrement repris, avec le temps, son intensité première.

Aucun de nos opérés n'a été obligé de s'aliter ; aucun n'a eu d'accidens inflammatoires sérieux. Mais est-ce à dire pour cela que l'on soit toujours aussi heureux ? Non, assurément ; nous savons que quelques-uns des opérés de la ville ont eu des hémorrhagies épouvantables.

L'enfant que nous avons opéré ici, devant vous, et à l'occasion duquel nous sommes entré dans les quelques considérations qui précèdent, a son père et un frère également bègues. Il est d'une bonne constitution ; mais une circonstance qui nous était malheureusement inconnue avant l'opération, c'est qu'il est éminemment sujet aux hémorrhagies spontanées, essentielles en quelque sorte. plusieurs reprises il a eu des épistaxis alarmans que l'on 'est parvenu à arrêter qu'avec peine ; d'autres hémorrhaies également graves ont eu lieu à différentes époques par la bouche. Ce n'est pas tout, et il paraîtrait qu'en outre notre petit opéré a eu la dysenterie et a rendu plus d'une fois du sang avec les selles. Disons enfin qu'ici à l'hôpital, quelques jours avant l'opération, il a eu une hémorrhagie que l'on a eu beaucoup de peine à arrêter, à la suite de l'extraction d'une dent. Evidemment, il existe chez ce sujet une diarrhée hémorrhagique qui ne nous fût pas restée inconnue si nous nous étions informé des antécédens, qui sont arrivés trop tard à notre connaissance. Il est vrai de dire cependant que cette circonstance ne nous eût probablement pas détourné de l'opération, tellement nous étions pénétré de son innocuité, de sa bénignité.

Au moment de l'opération, il s'écoula un demi-verre de sang environ. Le lendemain (vendredi), il survint une hémorrhagie abondante que l'on parvint à arrêter avec des bourdonnets de charpie imbibés d'une dissolution d'alun employés comme tamponnement. Le surlendemain (samedi), une nouvelle hémorrhagie eut lieu, moins abondante que la précédente, et que l'on arrêta de la même manière. Le dimanche, l'écoulement du sang ne se renouvela point, et l'on persista dans l'emploi des lotions froides et de la glace, dont on introduisit des fragmens dans la bouche du malade.

Le lundi matin, l'hémorrhagie reparut plus intense que jamais : on évalue approximativement à deux livres la quantité de sang qui s'est écoulée. A notre arrivée à l'hôpital, quoique l'hémorrhagie touchât à sa fin, nous nous hâtâmes cependant d'employer le fer rouge, qui fut porté sur toute l'étendue de la plaie pratiquée au frein de la langue. Nous avions d'ailleurs grande confiance dans les effets du cautère actuel, qui nous avait constamment réussi dans les cas d'hémorrhagie que nous avions eu à combattre après différentes opérations pratiquées par nous soit en ville, soit à l'hôpital, à la suite desquels cet accident était survenu.

Après la visite et la consultation, nous remontâmes à la salle Saint-Côme pour revoir le malade : le sang n'avait pas cessé de couler, et nous fîmes une nouvelle application du fer rouge.

Vingt-quatre heures se passèrent sans hémorrhagie ; puis le lendemain (mardi matin), le sang coula de nouveau. Le fer rouge fut de nouveau appliqué, et, chose remarquable, pendant cette opération le sang paraissait jaillir sur les côtés du cautère avec plus de violence. Il fallut renouveler la cautérisation sept fois, et encore le sang continua-t-il à suinter. Nous essayâmes de combattre ce suintement sanguin par l'application de boulettes de charpie imbibées d'une dissolution d'alun, soutenues avec une légère compression.

Le mercredi, il n'y eut pas d'hémorrhagie dans la journée ; le soir un léger suintement sanguin eut lieu, qui persistait encore le jeudi matin. A cette époque, le petit malade était pâle, mais le pouls, qui battait 120 fois par minute, n'était pas extrêmement faible. On persistait dans l'emploi de la compression ; mais l'état du petit malade continuant à nous inspirer la plus vive inquiétude, afin d'être mieux fixé sur le choix des moyens ultérieurs, si l'hémorrhagie prenait de nouveau un caractère sérieux, dans ce but nous avons cru devoir nous éclairer des lumières de notre confrère de l'hôpital Necker, M. Bérard, qui se rendra tout à l'heure près du malade, pour nous aider de ses conseils.

Ce fait, ajoute en terminant M. Guersant, doit être d'un grand enseignement pour tout le monde, et nous n'épargnerons rien pour qu'il obtienne toute la publicité qu'il mérite. L'intérêt de l'humanité devant être, en effet, le premier mobile de nos actions, notre devoir dans cette conjoncture, était de rendre ce fait aussi public que possible, quels que soient d'autre part les mécomptes que les charlatans peuvent y trouver. Si les succès que l'on proclame si haut engagent trop facilement les sujets à se faire opérer, ceux-ci trouveront un frein salutaire à leurs désirs, en apprenant d'autre part que l'opération peut être suivie d'accidens graves.

— Après cette leçon de M. Guersant, eut lieu la consultation entre lui et M. Bérard jeune. Ces deux chirurgiens tombèrent premièrement d'accord sur ce point ; savoir : que si les antécédens du malade eussent été connus, il eût fallu s'abstenir de l'opérer, à cause de la diathèse hémorrhagique évidemment existante chez lui ; mais il s'agissait ici d'un fait accompli, sur lequel il était inutile de revenir. Notons cependant, avant de passer outre, que cette circonstance atténue nécessairement la responsabilité que l'on voudrait faire peser sur l'opération elle-même.

Pour ce qui est de l'hémorrhagie, elle était arrêtée au moment de la consultation (jeudi matin à dix heures). Un caillot volumineux recouvrait la plaie ; l'écoulement de la salive, qui entraînait la partie colorante du sang après l'avoir dissoute, aurait pu faire croire à un écoulement sanguin, qui n'existait réellement pas.

Il fut dès lors convenu que l'on ne toucherait pas au caillot existant, premier moyen employé par la nature pour tarir l'écoulement du sang. On s'opposerait pour lors, autant que possible, au retour de l'hémorrhagie, en exposant le malade à un courant d'air frais, plutôt que d'employer la glace, qui occasionne toujours une réaction, laquelle pourrait être suivie de nouveau du *molimen hemorrhagicum*.

Que si l'hémorrhagie venait cependant à reparaître, comme le pouls du malade conservait encore une certaine force, et que d'autre part l'écoulement du sang se faisait par les capillaires, il serait encore utile d'essayer l'action de certaines liqueurs hémostatiques, et de préférence aux autres l'eau hémostatique de Brocchieri, dont on aurait imbibé des boulettes de charpie, ainsi qu'on l'aurait fait pour la dissolution de l'alun. Une compression ménagée aurait été exercée par la main d'un aide sur celles-ci, que l'on aurait de nouveau arrosées d'eau de Brocchieri de cinq en cinq minutes.

Qu'enfin, si ces moyens étaient restés sans résultat, il eût fallu procéder à la ligature des artères linguales.

Dans le but d'éviter, autant que possible, les mouvemens de la langue, il fut convenu que le malade boirait le moins possible ; que pour étancher sa soif on lui administrerait des lavemens simples, et on lui humecterait la bouche avec des tranches d'orange.

Mais toutes ces sages précautions sont devenues inutiles, le sang ayant complètement cessé de couler dans la journée, dès que l'on eut fait tomber le caillot, pour employer l'eau hémostatique. Jusqu'alors le suintement sanguin avait persisté.

Aujourd'hui, sept jours après la consultation, l'hémorrhagie n'a pas reparu. K.....

HOSPICE DE BICÊTRE.

LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE ;

Par M. MALGAIGNE, *chirurgien de l'hospice de Bicêtre.*

Rédigées par Th. ROUSSEL, interne et lauréat des Hopitaux.

Fractures du col de l'humérus.

La première mention des fractures du col de l'humérus se trouve dans Paul d'Egine : mais il faut descendre jusqu'à Moscati pour rencontrer des indications quelque peu circonstanciées sur leurs principaux caractères et quelques vues sur leur traitement. Ledran s'en occupa presque en même temps, et enfin Desault fixa en quelque sorte les limites dans lesquelles la science se trouvait encore naguère renfermée.

Avant Desault, ces fractures avaient été traitées comme des fractures simples : le bras était maintenu pendant et rapproché du tronc avec ou sans l'étoupade de Moscati; mais on s'était à peine occupé des déplacemens. Desault en parla le premier sous le point de vue du diagnostic, et c'est à lui que remonte le parallèle, devenu classique, des fractures du col de l'humérus et des luxations scapulo-humérales ; en outre il renonça aux étoupades et mit en usage le coussin conique dont le sommet était placé dans l'aisselle, et dont la base, épaisse de 3 à 4 pouces, tenait le coude écarté du tronc. Boyer renversa le coussin de Desault de manière à placer son sommet à la partie inférieure ; et Richerand, exagérant le procédé de Boyer, en proposa un nouveau dans lequel le coude était fortement porté en dedans.

Les résultats ont été les mêmes en suivant ces trois procédés ; il faut avouer que la plupart des faits publiés pour les faire valoir sont non-seulement incomplets, mais encore rendus stériles par la date à laquelle les observations se terminent, et qui ne permet pas d'apprécier le résultat définitif du traitement. Il est incontestable néanmoins qu'avec ces trois procédés il y a eu des guérisons avec conservation des mouvemens et de la forme du membre ; d'autres dans lesquelles la forme seule a été conservée; enfin, dans beaucoup de cas, il y a eu perte des mouvemens et difformité du membre.

Pour se rendre compte de tous ces faits et arriver à une thérapeutique plus certaine, et dont les résultats puissent être prévus et raisonnés, M. Malgaigne, selon son usage, s'est livré d'abord à un scrupuleux inventaire des faits publiés, et ensuite à un minutieux et patient examen des faits nouveaux soumis à son observation.

Il n'a pas tardé à se convaincre que dans le plus grand nombre des cas la fracture avait lieu sans lésion du périoste, c'est-à-dire sans déplacemens, et que, dans ces cas, lors même que la fracture aurait paru comminutive, comme M. Malgaigne en a vu deux remarquables exemples à Bicêtre, il est inutile de recourir à aucun des appareils indiqués par les auteurs ; il faut traiter la fracture comme une simple contusion, et l'on arrive à une guérison complète. On comprend que pour ces cas, fort nombreux, la comparaison à établir entre les fractures et les luxations est tout à fait chimérique.

Si nous passons aux cas dans lesquels le déplacement existe, nous verrons qu'il est dû, le plus souvent, à la direction oblique de la fracture, le périoste étant en grande partie rompu. Dans ces cas, le fragment inférieur peut remonter en dedans, en dehors, en avant ou en arrière, selon la direction de la fracture elle-même ; mais l'on reconnaît toujours que le fragment supérieur n'a pas abandonné l'inférieur; et que, malgré le chevauchement, les surfaces fracturées demeurent, au moins partiellement, en contact.

Dans tous ces cas, la méthode à suivre consiste dans l'extension permanente qui s'oppose au chevauchement supérieur, suffit et pour prévenir les autres déplacemens.

Le seul appareil qui ait été jusqu'ici employé pour produire cette extension, est celui qui a été décrit dans la thèse de M. Coillat (1821).

Mais il existe une autre espèce de déplacement présentant de tout autres caractères, et dû à de toutes autres causes. Il a lieu lorsque la fracture est produite par l'action directe et violente d'un corps présentant un rebord angulaire, comme une marche d'escalier, et qui rompt à la fois le périoste, l'os lui-même, et entraîne en dedans le fragment inférieur, lequel peut ainsi se trouver complètement et profondément porté dans l'aisselle. C'est alors que la comparaison de fractures et des luxations devient utile. Voici sur quelles bases M. Malgaigne a assis le diagnostic différentiel.

1° Dans la luxation, il y a saillie de l'acromion, mais immédiatement au-dessous de cette éminence il existe un creux au niveau duquel le deltoïde se laisse déprimer. Dans la fracture au contraire, il y a en même temps saillie de l'acromion et de la tête humérale, et ce n'est qu'au-dessous de celle-ci qu'existe le creux et que l'on peut déprimer le deltoïde.

2° Dans la luxation il y a allongement, ou du moins raccourcissement léger, en admettant qu'il puisse y avoir raccourcissement. Dans la fracture, le raccourcissement est très prononcé, et en général d'un pouce au moins.

3° Dans la luxation, on rencontre dans l'aisselle une tête arrondie et qui ne se trouve point en ligne avec la diaphyse humérale. Dans la fracture, la saillie que l'on rencontre dans le creux axillaire est inégale et sur la même ligne que le corps de l'os du bras. Il y a encore d'autres caractères, mais ceux que nous venons d'énoncer peuvent suffire.

Outre le déplacement du fragment inférieur dans ces cas, et tandis que ce fragment obéit surtout à la cause même de la fracture, le fragment supérieur se déplace aussi en obéissant à l'action musculaire. Bien que M. Malgaigne professe que l'action musculaire, comme cause de déplacement dans les fractures, a été en général fort exagérée, il la regarde cependant comme toute puissante lorsqu'elle ne rencontre aucun obstacle à vaincre; c'est ce qui a lieu dans le cas qui nous occupe. La tête de l'humérus, complètement séparée du reste de l'os et jouant librement dans la cavité glénoïde, est d'abord tirée en haut par le muscle sus-épineux, et pour peu que celui-ci ait commencé à agir, il trouve trois nouveaux auxiliaires dans les muscles sous épineux, sous-scapulaire et petit rond qui deviennent alors rotateurs en haut. Ainsi, dans la plupart de ces fractures, tandis que le bout inférieur regarde en haut et en dedans, le bout supérieur regarde en haut et en dehors, et par conséquent la juxta-position de ces deux bouts ne peut être obtenue par aucun des procédés que nous avons mentionnés. De quelque manière que l'on s'y prenne, en suivant les données qu'ils fournissent, le bout inférieur ne vient jamais rencontrer que la surface articulaire de la tête; et encore a-t-il été démontré, dans un cas fort remarquable observé à Bicêtre par M. Malgaigne, pendant le mois de janvier dernier, que ce contact n'était établi que médiatement à cause de l'interposition de la capsule demeurée intacte entre la tête et le fragment inférieur. Les pièces de cette observation ont été montrées à l'Académie royale de médecine et aux élèves qui suivent le cours de M. Malgaigne.

De pareils cas demandaient évidemment une méthode nouvelle, et M. Malgaigne pensait l'avoir créée; lorsqu'il la découvrit dans les annales de la science, où, chose singulière, personne n'avait soupçonné son existence, bien qu'elle se trouvât dans le Traité si connu de Duverney; mais elle s'y trouvait jetée comme accidentellement et probablement comme une addition du chirurgien Duverney, neveu de l'anatomiste, circonstance qui sert peut-être à expliquer le sort de cette méthode: elle consiste à relever le bras de manière à ce qu'il fasse un angle droit avec le corps, et le maintenir dans cette position jusqu'à la consolidation. Comment Duverney était-il arrivé à cette méthode? c'est ce qu'il a oublié de dire. Il ne dit pas non plus l'avoir essayée sur le vivant; et en définitive, il serait peu rationnel de l'appliquer comme il le veut à toutes les fractures du col huméral; mais elle est éminemment rationnelle et même la seule applicable dans la variété qu'a décrite M. Malgaigne.

En résumé, on doit reconnaître particulièrement, sous le point de vue pratique, trois sortes de fractures du col de l'humérus:

1° Les fractures sans déplacement, qui n'exigent que le repos et l'usage d'une écharpe.

2° Les fractures avec simple chevauchement, qui exigent l'extension continue.

3° Les fractures dans lesquelles les fragmens se sont abandonnés, et qui réclament l'emploi de la méthode de Duverney.

Il est encore un point digne d'être relevé dans l'histoire des fractures du col huméral; c'est que ces fractures, considérées en général comme rares, et surtout en comparaison des fractures du col fémoral, semblent plus communes, au moins chez les vieillards, qu'on ne l'imagine communément. Ainsi, dans le relevé statistique des fractures observées à Bicêtre depuis que M. Malgaigne dirige le service chirurgical de cet hospice, depuis un an révolu, voici ce que l'on a observé:

1° Les fractures de beaucoup les plus nombreuses ont été les fractures de côtes.

2° Au second rang viennent les fractures du col de l'humérus (4).

3° Au troisième rang, et en nombre égal, les fractures du radius, de l'extrémité inférieure du péroné et du col du fémur (2 de chaque espèce).

4° Enfin au quatrième rang, les fractures complètes de l'avant bras, de la jambe, et les fractures de l'olécrâne (une de chaque espèce).

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Broussais.

Otite chronique. Paralysie faciale.

Marasse, sous-officier vétéran, âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution délabrée, malade depuis quinze jours, entra dans le service de M. Broussais le 10 février 1841, pour se faire traiter d'une pneumonie chronique tuberculeuse, de laquelle nous ne parlerons point, ne devant nous occuper que de la paralysie faciale et de l'otite qui la fit naître. Cette dernière affection remonte au mois de septembre dernier. Se trouvant exposé à un courant d'air froid, cet homme ressentit une vive douleur dans l'oreille gauche, et un bourdonnement continu; il s'écoula de l'oreille un liquide purulent, et l'audition fut complètement perdue de ce côté. Vers la même époque, il contracta un rhume qui le fatigua beaucoup. Cet état fut un peu calmé par une diète lactée, des injections dans l'oreille et un vésicatoire au bras gauche. Ajoutons que dans les premiers jours de février, notre malade s'aperçut de la paralysie qui se manifesta dans la face correspondante au coté malade.

Toutefois, ce ne fut que le 20 février, dix jours après son entrée à l'hôpital, que M. Broussais vit ce malade; il était dans l'état suivant.

L'œil gauche ne se ferme point; le globe oculaire remue comme d'habitude, et le malade dit qu'il distingue aussi bien de cet œil que de l'œil droit: la vue cependant lui paraît un peu trouble. Si on touche les cils, on s'aperçoit que les paupières ne se contractent point complètement. Les paupières sont mobiles; la conjonctive n'offre point encore d'injection. La narine du côté malade est un peu gênée, et on ordonne au malade de souffler: elle reste immobile; du reste, point de modification dans le mucus nasal. La commissure des lèvres est déviée. Pendant le rire, elle se porte fortement à droite (1). La langue est droite dans la bouche, et elle exécute ses mouvemens avec facilité. La luette n'est point déviée. Le goût, ainsi que la sensibilité, est parfaitement conservé. Au moindre mouvement de la tête, le malade éprouve une douleur vive dans l'oreille affectée.

Le militaire ne survécut que quelques jours à cet examen, et succomba à son affection de poitrine. Avant de mourir, on vit la conjonctive s'injecter et la cornée se ternir.

Autopsie. Nous laisserons de côté les altérations pulmonaires, pour ne parler que de celles que nous rencontrâmes du côté de l'oreille gauche.

L'oreille externe était salie par du pus qui venait de plus loin. La membrane du tympan était détruite. Dès que le cerveau fut enlevé, on vit la face supérieure du rocher percée d'une multitude de trous que baignait un pus de bonne nature; la dure-mère était elle-même perforée et épaissie; elle se déchirait avec facilité. La circonvolution cérébrale qui répond à la face supérieure du rocher était ramollie et imbibée de pus. En pénétrant jusque dans l'oreille interne il était facile de voir que toutes les parties qu'elle renferme étaient désorganisées. Le nerf facial, disséqué avec soin, ne put être suivi dans le canal de Fallope que jusqu'à l'endroit où il donne naissance au nerf iridien; mais à partir de ce point jusqu'à l'endroit où il sort du trou stylo-maxillaire il était impossible d'en trouver aucune trace.

D'après le résultat de cette autopsie, on voit clairement que le nerf facial a été détruit dans plusieurs lignes de son trajet, et ce fait pathologique est aussi concluant qu'une expérience directe pratiquée sur un animal. Bien que les exemples de paralysie faciale ne soient point rares, j'ai pensé qu'en raison des désordres trouvés après la mort, elle était digne d'être publiée. Pendant la vie du malade on ne vit aucun symptôme qui pût faire soupçonner la trace d'une altération cérébrale. E. Demarquay.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES FEMMES.

Hémiplégie. Affection gastro-intestinale concomitante.

Au n° 11 de la salle Sainte-Anne est une femme de cinquante ans, dont la maladie présente un grand intérêt sous les deux points de vue de la thérapeutique et du diagnostic. Elle est arrivée dans notre service avec une hémiplégie du côté droit, datant de quatre jours; elle pouvait élever un peu le bras: par conséquent le muscle deltoïde n'était pas complètement paralysé. Il lui est impossible de tirer la langue, et malgré ses efforts, elle ne peut articuler aucuns sons. La face et les yeux sont injectés; le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue blanchâtre; il y a de la fièvre. Ces accidens, nous a-t-on dit, sont survenus tout à coup.

A quelle lésion avons-nous affaire? Et d'abord, excluons le ramollissement dont les symptômes ne ressemblent nullement à ce que nous observons chez cette malade. Est-ce une hémorrhagie? Cela en aurait assez l'allure. Il y a faiblesse du bras et de la jambe, de l'hébétude; mais l'impossibilité absolue de tirer la langue sans causes, n'est pas chose ordinaire dans cette espèce d'affection; ajoutez à cela, que la sensibilité est obtuse dans le côté non paralysé. Pour nous, ce n'est donc pas une hémorrhagie.

Voici dans quelle hypothèse nous nous sommes placé. Nous nous sommes dit: Si c'est une hémorrhagie ou un ramollissement, il nous sera à peu près impossible de rien faire de bon et d'utile pour cette femme; car personne, que nous sachions, ne peut faire disparaître par un moyen quelconque les lésions qui constituent ces maladies. Alors nous nous sommes mis à un autre point de vue thérapeutique.

L'on voit chez certaines personnes des affections intestinales donner lieu aux symptômes que nous observons. L'on trouve chez les animaux de fréquens exemples de ce genre. Ainsi, si l'on donne à un cheval certaines nourritures faciles à fermenter, telles que trèfles, luzernes, etc., sans qu'il puisse boire, l'animal est pris de violentes coliques, son ventre se ballonne; et, comme il ne vomit pas, il est pris d'un délire furieux, il se heurte la tête contre la mangeoire, frappe les palefreniers. Cependant l'animal guérit si on le gorge de boissons abondantes, mais il reste aveugle pendant un temps qui est plus ou moins long. Les vétérinaires savent très bien que ces accidens résultent d'une indigestion, et ils rencontrent fréquemment des faits de ce genre.

Il y a quelques mois, une jeune fille nous arrive ici avec une hémiplégie: il y avait de la fièvre; la peau était chaude, la bouche amère. Nous croyons à une affection intestinale, comme cause des accidens que nous observons; nous donnons un vomitif, et cette jeune fille guérit en très peu de jours. Comme bien vous le pensez, il n'y avait là ni hémorrhagie, ni ramollissement.

Eh bien! comme dans ces deux affections nous ne pouvons rien faire de bien avantageux pour la malade, nous nous plaçons à un autre point de vue thérapeutique; nous pensons que les accidens que nous observons chez la femme du n° 11 dépendent d'une affection intestinale, et dirigeant notre médication contre celle-ci, nous donnons un vomitif.

Le lendemain la malade peut s'asseoir sur son lit et tirer la langue; sa peau est moins chaude; sa face moins injectée; nous donnons un deuxième vomitif, et vous l'avez vue aujourd'hui sortir très bien la langue de la bouche et élever le bras paralysé à la hauteur de l'épaule.

Y aurait-il chez cette femme, en même temps qu'une affection du tube digestif, une hémorrhagie? c'est à toute force possible; mais, ce qui est certain, c'est que l'hémorrhagie n'existe pas seule. Quant au ramollissement, la résolution n'est point assez prononcée pour qu'on puisse y croire. Nous avons établi pour diagnostic une affection générale dans laquelle la thérapeutique pourrait avoir de bons effets.

M. le docteur Pidoux fut appelé une fois pour une vieille femme qui venait de tomber dans la rue du Dragon, frappée d'hémiplégie. Quelques voisins qui se trouvaient là racontèrent que depuis quelques jours cette femme digérait mal, et que la veille elle avait mangé beaucoup pour se donner des forces.

M. Pidoux, pensant que l'hémiplégie dépendait d'une affection intestinale, donna un vomitif, et en quelques jours la vieille femme fut complètement guérie.

Maintenant, dans la supposition d'une congestion cérébrale, il y aurait du carus et des accidens tels qu'il serait difficile de s'y tromper.

Mais n'excluant point l'existence d'une hémorrhagie, voyons si, dans ce cas, nous serions nuisibles au malade. Pour notre femme il est de toute évidence que notre médication lui a été utile. Cependant bien des médecins ont avancé le contraire; très fréquemment, disent-ils, l'on voit les vomitifs déterminer des hémorrhagies sous-muqueuses de l'œil, des épistaxis, etc., par conséquent par l'emploi de ces médicamens, par les efforts de vomissement que ceux-ci occasionnent, l'on ne pourrait qu'aggraver la lésion cérébrale existant déjà. Eh bien, ce raisonnement vrai en théorie, ne l'est point en pratique. Le premier effet du vomitif est bien d'augmenter un peu la congestion cérébrale; mais nous avons ensuite une action hyposthénisante et sédative dont nous retirons le plus grand bénéfice, et son effet, dans ce cas, est le même que dans quelques autres actes congestifs, comme dans ceux du poumon, par exemple.

Ceci, pour en venir à ce point; à savoir: que toutes les fois que l'on arrive près d'un malade chez lequel le diagnostic est incertain et peut se rapporter à plusieurs affections, il faut supposer que l'on a affaire à celle de ces affections sur laquelle la thérapeutique aura quelque prise. Un individu se présente à votre observation avec du râle sous-crépitant, au lieu de croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire, diagnostiquez un catarrhe capillaire, et instituez une médication en rapport avec votre diagnostic. Ainsi, pour la femme du n° 11, au lieu de croire simplement à une hémorrhagie, nous avons diagnostiqué une affection de l'intestin comme cause des accidens cérébraux, et nous avons eu recours à une médication appropriée qui nous a réussi, comme vous avez pu le constater.

HOPITAUX ITALIENS.

Cas remarquable de luxation compliquée de fracture de cet os; par M. le professeur Baroni.

Gaetano Brizzi, âgé de trente ans, musicien;

(1) En un mot, tous les mouvemens volontaires de la face gauche sont complètement détruits; elle semble se porter à droite, et n'exprime aucune des sensations qui se passent en lui.

professeur de musique à l'école militaire de Bologne, est tombé de voiture sur le flanc gauche, s'est luxé l'humérus du même côté et fracturé la partie supérieure de cet os. M. Borani ne l'a vu que trois heures après.

A l'examen, il trouve : bras très gonflé, du double de son volume naturel à sa partie inférieure ; douleurs atroces, insupportables au moindre mouvement ; l'épaule n'est pas très gonflée ni douloureuse, elle fait reconnaître que la tête humérale a quitté sa cavité ; la fracture semble transverse, et la luxation antérieure ; la tête humérale est très éloignée de la cavité glénoïde, elle est placée sous le muscle grand pectoral. Des déchirures, des excoriations existent çà et là sur l'avant-bras et sur les joues. Diagnostic : Luxation antérieure avec fracture au tiers supérieur.

Le précepte reçu en pareils cas, dit l'auteur, consiste à panser la fracture et à procéder de suite à la réduction de la luxation, comme s'il n'y avait pas fracture, à moins que le gonflement des parties molles n'obligeât à temporiser, ou que la brièveté du fragment supérieur n'offrît pas assez de prise ; dans ce dernier cas, on conseille de panser la fracture, et d'attendre sa réunion avant de tenter la réduction de la luxation. En conséquence, vu le gonflement et la douleur excessive, M. Baroni a cru devoir attendre un meilleur moment pour cette réduction. Traitement antiphlogistique.

Un second examen, quelques jours après, a fait voir que le fragment supérieur était très court et tourné en arrière, et qu'il ne donnait pas une prise suffisante à la main qui devait le pousser vers la cavité articulaire. On a eu un instant l'idée d'appliquer un tourniquet sur la tête même de l'humérus, et d'agir ainsi directement sur cette partie durant la manœuvre réductive ; mais cela a paru inexécutable, vu la profondeur et l'éloignement de la tête osseuse : cela eût été peut-être possible, selon l'auteur, s'il se fût agi d'une luxation axillaire. M. Baroni s'est alors rappelé la facilité extrême avec laquelle il avait réduit autrefois une luxation de l'humérus, sur un jeune homme robuste, en faisant usage du *procédé du genou* de sir A. Cooper (1).

Il a donc pensé que ce procédé pourrait peut-être être appliqué ici avec avantage, après avoir mis le membre dans un appareil à fracture bien solide. Une consultation a eu lieu avec les autres chirurgiens de l'hôpital ; cette proposition a été faite, mais les consultans l'ont rejetée. Considérant cependant que plus tard la réduction aurait pu devenir impossible, et que l'infirmité aurait mis le patient dans l'impossibilité de continuer sa carrière, M. Baroni a pris sur lui la responsabilité de l'opérer.

Le malade a donc été préparé avec des saignées répétées, la diète, les fomentations rafraîchissantes ; les purgatifs pendant plusieurs jours. L'inflammation cependant n'a décliné que vers le onzième jour. Alors on applique un bandage expulsif depuis les doigts jusqu'à l'épaule, afin de hâter la résolution du gonflement.

On a en même temps arrangé les fragmens de la fracture qui, jusque-là, n'avaient pu être touchés à cause de la douleur, et l'on a appliqué l'appareil ordinaire à fracture avec des attelles, etc. On arrive vers le seizième jour et le malade paraît aller mieux. On dispose le tout pour la réduction de la luxation, en suivant le procédé du genou. Les attelles étant bien solides, ont permis au chirurgien d'exécuter le mouvement de totalité ou de bascule du membre sans faire beaucoup fléchir les fragmens. Le malade avait d'ailleurs été soumis à l'usage du tartre stibié, pour relever les muscles ; un aide a étendu un peu le membre en bas ; un autre fixait le tronc. Lorsque cette extension a paru suffisante le chirurgien a fait élever le bras et il a porté son genou dans l'aisselle ; le mouvement de bascule exécuté, la tête humérale a semblé être rentrée dans la cavité glénoïde avec bruit ; mais on s'est bientôt aperçu qu'elle n'avait fait que glisser et se rapprocher de l'articulation. On recommence la manœuvre et l'on tient le membre basculé sur le genou pendant quelques instans : alors la réduction s'est opérée.

On couche le malade, on ôte les bandes et l'on s'assure de l'exactitude de la réduction. On met le bras en écharpe, appliqué sur la poitrine et on le laisse ainsi pendant plusieurs jours, afin de le laisser reposer de la violence qu'il avait essuyée et de pouvoir mieux apprécier la réaction. On a ensuite appliqué l'appareil à la fracture. Guérit sans aucune difformité consécutive. Le patient a pu reprendre parfaitement les exercices de son état.

(*Actes de la Société de Bologne*, t. IV, 1840 ; et *Ann. universali di medicina*, février 1841.)

Renversement complet de l'utérus, guéri à l'aide de l'excision ;
par M. Portal, professeur de chirurgie à Palerme.

Femme de quarante ans, faible constitution, ouvrière, mère de sept enfans, venus tous à terme, dont le dernier mort-né par suite d'un effroi. Depuis le dernier accouchement elle ne s'était pas bien remise ; puis elle avait eu la vérole par comble de malheur, ce qui avait augmenté les souffrances utérines. En 1836 elle sentit, pour la première fois, une pesanteur à la matrice qui déterminait de temps en temps une ischurie et de la constipation.

Le 26 octobre 1840 elle s'aperçoit, pour la première fois, d'une tumeur de la grosseur d'un œuf dans le vagin. Cette tumeur est allée en augmentant. Dans le mois de novembre, pendant les efforts de la défécation, la malade sent descendre tout à coup la tumeur, ce qui lui a causé des douleurs dans tout les viscères abdominaux, fièvre, soif ardente. Elle est entrée le lendemain à l'hôpital.

A l'examen, M. Portal trouve une tumeur piriforme, à base inférieure, à sommet supérieur, couverte d'une membrane muqueuse qui commence à se gangrener. Il ne l'a pas prise pour un polype, parce que, dit-il, le pédicule du polype est ordinairement plus long et plus subtil ; parce que le doigt sentait en haut un bourrelet formé par le col utérin, qui ne lui permettait pas d'entrer dans cet organe, et parce que la main, appliquée à l'hypogastre, ne lui faisait pas sentir l'utérus, malgré la maigreur extrême du sujet.

Il a donc diagnostiqué un renversement utérin et s'est déterminé à l'attaquer par la ligature. Ce moyen a été bien supporté ; le cordon a été resserré tous les jours et le pédicule était coupé en partie. Alors il a pris le parti de l'exciser avec le bistouri, ce qu'il a fait sans accidens. Le huitième jour de cette opération, époque de la publication de l'observation, la malade continuait à bien aller. L'utérus excisé a été déposé dans de l'esprit de vin au cabinet anatomique de l'Université de Palerme.

(*Il raccoglitori medico di Fano*, 8 mars 1841.)

— L'auteur donne si peu de détails sur une observation aussi importante qu'elle perd beaucoup de sa valeur. L'inversion utérine ne peut réclamer la mesure de l'excision que dans quelques cas exceptionnels. Or, M. Portal aurait dû en faire voir la nécessité par la description exacte de la maladie ; car, enfin, cette opération est très grave en elle-même.

Hémorrhagie mortelle à la suite de la scarlatine.
Par M. J.-C. Mill.

Première observation. Le jeune M., âgé de trois ans, robuste et bien constitué, était atteint de la scarlatine depuis six jours. L'éruption très prononcée recouvrait tout le corps ; çà et là existaient des vésicules peu étendues. Fièvre intense, pouls fort et plein. Les parens du petit malade avaient entretenu l'enfant dans une température elevée, et dans le but de favoriser la sortie de l'éruption lui avaient administré des boissons stimulantes. Il y avait eu de l'angine dès le début, la déglutition et la phonation étaient difficiles ; les ganglions cervicaux étaient tuméfiés et douloureux. Sangsues au cou, fomentations émollientes, vésicatoire. Le reste du traitement se composa de diaphorétiques administrés de manière à produire le vomissement purgatifs, bains tièdes, diète absolue.

Le soulagement fut complet, et l'enfant put se lever au bout de quelques jours ; mais bientôt la fièvre reparut, et l'état de la gorge empira ; le gonflement des ganglions sous-maxillaires était si considérable, qu'il empêcha le médecin d'examiner l'état du pharynx. Sangsues et cataplasmes. Un abcès se forma au niveau de la glande sous-maxillaire ; on l'ouvrit, et cette incision donna issue à quatre onces environ de pus de bonne nature. Gelées animales et vin pour alimens. Amélioration dans l'état du malade ; il peut se tenir assis dans son lit une partie de la journée. L'abcès continuait à fournir du pus ; mais la fièvre avait diminué, le sommeil était revenu, et tout allait bien lorsque, le sixième jour, le pouls devint faible, fréquent, irrégulier. Décubitus dorsal ; figure pâle, couverte d'une sueur froide, facies hippocratique, déjections involontaires. Mort imminente. Le soir, hémorrhagie abondante de sang artériel par la bouche et par l'ouverture de l'abcès. A l'arrivée du médecin, l'enfant était mort. Une grande quantité de sang épanché dans les tissus formait une tumeur qui s'étendait entre l'oreille et la clavicule.

Deuxième observation. Je fus appelé, dit le même praticien, pour donner des soins à une jeune fille âgée de sept ans, et attaquée de scarlatine depuis dix jours. L'éruption avait disparu, mais la fièvre persistait, et la gorge était toujours malade.

Il paraît que les accidens avaient été assez intenses de ce côté. Le pouls était petit et faible. Vésicatoire, cataplasmes émolliens autour du cou. Plus tard, légers laxatifs, régime doux et nutritif, vin. Pendant huit jours environ, état stationnaire ; mais le soir du dix-huitième, l'état de l'enfant était tellement grave que j'annonçai sa mort prochaine. Deux heures après, hémorrhagie abondante par la la bouche. Mort.

(*Edinburg, med. and surgic. Journ.*, et *Arch. gén.*)

Sur un moyen populaire de guérir la gale en trois jours ;
Par le docteur Adolphi, de Mitau.

Il y a plus de vingt ans que l'auteur de cet article est familiarisé avec cette méthode, qui, depuis plusieurs siècles, était connue de certaines familles russes. Elle est applicables à tous les individus, forts ou faibles, aux enfans au berceau, aux vieillards et même aux femmes en couches, aux gales récentes ou invétérées, avec éruption franche ou dégénérée, et à toute espèce d'exanthème, dit l'auteur, qui cause de la démangeaison, surtout dans le voisinage des articulations, et qui augmente avec la pleine lune et diminue avec la nouvelle lune. Cette méthode consiste :

1° A choisir de préférence l'époque de la lune décroissante ;

2° A conserver les mêmes habits sur le corps pendant les trois fois vingt-quatre heures que durera le traitement, et à ne pas même quitter ses gants pendant le repas ; à rester dans sa chambre, qui devra être spacieuse et bien chauffée ;

3° Si la peau était couverte de croûtes, il faudrait préalablement les faire tomber au moyen de frictions avec du savon vert et d'un bain chaud ;

4° Pendant le traitement, on mangera des soupes et de la viande ; on s'abstiendra d'alimens aigres et salés ; l'eau et la bière ne sont pas défendues ; mais, en général, on sera sobre dans le boire et le manger. Puis on prend, le premier jour, au matin, un mélange de parties égales de baies de genièvre et de laurier. Pour les adultes, la dose est d'une forte cuillerée à café, délayée dans de l'eau ou de l'eau-de-vie ; une demi-cuillerée à café pour les enfans de dix ans, et autant qu'on peut mettre sur la pointe d'un couteau pour ceux qui sont au berceau. Immédiatement après avoir pris la poudre, on fait des frictions avec une pommade, composée de poudres de baies de genièvre et de laurier, de chacune 48 grammes ; fleurs de soufre, 96 grammes ; du beurre salé, 192 grammes. Ces frictions doivent être faites avec vigueur sur tout le corps, et surtout aux parties les plus couvertes de l'éruption.

Le premier jour, il est nécessaire d'user au moins 126 grammes de pommade pour un adulte. Le malade mettra ensuite les habits qu'il ne devra plus quitter pendant le traitement.

Le lendemain matin, on reprend encore une dose de poudre, et on répète les frictions, ainsi que le troisième jour au matin, si les boutons ne sont pas desséchés et que la démangeaison n'ait pas encore tout à fait cessé.

Au soir du troisième jour, on met le malade dans un bain de vapeur d'eau, qui devra être donné graduellement à une température plus élevée, et maintenu aussi chaud que possible pendant au moins une demi-heure. Avant que le malade entre dans l'étuve, il se déshabillera dans un appartement chaud, nettoiera son corps avec de l'eau chaude et du savon vert, et se frictionnera de nouveau avec la pommade ; au sortir du bain de vapeur, il se lave encore avec de l'eau de savon, prend du linge frais et des habits propres, et dès ce moment il est considéré comme guéri.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de ce long mémoire, où l'auteur rapporte une foule d'expériences qui ont été faites en grand pour prouver la supériorité de cette méthode. Puisse-t-elle être aussi efficace qu'on en vante les avantages avec assurance.

(*Zeitschrift fur die Gesammte medicin*, et *Gaz. Méd.*)

LES FUMEURS D'OPIUM.

Lord Jocelym, attaché en qualité de secrétaire à la mission diplomatique qui a accompagné la flotte anglaise dans les mers de la Chine, vient de publier à Londres le récit de la première campagne des Anglais contre le Céleste-Empire. En lisant les détails suivans sur les fumeurs d'opium, on ne peut s'empêcher de maudire la cupidité des marchands britanniques qui, malgré la résistance de l'empereur de la Chine, veulent continuer à introduire dans ce pays un poison aux effets si funestes :

« Un des objets que j'eus la curiosité de visiter à Singapore, ce fut le fumeur d'opium dans son ciel ; c'est un spectacle effrayant, quoique au premier abord il soit moins repoussant que celui de l'homme ivre, rabaissé par ses vices au niveau de la brute. Cependant, le sourire stupide et l'apathie léthargique du fumeur d'opium a quelque chose de plus horrible que l'abrutissement de l'ivrogne. La pitié prend la place de tout autre sentiment quand on voit les joues sans couleur, les yeux hagards de la victime vaincue par l'effet tout puissant du poison.

» Une rue située au milieu de la ville est complètement envahie par les boutiques destinées à la vente de l'opium, et là, le soir, lorsque les labeurs du jour sont terminés, on voit une foule de malheureux Chinois accourir pour satisfaire leur abominable passion. Les chambres où ils s'asseoient et fument sont entourées de canapés en bois, pourvus de dossiers pour reposer la tête ; le plus souvent une pièce écartée et destinée au jeu fait partie de ces établissemens. La pipe qui sert au fumeur est un roseau d'environ un pouce de diamètre ; l'ouverture pratiquée dans le fourneau, et c'est dans cette ouverture qu'on met l'opium, n'est pas plus large qu'une tête d'épingle.

» La drogue se prépare avec une conserve parfumée ; il en faut très peu pour charger une pipe qui ne produit pas plus d'une ou de deux bouffées, et la fumée s'aspire fortement dans les poumons, comme si l'on fumait le honka (pipe à eau) de l'Inde. Pour un novice, une ou deux pipes sont une dose suffisante ; mais un habitué pourra fumer des heures entières. A la tête de chaque canapé, on trouve une petite lampe, car il faut mettre le feu à l'opium pendant que le fumeur aspire, et comme il est assez difficile de remplir et d'allumer convenablement la pipe, il y a le plus souvent un domestique auprès du fumeur pour l'aider dans ces opérations délicates.

» Quelques jours de ce redoutable plaisir, surtout s'il est pris avec excès, suffisent pour donner à la face une pâleur maladive, et aux yeux un air hagard ; en quelques mois, et même en quelques semaines, l'homme fort et bien portant sera changé en une créature idiote qui ne vaudra guère mieux qu'un squelette. La langue n'a pas de mots pour exprimer l'angoisse que souffrent ces malheureux, si, après une longue habitude, on veut les priver de ce poison ; et c'est seulement lorsqu'ils sont jusqu'à un certain degré sous leur influence que leurs facultés vitales semblent se réveiller.

(1) Le procédé dit du genou de sir A. Cooper pour la réduction de l'épaule, consiste dans la manœuvre suivante : Le malade est assis sur une chaise, le chirurgien, placé du côté blessé, appuie son genou dans l'aisselle, à la partie la plus élevée, saisit d'une main le coude, de l'autre main l'épaule, et fait basculer fortement l'humérus comme un levier du premier genre, en dirigeant la tête osseuse vers la cavité glénoïde. (*N. du Trad.*)

» A neuf heures du soir, et dans les maisons vouées à leur ruine, on peut voir ces tristes victimes plongées dans tous les états qui résultent de l'ivresse de l'opium. Les uns entrent à moitié fous, viennent satisfaire le terrible appétit qu'ils ont dû vaincre à si grand'peine pendant le jour ; les autres, encore sous l'effet d'une première pipe, rient et parlent sans raison, tandis que sur les canapés voisins gisent d'autres malheureux immobiles et languissans, avec un sourire idiot sur la face, trop accablés par l'effet du poison pour faire attention à ce qui se passe autour d'eux, absorbés complétement dans leur cruel plaisir.

» La dernière scène de cette tragédie s'accomplit ordinairement dans une pièce écartée de la maison, une véritable chambre des morts, où sont étendus, raides comme des cadavres, ceux qui sont arrivés à cet état d'extase que le fumeur d'opium recherche follement, image du long sommeil où son aveugle folie le précipitera bientôt. »

(*Esculape.*)

OEuvres complètes d'Ambroise Paré, revues et collationnées sur toutes les éditions, avec les variantes, ornées de 217 planches, etc.; par M. Malgaigne. Belle édition grand in-8°, tome deuxième. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nous avons déjà rendu compte du premier volume de cette belle entreprise de MM. Malgaigne et J.-B. Baillière. Le tome deuxième vient de paraître ; le troisième et dernier viendra à son tour sous peu de jours.

Comme le volume précédent, le tome II est orné de figures très bien faites intercalées dans le texte, et enrichi de notes judicieuses. L'éditeur a eu le bon esprit de mettre une scrupuleuse sobriété dans les additions, et de conserver au texte toute son originalité. Les notes de M. Malgaigne n'ayant généralement pour but que d'éclaircir quelques passages obscurs ou de corriger quelques lacunes d'impression, ne courent pas le risque de faire vieillir l'édition, et rendent un véritable service au lecteur. Ce volume est de 800 pages, et comprend le traité des plaies ; celui des ulcères, fistules et hémorroïdes ; ceux des bandages, des fractures, des luxations, des maladies des yeux, de la grosse vérole, de la prothèse chirurgicale, et de la génération.

Une table est annexée à chaque volume, et il est probable qu'une table générale par ordre alphabétique complétera le troisième et dernier volume.

Sous le point de vue typographique, l'œuvre de MM. Malgaigne et Baillière ne laisse rien à désirer, les éditeurs ayant su combiner la modicité du prix à l'élégance de l'édition. Désormais, les œuvres du père de la chirurgie française, naguère si rares à acquérir et si fatigantes à lire, prendront place dans la bibliothèque de tous les médecins et de beaucoup de littérateurs étrangers à la médecine.

Nous reviendrons avec de plus grands détails sur cet important ouvrage, en rendant compte du troisième volume.

NOUVELLES DIVERSES.

Ordre du ministre de l'intérieur pour faire cesser la vente au dehors des médicamens par l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. Parrayon, président de la Société de prévoyance des pharmaciens de Lyon, vient de recevoir du ministre de l'intérieur la lettre suivante, en réponse à la pétition dont nous avons entretenu nos lecteurs l'année dernière.

« Monsieur, j'ai reçu la réclamation que vous m'avez adressée, le 15 décembre dernier, au nom des pharmaciens de Lyon, contre les ventes de médicamens faites par l'Hôtel-Dieu de cette ville.

» M. le ministre de l'instruction publique m'avait déjà transmis, en l'appuyant de sa recommandation particulière, une pétition que vous lui aviez adressée, pour obtenir la cessation de cet abus.

» Les considérations que vous avez invoquées m'ayant paru fondées en droit, et conformes d'ailleurs aux principes établis par l'instruction émanée de mon ministère, le 31 janvier 1840, j'invite aujourd'hui M. le préfet du Rhône à prendre immédiatement des mesures pour faire cesser toute vente de médicamens par la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

» Agréez, etc.

» Le ministre de l'intérieur, Signé Duchatel. »

L'honorable pharmacien de Lyon qui nous transmet cette pièce au nom de l'association dont il est membre, ajoute :

« Il est bon que nos confrères sachent que nous sommes bien décidés à mettre à profit les bonnes dispositions du ministre pour terminer la lutte depuis trop long-temps engagée entre l'Hôtel-Dieu et les pharmaciens de Lyon. On essaiera peut-être de nous résister par la force d'inertie ; mais il faudra bien que cette résistance cesse en présence d'une volonté ferme qui a pour elle la conscience d'un droit chèrement acquis, et la protection des lois. Ce serait faire outrage au ministre qui a été assez sage et assez éclairé pour rendre une décision aussi juste, que de douter de l'énergie qu'il saurait déployer si le conseil d'administration de l'Hôtel Dieu ne se soumettait à l'injonction qui lui est faite. »

(*Bull. de thér.*)

Concours pour deux Chaires vacantes à la Faculté de Strasbourg : une de pathologie externe, une de clinique chirurgicale.

Nous avons déjà annoncé les conditions de ce concours ; nous donnons aujourd'hui le nom des concurrens par ordre d'inscription. Ce sont :

MM. Rigaud,
Desprès,
Dufresse-Chassaigne,
Maslieurat-Lagémard,
Maisonneuve,
Lacauchie,
Sédillot,
Robert.

Le Concours ouvrira le 3 mai prochain.

— Il résulte d'un travail sur les hôpitaux et hospices de Paris que l'administration admet et entretient dans les hospices 12,000 vieillards et infirmes ; elle reçoit ensuite chaque année 76 ou 80,000 malades dans les hôpitaux, ce qui donne une moyenne de 4,800 présens chaque jour ; elle recueille 4,600 enfans trouvés ; elle en entretient 16,000 à la campagne, et près de 500 en apprentissage. Enfin, elle fournit les secours distribués à plus de 30,000 familles indigentes.

— Les nombreuses publications auxquelles l'opération pour le strabisme a donné naissance portent leurs fruits. Dans la plupart des grandes villes de la province cette opération est pratiquée par divers chirurgiens. Tous ces travaux hâteront, n'en doutons pas, la solution de cette question importante. Ainsi, à Rouen, M. Flaubert fils, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu, a pratiqué un grand nombre d'opérations de ce genre, et se propose d'en faire le sujet d'un travail spécial sur lequel nous aurons occasion de revenir.

— Un nouvel hôpital militaire a été établi à Paris, rue de Charonne, dans les bâtimens de l'ancienne communauté de Bon-Secours. Cet établissement est institué dans le but de pourvoir aux besoins de la garnison, et de réparer en quelque sorte la suppression de la succursale militaire de la rue Blanche.

— Nous avons rendu compte du concours institué par la Société de médecine de Bordeaux, relativement à la question suivante :

« La varioloïde est-elle une maladie nouvelle ?

» La varioloïde est-elle une maladie distincte ou une simple modification de la variole ? Eclairer par des faits ces questions. »

A la suite de ce concours, a été couronné le mémoire de M. Steinbrenner, de Vasselone (Bas-Rhin), et le titre de membre correspondant a été également accordé à M. Houlès, de Sorèze (Tarn).

Nous engageons à ce sujet tous les médecins qui s'occupent de cette importante question, de consulter le rapport que M. Bouchard, de Bordeaux, a publié à ce sujet. (*Annales de médecine pratique* ou *Recueil des travaux de la Société de médecine de Bordeaux*). Dans ce travail, fort long et fort complet, M. le rapporteur a abordé avec beaucoup de lucidité divers points litigieux, et s'est efforcé de leur donner une solution. Nous avons aussi remarqué la critique éclairée dont quelques passages de son travail portent le cachet. Il est à regretter qu'un semblable mémoire échappe à l'analyse, par suite du but auquel il est lui-même destiné. Quoi qu'il en soit, les médecins le liront avec fruit et avec plaisir.

Nous devons louer le zèle et l'exactitude que met M. le docteur Desruelles à remplir les engagemens qu'il a pris en publiant des *Lettres sur les Maladies vénériennes*. La septième Lettre vient de paraître, la huitième sera publiée au commencement du mois prochain, et les suivantes de mois en mois jusqu'à la douzième, qui complètera l'ouvrage. Les lettres se vendent séparément, et l'on peut s'abonner, au prix de 9 francs, pour la collection, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis; Leclerc, rue de Sorbonne, 5 ; Brockaus, rue Richelieu, 64, et Bohaire, boulevart des Italiens.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée: *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 20 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 49, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Conférences chirurgicales de M. AMUSSAT.

Trois faits de guérison complète de bégaiement à la suite de l'opération;

Constatés le 15 avril 1841 par MM. Isidore Bourdon, Mayor de Lausanne, Fontan, Langenbeck, Duprél-Latour, Thibault, Lefrançois, Euvrard, Amstein, de Narp, Duplan, Foyer, Schuster, Martins, Marinho, etc. — Ces faits ont aussi été constatés par MM. Magendie, Breschet, et par plusieurs membres de l'Académie de médecine.

Première opération, pratiquée à Versailles le 17 février 1841, chez M. le docteur Thibault.

Alexis Beyeuval, quarante-huit ans, charpentier, demeurant à Versailles, est bègue depuis sa naissance; souvent il bégaie à peine pendant les temps humides. Son infirmité l'a fait exempter du service militaire. Lorsqu'il parle pendant quelque temps, il éprouve des douleurs dans la poitrine. Voici à peu près comment il prononce les mots suivans :

Alexis Beyeuval, *A-a-lexis Beyeu-eu-val*; Touchard, *Tou-ou-chard*; Bauceron, *Bau-au-ceron*; du dix, *du-u dix*; couvreur, *cou-ou-vreur*; Quimpercorantin, *Quin-in-percoran-an-tin*, etc.

On a cherché à remédier à l'infirmité dont cet homme est atteint en coupant le filet. Cette opération a été pratiquée deux fois : d'abord à onze ans, puis à douze ans; elle n'a pas eu d'influence marquée sur son bégaiement. Du reste, le filet est maintenant encore très fort et très dur.

Les mouvemens de la langue s'exécutent difficilement et incomplètement; cet organe, dans les efforts les plus grands que fait le malade, ne dépasse pas le rebord de la lèvre supérieure, et la déviation à droite est très évidente.

La bouche étant largement ouverte, la langue est relevée fortement et portée en même temps en arrière par les doigts d'un aide. Alors le filet se prononçant autant que possible, il est divisé transversalement avec des ciseaux courbes sur le plat; ensuite on incise longitudinalement l'espace compris entre l'ouverture des deux canaux de Warthon. On s'arrête après cette section et on fait parler le malade. Les mots que nous avons indiqués plus haut sont articulés assez nettement; mais il prononce encore très difficilement quelques autres mots. Une première section des muscles génio-glosses est pratiquée, et suivie d'une amélioration très notable; le malade éprouve une douleur assez vive dans les oreilles et à la gorge. Cette première section des muscles n'ayant pas fait cesser complètement le bégaiement; on fait une nouvelle section de ces muscles, et immédiatement après, la parole est libre et facile; à peine si on aperçoit des traces de l'infirmité dont cet homme était affecté à un degré si marqué; on constate de plus que la déviation de la langue a presque entièrement disparu.

Cet homme avait été avant et après l'opération examiné à l'Institut et à l'Académie de médecine. Nous l'avons revu hier 18 avril : le succès obtenu se maintient complètement; il est on ne peut plus satisfaisant.

Deuxième opération, pratiquée le 28 février 1841.

Victoire Courgeot, âgée de seize ans, blanchisseuse à Sartrouville, près Maison-Laffitte, bégaie depuis qu'elle parle. Son père est bègue depuis l'âge de quatorze ans seulement, et l'une de ses sœurs a bégayé jusqu'à l'âge de treize à quatorze ans. Chez cette jeune fille dont nous rapportons textuellement l'histoire, la langue est déviée à gauche; elle est pointue; et les mouvemens d'élévation du côté du nez et du menton sont très peu étendus. Avant de procéder à l'opération, on note avec le plus grand soin différens mots sur lesquels le bégaiement est constamment le même, afin de pouvoir constater d'une manière exacte, et sans qu'il y ait d'illusion possible, le résultat qui suit immédiatement l'opération. Voici ces mots : Victoire Cour-geot, Vi-Vi-Victoire Cour-Courgeot; Sartrouville, Sar-Sartrouville; caporal, ca-caporal; vigneron, ve-vé-vigneron; ee-ed-ed-Dominique Diderot..... dis donc à De-De-Denis Dupont ed-d'apporter des dattes ed-ed-ed-du désert de Damiette.— Du reste, comme presque tous les bègues, cette jeune fille ne bégaie pas en chantant.

On commence par faire la section transversale du filet, puis on incise entre les canaux de Warthon, que l'on sépare l'un de l'autre, et enfin on détache largement et profondément le filet de son attache à la mâchoire. Ce premier temps de l'opération étant aussi complètement pratiqué, on fait parler Victoire : on lui fait répéter tous les mots que nous avons notés plus haut, et on constate qu'elle ne bégaie plus en les prononçant. On constate aussi que les mouvemens de la tête et des lèvres qui existaient avant l'opération ne se reproduisent plus.

Le 15 avril, nous avons examiné cette jeune fille, qui est complètement guérie de son infirmité.

Troisième opération, pratiquée le 4 avril 1841.

Louis-Jean Bart, âgé de dix ans, jardinier à la Villedubois, près Nozé, est présenté à M. Amussat par son père, qui bégaie un peu. Nous constatons que chez cet homme la langue est épaisse, déviée à gauche, et que les mouvemens d'élévation et d'abaissement s'exécutent difficilement; un tic facial accompagne chaque mot difficile qu'il prononce. Enfin, bien que son infirmité soit à présent aussi grande qu'elle l'était autrefois, il ne consent pas à se laisser opérer.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation, bégaie depuis qu'il parle. Il hésite beaucoup pour commencer un mot ou une phrase; ainsi, il reste quelques minutes avant de dire : *Non, Monsieur*. L'articulation de la lettre P est difficile. Enfin, lorsqu'on lui fait prononcer les mots caporal hors la garde et grenadier garde à vous, il dit : Et et caporal, etc., et et grenadier, etc..... La langue est fourchue, déviée à droite, et ses mouvemens hors de la bouche sont très peu étendus, surtout ceux d'élévation. Le filet est très fort; il s'insère très près de la pointe de la langue, et l'espace compris entre ce repli fibreux et la mâchoire est assez étendu.

Le premier temps de l'opération, pratiqué comme dans le cas précédent, est suivi d'une légère hémorrhagie, provenant d'une petite artère qui fournit un jet de sang; cette hémorrhagie, peu abondante du reste, a été arrêtée promptement par des injections d'eau glacée.

Immédiatement après cette opération, on constate un changement très remarquable dans la prononciation. A peine si l'enfant conserve encore un peu d'hésitation lorsqu'il veut répondre; mais pour les mots caporal, grenadier, etc., il ne dit plus et et avant de les prononcer.

Le 11 avril, nous avons revu cet enfant; il n'a pas eu d'hémorrhagie, et il parle tout aussi bien qu'après l'opération. — Tout nous fait espérer un succès durable.

— Les trois faits que nous venons de rapporter brièvement prouvent de la manière la plus évidente, qu'il est possible, contrairement à ce qui a été écrit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 avril 1841, d'arriver à guérir le bégaiement, même en pratiquant seulement le premier temps de l'opération, puisque dans deux cas, la section seule des tissus fibreux qui attachent la langue à la mâchoire, a suffi pour faire cesser des bégaiemens même assez forts. Nous ne citons que ces trois faits de guérison, parce qu'ils ont été constatés par un grand nombre de personnes, nous réservant de faire connaître les autres prochainement.

Quant aux accidens qui suivent immédiatement l'opération, l'hémorrhagie, par exemple, nous pouvons affirmer que, sur 75 opérations déjà pratiquées par M. Amussat, nous n'avons pas constaté une seule hémorrhagie grave, analogue à celle qui a eu lieu dans le cas publié dans le numéro précédent de la *Gazette des Hôpitaux*. Le fer chaud n'a jamais été nécessaire; une seule fois, M. Amussat a fait la torsion d'une artériole de la grande sublinguale plutôt pour prouver la possibilité de la faire au besoin, qu'à défaut d'autres moyens; car, dans quelques cas où même le vaisseau ouvert fournissait un jet plus fort, l'eau glacée bien employée a suffi pour faire cesser l'hémorrhagie. Déjà ce moyen a été employé sur plus de cinquante opérés, aussi les styptiques auxquels on avait recours dans les premières opérations ont-ils été mis tout-à-fait de côté. Enfin, nous devons dire, que si une hémorrhagie se manifestait, il faudrait d'abord enlever le caillot formé dans la plaie avant d'appliquer l'eau glacée. Dans un cas tout récent, on ne parvint à faire cesser un écoulement de sang, survenu le lendemain de l'opération, qu'en agissant comme je viens de l'indiquer.

En résumé, ces faits et beaucoup d'autres qui seront publiés incessamment, prouveront que cette nouvelle opération doit être étudiée et méditée avec autant de soin que le strabisme, si l'on veut obtenir la guérison du bégaiement, ainsi que celle du strabisme.

Le procédé de M. Amussat, déjà indiqué dans plusieurs lettres adressées à l'Institut, n'ayant subi qu'une seule modification, nous nous bornerons à la faire connaître. Cette modification consiste à réséquer une portion de l'extrémité interne ou antérieure des glandes sublinguales pour mettre à découvert toute la portion antérieure des muscles génio-glosses. L.....

Paris, 19 avril 1841.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

SERVICE DES FEMMES.

Coqueluche (1).

Nous avons un grand nombre d'enfans pris de coqueluche. Vous savez fort bien qu'ordinairement, dans les hôpitaux d'enfans, où l'on voit les maladies contagieuses régner épidémiquement, il est, par cela même, difficile de suivre les progrès de la contagion; car les enfans étant en plus grand nombre, il y a toujours dans ces établissemens des cas de coqueluche, de variole, de scarlatine et de rougeole; tandis que dans notre service, où il n'y a que vingt-quatre berceaux, les affections transmissibles y sont beaucoup plus rares, et lorsqu'un enfant entre atteint d'une de ces maladies, l'on voit de suite celle-ci se communiquer aux autres enfans.

Nous espérons que la coqueluche, quelquefois si meurtrière, n'enlèvera aucun de nos petits malades, à moins de lésions pulmonaires tuberculeuses, à cause des bonnes dispositions de nos salles et des soins assidus que chaque mère prodigue à son enfant. Ajoutons qu'en ville, dans notre clientelle, nous en avons déja observé plusieurs cas, dont aucun ne s'est terminé d'une manière funeste.

Dans cette petite épidémie de coqueluche, nous pourrons étudier la marche de cette maladie, jusqu'ici assez mal indiquée.

On a dit que la coqueluche se manifestait, les premiers jours, par une forme de catarrhe, et qu'il était alors difficile de la connaître. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, cette maladie présente, au début, des caractères spéciaux tels qu'on ne peut s'y méprendre.

Nous fûmes mandés pour une dame de Bordeaux, habitant la Chaussée d'Antin, tout récemment prise de fièvre, de douleur de gorge et de toux incessante, qui ne lui laissait pas trois minutes de repos. Il nous était impossible de rapporter ce dernier symptôme à un catarrhe, encore moins au peu de rougeur de la gorge que nous observions; quand, au bout de huit jours, nous vîmes la toux prendre un caractère quinteux, et la coqueluche se déclarer. Cette demoiselle est retournée à Bordeaux, où elle ne tarda pas à guérir.

Au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse, nous avons un enfant qui présente ce symptôme d'une manière tout à fait identique. Depuis quatorze ou quinze jours, notamment depuis huit jours, il n'est pas une seule minute sans tousser; et depuis cette époque, ce pauvre petit n'a pu goûter un instant de sommeil. Hier sa toux ne présentait pas encore le caractère quinteux; mais, nous rappelant la demoiselle dont nous venons de vous parler, nous vous annoncions la prochaine apparition de la coqueluche. Aujourd'hui cette maladie se caractérise : il y a des quintes de quatre à cinq secousses; demain elles seront de huit à dix, et plus tard nous les verrons plus nombreuses encore. Il est bon de vous rappeler que la coqueluche débute quelquefois de cette façon; car vous pourriez vous épouvanter à la vue de pareils symptômes, et bien inutilement.

Ce signe est surtout précieux dans le cours d'une épidémie; car quelquefois il peut annoncer une phthisie tuberculeuse commençante, comme nous en avons vu récemment deux tristes exemples. Mais si l'on considère que la phthisie pulmonaire n'est pas très commune chez l'enfant à la mamelle, le signe dont nous parlons acquerra par cela même une importance plus grande.

Dans la salle Sainte-Thérèse, l'enfant du n° 1 a eu hier quarante-cinq quintes de toux dans les vingt-quatre heures, et aujourd'hui quarante-trois. Celui du n° 6 de la même salle, en a soixante-quatre. Hier nous ne les avions pas fait compter. Vous devez comprendre combien il est horrible, pour de pauvres petits enfans, d'être ainsi obligés de rester dans un état de veille presque continuel.

Nous allons essayer divers moyens de traitement; vous savez que les vomitifs sont, dans ce cas, avantageusement employés. Pour l'enfant du n° 6, nous aurions désiré donner l'ipécacuanha; mais il y a huit jours, sous l'influence d'une dose de ce médicament, il prit du dévoiement qui dura soixante-heures. Vous devez comprendre qu'avant d'en revenir au même moyen, il faut mettre les voies digestives en meilleur état.

Nous aurons aussi un sirop ainsi composé, parties égales, de sirop de valériane, de belladone, d'opium, d'éther, que nous donnerons à la dose de 20 grammes par jour. Sous l'influence de ce médicament calmant, nous verrons très probablement les quintes diminuer de fréquence;

(1) Pendant l'épidémie de coqueluche qui vient de finir, M. Trousseau a fait, à chacune de ses leçons, quelques réflexions sur les différentes particularités que présentaient les enfans de son service atteints de cette maladie, réflexions que nous allons reproduire dans l'ordre où elles ont été faites.

mais ne vous imaginez pas nous voir en obtenir un grand bénéfice pour la maladie ; nous diminuerons le nombre des quintes, et par cela même les douleurs, mais la coqueluche n'en sera que plus durable.

A l'enfant du n° 1 nous avons déjà donné l'ipécacuanha, mais il a été vomi aussitôt ; nous l'avons prescrit de nouveau, il le prendra après son sirop. Si de la sorte il n'est pas supporté, nous aurons alors recours au tartre stibié à très petites doses.

Dans la salle Sainte-Julie, aux n[os] 1 et 2, sont deux enfans également atteints de coqueluche. Chez eux, l'allure de cette maladie a été bien différente. Ainsi, tandis que chez nos autres enfans nous avions eu une toux continuelle sans quintes pendant les huit ou quinze jours qui ont précédé l'invasion de la maladie, chez ceux de la salle Sainte-Julie les quintes ont apparu d'emblée, et 24 heures après l'invasion.

Chez ces deux enfans, les vomissemens ont quelque chose de particulier : ainsi, pour le n° 1, ils suivent immédiatement les quintes dont ils sont la terminaison ; l'enfant du n° 2, au contraire, est bien pris après chaque quinte de nausées, d'envie de vomir, mais les vomissemens ne se manifestent que dans l'intervalle des quintes. Vous voyez donc combien il est difficile d'avancer quelque chose de positif sur cette affection.

Pour les symptômes fébriles, les deux enfans de la salle Sainte-Julie sont sans fièvre. Celui du n° 1 présentait hier 100 pulsations pendant le sommeil, et 125 dans l'état de veille ; aujourd'hui il était endormi, et il n'en avait que 104. Celui du n° 2 de la même salle était éveillé, et nous n'en comptions que 120.

Dans la salle Sainte-Thérèse, les enfans des n[os] 1 et 6 n'ont pas de fièvre ; il y en a peu chez celui du n° 9. Mais l'enfant du n° 10, qui est atteint de la coqueluche à la suite d'une pneumonie lobulaire, et chez lequel, en raison de cette dernière circonstance, cette affection sera grave ; cet enfant présente des symptômes fébriles assez intenses, mais que l'on peut rapporter à la maladie dont il est à peine guéri.

Mais il n'en sera pas toujours ainsi ; en ville comme dans les hôpitaux, vous verrez souvent la coqueluche précédée d'affections catarrhales fébriles. Bientôt chez nos enfans, vous allez voir survenir des épiphénomènes qui pourront déterminer une fièvre ardente, et quelquefois des accidens mortels, telles que pneumonie lobulaire ou lobaire, ou affections du tube digestif ; celles-ci paraissent dépendre de ce que les enfans vomissant tout ce qu'ils prennent, la fonction d'assimilation se trouve complètement pervertie : de là des désordres divers de l'intestin. Enfin, et c'est là la complication la plus grave, vous verrez sans doute quelques enfans tousser sans cesse, et être consumés par une fièvre continuelle, symptomatique d'une phthisie tuberculeuse toujours mortelle.

Depuis notre dernière réunion nous avons un nouvel enfant atteint de coqueluche. Enrhumé depuis deux mois, cet enfant a toussé beaucoup pendant six semaines ; c'est au bout de ce temps seulement que la toux a pris le caractère quinteux.

L'enfant du n° 9, de la salle Sainte-Thérèse, qui présentait cette toux persévérante, datant de quinze jours, a aujourd'hui des quintes bien déterminées. A côté de lui, l'enfant du n° 10, à peine guéri d'une pneumonie lobulaire, a également été pris de la même forme de toux. Aujourd'hui aussi il y a eu quelques secousses de toux convulsive. Ainsi voilà deux enfans chez lesquels la coqueluche a été précédée de cette forme particulière de la toux que nous avons rencontrée déjà plusieurs fois.

Arrivons maintenant à l'effet de la médication que nous avons suivie. Les enfans des n[os] 1 et 2, de la salle Sainte-Julie, ont pris 15 centigrammes d'ipécacuanha et vous avez pu voir que bien que la coqueluche fût dans sa période de progrès, sous l'influence de l'ipécacuanha les quintes sont devenues moins fréquentes et moins fortes.

Dans la salle Sainte-Thérèse, les enfans des n[os] 1 et 6 ont pris, le premier 15 grammes, le deuxième 10 grammes de sirop composé. Celui-ci n'a eu que quarante-une quintes au lieu de soixante-quatre, et l'autre trente-une au lieu de quarante-quatre qu'il avait eues le jour précédent. Aujourd'hui nous continuons le sirop à l'enfant du n° 6 ; celui du n° 1[er] va prendre de l'émétique, 5 centigrammes dans un verre d'eau, par cuillerées jusqu'à vomissement. Nous verrons si par ce moyen nous arriverons comme par l'ipécacuanha à modifier le nombre et l'intensité des quintes.

Vous savez qu'un grand nombre d'auteurs ont pensé que l'accumulation de mucosités dans les bronches était la cause des quintes, et que celles-ci étaient d'autant plus imminentes que cette accumulation de mucosités était plus considérable. Or, par l'auscultation nous constatons un peu de râle muqueux seulement. Ainsi l'enfant du n° 1[er], de la salle Sainte-Thérèse, venait de dormir, il n'avait pas eu de quintes depuis une heure et demie ; il a été pris d'une quinte en notre présence, et nous n'avons point trouvé ni avant, ni après l'accès cette accumulation de mucosités dont on a parlé.

Il faut savoir aussi que les matières vomies viennent de la poitrine, de l'estomac et de la bouche, mais que la plus grande partie ne vient pas de la poitrine, ce que l'auscultation nous démontre facilement. Nous avons encore recours au stéthoscope pour savoir si la toux quinteuse ne peut pas dépendre d'un catarrhe, et nous ne trouvons que peu ou point de râle muqueux.

Si la coqueluche devait être considérée, ainsi que le voulait l'école physiologique, comme un catarrhe avec quintes convulsives, il arriverait que les accidens nerveux augmenteraient d'intensité en raison de l'augmentation du catarrhe lui-même. Les médecins physiologistes disaient : Lorsque dans une entérite folliculeuse il y a des accidens graves du côté du cerveau, cela tient au retentissement sympathique de la lésion locale sur l'encéphale. Depuis lors on a fait justice de ce raisonnement, et bien que, dans quelques circonstances, le délire dépende de la lésion locale, cependant souvent l'intensité de cette lésion ne saurait expliquer les accidens nerveux qui l'accompagnent.

Dans la coqueluche, des faits nombreux démontrent que l'intensité de la lésion locale n'est nullement en rapport avec l'intensité des symptômes nerveux. Ainsi l'enfant du n° 7, de la salle Sainte-Julie, atteint de coqueluche, a eu quelques vomissemens après avoir pris son tartre stibié. Nous avons vu alors les quintes s'amender et devenir moins nombreuses ; mais depuis hier, il n'y a eu que deux quintes le jour et deux la nuit. Or, la mère nous raconta qu'en même temps que la coqueluche s'amendait, elle voyait la fièvre augmenter d'intensité. A l'auscultation, nous trouvâmes du râle muqueux dans toute la poitrine, et 160 pulsations.

Pour en revenir à ce que nous vous disions, si la coqueluche dépendait de la lésion locale, il devrait y avoir, dans ce cas, augmentation d'intensité de cette affection ; or, nous voyons les accidens spasmodiques cesser à mesure que la fièvre redouble. Toutes les fois que l'on met un malade dans des conditions de pléthore, on le met par cela même dans des conditions peu propres au développement des affections nerveuses ; toujours les maladies spasmodiques diminuent à mesure que la fièvre s'accroît. Notre enfant du n° 7 en est un exemple. Si chez lui il survient une pneumonie, vous verrez peut-être cesser complètement les accidens spasmodiques.

L'enfant du n° 10 de la salle Sainte-Julie a aussi été atteint de quintes nombreuses, et il supportait sa coqueluche assez facilement, lorsqu'hier il fut pris de fièvre, et en même temps les quintes le quittèrent.

Or, en auscultant ce petit malade, nous trouvons en arrière, à la racine du poumon gauche, du râle sous-crépitant, et à droite du râle sous-crépitant et muqueux. Cet enfant a une pneumonie lobulaire. Ainsi, voici deux petits malades chez lesquels la cessation de la coqueluche coïncider avec l'apparition de la fièvre.

Toutes les fois que vous verrez la coqueluche cesser tout-à-coup, craignez quelque phlegmasie grave, telles que pneumonie, variole, scarlatine, rougeole, etc., car le plus ordinairement cette affection est de très longue durée, et *on ne rompt qu'en faisant toujours face*. Aussi ces accidens inflammatoires dissipés, la coqueluche reparaît plus terrible que jamais.

Chez notre enfant du n° 10, nous donnons d'abord un vomitif : si cela ne suffit pas, nous ferons appliquer un vésicatoire sur la poitrine, et même une ou deux sangsues aux genoux.

Nous avons dit que cet enfant était atteint d'une pneumonie lobulaire : mais est-ce bien à cette maladie que nous avons affaire, et son diagnostic est-il facile ? Le râle sous-crépitant est l'indice d'un catarrhe pulmonaire, le râle crépitant indique une pneumonie ; le râle sous-crépitant s'entend dans l'inspiration et l'expiration ; le râle crépitant au contraire ne s'entend que dans l'inspiration. Or, chez cet enfant, nous entendons du râle sous-crépitant dans presque toute la poitrine, et, dans quelques points seulement, du râle crépitant ; ce qui nous fait croire à une pneumonie lobulaire.

Disons quelques mots de l'influence des vomitifs dans cette maladie. Nous avons donné à la plupart des enfans atteints de coqueluche l'ipécacuanha, et chez presque tous ceux qui en ont pris nous avons constaté une diminution du quart ou de la moitié des quintes ; mais, chose remarquable, sur deux d'entre eux l'influence des vomitifs s'est plus fait sentir le deuxième jour que le premier ; de telle sorte que celle-ci paraît s'être continuée ; nous allons voir si cela se confirmera, car, dans ce cas, au lieu de donner les vomitifs tous les deux jours, nous mettrons plus d'intervalle entre chaque dose.

Il se présente dans l'épidémie de coqueluche que nous observons dans notre service quelque chose de curieux à constater. Les deux premiers enfans entrés dans nos salles atteints de cette maladie venaient l'un du quartier du Panthéon, l'autre des environs de la Force. L'un a été placé dans la salle Sainte-Julie, au n° 3 ; l'autre dans la salle Sainte-Thérèse, au n° 6. Celui-ci avait lors de son entrée une coqueluche assez grave : tous ceux de la même salle ont pris une coqueluche qui a présenté quelque gravité. Celui de la salle Sainte-Julie avait une variole et une coqueluche légère : chose remarquable, la coqueluche, là, a pris un caractère de bénignité qui contraste beaucoup avec celle de la salle Sainte-Thérèse. Il semblerait que l'influence contagieuse, si tant est qu'il y ait contagion, s'est transmise avec la source de contagion. Ainsi, un enfant reçu dans la salle Sainte-Thérèse avec une coqueluche grave, transmet à ses petits voisins la maladie avec ses caractères de gravité ; au contraire, dans la salle Sainte-Julie, l'enfant du n° 3 entre avec une variole et une coqueluche légère, et les autres enfans de la même salle prennent une coqueluche légère. Voilà ce que nous avons observé jusqu'à ce jour dans l'épidémie de coqueluche qui règne dans nos salles ; mais il pourrait se faire que plus tard cette maladie prît de la gravité dans la salle où elle s'est d'abord présentée avec un caractère bénin.

Cependant si l'on rapproche cette épidémie des épidémies d'autres maladies observées par les auteurs, l'on voit que si un individu atteint d'une maladie contagieuse de forme légère se transporte dans un autre pays, il transmettra la maladie dont il est atteint avec sa forme légère. Si au contraire chez cet individu la maladie présente quelques caractères de gravité, celle-ci sera transmise avec ces mêmes caractères. Voilà ce que l'observation démontre assez ordinairement : c'est du moins ce que l'on constate dans les familles frappées de maladies contagieuses. Cela semble tenir à ce que la transmission ne se fait pas de la maladie seulement, mais encore du principe en vertu duquel cette maladie est grave ou légère.

Quoi qu'il en soit, constatons ce fait, que la coqueluche a été plus grave dans la salle Sainte-Thérèse que dans la salle Sainte-Julie. Il faut dire aussi que ces deux salles ne sont pas dans les mêmes conditions : que l'une, la salle Sainte-Julie, est chaude et peu ventilée ; tandis que la salle Sainte-Thérèse présente sur trois de ses côtés de très grandes fenêtres, et que dans les grands froids du mois de décembre, la température n'y montait jamais au-dessus de 5°. Peut-être faut-il attribuer la différence que nous avons observée dans l'intensité de la coqueluche dans les deux salles à cette influence thermométrique.

L'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, atteint de variole et de coqueluche, a pris un vomitif. La variole, qui était très bénigne, a guéri promptement, et la coqueluche n'a pas tardé non plus à disparaître ; aujourd'hui il n'a eu qu'une quinte. Chez lui, la coqueluche a commencé assez vivement avec peu de fièvre ; puis est survenue cette variole. Nous n'attachons pas au vomitif que nous avons donné dans ce cas, une influence telle que nous lui rapportions la guérison.

Nous trouvons dans les auteurs que la vaccination diminue considérablement, dans la coqueluche, l'intensité et la fréquence des quintes ; que chez des enfans vaccinés au début de la coqueluche, cette maladie guérit promptement ; tandis que chez d'autres enfans qui auront pris cette maladie en même temps, mais qui alors n'auront pas été vaccinés, l'on voit celle-ci continuer de faire des progrès. C'est pour cela que la vaccination a été conseillée comme moyen curatif de la coqueluche. Si cela est, nous devons comprendre que sous l'influence de la fièvre variolique les mêmes effets doivent se produire. Aussi pensons-nous que chez notre enfant du n° 3 la guérison est due à la variole, survenue pendant le cours de la coqueluche. Cette éruption morbide est un moyen révulsif beaucoup plus utile que les révulsifs ordinaires ; nous voulons parler de la pustulation stibiée. Dans ce cas, en effet, il y a beaucoup moins de réaction, beaucoup moins de fièvre.

L'enfant du n° 7 de la même salle prend au milieu de la coqueluche un catarrhe capillaire, et au lieu de quinze quintes qu'il avait la veille, il n'en a plus que trois ; il y a chez lui une fièvre vive. Nous donnons un vomitif ; la fièvre diminue, la poitrine revient en bon état, les râles muqueux et ronflant cessent, et il reprend quinze quintes au lieu de trois.

Ainsi voici deux enfans pris d'accidens inflammatoires, l'un du côté de la peau, l'autre du côté de la muqueuse bronchique, chez lesquels la coqueluche diminue d'intensité, mais cette maladie reprend ses premiers caractères aussitôt que la fièvre cesse. Vous voyez donc l'influence de l'apparition et de la cessation de la fièvre sur la maladie qui nous occupe.

L'enfant du n° 10 de la même salle présente du râle sous-crépitant et crépitant à grosses bulles indice d'une pneumonie lobulaire ; il n'a plus qu'une quinte. Nous donnons un vomitif ; la pneumonie va mieux ; le nombre des quintes augmente ; le mieux continue. Le râle muqueux, qui avait succédé au râle sous-crépitant se dissipe, et les quintes deviennent plus fortes. Quoique chez cet enfant la coqueluche soit peu intense, elle ne témoigne pas moins de l'influence de la fièvre sur cette maladie.

L'enfant du n° 1[er] de la salle Sainte-Thérèse, présente un phénomène non pas opposé à ce que nous venons de voir, mais au moins qui n'en est pas confirmatif. Il a eu hier vingt-six quintes, et aujourd'hui le même nombre. Hier, il y avait de la fièvre, et à l'auscultation, ce matin, nous entendons du râle muqueux dans toute la poitrine. Il n'y a pas, à la vérité, diminution de la coqueluche, mais aussi celle-ci n'a pas augmenté. Cet enfant ne veut pas prendre d'ipécacuanha ; nous lui donnons 5 centigrammes de tartre stibié dissous dans un verre, qu'il prendra par cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à vomissement. Si vous donniez le tartre stibié à doses aussi rapprochées que l'ipécacuanha, vous auriez des vomissemens qui pourraient persister toute la journée, ce qui ne s'observe pas dans l'ipécacuanha. Cela peut bien tenir à ce que celui-ci étant expulsé par les premiers vomissemens, son effet cesse ; tandis que le tartre stibié, restant probablement en grande partie dans l'estomac, son effet continue.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Femme de quarante ans, primipare. Difficultés de l'accouchement. Fièvre puerpérale.

Au n° 30 est une femme dont l'accouchement, lent et difficile, nécessita l'emploi du forceps. Elle est âgée de trente-neuf ans, et c'est son premier enfant. Cette circonstance a-t-elle eu quelque part dans la longueur du travail et dans la nécessité où s'est trouvé le chef de clinique de recourir à l'application du forceps ? C'est l'opinion de M. P. Dubois ; c'était aussi celle de madame Lachapelle et de plusieurs autres accoucheurs. Ils pensaient qu'une femme qui est mère pour la première fois à quarante ans, se trouve par cela seul placée dans des conditions qui rendent le travail très laborieux. Il en est bien quelques-unes de ces primipares qui accouchent facilement ; mais, chez les

plus grand nombre, l'accouchement est difficile ; elles sont aussi beaucoup plus exposées aux fausses-couches que les femmes moins âgées.

M. Dubois cite l'exemple d'une dame dont le bassin était bien conformé, quoique la taille fût très vicieuse, et chez laquelle le travail traîna en longueur à cause de la résistance que présentèrent à la tête du fœtus les parties génitales externes, ce qui nécessita l'emploi du forceps. Cette dame était âgée de quarante ans ; il en a été question dans un des précédens numéros.

Cette femme du n° 30 se trouve aujourd'hui dans un état assez alarmant ; non pas que cela dépende de l'application du forceps, qui n'a eu d'autre effet que celui d'abréger les douleurs. La cause des accidens que l'on observe se trouve dans des conditions complètement en dehors de l'accoucheur et de la manœuvre à laquelle celui-ci a dû recourir, conditions qu'il est impossible d'apprécier.

Depuis le commencement de l'année, deux femmes seulement sont mortes dans les salles de la Clinique, et encore l'une d'elle a-t-elle été apportée mourante. Par un bonheur singulier, quand les conditions atmosphériques (le froid), et quelques conditions particulières dont l'essence est inconnue de tout le monde, faisaient sentir leurs effets en ville, où l'on rencontrait d'assez graves complications de l'accouchement, dans les salles de la Clinique, l'on ne voyait rien d'extraordinaire survenir chez les femmes récemment accouchées. Ordinairement les choses ne se passent pas de la sorte ; malgré tous les soins dont les femmes sont entourées dans le service de M. Dubois, c'est chez elles que l'on observe les premiers symptômes d'affections qui, plus tard, devront s'étendre au loin.

La femme du n° 30 est dans des conditions fâcheuses ; l'on peut dire qu'elle est atteinte d'une véritable fièvre puerpérale ; car les accidens inflammatoires qui se manifestent du côté du ventre ne constituent pas seuls la maladie. Il y a autre chose ; des troubles généraux, une affection générale tout à fait indépendante de l'affection locale ; c'est comme dans la fièvre typhoïde ; l'éruption ulcéreuse de l'intestin ne constitue pas seule la maladie ; il y a aussi des troubles généraux qui annoncent une affection générale.

Cette femme présente des accidens inflammatoires du côté du péritoine, des douleurs vives qui méritent l'attention. C'est pour cela que M. P. Dubois a fait pratiquer une saignée assez abondante, et appliquer 40 sangsues sur les points douloureux. Celles-ci ont tellement saigné que la malade en est tombée en défaillance ; cependant les douleurs n'ont pas diminué ; aujourd'hui le pouls est fréquent et développé. M. Dubois pense qu'il n'y a pas lieu de continuer les émissions sanguines, et les troubles généraux qui persistent, expliquent bien sa conduite dans ce cas ; plus tard peut-être, si besoin en est, reviendra-t-il à cette première médication. Pour le moment, c'est aux évacuans qu'il va s'adresser ; il a prescrit aujourd'hui à la malade l'huile de ricin.

Grossesse compliquée de varioloïde.

Une autre femme dans le service, se trouve dans des conditions assez intéressantes. Elle est enceinte et atteinte de varioloïde ; elle a été vaccinée, et c'est au vaccin, aux impressions que celui-ci a produites sur l'économie qu'il faut rapporter cette modification de la variole. Il y a bien eu pendant plusieurs jours quelques troubles de santé qui ont pu inspirer quelques craintes ; mais tout cela a disparu, et aujourd'hui cette femme est bien.

La varioloïde, ou variole modifiée, n'est pas très grave ; mais il ne faut pas tirer cette conséquence, qu'elle est insignifiante pour la grossesse ; car, quoique légère, le trouble qu'elle ne manque pas d'apporter dans l'économie, expose les femmes à des fausses couches qui, dans ce cas, sont suivies d'accidens graves et quelquefois mortels.

Apoplexie du placenta ; mort de l'enfant.

Au n° 9, est une jeune femme accouchée d'un enfant mort. Le placenta présente de nombreux foyers apoplectiques qui expliquent parfaitement la mort du fœtus dont elle est la cause évidente.

Au premier abord, l'on serait tenté de croire que ces petites apoplexies placentaires sont dues à la rupture des vaisseaux ombilicaux ; mais si l'on pousse une injection dans ces vaisseaux, l'on voit que la matière injectée ne pénètre pas dans les foyers sanguins ; que, par conséquent, ceux-ci leur paraissent tout-à-fait étrangers. Suivant toutes les probabilités, c'est dans les vaisseaux maternels qu'il faut aller chercher la cause de ces apoplexies.

— Une femme qui déjà est accouchée d'un enfant mort, par suite de la lésion du placenta qui vient d'être signalée, devra-t-elle redouter le même résulat dans le cas d'une nouvelle grossesse ? Assurément il faut répondre à cette question d'une manière affirmative, et la crainte ici est juste et légitime. Ces mêmes accidens se reproduisent souvent chez les mêmes individus. M. Dubois les a observés trois fois chez la même dame. Une femme russe est accouchée dans les salles de la Clinique, à quatre mois, d'un enfant mort ; le placenta présentait l'altération que l'on peut constater aujourd'hui sur le placenta de la femme du n° 9.

Mais cette proposition ne saurait être absolue ; certainement les accidens d'une première grossesse peuvent survenir dans les couches successives ; quelquefois, cependant, le contraire s'observe. Ainsi M. Dubois donne maintenant des soins à une dame dont il a déjà été parlé dans une des précédentes séances. (Voir le n° du mardi 9 mars.) Il y a un an, cette dame a donné le jour à un enfant débile, et cet état de faiblesse dépendait, chez celui-ci, d'une induration du placenta dans plusieurs points, autour de petits foyers apoplectiques. Elle est de nouveau enceinte et arrivé à son huitième mois, et jusqu'à présent elle n'a éprouvé aucun des accidens qui ont compliqué sa première grossesse, c'est-à-dire qu'elle n'a point vu les mouvemens de son enfant s'affaiblir à mesure que le terme de l'accouchement approchait ; cette fois-ci elle a continué de les bien sentir.

Lorsqu'une femme chez laquelle déjà a eu lieu un premier avortement sous l'influence de la cause qui vient d'être indiquée, reviendra enceinte, dans un pareil état de choses le but de l'accoucheur devra tendre à prévenir ces mêmes accidens. Mais c'est chose fort difficile, car les médecins qui se sont occupés de cette question ne l'ont point étudiée jusqu'au bout ; ils ont envisagé seulement la lésion pathologique ; mais la cause, ils n'en ont pas parlé ; le diagnostic est nul et le traitement est encore plus complètement à faire. Il faut donc que celui-ci soit établi *à priori* faute de raisons meilleures.

Bien que l'origine de ces apoplexies soit inconnue, cependant il y a tout lieu de penser que celles-ci proviennent des vaisseaux maternels, car on les voit se rapprocher de plus en plus de la surface utéro-placentaire ; or dans cette hypothèse, en rapportant à la mère la cause des accidens qui surviennent il faut chercher à diminuer la congestion utérine par les moyens les plus convenables, comme la saignée, le repos, le régime, etc.

Les mêmes accidens s'observent quelquefois chez des femmes anémiques dont le sang est presque séreux. Dans ce cas, M. Dubois a donné le fer et ses préparations à haute dose, et il a vu ces femmes accoucher à terme et présenter un placenta sain. Le traitement, comme on le voit, est la partie la plus délicate de l'histoire de cette affection, et ce n'est qu'après l'avoir bien mûri qu'il conviendra de le mettre en usage.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE. (Suite.)

Circonstances qui peuvent produire le développement de l'utérus et faire croire à une grossesse.

En première ligne, il faut placer les corps étrangers, les corps fibreux, les polypes, qui pourront évidemment en imposer pour une grossesse ; mais cette erreur sera bientôt dissipée par les circonstance qui surviennent dans ce cas. Ainsi, l'on observe alors (ce qui ne se rencontre point dans la grossesse) des métrorrhagies plus ou moins abondantes ; et cela n'empêche pas que la femme ne soit bien réglée. D'autre part, les parois utérines sont plus dures, le corps de l'organe est plus lourd et plus difficile à déplacer que dans la grossesse ; enfin, l'on ne voit, dans ce cas, aucun des signes propres à celle-ci.

L'accumulation de gaz dans la cavité utérine a pu, quoique très rarement, en imposer pour une grossesse ; mais la percussion qui donnera le son clair de la tympanite, suffira pour lever toute espèce de doute.

L'utérus peut contenir une certaine quantité de liquide ; et dans cette circonstance l'on peut trouver exactement les caractères propres à l'état de gestation. Cependant, il y a bien quelques moyens de ne point se tromper. Si l'on applique le stéthoscope sur le ventre de la femme, l'on n'entend ni les battemens du cœur du fœtus.. ni les bruits placentaires : mais l'erreur, dans ce cas, est d'autant plus facile, que l'on observe quelques-uns des signes de la grossesse ; tels que les diverses modifications du mamelon, de l'aréole, etc. C'est au temps qu'il faut en appeler pour résoudre la question : alors, soit que l'on ne perçoive point le ballottement, soit que la mère ne ressente point les mouvemens du fœtus, soit enfin que l'auscultation ne parle pas, l'on pourra alors établir son diagnostic.

Modifications qu'éprouve le col.

Elles sont très importantes, mais elles ne résolvent pas toujours les questions ; elles sont en outre d'une appréciation assez difficile ; il faut pour les bien constater un doigt très exercé, et si l'on avait à se prononcer sur l'existence d'une grossesse d'après ce signe seulement, il y aurait divergence d'opinions. D'une autre part, le col utérin subit avant, pendant ou après l'écoulement des règles des modifications à peu près semblables, qui ne sont révoquées en doute par personne.

M. Lisfranc, dans ses leçons cliniques, dit que le col, pendant la menstruation, offre les caractères d'un col au troisième mois de la grossesse.

Il y a quelques mois, une femme se présenta au toucher, se déclarant enceinte. Elle était accouchée depuis huit mois, et venait d'avoir ses règles : le col était mou, développé ; l'utérus lui-même présentait un volume plus considérable que d'ordinaire. Bref, il y avait chez cette femme les caractères d'une grossesse de trois mois. Au bout de quelque temps elle revint, et le chef de clinique qui l'avait examinée une première fois fut tout étonné de ne plus rencontrer les modifications qu'il avait constatées du côté du col.

Une autre cause qui peut faire que l'examen du col n'ait pas toute l'importance qu'on lui attribue, c'est la variété de structure qu'il présente quelquefois. Chez une femme dont le développement du ventre était dû à du météorisme, le col était mou et offrait exactement les caractères de consistance et configuration du col chez une femme enceinte. Il faut ajouter que chez les femmes qui ont eu déjà des enfans, la forme du col est changée ; celui-ci est ramolli chez des femmes atteintes depuis long-temps de leucorrhée. Enfin le développement de corps étrangers dans l'utérus non seulement détermine l'ampliation de cet organe, mais le col lui-même subit des modifications propres à la grossesse ; en sorte qu'on pourrait s'en laisser imposer pour le diagnostic, surtout si ces tumeurs sont formées soit par des hydatides, soit par des môles, qui ne sont, en définitive, que des grossesses dégénérées.

Il est difficile, dans cette dernière circonstance, de ne pas être induit en erreur ; car, outre que l'utérus se développe absolument comme dans une grossesse, il s'accompagne encore de l'absence des règles et des autres signes de la gestation. Mais, plus tard, l'absence du ballottement, des bruits stéthoscopiques et de la fluctuation, et d'autre part les pertes qui se manifestent à une époque où on ne pourrait les rapporter à l'implantation du placenta sur le col, tout cela ne permet plus de douter, et l'on peut rapporter les diverses modifications observées, à leur véritable cause.

Il existe encore une autre cause d'erreur, c'est l'absence du col utérin ; on ne trouve au fond du vagin qu'un petit pertuis formant l'orifice de la matrice. Il est clair que, dans un cas semblable, l'on ne saurait s'éclairer par les modifications que peut présenter le col.

Malgré tout ce qui vient d'être dit, il ne faut pas croire que l'examen du col ne fournit aucune donnée dans le diagnostic de la grossesse ; et si cet examen ne résout pas complètement la question, cependant il est tellement vrai qu'il peut être utile, que si le col est dur, consistant, sans consulter d'autre signe, l'on peut dire que la femme n'est pas enceinte.

Les modifications que subit le col utérin doivent donc être considérées, dans le diagnostic de la grossesse, comme un signe négatif de la plus grande importance.

Observation d'un rétrécissement du canal rachidien, occasionné par une exostose de l'apophyse odontoïde ; par le docteur PEREYRA.

Le fait suivant offre assez d'intérêt et par la rareté des cas analogues et par les phénomènes observés pendant la vie, pour que nous croyions devoir le reproduire ici, ainsi que quelques-unes des judicieuses réflexions qu'il a inspirées à l'auteur.

OBS. — Delville, âgé de quarante-un ans, marin, entre à l'hôpital le 25 septembre 1840. Il est grand, fort, bien constitué, et rapporte que depuis six mois, il éprouve des douleurs atroces dans la partie postérieure du col et de la tête. Lorsqu'il marche, tout semble tourner ; il ne peut que difficilement se tenir debout, et se plaint de sentir les bras et les jambes comme endormis, et des fourmillemens assez forts, comme lorsqu'un nerf a été comprimé, existent parfois dans les mêmes parties.

Il a le teint jaune paille, le pouls est mou et petit, il ne mange presque rien, vomissant tout ce qu'il prend. Les douleurs sont insupportables la nuit ; aussi n'a-t-il pu avoir de sommeil depuis long-temps. Quand on le fait marcher, on reconnaît qu'il fait un pas en avant, puis deux en arrière, et que c'est en arrière qu'il se laisse tomber. Ce malade ne parlant qu'allemand, on a de la peine à obtenir de lui des renseignemens satisfaisans ; il assure pourtant qu'il n'a jamais eu de maladie vénérienne et n'attribue sa maladie qu'à une cabane trop petite pour lui dans laquelle il était couché depuis quelque temps. Un séton appliqué à la nuque, les dérivatifs sur le tube digestif, et quelques toniques ne l'empêchèrent pas de succomber après quatre jours d'un délire constant et tranquille, le 10 septembre.

Autopsie. Os du crâne extrêmement friables ; cerveau petit, ne remplissant pas le crâne, extrêmement ferme, décoloré, presque exsangue ; aucune lésion appréciable ainsi que dans le cervelet, la moelle allongée, etc. ; mais après le trou occipital, la moelle épinière se trouvait comprimée par un resserrement inaccoutumé, occasionné par une saillie considérable que faisait l'apophyse odontoïde ; elle était au moins double de ce qu'elle est ordinairement, et c'est surtout par son côté postérieur que l'épaisseur était plus prononcée. Le reste du canal et la moelle épinière ne présentent rien de remarquable.

L'ensemble des symptômes qu'a offert ce sujet semblent annoncer plutôt l'existence d'une compression sur la moelle allongée, et surtout sur le cervelet que sur la moelle épinière, et pour qui n'aurait tenu compte que du teint de cet homme, de l'expression de ses yeux, des étourdissemens qu'il éprouvait, de sa propension à reculer quand il voulait avancer, l'existence d'une tumeur squirrheuse développée dans le cervelet, était, dans l'ordre des idées assez généralement admises aujourd'hui, l'hypothèse la plus probable. Quant à l'origine de cette exostose, il serait difficile de rien décider, car elle pouvait dépendre du vice syphilitique ou de la flexion forcée que ce matelot donnait à sa tête lorsqu'il était couché dans un cadre trop court pour lui.

(*Journ. de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, et *Gaz. Méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 19 avril.

PHYSIQUE MÉDICALE. *Mouvemens du camphre à la surface de l'eau.* Le seul sujet traité dans cette séance, relatif à la médecine, est celui du camphre. On se rappelle que M. Biot avait attaqué la doctrine de M. Dutrochet et rattaché le phénomènes rotatoires du camphre à d'autres principes que ce dernier. M. Dutrochet invoque des forces électriques, tandis que M. Biot fait

valoir la réaction que les vapeurs du camphre, exhalées à la surface de l'eau, produisent sur le camphe lui-même. Dans sa réplique d'aujourd'hui, M. Dutrochet a considéré la force en question comme étant la même que celle qui produit *l'endosmose*; il a insisté surtout sur son action saccadée intermittente.

MM. Joly et Boisgirardin aîné, professeurs à la Faculté des sciences de Toulouse, ont adressé à l'Académie un mémoire intitulé : « Nouvelles recherches sur les mouvemens du camphre et de quelques autres corps placés à la surface de l'eau et du mercure. »

Parmi les conclusions de ce travail, on lit les propositions suivantes, qui ont été reproduites textuellement par M. le secrétaire perpétuel.

« Les mouvemens du camphre et ceux des corps légers qui l'environnent, sont principalement dûs aux vapeurs qui s'échappent de cette essence concrète.

» L'élévation de la température et toutes les causes qui favorisent l'évaporation, accélèrent les mouvemens du camphre.

» Les corps visqueux, ceux qui sont susceptibles de former un couche huileuse à la superficie de l'eau ou du mercure (transpiration cutanée, cheveux, huiles, etc), frappent instantanément le camphre d'une complète immobilité.

« Les phénomènes *diluo-électriques* de M. Dutrochet sont de simples effets d'évaporation.

» Il y a peu d'identité entre les mouvemens du camphre à la surface de l'eau, et la circulation du *chara fragilis.* »

Parmi les ouvrages imprimés présentés, on trouve pour la médecine :

1° Essai d'hygiène générale par M. Motard ; 2 volumes in-8° 1841 ;

2° Traité de pathologique iatrique ou médicale et de médecine pratique, par M. Piorry (4e livraison).

Programme des questions proposées par la Société de médecine d'Anvers, pour le concours de 1842.

1° Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales.

Une médaille en or de la valeur de 300 francs sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

2° Donner l'histoire naturelle, les propriétés physiques et chimiques, le mode d'extraction des huiles de foie de morue et de baleine (*ol. jecoris aselli et ol. ceti*); faire connaître comparativement et par des faits leur histoire thérapeutique.

Le prix consistera en une médaille en or de la valeur de 100 francs.

La société désire fixer l'attention des concurrens sur l'espèce d'huile qui mérite la préférence en thérapeutique.

3° Une médaille en or de la valeur de 100 francs sera accordée à l'auteur de la meilleure monographie manuscrite traitant un sujet qui se rattache aux sciences médicales.

Les membres effectifs et résidans sont exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, latin ou allemand (pourvu que dans ce dernier cas on se serve des écritures bâtarde ou anglaise), devront être remis (francs de port) avant le premier septembre 1842, au secrétaire de la société.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un billet cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la société; il est toutefois loisible aux concurrens d'en faire prendre copie.

Le secrétaire de la Société, C. Broeckx.

Anvers, 17 avril 1831.

NOUVELLES DIVERSES.

— Les noms des candidats désignés ci-après ont été proclamés à la suite des concours pour le professorat, qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital de perfectionnement.

Chaire de chimie médicale. — Millon, pharmacien aide-major.

Chaire de botanique et de préparation des médicamens. — Choulette, pharmacien aide-major.

— Nous apprenons la mort de MM. Garnier, chirurgien-major au 69e de ligne ; Biard, chirurgien-major au 16e de ligne; Caron, chirurgien aide-major à l'hôpital de Toulon ; Tavaux, chirurgien sous-aide en Algérie, et Vérichasse, pharmacien aide-major commissionné en Algérie.

— La Société de médecine de Niort met au concours la proposition suivante : « Décrire les maladies endémiques et épidémiques qui règnent le plus souvent dans le département des Deux-Sèvres, et le traitement qui leur convient le mieux. » Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. sera décernée à l'auteur du meilleur mémoire. Les mémoires devront être envoyés (franco et suivant les formes académiques) au secrétariat, rue du Faisan, 23, le 31 juillet 1841 au plus tard. Les membres titulaires, mais non les membres correspondans de la Société, sont exclus du concours.

— Mardi dernier a eu lieu au Val-de-Grâce la distribution solennelle des médailles d'honneur, décernées à la suite des concours qui viennent d'avoir lieu. La séance était présidée par le baron Boissy d'Anglas, intendant de la première division, assisté de MM. les inspecteurs, membres du conseil de santé des armées. Tous les officiers du service médical des hôpitaux et régimens de Paris, ainsi qu'un grand nombre d'administrateurs et d'étrangers, assistaient à cette fête. Après une allocution du président, M. Hipp. Larrey, professeur récemment institué, a prononcé un discours dont le sujet était : *De la méthode en chirurgie*. Les applaudissemens qui avaient accueilli le nom du baron Larrey, dans le discours du président, se sont renouvelés pour le fils avec une vive sympathie. Les noms des lauréats ont été ensuite proclamés dans l'ordre suivant, aux sons d'une musique militaire et au bruit des applaudissemens :

Concours pour la grade de chirurgien sous-aide, M. Bonino.

Concours pour le grade de pharmacien aide-major, M. Trubel.

Concours pour le grade de chirurgien aide-major, M. Radat.

— Par ordonnance du 8 avril, rendue sur le rapport de M. ministre de l'instruction publique, les présidens actuels des jurys de médecine, compris dans les circonscriptions des Facultés Paris, Strasbourg et Montpellier, cesseront leurs fonctions à partir du 12 avril courant.

Les jurys de médecine seront présidés, dans les départemens qui composent la circonscription de la Faculté de Paris, par MM. Adelon et Bérard, dans les départemens qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Forget et Stoltz ; dans les départemens qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dubreil et Bouisson.

— Une autre ordonnance de la même date dispose qu'au 12 de ce mois, les membres des jurys de médecine des départemens de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault, nommés par ordonnance royale du 14 avril 1836, cesseront leurs fonctions.

Sont nommés membres des jurys de médecine des départemens indiqués ci-dessus, pour entrer en exercice à ce titre à partir du 12 de ce mois, savoir : pour le département de la seine, MM. Velpeau, Bouillaud et Gerdy ; pour le département du Bas-Rhin, MM. Coze, Fée et Caillot ; pour le département de l'Hérault, MM. Golfin, Delmas et Risueno d'Amador.

— M. Geoffroy Saint-Hilaire a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle.

— *Testament d'Astley Cooper*. Le testament de sir Astley Cooper a été rendu public par son neveu. Les propriétés personnelles du défunt ont été évaluées à 80,000 liv. sterl. (2,000,000 fr.). Parmi les dispositions du testament, on remarque les suivantes : il laisse à son neveu, sir Astley Paston Cooper, le coffre en argent dont le roi Georges IV lui avait fait présent; la grande corbeille en argent dont lui a également fait présent S. M. Guillaume IV; son portrait fait par sir Thomas Landrews, ainsi que tous ses instrumens de chirurgie et d'anatomie, qui sont évalués à 3,000 liv. sterl. Il désire que son portrait soit, à la mort de son neveu, légué au Muséum anatomique de Guys' hospital ou au collége royal de chirurgie. Il a de plus laissé six prix, qui seront annuellement donnés aux médecins qui auront le mieux traité différens sujets.

Cours de physique appliquée à l'histoire naturelle. — M. Becquerel, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, le lundi 19 avril 1841, à midi, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis suivans.

Le professeur traitera cette année :

1° Des phénomènes capillaires en général et en particulier, dans leur rapports avec les phénomènes physiologiques ;

2° De l'endosmose et de l'exosmose considérés sous le rapport physique, chimique et physiologique ;

3° De la production de la chaleur dans les corps organisés, et des moyens de la mesurer ;

4° De l'influence des forces physiques sur les phénomènes physiologiques, et de leur emploi dans l'étude de ces phénomènes ;

5° De la phosphorescence dans les corps organisés ;

6° De l'action chimique de la lumière.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée: *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 22 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 50, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
...eau, rue Dauphine, 22-24.
...onces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

...s et résumés des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la clinique pendant l'année scolaire 1840-41.

(Suite du numéro 44.)

PHTHISIE PULMONAIRE.

Nous ne nous arrêterons pas long-temps sur cette funeste maladie, n'ayant pas de longs développemens à donner à ce sujet.

Nombre total. Le nombre total des phthisiques qui ont été reçus à la clinique dans le courant de l'année, est de 40.

Nombre des morts. Sur ce nombre, dix-huit seulement ont succombé aux progrès de cette affection.

Sexes. Les 40 cas ont été également répartis entre les hommes et les femmes; il s'en est présenté 20 de l'un et de l'autre sexe.

Mortalité eu égard aux sexes. Sur les 18 phthisiques qui ont succombé, on distingue 11 hommes et 7 femmes.

Ages. Les 40 cas ont été ainsi répartis, eu égard aux différens âges :

Sujets âgés de moins de 35 ans,	22
Sujets âgés de 35 à 50 ans,	16
Sujets âgés de plus de 50 ans,	2
Total,	40

Saisons. 12 cas seulement se sont présentés à la clinique pendant le semestre d'été. Les 28 autres y ont été reçus pendant le semestre d'hiver.

Siége de la maladie. 24 tuberculeux sont entrés présentant des signes évidens de phthisie des deux côtés, 24

Chez 16, ces signes n'existaient que d'un seul côté, 16

Total, 40

Chez les 24 premiers, les signes de la phthisie prédominaient à gauche dans douze cas, et à droite dans les 12 autres cas.

Chez les 16 tuberculeux n'ayant présenté des signes que d'un seul côté, ce côté a été plus fréquemment le droit.

Symptômes. Voici ce que l'on a remarqué de particulier concernant les symptômes de la maladie.

Diarrhée. Elle a existé dans 23 cas. Les 18 sujets qui ont succombé en étaient tous atteints depuis un temps variable.

Vomissemens. Ils ont existé chez 24 malades.

Perforation intestinale. Elle est survenue dans un cas suivi de mort. Cette complication est beaucoup plus rare dans la phthisie pulmonaire que dans certaines autres maladies aiguës; car le travail d'ulcération qui le précède, marchant chroniquement, il s'établit autour du tubercule ulcéré un travail d'induration qui s'oppose ultérieurement à la perforation.

Pneumo-thorax. On l'a observé deux fois; dans les deux cas la sonoréité du côté affecté était augmentée. Le tintement métallique a été entendu dans les deux cas; la voix amphorique dans un seul cas.

Autres lésions. Dans les 18 cas où la phthisie a entraîné la mort, on a constaté l'existence d'ulcères et de tubercules intestinaux, ce qui confirme encore les observations faites en ce sens par M. Louis.

AMYGDALITES.

Les amygdalites qui se sont présentées, seulement au nombre de 4, trois fois chez des femmes et une fois chez l'homme, n'ont présenté que ceci qui mérite d'être rappelé. Dans un cas, chez une femme, une des amygdales restant très tuméfiée, en dépit de la persistance dans l'emploi des moyens qui avaient procuré le dégorgement de l'autre, on eut recours avec succès aux ponctions, ou mouchetures, faites avec la pointe d'une lancette. Sous l'influence de ce moyen, la diminution se fit d'une manière ...pide.

BRONCHITES.

...s bronchites ont été observées au nombre de 12; ...ndant l'été, 5 pendant l'hiver. Nous ferons observer sur les 7 qui figurent dans le semestre d'été, 6 ont ...é au printemps qui en fait partie, et 1 seulement véritablement en été.

...ez une femme qui est guérie, la bronchite a pris la ...ne de catarrhe suffocant.

Chez un homme qui a succombé, on a trouvé les bronches remplies d'un mucus puriforme.

EMPHYSÈME.

Cette maladie s'est présentée 10 fois dans le courant de l'année.

Sexe. On a observé sur ces 10 malades 6 hommes et 4 femmes. Nous rappellerons ici que le service se compose de 19 hommes et de 34 femmes; d'où il résulte que la proportion des hommes est beaucoup plus forte que celle des femmes.

Mortalité. Il a succombé 1 homme et 1 femme.

Causes. Hérédité. Cette influence a été constatée sur 3 hommes.

Dans un cas l'emphysème existait chez un homme dont l'habitude est de plonger dans les eaux de la Seine pour aller à la recherche d'objets submergés.

Epoque d'invasion de la maladie. L'emphysème a existé dès l'enfance chez des sujets chez lesquels on pouvait invoquer l'influence héréditaire.

Dans un autre cas, la maladie s'est développée avant la trentième année, dans un autre avant la quarantième année. Chez les autres, l'emphysème était survenue après 50 ans.

Siége. Dans 9 cas la maladie existait également des deux côtés.

Symptômes. Ceux que l'on a généralement observés sont les suivans : dyspnée grande, faiblesse du murmure respiratoire, râles sibilant et sous-crépitant, augmentation de la sonoréité, augmentation du diamètre vertical du thorax; chez quelques malades, la pointe du cœur descendait plus bas que d'ordinaire; chez quelques autres, elle était repoussée en avant vers le sternum.

Lésions cadavériques. Chez l'un des deux sujets qui ont succombé, on a constaté à l'autopsie une dilatation prononcée des vésicules pulmonaires, et le défaut d'affaissement du poumon au moment de l'ouverture du thorax. Les lésions de l'appareil circulatoire ont consisté dans une dilatation manifeste des cavités droites du cœur et des vaisseaux pulmonaires.

Chez l'autre sujet (femme âgée de soixante-onze ans), qui est mort à la suite d'une bronchite envahissant les dernières ramifications des bronches, on constate en outre des caractères anatomiques de la bronchite et de l'emphysème, l'oblitération de la moitié supérieure du vagin, arrivée manifestement à une époque postérieure à la ménopause, puisque cette femme avait été réglée et avait enfanté plusieurs fois.

Traitement. Les saignées, les ventouses scarifiées, les vésicatoires, les calmans, les narcotiques en ont fait la base. Nous avons fait fumer les feuilles de datura-stramonium à plusieurs de nos malades; ceux qui ne pouvaient supporter l'inspiration de cette fumée, ont été soumis à l'inspiration de la vapeur d'une infusion concentrée de la même solanée.

AFFECTIONS RHUMATISMALES.

Nous avons eu à traiter dans le cours de l'année, 31 cas de rhumatisme articulaire aigu.

Sexe. Ces 31 cas ont été ainsi répartis, eu égard au sexe :

Hommes,	17
Femmes,	14

Donc, conformément à la remarque de Boerrhaave et de plusieurs autres pathologistes, cette affection est beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes.

Forme de la maladie. Dans 10 cas, le rhumatisme a affecté la forme très aiguë.

Antécédens. 17 de nos malades étaient atteints de rhumatisme pour la première fois. Les autres avaient eu une ou plusieurs attaques.

Saisons. 15 malades ont été reçus à la clinique pendant le sémestre d'été; 16 pendant celui d'hiver.

Causes. Elles ont été étudiées avec soin, et voici ce que l'on a appris à ce sujet.

Refroidissement. 7 malades ont dit positivement qu'ils s'étaient refroidis quelques jours avant l'explosion de la maladie.

8 ont donné des réponses équivoques.

Chez 15, aucune cause n'a pu être appréciée; enfin, chez un le rhumatisme s'est manifesté à la suite d'une fatigue excessive.

Hérédité. 4 de nos malades étaient nés de parens rhumatisans.

Frisson initial. Ce phénomène a existé chez 15 de nos malades; 12 paraissent n'avoir pas eu de frisson au début. Dans quatre cas, on a oublié d'interroger les malades dans ce sens.

Etat du pouls. Dans les cas aigus, le pouls a présenté de 71 à 131 pulsations par minute.

Siége eu égard au début. Ordinairement le rhumatisme a débuté par les articulations des membres, et le plus souvent par celles des membres inférieurs.

Nombre des articulations envahies par le rhumatisme. Trois malades ont eu une seule articulation de prise; deux en ont eu deux; tous les autres en ont eu un plus grand nombre.

Durée moyenne de la maladie. Hiver, 16 jours 5/7es. Été, 24 jours 1/3.

Extrêmes en été et en hiver. 5 et 40 jours. D'où il résulte que la moyenne générale a été de 20 jours.

Phénomènes cardiaques. Sur 31 rhumatisans, 1 seul avait présenté des phénomènes morbides du côté du cœur (palpitations, essoufflemens), avant son affection rhumatismale. Chez un autre, immédiatement après le rhumatisme articulaire, il est survenu des troubles indiquant une altération du cœur.

Ces résultats sont tout à fait d'accord avec ceux que nous avons obtenus dans les années précédentes, à partir de 1837, époque à laquelle nous avons commencé nos recherches sur ce sujet.

Il résulte de nos relevés, qu'en quatre années, 86 rhumatisans ont été reçus à la clinique. Sur ces 86 malades, 6 avaient eu des affections organiques du cœur antérieurement à leur première attaque rhumatismale; 4 seulement ont eu des affections organiques du cœur postérieurement à leur première attaque de rhumatisme.

Il s'ensuit que la proportion des sujets qui, par suite de rhumatisme aigu, se trouvent atteints d'affections organiques du cœur, est beaucoup plus faible que ne le prétend M. Bouillaud.

Il en résulte encore que l'inflammation soit du péricarde, soit de l'endocarde, est loin de compliquer constamment le rhumatisme articulaire aigu : car s'il en était ainsi, les affections organiques du cœur devraient être beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le sont, à la suite du rhumatisme articulaire aigu. La connaissance de ce fait doit au moins rassurer les médecins contre les assertions trop positives que l'on a émises sur ce sujet.

Bruit de souffle. De même nous avons cherché la proportion dans laquelle le bruit de soufflet a existé chez nos rhumatisans, et nous avons trouvé à cet égard que sur les 31 rhumatisans reçus à la clinique cette même année, le bruit de souffle ne s'est présenté que chez 7 seulement; chez 2 on a simplement cru le soupçonner.

Pendant les années 1837, 38, 39 et 40, qui ont donné un total de 86 rhumatisans, nous avons dit, le bruit de souffle a été constaté dans 29 cas, au moins pendant quelques jours; ce qui fait un peu plus d'un tiers, ou une fois sur trois.

Mais pour assigner au juste la valeur de ce phénomène, et nous assurer jusqu'à quel point il se rattache d'une manière en quelque sorte indispensable, selon les uns, au rhumatisme, nous avons dû chercher s'il n'existerait pas dans d'autres maladies aiguës où le concours ou la complication d'une péricardite ou d'une endocardite cesserait tout-à-fait de pouvoir être invoqué pour en expliquer l'existence. A cet égard, voici les résultats que nous avons obtenus en nous livrant à la recherche du bruit de souffle chez les sujets, reçus dans cette année à la clinique, atteints de maladies aiguës, sans complication, bien entendu, d'affections organiques du cœur; nous l'avons rencontré :

1° Chez quatre malades atteints de pneumonie, dont trois se sont parfaitement rétablis; chez le quatrième, qui a succombé, on rencontre pour toute lésion un léger épaississement des valvules sygmoïdes. Chez un cinquième pneumonique, qui a également succombé, et chez lequel le bruit de souffle avait été assez prononcé pour faire soupçonner l'existence d'une endocardite, on n'a trouvé aucune trace de cette affection ni d'aucune autre, du côté du cœur.

2° Chez trois sujets atteints de variole, le bruit de souffle a également existé, et a disparu avec la maladie, sans laisser derrière lui aucune trace d'une altération matérielle quelconque, survenue dans le cœur.

3° Dans un cas de fièvre typhoïde suivi de mort, et dans lequel les recherches nécropsiques du côté du cœur ont également fourni des résultats négatifs.

4° Dans deux cas de bronchite simple, le bruit de souffle a existé d'une manière évidente.

5° Dans tous les cas de métrite aiguë, un bruit de souffle passager a accompagné le premier bruit du cœur.

En résumé, le bruit de souffle, qui est loin d'être constant dans le rhumatisme articulaire aigu, n'appartient pas non plus exclusivement à cette maladie, puisqu'on l'observe également dans d'autres affections aiguës, quoiqu'à la vérité avec moins de fréquence. K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur en bissac du poignet, contenant une foule de petits corps. — Origine de ces corps. — Considérations pratiques sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Vendredi dernier, est entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Catherine, n° 1), la nommée Joséphine Pâris, âgée de vingt-cinq ans, portant sur la face antérieure du poignet et de la main gauche une tumeur bilobée dont nous allons décrire les caractères et le siége précis. Cette femme n'a été réglée qu'à l'âge de dix-huit ans, et elle nous dit qu'elle a beaucoup souffert avant l'établissement régulier de cette fonction. Elle présente tous les caractères du tempérament lymphatique. Elle a souvent ha-

bité dans des lieux froids et humides. Elle assure n'avoir jamais été affectée d'aucune maladie vénérienne. Enfin, d'après son dire, elle aurait toujours joui d'une bonne santé, à part les souffrances et les indispositions qu'elle a éprouvées lors de l'apparition de ses règles.

Quoi qu'il en soit, il y a environ trois ans qu'elle éprouva, sans cause appréciable, une fatigue, ou plutôt un engourdissement du poignet gauche, engourdissement qui s'étendait parfois jusqu'au coude, et qui persista, avec des intermittences, pendant plus d'un mois, sans que la malade aperçût aucune espèce de tuméfaction sur le poignet affecté. Elle nous dit qu'à cette époque, elle habitait un rez-de-chaussée très humide. (Nous ne prétendons pas donner à cette remarque plus d'importance qu'elle n'en mérite; c'est un simple renseignement que nous ne croyons pas devoir omettre ici.) Six semaines après l'apparition de ces premiers phénomènes, survint immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, une petite tumeur mollasse qui fut suivie, environ deux mois après, d'une tumeur analogue située dans la paume de la main.

Ces deux tumeurs acquirent en peu de temps à peu près le volume qu'elles offrent aujourd'hui; elles ne lui ont jamais occasionné de grandes souffrances. Tout ce qu'elle éprouve, c'est un engourdissement des doigts, du poignet et de l'avant-bras, engourdissement qui depuis quelques mois se transforme souvent en un fourmillement très désagréable. Maintenant surtout, dès qu'elle fatigue tant soit peu ses doigts, elle éprouve de certaines douleurs et une fatigue qui la forcent de quitter son travail.

C'est cette dernière considération, plutôt que la tumeur en elle-même, qui l'a engagée à entrer à l'hôpital, et à supplier M. Velpeau de la débarrasser de son mal. Elle nous dit qu'on a déjà essayé une foule de topiques, tels que vésicatoires volans, ventouses, sangsues, cataplasmes et linimens de toute espèce, etc.; mais toutes les tentatives ont été vaines; la tumeur n'a été modifiée en aucune manière.

Voici, du reste, dans quel état se trouve actuellement la région occupée par le mal :

Immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, existe une tuméfaction de forme assez régulière, mollasse, n'ayant qu'un pouce dans son plus grand diamètre, et ne faisant pas une saillie bien prononcée au-dessus des parties voisines. Immédiatement au-dessous du ligament dont nous venons de parler, existe une seconde tumeur qui se prolonge dans tout le creux de la main, et qui par conséquent offre un plus grand diamètre que la précédente. Cette tumeur remplit toute la paume de la main, qu'elle rend de niveau avec les éminences thénar et hypothénar.

Ces deux tumeurs sont fluctuantes; mais ce n'est pas cette fluctuation franche qui décèle l'existence d'une collection purement liquide. On sent quelque chose de fongueux et de crépitant. En appliquant une main sur chacune d'elles, il est facile de se convaincre qu'elles communiquent ensemble au-dessous du ligament antérieur du carpe En effet, la pression exercée sur l'une, détermine le soulèvement des doigts appliqués sur l'autre; et de plus, on sent parfaitement le déplacement de la matière qu'elles contiennent, déplacement qui donne d'une manière évidente la sensation d'un frottement tout particulier, semblable à celui que produirait le choc de petits corps solides entr'eux. Ce dernier signe est caractéristique, comme nous le dirons bientôt. Du reste, la peau qui recouvre ces deux tumeurs est parfaitement intacte.

En présence de pareils signes, M. Velpeau ne balança pas à porter le diagnostic suivant :

« Kyste développé dans la cavité synoviale de la paume de la main et de la face palmaire du poignet, contenant une foule de petits corps qui n'ont aucune analogie avec les hydatides ou autres entozoaires, et qui ne sont autre chose que des concrétious, soit de pus, soit de lymphe plastique, et le plus souvent de sang. »

Voici, du reste, le résumé des considérations émises par M. Velpeau sur cette maladie.

L'affection que présente notre malade, dit-il, n'est point nouvelle; on en trouve quelques exemples dans les anciens recueils d'observations; mais ces faits avaient été mal appréciés, ou étaient passés pour ainsi dire inaperçus. Ce n'est guère que depuis Pelletan, et surtout depuis les recherches de Dupuyrren, qui la désigne sous le nom de *kyste hydatique du poignet*, que l'attention des observateurs a été fixée ici d'une manière toute particulière. Du reste, l'opinion de Dupuytren ne me paraît pas exacte. Chacun sait, et l'on peut d'ailleurs s'en convaincre en lisant les leçons orales de ce professeur, publiées par MM. Brière de Boismont et Marx (deuxième édit., t. II, p. 148 et suiv.), que, pour le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ces petits corps, contenus dans la classe de tumeurs qui nous occupent, ne sont autre chose que des hydatides, et que l'analyse de ces corps, faite à différentes reprises et avec le plus grand soin, par M. Bosc, membre de l'Institut, et par M. Duméril, ne put modifier en rien ses idées sur ce point. M. Raspail, il est vrai, est venu en aide à Dupuytren, en disant « qu'il s'est cru en droit de désigner cette espèce de corps sous le nom *d'ovuligère de l'articulation du poignet;* genre nouveau, intermédiaire entre l'hydatide proprement dite, ou vessie kysteuse, contenant un ver libre, presque toujours solitaire, et la cénure, ou vessie kysteuse, contenant plusieurs vers groupés, adhérens à la poche. » (Nouv. syst. de chimie organique, 2e édit., tom. II, page 632.)

Quoique je reconnaisse à M. Raspail de profondes connaissances chimiques, et à Dupuytren un coup-d'œil observateur remarquable, je ne puis m'empêcher de répéter que leur opinion sur le sujet qui nous occupe, ne me paraît point exacte. Je suis maintenant parfaitement convaincu que ces corps ont une toute autre origine que celle qu'on prétend leur assigner. J'ai eu maintes fois l'occasion de les étudier sous toutes leurs phases. Dans un assez grand nombre de cas, j'ai assisté, pour ainsi dire, à la première période de leur formation, et je les ai suivi ainsi jusqu'à leur entier développement. Eh bien, aujourd'hui il ne me reste plus aucune espèce de doute que ces corps ne sont autre chose que des concrétions, soit de pus, soit de lymphe plastique, et le plus souvent de sang.

Du reste, ce n'est pas seulement au poignet que ces tumeurs se montrent. Elles peuvent exister partout où il y a des bourses muqueuses. Pour ma part, j'en ai rencontré sur les bourses muqueuses de l'olécrâne, de l'acromion, du grand trochanter, du dos du pied, etc. D'autres praticiens ont observé des cas semblables.

Ces petits corps se rencontrent aussi dans les articulations : mais là ils offrent ordinairement un plus gros volume. On a cru alors qu'ils étaient formés par des portions de cartilage détachés des têtes osseuses, tandis qu'ils ont en réalité la même origine que ceux dont je viens de parler.

Nous ne suivrons pas M. Velpeau dans les détails qu'il a présentés sur la nature de ces corps et sur leur mode de développement.

Le diagnostic de cette classe de tumeurs est facile à établir. Toutes les fois, dit M. Velpeau, qu'une tumeur existe dans une région occupée par une boule muqueuse ou une cavité synoviale, et que cette tumeur offre le genre de crépitation et la série de phénomènes que nous avons notés chez notre malade, on peut être certain qu'il s'agit d'une tumeur semblable à celle qui nous occupe en ce moment.

Cette affection, bénigne en apparence, et qu'une foule de sujets portent quelquefois pendant très long-temps sans en éprouver de grandes incommodités, finit souvent par devenir une maladie très grave. En effet, si on l'abandonne à elle-même, elle peut prendre un développement plus ou moins considérable; et d'un autre côté, comme le seul remède efficace, jusqu'à ce jour, du moins, est l'incision, on devine facilement que, eu égard au siége du mal, une opération dans ces cas est toujours une chose excessivement dangereuse. Nous devons ajouter toutefois que les dangers ici sont proportionnés au siége précis de mal. Ainsi, lorsque ces tumeurs sont contenues dans une boule muqueuse bien limitée, les dangers seront moins grands que dans une cavité synoviale très étendue, telle que celle dans laquelle se trouve placée la tumeur de notre malade. L'inflammation qui suivra ici l'opération peut envahir tout l'avant-bras; et de là des désordres et des dangers qui sont trop bien connus pour que je m'arrête à les mentionner.

Quoi qu'il en soit, la malade qui est venue réclamer nos soins ne peut presque plus se servir de la main, et demande à être débarrassée de son mal. Il ne nous est plus permis de rien espérer des topiques, puisque tous ont déjà été essayés, et que d'ailleurs je suis convaincu qu'ils sont inutiles. Il ne nous reste plus qu'une opération chirurgicale. On a proposé alors de traverser la tumeur avec un séton, ou bien de la diviser dans toute son étendue au moyen d'une large incision, au lieu de pratiquer deux ou trois incisions; enfin de ne faire qu'une seule ponction, pour donner issue à la matière contenue, et d'exercer ensuite une compression méthodique. Plusieurs de ces méthodes comptent des succès; mais le plus souvent ces succès n'ont été obtenus qu'à la suite d'accidens très graves. Je dois cependant vous mentionner un succès remarquable que m'a communiqué M. Champion, de Bar-le-duc, et que j'ai consigné dans ma Médecine opréra toire (2e éd., t. III, p. 163).

« M. Duval, dit M. Champion, fabricant de toiles de coton, me consulta en 1810 pour un ganglion assez considérable qui soulevait la peau de la face palmaire de la main et qui se prolongeait le long du tiers inférieur de l'avant-bras, en passant sous le ligament annulaire du carpe, qui le divisait en deux centres. Ayant fait usage sans succès, pendant six semaines, du bandage de Théden, je plongeai un bistouri dans la partie inférieure de la tumeur de l'avant-bras, par laquelle il sortit plus de six onces de liquide, et à laquelle il se présenta bientôt la valeur de deux cuillerées à bouche au moins de petits corps étrangers du volume d'œufs de carpe, rougeâtres et peu durs.

L'appareil compressif de la main avait été réappliqué avant l'opération, et je ne cessai point de faire comprimer le kyste et tout le membre jusqu'à l'aisselle avec un bandage qu'on arrosa d'oxicrat mariné froid. L'incision, qui n'était d'abord que de la longueur de quatre lignes, dut être agrandie pour frayer un passage aux petits corps granuleux. Nul accident n'eut lieu; c'est à peine s'il survint de la phlogose. L'appareil ou le bandage roulé fut continué pendant un mois, en le bornant bientôt aux surfaces qui correspondaient à la maladie, et la guérison fut complète. J'ai opéré une seconde malade, dans un cas pareil, en 1822, dit M. Champion, seulement la tumeur était moins considérable; l'incision donna issue aussi à des concrétions, mais en plus petite quantité. »

De pareils faits, ajoute M. Velpeau, sont de nature à enhardir les praticiens; cependant il ne faudrait pas se faire illusion; ce sont là des opérations généralement très graves, que l'on ne doit tenter que lorsque les malades les réclament et que la maladie est devenue un obstacle à l'accomplissement de la fonction du membre. Notre malade est dans ce cas; aussi me déciderai-je peut-être à l'opérer, et alors je vous ferai connaître le procédé opératoire que je croirai devoir mettre en pratique.

— Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce fait.

Extraction d'une balle renfermée dans l'articulation du genou droit depuis vingt-sept ans. Guérison sans accidens.

Le 27 mars fut admis à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Vierge, n° 47) le nommé Baccuez Alexandre, âgé de cinquante-trois ans. Cet homme reçut, le 21 juin 1813, à la bataille de Vittoria, une balle qui pénétra dans les chairs par la face postérieure du genou. Il ne paraît pas que cette blessure l'ait beaucoup occupé alors. Il dit qu'il croyait que la balle était sortie. Fait prisonnier, il resta en Angleterre pendant quinze mois. Au retour des Bourbons, il prit du service dans la garde royale, et il dit que déjà à cette époque il ne pensait plus à son ancienne blessure. Quoi qu'il en soit du récit de cet homme, il est évident que si le corps étranger avait donné lieu à des accidens, il n'aurait pas pu continuer la vie active à laquelle sa profession l'obligeait.

Dans le courant du mois de janvier dernier Baccuez fit une chute sur le genou droit, et dès-lors, dit-il, il put constater la présence du corps étranger. Depuis cette époque, des accidens inflammatoires se sont répétés à différentes reprises, le genou a pris un développement assez considérable, semblable à celui qu'on observe dans les arthropathies fongueuses, et le malade ne pouvant plus supporter cet état, est venu réclamer les soins de la chirurgie.

A la première visite, M. Velpeau constata d'une manière évidente la présence de la balle, et proposa au malade d'en pratiquer l'extraction.

L'opération fut pratiquée le 2 avril, de la manière suivante : Le corps étranger fut repoussé avec force sur le côté interne du genou et fut fixé en place par l'anneau d'une clef qu'on appliqua sur lui; une incision fut pratiquée sur ce point et la balle put être extraite sans difficulté. La plaie fut immédiatement recouverte d'un morceau de sparadrap, et l'articulation fut maintenue immobile par un bandage approprié.

Quatre jours après, la plaie était cicatrisée, et le 18 de ce mois le malade a pu sortir de l'hôpital sans avoir éprouvé aucune espèce d'accidens.

Ce succès ne saurait diminuer en aucune manière les craintes que doit inspirer aux praticiens l'extraction d'un corps étranger contenu dans une cavité articulaire, et faire négliger certaines précautions dont on a senti toute l'importance dans ces dernières années.

Nouveau traitement de l'épilepsie.

Le malade dont nous avons parlé dans le numéro du 8 avril, est sorti de l'hôpital le 15 de ce mois. Dans la nuit du 9 au 10, il paraît, au dire des malades *voisins*, qu'il aurait éprouvé un léger accès pendant son sommeil; mais il nous a affirmé lui-même qu'il n'en avait pas connaissance. Quoi qu'il en soit, c'est le seul qu'il aurait eu depuis les opérations dont nous avons parlé.

Cet homme, qui se croit guéri, a demandé à M. Velpeau de sortir de l'hôpital, promettant bien de revenir si son mal reparaissait.

Nous le répétons, ce fait n'est pas concluant et ne saurait servir de base à une méthode de traitement de l'épilepsie. Cependant, notons que cet homme avait depuis trois mois un ou deux accès par jour, et que depuis les opérations, c'est-à-dire pendant quinze jours, tout a disparu. Nous ne croyons donc pas aller trop loin en disant que c'est une ressource à essayer.

HOSPICE DE BICÊTRE.

LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE;

Par M. MALGAIGNE, *chirurgien de l'hospice de Bicêtre.*

Rédigées par Th. ROUSSEL, interne et lauréat des Hôpitaux.

Des luxations scapulo-humérales, et d'une nouvelle variété de ces luxations le plus souvent compliquée de fracture.

L'histoire des luxations scapulo-humérales est toute moderne. Les anciens les avaient étudiées sans dissection, et classées sans méthode. Cependant leurs divisions mathématiques furent adoptées par l'école de Desault et confirmées par l'autorité de Boyer, qui avait fait quelques dissections dont il ne tira point profit; c'est même à Boyer qu'on doit surtout la confirmation de l'existence scientifique d'une luxation imaginaire et qu'il regardait comme très commune, la luxation *en bas*, sous la cavité glénoïde. C'est en effet cette luxation que M. Malgaigne est arrivé à nier le premier, en démontrant que, pour qu'elle se produisît, il faudrait d'abord que la capsule fût déchirée complètement, et après cette déchirure la tête serait attirée en haut par les muscles. Les expériences que M. Malgaigne entreprit dès-lors sur le cadavre lui démontrèrent que les modes de production des luxations et leurs symptômes étaient les mêmes sur le vivant et sur le cadavre, et que les plus fréquentes de toutes les luxations scapulo-humérales étaient celles dans lesquelles la tête venait se placer sous l'apophyse coracoïde, et que pour cette raison M. Malgaigne nomme *sous-coracoïdiennes.*

Bientôt deux cas qu'il décrivit avec de très grands détails lui montrèrent la tête luxée, portée très fortement en dedans et presque immédiatement placée sous la clavicule; il désigna cette espèce sous le nom de *luxation sous-scapulaire*, parce qu'il pensait alors que la tête était placée dans la fosse sous-scapulaire. Du reste, il n'avait pu produire cette luxation sur le cadavre. Aujourd'hui, rien n'ayant confirmé cette première manière de voir, il aban-

donne cette dénomination et adopte de préférence celle de *sous-claviculaire* qui appartient à M. Velpeau.

C'est sur ces expériences et sur ces observations que M. Malgaigne fonda sa première classification des luxations de l'épaule. Les luxations sous-coracoïdiennes furent divisées en *complètes* et *incomplètes*, d'après des signes méconnus, il est vrai, mais très précis, et observés sur le vivant. En effet, la position des tubérosités de l'extrémité inférieure de l'humérus est l'indice certain de la position de la tête, c'est-à-dire que le bras se trouve dans une rotation d'autant plus prononcée en dehors, que la tête s'est portée plus complètement en dedans; et c'est ce degré de rotation du bras, auquel personne n'avait fait attention, qui indiqué si la luxation est complète ou incomplète. Cette distinction est encore confirmée par l'autopsie des luxations anciennes, qui montre que tantôt le rebord interne de la cavité glénoïde s'est creusé une cavité entre la tête et les tubérosités (luxation complète), tantôt sur le milieu de la tête elle-même (luxation incomplète).

La doctrine de M. Malgaigne reçut, pour la première fois, une sanction publique dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Dupuytren n'ayant pu réduire une luxation sous-coracoïdienne par les procédés alors en usage, pensa qu'il avait eu affaire à une fracture ancienne non consolidée; M. Malgaigne lui écrivit pour lui exposer ses idées nouvelles; Dupuytren les prit pour guide et la luxation fut réduite.

C'est à dater de cette époque que l'attention s'est fortement portée sur les luxations de l'épaule. MM. Sédillot, Pétrequin et Velpeau ont proposé, comme à l'envi, des classifications nouvelles; toutes admettaient les luxations sous-coracoïdiennes sous des noms divers: M. Velpeau les appela *sous-pectorales;* il donna le nom que M. Malgaigne adopte, de *sous-claviculaire*, à la luxation *sous-scapulaire* de ce dernier auteur. Enfin, il en admit une autre qu'il appela *sous-scapulaire*, dans laquelle la tête reposait dans la fosse sous-scapulaire, ce que M. Malgaigne n'admet pas aujourd'hui.

Depuis deux ans, de nouveaux faits ont apporté à M. Malgaigne de nouvelles lumières, et l'ont forcé de proposer une classification nouvelle en lui montrant sept cas qui s'éloignaient de sa première classification. Il a vu d'abord la *luxation en arrière*, mais dans tous les cas elle était *sous-acromiale*; il persiste encore à nier la *luxation sous-épineuse*.

Voici les autres cas qui constituent la variété nouvelle, qu'il appelle *intra-coracoïdienne*. Le premier fut observé chez une femme de soixante ans, et dont la luxation fut produite par une chute sur le bord d'un trottoir, le bras étant éloigné du tronc et fortement tendu. Les symptômes différaient notablement de ceux de la luxation sous-coracoïdienne. Ainsi, la tête était très difficilement et très mal sentie dans l'aisselle; le bec coracoïdien était au moins aussi facile à sentir en avant que la tête elle-même. M. Malgaigne ne put réduire cette luxation qu'en attachant un lacs au poignet, faisant passer ce lacs au-dessus d'une porte, et tandis qu'un aide tirait sur l'extrémité libre du lacs de manière à soulever la malade, pressant fortement lui-même sur l'épaule du côté luxé.

La deuxième observation concerne un consul de Tunis, qui avait fait une chute de cheval, dans laquelle le poids du corps avait porté sur l'épaule droite. Des tentatives de réduction par l'appareil de M. Mayor de Lausanne avaient été faites inutilement à Marseille. Les phénomènes ressemblaient à ceux du cas précédent; la tête paraissait portée plus en dedans, et la rotation de l'humérus plus prononcée que M. Malgaigne ne l'avait vu jusque-là.

Le troisième cas fut observé sur un carrier, qui avait fait également une chute sur l'épaule. La luxation avait été réduite; mais la luxation se reproduisait au moindre effort que le malade faisait, ses bras étant levés en haut.

Le quatrième cas fut observé chez un médecin, M. Rigal, qui s'était luxé le bras en tombant sur le moignon de l'épaule. Dix-neuf tentatives de réduction furent exercées en province; le procédé de M. Malgaigne pour les luxations sous-coracoïdiennes échoua aussi. La réduction fut obtenue le cinquantième jour, avec des particularités sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Trois autres cas observés chez des vieillards ont présenté des symptômes et des difficultés semblables. Dans tous les cas, à l'exception du premier, la luxation s'était produite sous l'influence d'une chute sur le moignon de l'épaule; et dans les cas où la réduction fut obtenue, l'on entendit après la réduction une crépitation tout à fait semblable à celle des fractures.

Une autopsie est enfin venue porter de nouvelles lumières sur tous ces cas. Un vieillard de l'hospice de Bicêtre fit, au mois de janvier 1841, une chute sur le moignon de l'épaule, et se luxa le bras droit; M. Malgaigne réduisit la luxation par le procédé que nous allons indiquer. Le malade mourut le douzième jour. Les symptômes avaient été ceux que nous avons assignés aux cas mentionnés plus haut; la crépitation avait été entendue après la réduction. On trouva une fracture avec arrachement de la grosse tubérosité qui était attachée au muscle sus-épineux; la tête était fortement tournée en dedans, mais l'intégrité de la portion postérieure de la capsule l'empêchait d'aller au-delà du point des luxations sous-coracoïdiennes.

Dans ce cas, et M. Malgaigne pense qu'il en est ainsi dans les cas qui, chez le vivant, présentent les mêmes phénomènes et les mêmes difficultés pour la réduction, le principal obstacle que rencontrent les efforts du chirurgien réside dans l'engrenage osseux de la surface fracturée avec le bord interne de la cavité glénoïde; cet obstacle était évident dans le cas qui nous occupe. En effet, dans les luxations, les puissances musculaires ne sauraient opposer plus de résistance que dans les fractures; aussi lorsque cet engrenage n'existe pas, il suffit, pour réduire, de placer le bras de manière à ce qu'il fasse un angle droit ou obtus avec le tronc, c'est-à-dire de manière à ce que les muscles de l'épaule se trouvent placés en droite ligne par rapport à la direction de l'extension; et c'est pour cela que le procédé de M. Malgaigne réussit toujours dans ces cas, et qu'il amène la réduction avec de légers efforts et presque sans douleurs.

Mais dans les cas où l'engrenage osseux existe, ce procédé ne saurait réussir, et M. Malgaigne a eu recours à un procédé nouveau qui consiste à se servir du bras luxé comme d'un levier du premier genre dont le bras de la puissance est le plus long possible, et le bras de la résistance le plus court possible, ce qui s'obtient en plaçant le poignet dans l'aisselle et faisant basculer le bras sur lui.

Une conséquence de la fracture de la grosse tubérosité, qui explique la crépitation mentionnée dès long-temps par M. Velpeau et observée aussi par M. Malgaigne, c'est que les mouvemens du bras ne se rétablissent point complètement; elle explique aussi une particularité que M. Malgaigne a notée dans deux cas, c'est que la réduction paraît n'être pas obtenue lorsqu'elle est réellement complète. Dans ces deux cas, en effet, on observa que le bras semblait tomber et se porter en avant, et qu'un intervalle considérable séparait l'acromion de la tête humérale. M. Rigal observa même sur lui que cette particularité n'existait que lorsqu'il était debout: dans le lit la réduction lui paraissait parfaite. Cette circonstance s'explique très-bien par l'arrachement de la grosse tubérosité qui empêche l'action du muscle sous-épineux qui attirait l'humérus en arrière, et du sus-épineux qui le tirait en haut.

En résumé, M. Malgaigne admet aujourd'hui les luxations suivantes:

1° Luxation en arrière ou sous-acromiale, presque toujours incomplète.

2° Luxation en avant: sous-coracoïdienne complète, incomplète; — intra-coracoïdienne presque toujours compliquée de fracture; — sous-claviculaire.

Le diagnostic différentiel de ces trois dernières est très facile à établir.

1° *Luxation souscoracoïdienne.* La tête est sous l'apophyse coracoïde, de telle sorte que le bec coracoïdien n'est pas aussi saillant en avant que la tête qu'il surmonte et au milieu de laquelle il se trouve correspondre. En général, la portion la plus convexe de la tête se trouve dans l'aisselle et presque sous la peau; le bras dans une rotation en dehors, plus ou moins prononcée, selon que la luxation est complète ou incomplète. Cette luxation se réduit toujours par le procédé de M. Malgaigne.

2° *Luxation intra-coracoïdienne.* La tête est sous l'apophyse coracoïde, mais elle en est quelquefois séparée par un intervalle; le bec coracoïdien fait plus de saillie que la tête humérale, et si l'on porte le doigt dans l'aisselle, on sent très difficilement la tête; ce n'est qu'après avoir fait exécuter le mouvement de bascule que nous avons indiqué, qu'elle devient aussi facile à sentir que dans la luxation sous-coracoïdienne.

3° *Luxation sous-claviculaire.* La tête se trouve sous la clavicule; on ne la sent pas dans l'aisselle, et si l'on enfonce le doigt dans le creux axillaire, on sent qu'il est serré entre les côtes et la diaphyse humérale.

HOPITAUX DE LONDRES.

Dernière maladie et autopsie du corps de sir A. Cooper.

Plusieurs mois avant sa dernière maladie, sir A. Cooper éprouvait de temps en temps une grande dyspnée au moindre exercice, et ses amis s'étaient aperçus que son teint indiquait quelque obstacle sérieux dans la circulation. Il ne s'est alité que six semaines avant sa mort; jusque-là, il préférait passer la plus grande partie des nuits dans un fauteuil. Il continua toujours à voir quelques malades, tant en ville que chez lui. Dans les derniers temps il a été saisi de toux fréquente, laquelle reparaissait immédiatement s'il essayait de se coucher. La goutte qui l'avait si souvent visité depuis plusieurs années à des époques périodiques, s'est montrée imparfaitement dans le premier doigt de la main gauche; ses jambes ont commencé à gonfler, ce qui a été attribué à la position inclinée dans laquelle elles restaient habituellement.

Pendant tout ce temps, il a refusé les secours de la médecine, et ce n'est que le 22 janvier qu'il a consenti à se laisser visiter médicalement par un confrère. A la première visite, il était assis sur sa chaise, son tronc incliné en avant, son menton appuyant presque sur la poitrine; son pouls était accéléré; pas le moindre bruit anormal à la région du cœur; mais les battemens de cet organe étaient étendus et se laissaient entendre au côté droit de la poitrine. Les poumons présentaient beaucoup de râle, mais ils n'étaient ni obstrués (*consolidated*) ni comprimés, et étaient sensibles dans tous les points de la poitrine.

Les remèdes ont semblé plus d'une fois produire une rémission temporaire des symptômes. Une attaque de goutte au pied a semblé aussi soulager la poitrine; mais cela n'a pas empêché la maladie de marcher et de s'accompagner d'attaques effrayantes de dyspnée. Pendant ces attaques, la face du malade devenait pourpre et son intelligence confuse. C'est dans un de ces paroxysmes qu'il a succombé le 12 février.

Peu avant sa mort, sir Astley Cooper a exprimé le désir que son corps fût ouvert et les détails de l'autopsie consignés dans le recueil trimestriel de l'hôpital Guy (*Guy's hospital reports*); [illegible] particulièrement fait allusion à quatre points dans les recherches nécroscopiques: 1° à une hernie inguinale oblique guérie; 2° à une hernie ombilicale guérie; 3° à une phthisie pulmonaire soupçonnée dans sa jeunesse; 4° à l'impossibilité de dormir lorsqu'il était couché sur le côté gauche.

Nécropsie. L'air était chaud et humide. On voit de légères lésions cadavériques à la partie postérieure du corps par la gravitation; la surface antérieure du cadavre est exsangue; les membres inférieurs sont fort œdémateux dans toute leur étendue; pas d'infiltration séreuse aux bras ni dans aucune partie de la surface du corps.

La tête n'a pas été examinée.

L'ombilic présente une projection globulaire du volume d'une grosse noix, qui rétrocède par la pression et laisse dans la ligne blanche une ouverture ronde bien dessinée, capable d'admettre le bout du petit doigt. Cette tumeur était formée par l'agrégation de plusieurs lobes de graisse placés derrière l'ombilic entre celui-ci et le péritoine. La surface libre de la tumeur était ridée et présentait une forme tubéreuse dépendant probablement d'un travail inflammatoire par suite des moyens artificiels qu'on avait employés durant la vie pour en procurer la guérison (1).

Les parois thoraciques et abdominales offrent une couche de graisse de l'épaisseur d'un pouce environ, molle et oléagineuse. Le tissu musculaire est pâle, mou et flasque. Cette dernière expression est applicable à tous les tissus. La cavité du péritoine ne contient ni gaz, ni liquides épanchés. Le grand épiploon est chargé de matière adipeuse, contracté et ne s'étend pas plus de deux pouces au-dessous du colon transverse. Quelques adhérences membraneuses anciennes existent entre l'angle droit du colon et la vésicule biliaire. Une transsudation cadavérique de bile a légèrement teint les parties environnantes.

Les viscères occupent leur position naturelle, à l'exception du cœcum, qui est complètement enveloppé par le péritoine, et par conséquent moins fixe que de coutume.

Le foie est sain en apparence; quelques points de la surface sont légèrement ridés et inégaux. A la dissection, il paraît congestionné de sang veineux, offrant cet état qu'on appelle *apparence de noix muscade* (nutmeg appearance).

La vésicule biliaire est petite, contient une quantité modérée de bile saine, laquelle passe dans le duodénum par une légère pression.

La rate est plus grosse que dans l'état naturel; sa capsule est un peu opaque, et l'intérieur de l'organe très ferme. Une section présente une surface lisse, fétide et de couleur pourpre grisâtre.

L'estomac est très large et distendu par des gaz; son extrémité cardiaque est brune par transsudation cadavérique ou par l'action des fluides gastriques sur le sang; ses tissus paraissent tout-à-fait sains.

Les petits intestins ne présentent rien d'anormal, ni les gros intestins, excepté une dilatation du cœcum dont les parois paraissent minces et la membrane muqueuse congestionnée.

Le pancréas est sain.

Les reins sont entourés d'une quantité considérable de tissu adipeux, remarquablement dense et très adhérent à la capsule fibreuse. La substance des reins est très congestionnée de sang, hypertrophiée; sa surface ramollie et légèrement granuleuse. Ces conditions sont plus prononcées à la partie inférieure du rein gauche; elles sont moins avancées mais plus générales dans le rein droit. A la face antérieure de ce dernier, près de son bord convexe, existent deux petits kystes contenant un fluide jaune.

Les capsules surrénales sont saines.

La vessie urinaire est saine et contractée, et contient environ deux drachmes d'urine trouble blanchâtre.

L'anneau abdominal interne, du côté gauche, est remarquable par un prolongement tubulaire du péritoine, de l'étendue d'un pouce, dans le canal inguinal.

Une dépression existait également dans l'endroit correspondant de l'autre côté, le fond de laquelle était ferme, irrégulier et ridé. Un examen très minutieux y a fait découvrir un petit canal séreux, d'une ligne de large seulement, qui suivait le canal spermatique et allait s'ouvrir dans la tunique vaginale; c'était là un reste d'une ancienne hernie inguinale congénitale (2).

En soulevant le sternum et les cartilages des côtes, les poumons paraissent épanouis, couvrent le péricarde, et ne semblent pas vouloir s'affaisser. Pas d'adhérences pleurétiques, ni d'épanchement, excepté dans la cavité pleurale droite qui contient trois onces de sérum sanguinolent, trouble. Une petite pleurite récente est rencontrée vers le milieu du poumon droit, avec une légère adhérence par de la lymphe plastique, aux lobes correspondants, dans une petite étendue. Les deux poumons présentent un emphysème vésiculaire général au plus haut degré, et leurs bords sont plus arrondis que dans l'état naturel.

Le larynx n'a pas été examiné.

La membrane interne de la trachée et des grosses bronches est lisse, mais de couleur pourpre obscure, par suite d'une congestion des petits vaisseaux sanguins. Les mêmes apparences existent dans les ramifications bronchiques, dont les plus petites sont pleines d'un mucus puriforme très tenace, et dont plusieurs sont très dilatées. Les deux poumons sont extrêmement congestionnés de sang noir, surtout vers le centre des lobes.

A la partie supérieure et postérieure du poumon droit,

(1) Sir Astley Cooper portait habituellement un morceau de liége adapté à l'ombilic et maintenu à l'aide de bandelettes adhésives, depuis plusieurs années jusqu'à sa mort.

(2) Sir Astley Cooper avait porté un brayer à l'anneau inguinal droit, depuis l'âge de dix-neuf jusqu'à vingt-cinq ans.

existe une petite dépression, à surface un peu contractée, de l'étendue d'une pièce de six pences. Une section sur ce point met à découvert une masse calcaire, à surface inégale, du volume à peu près d'un petit pois. Cette masse existe à trois lignes environ de la plèvre.

On ouvre le péricarde ; le cœur est très gros et distendu. Deux onces environ de sérum noir et trouble occupent la partie postérieure de la cavité. L'oreillette droite et le ventricule correspondant sont pleins d'un sang très noir, imparfaitement coagulé. Les valvules auriculaires sont saines. Une des valvules pulmonaires présente, près de son union avec la valvule voisine, une perforation pouvant donner passage à une petite plume d'oie. L'artère palmaire contient un coagulum fibrineux, passablement ferme, s'étendant jusqu'à sa cinquième division. Ce coagulum forme une masse qu'on a pu tirer avec des pinces.

L'oreillette gauche et le ventricule du même côté sont remplis d'un gros coagulum noir à moitié liquide. Une large portion de la valvule mitrale est opaque et un peu épaissie ; dans le reste elle est saine. Les valvules aortiques sont épaissies et un peu indurées à leurs bords fixes ; leurs bords libres présentent une apparence de santé remarquable, eu égard à l'âge.

Le ventricule gauche est très dilaté ; son sommet est plus large et plus allongé que dans l'état naturel ; ses parois sont un peu hypertrophiées, mais les fibres musculaires de tout l'organe sont pâles, flasques et fragiles.

L'aorte est petite et étroite ; elle poursuit sa marche ordinaire, mais elle fournit la vertébrale gauche entre la carotide primitive gauche et la sous-clavière gauche. L'entrée de l'artère innominée est contractée, et légèrement irrégulière.

Plusieurs petites squammes jaunâtres, opaques, irrégulières, se voient sous la membrane interne de l'aorte thoracique et de la portion ascendante de la sous-clavière gauche. Dans plusieurs de ces points la membrane interne est très ramollie et se déchire sous une légère pression. Dans trois ou quatre points, elle est détruite dans une petite étendue, et couverte d'une petite couche de matière opaque, probablement de sang altéré, et qui se laisse aisément détacher des tissus sous-jacens. Cette circonstance a été particulièrement remarquée près de l'origine de l'artère innominée, au commencement de l'aorte descendante. Toute l'aorte abdominale est remplie de sang noir ; ses parois sont épaissies ; sa membrane interne est opaque et soulevée par la matière presque osseuse déposée au dessous d'elle. (*Guy's hospital reports*, avril 1841.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 20 avril.

Juges de l'Académie pour le nouveau concours à l'Ecole. — *M. le Président* fait connaître les noms des quatre juges et suppléant qui viennent d'être élus pour faire partie du jury du nouveau concours à l'Ecole. Ce sont :

Juges: MM. Réveillé-Parise, Jobert, Renoult, Espiaud.

Suppléant: M. Hervez de Chégoin.

Tubercules pulmonaires. — *M. Coster* écrit pour prier l'Académie d'ouvrir un paquet cacheté qu'il avait déposé autrefois. Cette ouverture étant faite, M. le secrétaire a donné lecture d'une note que le paquet renfermait. L'auteur rend compte de plusieurs expériences qu'il a faites sur des animaux pour produire et guérir les tubercules pulmonaires. Il compte le fer au nombre des meilleurs remèdes pour guérir cette affection.

Fièvre typhoïde. Sulfate de quinine. — *M. Jadelot* fait lire par M. Gérardin, au nom d'une commission dont il est rapporteur, un rapport officiel sur un travail adressé par M. Brocard, concernant une épidémie de fièvre typhoïde ou réputée telle, qui a régné dans le département du Gers, et qu'il a traitée avec un succès remarquable à l'aide du sulfate de quinine à haute dose, c'est-à-dire, cinq à dix centigrammes toutes les deux heures, un gramme à un gramme et demi par jour. Les autres médecins du pays traitaient l'épidémie à l'aide des saignées et des autres remèdes antiphlogistiques inutilement; la mortalité était générale. M. Brocard a imaginé son mode de traitement, et il a obtenu des effets aussi inattendus que salutaires à toutes les époques de la maladie. Il a rendu ainsi la vie à un très grand nombre d'individus, en poursuivant de pays en pays l'épidémie dans sa marche progressive. La commission a jugé favorablement les faits de M. Brocard, tout en regrettant leur manque de détails et de précision ; elle a apprécié surtout avantageusement l'idée de l'auteur, d'avoir attaqué une fièvre continue avec le sulfate de quinine à haute dose. Quelques expériences que la commission a faites en traitant de cette manière des sujets atteints de fièvre typhoïde, lui ont semblé donner des résultats avantageux ; mais elles n'ont pas été suffisamment multipliées. Les conclusions du rapport sont : 1° Décrire une lettre de remerciemens à l'auteur ; 2° de porter son nom sur la liste des candidats pour la prochaine nomination des membres correspondans ; 3° d'envoyer son travail au comité de publication.

M. Honoré attaque le rapport et les conclusions. Selon lui, il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde ; M. Brocard aurait traité une simple maladie intermittente, et, dans ce cas, son travail ne lui paraît présenter rien de neuf, ni mériter des encouragemens. Il demande, en conséquence, le renvoi du rapport à la commission pour en modifier les conclusions.

M. Emery parle dans le même sens.

M. Rochoux soutient à son tour qu'il s'agissait non de fièvre typhoïde, mais de fièvre intermittente, et l'on ne peut soutenir sûrement d'après lui que par cela même que le mal a guéri par le sulfate de quinine, l'auteur n'avait pas eu affaire à une fièvre typhoïde. Il appuie la proposition de M. Honoré.

M. Piorry n'adopte pas ces interprétations. Il parle dans le sens de la commission, et soutient qu'une fièvre continue peut être traitée avec succès à l'aide du sulfate de quinine, surtout si la rate est hypertrophiée, ainsi que cela s'observe souvent, dit-il, dans les fièvres dites typhoïdes. Les succès de M. Brocard lui paraissent naturels, d'autres en ayant obtenu de pareils. Il n'est pas vrai, ajoute-t-il, que le sulfate de quinine enflamme la muqueuse des voies digestives. M. Bally a depuis fort long-temps démontré cette vérité. En conséquence, M. Piorry vote p[...] conclusions du rapport.

M. Castel soutient que l'auteur n'a eu affaire qu'à une intermittente mal observée. Selon lui, une fièvre continue n[...] et ne doit jamais être coupée : elle doit se terminer par c[...] si on la traite par le sulfate de quinine, on l'exaspère.

M. Jadelot déclare que la commission s'est fait toutes le[...] tions dont on vient de parler ; elle a reconnu l'imperfecti[...] descriptions de M. Brocard, mais elle a dû considérer, [...] part, les services que ce praticien avait rendus à la popu[...] du Gers par la nouvelle méthode qu'il avait imaginée et mise en pratique. Cette double circonstance avait prévalu dans l'opinion des commissaires et donné lieu aux conclusions qu'on vient d'entendre.

M. Louis, qui est aussi membre de la commission, appuie les paroles du préopinant, et ajoute que les faits décrits par M. Brocard sont si incomplets sous le point de vue pathologique, qu'il est impossible de savoir en vérité quelle maladie il avait à traiter. Rien ne prouve d'une manière évidente qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde.

M. Capuron a connu particulièrement M. Brocard : c'est un médecin instruit ; il lui a parlé de ses cures, et d'après sa relation verbale, il aurait traité une épidémie de fièvre typhoïde. Les autres médecins du pays ont dit à M. Capuron qu'il s'agissait d'une fièvre maligne. Tous ces praticiens s'accordent sur l'exactitude des résultats obtenus par M. Brocard. M. Capuron les croit fort importans et aussi étonnans que ceux qu'il voit tous les ans à la Charité par la méthode des saignées coup sur coup. Il propose qu'une commission soit nommée pour constater ces résultats à la Charité par la méthode de M. Bouillaud, et d'expédier d'autres commissaires dans le département du Gers, où l'épidémie continue à régner, afin de bien préciser la nature de la maladie et les résultats de la méthode de M. Brocard.

M. Dubois (d'Amiens) trouve un peu exagérées les paroles de M. Brocard, dans sa lettre adressée au ministre ; il se fait fort de guérir toutes les épidémies d'après ce qu'il a observé dans son département. Comme l'Académie n'est pas suffisamment éclairée sur les faits en question, M. Dubois pense qu'il serait convenable de modifier les conclusions de la commission.

M. Bouillaud rappelle un principe essentiel à toute discussion, la connaissance exacte des faits. Or, les faits étant ici incomplets, obscurs, mal saisis, équivoques, il est impossible de se livrer à une discussion quelconque, puisque, d'après ce que vient de dire M. Louis, on ne sait pas à quelle espèce de maladie l'auteur a eu affaire. L'Académie ne peut en conséquence porter aucun jugement sur le travail de M. Brocard ; il en propose le dépôt pur et simple aux archives, et il s'abstient à cause de cela d'entrer dans la discussion de la fièvre typhoïde, que quelques membres viennent d'entamer.

M. Capuron. Que l'Académie écrive à M. Brocard, pour avoir des explications plus détaillées et plus précises.

M. Double propose de suspendre le jugement, et d'écrire en attendant à deux des correspondans de l'Académie dans le département du Gers, afin d'avoir des détails précis sur l'épidémie traitée par M. Brocard.

M. Husson propose d'écrire en même temps à M. Brocard.

Ces deux propositions de MM. Double et Husson sont mises aux voix et adoptées.

En conséquence, la commission a retiré son rapport jusqu'à nouvel ordre.

Liquide péricardien. — *M. Lacochie* lit quelques remarques sommaires sur des recherches expérimentales et nécroscopiques qu'il a faites concernant le liquide qu'on trouve dans le péricarde de la plupart des cadavres. Il a considéré ce liquide sous le point de vue de sa composition physique et des causes de ses altérations. Il n'est entré cependant dans aucun détail pour faire saisir la partie réellement neuve de son travail. (Commission.)

Oculistique. *M. Bouvier* lit la première partie d'un mémoire concernant différens vices de la vision, tels que le strabisme, la myopie, la presbiopie, la diplopie. Il arrive à cette conclusion, quant à la myopie, qu'il est complètement faux de prétendre, comme on l'a avancé dernièrement, que la cornée soit bombée dans ce vice visuel, et que l'on puisse faire débomber cette membrane à l'aide de la myotomie. Il est également faux de soutenir que la myopie ait été jamais guérie ou soulagée par l'opération du strabisme. L'erreur, dans ce cas, tient au défaut d'observation ; on a pris l'ambliopie qui accompagne souvent le strabisme pour de la myopie, et l'on s'est imaginé avoir rendu la vision presbyte ou plus étendue par un changement opéré dans la convexité de la cornée, tandis qu'il ne s'agit d'autre chose que de la diminution de l'ambliopie par le retour des fonctions de l'organe. M. Bouvier, qualifie au reste d'assertions mensongères les prétendues guérisons de myopies isolées, à l'aide de la myotomie.

Autoplastie urétrale. — *M. Ricord* présente un malade qu'il a guéri d'une double fistule de la portion pénienne de l'urètre, à l'aide d'une nouvelle méthode. Cette méthode consiste à pratiquer artificiellement une fistule dans la portion périnéale de l'urètre, à l'aide du bistouri et des sondes en permanence ; à attendre long-temps que toute l'urine ait pris le chemin de la fistule artificielle, puis après à opérer la suture des fistules pénie[...] Une première tentative faite trop tôt, et avant que l'urine [...] pris en totalité la voie périnéale, a échoué ; une seconde a [...] faitement réussi. Aussitôt les fistules du pénis guéries, la gu[...] son de la fistule périnéale s'est opérée en peu de jours à l'[...] d'une sonde en permanence passée dans la vessie du côt[...] gland, et le malade s'est trouvé radicalement guéri. Le prin[...] nouveau introduit par M. Ricord, consiste à établir artificie[...] ment une fistule périnéale pour guérir une fistule de la port[...] pénienne de l'urètre.

Séance levée.

— M. Flourens, secrétaire-perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son Cours de Physiologie comparée au Muséum d'Histoire naturelle, le mardi 27 avril 1841, à une heure précise, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans à la même heure.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36[illegible]

SAMEDI 24 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 51, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Revue clinique du service de M. Lisfranc.

Je vais tâcher de reproduire avec exactitude les deux leçons faites mercredi et vendredi par M. Lisfranc, afin de faire connaître la plupart des faits intéressans et nombreux que présentent ses salles en ce moment.

Leçon du 14 avril 1841. — Salle Saint-Louis.

Au n° 8, est un homme qui porte une tumeur dans les enveloppes du testicule. La fluctuation est manifeste. Le testicule se trouve à la partie inférieure et postérieure des bourses. Le diagnostic est confirmé par la transparence parfaite. Nous opérerons cette hydrocèle par ponction et par injection.

Au n° 9 de la salle Saint Antoine, se trouve couché le malade qui occupait le lit n° 1 de la salle Saint-Louis, malade qui présentait une hydro-sarcocèle. La moitié de la tumeur était constituée par le testicule affecté d'engorgement chronique, et l'autre moitié par du liquide. L'usage de la potion d'iodure de potassium et d'iode, les frictions avec la pommade d'iodure de plomb, ont à peu près ramené le testicule à son état normal. L'emploi de l'oxymel scillitique a fait disparaître en grande partie le liquide qui restait; mais il en existe encore une certaine quantité; il faudra très probablement en venir à l'opération comme pour le malade précédent. Les cas de ce genre sont ceux qu'il est éminemment utile d'observer, parce qu'ils permettent de mettre en parallèle la fluctuation de l'hydrocèle et la résistance du testicule engorgé.

N° 9. Tumeur fluctuante à la partie supérieure et postérieure de la cuisse. Cette tumeur, volumineuse comme la tête d'un fœtus à terme, a succédé à des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale. Nous ouvrirons cette tumeur après-demain.

Chez le malade du n° 11, il y a cancer dans l'intérieur de l'orbite, tuméfaction des paupières; et, sans ulcération, il existe sous la peau une induration très développée qui s'étend de la base de l'orbite à la fosse canine, et à deux pouces et demi en dehors du nez. L'application de quinze sangsues sur l'apophyse mastoïde a non-seulement diminué l'acuité du cancer, mais encore elle a réduit déjà d'un demi-pouce l'engorgement dont nous venons de parler.

Un peu plus tard, quand l'état aigu aura cessé, nous mettrons en usage les fondans ordinaires, et vous verrez la tumeur diminuer davantage. Ainsi, grâce à nos idées d'anatomie pathologique sur la plupart des cancers, nous ne serons pas obligés de faire éprouver au malade une aussi grande déperdition de substance quand nous l'opérerons.

N° 13. Malade qui a été amputé de la jambe dans un autre hôpital. Il est venu ici avec des fistules sur les parties latérales et inférieures du moignon, et une nécrose de la partie inférieure du tibia. Nous avons déjà enlevé deux esquilles. Nous n'avons pas de suppuration abondante. Nous ne ferons pas d'incision; car les parties nécrosées se détacheront, et nous éviterons ainsi une perte de sang qui, pour ce malade affaibli, ne serait peut-être pas sans danger.

N° 15. Cancer du rectum. A un pouce et demi au-dessus de l'orifice inférieur de l'intestin, est un bourrelet circulaire qui s'étend environ jusqu'à deux pouces et demi, trois pouces, de cet orifice, et jouit d'une certaine mobilité. L'opération est indispensable, nous la ferons prochainement.

Au n° 21, est couché un malade qui portait un ulcère muqueux au côté interne et inférieur de la cuisse. Nous avons tondu avec des ciseaux la surface de cet ulcère, qui restait stationnaire. Depuis ce moment il a marché avec rapidité vers la guérison. Celle-ci, je n'en doute pas, sera obtenue complètement dans peu de jours.

Toutes les fois qu'on a affaire à des ulcères de cette nature, il est de toute nécessité de détruire l'organisation muqueuse accidentelle soit à l'aide de la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu ou le proto-nitrate acide liquide de mercure, soit à l'aide de ciseaux, comme nous l'avons fait ici. On agit ensuite sur des tissus normaux, et des pansemens méthodiques amènent promptement la cicatrisation. J'insiste sur ce fait, parce que beaucoup de chirurgiens emploient contre ces ulcères, dont ils ne connaissent pas la nature, des onguens incapables de rien produire.

Aux n°s 22 et 28 sont deux malades chez lesquels la moitié du nez a été enlevée. Chez tous deux nous pratiquerons la rhinoplastie. Sur le premier nous prendrons des parties molles sur le front; sur le second, nous pourrons prendre des lambeaux sur les parties latérales du nez; les tissus restant en plus grande quantité et les ailes du nez étant conservées.

N° 35. Carie des os du pied. Il n'est pas certain que l'extrémité antérieure du calcanéum ne soit pas malade; s'il existe quelque chose de morbide, nous en ferons la résection, quand nous ferons l'amputation à la méthode de Chopart. Nous pourrons ainsi conserver au malade une portion du pied.

N° 25. Ulcère atonique de la largeur de la paume de la main, siégeant à la partie interne et inférieure de la jambe. On est dans l'habitude de faire abstraction du cataplasme émollient quand il a détergé l'ulcère, lorsqu'il en a calmé l'inflammation et qu'il en a affaissé les bords de la solution de continuité. Mais chez ce malade, comme chez beaucoup d'autres, ayant observé que sous l'influence du moyen que nous venons d'indiquer, la cicatrice marchait même avec rapidité, nous avons continué ce moyen et l'ulcère a été guéri plutôt que si d'autres médications avaient été mises en usage.

Lorsque le cataplasme ne produit plus rien, que l'ulcère, après s'être cicatrisé en partie devient sationnaire, que les bourgeons charnus se développent trop, il faut en cesser l'emploi. La cautérisation avec le nitrate d'argent fondu et les pansemens simples font ordinairement le reste.

Le fait que nous venons de citer est bien certainement un cas d'exception qui, par cela même doit être plus spécialement mentionné.

N° 26. Induration de la jambe présentant les symptômes de l'éléphantiasis. Nous avons donné à l'intérieur l'iodure de potassium et l'iode; nous avons prescrit les frictions avec la pommade d'iodure de plomb; la compression avec l'agaric et des circulaires de bande. La maladie est diminuée au point que le malade auquel on avait voulu plusieurs fois amputer la cuisse, disait ce matin, en portant la main sur la tête du tibia, que depuis neuf ans il n'avait senti les os de sa jambe.

Au n° 28, fracture du bras, ayant à peu près trois pouces d'obliquité. Nous avons eu assez de peine à réduire le déplacement du fragment inférieur qui avait lieu en dehors et en arrière. Nous avons ajouté à l'appareil ordinaire, à la compression graduée, à la petite attelle, une attelle externe de la largeur de cinq travers de doigt. Ce matin, le déplacement était nul; ce qui prouve qu'en chirurgie il n'y a pas de petits moyens : tout est important.

N° 29. Malade sur lequel une ulcération carcinomateuse a envahi l'aile du nez à gauche et les parties environnantes de la joue. Nous n'aurions pas parlé de ce malade, s'il ne présentait au-dessous de l'os maxillaire inférieur un ganglion lymphatique engorgé et dur. Nous sommes décidés à pratiquer cette opération, parce que rien ne nous empêchera d'extirper ce ganglion en même temps que nous enlèverons les parties de la face qui sont affectées de cancer. Des sangsues appliquées sur l'apophyse mastoïde ont déjà beaucoup diminué l'étendue de l'engorgement qui environne le carcinome; incessamment nous mettrons en usage les fondans proprement dits. Ainsi, nous aurons beaucoup rétréci la surface sur laquelle notre bistouri devra agir.

Le malade du n° 34 présente dans l'articulation du genou plusieurs corps étrangers assez volumineux, et un épanchement de synovie, de sérosité ou peut-être de sérosité purulente. Ce sujet est âgé et paralytique; nous ne voulons pas le soumettre à une opération dangereuse.

Dans des cas de cette nature, nous cherchons toujours à dissiper l'épanchement avant d'opérer, suivant ainsi ce principe de médecine opératoire, qui veut qu'autant que possible on ne fasse des opérations que sur des tissus sains.

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE DIVERSES HUILES DE POISSONS EN MÉDECINE;

Par M. le docteur J. Delcour.

Il n'est pas, dit M. Bayle, de médicament utile dont les vertus n'aient été plusieurs fois alternativement oubliées et découvertes à des intervalles plus ou moins éloignés (1).

Cette remarque, pleine de vérité, est tout à fait applicable à l'histoire des substances dont nous entreprenons l'étude, et nous verrons que ces médicamens dont on admet si difficilement l'efficacité, surtout en France et en Belgique, sont cependant depuis long-temps dans l'arsenal thérapeutique et avaient déjà été soumis au jugement de l'expérience. Mais une chose remarquable, c'est que si, remontant aux premiers temps de l'art médical, nous suivons son évolution successive à travers les théories qui ont régné dans la science, ce qui nous frappe au premier abord, c'est surtout un défaut d'idées positives sur la valeur réelle d'un grand nombre d'agens curatifs.

Depuis environ un demi-siècle les acquisitions utiles que fait la matière médicale sont très rares, et l'on a lieu d'être étonné que la partie la plus utile de l'art de guérir, celle vers laquelle toutes les autres doivent tendre, c'est-à-dire la thérapeutique, soit aussi celle qui ait fait le moins de progrès. Au reste, depuis quelque temps, la plupart des médecins, abandonnant la route stérile des systèmes et des théories, suivent une marche qui tend à la mettre au niveau des autres parties de la science. Cette marche est basée surtout sur l'expérimentation clinique, qui semble être aujourd'hui la méthode que suit le plus grand nombre de praticiens, pour tâcher d'asseoir enfin le traitement des maladies sur une base large et durable. C'est une expérimentation qui, mettant à profit l'observation des anciens et les découvertes de la chimie moderne, tente tour à tour les agens qu'elle sait capables de modifier l'organisme auquel ils sont appliqués.

Aussi long-temps que le physiologisme et l'anatomisme, doctrines sorties de la même matrice et conduisant aux mêmes principes, ont régné en souverains maîtres, comment la thérapeutique aurait-elle pu faire des progrès? Là où l'on ne reconaissait qu'un genre d'affection, il ne pouvait y avoir qu'un genre de traitement; mais l'on a bientôt senti le vide de systèmes aussi étroits, et une réaction salutaire et inévitable s'est faite en faveur de l'hippocratisme, c'est-à-dire de la médecine basée seulement sur l'observation. Ces réflexions nous ont paru nécessaires avant d'entreprendre l'histoire de médicamens que nous regardons comme de puissans modificateurs de l'économie et qui rencontrent surtout leurs indications dans les maladies humorales que nos systématiques modernes, dans leur solidisme exclusif, avaient voulu rayer des cadres nosologiques.

Huile de foie de raie ou de morue (Pylstaert des Flamands, oleum jecoris rajæ vel aselli).

A Anvers, où l'on prépare de cette huile, on l'extrait du foie d'une espèce de raie que M. Gouzée (1) croit être le *raya pastinaca*, Linn. (*pylstaert* des Flamands). Cette espèce se reconnaît en ce qu'elle présente sur la queue un piquant dentelé, souvent double ou même triple, qui la rend redoutable aux autres poissons et même aux hommes; car ce dard, un peu aplati, est dentelé des deux côtés comme le fer de quelques lances, et les pointes dont il est armé sont tournées vers la racine de ce fort aiguillon, qui a quelquefois jusqu'à cinq pouces de long, et le rendent une arme d'autant plus dangereuse qu'elle peut pénétrer facilement dans les chairs, et qu'elle ne peut en sortir qu'en tirant ces pointes à contre-sens, et en déchirant profondément les bords de la blessure; aussi la crainte qu'elle inspire porte-t-elle les pêcheurs à en faire l'ablation au moment où ils la prennent. Sa chair est presque toujours dure; mais son foie, qui est très volumineux et très bon à manger, fournit une grande quantité d'huile. On prépare celle-ci pendant les chaleurs de l'été, en exposant au soleil des vessies contenant le foie du *raya pastinaca*; on décante la partie huileuse qui ne tarde pas à surnager, et on lui fait subir encore à plusieurs reprises la même préparation, afin de l'obtenir plus limpide et plus pure; le résidu est recueilli pour servir de liniment.

On la retire aussi pour l'usage médicinal, surtout dans le Nord, de quelques espèces de poissons du genre morue, *gadus*, et particulièrement du *merlus* ou merluche, *gadus merlucius*, Linn., *asellus* de Pline et du *gadus callarias*.

Les procédés que l'on emploie pour l'obtenir, et le genre d'huile que l'on préconise sont variables suivant les lieux et les auteurs; ainsi M. L. Gmelin (1) fait observer que, d'après le témoignage de M. J. Tiedemann, négociant à Brême, qui possède une grande connaissance de cet article, il y a dans le commerce quatre sortes de véritable huile de foie de morue. En effet, on fait fondre l'huile en exposant au soleil le foie de la morue dans des tonneaux placés debout et munis de trois bondes superposées; lorsqu'on enlève la bonde supérieure, on a l'huile la plus claire; plus tard on ôte la bonde moyenne, puis l'inférieure, qui donnent de l'huile brune. Le résidu du tonneau, exprimé à chaud, fournit une huile très foncée et épaisse, qui trouve son emploi dans les chamoiseries. Suivant MM. Gouzée et Gmelin, c'est l'huile la plus claire qu'on doit employer pour l'usage interne; mais d'après MM. Trousseau et Pidoux (2), la première huile limpide n'a aucune vertu médicinale; il faut préférer la deuxième, qui a une saveur de poisson et détermine une sensation âpre dans le fond de la gorge quand on l'avale, et surtout la dernière, que l'on obtient par l'ébullition, qui est brune, peu transparente, a une odeur désagréable et empyreumatique et une saveur fort âcre. Le docteur Richter (3) partage complètement l'opinion de ces derniers, et nous croyons que c'est celle de l'expérience; car souvent nous avons vu l'emploi de l'huile limpide ne procurer aucun succès, tandis qu'aussitôt qu'on se servait de l'huile épaisse, on observait de suite un changement favorable. Des praticiens de Verviers nous ont assuré avoir fait la même remarque.

Il faut observer qu'on trouve encore dans le commerce une huile moins pure, que l'on désigne plus particulièrement en flamand sous le nom de *levertraen*; elle provient des foies de divers autres poissons et elle n'est employée que dans les arts.

L'huile de baleine, dont quelques médecins font principalement usage n'a pas paru aussi efficace à MM. Rayé, de Vilvorde (4).

(1) Bibliothèque de thérapeutique.

(1) Mémoire présenté à la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du 4 décembre 1837. (Annal. de méd. belg. et étrang., janvier 1838. t I, p. 6.)

(1) Ann. der pharmacie, 1840.— Encyclographie des Sciences médicales, 4e série, t. Ier; p. 482, 1840.

(2) Traité de thérapeutique et de matière médicale, 2e partie, pag. 111.

(3) Medizinische Zeitung, n° 26, juillet 1835.

(4) Ann. de la Société des sciences naturelles de Bruges, 1839.

L'application de ce principe nous a conduit au résultat suivant : sur sept malades qui ont été opérés ici, cinq ont été guéris. Des deux que nous avons perdus, l'un avait dans l'articulation d'autres corps étrangers que ceux que nous avions extraits, et ces corps étrangers avaient altéré assez profondément la surface articulaire du fémur : ils étaient adhérens.

N° 36. Luxation spontanée du poignet en avant sur l'avant-bras. Cette luxation, encore incomplète, est déterminée par une tumeur blanche. Je cite seulement ce malade pour vous rappeler qu'un travail sorti de l'école de Delpech, a démontré que ces luxations peuvent avoir lieu, et ont été observées dans presque toutes les articulations.

Dans la salle Saint-Antoine, aux n°s 1, 6, 16, et dans la salle Saint-Augustin, au n° 3, sont quatre malades opérés de fistules à l'anus. Les malades n°s 1, 16 et 3 vont très bien. Chez le jeune homme du n° 6, qui est d'un tempérament lymphatique, la cicatrice marche lentement ; nous en parlerons plus tard, s'il offre des indications particulières.

N° 3. Sujet qui porte sur le scapulum et en dehors du scapulum du côté droit, une tumeur du volume de la tête d'un adulte, dure et adhérente au scapulum, qui peut-être est profondément altéré. S'il le faut, en enlevant cette tumeur nous emporterons une partie de l'omoplate. Avant de pratiquer cette grande opération, nous ferons l'historique de cette tumeur, sur laquelle on voit les cicatrices résultant des tentatives qu'ont faites les chirurgiens pour la résoudre.

N° 4. Amputation sur le tiers inférieur de la jambe. Lorsque ce malade est entré dans le service, il présentait des fistules qui pénétraient dans l'articulation du pied avec la jambe ; puis deux autres fistules, l'une à la partie supérieure de la jambe, l'autre à la partie inférieure de la cuisse, par lesquelles on arrivait sur les os dénudés. Sous l'influence du traitement interne, les deux dernières fistules se sont cicatrisées. Alors a été pratiquée l'amputation. Tout allait parfaitement bien, lorsqu'au douzième jour le moignon se tuméfia ; les deux fistules se rouvrirent, et la constitution s'altéra. Nous recommençâmes à mettre en usage la potion d'iodure de potassium et d'iode qui nous avait si bien réussi avant l'amputation, et, chose bien digne de remarque, le succès fut le même, et déjà les fistules s'étaient refermées, et le moignon semblait devoir être cicatrisé prochainement, quand le malade fut pris d'une variole confluente des plus intenses. Il fallut alors, pour ainsi dire, abandonner le moignon à lui-même. Tout semblait perdu : les fistules se rouvrirent encore une fois, et le moignon devint affreux. Cependant à mesure que la variole a diminué, et qu'on a pu faire des pansemens méthodiques, tout est revenu dans des conditions si satisfaisantes, que j'espère que le malade pourra marcher avec la jambe mécanique de M. Mille, perfectionnée par MM. Charrière et Martin.

Au n° 5 est un malade sur lequel nous avons enlevé la moitié du corps de l'os maxillaire inférieur, disséqué la langue dans une assez grande étendue, et extirpé un ganglion assez volumineux situé en dedans de l'angle de la mâchoire, ce qui nous a forcé de mettre à découvert les artères carotides externe et interne. Jusqu'au dixième jour tout allait parfaitement bien. Alors parut un foyer purulent dans la direction du trajet de la carotide primitive et de la jugulaire interne. La sonde introduite par la bouche (car la réunion des lèvres de la plaie avait été obtenue par première intention) ne put pénétrer jusqu'à la partie inférieure de ce foyer. Nous incisâmes là où arrivait l'extrémité de l'instrument, puis nous y introduisîmes la sonde par l'ouverture que nous venions de faire, et nous allâmes pratiquer une seconde ouverture à la partie inférieure du foyer. Le lendemain, malgré les précautions, le pus avait fusé jusqu'auprès du sternum. Nous nous hâtâmes de faire encore là une ouverture. Aujourd'hui nous venons de trouver un nouveau foyer établi à gauche, qui est dû à une fusée du pus, quoique ce soit à droite que l'opération ait été pratiquée. Mais là ne se bornent pas tous les accidens qui sont venus compliquer la situation : deux hémorrhagies par exhalation ont eu lieu ; la dernière a été assez considérable : des injections d'eau vinaigrée sont heureusement parvenues à l'arrêter. Maintenant, tout va bien, l'état général est satisfaisant. Le malade est gai, et commence à se lever.

N° 7. Exostose du volume de la tête d'un adulte sur la fosse iliaque externe droite. Cette tumeur augmentait de volume : nous voulions l'attaquer, parce qu'elle semblait sonner creux en un point ; ce qui nous faisait croire à quelque kyste dans l'épaisseur de l'os. Le malade sortit en permission pendant trois ou quatre jours, et contracta la vérole. Lorsqu'il revint à l'hôpital, nous le mîmes au traitement anti-syphilitique. Depuis ce moment, la tumeur a a cessé de faire des progrès. Quel parti prendrons-nous ? nous n'en savons rien : mais comme il n'y a pas péril en la demeure, nous attendrons ; nous saisirons les indications qui pourraient nous éclairer.

N° 10. Tumeur lacrymale opérée. Après l'opération, il s'est accumulé du sang dans le sac lacrymal, malgré tous les soins nécessaires. Maintenant, ce n'est plus du sang ni de la sérosité sanguinolente qui séjourne dans le sac : c'est du pus qui vient sans doute du sac enflammé. Le liquide des injections, faites d'abord avec de l'eau de guimauve, et maintenant avec du chlorure d'oxyde de sodium à 3°, passe facilement par la canule, et cependant le pus ne s'écoule pas.

Au n° 20, est un jeune homme de quinze à seize ans dont la main présente des brides de cicatrices que nous pensons pouvoir inciser pour redresser ensuite les doigts à l'aide d'un appareil.

Leçon du vendredi 16 avril 1841.

Aujourd'hui, sur le malade du n° 9 de la salle St-Louis dont nous avons parlé dans la leçon dernière, nous avons fait une ponction avec le troquart explorateur, après laquelle nous avons pratiqué une large ouverture. Il est sorti du foyer environ deux pintes de pus crémeux entraînant des flocons caséeux. Nous avons incisé largement pour faciliter l'entrée et la sortie de l'air, et empêcher ainsi que l'air ne se viciât dans le foyer et amenât facilement la viciation purulente. Nous avons prescrit ce matin une application de 15 sangsues sur le trajet du foyer. Voici comment j'ai été conduit à ces applications de sangsues et dans quel but je le fais : j'avais vu que quand le pus se vicie, il y a chaleur, douleur du foyer, et le pus sort rougeâtre ; et j'avais été porté à croire que la viciation était due à l'inflammation que celle-ci peut déterminer par le contact de l'air atmosphérique ordinaire, par le contact de cet air vicié, ou par la présence du pus dont l'air a changé les qualités. Mais comment se hasarder à faire des applications de sangsues chez des individus dont la constitution est affaiblie comme l'est celle des malades qui présentent des abcès par congestion ? Je ne voulus pas tenter cette expérience, et j'attendis pour employer ce moyen qu'il vînt dans mon service quelque grand abcès froid. L'occasion ne tarda pas à s'offrir.

Après avoir largement incisé, je fis appliquer sur le trajet du foyer 20 sangsues. Je fus très étonné en venant le soir à l'hopital de voir que la quantité de pus fournie par le foyer était moins considérable qu'elle ne l'est d'ordinaire dans ces circonstances. Le lendemain, la quantité de pus était encore moindre. Une nouvelle application de 15 sangsues fut faite : le pus diminuait à chaque pansement. Je laissai passer deux jours, et je fis poser de nouveau 15 sangsues. Enfin, il n'y eut pas de viciation purulente, et le malade guérit parfaitement bien en huit jours. Ce fait m'enhardit : je mis en usage ma méthode sur les abcès par congestion. J'ai toujours réussi jusqu'aujourd'hui à prévenir par ce traitement la viciation purulente, et je l'ai même combattue avec efficacité dans les cas où elle avait lieu chez des malades venus du dehors avec cette complication, en employant cette méthode pour l'ouverture des abcès par congestion. Chez quelques sujets, les abcès ont été entièrement guéris ; chez d'autres, il est resté des fistules interminables ; d'autres enfin, affaiblis par l'abondance de la suppuration, ont succombé au bout de plusieurs mois dans le marasme et la fièvre hectique.

Cependant il ne faut pas croire que cette méthode doive être appliquée dans tous les cas. Non certainement : je la rejette, et je regarde celle de Boyer comme préférable toutes les fois que les foyers ne peuvent pas se vider complètement.

Le malade du n° 5 de la salle Saint-Antoine, qui a été soumis à la résection d'une portion de l'os maxillaire inférieur, et dont j'ai parlé mercredi, a eu ce matin une troisième hémorrhagie par exhalation extrêmement considérable. Hier nous avons encore été obligé de faire à gauche une contre-ouverture auprès du sternum, le pus provenant de la fusée que nous avions ouverte il y a deux jours, avait pénétré jusque là. On va faire deux fois par jour des injections d'eau vinaigrée à la surface de la solution de continuité. J'ai sur l'avenir de ce malade de grandes inquiétudes, quoique son état général continue à être bon.

La tumeur lacrymale du malade couché au n° 10 de la même salle a été incisée aujourd'hui. Je n'ai trouvé aucune carie des os. Nous avons affaire ici à un catarrhe du sac lacrymal. J'ai cautérisé la face interne du sac avec le nitrate d'argent fondu ; j'y ai placé un bourdonnet de charpie, et tout annonce une guérison prochaine.

N° 3, salle Saint-Augustin. Malade chez laquelle nous avons pratiqué l'opération qui tient le milieu entre l'amputation et l'extirpation du sein. La pâte de M. Cancoin, qui avait été mise en usage antérieurement, et qui avait échoué, a laissé des tissus de cicatrice indurés que nous avons été obligés d'enlever. Il a fallu disséquer et énucléer des ganglions indurés jusque sous la clavicule, mettre les nerfs et vaisseaux axillaires à découvert, et *creuser ainsi* une large caverne. Cependant, en cinq jours, la caverne a été complètement cicatrisée, et maintenant il ne reste plus qu'à obtenir la cicatrisation d'une surface de la largeur d'une pièce d'un franc.

N° 8. Autre malade chez laquelle la même opération a été pratiquée. Ici nous n'avions sacrifié qu'une petite portion de peau, ce qui nous avait permis de réunir partout par première intention. Quoique la réunion n'ait été faite que deux heures après l'opération, il est survenu sous les lambeaux une exsudation sanguine qui à fait échouer la réunion immédiate presque partout. Les points de suture

---

Le docteur Koop, de Hanau (3), soupçonnant déjà depuis longtemps la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue, avait engagé M. Hopfer de l'Orme, pharmacien de la même ville, à s'en assurer, ce qu'il fit avec succès. Ce résultat se trouva confirmé par des recherches que fit en même temps M. Hansmann, de Atens, dans l'Oldenbourg, qui remarqua en outre que l'huile contient d'autant plus d'iode que sa couleur est plus foncée (4). Ce dernier résultat vient à l'appui de l'opinion qui regarde l'huile brune comme plus active. D'ailleurs la proportion d'iode est toujours très faible ; c'est le premier exemple de la présence de ce métalloïde dans un corps gras. M. Wackendroder pense qu'il doit provenir de l'eau de la mer ou bien des substances qui servent à la nourriture de l'animal.

M. L. Gmelin, dont les premières expériences avaient laissé la présence de l'iode indécise, l'a enfin découvert dans la véritable huile de foie de morue ; voici la méthode qu'il a trouvée la plus commode pour cette découverte et pour entraîner le moins de perte d'iode : on saponifie au bain-marie (ou même à feu nu, ce qui rend l'opération plus rapide) 15 grammes d'huile de foie de morue, avec autant ou un peu moins d'hydrate de potasse et la quantité d'eau nécessaire ; on filtre après le refroidissement pour séparer le liquide aqueux de savon très mou ; on le neutralise presque complètement avec de l'acide sulfurique ; on laisse cristalliser la plus grande partie du sulfate de potasse ; on évapore la liqueur restante. On calcine le résidu, on le fait bouillir en poudre avec de l'alcool, et on évapore la liqueur filtrée. La masse saline ainsi obtenue, dissoute dans un peu d'eau, suffit pour diverses réactions, mélangée d'amidon et d'acide sulfurique étendu, elle donne une coloration violette, qui disparaît bientôt par l'addition d'huile de vitriol, pour faire place à une couleur jaune. Cette solution donne également avec l'amidon et l'acide chlorhydrique une coloration violette, qui disparaît aussitôt par l'addition du chlorate de potasse. Du carbure de soufre, agité avec la solution aqueuse de la masse saline additionnée d'acide chlorhydrique ou d'acide sulfurique étendu, se colore en violet ; la masse saline sèche étant jetée dans un mélange de peroxyde de manganèse et d'acide sulfurique moyennement étendu, qui aura été préalablement chauffé dans un tube de verre, on verra s'élever les vapeurs violettes de l'iode, qui bleuissent le papier d'amidon.

Si l'iode contenu dans cette huile est la cause essentielle de ses propriétés médicinales, ce qui est fort contestable, les pharmaciens ne devront admettre cette substance dans leurs officines qu'après l'avoir essayée.

HISTORIQUE.

L'emploi thérapeutique du foie de poisson est très ancien. Tout le monde sait l'histoire de Tobie et du gros poisson que son fils prit sur les bords du Tigre : « Alors l'ange lui dit : Videz ce poisson et prenez-en le cœur, le fiel et le foie, parce qu'ils vous seront nécessaires pour en faire des remèdes utiles. » Sur la demande du jeune Tobie, l'ange lui répondit : « Son fiel est bon pour oindre les yeux où il y a quelque taie, et il les guérit. (1) » Pline, l'ancien, en indique, en termes exprès, et la préparation et quelques usages. « Lichenas et lepras tollit, *dit-il*, adeps vituli » marini, muræuarum cinis cum mellis obolis ternis, jecur pas- » tinacæ in oleo decoctum..... Quidam delphini jecur in fictili torrent, donec pinguetudo similis oleo fluat, ac perungunt (2).

Ce médicament était employé de temps immémorial parmi le peuple en Angleterre, en Hollande et en Westphalie, dans le traitement du rhumatisme chronique et du rachitisme ; mais les gens de l'art ne l'avaient jamais mis en usage. Michaëlis (3), Percival (4) et Darbey (5) furent les premiers qui firent connaître au monde médical les résultats d'expériences qu'ils avaient tentées dans les hôpitaux. Cependant les médecins n'avaient tenu aucun compte de ces travaux, quand Schenck de Siegen publia, en 1822 (6), une série d'observations sur l'efficacité de l'huile de morue contre le rhumatisme chronique et particulièrement contre la sciatique et le lumbago. Dès lors les expériences se sont multipliées, et on peut voir dans le Journal de Hufeland (7), dans le Magasin de Rust (1), et dans d'autres journaux allemands (2) et français (3), un grand nombre d'articles sur ce sujet. Plusieurs médecins même ont publié des mémoires particuliers relatifs à cet important médicament (4).

ACTION PHYSIOLOGIQUE.

En comparant entre elles les observations dans lesquelles il a été tenu compte des effets particuliers produits sur l'organisme par l'usage de l'huile de foie de morue, nous trouvons les résultats suivans qui se rapprochent assez de ceux auxquels Reister est arrivé dans son excellente monographie sur ce sujet (5).

Ce médicament excite quelquefois des nausées et même des vomissemens, surtout les premiers jours ; mais cet effet n'a plus lieu lorsque la répugnance pour ce remède est surmontée par l'habitude, et il est bien rare que les malades ne puissent le continuer. Nous avons même été surpris de la facilité avec laquelle on le fait prendre aux enfans ; il ne fait que fort rarement diminuer l'appétit, si ce n'est chez les sujets rachitiques, qui ont ordinairement une faim si vorace ; généralement, au contraire, les fonctions digestives s'améliorent chez les malades soumis à son usage. L'influence sur les selles varie suivant les cas : tantôt elle les régularise, et les rend plus faciles et plus abondantes ; tantôt elle en diminue la fréquence, lorsqu'une diarrhée chronique existait avant son emploi. On remarque quelquefois l'accélération de la sécrétion urinaire avec dépôt d'un sédiment briqueté.

---

(3) Annalen der pharmacie, 1837, vol. XXI.
(4) Journal de pharmacie, octobre 1837, pag. 501.

(1) La Bible, traduction de la Vulgate, par Le Maistre de Sacy. Paris, 1837, p. 576 ; Tobie, chap. VI, 5 et 9.
(2) Plinii, Natur. Histor., lib. XXXII, cap. VII.
(3) Histoire naturelle des animaux, Paris, 1756, t. II, 2e part., p. 72.
(4) Essays medical, philosophical and experimental, Warrington, 1790, t. II.
(5) London medical Journal, t. III, p. 392.
(6) Hufeland's Journal, t. LXII, 3e cahier, mars, p. 3.
(7) Wesener Hufeland's J., 1824, cahier 5, mai, p. 74. — Gunther, ibid., 1824, août, p. 111. — Katsenberger, ibid., cahier 5, p. 118. — Volkmoen, ibid., p. 120. — Osberghaus, ibid., 1825, cahier 3, septembre. — Gumpert de Raviez, ibid., t. LXVI, cahier 6. — Helmenstreit, ibid., t. LXXIV, cahier 5, etc., etc.

(1) Spiritus, Rust's magazin, vol. XVI, p. 566. — Mœning, ibid. — Beckhaus, ibid., vol. XX, p. 189. — Rust, ibid., vol. XX, p. 563, etc., etc.
(2) Busck, de Bremen, Medic.-chirurg. Zeitung, t. IV, 1827, p. 206. — Most, de Rostock, Algemenen med. Zeitung, 1834.
(3) Herr et Stoeber, Archiv. méd. de Strasbourg, 1835.
(4) Elberling, Dissertatio inauguralis de oleo jecoris aselli, 1826. — Reder, de Rostock : De oleo jecoris aselli, Rostock, 1826. — Spitta, ibid. — Bittinger : Ueber die anvendung des Bergle Berthrans ; Wursburg, 1827. — Brefeld, de Hamm : Der stokfisch, liberthran in naturhistorisch pharmaseutischer hinsicht, 1835.
(5) Journal des progrès, 2e série, t. II, 1830.

ont été enlevés. Toutefois, la suture a eu l'avantage d'empêcher une rétraction considérable des lambeaux ; de telle sorte qu'en les maintenant en place, nous avons obtenu une réunion par deuxième intention, beaucoup plus facile et plus belle que si nous n'avions pas tenté de réunir d'une manière immédiate. L'excellente suture de M. Rigal nous a été ici d'un grand secours ; car une aiguille que nous avons laissée onze jours dans les tissus enflammés, n'y avait point produit de déchirure.

Au n° 10 est une jeune fille de vingt ans, chez laquelle nous avons fait la section du tendon d'Achille. La rétraction de ce tendon était telle, que la malade marchait sur le bout des orteils. Après la section, nous nous sommes servi d'un appareil destiné à maintenir le pied dans la flexion ; cet appareil ayant déterminé des eschares, nous en avons cessé l'emploi, et nous l'avons remplacé par de simples bandes de linge qui ont encore déterminé d'autres eschares. Les faits de ce genre ne se rencontrent presque jamais chez les sujets qui semblent, comme cette jeune fille, être d'une bonne constitution ; on les rencontre plus communément chez les vieillards.

Il nous fut donc impossible de rien employer pour maintenir le pied dans la flexion. Cependant la rétraction du tendon d'Achille, qui récidive dans beaucoup de cas, n'a pas récidivé ici ; le pied est redressé dans la position normale, et il jouit d'une grande mobilité. La malade marche bien ; mais elle faiblit encore sur sa jambe, qui du reste a toujours été moins volumineuse que l'autre.

N° 20. A cette malade nous avons enlevé un polype fibreux, volumineux, siégeant en grande partie dans le vagin, remontant jusqu'à un demi-pouce dans l'intérieur du col, et prenant ses insertions jusqu'en ce point élevé sur la lèvre antérieure du col de l'utérus. Tout va bien : les règles sont venues normalement ; le col est encore dilaté, mais on ne sent rien dans son intérieur.

Un rhumatisme violent à l'épaule est venu, plusieurs jours après l'opération, compliquer la maladie en déterminant de la fièvre ; mais les douleurs sont beaucoup diminuées, et la guérison sera probablement bientôt complète.

N° 22. Jeune fille dont les joues ont éprouvé vers la commissure des lèvres de chaque côté, une déperdition de substance d'un pouce et demi d'avant en arrière et de deux pouces de bas en haut ; des cicatrices adhèrent aux deux os maxillaires. Nous avons employé le procédé de M. Danglas, médecin à Paris ; il a échoué, parce que les dents sont mauvaises. M. Absil a imaginé un autre procédé qui a réussi à abaisser la mâchoire inférieure ; les brides ont cédé, même une bride très forte qui existait à droite, et dont nous refusâmes plusieurs fois de faire la section. Quand nous serons parvenus à rendre bien mobile la mâchoire inférieure, nous opérerons pour enlever les cicatrices difformes et réparer la face.

N° 26. Anus artificiel que nous avons opéré déjà par l'entérotome de Dupuytren. Il ne sortait presque plus de matières stercorales avant l'opération que nous avons tentée ces jours derniers. D'après la proposition que nous en fit M. Pinel-Granchamp, nous avons incisé à trois lignes autour de l'ouverture, en laissant subsister au fond de la plaie les tissus compris par l'incision ; puis nous avons réuni à l'aide de la suture enchevillée. La réunion s'est faite, mais il reste deux points dans lesquels on pourrait faire entrer une sonde cannelée ; plus tard, si besoin est, nous chercherons à fermer ces deux points, soit par la cautérisation, soit par l'avivement de leurs lèvres.

N° 25. Fracture comminutive des os du pied. L'extrémité antérieure des deux premiers métatarsiens, les deux premiers cunéiformes sont sortis par la plaie. Il y avait, de plus, une plaie contuse à la partie inférieure de la jambe. Tout s'est cicatrisé. Le pied sert maintenant à la marche ; il est certainement difforme, mais cependant il vaut infiniment mieux qu'une jambe de bois.

Alph. Dessertenne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

1° *Variole.*

Nous vous parlerons d'un cas remarquable, et qui, n'étant pas très rare, entraîne souvent à des erreurs de diagnostic. Il s'agit d'une femme couchée au n° 12 de la salle Sainte-Madelaine. Cette femme, âgée de vingt ans, ouvrière en chapeaux, habite Paris depuis quatre ans. Elle est d'une constitution moyenne, d'un tempérament à la fois nerveux et lymphatique. Elle n'a pas eu la petite-vérole, et croit avoir été vaccinée ; cependant, avec quelque soin que l'on examine ses bras, on n'y peut découvrir de traces du vaccin. La menstruation s'est toujours accomplie régulièrement, chez elle, depuis l'âge de seize ans, chaque époque durant six jours.

Il y avait trois jours que les dernières règles avaient paru, lorsqu'à la suite d'un accès de colère, elles s'arrêtèrent tout à coup. Rien jusque-là ne pouvait faire supposer une altération générale de la santé. A partir de cette suppression, une céphalagie qui paraît habituelle chez cette femme, augmenta d'intensité. Elle entra alors à l'hôpital, où elle fut prise de frisson, de lassitude dans les membres, de douleurs épigastriques et de vomissemens bilieux et aqueux. On lui pratiqua une saignée de trois palettes. Le second jour tous ces symptômes persistèrent ; et, s'il faut en croire les voisines, elle aurait eu une attaque hystériforme. Le soir, le visage était peu coloré, les traits étaient mobiles, la physionomie exprimait l'étonnement. Cette malade ne dort pas ; elle a des nuits agitées. La langue est blanche, raboteuse, peu humide. La douleur épigastrique persiste, mais le ventre est indolent : il n'y a pas de gargouillement. La peau est chaude, sans sécheresse remarquable ; elle indique 38° centigrades ; le pouls est à 116 ; régulier, peu développé. Le bruit de diable se fait entendre dans la carotide droite. L'intelligence est bien nette. La malade ressent dans les membres un peu d'engourdissement et quelques fourmillemens. Elle a été à la selle naturellement ; les urines ne présentent rien de remarquable.

Jusque-là tout porte à croire que cette femme est atteinte d'une affection nerveuse. Mais quelle espèce d'affection et quel en est le siége ? Ces questions étaient fort difficiles à résoudre, et le diagnostic était resté incertain, lorsque le matin du troisième jour, en nous approchant du lit de la malade, nous aperçûmes sur la lèvre supérieure, et autour du nez, quelques rougeurs qui, examinées plus attentivement, furent facilement reconnues pour des pustules de petite-vérole. Plus de doute alors sur la nature de l'affection que nous avions à combattre, et tous les phénomènes observés précédemmnnt n'étaient que les prodromes de cette affection. La malade, à qui nous demandâmes de nouveau si elle avait été vaccinée, nous répondit, cette fois, qu'elle ne se souvenait pas de l'avoir été.

Comme je vous l'ai dit, ce cas est remarquable et d'un haut intérêt. Nous nous rappelons avoir eu, l'année dernière, dans le même lit, une femme qui présentait des phénomènes nerveux plus graves encore, et nous hésitâmes de même à porter un diagnostic jusqu'à l'apparition de l'éruption pustuleuse. Lorsqu'on a affaire à des hommes, non seulement on peut éprouver de l'hésitation à formuler un diagnostic, mais encore il arrive souvent que l'on en porte un tout à fait erroné. Nous commîmes, nous-même une erreur de ce genre, il y a peu d'années, sur un étudiant qui était couché au n° 23 de la salle des hommes, et nous nous en sommes toujours souvenu depuis. Nous avions diagnostiqué, chez ce jeune homme, une fièvre typhoïde, tandis qu'il ne présentait que des symptômes prodromiques de la variole. C'est, d'ailleurs, l'erreur la plus commune, et l'on y tombe d'autant plus facilement que tout cet appareil de symptômes inflammatoires s'accompagne aussi quelquefois d'épistaxis, et que, si l'on examine le sang fourni par les saignées générales, on peut y reconnaître des caractères typhoïdes.

C'est précisément ce qui a lieu dans le cas qui nous occupe : le caillot de la saignée est à peine rétracté, mou, adhérent au vase, entouré d'une sérosité trouble, et la couenne dont il est recouvert se présente sous l'aspect d'une couche membraneuse, flasque, gélatiniforme.

Mais revenons à notre malade. Après que nous eûmes constaté un assez grand nombre de pustules sur le visage et quelques-unes sur les membres, elle nous dit avoir été encore agitée pendant la nuit ; elle a toujours des vomissemens aqueux, la céphalalgie continue, la peau est toujours chaude ; le pouls est à 112 - 116 ; les amygdales et la gorge sont rouges et gonflées ; la malade éprouve de la gêne dans l'acte de la déglutition ; elle a rendu pendant la nuit une selle sans le lit ; ce n'est pas qu'elle ait eu du délire ou que ses facultés intellectuelles soient affaiblies, mais elle n'a pu demander le bassin, et elle était trop faible pour pouvoir se lever.

Ce cas est grave, et si l'on tient compte de l'état anémique de cette malade, et de l'irritation dans laquelle se trouve chez elle le système nerveux, on doit être économe d'émissions sanguines ; cependant nous avons cru devoir prescrire une nouvelle saignée. Mais qu'on ne croie pas que nous veuillions ici enrayer la maladie comme dans les inflammations franches des organes ; notre seul but est de ralentir le mouvement fébrile général très prononcé auquel la malade est en proie. Ce serait folie, en effet, de chercher à arrêter une variole dans son cours, car cette affection éruptive une fois parue, tend d'une manière invincible à la suppuration. Nous disons : *une fois parue*, parce que certains auteurs, et Sydhenam entre autres, ont émis l'opinion qu'il pouvait y avoir des petites véroles sans éruption, c'est-à-dire que l'on verrait survenir tout le cortége des symptômes de cette maladie sauf l'éruption ; il est bien entendu que ces symptômes ne pourraient se rapporter à aucune autre affection. Quoique nous n'ayons jamais été à même d'observer de pareils faits, et que d'ailleurs, cette opinion nous paraisse peu probable, nous voulons cependant bien l'admettre jusqu'à preuve contraire.

2° *Bronchite chronique. Maladie organique du cœur.*

Au n° 14 de la salle des femmes, est couchée une malade âgée de quarante-six ans. Elle a fait une fausse-couche il y a six semaines, après trois mois de gestation. Trois jours après cet avortement, les lochies s'arrêtèrent, et,

---

Cette huile a peu d'action sur l'appareil cutané ; cependant elle provoque parfois des sueurs et l'éruption de petites taches rouges avec prurit, et dans un cas observé par M. le docteur Lamberty, de Verviers, le sujet qui en prenait présentait une transpiration abondante qui en avait l'odeur et l'aspect. Elle augmente souvent le flux menstruel, et dissipe l'aménorrhée.

Ce dernier effet sur l'appareil utérin est celui que l'on observe le plus fréquemment, et nous verrons plus loin à quoi nous pensons qu'on peut l'attribuer. Au reste, les variétés qui peuvent se présenter ici dépendent probablement en partie de la dose du médicament et en partie de l'idiosyncrasie de certains indsvidus. La preuve que ces effets ne lui sont pas nécessairement liés, c'est que beaucoup de médecins ne les ont jamais observés. M. Tauflieb, de Bar (1), qui en fait un fréquent usage, n'a jamais remarqué que cette huile (à la dose de deux à quatre cuillerées par jour) ait exercé une influence appréciable sur les sécrétions urinaire et cutanée, ou produit un trouble physiologique quelconque ; et nous ajouterons qu'ayant très souvent employé cette substance, nous n'en avons non plus observé aucune action particulière, et que, quand pendant son usage les urines et la sécrétion cutanée sont devenues plus abondantes ou se sont rétablies, c'est que les appareils de ces fonctions étaient enrayés par suite d'un état morbide que l'huile a dissipé. Les sujets faibles et cachectiques acquièrent des forces et un développement qui contrastent souvent d'une manière frappante avec la débilité et la maigreur qui les caractérisaient avant le traitement.

Action thérapeutique.

De quelle nature est l'influence thérapeutique de l'huile de morue ? MM. Schenck et Schütte, de Runderoth (2), lui attribuent une action spécifique, *sui generis*, sur les scrofules des systèmes osseux et fibreux. M. Brefeld est disposé à admettre cette opinion en tant qu'elle n'exprime que le résultat d'une action thérapeutique inconnue ; mais il faut avouer que cette explication laisse la question au même point, sans la résoudre. Attribuerons-nous plutôt à ce médicament des propriétés laxatives avec le docteur Schmidt, de Stettin (3) ? Non, sans doute, car l'étude physiologique de cette substance nous a prouvé qu'il ne fallait pas chercher là son action. MM. Trousseau et Pidoux rangent cette huile médicamenteuse dans la classe des toniques, en fondant leur opinion sur les effets avantageux qu'elle produit dans certaines maladies ; et M. Taufflieb (1) la considère comme un médicament analeptique (*analambanô*, je répare) ; c'est-à-dire, comme un agent rétablissant d'une manière quelconque les fonctions de nutrition perverties. Cette manière de voir nous paraît très rationnelle : pour que les solides trouvent à puiser dans le sang les élémens de leur entretien et de leur réparation, celui-ci doit charrier assez de parties nutritives, de chair coulante, suivant l'admirable expression de Bordeu, pour suffire au mouvement de composition de l'organisme ; or, il est des maladies particulièrement caractérisées par l'insuffisance des principaux élémens du sang, et dans lesquelles les accidens les plus graves et les plus variés résultent de cet appauvrissement du liquide réparateur.

C'est une vérité que personne ne met plus en doute, et qui se trouve tous les jours confirmée par les découvertes de l'humorisme rationnel. C'est ce que l'on peut appeler les altérations chroniques du sang, celles qui portent réellement sur sa composition chimique, naissant surtout sous l'influence de certaines conditions hygiéniques, et dans lesquelles enfin la nutrition est plus ou moins profondément modifiée ; ce sont des altérations du sang par vice de nutrition. Eh bien, où trouve-t-on plutôt ces qualités du sang que dans les scrofules (2), dans le rachitisme (3), dans le rhumatisme chronique, et dans les maladies invétérées de la peau, tous états morbides où l'huile de morue montre surtout sa puissance : il suffit d'ailleurs d'observer avec soin les effets produits par cette substance, pour ne pas tarder à reconnaître que le premier résultat de son administration, chez la plupart des malades, c'est une amélioration notable des fonctions de nutrition. A mesure que la constitution se dépouille du type de cachexie qu'elle avait acquis, et qui est surtout remarquable dans les affections dont nous avons parlé, les ravages de la carie diminuent, les os et les articulations malades tendent à revenir à l'état normal, les symptômes d'épuisement et de dissolution organique s'arrêtent, et à ces êtres chétifs et étiolés, qui semblaient déjà avoir un pied dans la tombe, succèdent des sujets pleins de vie et de santé. Ce médicament montre encore un des caractères que MM. Trousseau et Pidoux attribuent aux toniques analeptiques, c'est qu'ils n'ont pas ou très peu d'effets physiologiques, et que, lorsque ceux-ci se manifestent, ils ne sont pas de nature à expliquer leur action thérapeutique. On peut donc admettre comme une chose très probable, que la manière d'agir de l'huile de morue dépend principalement de l'influence favorable que ce médicament exerce sur les fonctions d'assimilation viciées.

Les propriétés dont l'huile de morue est douée ont été attribuées par quelques médecins à la petite quantité d'iode qu'elle contient ; mais nous espérons prouver que cette opinion est inadmissible. Il suffit déjà d'examiner l'action constitutionnelle de ces deux substances, pour trouver des différences notables ; car l'iode peut à bon droit être placé dans la classe des excitans énergiques, tandis que nous avons vu que l'action de l'huile de morue se passait, pour ainsi dire, dans le silence de l'organisme ; l'on reconnaît à l'un les propriétés des meilleurs toniques, et bien souvent l'autre s'est montré nuisible à la nutrition. Ainsi, l'iode donné à un individu bien portant, et continué pendant long-temps à de très hautes doses, détermine une sorte d'atrophie générale, de marasme, tandis que dans certains pays, en Hollande, par exemple, on donne l'huile de foie de morue à des enfans bien portans pour prévenir les affections scrofuleuses et rachitiques, qui sont si communes dans ce pays. Nous-mêmes l'avons fait prendre assez long-temps à des enfans dont toutes les fonctions s'exécutaient encore normalement, mais dont les frères ou sœurs avaient contracté le rachitisme vers certain âge ; et cet emploi, loin de nuire à la nutrition, l'a rendue plus complète et a empêché le développement d'une maladie dont les individus semblaient porter le germe. Sans doute ces deux médicamens rencontrent souvent leurs indications dans les mêmes cas ; mais là encore se trouvent des différences, car il est bien reconnu que l'iode, qui se montre si efficace contre l'engorgement de la glande thyroïde et celui des ganglions lymphatiques de nature scrofuleuse, a une efficacité beaucoup moindre dans les scrofules des os ; tandis que c'est dans ces dernières surtout que l'huile a été trouvée très avantageuse et beaucoup moins dans les ulcérations glandulaires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Gazette médicale de Paris, août 1837, et *ibid.* journ. nov., 1839, N° 44.
(2) Horn's Archiv., juillet — août 1824.
(3) Rust's Magazin, etc., t. XXXV, cahier 1er, page 33.

(1) Gazette Médicale, nov. 1839.
(2) *Voyez* Recherches sur le sang des scrofuleux, par Fréd. Dubois (d'Amiens). L'Expérience, mars 1839.
(3) Le rachitisme est une maladie générale de l'enfance caractérisée, altération ou perversion et même suspension du travail de développement et de réparation de l'organisme et principalement du système osseux. (J. Guérin, Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme, lu à l'Acad. des Sc. le 17 juillet 1837, et Gaz. Méd. de Paris, juillet et août 1839.)

pour les faire revenir, on exposa la partie inférieure du tronc à l'action de la vapeur d'eau chaude. Si ce moyen n'échoua pas, il eut d'ailleurs un inconvénient très grave. En effet, il fit survenir, chez cette femme, une perte considérable, pour laquelle on fut obligé de la soumettre à l'action des réfrigérans. C'est à cette cause qu'elle croit pouvoir rapporter une pleurésie qui se développa alors, et dont elle peraît maintenant bien guérie.

Voici l'état actuel de la malade : elle a le teint très pâle; elle est maigre, d'une faiblesse extrême ; tout en elle annonce une constitution cachectique, une disposition anémique. Les membres inférieurs sont œdématiés, la jambe gauche est le siége d'une douleur peu vive. Le pouls est petit, misérable, tel, en un mot, qu'on le trouve ordinairement chez les individus d'une constitution profondément altérée.

A la partie antérieure de la poitrine, la percussion donne une résonnance passable, excepté dans la région précordiale ; il n'en est pas de même à la partie postérieure, où le son devient de plus en plus mat, à mesure que l'on se rapproche de la région inférieure du côté droit. L'auscultation fait entendre presque partout un râle sonore, crépitant, plus tranché d'ailleurs à droite, et surtout en arrière et en bas.

Si l'on était tenté de prendre ces signes pour ceux d'une péripneumonie, on en serait bientôt détourné par l'absence de quelques-uns des caractères propres à cette inflammation. On ne peut non plus les rapporter à un état œdémateux des poumons. Il n'est pas rare cependant de voir, chez les sujets affectés d'œdème, comme l'est cette femme, les poumons devenir aussi le siége d'une infiltration qui donne lieu, dans la région postérieure et inférieure de la poitrine, en raison de la déclivité de cette partie, aux mêmes phenomènes que ceux que nous avons observés. Mais ici, sauf quelque différence d'intensité, ces signes se remarquent dans presque toute l'étendue des poumons, soit en arrière ou en avant, en bas ou en haut, ce qui doit faire rejeter l'idée de l'œdème et faire conclure en faveur d'une bronchite chronique des deux côtés, avec un léger engouement des poumons.

La percussion de la région précordiale donne une matité un peu plus considérable qu'à l'état normal, en même temps que l'auscultation y fait percevoir des bruits plus forts. Ces bruits ont un timbre parcheminé, et s'accompagnent d'un souffle râpeux, signes qui sont caractéristiques d'une affection organique des valvules auriculo-ventriculaires. Ils sont cependant pris souvent, par un grand nombre de praticiens, pour ceux de la chlorose, avec lesquels ils ont quelque analogie, et il n'est pas rare de voir des médecins, même fort habiles, se laisser tromper par cette ressemblance. La distinction, toutefois, est facile à faire ; car si, dans le cas de chloro-anémie, les bruits du cœur augmentent d'intensité, ils n'ont pas ce timbre particulier analogue à celui du parchemin qu'on froisse, et le bruit de souffle est doux au lieu d'être raboteux, dur, semblable au bruit d'une râpe.

Sur l'un des pieds de la malade qui nous occupe, on remarque les traces de récentes piqûres de sangsues. Elle dit les avoir appliquées d'elle-même, parce qu'elle avait des douleurs qu'elle suppose rhumatismales, et que dans un cas semblable, mais plus grave, elle avait été soulagée par ce moyen. Ses réponses aux questions qui lui sont adressées à ce sujet ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'affection dont elle parle, et l'on reconnaît certainement le rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, nous trouvons ici une nouvelle confirmation d'une loi énoncée déjà depuis long-temps, savoir : la coïncidence de l'inflammation de la membrane séreuse du cœur avec cette maladie. De plus, ce qui n'est pas très rare, une bronchite chronique se trouve liée à une affection organique du cœur.

Il est à craindre, dans ce cas, que la bronchite dégénère en phthisie ; car c'est ce qui a lieu le plus souvent quand elle présente ce degré d'intensité.

Ceci nous conduit naturellement à remarquer la fréquence des maladies chroniques à la suite d'inflammations graves méconnues ou combattues par un traitement insuffisant. Si, en effet, on avait bien observé l'état de cette malade lors de son premier rhumatisme, on eût probablement reconnu l'inflammation de la séreuse du cœur ; sans doute alors on se fût décidé à agir avec plus d'énergie, et sans doute aussi cette femme ne présenterait pas aujourd'hui tout ce cortége d'affections chroniques. Avec la méthode des saignées coup sur coup, décriée par tant de médecins, on n'est pas exposé à ces tristes conséquences, et nous pouvons dire que jamais nous n'avons vu un malade traité par cette méthode pour une affection aiguë, rentrer dans ce service avec une maladie chronique consécutive de cette affection.

NOUVELLES DIVERSES.

— Un de nos honorables confrères, le docteur Moreau de St-Ludgère, a failli, il y a peu de jours, être victime d'un déplorable accident. Au moment où il passait rue de Lille avec sa femme et une jeune parente âgée de sept ans, ils ont été tous les trois renversés par un cheval qui s'était échappé d'une cour voisine. Notre confrère a été horriblement mutilé : outre quatre plaies à la tête, il y a eu une violente commotion cérébrale. Sa femme, enceinte de cinq mois et demi, n'a échappé que par un vrai miracle : foulée aux pieds du cheval, sa robe a été déchirée par morceaux ; mais elle en a été heureusement quitte pour quelques ecchymoses et une plaie de la joue. Quant à l'enfant, elle n'a eu que quelques égratignures. Aujourd'hui, douzième jour de l'accident, notre confrère et sa femme marchent vers une guérison rapide.

— [illegible] ministre de l'instruction publique, en date [illegible] urs sera ouvert le 16 août prochain, deva[illegible] cine de Paris, pour la place de chef des t[illegible] vacante dans cette Faculté par la nomin[illegible] la chaire d'opérations et appareils.

C[illegible] dans les formes prescrites par l'arrêté rég[illegible] embre 1836.

— [illegible] de la Lozère a demandé et obtenu qu'un buste en marbre de Chaptal fût placé dans la salle de ses séances.

[illegible] docteur en médecine, vient de mourir à Lisernore (Jura) à l'âge de soixante-onze ans. Un des premiers opérateurs sous la République, à l'armée d'Italie, à celles d'Est, de Sambre-et-Meuse, de Grèce, M. Picquet était l'ami de MM. les barons Desgenette et Larrey.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et honoré confrère,

L'analyse de mon mémoire sur *quelques anomalies de la vision*, dans votre compte-rendu de la séance de l'Académie de Médecine du 20 avril (*Gazette des Hôpitaux* du 23 avril), contient une légère inexactitude que je viens vous prier de rectifier. Il est dit, dans cette analyse : « M. Bouvier qualifie, au » reste, d'assertions mensongères les prétendues guérisons de » myopies *isolées* à l'aide de la myotomie. » Or, je n'ai point parlé, dans mon Mémoire, des effets de la section des muscles de l'œil dans la myopie *isolée* ou non compliquée de strabisme. La rapidité d'une simple lecture aura pu, seule, faire supposer le contraire à la personne chargée du compte-rendu de nos séances dans votre estimable Journal.

Agréez, etc., Dr BOUVIER.

23 avril 1841.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 9 [illegible] RIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 52, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. CIVIALE.

Des fausses routes au col de la vessie.

J'ai longuement traité, dit M. Civiale, des fausses routes urétrales dans le premier volume de mon Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires ; j'en ai noté la fréquence et la gravité, et j'ai fait ressortir les difficultés trop souvent insurmontables qu'elles opposent à l'introduction ultérieure de la sonde, et la position difficile dans laquelle toutes ces circonstances réunies ne manquent presque jamais de placer le chirurgien. Cependant j'y reviendrai ici parce que celles qui ont leur siége au col de la vessie et dans la portion de l'urètre embrassée par la prostate, sont plus graves encore que les autres sous tous les rapports.

J'ai vu beaucoup de fausses routes, qui m'ont mis à même de connaître l'immense variété des désordres que la sonde peut produire, depuis la simple éraillure de la membrane muqueuse, jusqu'aux trouées multiples les plus étendues. Mais un certain nombre de ces faits sont incomplets, l'histoire de la maladie m'étant demeurée inconnue. Je les ai rencontrés pour la plupart en me livrant à des recherches d'anatomie pathologique. Ici, à la vérité, les antécédens sont moins nécessaires à connaître que partout ailleurs ; car il ne s'agit pas tant de déterminer les effets du mal que ceux d'un traitement mal dirigé ; et, sous ce rapport, on peut dire que les autopsies ne laissent rien à désirer.

Ces fausses routes peuvent avoir lieu en tous sens au pourtour de l'urètre. J'ai cité des cas remarquables où elles étaient multiples, et occupaient la face inférieure, ainsi que les côtés du canal. Depuis, jen ai rencontré d'autres, non moins curieux, dans lesquels les fausses routes siégeaient notamment à la face supérieure. En voici quelques exemples.

Un malade mourut peu de jours après son admission dans le service des calculeux, sans que j'eusse eu le temps de me former une opinion arrêtée sur son état. La faiblesse était telle, qu'il n'eût pas été prudent de tenter une exploration. J'ignorais donc ce qui existait au col de la vessie. A l'ouverture du corps, on trouva une néphrite chronique et un engorgement considérable de la prostate, qui produisait dans l'intérieur de la vessie une tumeur aplatie d'avant en arrière, et déjetée un peu à gauche. La surface de cette tumeur était lisse, mais d'une couleur foncée tirant sur le brun. Une fausse route ancienne et organisée commençait derrière la crête urétrale, se dirigeant en arrière et à gauche, le long de la face antérieure de la tumeur, qu'elle labourait jusqu'au sommet ; mais il n'y avait pour ainsi dire que séparation de membrane. Une sonde [illegible]ssée dans cette fausse route n'était recouverte qu[illegible]e couche mince.

[illegible]èce qui me fut montrée quelques jours [illegible]lèves de l'hôpital, la fausse route, également ancienne et organisée, commençait derrière la crête urétrale, et s'ouvrait dans le bas fond de la vessie sous le trigone.

Un autre malade avait succombé aux désordres occasionnés par une rétention d'urine, et peut-être aussi par le cathétérisme. La verge était fort développée et longue de huit pouces, ce qu'il fallait sans doute attribuer aux fortes et fréquentes tractions qu'on avait exercées sur elle pendant les derniers temps de la vie. Il n'existait pas de rétrécissement. Une sonde fort grosse arrivait sans peine jusqu'à la partie prostatique de l'urètre, qui était fortement déjetée en haut par une tuméfaction considérable de la prostate. Au côté gauche de la crête urétrale commençait une fausse route qui traversait le lobe latéral gauche de la glande, et s'ouvrait dans la vessie, du même côté, un peu en haut. C'est par cette voie artificielle, sorte de ponction faite à travers le corps prostatique, et analogue à celle que nous verrons plus loin érigée en méthode de traitement, qu'on était parvenu à vider la vessie. La partie du canal parallèle à la fausse route n'offrait d'anormal que son changement de direction. Les parois vésicales étaient fort épaisses, et la surface interne du viscère criblée de trous conduisant à autant de cellules, dont les plus développées faisaient saillie au dehors de la couche musculeuse, quoique celle-ci eût près d'un pouce d'épaisseur. Deux de ces cellules, situées au sommet de la vessie, formaient des appendices vésiculeux fort remarquables. Du reste, la membrane muqueuse n'offrait aucune trace de lésion, et n'était pas plus rouge que dans l'état normal. La prostate avait un volume triple au moins de celui qu'on lui connaît ; sa consistance était fort grande aussi, et les canaux qui la traversent avaient pris beaucoup de développement. La crête urétrale, très saillante, envoyait en avant un prolongement qui s'étendait jusqu'au-devant du bulbe.

Dans un autre cas, on a constaté les plus grands désordres à la suite des manœuvres du cathétérisme. L'une des fausses routes, car il y en avait plusieurs, commençait au côté droit et à la partie antérieure de la crête urétrale, traversait la prostate d'avant en arrière et de haut en bas, et conduisant dans un foyer purulent situé entre cette glande et le rectum. Une autre, qui commençait à la partie médiane, derrière la crête, perçait la prostate dans la même direction que la précédente, et aboutissait au même foyer. Une troisième commençait au côté droit de la seconde et se bifurquait immédiatement ; l'une de ses branches se dirigeait en dehors et s'ouvrait dans la vessie derrière le lobe latéral droit de la prostate ; l'autre se portait obliquement en dehors et en arrière, et s'ouvrait aussi dans la vessie en formant au-devant de l'orifice de l'urètre du même côté une subdivision séparée seulement par une bande étroite. Du reste, la membrane muqueuse de la vessie ne présentait rien d'anormal, si ce n'est les orifices de plusieurs cellules, dont quelques-unes fort développées.

La prostate était plus volumineuse que de coutume ; cependant, il eût été facile d'introduire la sonde sans causer aucun des désordres dont je viens de faire l'énumération : on aurait même pu introduire un instument droit, et une pierre qui existait dans la vessie eût été d'autant plus facile à détruire qu'elle était très friable. Je laisse au lecteur le soin de faire les réflexions pénibles que suggère ce fait.

Aucun de ceux qui sont venus à ma connaissance ne m'a paru plus propre à mettre en évidence les dangers du cathétérisme, lorsque cette opération n'est pas confiée à des mains exercées ; car il n'y avait pas une seule de ces difficultés qu'on rencontre si souvent, et si l'on se rappelle combien la prostate est naturellement consistante, on pourra calculer le degré de force qu'il a fallu employer pour la perforer ainsi dans tous les sens. Du reste, les fausses routes étaient déjà anciennes, et l'on pourrait être surpris de ce que le malade a survécu long-temps encore, si l'on ne savait que la prostate irradie fort peu de sympathies, que ses altérations marchent avec lenteur, et qu'elles demeurent bornées à son propre tissu, lorsqu'elles n'entraînent pas de grandes difficultés d'uriner.

Les fausses routes, dans le cas de maladies prostatiques, ne sont rien moins que rares ; Home seul en indique trois exemples, sans compter trois lacérations de la membrane muqueuse. Dans deux de ces cas, les fausses routes n'avaient pas eu le temps de s'organiser, la mort étant survenue peu de jours après ; l'une traversait directement la partie prostatique de l'urètre près du veru montanum, l'autre commençait à l'angle formé par la glande et le canal, puis glissait dans l'épaisseur de la première, entre l'un des lobes latéraux et le médian. Dans le troisième, la fausse route était organisée ; la prostate très engorgée, et d'une texture ferme, formait tumeur au-dessus et en arrière de l'orifice interne de l'urètre. A la partie inférieure de cette saillie, on découvrait l'orifice d'une communication directe entre le canal et la vessie, assez large pour admettre le cathéter ; la sonde suivait cette voie au lieu de contourner la tumeur. Toutefois un examen plus attentif fit voir que la fistule ne traversait pas la glande elle-même, mais qu'elle perçait seulement les feuillets membraneux transverses entre les lobes moyens et lateraux.

Ces faits, auxquels j'en pourrais joindre d'autres encore empruntés aux auteurs tant anciens que modernes, sans compter tous ceux qui passent inaperçus, prouvent combien il est commun que les praticiens s'écartent de la véritable voie, lorsqu'ils sont appelés à introduire une sonde dans la vessie à travers une prostate engorgée. Ce n'est donc pas sans raison que quelques écrivains ont déploré les suites graves qu'entraîne si souvent alors le cathétérisme. M. Rayer est même allé plus loin ; il a donné à entendre que les chirurgiens ne savent pas calculer les conséquences de manœuvres auxquelles ils se laissent aller avec trop de facilité Quand on formule de tels reproches, la justice veut qu'on ne les généralise point ; car plusieurs praticiens, et je suis de ce nombre, se sont élevés avec force, dans tous les temps, contre ces procédés empiriques et hasardeux dont les inventeurs semblent avoir oublié qu'ils agissaient sur des tissus doués de la vie.

On reconnaît difficilement pendant la vie les désordres constatés par l'ouverture des corps, et non-seulement ils échappent aux investigations les plus attentives, mais encore ils conduisent à faire méconnaître la lésion prostatique qui en a été la source. On comprend, en effet, qu'en pratiquant le cathétérisme chez un malade, au col de la vessie duquel existe une fausse route, le chirurgien pourra très bien ne pas reconnaître une tumeur, même volumineuse de la glande, puisque la sonde ne rencontre aucun obstacle et s'engage dans la mauvaise voie. Je ne connais aucun moyen certain d'éviter les méprises en pareil cas. Il n'y a que des explorations répétées et une grande habitude qui puissent faire soupçonner une fausse route. Quelquefois, à la vérité, on est frappé de la direction anormale que prend la sonde en pénétrant dans la vessie; mais il est difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer si l'inclinaison de l'instrument tient à une fausse route ou à une tuméfaction peu développée ou circonscrite de la glande. Dans certains cas, je suis parvenu de la manière suivante, non à reconnaître positivement, mais à soupçonner l'existence d'une fausse route ancienne. D'abord, la sonde pénétrait dans la vessie sans rencontrer la moindre résistance, mais elle était déviée d'un côté ou d'un autre ; lorsque je la plaçais dans la direction normale de l'urètre, elle était arrêtée, et presque toujours au moment où son extrémité se serait trouvée dans la vessie, s'il n'y avait point eu quelque disposition insolite. Or, l'arrêt, en cet endroit, dépend d'une barrière, d'une tumeur fongueuse, ou d'un engorgement du corps de la prostate, et je m'étais assuré que rien de semblable n'existait, ou du moins que la lésion n'avait pas acquis assez de développement pour produire l'obstacle. Cette première donnée avait éveillé mes soupçons. Une grosse bougie de cire causait au col vésical une sensation particulière, et quelquefois rapportait une empreinte, annonçant que le col de la vessie ne se trouvait pas dans les conditions ordinaires. En examinant de combien l'extrémité oculaire de la sonde, étant parvenue à l'orifice interne de l'urètre, était obligée de pénétrer avant que l'urine parût, et calculant la direction que suivait alors l'instrument, j'acquérais la presque certitude qu'il y avait une fausse route.

En 1832, il s'est présenté dans le service des calculeux, un malade venant d'une salle de médecine, où l'on avait fait d'inutiles tentatives de cathérérisme, afin de remédier à une rétention d'urine. L'obstacle siégeait au voisinage du col vésical, et une fausse route avait été pratiquée entre la prostate et le rectum. La sonde ayant pénétré dans cette fausse route, il me fut facile de constater le fait. Au moyen du doigt porté dans le rectum, je sentais l'instrument recouvert seulement par les parois de l'intestin ; je le tirai jusqu'à la partie membraneuse de l'urètre, et en abaissant fortement le pavillon, je le fis pénétrer dans la vessie sans trop de difficultés ; il s'écoula environ deux pintes d'urine. Mais il s'agit là d'un cas exceptionnel. La plupart du temps, quoique l'on fasse, on n'arrive qu'à des approximations. Les troubles fonctionnels de la vessie n'ont rien de spécial dans le cas de fausse route. S'il arrive quelquefois des accidens immédiats propres à la décéler, il est une foule de circonstances où l'on n'en observe point; la maladie prostatique et le traitement dirigé contre elle suivent leur marche ordinaire ; la fausse route s'organise en un canal accidentel, qui suffit ensuite à l'excrétion de l'urine.

(La fin à un prochain numéro.)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

SIGNES DE LA GROSSESSE DÉDUITS DES BRUITS STÉTHOSCOPIQUES.

Ces bruits seront examinés dans leur rapport seulement avec l'étude séméiologique de la grossesse, et non point pour ce qui concerne l'accouchement ou la persistance de la vie du fœtus.

Si l'on applique l'oreille sur le ventre d'une femme enceinte parvenue à une époque assez avancée de la grossesse, l'on entend deux bruits pulsatifs différens : le premier, nommé *bruit* ou *souffle utérin, placentaire;* le deuxième, désigné sous le nom de *double battement.* Le premier paraît résulter de la circulation dans les parois utérines ; l'autre est produit par les battemens du cœur du fœtus.

Le premier de ces bruits a reçu des noms différens; ainsi M. Kergaradec l'a appelé *bruit avec souffle;* M. Delens, *souffle placentaire;* M. P. Dubois l'a désigné sous le nom de *souffle utérin,* dénomination adoptée par Nœgelé fils. Le souffle utérin est, en général, assez facile à percevoir ; d'abord c'est un bruit simple, isochrone aux pulsations de la mère, qui a été comparé par les auteurs à divers autres bruits, comme celui que produit l'air projeté avec force sur des charbons ardens, ou celui que l'oreille entend quand elle est appliquée sur l'ouverture d'une grande coquille marine, si l'on suppose toutefois ce dernier bruit intermittent. Le souffle utérin a une grande analogie avec les bruits de souffle que l'on rencontre dans les tumeurs anévrismales, dans les maladies des gros vaisseaux, dans la chlorose. Ici cependant le bruit est souvent continu, et, sous ce rapport, ne ressemble point au souffle utérin.

C'est ordinairement vers la quatorzième ou la quinzième semaine, que l'on peut entendre le souffle utérin, à l'époque où l'utérus commençant à déborder le détroit supérieur, est accessible au stéthoscope. Quelques auteurs disent l'avoir entendu plutôt vers la dixième semaine. Ceci viendrait confirmer ce qui a été dit précédemment relativement à l'élévation de l'utérus.

Plusieurs accoucheurs croient que le souffle utérin pourrait être entendu à une époque plus rapprochée de la conception, si les os du bassin et le tissu graisseux, qui présente une épaisseur assez considérable au-dessus du pubis, ne mettait obstacle à l'audition de ce bruit.

Kennedy a décrit un grand nombre de variétés de

souffle utérin, qu'il serait peu important d'énumérer ici. Il en est un pourtant qui mérite plus d'intérêt, c'est le son grave qui, quelquefois, se termine par un son aigu. Le souffle utérin diffère aussi sous le rapport de son intensité ; peu développé et obscure dans les premiers mois de la grossesse, il devient plus fort et plus distinct à mesure que celle-ci se rapproche de son terme.

L'intensité du son varie encore d'une autre manière sans qu'on puisse en dire la cause ; ainsi, il est fort chez certaines femmes et faible chez quelques autres, quoique les unes et les autres soient à la même époque de leur grossesse.

Il y a quelque temps, il y avait dans une des salles de la Clinique, une femme chez laquelle le souffle utérin avait une intensité remarquable. L'on peut dire cependant qu'en général la résonnance de ce bruit est en raison du développement des parois utérines ; en sorte que le souffle utérin n'est jamais plus distinct que chez les femmes dont l'utérus contient une plus grande quantité de liquide amniotique ; mais il faut que les parois de cet organe ne soient point trop distendues : ce bruit paraît se passer alors dans des canaux sonores.

Le plus souvent ce bruit s'entend vers le milieu de la hauteur de l'utérus sur les parties antérieures ou latérales, quelquefois vers le fond de cet organe ; en général, il n'est pas étendu à une grande surface : l'on peut dire que le rayon dans lequel on l'entend équivaut au diamètre du placenta. Cependant il y a à ce sujet des différences nombreuses ; et quelquefois l'oreille peut le retrouver dans des points éloignés. Nœgelé fils, qui a publié à ce sujet un travail remarquable, dit que le souffle utérin s'entend constamment vers les régions inguinales, et que de là il s'étend vers la partie supérieure de l'utérus. Cette assertion, pour être controversée, demanderait des détails peu pratiques ; pour cette raison, il convient de ne pas s'y arrêter. Il faut dire, cependant, qu'il pourrait se faire que l'auteur dont il est ici question ait pris pour le souffle utérin le bruit dont les vaisseaux inguinaux sont le siége.

M. Dubois, dans un travail sur l'application de l'auscultation à la pratique des accouchemens, publié dans les Archives générales de médecine en 1831, disait que le bruit de souffle utérin s'entendait quelquefois dans une étendue de quinze à dix-huit pouces ; cette assertion a été regardée comme exagérée par M. Velpeau, attendu que, dans son plus grand diamètre, l'utérus n'offrait pas un développement de plus de quatorze pouces. Ceci est vrai pour un grand nombre de cas ; mais il arrive quelquefois que l'utérus contenant une grande quantité de liquide amniotique, son diamètre se trouve alors plus grand : c'est à l'un des cas de ce genre qu'il faut rapporter ce qu'a dit M. P. Dubois.

Un phénomène assez singulier que présente le souffle utérin, c'est la variabilité de son siége ; ainsi, on ne le retrouve pas toujours dans le point où on l'avait déjà entendu, et on l'entend dans un autre point où il n'existait pas auparavant. Comme le souffle utérin dépend, ainsi qu'on le verra plus tard, d'une disposition particulière de l'appareil vasculaire, on serait tenté de croire que toujours on le retrouvera dans le même lieu ; cependant il n'en est rien, ce bruit est très capricieux, il faut en être prévenu pour éviter toute surprise.

L'intensité du souffle utérin est aussi très variable, et c'est une chose dont il est difficile de se rendre compte. Cependant, l'impulsion du cœur étant susceptible de variations chez la mère, ce qui peut apporter aussi quelques modifications dans le bruit de souffle, toutes les causes qui pourront amener le ralentissement de la circulation, pourront aussi faire varier l'intensité du souffle utérin. Dans le cours de l'accouchement, les *contractions utérines*, en ralentissant ou interceptant même la circulation dans l'organe de la gestation, diminuent l'intensité du bruit de souffle, ou le font complètement disparaître ; or, comme dans la grossesse l'utérus est susceptible de se contracter, bien qu'à un plus faible degré, l'on pourra observer aussi une différence plus ou moins grande dans l'intensité du souffle utérin.

Enfin le bruit de souffle n'est pas constant, ou au moins on ne peut le distinguer chez toutes les femmes enceintes.

Une question sur laquelle il est inutile d'insister beaucoup, parce qu'elle est d'une faible importance pour la pratique, c'est la cause du bruit de souffle. Et d'abord, quel est son siége? Comme ce bruit est parfaitement isochrone au pouls de la mère, qu'il en offre la lenteur, la rapidité, les intermittences, il paraît certain qu'il se passe dans une partie du système vasculaire maternel ; mais dans quel point de ce système? C'est alors que les expérimentateurs ne sont plus d'accord. Les uns disent que ce bruit de soufflet se produit dans les artères contenues dans le bassin, que celles-ci étant comprimées par l'utérus, ce bruit se trouve transmis à l'oreille par l'intermédiaire de cet organe. Cette opinion paraît peu probable. Ainsi il est clair que cette pression a lieu dans presque tous les points de l'utérus, et pourtant le bruit de souffle ne s'entend que dans un espace assez limité. D'une autre part, il ne s'accroît pas par la pression exercée sur l'utérus ; ce qui devrait être si la compression des gros vaisseaux en était la cause ; et puis on le voit diminuer pendant les contractions utérines ; alors que les parois abdominales sont à peu près dans le relâchement ; d'où il faut conclure que c'est dans les parois de l'utérus que l'on doit chercher ce bruit de souffle, suivant l'opinion émise par la plupart des observateurs. Une dernière remarque : s'il fallait attribuer le bruit de souffle à la compression exercée par l'utérus sur les gros vaisseaux du bassin, on devrait l'observer dans tous les cas de tumeurs abdominales volumineuses, ce qui n'a pas lieu.

C'est donc dans les parois utérines que se passe ce bruit de souffle ; mais de quelle façon s'y produit-il? Il existe des circonstances pathologiques tout à fait étrangères à la grossesse, où l'on entend un bruit de souffle qui offre la plus grande analogie avec le souffle utérin, comme dans le cas de tumeurs érectiles ou de varices anévrismales ; il faut même ajouter que le bruit de souffle que l'on perçoit dans ce cas est le meilleur point de comparaison que l'on puisse donner du souffle utérin ; or, si l'on examine la structure même de l'appareil vasculaire de l'utérus dans la grossesse, l'on voit que les communications qui existent entre l'utérus et les artères sont si amples, qu'elles ont la plus grande ressemblance avec les tissus érectiles ; le sang passe des artères dans les veines avec la plus grande facilité. Les colonnes de sang artériel viennent heurter les colonnes de sang veineux dont le cours est moins rapide ; c'est à cette circonstance qu'il faut probablement attribuer le souffle utérin. Sous le rapport de sa structure, l'utérus peut être considéré, dans la grossesse, comme un véritable tissu artériel physiologique.

L'explication que donne M. le professeur P. Dubois, de la production du souffle utérin est adoptée par un grand nombre d'accoucheurs. Nœgelé fils ne partage point cette opinion ; il dit que les communications entre les artères et les veines utérines sont trop peu apparentes pour qu'on puisse leur faire jouer un rôle dans la production du souffle ; il croit que celui-ci dépend des sinuosités formées par les vaisseaux utérins, du peu d'épaisseur et de souplesse des parois utérines ; mais M. Dubois ne pense pas que cette opinion soit fondée.

Quelques expérimentateurs ont placé le siége du bruit de souffle dans les vaisseaux qui unissent l'utérus au placenta, et, pour cette raison, ils lui ont donné le nom d'utéro-placentaire ; mais quoique le plus souvent celui-ci corresponde à l'insertion du placenta, cependant si l'on considère qu'il persiste encore quelque temps après l'expulsion du produit de la conception, l'on verra de suite qu'il ne peut pas en être ainsi. Enfin, il reste à faire une dernière remarque, à savoir : que le souffle utérin persiste même après la mort du fœtus. Nœgelé a dit qu'alors le bruit de souffle n'était plus le même que pendant la vie du fœtus, qu'il avait subi quelques modifications ; mais ceci ne paraît pas probable.

Les bruits que l'on désigne sous le nom de *doubles battemens* résulte des battemens du cœur du fœtus ; Nœgelé dit qu'il suffit de les comparer aux battemens du cœur des nouveau-nés pour en avoir une juste idée, et que c'est pour cela qu'il habitue ses élèves à l'auscultation de très jeunes enfans ; mais cette précaution paraît inutile. On peut se contenter de dire qu'ils sont semblables aux battemens du cœur chez l'adulte, seulement ils sont plus fréquens. Le nombre de ces pulsations est variable, M. P. Dubois l'a trouvé de 130 à 150. Nœgelé fils a fixé à 135 la moyenne. On les voit aussi assez souvent dans un court espace de temps subir un accroissement considérable, ce qui n'a pas lieu chez l'homme. Ceci paraît tenir à l'influence de l'innervation sur la circulation du fœtus, influence de l'innervation que l'on voit se prolonger même après la vie fœtale chez les nouveau-nés. Plusieurs accoucheurs ont rapporté ces variations momentanées de la circulation du fœtus par des circonstances particulières, telles que les mouvemens de la mère, les mouvemens actifs du fœtus, l'action prolongée de l'utérus pendant l'accouchement, ce qui peut être possible. Mais on a dit que tout ce qui pouvait accélérer le pouls de la mère n'avait aucune influence sur le pouls fœtal, et Nœgelé a relaté à ce sujet un fait concluant. Il dit avoir observé une femme enceinte sujette à de fréquentes syncopes, et que, malgré cela, il a remarqué que la circulation du fœtus ne subissait aucune modification. Il ne faut pas conclure de là que les impressions vives de la mère sont sans influence sur le fœtus, puisqu'on a vu la mort survenir chez celui-ci à la suite de semblables impressions, mais seulement qu'elles sont sans influence sur la circulation fœtale.

Le bruit de *doubles battemens* s'entend surtout à la partie antérieure de l'abdomen et à gauche. La position du fœtus dans l'utérus explique cette circonstance : c'est par le dos que ces bruits sont transmis. Cependant il ne faut pas croire que les bruits du cœur fœtal s'entendront mieux en arrière qu'en avant : la raison qui fait qu'il en est ainsi c'est que le dos se trouve appliqué immédiatement contre les parois utérines, tandis que la partie antérieure de la poitrine n'est qu'en rapport médiat avec ces mêmes parois. Le bruit des doubles battemens est communiqué aux parois thoraciques postérieures par les poumons, dont la densité en fait des corps très propres à la transmission du son. Mais ce n'est pas tout : on peut entendre ce bruit dans des points très éloignés les uns des autres.

Les *doubles battemens* peuvent être perçus à une époque variable de la grossesse. C'est ordinairement vers quatre mois et demi. Kennedy dit les avoir entendus à une époque moins avancée.

Quelle est la valeur de ces bruits dans leur application au diagnostic de la grossesse? Le souffle utérin est un signe très important, parce qu'il annonce de bonne heure l'existence de la grossesse et qu'il peut éclairer le diagnostic de celle-ci dans les cas où les règles n'auraient pas cessé de couler, et qu'il ne serait survenu aucun trouble dans les fonctions digestives.

Cependant ce signe n'a pas toute la valeur qu'on lui a donnée, parce qu'il manque quelquefois, et qu'il s'entend dans quelques conditions particulières étrangères à la grossesse, par exemple, dans le cas où le développement de l'utérus est occasionné par la présence de tumeurs fibreuses dans la cavité de cet organe.

On a cru à tort que l'existence ou la cessation du souffle utérin pouvaient instruire de la vie ou de la mort du fœtus. Ce bruit existe quoique le fœtus succombe pendant la grossesse, parce que la mort ne change rien aux conditions vasculaires qui produisent les pulsations avec souffle.

La constatation des doubles battemens établit la réalité de la grossesse et de la vie de l'enfant : c'est un signe d'autant plus précieux qu'il se rencontre chez le plus grand nombre des femmes. C'est ordinairement vers le quatrième mois qu'on peut entendre ce bruit. S'il manque chez quelques-unes, cela dépend probablement de ce que celles-ci se prêtent de très mauvaise grâce à l'exploration de l'accoucheur.

Cependant il est une remarque importante à faire : le bruit de doubles battemens peut ne pas être entendu d'abord au commencement de la grossesse; d'une autre part, à une époque avancée, quand l'utérus contient une grande quantité d'eau amniotique, quand il existe une hydropisie ascite ou une tumeur abdominale, circonstances qui peuvent gêner l'audition de ce bruit ; quand le fœtus est petit ; il faut ajouter que ce bruit ne s'entend point quand le fœtus est mort. En sorte que l'on pourrait conclure de l'absence des doubles battemens qu'une femme n'est pas enceinte, et l'on serait dans l'erreur.

Il est encore d'autres circonstances qui peuvent diminuer la valeur de ce signe. Ainsi il n'est pas impossible de les confondre avec les battemens de la mère dans des cas où ceux-ci sont accélérés et où l'on peut les percevoir dans toute la cavité abdominale, ce qui arrive quelquefois.

On a cherché dans l'examen des urines un moyen de diagnostic de la grossesse, mais on ne sait encore rien de positif à cet égard. Avant d'en dire quelques mots, il sera peut-être bon de reprendre quelques autres signes qui ont été à dessein laissés en arrière. On a indiqué comme signe de grossesse l'état couenneux du sang : mais ceci n'est pas exact, et on a pu souvent vérifier le contraire. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait eu occasion d'examiner un très grand nombre de fois le sang chez des femmes enceintes ; et ce n'est que très rarement que l'on a constaté l'existence de la couenne. On a dit aussi que les modifications de la circulation pouvaient indiquer la grossesse ; vers la fin du siècle dernier l'on attachait une grande importance à l'étude physiologique du pouls, et à l'aide de ce signe ; les médecins de ce temps-là croyaient reconnaître quel était l'organe malade et à quel genre de maladie on avait affaire ; de là les dénominations de pouls péritonéal, abdominal, etc., etc. Aujourd'hui l'exploration du pouls est un moyen employé seulement pour juger de l'état pathologique.

De l'examen des urines dans la grossesse.

Un ancien auteur avait dit que chez les femmes enceintes l'urine contient de petites particules qui se présentent sous forme de nubécule et qui plus tard se déposent au fond du vase. Fodéré, dans sa Médecine légale, a dit que ce signe méritait une grande attention ; Nauche, ignorant que ce signe avait été indiqué, annonça qu'il venait de trouver un nouveau moyen de diagnostic de la grossesse. Chez les femmes enceintes, disait-il, les urines sont pulvérulentes, blanchâtres, qualités qu'elles devaient à la coagulation du caséum qu'elles contenaient. Il citait un cas où la grossesse étant douteuse, il put la reconnaître à l'aide de l'examen de l'urine.

Depuis lors beaucoup d'observateurs ont fait de ce point le sujet de leurs recherches ; mais il faut remarquer que la coloration des urines est très variable ; elles peuvent être troubles chez les femmes enceintes comme chez celles qui sont en état de vacuité. On observe également dans les deux cas un dépôt au fond du vase ; il y a plus, c'est que ce dépôt est plus abondant chez les femmes non enceintes. Il faudrait dire si, chez les femmes enceintes, ce dépôt est du caséum, et pour cela il serait utile d'en examiner la nature. Il est cependant une remarque que l'on doit faire, c'est que chez les femmes enceintes les urines présentent une croûte, sorte de nubécule, que l'on ne rencontre pas chez les femmes qui ne sont pas en état de gestation. Les accoucheurs anglais attachent à ce signe une grande importance ; mais il serait nécessaire de voir s'il existe chez le plus grand nombre ou chez toutes les femmes enceintes ; ce serait alors un signe précieux.

Si l'on essaie au papier de tournesol les urines de femmes enceintes et de femmes en état de vacuité, l'on voit que les premières sont acides et les secondes alcalines ; que les premières rougissent le papier de tournesol, les deuxièmes au contraire les ramènent au bleu lorsqu'il a été rougi par un acide. C'est un moyen qu'il faut expérimenter sur une grande échelle et duquel peut-être l'on pourrait retirer quelques avantages.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Coqueluche (suite) (1).

22 janvier. Vous voyez que nos petits enfans atteints de coqueluche vont de mieux en mieux. Chez ceux d'entre eux qui sont anciennement pris, la maladie diminue ; elle n'est pas très intense chez ceux qui l'ont contractée très

(1) *Errata.* Les dates des jours de maladie ont été omises dans l'article *Coqueluche* : nous les reproduisons aujourd'hui.

En tête de l'article, *ajoutez* : 13 janvier.

Page 196, 1re colonne. Depuis notre première réunion, *ajoutez* : 15 janvier.

Même page, même colonne. Si la coqueluche, *ajoutez* : 18 janvier.

Même page, 2e colonne. Il se présente, *ajoutez* : 20 janvier.

récemment. Le petit varioleux de la salle Sainte-Julie est guéri de sa variole et de sa coqueluche. L'enfant du n° 6, de la salle Sainte-Thérèse, n'a plus que 17 quintes au lieu de 64. En suivant toutes les apparences, il sera guéri dans une huitaine de jours.

Chez les enfans des n°s 7 et 10 de la salle Sainte-Julie, atteints, le premier d'un catarrhe capillaire grave, le deuxième d'une pneumonie lobulaire, vous avez vu l'influence de ces phlegmasies sur le nombre et l'intensité des quintes de la coqueluche. Nous pensions que l'affection inflammatoire cessant, la coqueluche redeviendrait plus intense. Elle a bien reparu; mais outre que les quintes étaient bien moins fortes et moins nombreuses, elle n'a pas tardé à disparaître complètement. Ceci nous donne la mesure de l'influence thérapeutique d'une phlegmasie artificielle, que nous déterminerions chez les enfans atteints de coqueluche.

On a dit que la pustulation de la peau ou un vésicatoire faisaient diminuer rapidement la coqueluche, mais qu'il fallait n'y avoir recours qu'après la période d'augment. Il est possible que la fièvre déterminée par cette médication agisse sur la coqueluche comme les phlegmasies que nous avons vu survenir chez nos petits enfans, et il était naturel de penser que l'inflammation artificielle modifierait avantageusement la coqueluche comme le faisaient le catarrhe, la pneumonie lobulaire, etc. Or, c'est ce que l'expérience vient démontrer; mais il faut que ces moyens soient employés avec énergie. Autenrieth signale bien comme cause d'amendement de la coqueluche la vive douleur et la fièvre, qui résultent de l'irritation de la peau; par conséquent, quand on applique un vésicatoire, il faut qu'il soit large, et la pustulation, si c'est à ce moyen qu'on a recours, doit être énergique, et produite par le tartre stibié, ou mieux l'huile de croton tiglium.

Dans notre pratique particulière, nous n'avons pas été aussi heureux qu'à l'hôpital. Dans une institution de Paris dont nous sommes médecin, nous avons eu à traiter trois enfans atteints de coqueluche. Chez les deux premiers, âgés l'un de neuf ans, l'autre de douze, cette maladie n'a présenté aucune gravité. Chez le troisième, le fils du chef de l'institution, elle est d'abord simple, mais bientôt cet enfant eut quelques vomissemens et du catarrhe. Au bout de cinq à six jours, il fut pris de stupeur, que nous attribuâmes au sirop dont il faisait usage et qui contenait de l'opium. Nous en fîmes cesser l'usage, et la stupeur fut moins prononcée. Cependant le catarrhe continue de faire des progrès : la peau est chaude, la fièvre s'allume, il y a un vomissement et de la constipation; une pastille de calomel détermine une selle. A onze heures, nous voyons cet enfant : il est un peu mieux et nous prescrivons un lavement émollient et la diète. A midi, l'enfant est pris d'une attaque d'éclampsie; un pharmacien, ami de la famille, applique trois sangsues derrière l'oreille, en nous attendant, ce qui paraît soulager un peu le petit malade. Nous ne pouvons voir l'enfant que le lendemain : nous le trouvons avec une fièvre vive; le pouls est monté de 130 à 170 pulsations; l'oppression est beaucoup plus considérable; il y a du délire. Le soir le pouls est toujours très fréquent, l'agitation grande, les symptômes du côté du cerveau sont les mêmes. A neuf heures et demie, M. Baron est appelé en consultation : le pouls n'est plus qu'à 156; il n'y a plus de délire; on entend du râle muqueux et sous-crépitant à l'angle de l'omoplate à gauche; l'oppression est grande. Vésicatoire dans le point; ventouses de révulsion.

Ces ventouses se composent d'énormes bottes de cuivre terminées supérieurement par une bande circulaire en caoutchouc. Elles présentent un conduit auquel s'adapte un corps de pompe qui sert à faire le vide; un manomètre tenant à l'appareil sert à mesurer la quantité d'air que l'on a soustrait. L'atmosphère est divisée en trente parties: on n'en dépasse jamais la moitié. Au moment où l'on fait le vide, le sang artériel abonde dans tout le membre, à la partie profonde comme à la surface, et si l'on arrivait ainsi d'emblée au quinzième degré de l'échelle manométrique, ou si l'on dépassait ce point, l'on s'exposerait à la rupture des veines, accident arrivé plusieurs fois avant qu'on eût l'habitude de ces instrumens. Aujourd'hui que l'emploi des ventouses de révulsion est plus familier, ce n'est que graduellement que l'on arrive à raréfier l'air qu'elles contiennent d'une demi-atmosphère.

Vous comprendrez quelle dérivation puissante vous opérerez par ce moyen, si vous supposez que le diamètre du membre augmente environ d'un sixième, et que celui-ci étant de trois pouces chez un enfant avant l'application de la ventouse, sera de trois pouces et demi pendant cette application. Or, si vous cubez la quantité de sang distrait par ce moyen de la circulation, vous verrez qu'elle est énorme, et évaluée chez l'enfant, où l'on ne va pas au-delà de un quart d'atmosphère, à un quart de litre, et jusqu'à deux litres chez l'adulte.

La congestion du membre qui n'est que passive au moment où l'on applique l'appareil, devient ensuite active, et persiste encore douze, vingt et vingt-quatre heures après. Vous avez de la sorte une saignée qui permet, au bout d'un certain temps, de rendre le sang au malade; et vous devez comprendre combien elle sera avantageuse dans le cas d'affections momentanées, c'est-à-dire qui mettront pendant quelque temps seulement la vie des malades en danger. Ainsi la congestion cérébrale. Si, dans ce cas, vous pratiquez une saignée générale un peu abondante, vous faites disparaître la congestion; mais il reste à guérir les effets de cette saignée. Au contraire, au moyen des ventouses de révulsion, vous pouvez distraire de la circulation générale une quantité plus ou moins considérable de sang, suivant le besoin, et le cerveau une fois dégorgé, vous rendez à l'économie le sang que momentanément vous lui avez pour ainsi dire enlevé.

Dans l'éclampsie des femmes en couches et des enfans, dans l'hémoptysie, dans la congestion cérébrale, etc., les ventouses dont nous parlons pourront être très utiles.

HOPITAL DE CONSTANTINE.

Fracture comminutive de la jambe, suite de coup de feu, traitée par l'appareil inamovible des Arabes à l'hôpital de Constantine (1838); par M. le docteur Bonnafous, chirurgien en chef, membre correspondant de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Le nommé Abd-el-Kader, arabe sous les ordres de *Ben Aïssa*, reçut, dans la nuit du 9 au 10 novembre 1837, pendant l'attaque que les assiégés tentèrent sur le plateau de Coudiat-Aty, un coup de feu qui lui fracassa les deux os de la jambe à leur partie moyenne, avec un délabrement considérable des parties molles. Transporté en ville, il demanda à être déposé chez ses parens où il a resté, sans recevoir d'autres soins que ceux qui pouvaient résulter de l'immobilité la plus absolue, jusqu'au mois de janvier suivant, époque où, après avoir accompagné un convoi de blessés sur l'hôpital de Bone, je revins à Constantine pour prendre la direction du service chirurgical de l'hôpital. Les nombreuses relations que m'acquirent avec les indigènes, et les vaccinations que je venais d'introduire à Constantine, et plus encore les soins gratuits que je donnais aux malades blessés qui étaient fort nombreux, me firent découvrir ce malheureux blessé couché sur le grabat, et de voir partout ce que la misère et la malpropreté peuvent produire. L'ayant engagé à venir à l'hôpital, il consulta ses parens, et y entra le 25 janvier 1838. Pendant tout le temps qu'il avait passé chez lui, sa jambe fut entourée par les soins d'un tibid (ou médecin arabe), du bandage inamovible que les Arabes de cette province emploient, et qui diffère beaucoup, quant à sa composition, de celui usité à Alger, et surtout à Oran et Tlemcen; celui de Constantine est le mieux confectionné, et, quoique très imparfait, il atteint bien mieux l'indication qu'on se propose de remplir que ceux que j'ai vus à Alger. Il se compose : 1° de treize ou quinze nervures de palmier, d'un pouce de large sur quatre à cinq lignes d'épaisseur, et depuis huit jusqu'à douze pouces de longueur, formant ainsi autant d'attelles qui, réunies à leurs extrémités à l'aide d'un cordon de laine, permet à cet appareil de se mouler assez exactement à la forme arrondie du membre. Quelquefois la surface interne des attelles, qui est plane, tandis que l'externe est convexe, est tapissée d'une peau de mouton très fine; mais le plus souvent cette peau forme une partie distincte de l'appareil, et est assez longue et assez large pour entourer convenablement le membre. 2° D'une pâte faite avec la poudre très fine des feuilles du lentisque séchées à l'ombre, qu'ils mêlent avec une égale partie de gypse ou plâtre.

Tout étant ainsi préparé, une couche de cette pâte, de deux ou trois lignes d'épaisseur, est grossièrement appliquée autour du membre, et maintenue à l'aide de la peau de mouton qu'on fixe avec quelques cordons en laine; pardessus le tout est appliqué le système d'attelles, maintenues elles-mêmes avec les mêmes cordons qui les fixent entr'elles, et dont la longueur permet de contourner plusieurs fois le membre.

Huit ou dix jours après l'application de cet appareil, le malade se sert de son membre, même quand la fracture n'existe qu'à un des os de la jambe. J'en ai rencontré plusieurs marchant dans les rues avec cet appareil tout appliqué.

Quand la fracture est compliquée de plaie, ils ménagent une fenêtre à l'appareil, afin de faciliter l'écoulement des corps étrangers. Leurs pansemens sont très simples, et consistent à laver la plaie, la saupoudrer avec la poudre de lentisque et à la recouvrir d'un morceau de linge.

Il est vrai de dire que la progression dans ce cas de fractures de jambe rend la coaptation très souvent difforme; on peut en acquérir la preuve tous les jours sur deux Arabes qui courent les rues de Constantine. Les fragmens du tibia ont tellement chevauché l'un sur l'autre, que le cal s'est formé, non sur l'extrémité du fragment, mais bien sur la surface correspondante, dans l'étendue d'un pouce à peu près; l'extrémité du fragment supérieur forme une arête à angle droit et de toute l'épaisseur de l'os, au milieu de la jambe.

Le bandage inamovible d'Alger est plus simple et plus grossièrement fait. Il consiste à entourer le membre d'un mélange de plâtre et de sable très fin, maintenu avec des morceaux de linge et le tout recouvert par cinq ou six petites planches qui forment autant d'attelles liées entre elles ou avec de la corde ou avec du fil de fer.

A Oran et Tlemcen, les Arabes ne mettent que quatre planches assez larges pour embrasser le membre recouvert d'ailleurs de la même couche de plâtre et maintenu au moyen de gros fil de fer grossièrement disposé.

De tous ces bandages on voit que celui de Constantine est le mieux confectionné, tel qu'il est employé jusque dans le désert, comme me l'ont assuré plusieurs habitans de Biscara.

C'est la jambe entourée de cet appareil, que je trouvai l'Arabe Abd-el-Kader, après la prise de la ville, et transporté à l'hôpital Sala-Bey, le 25 janvier, deux mois et demi après la blessure. Toutes les parties de l'appareil étaient pourries et inondées de pus. Après avoir enlevé les attelles et le linge, je trouvai le moule de plâtre brisé en plusieurs morceaux contigus les uns aux autres; le membre était dans une bonne position et peu engorgé; trois ouvertures s'étaient formées aux tégumens autour de la solution de continuité. En sondant les deux ouvertures internes, je rencontrai plusieurs esquilles appartenant au tibia, tandis que par l'ouverture externe je rencontrai le cal encore peu résistant qui avait soudé les fragmens du péroné. Une large incision m'ayant permis d'extraire trois ou quatre grosses esquilles et de constater une dénudation assez étendue du tibia, je fis les pansemens de manière à entretenir béante l'incision autant pour faciliter la sortie du pus que celle des portions d'os résultant de l'exfoliation nécessaire de la partie dénudée du tibia.

Je voulus, afin de maintenir l'immobilité du membre, entourer la jambe de l'appareil inamovible de M. le baron Larrey; mais l'Arabe ne voulut pas y consentir et désira un bandage pareil à celui qu'il avait avant d'entrer à l'hôpital.

Le lendemain un médecin arabe se trouva à ma visite, muni de toutes les pièces nécessaires, et je le priai d'appliquer devant moi l'appareil que j'ai déjà décrit. Le soin qu'il apporta dans cette application, et la manière intelligente avec laquelle il ménagea des ouvertures au niveau des plais, afin, disait-il, de laisser sortir le sang couenneux, me donnèrent une idée assez favorable de cet homme, dont la confiance à Constantine et aux environs pour la réduction des fractures et des luxations est telle que des Européens même ne dédaignent pas de le consulter.

Aucun accident n'étant survenu et le tibia s'étant débarrassé de sa portion dénudée; la cicatrice de toutes les plaies ne tarda pas à s'effectuer. Un mois et demi après l'application de ce second appareil, Abd-el-Kader sortit complètement guéri de l'hôpital, non sans m'avoir embrassé plusieurs fois les pieds en signe de remercîment.

Fracture comminutive des mâchoires supérieure et inférieure. Modification de l'appareil contentif de ces fractures.

M. Julien R..., négociant, venait de Bone avec une forte caravane d'Arabes, lorsqu'arrivé à six lieues de Constantine il resta avec un autre négociant français à quelque distance en arrière de la colonne. Pendant qu'ils cherchaient tranquillement à la rejoindre, ils furent tout-à-coup assaillis par cinq ou six Bédouins qui, après avoir tué son camarade, lui portèrent plusieurs coups de pierre à la face et trois coups de yatagan sur la tête. Le croyant mort, les assassins prirent tout ce qu'ils avaient, et partirent d'autant plus vite que les cris de M. R... étant parvenus jusqu'aux oreilles des Arabes, ceux-ci se hâtèrent de venir à son secours. M. R... fut mis sur un mulet et porté le même jour, 7 avril, à l'hôpital, où il présenta les lésions suivantes :

1° Un coup de yatagan à la partie postérieure de la tête, qui avait détaché un grand lambeau tombant sur la nuque.

2° Trois autres incisions peu profondes faites par le même instrument sur la partie supérieure du crâne.

3° Une plaie contuse sur la lèvre supérieure, qui était mâchée dans l'étendue d'un demi-pouce, avec fracture de la portion alvéolaire correspondante, compliquée de la perte de quatre dents, dont deux incisives, la canine et la petite molaire gauche.

4° Plaie contuse au menton, avec fracture de la mâchoire inférieure presque à sa partie moyenne, et perte de quatre dents dont deux incisives, la canine et la petite molaire gauche; le tout compliqué d'un gonflement considérable de la face.

5° Une incision profonde divisant en travers la paume de la main droite, incision que le malade s'était faite en saisissant le yatagan afin d'éviter un coup plus meurtrier.

Plusieurs indications chirurgicales se présentaient à remplir : mais en considérant l'état général du malade, le gonflement de la face et l'espèce de délire dans lequel il était, je crus devoir différer toute opération pour combattre les accidens inflammatoires qui semblaient être menaçans du côté de l'encéphale.

Je pansai à la hâte les plaies de la tête et celle de la main avec des bandelettes agglutinatives, et recouvris celles de la face avec des compresses imbibées d'eau froide. Je fis pratiquer une saignée de 16 onces, et j'ordonnai que des sangsues fussent appliquées en permanence, et au nombre de vingt, sur les apophyses mastoïdes. Cent sangsues furent ainsi appliquées dans la soirée.

Le lendemain, le gonflement de la face a sensiblement diminué, ainsi que les accidens cérébraux. Diète, limonade fer., saignée de 30 onces.

Le 10, la diminution de tous les symptômes et surtout du gonflement me permet de faire quelques recherches pour constater la nature et le degré de gravité des lésions. Le doigt introduit dans la bouche me fit connaître : 1° que le fragment de l'arcade alvéolaire supérieure d'un pouce de large et d'un demi-pouce de profondeur ne tenait plus au palais que par une petite portion de la muqueuse et était complètement détaché du reste de l'os maxillaire; 2° que la fracture de la mâchoire inférieure un peu à gauche de la symphyse du menton occupait une direction un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Après avoir mis en rapport les fragmens de la mâchoire supérieure, je rafraîchis les bords de la plaie qui étaient irrégulièrement coupés, et je cherchai à les réunir par première intention. Mais la perte de substance étant trop grande, je ne pus parvenir à bien affronter les bords qu'après avoir disséqué, comme l'indique M. le professeur Serres de Montpellier, le lambeau gauche dans l'étendue d'un demi-pouce sur l'os maxillaire, en incisant la mu-

queuse au-dessus des gencives. Cette petite dissection, en facilitant l'extension de la peau, me permit de rapprocher les bords et de les maintenir en contact, en suivant le procédé adopté pour l'opération du bec-de-lièvre.

Le pansement de la lèvre supérieure terminé, je dus m'occuper de la fracture du maxillaire inférieur, dont la coaptation me paraissait plus difficile à maintenir. Le fragment externe ou postérieur obéissant à l'action des muscles ptérigoïdien interne, masséter et temporal, était porté en haut et en dedans, et malgré les plaques de liége introduites entre les dents et l'arcade bien appliquée sur le corps de l'os, je ne pus obvier complètement à ce déplacement. L'avulsion de quatre dents antérieures me privant du moyen le plus efficace, celui de fixer les fragmens avec un fil passé autour des deux dents voisines. Quelque précaution que je prisse dans l'application des différentes pièces, je n'obtins jamais qu'une coaptation très imparfaite. Un fil de métal me parut être la seule ressource pour obvier à une trop grande difformité; et afin d'en rendre l'application possible, voici le petit appareil que j'imaginai. Je pris deux morceaux de fil de fer d'un pouce de longueur et d'une demi-ligne d'épaisseur auxquels je donnai une courbure qui répondît à celle de l'arcade dentaire, et que je recouvris d'un peu de sparadrap roulé en spirale. Ainsi préparés je les appliquai l'un à la partie antérieure et l'autre à la première portion des dents, où ils furent maintenus en place à l'aide d'un fil d'argent qui en fixait les extrémités d'un côté aux deux incisives du fragment antérieur, et de l'autre à la première molaire du fragment externe ou postérieur.

Ce petit système d'attelles demanda beaucoup de soins dans son application, et je dus, pour aider son action et prévenir toute espèce de dérangement, attacher à leur partie moyenne un petit cordon qui, fixé par son extrémité opposée à un segment de cercle dont les deux extrémités étaient assujetties sur les côtés de la tête, entraînait le fragment supérieur en avant et neutralisait aussi l'action du ptérigoïdien. C'est dans ce cas que l'instrument de MM. Ruttrenick, Burch ou de Houselot aurait pu trouver une heureuse application. Toute la mâchoire inférieure fut recouverte par des compresses trempées dans un mélange d'alcool et de blanc d'antimoine, et maintenu à l'aide d'un bandage approprié et imbibé du même mélange.

Pendant un mois le malade vécut d'alimens liquides, et aucun accident digne d'être noté n'a contrarié la marche heureuse de toutes ces altérations. Au bout de quarante jours, tous les appareils furent levés, et la consolidation faite sans autre difformité que celle provenant de la perte de substance que les deux mâchoires avaient éprouvées.

Depuis long-temps l'expérience m'a appris que le bandage amidonné convenait très bien dans le cas de fractures comminutives de la mâchoire inférieure. Mais dans toutes les fractures, il faut qu'il soit appliqué immédiatement après l'accident et avant toute espèce de gonflement, ou bien, si on n'est pas appelé à temps, attendre que les symptômes inflammatoires aient disparu, ou au moins considérablement diminué.

Quand, sur le champ de bataille, je recevais un blessé avec une fracture de la mâchoire (et ce genre de blessure est nombreux dans les guerres d'Afrique), j'appliquais, après avoir détergé la plaie de tout corps étranger, un appareil composé d'une couche très épaisse de charpie, couverte de compresses bien doublées, et le tout maintenu solidement au moyen de la mentonnière ou des chevrettes.

Le sang qui découle de la plaie a bientôt imbibé tout l'appareil; et quand l'hémorrhagie est arrêtée, ce qui a lieu au bout de quelques heures, toutes ces parties se dessèchent, et forment ainsi un moule solide qui maintient bien également, et sans fatiguer le malade, toute la mâchoire; et au lieu de changer cet appareil, comme le conseillent bon nombre de praticiens, pour lui en substituer un second plus propre, je le laisse en place, et me contente de le recouvrir, quand il est bien sec, d'une bande propre uniquement pour dérober aux yeux l'aspect peu agréable du premier.

Je me trouvai si bien de cette manière de faire aux expéditions de *Sétif* et de la *Tafna*, que depuis, quand j'ai eu à traiter des fractures comminutives de la mâchoire inférieure sans écoulement sanguin, j'ai remplacé le sang par le mélange que M. Larrey emploie dans son appareil inamovible.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 26 avril.

Physiologie transcendante. — M. le docteur Coste, connu par d'excellens travaux d'embryogénie, a commencé la lecture d'un mémoire intitulé : « Recherches microscopiques sur le contenu de la vésicule du germe envisagé dans toutes les classes de la série animale, et sur la fonction qu'il est destiné à remplir dans l'acte de la génération. » L'auteur a fait circuler plusieurs dessins relatifs à ses recherches. Les détails de ce travail fort curieux échappent à l'analyse.

Chimie médicale. — M. Bermond Fremy lit l'extrait d'un travail fait en commun avec M. Boutron, intitulé : Recherches sur la fermentation lactique.

On sait que l'acide lactique se rencontre dans presque tous les liquides de l'organisation animale, dans les sucs des végétaux; et enfin, personne n'ignore qu'il est un des produits de l'altération qu'éprouve le lait quand il s'aigrit.

MM. Fremy et Boutron ont réuni sous la dénomination générale de fermentation lactique, tous les phénomènes qui accompagnent la formation de l'acide lactique.

Les membranes fraîches de l'estomac, placées dans certaines conditions atmosphériques, éprouvent des décompositions très rapides. On reconnaît par l'expérience, qu'en parcourant les différens degrés de la décomposition, elles deviennent propres à former successivement, quand on les met en contact avec du sucre, d'abord de l'acide lactique, puis de la mannite, une matière visqueuse, de l'alcool et de l'acide carbonique.

Les auteurs ont agi sur des membranes d'estomac de chiens ou de veaux, et ils croient être arrivés à la connaissance de la véritable source de l'acide lactique qu'on rencontre dans l'estomac et dans le reste de l'économie. Dans la fermentation du lait, l'acide lactique est dégagé par l'action de l'air sur le caséum, ou plutôt sur le sucre de lait. Ils expliquent également la source de l'acide lactique de certains fruits qui deviennent acides lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions, etc. (Commission.)

Motion d'ordre. — Lundi prochain les cinq Académies tiendront leur séance solennelle; en conséquence l'Académie des sciences ne tiendra pas séance ce jour-là. Sur la proposition de MM. Arago, Serres, Double, Duméril et Roux, la prochaine séance a été remise à mercredi de la semaine prochaine, au lieu de mardi, par égard pour l'Académie de médecine.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de physique générale.

Mon cher confrère,

Il m'importe de répondre un mot à la réclamation de M. Bouvier; car elle tendrait à faire croire que j'aurais surchargé les phrases qu'il a lues à l'Académie. M. Bouvier a dit positivement *qu'il était faux de croire que la section des muscles de l'œil aurait fait debomber la cornée et rendu par là presbyte la vision myope*, ainsi que quelques personnes l'avaient prétendu. Or, ceci ne pouvait se rapporter qu'à la *myopie isolée*, à ce que je crois. L'explication donnée par M. Bouvier, dans sa réclamation, devenait donc importante, car je présume que d'autres personnes l'avaient compris comme moi.

Le rédacteur des séances de l'Académie.

NOUVELLES DIVERSES.

— La Faculté de médecine de Montpellier avait proposé, pour la présidence des jurys médicaux de son ressort, MM. les professeurs Dubreuil, Rech, Bouisson et Serre; et pour le jury local, MM. Golfin, Delile, Delmas, Duportal, d'Amador et René.

Jusqu'ici et sans exception, dit-on, M. le ministre de l'instruction publique avait nommé les candidats placés les premiers sur la liste de présentation; mais cette fois il en a été autrement. MM. Dubreuil et Bouisson viennent d'être nommés membres du jury pour l'extérieur, et MM. Golfin, Delmas et d'Amador, membres du jury du département de l'Hérault.

De là, grande rumeur dans la Faculté, profondément blessée, affirme-t-on, sinon dans ses droits, au moins dans sa dignité. Elle devrait pourtant être faite aux façons cavalières du pouvoir envers elle. Mais c'est surtout sur M. Orfila que se répand la bile du savant aréopage et des adhérens. Nul n'ignore, en effet, que M. le doyen de la Faculté de Paris, en sa qualité de membre du conseil royal de l'instruction publique, est le véritable ministre de nos Facultés de médecine. Aussi l'accuse-t-on de ce crime de lèze-convenance qu'on élève presque à la hauteur d'une injure nationale. On prétend, en effet, que c'est surtout pour favoriser un de ses compatriotes, un espagnol, un étranger, qu'il n'a pas craint d'outrager de nouveau notre Faculté.

Pour cette fois, une telle colère nous semble exagérée, et nous en renvoyons la responsabilité aux parties intéressées. Mais, par cet acte même, il devient pour nous de plus en plus évident que le pouvoir s'applique sans relâche à la ruine des deux Facultés de province. C'est en les attaquant, tantôt par de nouvelles institutions scientifiques qui deviendront bientôt tout autant d'écoles rivales, tantôt en leur refusant les moyens propres à fortifier leur existence; tantôt, enfin, par des outrages à leur considération, et la blessure déjà faite devient toujours plus profonde. Un jour arrivera le marasme, et l'on n'aura plus qu'à dire : les Facultés de Montpellier et de Strasbourg ont cessé d'exister. Ajoutons, toutefois, que les professeurs eux-mêmes n'auront pas peu contribué à cette chute par leur déplorable inertie et leur manque de confraternité.

— Le personnel de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie n'est pas encore officiellement connu. Cependant nous pouvons assurer que la plupart des choix sont arrêtés dès à présent, et nous allons donner ceux que la rumeur publique désigne comme devant recevoir sous peu de jours l'assentiment ministériel :

Directeur et professeur de clinique interne : M. le docteur Mazard.

Professeur de clinique interne : M. le docteur Thuilier.

Professeur d'anatomie et de physiologie : M. le docteur Bardinet.

Professeur d'accouchement : M. le docteur Bleynie.

Professeur de chimie et de pharmacie : M. Dubois, pharmacien.

Professeur de matière médicale : M. Dumas ou M. Tharaud.

Ces choix sont approuvés par les journaux du pays.

— M. Magendie ouvrira, mercredi 28 avril, à trois heures, le cours de médecine du Collége de France. Il traitera spécialement des maladies des organes des sens. — Les études cliniques se feront à l'Hôtel-Dieu, le matin à sept heures.

Eaux minérales de la France les plus renommées, dans l'ordre de leurs produits et avec les noms des médecins inspecteurs : Bagnères, M. Ganderax; Vichy, M. Prunelle; Luchon, M. Barrié; Bourbonne, M. Le Molt; Mont-d'Or, M. Bertrand; Cauterets, M. Buron; Barèges, M. Pagès; Néris, M. de Montluc; Plombières, M. Garnier. Les étrangers y laissent chaque année de 3 à 4 millions.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée: *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 29 AVRIL 1841. (14e ANNÉE.) N° 53, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Relevés et résumés des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la clinique pendant l'année scolaire 1840-41. (Suite du n° 50.)

AFFECTIONS ORGANIQUES DU COEUR

Considérées principalement dans leurs rapports avec l'affection rhumatismale.

Dans le courant de l'année scolaire, les affections organiques du cœur se sont présentées à notre observation au nombre de 11.

Sexe. Elles ont été ainsi réparties, suivant les sexes :

Hommes,	8
Femmes,	3
	11

Or, si vous vous rappelez que le nombre des lits des femmes est presque toujours double de celui des hommes, vous reconnaîtrez dans quelle très grande proportion les hommes sont affectés de maladies organiques du cœur eu égard à celles des femmes. Cela s'explique très bien, du reste, par la nature des travaux plus pénibles qui sont répartis à notre sexe.

Affections rhumatismales antérieures au développement de la maladie du cœur. Sur ces 11 cas d'affections organiques du cœur, une seule fois le rhumatisme articulaire avait précédé le développement des accidens cardiaques. Disons même que la dyspnée existait avant la seule attaque rhumatismale, qui avait eu lieu huit années avant l'entrée du malade à la clinique.

Ainsi, dans un cas de rhumatisme articulaire fébrile, il y a eu à la suite maladie organique du cœur.

Le résultat qui précède, relatif à la rareté avec laquelle les affections organiques du cœur se développent à la suite de rhumatisme articulaire aigu, s'accorde d'ailleurs parfaitement avec les résultats obtenus dans les années précédentes. Dans ces mêmes années qui, réunies à celle-ci, ont fourni un total de 86 cas d'affections organiques du cœur, dix seulement, c'est-à-dire moins d'un huitième, avaient eu des affections rhumatismales avant le développement des accidens cardiaques.

Du rapprochement de tous ces faits, il résulte que la proportion des sujets ayant vu succéder leur maladie du cœur aux attaques rhumatismales est peu notable, comparativement à celle que d'autres ont annoncée. Ce résulsultat, disons-nous, est tout à fait opposé à cette doctrine, qui insinue que l'endocardite, complication en quelque sorte inévitable du rhumatisme aigu fébril généralisé, doit être considéré comme l'origine des affections organiques du cœur. Une semblable assertion doit être accueillie avec réserve, car elle ne repose pas sur un nombre de faits suffisant.

Bruit de soufflé considéré dans ses rapports avec les lésions anatomiques constatées après la mort. Le bruit de souffle a existé d'une manière évidente chez cinq malades, dont trois ont succombé. Le souffle s'était surtout fait entendre au premier bruit du cœur.

Chez les trois sujets qui ont succombé, chez tous il y avait insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, en sorte que le sang refluait en partie dans les oreillettes lors de la contraction des ventricules. Dans deux de ces cas, il y avait également dilatation de l'orifice aortique avec insuffisance des valvules; en sorte que le sang pouvait refluer dans le ventricule gauche lors de la contraction de l'aorte.

Nous nous en tiendrons à ces quelques considérations sur les affections organiques du cœur, car notre but principal était de vous démontrer seulement que les 86 cas que nous avons recueillis dans ces dernières années, à dater de 1837, sont insuffisans pour résoudre la question relative à l'origine de la plupart de ces maladies, sur laquelle il y a dissidence.

CHOLÉRA MORBUS SPORADIQUE.

Nous avons eu occasion, cette année, d'observer deux cas de choléra sporadique : un dans le sémestre d'été (mois de juillet), un dans celui d'hiver.

Au reste, la maladie n'a présenté rien de bien extraordinaire. Des vomissemens abondans de bile, des selles de même nature et nombreuses, l'état algide, des coliques, quelques crampes, etc., tels sont les principaux phénomènes qui ont été observés.

Observons ici cependant que l'une des deux malades avait eu, trois à quatre mois auparavant, les mêmes accidens, avec cette différence remarquable cependant, qu'aux autres phénomènes cholériques s'étaient joints des vomissemens et des évacuations alvines, d'apparence laiteuse : or, vous savez que tel est le caractère des évacuations qui ont existé dans le choléra épidémique, et qui sont propres au véritable choléra asiatique. C'est ce qui a fait qu'on les a comparées à une décoction de riz. Cette apparence laiteuse des vomissemens dans le choléra asiatique, s'observe quelquefois à un degré très prononcé ; nous nous rappelons avoir reçu à l'hôpital, à l'époque de l'épidémie qui a régné à Paris, une femme dont les matières vomies offraient avec le lait une si grande analogie, que nous ne pûmes nous empêcher de lui demander si elle n'avait point bu du lait avant de tomber malade ; elle nous répondit négativement.

AFFECTIONS SATURNINES.

Nous avons reçu, cette année, trois malades atteints de colique saturnine. Dans deux cas les malades retombaient. Ces deux sujets avaient été traités ailleurs de leur première colique, et nous avons reconnu aux réponses des malades, que l'on n'avait pas assez persisté dans l'emploi des évacuans ; ce qui expose à la reproduction du mal.

Dès leur arrivée à la clinique, nous avons recommencé le traitement, et tout de suite il y a eu du soulagement; mais nonobstant cette amélioration, nous avons continué le traitement. Nous avons imité en cela la marche suivie par les anciens médecins de la Charité, et nous avons encore gardé les malades, qui ont été renvoyés seulement trois à quatre jours après l'établissement complet des selles. Ce résultat est celui que l'on doit se proposer d'atteindre, et qui doit mesurer l'époque pendant laquelle il faut persister dans l'emploi des évacuans.

EMBARRAS GASTRIQUE. GASTRITE.

Ces deux affections se sont présentées un assez grand nombre de fois.

L'embarras gastrique n'a présenté rien qui soit digne d'être noté. Il a constamment cédé aux éméto cathartiques.

La gastrite a affecté dans un cas une forme remarquable, et s'est accompagnée de vomissemens composés de mucosités sanguinolentes. Il existait, du reste, un antécédent qui rendait compte de ce fait, c'est que la maladie avait commencé par le vomissement d'un caillot de sang. Depuis, l'exhalation sanguine avait évidemment continué à se faire en même temps que celle du mucus ; de sorte que ces deux fluides présentaient le mélange intime qui caractérise les crachats de la pneumonie.

Il y a quelques années que nous avons été témoin d'un fait analogue chez un sujet rhumatisant qui était couché salle Saint-Bernard. Voici ce qui arriva chez lui : aussitôt après la disparition du rhumatisme, qui se suspendit brusquement, il se manifesta une dysenterie qui fut traitée par les opiacés, et qui cessa promptement. Alors survinrent les symptômes d'une gastrite et des vomissemens représentés par un fluide composé d'un mélange intime de mucus et de sang. C'était le premier fait de ce genre que nous observions. Evidemment il existait dans ce cas une liaision entre la disparition du rhumatisme et le développement des accidens qui ne tardèrent pas à se manifester du côté de l'intestin et de l'estomac.

MALADIES PUERPÉRALES.

Nous avons reçu cette année plusieurs cas de métrite, de métro-péritonite et d'inflammation des fosses iliaques.

MÉTRITES.

Les métrites, tant puerpérales que post-puerpérales, ont été observées au nombre de dix.

Il est important de distinguer les métrites puerpérales des métrites post-puerpérales ; car si d'une part les puerpérales, c'est-à-dire celles qui se déclarent dans les heures qui suivent l'accouchement, sont presque inévitablement mortelles, d'autre part les post-puerpérales, savoir : celles qui surviennent trois, cinq, six, sept ou dix jours seulement après l'accouchement, sont moins graves, surtout lorsqu'elles ont été provoquées par un écart commis par la malade.

MÉTRITES PUERPÉRALES.

Elles ont été observées au nombre de deux. Une de ces malades était récemment accouchée, et la métrite s'était déclarée quelques heures seulement après l'accouchement; elle a succombé.

Chez la seconde femme, l'issue a été favorable ; mais nous devons vous faire remarquer que, dans ce cas, la métrite était consécutive à un avortement, et non à un accouchement, ce qui diminue de beaucoup la gravité du cas ; car l'expérience démontre que les suites de la métrite se déclarant en pareil cas sont ordinairement moins sérieuses. Cela se conçoit, du reste : car à la suite de l'avortement l'utérus est moins dilaté, le péritoine moins distendu, la surface enflammée, en un mot, est moins étendue, moins grande.

MÉTRITES POST-PUERPÉRALES.

Les métrites post-puerpérales se sont présentées à notre observation au nombre de 6. Une seule des femmes qui en étaient atteintes a succombé, et encore la mort estelle arrivée par suite d'accidens survenus en dehors de ceux de la métrite (abcès gangréneux du poumon). Une liaison a peut-être existé entre ces deux affections ; mais la mort ne peut être attribuée à la métrite seulement.

Dans les 6 cas la maladie avait préludé au moins vingt-quatre heures après l'accouchement, et le plus ordinairement deux, trois, quatre jours après celui-ci.

Les femmes étaient presque toutes accouchées à la Maternité, et avaient insisté pour sortir de l'hospice au bout de six, sept, neuf jours, c'est-à-dire beaucoup plus tôt que leur état pouvait le permettre.

Ces malheureuses femmes, accouchées presque toutes au sein de la saison froide, avaient souffert en sortant de l'hospice, des privations de toute espèce, qui ont eu une cause plus ou moins directe dans le développement de la métrite.

Les caractères de la maladie ont toujours présenté beaucoup moins de gravité que dans les métrites puerpérales proprement dites, c'est-à-dire, survenues immédiatement après l'accouchement. K...

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Des fausses routes au col de la vessie.

(Suite et fin du numéro précédent.)

S'il est difficile de reconnaître une fausse route que d'autres ont pratiquée, parce qu'on ignore ce qui a eu lieu au moment du cathétérisme, il n'en est pas de même quand on a assisté à l'opération ou qu'on l'a faite soi-même. On peut alors apprécier la résistance qui se présente, calculer les conséquences de la direction imprimée à l'instrument, tenir compte des sensations du malade du moment où l'urine paraît; et à l'aide de tous ces moyens, un praticien exercé reconnaît, jusqu'à un certain point, s'il s'est ou si l'on s'est écarté de la véritable voie.

Un homme dont parle M. Cruveilhier, éprouvait depuis long-temps un sentiment de pesanteur au rectum, des besoins fréquens d'uriner et de la difficulté pour les satisfaire ; survint enfin une rétention d'urine pour laquelle l'auteur fut appelé.

La sonde parvint aisément jusqu'au col de la vessie ; mais ce ne fut qu'après quelques tâtonnemens qu'on réussit à lui faire tourner l'obstacle. Les jours suivans, la difficulté d'uriner augmenta encore, et le quatrième il devint nécessaire de forcer la barrière. Une sonde d'argent fut laissée en place pendant vingt-quatre heures; le lendemain on la remplaça par une autre en gomme élastique. L'introduction forcée de l'instrument métallique donna lieu à un écoulement de sang lent, mais considérable, dont une partie se prit en caillots dans la vessie, et obstrua la sonde, qu'il fallut déboucher par des injections répétées.

En réfléchissant à la nature de l'obstacle qu'il avait surmonté, l'auteur rapproche ce fait du suivant. Un malade, sujet depuis cinq ans à des hématuries abondantes, fut pris d'une rétention d'urine ; le cathétérisme fut suivi d'un écoulement copieux de sang qui obstruait la sonde. En vain on prit un instrument plus gros, on fit des injections, on exerça la succion, tout demeura inutile : on retira donc la sonde. Les efforts continuels les plus violens n'amenèrent aucun résultat, et le malade succomba au milieu de ces angoisses.

On trouva au col de la vessie deux petites tumeurs carcinomateuses, dont une pédiculée, molle, encéphaloïde et extrêmement vasculaire ; elle avait été entamée par la sonde, et de là provenait l'hémorrhagie. A chaque contraction de la vessie, cette tumeur venait s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre.

Après ce rapprochement, qui était loin de rassurer sur l'issue de l'opération, M. Cruveilhier revient à son premier malade.

Dupuytren, qui avait été appelé en consultation, explora la vessie avec soin, et ne trouva pas de pierre. On se contenta de laisser la sonde à demeure, quoiqu'elle donnât lieu à un grand écoulement de sang. Chaque fois qu'on essayait de la retirer, il y avait rétention d'urine. Au bout d'un mois et demi, le malade put uriner sans elle. Il se porta bien pendant six mois, et reprit de l'embonpoint avec les forces. Ce laps de temps écoulé, il éprouva de fréquens et impérieux besoins d'uriner, avec douleurs à l'extrémité de la verge, et urine catarrhale. Cet état de chose dura un an, en s'aggravant toujours. Il survint une fièvre pernicieuse qui fut traitée avec succès par les moyens ordinaires.

Le malade vécut encore trois mois, puis il succomba au

milieu des douleurs et des angoisses qu'entraînent les maladies les plus graves des voies urinaires. La vessie contenait une pierre volumineuse, pesant deux onces et deux gros, et ayant un caillot de sang pour noyau. Sa membrane muqueuse était d'un brun ardoisé, et ses parois avaient une épaisseur considérable. La prostate était fortement tuméfiée; le lobe moyen faisait une saillie considérable dans la vessie. Au-dessus de cette tumeur, on apercevait l'orifice interne de l'urètre, et au-dessous d'elle une autre ouverture, qui était la fausse route faite par la sonde, et communiquant dans l'urètre. Cette ouverture, lisse, arrondie, et recouverte d'une membrane muqueuse, servait probablement à l'écoulement de l'urine, puisque le malade ne pouvait point uriner avant la production de la fausse route, ce qu'il faisait après. Le véritable canal était couvert par la partie la plus volumineuse de la tumeur.

Les désordres constatés rendent parfaitement compte et des difficultés et des accidens du cathétérisme. Quant au caillot de sang formant ce noyau de la pierre, j'ai quelque peine à croire que l'existence de ce calcul datât de vingt-un mois seulement. De ce qu'il n'avait pas été reconnu par la sonde, il ne faudrait pas conclure qu'il était de formation récente, puisque l'expérience prouve sans réplique que de très grosses pierres échappent souvent à l'instrument dans des cas analogues à celui-ci.

Il s'est présenté, il y a peu d'années, à l'hôpital Beaujon, un homme qui mourut vingt-quatre heures après son admission. A l'ouverture du corps, on trouva la vessie hypertrophiée, avec quelques cellules. La prostate avait un volume considérable, et ses deux lobes latéraux, beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, jouant l'un sur l'autre, étaient réunis par un tissu membraneux et musculeux. Celui du côté gauche était beaucoup plus volumineux que l'autre. Le gonflement de ces deux lobes avait refoulé le col vésical, et converti la partie prostatique de l'urètre en une cavité aplatie, comprimée au milieu, et s'élargissant aux deux extrémités; dans le fond de cette cavité on voyait une crête allongée, formée par le *veru montanum*. Le trigone vésical était soulevé. En arrière, au niveau des orifices des uretères, et en avant, à l'ouverture du col vésical, étaient deux colonnes transversales très saillantes, l'antérieure surtout. Au-devant de ce repli transversal, et sur la partie moyenne, se trouvait l'orifice d'une fausse route qui traversait le trigone d'avant en arrière, et allait s'ouvrir au-delà du bas-fond de la vessie, derrière le repli transversal postérieur. Les orifices des uretères étaient très rétrécis. La coupe de la prostate montrait une agglomération de grains glanduleux inégalement hypertrophiés. L'un de ces grains, appartenant au lobe gauche, était volumineux; tous étaient pénétrés d'un suc visqueux et jaunâtre.

M. Cruveilhier, après avoir rapporté ce fait, cite encore celui qui suit. Un homme de soixante-six ans éprouvait, du côté des voies urinaires, des accidens pour lesquels l'auteur lui donnait des soins. Vingt années auparavant il avait eu une hématurie, qui s'était reproduite quatre fois dans l'espace d'un mois.

A la suite de divers traitemens médicaux, dirigés soit contre des accidens légers dans l'appareil urinaire, soit contre la grippe qui survint, le malade fut pris d'une rétention d'urine. Celle-ci durait depuis vingt-quatre heures, lorsqu'on appela M. Cruveilhier; la vessie s'élevait jusqu'à l'ombilic, et les douleurs étaient excessives. Il fallut sonder, malgré la répugnance du malade. La sonde arriva aisément jusqu'au col de la vessie; là, elle fut arrêtée par un obstacle que l'on chercha vainement à tourner. Inutilement on changea de sonde, on varia la position, on introduisit le doigt dans le rectum. Il existait une hypertrophie considérable de la prostate, qui causait l'hypertrophie.

Dupuytren fut appelé en consultation. On balança les avantages et les inconvéniens respectifs de la ponction de la vessie et d'une fausse route faite au col vésical. La préférence tomba sur ce dernier procédé. Le malade fut placé sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille, et la sonde introduite; lorsqu'elle parvint au col, comme on n'avait pu découvrir le sens dans lequel la déviation s'était opérée, on exerça contre l'obstacle une pression modérée mais progressive; on parvint à le vaincre et l'urine coula aussitôt. La sonde d'argent fut laissée à demeure pendant quelques jours. Il n'est rien dit du sort ultérieur de ce malade.

En rapprochant ces divers faits, M. Cruveilhier n'hésita pas et convertit en une méthode curative de la rétention d'urine des procédés qui tiennent évidemment à une mauvaise pratique. Cette méthode, à laquelle il donne le nom de *ponction de la vessie à travers la prostate*, lui paraît préférable à la ponction par-dessus le pubis. Baillie avait déjà dit quelque chose d'analogue, mais sans se montrer si explicite; car, après avoir fait remarquer qu'il s'établit parfois des trajets fistuleux entre l'abcès de la prostate et le rectum, après avoir rappelé que certains praticiens ont été assez heureux pour traverser avec l'instrument les parties saillantes de la glande, et pour entraîner ainsi le liquide urinaire, sans que les efforts nécessaires pour établir le nouveau passage eussent irrité beaucoup la prostate et compromis la vie du malade; il ajoute qu'on doit néanmoins toujours s'efforcer de passer par-dessus l'obstacle, afin de ne pas exposer le sujet aux suites redoutables d'un déchirement de la glande.

Malgré la déférence que méritent les opinions de M. Cruveilhier, je ne puis admettre le conseil qu'il donne de pratiquer la ponction à travers la prostate. On a beau s'étayer du sentiment de Dupuytren, et d'un certain nombre de cas dans lesquels la fausse route au col vésical s'est organisée en canal supplémentaire, il n'en est pas moins incontestable que cette ponction, indépendamment des connaissances spéciales, de la dextérité et de la prudence qu'elle exige de la part du chirurgien qui se déciderait à la pratiquer, est semée de difficultés et d'écueils, et que de grands dangers s'y rattachent. Un praticien exercé finit toujours par triompher de l'obstacle et arriver dans la vessie. Si le malade n'était pas en position de recevoir les soins d'un chirurgien très habile, et qu'il y eût péril dans la demeure, mieux vaudrait recourir à la ponction hypogastrique, qui est une opération simple et facile, et qui procurerait un soulagement immédiat, permettrait de s'orienter pour recourir à d'autres ressources.

L'expérience prouve que les angoisses de la rétention d'urine suffisent souvent pour rendre le cathétérisme impossible, et que tel qu'on n'avait pu sonder quand la vessie se trouvait énormément distendue, l'était plus tard avec une grande facilité. Cette vérité est établie sur des faits trop nombreux pour qu'on puisse la contester.

Home rapporte un cas dans lequel la vessie ne recouvra pas la faculté de se débarrasser de l'urine. Un jour vint même où on ne put réintroduire le cathéter, et l'on pratiqua la ponction de la poche urinaire par le rectum; le malade fut soulagé. Quatre jour après, la canule s'échappa, la vessie se distendit, et l'urine passa par le rectum; mais elle ne tarda pas à reprendre son cours par les voies ordinaires, et la plaie se cicatrisa. Le malade continua pendant plusieurs mois d'uriner naturellement avec assez de facilité: il mourut enfin d'une inflammation du bas-ventre. Ce fait vient à l'appui de ce que j'ai dit touchant les véritables causes des difficultés d'uriner et les effets qu'on attribue à l'emploi des dépresseurs.

Sœmmering, après avoir fait remarquer que toute la prudence et toute l'habileté du chirurgien le plus exercé, ne suffisent pas constamment pour vaincre les obstacles qui résultent de l'engorgement de la prostate et de la déviation de l'urètre, ajoute que si l'on ne peut introduire la sonde sans courir le risque de transpercer la prostate, il faut faire la ponction au-dessus du pubis avec d'autant plus de raison qu'alors la maladie a peu de durée; car l'auteur entend surtout parler de l'inflammation aiguë. Il cite, à cette occasion, le cas du père de Gilibert, mort entre les mains d'un chirurgien qui, ayant forcé l'introduction de la sonde, détermina par cette violence la suppuration de la prostate.

La ponction de la vessie est rarement indiquée dans ces cas. Il ne s'agit point, comme le dit Sœmmering, d'un état qui durera peu, car les inflammations aiguës de la prostate sont rares. L'état spasmodique qui peut compliquer la phlegmasie chronique n'est jamais assez avancé pour empêcher une sonde habilement conduite d'arriver dans la vessie sans occasionner des désordres; seulement, il faut agir avec prudence et en temps opportun. C'est un grand tort que de vouloir arriver d'emblée et à un moment déterminé, comme on ne le voit que trop souvent. Le praticien doit savoir temporiser, cesser les tentatives pour les reprendre au bout de quelques instans, et avoir recours en même temps au traitement général que j'ai indiqué. En agissant de la sorte, je suis toujours parvenu à pénétrer dans la vessie. L'expérience apprend aussi que la sonde étant ainsi arrivée sans violence, sans érosion ni déchirure des tissus qu'elle a traversés, elle augmente rarement les accidens par sa présence.

NOTE SUR LE STRABISME;

Par le docteur Desmarres, chef de la clinique ophthalmologique du docteur Sichel.

La plupart des opérateurs de strabisme ont un luxe d'aides et d'instrumens capables, on me l'accordera sans peine, d'effrayer le malade le plus hardi. Les uns ont inventé des crochets de toutes formes pour écarter les paupières; d'autres font fixer l'œil par une double érigne enfoncée dans la sclérotique, près de la cornée, et ne se font pas faute de crochets semblables. Ceux-ci, dédaignant de couper un muscle eux-mêmes, en confient le soin à un aide, tandis que les paupières sont écartées au moyen des doigts et les conjonctives meurtries dans des pinces; ceux-ci, préférant une belle exécution, *escamotent*, comme on dit, l'opération, et se servent de longues érignes et d'énormes bistouris en forme de faucilles, courbés ou non sur le plat, et tranchant d'un coup et conjonctive et muscle, et quelquefois sclérotique. Ces derniers, il est vrai, ont au moins un mérite, celui de la promptitude; ils font vite, et partant, occasionnent moins de douleurs au malade; mais à combien d'accidens ne s'exposent-ils pas?

La division des parties est, comme on sait, très peu douloureuse dans l'opération du strabisme; l'application des blépharostates de toutes formes, l'implantation des érignes sur le globe, et les pinces mousses ou à mors qui servent à saisir la conjonctive, causent à elles seules des tiraillemens pénibles, et presque toujours des douleurs insupportables. Aussi, quand ces instrumens sont placés, arrive-t-il que le malade arrête sa respiration, contracte énergiquement tous les muscles, et que le globe oculaire et les conjonctives s'injectent fortement, accident qui rend l'opération plus douloureuse et plus longue, à cause de l'hémorrhagie dont il est suivi quand on a fait la section de la conjonctive. *Plus douloureuse*, parce que la pression prolongée des blépharostats sur excitant le malade, l'aide chargé de soulever la paupière supérieure, craignant qu'elle ne lui échappe, la presse plus fortement contre la voûte orbitaire, au point de l'ecchymoser, ce que j'ai vu plusieurs fois. *Plus longue*, parce que l'opérateur, fourvoyé dans le sang, ne distingue pas toujours les parties, et cherche, en tâtonnant, sous la conjonctive, au milieu du sang et de tissus adipeux, le muscle qu'il doit diviser, et qu'il ne peut plus reconnaître à sa couleur.

Dans les hôpitaux, dans les cliniques, voire même sur les théâtres de ténotomie oculaire, on s'inquiète fort peu des douleurs du malade, pourvu qu'on essaie de faire vite ou brillamment; mais dans la clientelle particulière, c'est bien autre chose; là les parens souffrent des douleurs du patient, et osent prétendre hautement que l'opération avec ses crochets et ses deux ou trois aides, ses pinces à mors, ses bistouris courbes ou droits, etc., n'est pas chose si simple ni si innocente qu'on le dit.

Il serait superflu et hors de notre sujet, de rechercher tout ce qu'il peut y avoir de vicieux dans les différens modes opératoires que nous avons tous essayés sur le vivant, les uns après les autres, depuis celui de M. Dieffenbach, jusqu'à celui de M. J. Guérin. Hâtons-nous de dire que celui qui nous a paru le plus facile, le moins douloureux, est incontestablement celui du chirurgien de Berlin, mais avec quelques modifications importantes, quoique *très légères en apparence*, que nous lui avons apportées.

Nous remplaçons les instrumens dont on fait généralement usage par les trois suivans, qu'on peut facilement placer dans une trousse ordinaire.

1° Une petite érigne de Richter, montée sur un manche et fermant;

2° Une petite paire de ciseaux très courbes sur le plat;

3° Un crochet à extrémité mousse et très aplatie, destiné à soulever le muscle et fermant comme l'érigne (1).

Supposons qu'il s'agisse d'opérer un strabisme convergent de l'œil droit.

Premier temps. L'œil gauche est préalablement bandé pour que l'œil dévié se redresse le plus possible.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête appuyée contre un corps résistant, tourne l'œil en haut et abaisse lui-même, s'il n'est pas trop pusillanime (autrement il faudrait le concours d'un seul aide), sa paupière inférieure au moyen de son index. L'opérateur, placé debout en face, la jambe droite entre celles du patient, accroche avec l'érigne, tenue de la main gauche, la conjonctive oculaire un peu plus bas que l'insertion du muscle, à environ deux millimètres, en dehors de la membrane semi-lunaire, c'est-à-dire tout près de l'endroit où la muqueuse devient adhérente au globe. La conjonctive, un peu soulevée par l'érigne, est trouée d'un coup de biseau dans une très petite étendue. On fait aussitôt glisser à plat, à travers la petite ouverture, la branche inférieure des ciseaux, jusqu'à la hauteur d'un millimètre au-dessus de l'insertion présumée du muscle. Alors on redresse l'instrument, et d'un seul coup on incise la muqueuse dans une étendue convenable. On donne au malade un vase rempli d'eau, et on lui recommande de baigner son œil avec une éponge.

Ce premier temps de l'opération, d'une extrême facilité, s'exécute en quelques secondes, et ne cause pas de douleurs au malade. Notons que je me sers d'une érigne et non d'une pince, pour soulever la conjonctive, parce que l'expérience m'a prouvé que ce dernier instrument provoque incomparablement plus de douleurs que le premier.

Deuxième temps. Lorsque le sang s'est arrêté, on nettoie la plaie au moyen d'une petite éponge conique fixée sur une tige de bois; on soulève avec le pouce de la main droite la paupière supérieure, et on recommande au malade de regarder droit devant lui, et même un peu en dedans, pour que le muscle soit dans le plus grand relâchement possible. On fait glisser alors doucement et avec précaution, de haut en bas, sous le muscle, le crochet aplati tenu entre le pouce et l'index de la main gauche; la main droite abandonne aussitôt la paupière supérieure au médius de la main gauche, saisit les ciseaux préalablement passés à la boutonnière, dirige leur convexité du côté du nez, introduit l'une des branches sur l'extrémité du crochet qui sert de conducteur, et divise le muscle d'un seul coup. Il ne reste plus ensuite qu'à vérifier le résultat de l'opération.

Ce deuxième temps ne demande, comme le premier, que quelques secondes; il ne faut, pour l'exécuter rapidement, qu'un peu d'habitude et la précaution de disposer les instrumens d'une manière convenable.

Nous n'ignorons pas qu'on pourrait nous faire beaucoup d'objections. Croyez-vous, nous dirait-on, qu'un enfant, un malade pusillanime, ou une jeune femme nerveuse, se tiendrait complaisamment la paupière inférieure? Pensez-vous qu'il n'y aurait pas un inconvénient réel à faire en deux temps une opération qu'on peut achever d'un coup? Croyez-vous faire ainsi plus vite que les autres? etc. etc. A cela, je répondrais tout simplement:

1° Que ce sont là des exceptions; qu'en général j'ai fait, et fais encore l'opération du strabisme de la manière indiquée, et que je m'en trouve parfaitement bien.

2° Qu'entr'autres faits, je pourrais citer celui d'un Allemand, nommé Graf, rue du Petit-Bourbon-Saint-Sulpice, n° 9, opéré de l'œil droit en février dernier, par M. Phillips, et qui a pu, sous le rapport du temps et de la douleur, faire une comparaison entre le procédé de cet habile opérateur et le mien, lorsque j'ai redressé son œil gauche sans aides, en présence du docteur Duvernoy.

3° Qu'à l'exception de ceux qui fauchent le strabisme à coups de bistouri-faucille, au risque de crever la sclérotique, je fais plus vite que les autres, car je tiens une minute au plus le malade sous l'action des instrumens, tout en m'y prenant à deux fois, tandis que je vois presque tous les opérateurs tourmenter, par les procédés qu'ils suivent, dix, douze minutes et même plus, leurs malades

(1) L'érigne et le crochet mousse peuvent être réunis sur le même manche.

sous la tourture des ophthalmostates, des pinces et des érignes.

4° Que je fais sûrement, parce que le sang ne me masque pas les parties.

5° Que je laisse à l'arsenal de M. Charrière une foule d'instrumens plus ou moins ingénieux sans doute, mais tous très chers et très inutiles, et que je porte toujours dans ma trousse les trois seuls, selon moi, indipensables.

6° Enfin, que je me passe le plus souvent d'aides ou que je n'en prends qu'un dans certains cas exceptionnels rares.

OPÉRATION DES BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES GÉNIO-GLOSSES.

Angoulême, 11 avril 1841.

Monsieur le Rédacteur,

Veuillez me permettre de profiter de la voie de votre journal pour y rendre compte de 14 opérations de bégaiement que j'ai pratiquées à Périgueux, en présence de plusieurs médecins de cette ville, depuis le 18 jusqu'au 31 mars.

Emportant avec moi ce qui avait été dit à Paris sur cette question jusqu'au 4 mars, jour de mon départ, et éclairé par quelques dissections récentes des muscles de la langue, et par quelques expériences sur des animaux vivans, j'appliquai sur l'homme ce que je savais aussitôt que l'occasion s'en présenta.

Première observation. Une jeune fille de Périgueux, nommée Françoise Leignat, âgée de dix-sept ans, se présenta à moi le 19 mars. Elle ne pouvait parler sans avoir un bégaiement très marqué, accompagné d'un tremblement des lèvres très fort; elle ne pouvait surtout prononcer les mots : « Je me confesse à Dieu. » Sa langue était très courte, un peu déviée à gauche. Pour opérer, je soulevai la langue avec la plaque d'une sonde cannelée : je coupai le filet et deux lignes environ de la largeur des génio-glosses à leur entrée dans la langue. Peu satisfait du résultat, je coupai les muscles génio-glosses à leur insertion à l'apophyse géni avec des ciseaux à staphyloraphie, dont les manches sont coudés immédiatement au delà de l'entablure pour éviter la commissure des lèvres. Il s'écoula peu de sang : j'interposai entre les lèvres de la plaie deux petites boulettes de charpie. Immédiatement après l'opération la jeune fille prononça très bien les mots : « Je me confesse à Dieu, » et d'autres phrases sur lesquelles elle hésitait beaucoup avant. Vers le surlendemain, les parties sont devenues gonflées et douloureuses au point d'empêcher de manger. Vers le troisième jour, il y a eu un peu de fièvre, on aurait cru qu'il y avait une langue surnuméraire dans la paroi inférieure de la bouche, dont la muqueuse et les tissus sous-jacens étaient durs, rigides et compacts. Au 30 mars, cette rigidité avait en partie disparu, et Françoise Leignat ne bégayait plus.

Deuxième observation. Françoise Magne, domestique à Terrasson (Dordogne), âgée de vingt-six ans, ne put jamais dire : « J'ai vingt-six ans, Monsieur, » sans se mordre la langue et la faire saigner. Elle fut opérée le 20 mars par la section du filet et des muscles génio-glosses à leur entrée dans la langue et à leur insertion génienne. Immédiatement après l'opération, elle dit très bien tout ce que je voulus lui faire dire. Mais les jours suivans, les portions coupées devinrent dures, rigides et douloureuses. Aussitôt que cela fut dissipé, la parole redevint facile, elle prononça bien : « J'ai vingt-six ans, — Kukoiki, colonel des Cosaques, etc. Et cependant, c'était surtout sur les c, k, e, g, j, qu'elle bégayait.

Troisième observation. Une femme de Cubjac (Dordogne) fut opérée le 21 mars par la section des génio-glosses à leur insertion génienne. Il s'écoula très peu de sang, et cependant il eut une syncope; elle a bien parlé immédiatement après l'opération. Je ne l'ai pas revue depuis.

Quatrième observation. Fleuret de Montignac, âgé de quatre ans : langue très courte, le filet allait presque jusqu'à la pointe. Il ne put jamais dire : « J'ai quatre ans. » Je l'opérai le 21 par la division du filet, et coupai 4 à 5 lignes des génio-glosses à leur entrée dans la langue. Alors il prononça très bien : « J'ai quatre ans; caporal, hors la garde; quatre capucins accusés, etc. » Je ne l'ai pas revu depuis.

Cinquième observation. Jergout Boissé, tourneur à Périgueux, âgé de dix-huit ans, et atteint d'un bégaiement qui n'était pas très fort, fut opéré le 21 par la section du filet et des génio-glosses à leur entrée dans la langue et à leur insertion génienne. Il parla très bien immédiatement après l'opération, et éprouva pendant les six jours suivans des accidens inflammatoires qui nécessitèrent des cataplasmes et une saignée. Ce jeune homme ayant négligé de faire placer des boulettes de charpie entre les lèvres de la plaie, la cicatrice s'opéra vicieusement. Lorsqu'il sortait sa langue de sa bouche, elle se déviait beaucoup à droite, offrait un enfoncement considérable à sa partie supérieure, et il parlait peut-être plus mal qu'avant. Je lui offris de recommencer l'opération, mais il ne voulut pas.

Sixième observation. Pierre Javard, cordonnier, âgé de douze ans, de Périgueux, bégayait beaucoup et ne prononçait qu'avec de grandes difficultés les mots : « Je reste rue neuve Richelieu, numéro huit. » Il avait la langue très courte et pouvait à peine la sortir de la bouche; lorsqu'il la tirait, elle présentait un creux sur la ligne médiane, et se déjetait un peu à droite. Je pratiquai la division du filet et des génio-glosses à leur insertion dans la langue, dans l'étendue de 4 à 5 lignes, avec des ciseaux courbes sur le plat. Alors il prononça immédiatement des mots et des phrases qu'il n'avait pu dire avant. Le lendemain, douleur considérable, impossibilité de manger, de parler et même de boire. Le surlendemain, agrandissement de l'incision, articulation beaucoup plus facile. Ce malade, après le 21, a continué de bien parler ensuite. Il a retiré un grand bénéfice de l'opération.

Septième observation. Le nommé Blanchard, âgé de cinquante-cinq ans, huissier du cabinet du préfet, à Périgueux, bégayait beaucoup au point de ne pouvoir souvent annoncer les personnes qui se présentaient. Je l'opérai par la section complète des génio-glosses à leur insertion génienne. Il prononça très bien immédiatement après : « Kokoski, colonel des Cosaques, » et une foule de phrases sur lesquelles il bégayait beaucoup avant. Opéré le 24, il n'a pas interrompu un seul instant ses travaux, et l'amélioration s'est soutenue.

Huitième observation. M. Guerlepied, de Bergerac, âgé de quarante huit ans, bègue depuis son enfance, avait été débarrassé de ce vice de la parole par la méthode de M. Colombat, à Bordeaux; mais il avait rechuté, et ne pouvait prononcer quatre phrases sans bégayer horriblement sur les c, k, o, b, p. Chose extraordinaire cependant, il n'hésitait pas du tout sur les phrases qui sont dans le Traité du Bégaiement de M. Colombat.

Je l'opérai par la section complète des génio-glosses à leur insertion génienne; il s'écoula au moins vingt onces de sang. Cet homme, qui était très replet, eut après cet écoulement de sang, une syncope inquiétante, qui nécessita son extension sur un plan horizontal et l'aspersion d'eau froide sur la face pendant plus de vingt minutes. Lorsqu'il fut revenu, il prononça tout ce que je voulus lui faire dire. Et le lendemain, plusieurs personnes qui l'entendirent causer lui dirent : Monsieur, si vous étiez bègue, je croirais que vous êtes M. Guerlepied. Le malade continua à bien parler pendant plusieurs jours; néanmoins, comme il bégayait encore un peu, je lui pratiquai, le 29, la section du filet et des muscles génio-glosses à leur entrée dans la langue dans l'étendue de quelques lignes. Alors il ne bégaya plus du tout.

Neuvième observation. Jeune paysan de vingt-six ans, demeurant à deux lieues de Périgueux, bégayait beaucoup. Et pour dire : Oui, Monsieur, disait : « ou, ou, ou, i, mo, mo, o, o, o, si, si, i, eur. » Je pratiquai à la fois la division des génio-glosses à leur insertion génienne et à leur entrée dans la langue; il parla bien immédiatement après. Le surlendemain il me dit qu'il parlerait bien, mais que cela le faisait trop souffrir. Il fut opéré le 24; je n'eus plus occasion de le voir.

Dixième observation. Un percepteur, qui bégayait fort peu du reste, me pria de le guérir de l'hésitation qu'il avait et qui l'ennuyait beaucoup; la section du filet et de quelques lignes des génio-glosses à leur insertion à la langue lui rendit la parole très facile.

Onzième observation. M. Keutzel, âgé de vingt-deux ans, orfèvre à Périgueux, bégayait beaucoup sur les mots qui commençaient par p, pr, r, b, surtout lorsqu'ils commençaient une phrase. Ains lorsqu'il voulait dire, « je ne puis prononcer cette phrase; » il disait : « je ne pe, pe, p-uis pe, pe, pe-ronocer, etc. » Je lui pratiquai la section complète des génio-glosses à leur insertion génienne le 26, et immédiatement après il put dire : « Je ne puis prononcer cette phrase », sans hésiter. Le 4 avril, il parlait très bien.

Douzième observation. Le 26, on me présenta l'enfant d'un tailleur, âgé de 7 ans. Cet enfant escamotait la moitié de ses mots en parlant; ou s'il voulait prononcer les mots qu'il escamotait, il bégayait dessus. Ainsi pour dire la phrase : « Maman m'a mandé chez M. Mamoud, mandarin de sa majesté musulmane »; il disait : « maman, dé Mamoud, darin, majesté mane ». J'ai pratiqué la division du filet et de quelques fibres des génio-glosses à leur insertion à la langue, le 26 mars, et immédiatement après il a prononcé toute la phrase précédente sans escamoter une seule syllabe. Le surlendemain on me ramena l'enfant qui crachait du sang depuis près de trois heures; ce crachement de sang tenait à une division de branches de la ranine droite qui avait été divisée : la cautérisation, avec un stylet rougi au feu, l'arrêta promptement.

Treizième observation. Un jeune paysan, âgé de dix-huit ans, nommé Jean Laborie, demeurant commune de Corge, près Périgueux, vint me voir le 27 mars, pour être guéri d'un bégaiement très fort, surtout sur les lettres k, c, e. Je pratiquai d'abord la section du filet, puis lorsque les muscles génio glosses furent à nu, j'en emportai une partie ayant la forme d'un triangle dont la base avait trois lignes de largeur; il y eut peu d'écoulement de sang. Je remplis la cavité de charpie; il cessa immédiatement de bégayer. Quatre jours après, comme il avait recommencé à bégayer un peu, je coupai sans hésiter les génio-glosses à leur insertion génienne en totalité; alors il me dit qu'il sentait sa langue très libre et très déliée. Il répéta tout ce que je voulus, et parla, de lui-même, sans bégayer. Le 4 avril, il ne souffrait plus de la bouche et parlait très bien. C'est le succès le plus complet que j'aie obtenu.

Quatorzième observation. Françoise Laroche, vingt-quatre ans, de la commune d'Autone, près Périgueux, bégayait considérablement, au point qu'elle ne répondait que par oui et non à tout ce qu'on lui demandait, ou se taisait. Elle ne put dire qu'avec de grandes difficultés : « Caporal, hors la garde; Kakoiki, colonel des Cosaques. » Je pratiquai la section complète des génio-glosses à leur insertion génienne, et alors elle sentit que sa langue était déliée, et put prononcer sans difficulté les phrases précédentes. Les jours suivans, elle souffrit très peu, et continua à bien parler aussitôt que le gouflement des parties sous-jacentes à la langue furent dégorgées.

Remarques. — Dans sa leçon du 24 février, M. Amussat avait avancé qu'il ne fallait pas couper complètement le génio-glosse à son insertion génienne, parce que, disait-il, la langue deviendrait bête (expression textuelle). Dans mes premières opérations, je suivis ce principe; mais je m'aperçus bientôt qu'il conduisait à des rechutes, et nécessitait une seconde opération dans laquelle on divisait la cicatrice de nouvelle formation et les fibres musculaires qui n'avaient pas été divisées dans la première.

Dans les derniers temps, la pratique m'avait conduit à ne plus couper que les muscles génio-glosses en entier près de l'apophyse géni, et à ne plus pratiquer que comme accessoire la division du filet et de quelques fibres du génio-glosse à leur insertion linguale.

Chez la jeune fille de la quatorzième observation, la section des génio-glosses à leur racine a suffi; mais c'eût été un cas favorable à l'opération de M. Dieffenbach, qui consiste à enlever un segment triangulaire de la langue à base dorsale, attendu que la langue était fort longue, et surtout dans la surface supérieure; mais aussi les génio-glosses étaient très durs et très épais.

Le procédé que j'ai adopté se rapproche beaucoup de celui de M. Baudens, que je ne connais que depuis quelques jours. Il consiste à se servir de ciseaux dont les lames, de deux pouces de long, sont courbées sur le plat en avant de l'entablure, la concavité de leur courbure se moule sur la face postérieure de la mâchoire. Le malade étant assis, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, je saisis le frein entre le pouce et l'index de la main gauche, je le pousse en arrière lorsqu'il est bien tendu; j'enfonce profondément mes ciseaux tout ouverts derrière la mâchoire inférieure; les génio-glosses sont compris entre leurs lames, il suffit de presser pour les couper. Cela fait, je fais rincer la bouche à l'opéré avec de l'eau très froide acidulée avec du citron, du vinaigre ou de l'alun. Lorsque le sang a cessé de couler, j'introduis le petit doigt dans la plaie pour voir s'il ne reste pas quelques brides que je coupe soit avec les ciseaux précédens, soit avec ceux dont j'ai parlé plus haut, et qui, semblables aux ciseaux à staphylorapie, sont en outre courbés sur les manches au delà de l'entablure. Ensuite, je place quelques boulettes de charpie dans la cavité produite et je la renouvelle tous les jours.

En général, la plaie saigne peu; ce ne fut que dans la huitième observation où le malade eut une hémorrhagie assez abondante. Pendant les trois premiers jours qui suivent l'opération tous les opérés souffrent beaucoup, se refusent souvent à parler, et ne peuvent manger. Je crois qu'on ne doit pas négliger d'interposer un corps étranger entre les lèvres de la plaie, qui pourraient s'agglutiner et nécessiter une nouvelle opération.

Agréez, etc.

DUFRESSE, D.-M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 27 avril.

La correspondance imprimée offre, entre autres ouvrages, un volume en italien du docteur Bolletti, intitulé : De l'Aliénation mentale, et de la meilleure manière de la traiter.

Fausses membranes. — *M. Lassaigne* adresse une note relative à la composition chimique des fausses membranes du larynx, en cas d'angine ou d'autre maladie inflammatoire de cet organe. Il s'est assuré qu'elles sont formées principalement de fibrine et non d'albumine coagulée, ainsi que quelques auteurs l'avaient prétendu. Cet énoncé fait présumer que l'habile chimiste d'Alfort n'admet pas l'identité de la fibrine et de l'albumine annoncée dans ces derniers temps par quelques chimistes distingués.

Députation du 1er mai. — *M. le Président* tire au sort les noms de douze membres, qui doivent se rendre le jour de la Saint Philippe aux Tuileries.

Nouvelle élection prochaine. — *M. le Président* rappelle que, d'après les règlemens, une nouvelle élection est à faire pour remplacer les trois derniers membres décédés. En conséquence, une commission sera prochainement nommée pour décider dans quelle section le remplacement doit avoir lieu.

Pain ferrugineux. — *M. Londe* : L'autorité d'un caractère honorable, d'un caractère honorable, d'un collègue pour lequel nous professons tous une vénération aussi grande que méritée, a fait tomber dernièrement l'Académie dans une contradiction étrange qui déjà porte ses fruits.

Vous veniez, Messieurs, de soutenir l'illégalité des brevets d'invention pour médicamens, et le droit exclusif en faveur des pharmaciens de la vente des remèdes, et presque dans la même séance vous gardiez le silence sur un rapport que vous deviez prévoir servir à l'exploitation d'un brevet, vous restiez muets sur ce rapport qui devait avoir pour résultat la vente d'un médicament sans prescription de médecin, et peut-être par des personnes n'ayant pas diplôme de pharmacien. J'aurais dû dire que l'honorable M. Nacquart, toujours si zélé pour la dignité de l'Académie, s'est élevé contre ce rapport. Qu'est-il résulté de cette approbation? M. Coster avait, le 21 novembre 1838, déposé à l'Académie un paquet cacheté annonçant qu'après avoir déterminé sur des animaux la diathèse tuberculeuse, il combattait cet état par des pains ferrugineux. Dernièrement, le même expérimentateur veut faire confectionner ses pains pour continuer ses expériences : on donne avis au pharmacien qu'il sera attaqué s'il confectionne. Je demande donc que pour mettre à l'abri des poursuites un confrère honorable qui n'a d'autre but que l'intérêt de la science, on imprime dans le Bulletin, à la suite du rapport de M. de Mussy, sur lequel on ne peut revenir, 1° le contenu du papier remis à l'Académie en 1838 et qui prouve que M. Coster employait avant cette époque le pain ferrugineux; 2° la réclamation textuelle de M. Coster par laquelle est établi son droit d'antériorité.

M. Guénau de Mussy déclare que ni dans la lettre ministérielle, ni dans ses relations avec l'auteur, il n'a été le moins du monde question d'exploitation par brevet.

M. Bousquet trouve juste et appuie la proposition de M. Londe.

Remèdes secrets. — *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes qui tous ont été jugés défavorablement.

Une discussion passablement longue s'est engagée sur des formalités réglementaires de ces rapports, entre MM. Chevallier, Guibourt, Cornac, Guéneau de Mussy, Martin Solon et Adelon.

Ankyloses angulaires du genou. Méthode de M. Louvrier. — *M. Bérard* fait un rapport officiel sur la méthode de M. Louvrier pour guérir les ankyloses angulaires du genou, et qui, comme on sait, consiste à redresser violemment le membre en quelques secondes à l'aide d'une machine extensive d'une force prodigieuse. Après avoir décrit la machine de M. Louvrier, son mode d'application et d'action et quelques notions sommaires sur les conditions matérielles de l'infirmité en question, M. le rapporteur fait connaître les faits dont l'auteur l'a rendu témoin, soit dans les hôpitaux soit en ville. En tout 21 cas, dont 18 guéris sans accidens et 3 accompagnés d'accidens graves. Dans l'un de ces trois cas, il y eut pendant la manœuvre exécutée par M. Louvrier déchirure considérable de la peau et des tendons du jarret, avec dénudation des vaisseaux et nerfs de cette région, puis gangrène de la partie antérieure du genou, suppuration énorme; mort le vingt-deuxième jour.

Dans un second, le pied et la jambe se sont gangrenés le lendemain de la manœuvre; il a fallu amputer le membre et le malade a guéri. L'artère fémorale avait été rompue.

Dans le troisième enfin, il y a eu fracture comminutive de l'articulation et escharre au genou dont la chute a entraîné l'auverture de l'articulation et la mort.

Un fait général non moins important à signaler, c'est que les sujets guéris par M. Louvrier ne le sont que fort imparfaitement, puisqu'ils ne peuvent presque pas se servir de leur membre, vu la difformité restante de l'articulation.

M. le rapporteur passe ensuite à l'examen comparatif des moyens que l'art oppose aujourd'hui à l'infirmité dont il s'agit. Il s'arrête principalement au procédé de la fausse articulation artificielle de M. Barton, à celui de l'extension graduée, et enfin au procédé mixte de M. V. Duval, qui consiste, comme on sait, à couper les tendons du jarret par l'incision sous-cutanée et à étendre graduellement le membre à l'aide d'appareils orthopédiques convenables. Il donne la préférence cette à dernière pratique pour la généralité des cas, et il rappelle les belles cures opérées par M. Duval à son établissement orthopédique et en ville.

La conclusion est de répondre à M. le ministre que l'usage de la machine de M. Louvrier est dangereux, et que l'on doit proscrire sévèrement le procédé de l'extension brusque dans le traitement de l'ankylose angulaire du genou.

M. Larrey appuie les conclusions du rapport, et déclare qu'à l'aide de la seule extension lente et graduée, et du massage, l'on peut guérir très heureusement certaines ankyloses. Il rapporte avoir guéri ainsi un ancien militaire d'une ankylose angulaire du genou, pour laquelle il voulait se faire couper la cuisse.

M. Bouvier adopte également le jugement porté par M. Bérard sur la machine de M. Louvrier; mais il a deux observations à faire. La première, c'est que le procédé de l'extension graduée ne mérite pas d'être rejeté d'une manière générale, puisqu'il donne de bons résultats dans certains cas. Le fait cité par M. Larrey, et d'autres qu'il pourrait citer de sa propre pratique, en font foi. La seconde, c'est que la proscription de l'extension brusque ne doit être entendue que pour la machine de M. Louvrier, car il ne serait pas logique de préjuger l'avenir de la science : M. Dieffenbach, en effet, emploie aussi l'extension brusque, mais c'est après avoir coupé les tendons, ce qui donne des résultats avantageux et n'offre pas les dangers du procédé de M. Lou-

vrier. Il demande, en conséquence, qu'on spécifie dans la phrase du rapport à quel procédé, ou plutôt à quelle machine une pareille proscription doit être appliquée.

M. Bérard adopte la première remarque du préopinant, mais non la seconde. Il croit que le mode opératoire brusque de M. Dieffenbach est dangereux; il cite, en effet, un cas de mort arrivé entre les mains même de l'auteur par ce procédé.

M. Gerdy trouve que la méthode de M. Louvrier mériterait plutôt le nom de méthode *d'ouvrier!* Elle lui paraît en effet grossière, irrégulière, brutale et contraire à toutes les règles de l'art. Il s'étonne que l'auteur ait pu trouver à Paris des hommes qui l'aient encouragé, qui lui aient permis d'opérer dans nos hôpitaux des manœuvres de chirurgie barbare, au détriment de la vie de nos semblables, de la réputation de nos hôpitaux et de l'enseignement que les élèves doivent puiser dans les bons exemples de nos cliniques; et tout cela, ajoute M. Gerdy, dans un but de spéculation mercantile qui envahit malheureusement la France et l'Europe entière, et qui déshonore l'art de guérir. Il déclare qu'il ne cessera de s'élever ouvertement, autant qu'il est en son pouvoir, tant à la Faculté qu'à l'Académie, contre ce charlatanisme déhonté qui court les rues, les académies et les salons sous différentes formes, et dont le but unique est la cupidité de l'or!

M. Velpeau adopte la manière de voir de M. Bérard concernant la machine de M. Louvrier; il y a déjà long-temps qu'il l'a jugée comme dangereuse: telle avait été aussi son opinion avant de la voir mettre en pratique. Il ajoute qu'il a été loin d'encourager l'auteur et les malades, puisqu'il a fait son possible pour les détourner de l'opération. Les malades qui ont été opérés à la Charité ont été amenés par M. Louvrier, instrumentés et pansés par l'auteur; M. Velpeau est resté simple spectateur, et a permis seulement à ces sujets d'être couchés dans ses salles. Comme M. Bérard, M. Velpeau croit que la ténotomie suivie de l'extension lente et graduée est préférable.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur.

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de l'inoculation artificielle du pus fourni par les chancres vénériens: les discussions animées auxquelles tout récemment cette discussion a donné lieu dans votre estimable journal lui ont rendu en quelque sorte l'attrait de la nouveauté. Dans cet état de choses, j'ai pensé que vos lecteurs pourraient lire avec quelque intérêt la note suivante.

Production de deux chancres par l'inoculation du pus d'un ulcère survenu à la suite d'une blessure chez un individu ayant eu anciennement la vérole, mais n'en portant plus actuellement aucune trace.

Le nommé Stiernon, dit Héaulme, âgé de soixante-trois ans, voleur de profession, a passé au bagne la plus grande partie de sa vie; cependant sa constitution est restée remarquablement solide. En 1829, séjournant en prison sous le poids d'une accusation criminelle, par suite de laquelle il fut condamné à dix ans de travaux forcés, il était atteint d'une maladie vénérienne grave, contre laquelle j'employai avec succès un traitement général. Au moins tous les symptômes avaient disparu avant son départ d'ici et pendant toute la durée de sa captivité il ne s'aperçut plus de rien. A peine libéré du bagne, il retourna à son ancien genre d'industrie et fut de nouveau traduit et condamné. En sortant du tribunal, il se donna dans le ventre deux coups de couteau. Il n'est pas dans l'esprit de cette note de relater ici leur situation, ni leur profondeur, ni les autres particularités qui les concernent; qu'il suffise d'avoir dit que la largeur d'une des blessures et l'agitation du malade rendirent la suture nécessaire. Au bout de quelques jours la plaie présenta l'aspect chancreux le plus évident. M'étant assuré que, ni aux organes génitaux, ni à la gorge, ni dans aucun autre point du corps il n'existait de trace de syphilis, je fis avec le pus formé par l'ulcère deux piqûres, une à chaque cuisse, et j'obtins deux chancres parfaits, dont la guérison, quoique incontinent entreprise par la cautérisation, se fit attendre plus long-temps encore que celle du vaste ulcère qui leur avait donné naissance.

Agréez, etc., Fallot, médecin principal.

Namur, le 24 avril 1841.

La quinzième livraison du Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine est en vente; elle contient 6 *feuilles de plus de texte que les autres*, c'est-à-dire 20 *feuilles* in-8° sur double colonne: c'est l'étendue du plus fort volume in-8°.

Cette quinzième livraison complète le cinquième volume du Dictionnaire; elle arrive jusque dans la lettre O, et doit rassurer les souscripteurs, dont quelques-uns paraissaient croire que l'ouvrage aurait plus de six volumes.

Le *sixième* volume, bien plus étendu encore, (car nul article ne sera tronqué; tous, jusqu'au dernier, recevront les développemens nécessaires), sera mis en vente au mois de juillet prochain, les livraisons devant paraître avec la même régularité de mois en mois. On peut donc regarder cette entreprise importante comme heureusement arrivée à sa fin. Ainsi, le Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine, composé de dix-huit livraisons, dont chacune équivaut à un très fort volume ordinaire, a été commencé en janvier 1840, et sera irrévocablement terminé en juillet 1841. Nous ne pensons pas que l'on puisse citer, en librairie scientifique, une exactitude pareille.

Faut-il ajouter que cet ouvrage, essentiellement pratique, le plus complet qui existe sans contredit, le plus au niveau des connaissances actuelles dans toutes ses parties, ne coûte que 36 francs.

Le prix en sera irrévocablement porté à 40 francs au 1er JUILLET PROCHAIN.

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de MM. Debauve-Gallais, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (Voir *aux Annonces.*)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 1er MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 54, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Service de chirurgie.

Opération de bégaiement; retour de l'hémorrhagie. Etat anémique alarmant. (*V.* le n° du 17 avril.)

Nous nous sommes trop hâté en vous annonçant, jeudi dernier, la cessation complète de l'hémorrhagie qui était survenue chez le petit malade couché au n° 17 de la salle Saint-Côme, que nous avons soumis il y a quinze jours à la section des muscles génio-glosses, dans l'espoir de le débarrasser du bégaiement dont il était atteint. Il serait superflu de revenir de nouveau sur tous les points de son histoire; nous rappellerons seulement la funeste tendance du sujet aux hémorrhagies, les difficultés que nous avions rencontrés pour arrêter l'écoulement du sang qui n'avait cédé qu'au huitième jour, et l'état anémique auquel le petit malade s'était trouvé réduit par suite de la grande quantité de sang qu'il avait perdue.

Au neuvième jour de l'opération, c'est-à-dire vendredi dernier, le sang recommença à couler, lorsque déjà tout paraissait annoncer qu'un pareil accident ne se reproduirait plus: l'hémorrhagie fut peu abondante, et céda aux lotions répétées faites avec l'eau hémostatique de Brocchieri. Une sorte de tamponnement fut pratiqué avec des bourdonnets de charpie, que l'on arrosait à des intervalles très rapprochés avec la même eau.

Samedi l'hémorrhagie reparut encore, de même que le mardi et le mercredi; peu abondante, on parvint toujours à l'arrêter, soit avec la poudre d'alun, soit avec l'eau de Brocchieri, soit avec l'eau froide seulement. Mais toutes ces hémorrhagies successives, quoique peu copieuses, considérées séparément, n'en ont pas moins jeté le petit malade dans un état anémique très alarmant. Ajoutons que la dernière hémorrhagie, celle de mercredi, a été plus abondante que celles du mardi et du dimanche, ce qui n'est rien moins que rassurant pour l'avenir.

Le pouls bat 88 fois par minute; le petit malade est extrêmement faible; la peau est exsangue; la surface du corps présente la coloration propre à l'anémie la plus confirmée. Qu'avions-nous à faire pour le présent? Relever les forces du malade était la première indication; dans ce but, nous avons prescrit le quinquina, quelques petites doses de vin de Bagnols, du bouillon par la bouche et en lavement. Pour peu que l'état du malade nous le permette, nous aurons recours au plus tôt aux préparations ferrugineuses, pour augmenter la plasticité du sang.

Quant à l'état de la bouche, nous n'avons rien de particulier à vous signaler, si ce n'est que quelques petites eschares ne sont pas encore tombées.

Si l'hémorrhagie venait encore à reparaître, chose malheureusement trop probable, que nous resterait-il à faire? Evidemment la cautérisation avec le fer rouge cesse d'être indiquée, car la chute des eschares qui arriverait ultérieurement, préparerait de nouvelles hémorrhagies. Il nous reste donc, comme dernière ressource, d'essayer les compresseurs imaginés dans ce but par M. Martin d'une part, et par M. Charrière de l'autre.

Le nombre des opérations de bégaiement que nous avons pratiquées jusqu'à ce jour se monte à douze, et sur ce nombre, nous n'avons eu que ce seul cas où l'hémorrhagie a persisté avec autant d'opiniâtreté. Nous nous plaisons même à reconnaître, qu'eu égard à la constitution exceptionnelle du sujet, et à la prédisposition qu'il présente aux hémorrhagies, on doit de beaucoup diminuer la part de responsabilité que les ennemis de l'opération tenteraient de faire peser sur son compte. Mais est-il vrai d'autre part que l'hémorrhagie capable de prendre un caractère sérieux ne compte pas au nombre des accidens qui peuvent survenir à la suite de l'opération du bégaiement? Un nouveau fait nous autorise à donner le démenti le plus formel à une semblable assertion. Dimanche dernier, nous avons opéré en ville un sujet qui ne restait nullement dans les conditions constitutionnelles qui paraissent avoir présidé à la reproduction de l'écoulement sanguin chez notre petit bègue de la salle Saint-Côme; et pourtant l'hémorrhagie, modérée d'abord, a bientôt pris assez de gravité pour qu'il ait fallu recourir au fer rouge. Le sujet dont il s'agit est entré à la Charité, et se trouve actuellement salle Sainte-Vierge, dans le service de M. Velpeau, où vous pourrez le voir.

D'après les faits qui précèdent, il est douteux pour nous que dans les cas où l'hémorrhagie prend une certaine gravité, l'emploi de l'eau glacée, à l'exclusion des stiptiques, puisse suffire pour arrêter l'écoulement du sang. Sans contester toutefois les résultats merveilleux que d'autres accusent avoir retirés d'une semblable pratique, nous nous contentons de répondre par des faits qui nous sont propres. Or, si on les associe à ceux qui ne nous appartiennent pas, ils témoignent de l'insuffisance des seuls réfrigérens dans les cas d'hémorrhagie alarmante, telle que nous l'avons eu à combattre. Du reste, nous sommes loin de contester la possibilité d'agir sur un vaisseau, une artère, par exemple, soit au moyen de la torsion, soit en le liant, s'il c'est elle qui entretient l'écoulement du sang. Nous rappellerons seulement que l'hémorrhagie chez nos deux sujets était fournie par les capillaires, circonstance grave qui nous laissait même dans le doute, en regard d'une nouvelle opération qu'il pouvait devenir prochainement nécesssaire de pratiquer; nous voulons parler de la ligature des artères linguales. Avec quel espoir, en effet, procéder à celle-ci, lorsque la cause qui pouvait déterminer une semblable conduite était une hémorrhagie entretenue par les capillaires? N'était-il pas à présumer, en effet, que les incisions nécessaires pour découvrir les vaisseaux deviendraient elles-mêmes de nouvelles sources par où le sang s'échapperait?

Nous terminerons ce que nous avons à vous dire aujourd'hui sur le sujet qui nous occupe en vous répétant que l'opération du bégaiement, qui quelquefois donne tout d'abord un résultat complet, n'entraîne par la suite qu'une amélioration plus ou moins marquée, ou même aucun changement favorable. De l'aveu de tous les opérateurs qui nous ont communiqué le résultat de leurs travaux, on n'obtient que des améliorations dans les cas les plus favorables, quel que soit d'ailleurs le procédé employé.

On recommande d'étudier, de méditer la nouvelle opération si l'on veut obtenir la guérison du bégaiement. Oui sans doute, on ne saurait en aucun cas se déterminer à la légère quand il s'agit d'un sujet aussi sérieux que la vie de l'homme; mais ce ne sont assurément pas des méditations à perte de vue auxquelles il faut se livrer lorsqu'il s'agit de procéder à une opération simple, dont chaque temps est mesuré, déterminé, connu à l'avance. Au ton grave et sérieux que l'on prend pour vous donner de semblables conseils, on croirait réellement qu'il s'agit de résoudre un problème de la plus grande difficulté; lorsqu'il n'est question en effet que de s'assurer, par exemple, si la résection d'une portion de l'extrémité interne ou antérieure des glandes sub-linguales permet de mieux découvrir toute la portion antérieure des muscles génio-glosses (1).

Calcul vésical. Taille bi-latérale. Hémorrhagie inquiétante. Tamponnement de la plaie.

Le petit malade couché au n° 5 de la salle Saint-Côme, portait un calcul vésical depuis six mois environ, lors de son entrée à la clinique, il y a seize jours. Dès son arrivée, nous avons constaté l'existence du calcul; mais cet enfant, étant de la campagne et n'ayant pas été vacciné, nous avons voulu lui laisser le temps de s'acclimater, et de plus nous l'avons soumis à l'action du vaccin.

L'opération a été pratiquée jeudi dernier en votre présence. Dans les quelques mots que nous vous avons dit sur la taille bi-latérale, nous avons insisté: 1° sur l'importance de bien fixer, chez les enfans, le bassin, afin d'éviter toute sorte de mouvemens, et les inconvéniens qui

(1) C'est alors que l'on a parlé de ce malade comme ayant succombé à l'hémorrhagie. Loin de là, celle-ci, arrêtée jeudi dernier, n'a pas reparu depuis. Nous sommes en mesure d'assurer aujourd'hui que l'état général du sujet s'améliore sensiblemen sous l'influence du bouillon qu'il prend, du vin qu'on lui administre à petites doses, et surtout du chocolat ferrugineux dont il fait usage depuis la cessation de l'hémorrhagie.

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE DIVERSES HUILES DE POISSONS EN MÉDECINE;

Par M. le docteur J. DELCOUR.

(Suite du n° 51.)

De cette discussion, il nous semble résulter que des différences trop notables séparent ces deux médicamens pour qu'on puisse supposer qu'ils tirent leur action de la même source; mais en même temps nous avouerons que nous pensons que l'iode doit revendiquer une certaine part dans les succès de l'huile de morue, et que de l'association de ses divers élémens résulte une médication complexe, extrêmement avantageuse; que de ses principes toniques on peut déduire son utilité sur les fonctions d'assimilation, et de la présence de l'iode ses succès évidens dans la dyscrasie scrofuleuse. Ne doit-on pas encore attribuer à cette dernière substance une partie des guérisons d'aménorrhées que l'on a obtenues par l'usage de l'huile? Nous le croyons; car l'action particulière de l'iode sur l'utérus n'est plus une chose douteuse (1). Mais encore ici l'huile doit réclamer sa part; car dans les diverses maladies où l'expérience en a consacré l'utilité, l'aménorrhée tient ordinairement à un état de langueur de toute l'économie qui a besoin d'être dissipé pour que les excitans utérins puissent agir.

Nous devons maintenant nous occuper de l'opinion de M. Hoebeke, de Sottegem, qui dit avoir constaté chez neuf femmes, qui précédemment étaient accouchées naturellement, des rétrécissemens du bassin, survenus postérieurement à l'emploi de l'huile de poisson donnée pour des douleurs rhumatismales. Chez toutes ces femmes, il a remarqué que le rétrécissement s'était effectué transversalement et au détroit inférieur. Le vice de conformation qui survient chez les rachitiques, comme on le sait, siége au détroit supérieur, et a lieu dans le sens antéro-postérieur (1). Par la suite, le même praticien a cité un nouveau fait analogue (2). M. Delavacherie, chirurgien distingué de Liége, partage assez la même opinion et cite deux faits à l'appui, et entre autres celui d'un certain Maigret, de Verviers, qui, depuis qu'il a fait usage de l'huile de morue ou de toute autre huile de poisson, est devenu tellement difforme qu'il peut à peine marcher; et il paraîtrait que M. Simon, professeur d'accouchemens à l'Université de Liége, aurait fait des observations analogues à celles de M. Hoebeke (3). Les faits sur lesquels repose une opinion aussi contraire à l'expérience générale, ont-ils été bien interprétés? C'est ce dont nous doutons; d'abord pour celui du nommé Maigret, il semblerait, d'après les renseignemens que nous avons pris à Verviers, que ce sujet n'aurait usé que de quelques cuillerées d'huile de poisson. Ensuite, les faits où l'on a donné l'huile pour de prétendues douleurs rhumatismales, ont-ils été bien observés? N'avait-on pas affaire à des ramollissemens des os? Cette manière de voir nous paraît très probable, si nous remarquons que cette dernière affection commence souvent après l'accouchement, et très fréquemment pendant la grossesse; que sa marche est toujours accrue par la gestation; qu'elle a beaucoup de ressemblance avec le rhumatisme chronique; qu'elle débute généralement par des douleurs dans le dos et la région pelvienne, et qu'elle produit un rétrécissement du bassin différent de celui du rachitisme et assez analogue à celui que M. Hoebeke a observé (4).

Nous n'avons fait ici que défendre l'opinion manifestée par la commission nommée pour faire un rapport sur le premier mémoire de M. Hoebeke; elle observe de plus que dans la contrée où ces faits ont été recueillis, l'humidité, la misère, la nourriture insuffisante étaient autant de causes d'altération de la nutrition, et que probablement l'ostéomalaxie a coïncidé avec l'administration de l'huile de morue saps avoir aucune influence sur son développement. Cette opinion a d'autant plus de force pour nous, que quoique l'on fasse déjà depuis très long-temps un fréquent usage de l'huile de morue à Verviers, les rétrécissemens du bassin y sont excessivement rares, et que chez plusieurs femmes observées par M. Chapuis, accoucheur très distingué de notre ville, l'usage de l'huile à fortes doses n'a nullement rendu le travail plus laborieux qu'avant son emploi. D'ailleurs, en généralisant l'usage de toute autre huile de poissons, comme le fait M. Delavacherie en parlant du nommé Maigret, on se demandera tout d'abord s'il est bien vrai que le rachitisme soit très commun chez les Esquimaux, les Samoïèdes et les autres peuplades sauvages des régions polaires, qui se nourrissent presque exclusivement en hiver de la chair de phoques, et qui même en boivent l'huile, à peu près comme nous buvons de l'eau. Certes, si l'administration de l'huile de poissons exerce une influence si extraordinaire et si nuisible sur le mode de nutrition des os, c'est surtout par la constitution du système osseux de ces sauvages qu'elle devrait révéler toute sa puissance; or, les voyageurs, que nous sachions, ne nous ont rien rapporté qui puisse tant soit peu justifier ces présomptions, ni pour, ni contre.

Après toutes ces généralités, nous allons maintenant préciser les cas que l'expérience a sanctionnés comme avantageusement combattus par l'huile de morue.

RACHITISME.

Il s'agit ici d'une affection qui ne nous paraît avoir été bien observée que depuis les importans travaux que M. J. Guérin a communiqués à l'Académie des sciences en 1837, car auparavant il régnait une telle confusion dans les maladies qu'on désignait sous ce nom, que le médecin avait bien de la peine à s'y reconnaître; c'est pourquoi les faits que l'on trouve dans les auteurs sur l'heureux emploi de l'huile dans ce cas sont souvent sujets à contrôle, vu que la plupart confondaient le rachitisme avec la maladie scrofuleuse. Du reste, à titre de substance analeptique, le raisonnement devait ici l'indiquer *à priori*, et nous verrons que c'est à bon droit qu'on peut le regarder comme le meilleur médicament qu'on puisse conseiller dans ce genre d'affection.

Schenck rapporte quatre faits pleins d'intérêt où l'on retrouve les caractères du rachitisme; les voici: Un enfant de deux ans, rachitique, qui ne pouvait se soutenir, prit matin et soir une demi-cuillerée à bouche d'huile de morue, et fut parfaitement guéri lorsqu'il en eut pris huit onces. — Un autre, également âgé de deux ans, avait pu marcher à l'âge de douze mois, mais peu après il était devenu rachitique, et ses membres atrophiés ne pouvaient

(1) Brera, Saggio clinico sull' Jodio (Archiv. gén. de méd., t. II, p. 439 et suiv.). Trousseau (Journal des Conn. méd. chir., nov. 1833, t. Ier, p. 74).

(1) Mémoire et observations sur le rétrécissement du bassin pouvant nécessiter l'opération césarienne, et sur les causes qui peuvent le produire. (Bulletin méd. belge. fév. 1838, p. 46.)
(2) Archiv. de la méd. belge, janv. 1840, t. Ier, p. 28.
(3) Annales de la Société de Médecine de Gand, et Journal des Conn. méd., juin 1839.
(4) Voyez Burns: Principles of midwifery; London, 1837.

en résultent, dont le moindre est d'allonger la durée de l'opération ; 2° sur la nécessité de bien maintenir le cathéter dans une direction perpendiculaire, tout en lui imprimant un mouvement de pression capable de lui faire faire une saillie au périnée.

L'enfant étant âgé de près de sept ans, nous avons donné au lithotome double un écartement d'un peu moins de seize lignes, qui, eu égard à l'élasticité des lames, doit nous avoir procuré une incision de quatorze lignes environ.

A peine vous rappellerai-je que l'opération n'a présenté d'autre difficulté que l'extrême indocilité du malade. Tous les temps en ont été excutés sans obstacle, et nous n'avons rien de particulier à vous signaler à cet égard. Le calcul, qui a offert le volume d'une grosse aveline, appartenait à la classe des calculs mûraux.

Il est à présumer, que par suite du degré d'écartement que nous avons donné aux lames du lithotome, les limites de la prostate ont été dépassées ; nonobstant cela nous ne croyons pas avoir lésé aucun vaisseau de quelque importance. Quoi qu'il en soit, une hémorrhagie assez abondante a eu lieu presque aussitôt après l'opération, pour nécessiter les lotions d'eau froide, qui sont restées sans résultat. Il a fallu recourir au tamponnement de la plaie, que nous avons pratiquée en y introduisant une sonde en gomme élastique, autour de laquelle on avait convenablement adapté de l'agaric : ce moyen a suffi pour arrêter l'écoulement du sang.

Le lendemain nous nous sommes hâté d'enlever la sonde, car un séjour plus long pouvait devenir une cause d'inflammation, dont le développement est toujours si imminent à la suite de cette opération, pour ce qui est principalement du tissu cellulaire pelvien.

Avant-hier et hier, il s'est de nouveau écoulé un peu de sang, mais la glace a suffi pour faire tout rentrer dans l'ordre. Nous espérons que cet accident ne se renouvellera plus, d'autant mieux qu'un bain que le petit opéré a pris depuis n'a pas favorisé l'écoulement du sang. Toutefois, si nous étions encore assez malheureux pour avoir une nouvelle hémorrhagie, nous hésiterions avant d'employer la glace qui expose à une réaction surtout à craindre dans une région qui, par le fait même de l'opération, est bien exposée à s'enflammer.

Du reste, il n'existe aucun désordre, quant à présent, ni du côté du péritoine, ni du côsé de la vessie. K...

HOPITAL DES INVALIDES. — M. Pasquier fils.

Exposition du nouveau système de déligation ;
par M. Mayor, de Lausanne.

L'hôpital des Invalides, dont la physionomie est habituellement silencieuse et sévère, était animé, mercredi dernier, d'un certain mouvement insolite dans ce lieu, où règnent dans toute leur vigueur la précision et la régularité que la discipline militaire imprime à tous les établissemens de ce genre. Un grand nombre de médecins nationaux et étrangers et d'élèves, s'y étaient donné rendez-vous pour entendre l'inventeur du nouveau système de deligation faire l'exposé de sa doctrine.

M. Pasquier, qui, en accordant une aussi noble hospitalité au chirurgien distingué de Lausanne, vient de donner à la science un nouveau gage de son attachement, a saisi avec empressement, nous dirions presque avec une sorte de fierté, cette belle occasion pour étaler aux yeux du nombreux concours de personnes qui ont suivi sa visite, toute la richesse de son service.

Dans une revue qui n'a duré rien moins que quatre heures, M. Pasquier a tracé a grands traits l'histoire de tous ses malades. L'intérêt de ce récit varié, qui s'est soutenu jusqu'à la fin, a plus d'une fois soulevé des discussions, notamment avec MM. Mayor et Phillips, dont le plus grand avantage a été sans doute celui d'enrichir la sphère des connaissances des auditeurs. Nous avons principalement remarqué que M. Mayor a repoussé avec chaleur certaines maximes erronées qu'on s'est plu à lui attribuer concernant le cathétérisme forcé, dénomination sur laquelle il ne faut pas s'abuser. Nous avons vu avec plaisir M. Pasquier, qui aime toujours à s'éclairer des lumières des confrères, dont il sait si bien apprécier la valeur, demander avis à M. Phillips, relativement à la conduite à tenir chez un jeune militaire qui, ayant été exposé à une pluie battante, avait perdu sans ressource l'œil gauche, et a été atteint à l'œil droit d'une cataracte qui s'accompagna de circonstances particulières. Ainsi, l'œil est simultanément affecté d'un léger degré de strabisme convergent ; d'autre part l'iris conserve sa mobilité, mais le malade ne distingue pas le jour de la nuit, et n'a aucun sentiment de l'approche d'une lumière lorsqu'il est dans l'obscurité. Il y a certainement là de quoi faire craindre une complication amaurotique. Mais M. Pasquier, connaissant les altérations visuelles qui peuvent se rattacher au strabisme, de même que la possibilité de la restitution de l'œil à ses fonctions, comme résultat de l'opération dirigée contre le strabisme même ; se rappelant surtout que dans ces derniers temps M. Adams a guéri une amaurose incomplète en pratiquant la section des deux muscles latéraux, a demandé à M. Phillips si le malade en question n'aurait rien à espérer d'une semblable opération, précédant celle de la cataracte. M. Phillips a d'autant mieux abondé dans le sens de cette opinion, que la cécité étant complète, le malade a tout à gagner et rien à perdre en se soumettant à une pareille tentative, qui d'ailleurs n'entraîne aucun péril après elle, et qui offre quelque chance de réussite.

Enfin le tour de M. Mayor est arrivé ; mais l'heure étant déjà trop avancée, ce praticien s'est borné à des considérations préliminaires, à des principes généraux, et s'est réservé de développer, dans une séance publique, qui aura lieu mercredi prochain, dans l'amphithéâtre de M. Pasquier, l'ensemble de son système.

Six ou sept ans sont déjà écoulés depuis que M. Mayor a reçu un prix Monthyon de 3,000 francs de l'Académie des sciences, pour son *Nouveau système de déligation* ; et cependant ses principes et ses moyens n'ont encore reçu aucune application, à Paris du moins. On serait donc en droit de se demander si le corps illustre qui l'a honoré de ses faveurs ne s'est pas trompé ? si le chirurgien de Lausanne n'est l'auteur peut-être que d'objets curieux, mais vains et frivoles ? et s'il n'a pas par hasard reçu des distinctions imméritées ?

Nous sommes loin de le croire : car si l'auteur du nouveau système ne peut pas encore se flatter de le voir adopté généralement, c'est parce que la routine, les HABITUDES prises et les USAGES reçus et enracinés ne le permettent pas. Habitudes ! usages !... ces mots et ce qu'ils représentent ne sont-ils pas indignes d'hommes de science, et n'ont-ils pas été établis, inventés pour déguiser et faire passer quelque chose de peu scientifique et en désaccord avec les principes de la raison ? Ils devraient être proscrits des livres, des chaires et des cliniques comme ne présentant que des idées fausses, ou dont on ne veut, ne sait ou n'ose pas se rendre un compte exact.

Quoi qu'il en soit, on peut prévoir que la vérité se fera jour tôt ou tard, et que les chirurgiens et les administrations sanitaires ne tarderont pas à recommander un sujet qui paraît, au premier coup d'œil, du moins, présenter de si grands avantages aux praticiens. Il mérite, en conséquence d'être sévèrement examiné et comparé par les connaisseurs, les experts et les cliniciens.

Honneur donc à M. Pasquier de s'être mis au-dessus de petites susceptibilités, et d'avoir invité M. Mayor à faire dans son service l'exposition de ses vues et de ses principaux agens mécaniques de pansement.

C'est mercredi 28 qu'a eu lieu cette démonstration publique, aux Invalides. Il est probable qu'on en avait prévenu certaines personnes, car il y avait ce jour-là un très grand nombre d'élèves et de chirurgiens étrangers, jaloux de voir et d'entendre le docteur suisse

Ils ont eu d'abord une autre jouissance, celle d'accompagner M. Pasquier à la visite et à la clinique qu'il a faites. Les malades étaient nombreux ; les cas très variés, très intéressans, et ce qui en augmentait encore la valeur, ce sont les conférences et les discussions qui se sont engagées entre le chirurgien en chef de l'établissement et MM. Phillips et Mayor : c'était au sujet de certains cas obscurs, de quelques indications peu claires, et des points de vue divers sous lesquels tels et tels moyens thérapeutiques pouvaient être envisagés.

Le traitement des fractures et celui des affections urétrales ont fourni, entr'autres, de nombreuses et belles occasions aux docteurs Mayor et Pasquier, de développer et de controverser leurs opinions respectives : ils étaient là l'un et l'autre sur leur terrain, et cependant ils semblaient se faire mutuellement des concessions raisonnables, telles qu'elles résultent nécessairement d'une discussion approfondie et consciencieuse entre des hommes si haut placés.

Tous les assistans ont, du reste, pris plaisir à voir le zèle, le ton amical et plein de convenances et de bonté de M. Pasquier envers tous ses malades ; il semblait visiter avec soin des cliens dont il devait ménager les impressions, et satisfaire, ou du moins écouter les réclamations : il y avait évidemment une sympathie douce et bienveillante entre ces braves malheureux et leur digne docteur.

La visite s'est ainsi prolongée pendant deux heures et demie, et le tour est venu à M. Mayor d'exposer ses principes, ses préceptes, et une grande partie de ses ingénieux moyens. Leur simplicité, leur facile préparation, leur prompte application, la rapidité avec laquelle on les conçoit, leur nomenclature si claire et si précise, le peu d'importance qu'attachait M. Mayor à la nature de *ses linges triangulaires* ; tout cela a dû frapper l'auditoire, et a surtout vivement intéressé le chirurgien en chef des braves de tous les braves. Il était curieux, par exemple, de voir M. Mayor passer successivement en revue les bandages et les appareils, sur toutes les régions du corps, avec *deux petits fichus* de mauvaise MOUSSELINE, dont il eût été impossible de constituer aucune espèce de bande ni de pièces d'appareils ordinaires.

C'est là, en effet, un des nombreux avantages du nouveau système déligatoire, qu'on peut indistinctement se servir de tous les tissus imaginables qui se trouvent partout sous la main. Quelques considérations générales sur

---

supporter son corps ; il prit par jour trois cuillerées à café d'huile de morue, et fut guéri après en avoir pris douze onces. — Un troisième enfant qui avait été très bien portant pendant la première année de sa vie, fut affecté dans le cours de la seconde, de tous les symptômes du rachitisme ; cet enfant qui marchait très bien auparavant, ne put bientôt se tenir sur ses jambes. Il fut guéri après avoir pris douze onces d'uile. — Un petit garçon, âgé de trois ans, avait marché seul à la fin de la première année ; bientôt les genoux se gonflèrent, le rachis se dévia, et le pauvre petit se trouva dans l'impossibilité de marcher. Tous les remèdes avaient déjà été inutilement employés, quand Schenck eut recours à l'huile de morue : il en donna matin et soir une cuillerée à bouche ; l'enfant fut pa faitement guéri, à cela près d'une légère déviation de la colonne vertébrale, après avoir pris vingt onces d'huile. M. Schütte, de Ründeroth, prétend aussi l'avoir employée avec succès chez plusieurs rachitiques, et le docteur Schmidt, de Stettin, a guéri par ce moyen quatre individus fortement rachitiques, et qui étaient en même temps scrofuleux. Le docteur Fehr (1) rend un témoignage éclatant aux vertus de ce médicament dans la maladie qui nous occupe : « Ce n'est pas seulement, dit-il, après un changement de régime, ou à l'entrée de la belle saison, ou au commencement d'une période de croissance, mais bien souvent au bout d'une ou deux semaines que se manifeste l'efficacité frappante de ce médicament ; les dents souvent noires et branlantes de ces enfans, se nettoient et deviennent solides ; des enfans qui ne pouvaient étendre les membres inférieurs et qui jetaient les hauts cris quand on essayait de les mettre debout, commencent à se tenir sur leurs jambes et même à marcher lorsqu'ils sont en âge de le faire, ou qu'ils avaient déjà marché auparavant ; leur digestion s'améliore, le ventre redevient plus souple, surtout dans la région hépatique, la faim canine ou l'inappétence cessent en même temps que les aigreurs d'estomac ; les côtes, en quelque sorte distordues, reprennent leur forme naturelle ; la respiration devient libre et facile ; la rectitude des jambes se rétablit, et souvent les dents poussent promptement, etc. »

Bretonneau qui, l'un des premiers, l'a employée en France, et qui ignorait les travaux scientifiques entrepris en Allemagne sur ce sujet, y fut conduit par la demande d'un négociant hollandais dont il traitait depuis long-temps, sans succès, un des enfans atteint de rachitisme au plus haut degré ; le père lui dit que, pendant qu'il restait en Hollande, un autre de ses enfans avait été guéri de la même maladie par un remède populaire, l'huile de poissons. Bretonneau y eut recours, et le succès fut si incroyablement rapide, qu'il en fut frappé. M. Roche a communiqué ce fait en 1837 à la Société de médecine de Paris (1). Depuis lors, le praticien de Tours a recommencé l'expérience sur d'autres rachitiques et en a obtenu les mêmes succès (2).

M. Gouzée, d'Anvers, a eu aussi beaucoup à s'en louer dans ces cas, et il cite deux guérisons remarquables, dont voici la principale. Un enfant, âgé de deux ou trois ans, rachitique à un haut degré, présentait, suivant l'expression consacrée, une poitrine de pigeon, et l'on voyait en outre une gibbosité se prononcer au haut de la région dorsale. Il était atteint d une fièvre continuelle, et l'on voyait son cœur battre avec violence à travers les parois de sa poitrine amaigrie ; de vives douleurs dans la région précordiale et vers l'hypocondre gauche, lui arrachaient par intervalles des cris aigus ; il était presque sans haleine, passant des nuits sans sommeil, toujours couché sur le côté droit ; l'estomac ne pouvait plus rien supporter, et une diarrhée minait encore cet ensemble d'organes délabrés. Il était déjà depuis long temps dans ce fâcheux état, sans que les secours de la médecine lui eussent été efficaces, et sa position s'aggravait insensiblement chaque jour. M. Gouzée, sur la demande de la mère, lui administrait l'huile de foie de raie, qu'il ne connaissait pas encore, à la dose d'une cuillerée à café matin et soir, en augmentant peu à peu jusqu'à une demi-cuillerée a bouche. Il survint une prompte amélioration : la fièvre diminua rapidement, les douleurs précordiales, naguère insupportables, disparurent ; la diarrhée cessa, les fonctions de l'estomac se rétablirent, et en moins d'un mois ce petit malade fut sur pied. On continua encore long-temps l'usage du remède, et il ne reste aujourd'hui de la maladie à cet enfant, qui s'est bien développé, que sa poitrine un peu étroite et une légère inclinaison de la tête en avant, résultat de la courbure de la colonne vertébrale. — M. Taufflieb (3) a employé l'huile chez sept enfans affectés de carreau et de rachitisme. Six enfans guérirent complètement ; chez le septième, l'administration du médicament n'ayant pas amené une amélioration assez prompte au gré des parens, le traitement fut abandonné, et l'enfant finit par succomber dans le marasme. Chez les malades auxquels l'huile de morue fut administrée avec persévérance et d'une manière régulière, la constitution générale s'améliora notablement dès les premières semaines du traitement. M. le docteur Rutten, de Verviers, dont la longue expérience et le savoir étendu donnent beaucoup de poids à l'opinion, nous a assuré l'avoir employée dans plus de cent cas de rachitisme, simple ou compliqué de scrofules, et presque toujours avec le plus grand succès. Dernièrement encore, il a guéri par ce moyen le fils du comte de L..., âgé de dix-huit meis, qui présentait déjà tous les symptômes du rachitisme confirmé, tels que courbure et aplatissement des os des extrémités inférieures, gonflement des articulations et gibbosité commençante dans le dos. Il n'employa l'huile qu'en lavemens et en frictions, et la maladie fut de suite enrayée dans sa marche.

Parmi les cas où nous avons eu l'occasion de prescrire cette substance avec succès dans le rachitisme, nous citerons l'observation suivante : J. Galiet, âgé de quatre ans, d'un tempérament scrofuleux, s'est bien porté jusqu'à l'âge de deux ans ; c'est alors qu'il a commencé à ne plus vouloir marcher : ses articulations se sont genflées, ses jambes se sont déformées et ont contracté des courbures anormales. Il est resté accroupi sur son lit pendant la plupart du temps, jetant les hauts cris quand on voulait lui imprimer quelques mouvemens. Sa poitrine s'est aplatie latéralement et a rétréci le diamètre transversal en augmentant l'antéro-postérieur ; le sternum s'est porté en avant, le ventre est devenu volumineux, dur et fortement proéminent. Quand je le vis pour la première fois, il était déjà malade depuis un an : sa constitution était fortement détériorée ; il présentait une fièvre continuelle, une peau brûlante, des sueurs très fortes et un amaigrissement extraordinaire qui rendait d'autant plus remarquable le volume du ventre. Il avait souvent une diarrhée à laquelle succédait une constipation opiniâtre. La respiration était très gênée et les urines rares et colorées. Il était atteint en outre d'une ophthalmie scrofuleuse des deux yeux, avec larges ulcérations de la cornée, photophobie intense, larmoiement continuel, etc. Je lui prescrivis une cuillère à café matin et soir, d'huile de foie de morue que j'augmentai graduellement. Je voulus employer divers collyres ou pommades pour la maladie des yeux, mais jamais on ne put parvenir à les lui faire supporter. Après quinze jours de l'usage du remède, il se manifesta déjà une amélioration remarquable : la fièvre avait cessé ; les selles, redevenues consistantes, étaient régulières ; la photophobie et le larmoiement avaient disparu ; enfin toute l'écomie était dans de meilleures conditions. On continua le médicament pendant trois mois, et au bout de ce temps

---

(1) Hecker's Annalen, juillet 1829, p. 346.

(1) Journ. de Méd et de Chir. pratiques, mars 1837.
(2) Trousseau et Pidoux, *Loc. cit.*
(3) Gazette Médicale, novembre 1839.

le coton et les fractures ont terminé cette longue et intéressante séance. On s'était réuni à sept heures et on s'est séparé à onze heures et demie. On s'est donné rendez-vous pour revenir sur quelques-uns de ces objets, surtout sur ce qui concerne le coton, les fractures et les luxations, pour les explications qu'ils comportent, les objections, etc. Le jour a été fixé à mercredi prochain 5 mai, à huit heures du matin, c'est-à-dire *après la visite*. Nous compléterons cette notice après cette seconde conférence *déligatoire*.

M.....

HOPITAUX DE DUBLIN.

Rupture traumatique de l'intestin; par M. HARGRAVE.

Un jeune homme, pêcheur, âgé de dix-huit ans, étant occupé au travail de son état, a été frappé par la vergue et accollé par elle. Il a senti immédiatement une douleur intense à la partie inférieure de l'abdomen, endroit où le coup avait porté principalement; il est tombé sur le pont. La souffrance s'est prolongée toute la journée et la nuit suivante, et s'est accompagnée de vomissemens : la position en pronation l'a soulagé un peu.

Le lendemain il a été transporté à l'hôpital, et a offert l'état suivant : face et lèvres pâles, pouls petit et faible; le malade se plaint de douleurs abdominales, lesquelles augmentent par la pression à l'épigastre et à l'hypogastre; sa respiration offre un caractère particulier; elle est exclusivement pectorale; c'est-à-dire que le malade fait son possible pour mettre seulement les parois de la poitrine en mouvemens, et pour laisser immobile les muscles abdominaux.

On prescrit : fomentations chaudes sur l'abdomen, ventouses sèches à la poitrine, un grain d'opium toutes les trois heures. Le malade a vomi de temps en temps dans la journée, mais il a paru soulagé par l'opium, au point que la nuit suivante il a pu se lever et aller aux lieux d'aisance.

Le lendemain de son entrée, plus de douleur dans l'abdomen, mais à onze heures du matin, son état s'est aggravé tout d'un coup, et il est mort 36 heures après l'accident.

M. Hargrave avait diagnostiqué, dès le principe, une lésion grave à l'abdomen sans pouvoir la préciser.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, une quantité d'air s'échappe de la cavité péritonéale; puis, une quantité considérable de sérum sanguinolent et de sang en partie liquide et en partie coagulé. Ce dernier existait surtout dans la cavité pelvienne, et provenait d'une blessure de la portion sygmoïde du colon. Le patient avait déclaré qu'il était constipé depuis plusieurs jours avant l'accident, mais son corps était devenu libre durant son séjour à l'hôpital. La portion sygmoïde du colon a été examinée soigneusement sur le point rompu. Au-dessus et au-dessous de la rupture, il existait des matières fécales dures qui avaient probablement empêché l'épanchement stercoral. La pièce anatomique a été présentée à la Société chirurgicale d'Irlande. L'auteur ne décrit pas les conditions de la déchirure, mais il dit que dans trois autres cas de rupture intestinale qu'il a observés, la lésion existait aux intestins grêles, et dans aucun cas il n'a trouvé d'extravasation stercorale.

Une discussion s'est engagée à l'occasion de ce fait.

M. Rumley, président, demande si la plaie présente quelque chose de particulier.

M. Hargrave : Rien, si ce n'est que ses lèvres sont extroversées.

Le Président : Croyez-vous que la rupture intestinale a été la conséquence immédiate du coup ou de la maladie qui l'a suivi.

M. Hargrave : Très certainement de l'accident. L'état antérieur du blessé, la nature de la blessure et la douleur subite dans l'abdomen, ne laissent aucun doute. D'ailleurs, il n'existe aucun vestige d'ulcération sur l'intestin.

M. Carmichael dit avoir observé, il y a quelque temps, une rupture intestinale chez un avocat. Ce malade souffrait de dyspepsie depuis fort long-temps. Lorsque M. Carmichaël l'a observé, le malade était déjà fort mal; pouls à peine perceptible, extrémités froides, facies hippocratique. La circonstance qui a le plus frappé M. Carmichaël, dans ce cas, c'est l'état de l'intelligence qui est restée intacte jusqu'à la fin, le malade ayant parlé avec son abondance et sa justesse ordinaire jusqu'à trois ou quatre minutes avant la mort. A l'autopsie, on a trouvé une ulcération perforante dans la portion sigmoïde du colon, et une légère extravasation intestinale. Il n'y avait pas de péritonite, la mort s'étant déclarée avant le développement de l'inflammation. Les mêmes phénomènes ont été observés par M. Hargrave dans des cas de rupture de l'estomac. Dans ces circonstances, la mort arrive, selon l'auteur, par suite de la blessure elle-même ou de l'atteinte portée par elle à la vie organique, et non par l'inflammation, qui n'a pas le temps de se développer; aussi le cerveau, l'intelligence, n'en éprouvent-ils aucun effet immédiat.

— M. Chairman appelle l'attention sur l'importance de distinguer, dans un examen médico-légal, l'état de la rupture traumatique de celui de la rupture spontanée ou dépendante d'ulcération. Il s'accorde, au reste, avec M. Carmichaël, relativement à l'inaltérabilité de l'intelligence; il a constaté ce fait sur un jeune homme qui avait essuyé une rupture de l'intestin par un coup de pied de cheval. Il s'accorde également sur les symptômes d'asthénie très prononcée et du froid général qui accompagnent la lésion.

— M. Benson parle dans le sens du préopinant, et ajoute qu'un des caractères distinctifs entre les deux lésions, c'est l'extroversion des bords de la perforation si elle est traumatique, extroversion qui manque lorsque la perforation est la suite d'une ulcération. Il convient, au reste, que la distinction peut être difficile et même impossible dans certains cas médico-légaux. Cette question n'a pu être dernièrement décidée devant la Société, en présence des pièces pathologiques relatives aux deux lésions qu'on a présentées.

— M. Coy rapporte le fait suivant : Un enfant, en voulant traverser une rue, est renversé par un cheval, qui lui marche sur le corps, et après lui la charrette qu'il entraînait. Il venait de dîner copieusement. On l'a de suite transporté à l'hôpital; il a toute sa connaissance et ne paraît pas souffrir beaucoup; son pouls est fréquent, mais sa peau n'est ni chaude ni froide; l'enfant n'est ni excité ni affaissé; il se plaint à peine de douleurs au ventre à la pression, excepté au pubis, où il accuse quelque sensibilité; il a uriné. Il est mort à minuit et demi. A l'autopsie on a trouvé les matières de l'estomac épanchées dans le péritoine. (*Dublin, medical Press*, 24 mars.)

Guérison de l'hydrocèle testiculaire à l'aide des injections d'eau alumineuse; par M. PATTERSON, médecin de l'hôpital des fiévreux (*fever hospital*).

L'auteur rapporte six observations avec quelques détails, et trois autres sans détails, d'hydrocèle testiculaire plus ou moins ancienne, guérie par la ponction et l'injection d'une solution d'alun. Cette solution se compose de huit grammes d'alun (deux gros), et d'un demi-kilogramme d'eau (seize onces). Après avoir ponctionné la tumeur à l'ordinaire, il y injecte, non avec une seringue, qui lui paraît peu convenable, mais avec une bouteille en caoutchouc ou la canule du trois-quarts, une injection d'alun en quantité suffisante pour remplir la poche à peu près comme elle l'était avant la ponction; il laisse l'injection séjourner huit à dix minutes, puis il la fait sortir. Le liquide qui en sort est toujours floconneux, à cause de l'action coagulante de l'alun sur l'albumine. La réaction inflammatoire et la guérison radicale s'est effectuée dans tous les cas comme après l'injection vineuse.

M. Patterson, sans attacher à cette pratique une importance exagérée, croit avoir observé que l'injection d'alun ne produit pas la moindre douleur, tandis que le vin chaud en produit beaucoup, surtout chez les sujets irritables, et que l'inflammation adhésive est plus douce et plus certaine, parce que l'alun, dit-il, en coagulant l'albumine de la petite humidité restante, laisse des flocons abondans attachés à la face interne de la vaginale, qui servent à provoquer la réaction, et de points d'appui à l'adhésion. (*Ibid.*)

— Il n'y a pas long-temps, on vantait beaucoup, en Angleterre, l'acupuncture pour la guérison de l'hydrocèle: on n'en parle plus aujourd'hui. Nous ignorons si les résultats ultérieurs ont été aussi avantageux que les premiers que nous avons fait connaître. Aujourd'hui on nous vante la solution d'alun, et on la trouve naturellement plus avantageuse que le vin, que la teinture d'iode, etc. L'auteur rappelle que les injections d'eau pure, de lait, d'alcool et d'autres liquides, ont produit les mêmes résultats. Ces essais ne doivent pas être blâmés, surtout lorsqu'ils sont heureux; car ils étendent expérimentalement les domaines de la thérapeutique, sans rien ajouter pourtant aux principes acquis à la science. Les faits rapportés par M. Patterson paraissent concluans, et il serait possible que l'alun présentât des avantages réels sur le vin, qui n'est pas sans quelques inconvéniens.

Affection cancéreuse de la vésicule biliaire et de l'épiploon; par M. BENSON, médecin à l'hôpital de la ville (*city of Dublin hospital*).

Une femme présentait des symptômes obscurs d'une maladie abdominale. Elle est morte à l'hôpital six jours après son entrée. Voici les détails qu'on a trouvés sur les registres :

Cinquante-deux ans, mère de neuf enfans. Depuis trois semaines elle éprouvait des douleurs intenses au côté droit de l'abdomen. Après la première attaque de ces douleurs son ventre s'était gonflé. A son entrée à l'hôpital elle a de la toux, l'hypochondre droit est douloureux au toucher; pas de céphalalgie, pas de vomissemens ni de renvois acides. Les règles avaient cessé de couler depuis quelque temps. A l'examen on trouve l'abdomen considérablement distendu par du liquide; le foie est très hypertrophié; il s'étend de trois à quatre pouces au-dessous des

---

les diverses affections de notre malade étaient guéries, si ce n'est les déformations dont nous avons parlé et qui n'ont pas encore complètement disparu; et, chose remarquable, quoiqu'on n'ait employé aucune médication locale pour les yeux, les ulcérations de la cornée et les ophthalmies se sont totalement dissipées.

Quoique l'huile montre son efficacité dans toutes les périodes du rachitisme, il nous a semblé qu'elle réussissait d'autant mieux qu'on l'employait plus tôt. Ainsi, prise dans le commencement, lorsque la maladie n'est encore caractérisée que par des dérangemens gastro-intestinaux, de la diarrhé, du ballonnement du ventre, des sueurs nocturnes, un mouvement fébrile, un sentiment de faiblesse et une sensibilité marquée de tout le système osseux, lorsque le sujet devient triste, morose, que ses traits s'altèrent, s'étiolent, que le système musculaire perd de sa consistance et que tout l'être paraît travaillé sourdement par une cause morbide, qui n'a pas encore d'autre manifestation extérieure que ces phénomènes généraux, etc.; alors elle peut enrayer la maladie et l'empêcher de passer à une période plus avancée. Cet état se montre surtout chez des enfans qui s'étaient très bien développés jusqu'à l'âge d'un an à dix-huit mois, qui souvent avaient marché d'une manière précoce; nous l'avons souvent observé à l'époque où la mère cesse la lactation et lui substitue une nourriture qui, dans la classe pauvre, est toujours grossière. Sous l'influence de l'huile, les fonctions digestives semblent acquérir une énergie qui les met à même d'assimiler cette nouvelle alimentation. Employée à une époque plus avancée, pendant la période de déformation, par exemple, elle est encore très utile et hâte le moment de résolution ou plutôt de consolidation. Elle peut aussi empêcher la maladie de passer à l'état chronique qui met l'économie dans de si mauvaises conditions.

SCROFULES.

C'est surtout dans les scrofules, maladie si commune qu'elle constitue une véritable variété de l'espèce humaine, comme le dit M. Lugol, que l'on trouve le plus grand nombre de faits qui constatent l'heureuse influence de l'huile de morue.

M. Schütte attribue à ce médicament la guérison de caries scrofuleuses chez cinq sujets. Brefeld l'a employé dans toutes les formes de la maladie strumeuse; mais c'est surtout dans le traitement de celle qui atteint les os, qu'il lui a rendu les services les plus signalés, et nous verrons plus loin qu'en cela il est d'accord avec la plupart des observateurs. Huit malades affectés de carse furent complètement guéris, et parmi eux il y en avait deux atteints de carie vertébrale. Le même traitement fut ordonné avec autant de succès dans plusieurs cas très graves d'atrophie mésentérique et de tumeurs blanches des diverses articulations. Tous ces faits sont très détaillés dans l'excellente monoraphie du praticien de Hamm. Vander Busch l'a trouvé très efficace dans les affections scaofuleuses opiniâtres (1). Il en est de même du docteur Schmidt, de Stettin. M. Taufflieb l'a souvent prescrit avec grand avantage dans les mêmes circonstances : il cite sept cas de caries de diverses articulations qui furent guéries ou notablement amendées sous l'influence de l'huile de morue, combinée, il est vrai, avec un traitement local approprié; mais qui auparavant seul ou aidé d'autres moyens, n'avait pu amener la guérison. Nous ne pouvons nous empêcher de lui emprunter l'observation suivante, dont il avait publié le commencement en 1837 (2) et qu'il a complétée en 1839 (3) : « Un jeune homme, âgé de dix huit ans, atteint d'une carie des vertèbres lombaires, avait été inutilement traité par les moyens ordinaires externes et internes. Un vaste abcès s'était formé vers la région sacro-lombaire; la paralysie des extrémités iuférieures était presque complète; le marasme et la fièvre hectique semblaient annoncer une prochaine. M. Taufflieb lui prescrivit alors l'huile de morue, sans compter sur l'efficacité de ce remède dans un cas aussi désespéré. On en commença l'usage le 10 février 1837, à la dose de quatre cuillerées par jour, et on la continua avec persévérance pendant plusieurs mois. Ce traitement fut suivi, contre toute attente, d'une amélioration graduée. Au mois d'août, la fièvre hectique avait disparu, et le jeune homme avait repris de l'embonpoint; la marche était assez facile et la pression des vertèbres saillantes n'était pas douloureuse. Mais l'abcès de la région sacrée, du volume de la tête d'un fêtus à terme, persistait; la peau qui concourait à la formation de cette poche, était sans rougeur, mais tellement distendue qu'elle semblait devoir se rompre prochainement pour donner issue au pus dont la présence était annoncée par la fluctuation la plus manifeste.

» Cette tumeur resta stationnaire pendant près de deux mois; ensuite elle diminua lentement, et au mois de janvier 1838, il n'en restait plus de traces, et la guérison paraissait complète et solide. On discontinua l'usage de l'huile de morue. Vers juin 1838, nouvelles douleurs dans la région lombaire; les jambes s'affaiblirent de nouveau. Le malade eut de suite recours à l'usage de l'huile de morue, et bientôt ces symptômes inquiétans disparurent; mais une collection purulente s'était de nouveau formée vers la région sacrée, et la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule. On continua l'huile avec persévérance, et bientôt la résorption du liquide purulent eut lieu, au point qu'il n'en restait plus que des traces appréciables par un faible soulèvement de la peau et une légère fluctuation. Ce jeune homme jouit d'ailleurs d'une bonne santé; les mouvemens de progression sont assez faciles; les apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires sont notablement saillantes, mais la pression n'en est nullement douloureuse. Le malade a consommé, dans l'espace de deux ans et demi, trente-six livres d'huile. »

Nous avons rapporté en entier cette observation remarquable, parce qu'elle montre d'une manière évidente les admirables effets de l'huile de morue, dans un cas qui semblait tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et ensuite parce q'elle appuie la critique que nous avons faite de l'opinion de M. Hoebeke sur l'influence défavorable que ce médicament exercerait sur les os.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Med. Chir. Zeit., 1827, t. IV, p. 205.
(2) Gaz. médicale, août 1837.
(3) *Id.* Journ., novembre, 1839.

— Les juges du concours qui ouvrira le mois prochain pour les places de professeurs à la Faculté de Strasbourg, sont, pour la Faculté de médecine :

MM. Roux, Gerdy, Bérard aîné, Velpeau, Marjolin, Breschet, Blandin, P. Dubois. Cruveilhier et Dumas, suppléans.

Et pour l'Académie de médecine :

MM. Jobert (de Lamballe), Espiaud, Réveillé Parise, Renould. Hervez de Chégouin, suppléant.

— Dans l'avant-dernier numéro, on a omis de citer la *Gazette du Centre*, journal de Limoges, auquel nous avons emprunté les noms des nouveaux professeurs nommés à l'École préparatoire de cette ville.

Les réflexions qui précèdent ce même article, et qui concernent la Faculté de médecine de Montpellier, sont empruntées à la *Gazette Médicale* de cette ville.

fausses côtes, et paraît tuberculeux au toucher. La langue est blanche au centre, très rouge aux bords et à la pointe; pouls fréquent et petit; toux extrêmement fatigante; abdomen généralement sensible, grande prostration. On a diagnostiqué une péritonite avec épanchement. Le traitement employé d'après cette présomption n'a produit aucun effet.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen on trouve : en avant, l'épiploon fort rouge, formant une grosse masse solide comme un pâté (*cake*) qui cache et couvre la plupart des viscères de l'abdomen. Le foie, très développé, sort de ses limites ordinaires; il sort de sa face inférieure une énorme tumeur solide, de la figure et du volume d'un cœur. A l'examen on trouve que cette tumeur est formée par la vésicule biliaire, et l'on s'assure que la tumeur que l'on sentait à la région du foie pendant la vie, et qui paraissait tuberculeuse, était formée par la vésicule biliaire. L'état de l'épiploon est très remarquable; il est très rouge, épaissi et induré au degré de dureté presque squirrheuse; sa dégénérescence paraît carcinomateuse, bien que sa dureté ne fût pas tout à fait pareille à celle du squirrhe ordinaire; par tout où dans l'état normal on trouve de la graisse, il existe dans cette pièce de la matière carcinomateuse. Une altération plus remarquable encore est présentée par la vésicule biliaire. Les parois de cet organe sont énormément épaissies et converties en substance carcinomateuse comme l'épiploon. Sa structure normale a disparu; sa membrane interne est convertie en une masse molle, blanche, pulpeuse. Le foie est ramolli, a perdu sa couleur naturelle, qui est devenue jaune. La membrane de l'estomac, du duodénum et le pancréas sont sains. Les conduits biliaires et pancréatiques s'ouvrent dans le duodénum à l'ordinaire; le cadavre n'offre aucune trace de jaunisse.

D'après les renseignemens qu'on a recueillis, la maladie existait depuis trois ans, bien que les souffrances ne se soient déclarées d'une manière intense que trois semaines avant son entrée à l'hôpital. Il est probable qu'elle avait eu une péritonite chronique, car on a trouvé sur le cadavre des restes de cette maladie. Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable. (*Ibid.*, 7 avril.)

Paris, 28 avril.

Monsieur le Rédacteur,

La leçon de M. P. Dubois sur l'*examen des urines dans la grossesse*, contient une erreur de priorité que je désire rectifier, en ramenant la question à sa véritable origine.

Je publiai dans votre journal, il y a près de trois ans, un article sur *un nouveau signe de grossesse découvert dans l'urine par M. Nauche*, et dû à la présence d'une matière particulière que ce médecin a nommée *kejesteïne*. Un an après environ, un médecin de Londres publia, dans un journal anglais, un mémoire qui ne fit que confirmer ce que j'avais dit de cette matière, à laquelle il conserva d'ailleurs le même nom. Plus récemment, un accoucheur allemand s'est occupé du même sujet. Cette acquisition séméiotique, dont la valeur n'avait pas été appréciée en France, bien qu'elle eût été communiquée à plusieurs sociétés savantes; et que notre article eût été reproduit par divers journaux, y a fixé l'attention du moment où elle s'y est représentée sous le patronage de noms étrangers. Ce préambule explique d'avance la double erreur involontaire que j'ai à signaler et que voici :

« Un ancien auteur, dit M. Dubois, avait dit que chez les femmes enceintes l'urine contient de petites particules qui se présentent sous forme de nubécule et qui plus tard se déposent au fond du vase..... Nauche, ignorant que ce signe avait été indiqué, annonça qu'il venait de trouver un nouveau moyen de diagnostic de la grossesse. » Ce signe, qu'on a toujours regardé comme incertain, a été décrit, en effet, par la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'uroscopie; mais ce n'est point celui que M. Nauche a annoncé et dont j'ai donné la description dans l'article précité.

M. Dubois ajoute plus loin : « Chez les femmes enceintes, l'urine présente une croûte, sorte de nubécule, que l'on ne rencontre pas chez les femmes qui ne sont pas en état de gestation; les accoucheurs anglais attachent à ce signe une grande importance. » Cette croûte constitue le caractère principal du signe que M. Nauche a indiqué, et c'est *particulièrement* à sa description qu'était destiné l'article que j'ai publié dans votre journal, description reproduite par une feuille anglaise. La priorité de cette découverte ne saurait donc être douteuse; quant à son importance, elle sera bientôt établie dans un mémoire qui va paraître et qui est le résultat des recherches que je fais depuis trois ans, avec la participation de M. Tanchou, au dispensaire Sainte-Geneviève.

J'ai l'honneur, etc., Dr Eguisier.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 4 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 53, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

CONFÉRENCES CHIRURGICALES SUR LE BÉGAIEMENT;

par M. AMUSSAT.

Dans sa dernière conférence, M. Amussat s'est attaché à détruire les erreurs accréditées contre le procédé qu'il a imaginé pour guérir le bégaiement.

Il a présenté plusieurs bègues guéris dont nous allons donner les observations.

Première observation. — *Opération pratiquée le 28 février 1841.*

Pierre-Eugène Lero, âgé de vingt-trois ans, demeurant à Villedavray, a été opéré en présence de MM. Edwards, Thibault, Lefrançois, Lucien Boyer, Guermeau, Foucart, Levaillant, etc.

Ce jeune homme bégayait beaucoup, et ne pouvait prononcer, même séparément, les syllabes de quelques mots, tels que : *Je vous salue, Marie ; c'est ma faute.* Il avait beau remuer les bras, se frapper la poitrine pour prononcer ces derniers mots : il lui était impossible de faire entendre aucun son.. Disons enfin que sur la plupart des phrases que l'on fait habituellement répéter aux bègues, il bégayait constamment.

On procède à l'opération en commençant par faire la section du filet, de la muqueuse et des tissus fibreux qui s'attachent à la mâchoire et qui recouvrent les muscles génio-glosses. Immédiatement après ces diverses sections, qui constituent le premier temps de l'opération, Lero est tellement content, il se sent tellement débarrassé, qu'il s'écrie : *Cherchez maintenant tous les mots les plus difficiles, et je vais vous les dire.* Il prononce en effet : *Je vous salue, Marie; c'est ma faute*, et tous les mots sur lesquels il échouait constamment, quelque effort qu'il fît pour vaincre les difficultés qu'il éprouvait, et qu'il nous exprime dans des termes très énergiques.

Enfin, il est presque impossible de retrouver des traces du bégaiement qui était porté à un degré assez marqué.

Nous avons revu cet homme ces jours derniers : la guérison se maintient parfaitement.

Deuxième observation. — *Opération pratiquée le 14 mars 1841.*

Léopold Moreau, âgé de treize ans, cordonnier à Andressy, est bègue et louche ; son père est quelquefois gêné dans la prononciation, mais il ne bégaie pas positivement.

La langue est déviée à gauche, de forme arrondie, et sa pointe ne peut pas être portée du côté du nez.

Le filet est court et très résistant.

Lorsque cet enfant prononce quelques mots difficiles, il ferme les yeux et fait une grimace convulsive. La figure étant couverte, il bégaie également.

Parmi les mots sur lesquels le bégaiement est constamment le même, nous avons noté *cordonnier, bétayer* au lieu de *bégayer, caporal hors la garde*, etc. Pour le mot cordonnier, il ne le prononce qu'après avoir fait cinq mouvemens convulsifs des lèvres.

L'opération est pratiquée en présence des mêmes personnes et de plusieurs autres que pour l'observation précédente. Le filet est coupé transversalement au dessous de la langue, au dessus des canaux de Warthon. Ceux-ci sont séparés l'un de l'autre, et enfin l'attache du filet à la mâchoire est détruite, ainsi que l'aponévrose des muscles génio-glosses.

Après ce débridement de la muqueuse et du tissu fibreux, on constate un changement tellement remarquable dans la prononciation, qu'on ne croit pas devoir pratiquer la section des muscles génio-glosses.

Huit jours après, M. Lucien Boyer a pratiqué l'opération du strabisme chez ce jeune homme, qui est maintenant guéri de sa double infirmité.

La guérison a été récemment constatée par MM. Donné, Mayor, Vernois, Poyer, etc.

Troisième observation. — *Opération pratiquée le 12 mars 1841.*

François-Henri Berthoux, âgé de seize ans, commissionnaire à Paris, a commencé à bégayer à l'âge de cinq ans seulement, et depuis cette époque, son infirmité a plutôt augmenté que diminué. Ses parens parlent bien.

La langue est déviée à droite et le sillon qui existe ordinairement sur la ligne médiane de cet organe est placé du côté droit. Il en résulte que les deux moitiés sont d'inégal volume.

Chez ce jeune homme le bégaiement consiste dans une difficulté très grande à prononcer les premières syllabes des mots, lesquelles sont précédées de l'articulation *te, te, te*; dans la répétition des syllabes avant de pouvoir les réunir à celles qui forment les mots.

Pour dire Académie de médecine, il dit : *Aca-ca-cadémie de médecine* ; pauvre plaideur, prends patience, *te te pauvre plaideur, te te prends patience* ; maman m'a mandé, *te te te maman m'a mandé* ; caporal, hors la garde, *te te caporal*, etc.

En lisant, le bégaiement est le même. On ne sait pas si ce jeune homme chanterait sans bégayer, car il n'a jamais essayé de chanter. Le premier temps de l'opération, pratiqué comme chez les autres bègues, est suivi d'une amélioration trop légère pour qu'on doive s'arrêter. On procède donc à la section des muscles génio-glosses dont la partie antérieure venait d'être mise à découvert. Immédiatement après, l'amélioration que l'on constate est très notable ; le bégaiement est à peine sensible et les mots ne sont plus précédés de l'articulation *te te te.*

Il n'est pas survenu d'hémorrhagie, ni d'accidens inflammatoires. Au bout de quelques jours, Berthoux est venu nous voir parlant parfaitement bien.

Cette opération a été faite en présence de beaucoup de personnes et la guérison a été constatée jeudi dernier par MM. Mayor, Vernois, Poyer, Deleau, Dupré-Latour, Marchand, Langenbeck, Bas (de Poitiers), Puyoo, Petit (de Corbeil), etc.

Nous avons remarqué qu'il existe un intervalle assez grand entre la mâchoire et les canaux de Warthon, et que la langue n'est plus déviée.

Ces faits prouvent, contrairement à ce qui a été avancé dans le n° précédent de la *Gazette des Hôpitaux* (Leçon de M. Guersant), qu'on n'obtient pas seulement des améliorations passagères par quelque procédé que ce soit, mais bien des guérisons réelles et durables. M. Amussat engage les praticiens à méditer ces faits, ainsi que ceux qui ont déjà été publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 avril dernier. Il espère qu'en suivant son procédé et en faisant l'opération en deux temps bien distincts, les chirurgiens obtiendront comme lui des succès incontestables dans un grand nombre de cas. Personne, dit-il, ne veut s'astreindre à répéter fidèlement les procédés et à marcher dans la voie tracée : on veut absolument modifier, faire plus vite ; on saute à pieds joints et les yeux fermés par dessus les difficultés. Sans doute on est exposé, comme dans toutes les opérations que l'on pratique, à avoir des accidens ; mais quoi qu'il en soit, l'opération du bégaiement restera dans la science comme celle du strabisme.

Quant au procédé, M. Amussat est en mesure d'affirmer, d'après sa propre expérience et d'après celle des autres, qu'on obtient beaucoup plus de succès de la section des muscles génio-glosses à quelques lignes des apophyses géni qu'en les coupant à leur attache même, ou en d'autres termes, qu'il vaut mieux couper les muscles eux-mêmes que leur tendon d'attache aux apophyses géni.

Pour abréger l'opération et pour permettre à l'opérateur de voir au fond de la plaie, M. Amussat fait élever l'espace sus-hyoïdien de manière à faire relever fortement le plancher de la bouche.

Un aide exercé à cette manœuvre se place derrière l'opéré, dont la tête est appuyée contre sa poitrine ; il place les pouces de ses deux mains derrière le menton, et il relève fortement l'espace sus-hyoïdien, en prenant un point d'appui avec les doigts indicateurs sur les dents de la mâchoire inférieure. Les mêmes doigts servent aussi à écarter les commissures labiales.

Y..

HOSPICE DE BICÊTRE.

LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE ;

Par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Rédigées par Th. ROUSSEL, interne et lauréat des Hôpitaux.

Mélanose de l'œil.

L'histoire des tumeurs mélaniques de l'œil, affection rare d'ailleurs, et méconnue par les anciens, n'a été convenablement traitée que dans la thèse de M. Rœderer (de Strasbourg) ; et peut-être serait-il facile de se convaincre que l'observation dont nous allons rapporter le détails importans est encore la plus complète et la plus fertile en déductions, que la science possède aujourd'hui.

Un homme âgé de cinquante-sept ans, appartenant à la division des Reposans de l'hospice de Bicêtre, après avoir joui d'une santé jusque-là parfaite, éprouva, il y a deux ans environ, et sans cause connue, un larmoiement fréquent et accompagné de douleurs de tête, légères d'abord, mais persistantes et paraissant avoir leur point de départ vers la demi-circonférence supérieure de l'orbite du côté gauche. On crut à une ophthalmie.

Au mois de juin 1833, le malade entra dans le service de M. Guersant fils. Le larmoiement et la céphalalgie n'avaient point fait de progrès notables, mais la vue s'était considérablement affaiblie. M. Guersant prescrit deux saignées, des bains de pieds et un vésicatoire à la nuque, et au bout de quelques jours, renvoya le malade qu'il croyait atteint d'une amaurose.

Dix-huit mois après (janvier 1841) le malade rentra dans le service de chirurgie. A la place de l'œil, on observait une tumeur saillante en avant d'environ deux centimètres, que les paupières, fortement écartées, ne peuvent entièrement recouvrir. En avant et dans une étendue correspondant à celle de la cornée, existe un trou arrondi dont les bords, gonflés, sont nets et comme taillés à l'emporte-pièce. Au centre, se trouve une surface noirâtre, comme fongueuse, et qui, depuis quelques jours seulement, au dire du malade, laisse suinter du sang. Autour de la surface érodée, existe une surface lisse, d'un vert noirâtre, et que l'on prit pour la sclérotique amincie par le fongus mélanique.

Le malade rapporta que l'œil n'avait commencé à se gonfler et à s'altérer dans sa forme que depuis six mois. Du reste, les douleurs de tête avaient toujours persisté, lancinantes et plus intenses la nuit.

M. Malgaigne ayant diagnostiqué une tumeur mélanique de l'œil, pratiqua l'opération le 10 janvier 1841.

Le malade étant placé sur une chaise, en face du jour, la paupière supérieure étant relevée à l'aide de l'élévateur de Pellier, d'un coup de bistouri on divisa les tissus du côté de la commissure externe, et l'œil étant saisi avec des pinces érignes, on le détacha en dehors, en haut et en dedans, de manière à le renverser sur la joue et à terminer la séparation par en bas.

Cette opération fut exécutée sans hémorrhagie artérielle notable, mais avec un écoulement considérable de sang qui remplissait incessamment l'orbite. Le doigt, porté au fond de cette cavité, y fait reconnaître de petites tumeurs noires, comme gangliformes, sans adhérences avec la tumeur de l'œil, et dont l'existence décida M. Malgaigne à vider complètement l'orbite jusqu'au périoste. La glande lacrymale elle-même, située au milieu d'un tissu cellulaire induré fut enlevée, on n'épargna qu'un petit mamelon situé au fond de l'orbite, difficile à atteindre et probablement formé par le nerf optique, dont il occupait la place ; il est à noter que toutes les fois que l'instrument touchait cette petite saillie le malade éprouvait une douleur très vive.

Le voisinage du cerveau empêcha d'avoir recours au fer chaud comme moyen hémostatique ; l'écoulement abondant de sang, en remplissant l'orbite, empêcha de faire agir le nitrate acide de mercure jusqu'au fond de cette cavité, c'est pourquoi on eut recours au tampon d'agaric imbibé de poudre d'alun, qu'on soutint par d'autres tampons, assujétis à leur tour, extérieurement, à l'aide de compresses et de bandes. L'hémorrhagie fut ainsi arrêtée.

En examinant attentivement la tumeur, on reconnut qu'elle n'était point formée par l'œil lui-même, comme on l'avait cru avant l'opération. L'ouverture circulaire qu'on avait prise pour un résultat de la destruction de la cornée, n'avait aucun rapport avec la cornée ; la surface verdâtre qu'on avait attribuée à la sclérotique amincie, n'était point la sclérotique. Voici ce qui s'était passé :

La tumeur s'était indubitablement développée d'abord sur la partie supérieure de l'œil ; mais arrêtée dans ses progrès en haut par la paroi supérieure de l'orbite, elle s'était portée en avant et était venue faire saillie sous la paupière supérieure, en faisant exécuter à l'œil un mouvement de rotation en bas, par suite duquel la cornée transparente était venue se placer en contact avec la paroi inférieure de l'orbite, et la surface de la tumeur mélanique avait pris la place que la cornée occupait auparavant entre les deux paupières.

Cette tumeur avait le volume des deux tiers de l'œil à l'état normal ; l'ouverture circulaire était formée par la conjonctive, et ses bords, légèrement renflés, par l'adossement de cette membrane à elle-même, comme à l'orifice d'un crypte muqueux ; l'intérieur de l'espèce de kyste occupé par la matière mélanique était tapissé par la membrane adnata, décrite pour la première fois par Ténon.

Quant à la sclérotique, c'est à ses dépens qu'avait eu lieu la perte de substance par laquelle la tumeur mélanique s'était fait jour au-dehors ; son tiers supérieur avait disparu, coupé comme par un emporte-pièce, absorbé comme la membrane moyenne des artères dans les anévrismes. Dans les autres points elle était très amincie et formait une ou deux petites saillies semblables au staphylôme de cette membrane.

Il ne restait presque point de trace des membranes internes de l'œil. Le foyer mélanique adhérait si fortement à la sclérotique, qu'il fallait gratter fortement pour l'en détacher.

Nous avons dit que l'œil lui-même avait été reporté en bas. A la partie inférieure de la tumeur on retrouve cet organe, et l'on aperçoit au centre de la cornée, qui paraît appliquée contre l'iris, une surface opaque simulant exac-

tement une cataracte. En examinant les parties d'arrière en avant, on voit que les milieux de l'œil ont été repoussés dans ce dernier sens par les progrès du fongus. Ainsi l'hyaloïde, avec ses cellules est comme ratatinée sur elle-même et contient encore du liquide. Le cristallin, situé en avant d'elle, est aussi rapetissé, mais transparent ; l'iris et le cristallin lui-même sont appliqués contre la face postérieure de la cornée, mais sans adhérences avec cette membrane ; il n'y a point de trace de l'humeur aqueuse.

Les procès ciliaires sont aussi retrouvés, et en ce point seulement on découvre des rudimens de la choroïde et de la rétine. De plus, en arrière, vers le point d'insertion du nerf optique, est un petit lambeau pénicillé appartenant à cette dernière membrane ; du reste, à la place du nerf optique on trouve une masse mélanique.

La glande lacrymale était saine.

Les tumeurs mélaniques, enlevées du fond de l'orbite, écrasées sous le doigt, donnent une matière noire, teignant le papier tout-à-fait comme l'encre de Chine. Quant à la tumeur de l'œil, le liquide qu'on en exprime donne des résultats semblables, mais est mêlé à une petite quantité de sang.

Le malade est mis à la diète ; et pour lui procurer des sueurs et éviter la fièvre traumatique, M. Malgaigne a recours au moyen qu'il emploie avec succès après les grandes opérations, l'opium à haute dose.

40 centigrammes d'opium sont donnés le premier jour ; 20 centigrammes le second ; mais des douleurs de tête s'étant manifestées on suspend l'emploi de ce médicament. Le quatrième jour, le pansement est levé à l'exception du tampon d'agaric le plus immédiatement placé sur le fond de l'orbite : il existe déjà de la suppuration. Le huitième jour (18 janvier), frissons, perte d'appétit. On prescrit des injections et l'eau de guimauve dans l'orbite ; le lendemain, les accidens avaient disparu, et depuis cette époque la guérison a marché de la manière la plus heureuse. L'orbite s'est en partie oblitérée par des bourgeons charnus, et les deux paupières, principalement la supérieure, n'ayant plus une surface sphérique et saillante à recouvrir se sont recoquillées en dedans et s'adossent par leur surface externe. Le malade n'éprouve aucune douleur et rien ne peut encore faire présager une récidive.

Rapprochons maintenant cette observation des théories déjà émises dans la science.

Nous voyons qu'on a admis que la mélanose de l'œil pouvait débuter soit par l'intérieur de l'œil, soit par l'extérieur. Et dans ce dernier cas, on a admis que son point de départ se trouvait au-dessus de la conjonctive ; c'est une opinion contestable peut-être, mais qui ne se rapporte point directement au fait qui nous occupe.

Le début de la mélanose par l'intérieur de l'œil est le plus fréquent, et c'est par la choroïde qu'il paraît avoir lieu ; nous avons vu, en effet, que de toutes les membranes c'était celle-ci qui avait le plus complètement disparu. On a admis aussi que c'était par la cornée que la tumeur se faisait jour le plus souvent ; nous avons vu qu'il pouvait se faire par la sclérotique elle-même, en la distendant d'abord et la détruisant complètement ensuite.

On a dit aussi que la maladie pouvait encore débuter par l'iris, qui peut-être considéré comme une dépendance de la choroïde, et par le cercle ciliaire qui appartient à un tissu différent ; bien que cette dernière origine ne soit pas prouvée, elle n'est point impossible, car la mélanose, pour se développer, n'a pas besoin, selon M. Malgaigne, d'un tissu spongieux sanguin.

La mélanose ne se présente pas toujours à l'état pur, c'est-à-dire avec les caractères qu'ont offerts les tumeurs adhérentes à l'orbite, dont nous avons parlé ; mais quand elle arrive au contact de l'air elle tend à prendre les caractères du fongus hématode, quelquefois même du fongus médullaire, et devient saignante comme la tumeur de l'œil que nous avons décrite.

Dans les cas pareils à celui qu'on vient de lire, lorsque la maladie commence par la choroïde, elle simule dans ses débuts une *ophthalmie simple*, et donne lieu à une première et inévitable erreur de diagnostic.

Bientôt le malade perd la vue ; cependant on n'aperçoit rien au fond de l'œil. La pupille est noire, et rien n'est sensiblement changé ; et une deuxième erreur de diagnostic, celle que n'a pu éviter M. Guersant, est commise : l'on croit à une *amaurose*, et la maladie marche toujours.

Bientôt le cristallin repoussé en avant devient en général opaque, ou s'il reste transparent, comme dans l'observation précédente, la membrane hyaloïde repoussée aussi en avant, altérée, revenue sur elle-même, apparaît dans le champ de la pupille, et l'on peut croire à une *cataracte*.

Et lors même que la tumeur est ouverte, on voit souvent, non loin de la perforation des membranes, une saillie de la sclérotique qui simule exactement un staphylome de cette membrane ; seulement, en incisant la saillie, au lieu de trouver la choroïde comme dans le staphylome, on trouve de la matière mélanique sous la sclérotique amincie.

Enfin, lorsque la tumeur a fait saillie hors de la sclérotique, comme elle se développe dans une cavité à parois immobiles, elle peut repousser l'œil en avant et faire croire à une *exophthalmie*. Avant de s'échapper hors de cet organe, elle peut le distendre et simuler *l'hydrophthalmie* ; et il est encore une dernière erreur de diagnostic possible, et même inévitable lorsqu'on n'a pas assisté aux progrès de la maladie, c'est celle que M. Malgaigne avait commise avant l'opération, en prenant la tumeur mélanique elle-même pour l'œil qui se dérobait sous la paupière inférieure.

C'est certes un étonnant prothée qu'une pareille maladie, et jusqu'à ce que la tumeur soit ouverte, il n'est presque point de moyen d'échapper aux illusions dont elle est une source si multiple.

La marche de la maladie dans le cas que nous avons décrit, offre le terme moyen, et le plus commun. Lawrence a été obligé de pratiquer l'opération à peine un an après l'apparition première de la maladie ; quelquefois la maladie datait de quatre années, lorsque l'opération a été faite.

Lorsque l'opération est différée, on voit en général la surface du fongus bourgeonnée ; et souvent ces bourgeons, après un certain temps de durée, se détacher spontanément pour faire place à d'autres. Rœderer cite des cas dans lesquels on a pratiqué l'ablation de ces bourgeons, et ces cas, comme tous ceux où l'on pratique sur des cancers des opérations incomplètes, ont été suivis de résultats fâcheux.

Il n'y a d'autre moyen curatif que l'extirpation et l'extirpation totale, et l'on a vu par combien de doutes et d'incertitudes il faut passer pour arriver au point où elle est bien indiquée, sans que la maladie ait fait trop de progrès et que l'économie tout entière soit atteinte.

Nous insisterons encore sur une circonstance de l'observation précédente. Nous avons vu que les douleurs frontales ont été continues, lancinantes, et depuis leur début jusqu'à l'opération elles ont plutôt augmenté que diminué : or, cette marche est en contradiction avec ce que l'on admet généralement, que les douleurs s'apaisent lorsque l'œil est perforé et que le fongus s'est fait jour au dehors. Cette opinion paraît à M. Malgaigne, une vue de théorie plutôt que d'observation.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Cas remarquable d'hémorrhagie cérébrale dans le lobule antérieur gauche, avec paralysie des membres du même côté. Considérations générales sur les signes diagnostiques et les altérations anatomiques de l'apoplexie cérébrale.

Il n'y a pas plus de quatre à cinq jours qu'un homme de trente-cinq ans a été transporté à la clinique dans un état de perte complète de connaissance. Cet homme était d'une constitution faible ; c'est-à-dire qu'il était maigre, pâle, décoloré, et était loin de présenter les caractères que l'on assigne improprement à la constitution apoplectique. Nous disons improprement ; car il résulte des relevés faits d'après nos observations recueillies à la Salpêtrière, que les sujets maigres figurent en plus grand nombre parmi les apoplectiques que les sujets replets à poitrine vaste, cou court, figure rouge et lèvres grosses, principaux traits que l'on assigne aux constitutions dites apoplectiques. Cette prétendue constitution ne peut donc pas être considérée comme une prédisposition à l'apoplexie. Nous ne nions pas cependant qu'elle ne puisse prédisposer aux congestions cérébrales ; et, comme il n'y a pas longtemps, on confondait encore ces deux états morbides essentiellement différens, il est possible que la dénomination de constitution apoplectique ait pris sa source dans cette erreur même.

Le sujet est arrivé, avons-nous dit, en perte complète de connaissance ; obstacle de plus pour arriver au diagnostic par suite de l'impossibilité d'interroger le malade, si vous n'adoptiez pas la marche que nous vous avons indiquée pour arriver à la connaissance de toute maladie. Dans le cas qui nous occupe, aucune lumière ne pouvant nous arriver des communications mêmes du malade, le raisonnement combiné à l'application de nos sens pouvait nous éclairer. Une première opération de l'esprit a consisté à nous demander quelles sont les sources qui peuvent déterminer la perte complète de la connaissance ; quelles sont les maladies que l'anéantissement de l'intelligence peut traduire. Or, ces sources sont au nombre de trois, savoir, la respiration, la circulation et l'innervation. C'était donc évidemment dans l'un des trois grands systèmes respiratoire, circulatoire et nerveux, que nous devions trouver la cause qui avait suspendu l'exercice de l'intelligence ; et par voie d'exclusion il était possible d'arriver à préciser lequel de ces systèmes se trouvait actuellement dans des conditions morbides.

D'abord, pour ce qui est de la respiration, nous savons que lorsqu'elle est suspendue, comme dans l'asphyxie, on trouve le plus communément, dans les conditions de toute espèce qui entourent le sujet, des indices qui mettent sur la voie de la véritable cause qui a provoqué l'anéantissement des facultés intellectuelles. Ainsi, le malade a été trouvé dans un égoût, on l'a retiré de l'eau, on trouve du charbon près de lui, ou encore on le trouve suspendu à une espagnolette. D'ailleurs, ici la circulation est aussi arrêtée, le pouls n'existe pas, la surface du corps est cyanosée. Chez notre malade, aucune des premières conditions n'avait existé, et la respiration, ainsi que la circulation, n'étaient pas suspendues. Ces considérations même nous conduisaient déjà à rejeter de même le concours du système circulatoire dans la suppression des actes de l'intelligence, car le pouls n'était pas arrêté, la surface du corps n'offrait pas la pâleur qui caractérise la syncope et la respiration continuait à s'exercer.

Par voie d'exclusion, et en examinant ainsi successivement les grands systèmes de la vie organique, nous arrivions à rechercher la cause de la perte de l'intelligence, dans l'appareil même de l'innervation et à examiner les affections cérébrales.

La question étant ainsi circonscrite, et procédant alors à l'étude des autres phénomènes que le malade présentait, nous trouvions que tout un côté du corps, le côté gauche, était dans une immobilité incomplète ; et de la connaissance bien établie de l'action croisée, dans l'hémorrhagie cérébrale et la paralysie qui en dépend, nous arrivions naturellement à conclure que l'épanchement sanguin devait exister dans l'hémisphère droit du cerveau. A peine faisions-nous nos réserves pour les cas exceptionnels et excessivement rares dans lesquels la paralysie existe du côté correspondant à celui qui est le siége de l'hémorrhagie cérébrale.

La résolution des forces étant complète, et l'intelligence entièrement anéantie, il ressortait du rapprochement de ces deux phénomènes une nouvelle conclusion, savoir : que le siége des altérations cérébrales devait être étendu, et l'hémorrhagie, en d'autres termes, notable, puisqu'il en résultait la compression du côté du cerveau non lésé.

Le malade avait de la fièvre, il présentait un ensemble de phénomènes qui traduisait une réaction inflammatoire. On nous avait dit tout d'abord qu'il était malade depuis cinq ou six semaines, ce qui nous avait fait présumer que c'était le progrès de l'inflammation cérébrale qui avait amené un tel état de choses. Mais bientôt on trouva ce renseignement inexact ; il était bien vrai que le début de la maladie ne datait que de trois ou quatre jours seulement, ce qui venait en confirmation du premier diagnostic porté. La réaction inflammatoire, du reste, est une circonstance commune en pareil cas, et il ne fallait pas autrement s'inquiéter pour en trouver la raison suffisante ailleurs que dans les désordres encéphaliques.

Si nous passons maintenant à quelques considérations sur les caractères anatomiques de l'hémorrhagie cérébrale, nous voyons qu'ils se rattachent principalement aux trois chefs suivans :

1° Les altérations des enveloppes du cerveau ;
2° Les altérations de la pulpe cérébrale ;
3° Les conditions du caillot sanguin.

Nous vous rappellerons, avant de passer outre, que nous distinguons l'apoplexie cérébrale en petite, moyenne et forte, eu égard à l'étendue même des désordres encéphaliques.

L'hémorrhagie que nous nommons moyenne ne fait pas irruption dans les ventricules ; les tégumens du crâne sont quelquefois violacés, ecchymosés ; les os eux-mêmes, ainsi que les enveloppes du cerveau sont plus ou moins injectés. Les circonvolutions sont effacées, aplaties, à bords angulaires ; elles sont sèches et poisseuses.

Dans tous les cas, près du foyer apoplectique la pulpe cérébrale est ramollie : ce ramollissement est ordinairement très notable, et quelquefois la pulpe est réduite en bouillie ; de plus, dans l'hémorrhagie récente cette dernière est violacée ; puis, à mesure que l'on s'éloigne du foyer, cette coloration devient jaune différemment nuancée, jusqu'à ce que la pulpe reprenne sa couleur *naturelle*.

Plus tard les parois du foyer prennent de la consistance, elles s'organisent de manière à donner naissance à une fausse membrane (kyste), ou bien une véritable cicatrice se forme.

Pour ce qui est du sang, il offre tout d'abord l'apparence de la gelée de groseille et prend peu à peu de la consistance. Ensuite il devient jaune-brun, puis jeune d'ocre. En même temps, par une sage prévision de la nature, la fausse membrane du foyer sécrète un liquide qui favorise la dilatation du caillot et facilite ainsi sa résorption.

Nous devons la connaissance de la plupart des faits que je viens d'exposer à des travaux modernes, notamment à Bayle, Riobé et Rochoux. Nous devons dire cependant que Morgagni, qui avait tant avancé la science sur le sujet qui nous occupe, avait particulièrement décrit de véritables kystes apoplectiques, ce qui cependant avait passé inaperçu

Quelquefois, avons-nous dit, l'hémorrhagie est très étendue, et peut détruire un hémisphère tout entier. La pulpe est alors broyée ou bien l'on n'en trouve que quelques lambeaux ; les parois des ventricules ont été franchies ; le sang a fait irruption dans leur cavité ; le *septum lucidum* est déchiré. Dans ces cas la mort arrive avec une grande promptitude, mais jamais elle n'est subite ; c'est une erreur de croire que l'apoplexie peut tuer immédiatement, à moins toutefois qu'elle ne coupe le bulbe rachidien ; alors l'apoplexie est foudroyante, la mort instantanée ; mais ces cas sont excessivement rares. Tel *fut* cependant celui d'une femme qui mourut subitement à nos côtés et qui, à l'autopsie, nous présenta une hémorrhagie du buble rachidien. A part ces cas rares, la vie se prolonge toujours au mois pendant quelques heures, et il n'y a guère que les maladies du cœur qui soient capables d'entraîner une mort instantanée.

Du reste, l'étendue de l'hémorrhagie peut ne présenter que le volume d'un grain de chenevis. Entre les désordres très étendus que nous avons signalés d'abord et l'extrême petitesse à laquelle nous faisons allusion actuellement, il existe une foule de gradations qu'au défaut de nos paroles votre esprit saura se représenter.

Quand les désordres sont aussi peu notables que nous venons de le dire, de même les phénomènes de la maladie sont peu marqués. Ils se bornent quelquefois à un léger vertige ou à un engourdissement passager d'un membre. Ce ernier phénomène, nous l'avions noté huit fois chez notre maître Pinel. Ce médecin célèbre mourut d'une pneumonie, à quatre-vingt-cinq ans, et à l'autopsie nous trouvâmes dans le cerveau huit petits kystes, témoins irréfragables des légères attaques d'apoplexie qui s'étaient succédées et que nous avions marquées. Chez certains sujets, j'ai compté de ces petits kystes apoplectiques jusqu'à quarante. Les corps cannelés sont le siége le plus fréquent de l'hémorrhagie cérébrale. Les corps striés, en effet, fourn

nissent à eux seuls un plus grand nombre d'apoplexies que toutes les autres parties de l'encéphale réunies. Ce fait avait déjà été noté par Morgagni. Du reste, il n'est pas une seule partie du cerveau qui ne puisse devenir le siége de l'hémorrhagie : nous en avons rencontré partout.

Nous nous arrêterons aujourd'hui à ces quelques généralités, nous proposant de reprendre prochainement ce même sujet avec plus de détail.

Procédons maintenant à l'examen du cerveau de notre malade, qui a succombé dans la journé d'hier.

Examen de l'encéphale. On trouve tout d'abord sous la dure-mère et dans une grande étendue correspondante à l'hémisphère gauche, une quantité considérable de sang coagulé. D'où ce sang est-il parti pour s'accumuler ensuite sur ce point? C'est ce qu'il est impossible de constater tout d'abord. Bien persuadé que le foyer apoplectique existe à droite, puisque la paralysie occupe le côté gauche, M. Rostan pense qu'il ne serait pas impossible que cette collection sanguine, qui est probablement une dépendance de l'hémorrhagie qui doit avoir eu lieu dans l'épaisseur de la pulpe cérébrale, se fût frayé une voie par la base du crâne, puisque la surface supérieure ne présente aucune trace de déchirure. D'ailleurs, ce qui paraît confirmer que l'hémorrhagie s'est effectuée dans l'hémisphère droit, c'est que de ce même côté les circonvolutions sont affaissées, tandis qu'elles ne le sont pas à gauche. En outre, l'injection cérébrale est plus prononcée à droite. Cependant, en poussant plus loin l'examen de l'hémisphère droit, on ne rencontre pas de foyer apoplectique. En procédant à l'examen de l'hémisphère gauche, avec le premier coup de scalpel on tombe sur le foyer apoplectique qui occupe le lobule antérieur : l'arachnoïde et la pie-mère sont déchirés, et le sang a fait irruption dans la cavité de la dure-mère ; de là l'épanchement sanguin signalé tout d'abord.

Le ramollissement de la pulpe cérébrale avoisinant le caillot apoplectique est peu prononcé. Le foyer n'a guère que la capacité d'une grosse noix.

M. Rostan pense que le malade serait guéri, vu le peu d'étendue des désordres apoplectiques proprement dit, si le sang n'avait pas fait irruption dans les meninges, d'où est résultée l'inflammation, dont l'existence a été annoncée pendant la vie. Le professeur termine en rappelant à son auditoire qu'il s'agit ici d'un cas exceptionnel très rare, et engage les élèves à l'apprécier et à le classer comme tel dans leur esprit. En lui donnant plus de valeur qu'il n'en possède, on arriverait à des conclusions erronnées et en opposition avec ce qui s'observe dans la presque totalité des cas.

Constatation successive du diagnostic local d'une métro-péritonite, d'une péricardite, d'une pleurésie avec épanchement et d'une phthisie pulmonaire, donnant la raison suffisante de la persistance des phénomènes généraux au déclin de chacune des trois premières affections. Examen nécropsique.

La malade qui était couchée au n° 4 de la salle Saint-Antoine, entrée à la clinique pour une métro-péritonite puerpérale, a succombé, et nous avons aujourd'hui à présenter les pièces anatomiques et signaler les altérations qui ont été constatées.

Nous rappellerons que cette femme présentait en entrant les signes d'une métro-péritonite assez bien caractérisée pour qu'il ne fût point permis de conserver aucun doute sur l'existence de la maladie. Le traitement fut dirigé en conséquence, et bientôt les antiphlogistiques et les révulsifs amenèrent la résolution de la double phlogose utérine et péritonéale.

Cependant, nonobstant la rémission de symptômes locaux, l'état général conservait le même caractère, et cette circonstance ne manque pas d'attirer notre attention, quoique l'expérience nous ait averti que dans les affections aiguës la diminution ou la cessation simultanée des phénomènes généraux et locaux n'ait pas toujours lieu, et que de nombreuses anomalies se rencontrent à cet égard.

Toutefois, un nouvel examen ne nous apprit rien tout d'abord, et ce ne fut qu'après trois ou quatre jours seulement que nous constatâmes au cœur un bruit de souffle et de la matité à la région cardiaque. Nous diagnostiquâmes une péritonite, et l'autopsie ne nous a pas démenti. Vous voyez, en effet, que le péricarde, dont la cavité renfermait un peu de liquide, est opaque et présente des traces évidentes d'injection sanguine. Les antiphlogistiques furent de nouveau employés avec la mesure indiquée par l'état des forces de la malade : la matité et le bruit de souffle ne tardèrent pas à disparaître.

Malgré la cessation des accidens cardiaques, et quoique nous fussions en droit d'espérer que tout serait fini avec la cessation de cette nouvelle maladie, les accidens généraux persistaient toujours ; ce ne fut qu'au bout de deux ou trois jours que de nouvelles recherches nous démontrèrent l'existence d'une pleurésie avec épanchement. L'autopsie nous a encore démontré que nous ne nous étions pas trompé sur ce point. Vous voyez, en effet, les deux feuillets de la plèvre du côté malade revêtus de fausses membranes qui commençaient même à s'organiser.

La résorption de l'épanchement pleurétique s'opéra, et pourtant l'état général persistait, quoique les signes stéthoscopiques eussent entièrement cessé. C'est alors que nous soupçonnâmes l'existence de tubercules dans le poumon, qui ne tarde pas à être mise hors de doute par la pectoriloquie et le gargouillement. Vous voyez, en effet, au sommet du poumon, des excavations, sans doute tuberculeuses, car le même poumon présente sous d'autres points la tuberculisation à un degré moins avancé.

Ce fait renferme de nombreux enseignemens, et démontre principalement toute l'importance du diagnostic local. Vous avez vu avec quelle précision nous avons pu suivre la succession de la métro-péritonite, de la péricardite, de la pleurésie, et enfin de la phthisie pulmonaire, et combattre toutes ces affections par les moyens qui leur sont applicables. La malade n'en a pas moins succombé, direz-vous, quoique nous ayons reconnu et combattu avantageusement les trois premières affections. Sans doute ; mais cela démontre tout au plus l'insuffisance de la médecine contre certaines maladies. Il ne reste pas moins prouvé que le diagnostic local a été pour nous un puissant guide, qui a dirigé le traitement. Malheureusement celui-ci ne réussit pas toujours. K...

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

Coqueluche (suite).

Recherchons la cause des convulsions chez les enfans atteints de coqueluche : quelle est-elle ? On pourrait jusqu'à un certain point l'expliquer par la congestion sanguine du cerveau, et voici comment : dans l'acte de la toux, on voit souvent survenir un gonflement considérable de la face ; le nez, les yeux, les conjonctives sont souvent gorgées de sang. S'il se fait vers la face une congestion aussi active, il ne peut point ne pas y en avoir une semblable dans les les vaisseaux qui se rendent au cerveau ; dans ce cas, de toute nécessité il doit survenir une congestion cérébrale ; et en effet, celle-ci se manifeste par l'hébétude et l'assoupissement qui succèdent à la toux, et qui sont assez semblables à l'hébétude et à l'assoupissement qui succèdent à l'épilepsie. Eh bien, l'on peut comprendre qu'un enfant qui pendant la journée a soixante quintes de toux très violentes, et qui est exposé par cela même à de fréquentes congestions vers l'encéphale, soit pris d'éclampsie dont la congestion sera la cause occasionnelle.

Nous disons que la congestion est la cause occasionnelle de l'éclampsie, et que celle-ci n'est point un symptôme de la congestion, parce qu'on la voit survenir chez des enfans placés dans des conditions tout à fait opposées, comme l'acte décongestif répété. Ainsi l'éclampsie peut survenir soit à la suite de congestion cérébrale, soit dans le cas où le sang arrive en moins grande quantité vers le cerveau. Il faut donc conclure que dans ces deux circonstances, le cerveau se trouve jeté dans un état spécial en vertu duquel les convulsions apparaissent.

Chez les enfans morts à la suite d'une attaque d'éclampsie, on trouve quelquefois une congestion sanguine ou séreuse de l'encéphale ; d'autres fois, il n'y a nulle trace de cette lésion pathologique.

Chez l'enfant dont nous venons de parler, nous avons constaté ce fait que l'éclampsie chez lui est survenue à la suite d'une congestion cérébrale.

Il y a deux sortes de convulsions, que l'on distingue moins par la forme que par l'époque à laquelle elles se montrent, savoir : les convulsions initiales et les convulsions terminales.

Les convulsions initiales, quant à leurs formes, sont les mêmes, soit qu'on les observe dans l'éclampsie des nouveau-nés, d'enfans plus avancés en âge, ou de femmes en couches, et dans l'épilepsie.

Elles se manifestent par la perte subite de connaissance, par des convulsions coïncidant avec la pâleur du visage, et prédominant d'un côté ; la respiration est difficile, les secousses sont rapides ; puis vient une expiration profonde, et le carus. Aussi arrive-t-il à plus d'un médecin de se tromper en arrivant près d'une femme en couche prise d'éclampsie, s'il a pu observer des personnes atteintes d'épilepsie, tant la ressemblance entre ces deux maladies est grande, quant à la forme, si la cause est différente.

Parlons maintenant des espèces. Au début d'une variole, une fois sur quatre, l'on observe, le premier et le deuxième jour, des attaques d'éclampsie. La même chose s'observe constamment dans la rougeole ; c'est plus rare dans la scarlatine.

L'éclampsie se montre aussi quelquefois au début d'un catarrhe d'une pneumonie, dans une indigestion, etc. Il est même des enfans qui ne peuvent être atteints d'affections inflammatoires sans que celles-ci soient précédées de convulsions. Nous connaissons à Saint-Germain une famille dont tous les enfans étaient pris d'attaque d'éclampsie à la plus légère affection phlegmasique.

L'éclampsie initiale n'annonce jamais une maladie grave ; et Sidenham déclare qu'au début d'une variole, c'était pour lui le signe d'un pronostic favorable. Nous voyons ici trop peu de varioleux pour nous prononcer sur cette question ; mais en ville, dans notre clientelle, c'est une chose que nous avons plusieurs fois constatée. Stall n'a pas à ce sujet la même manière de voir de Sydenham.

Maintenant quelle est la marche des convulsions initiales? Au commencement, l'enfant est pris de frissons auxquels succède bientôt l'éclampsie. Lorsque l'enfant sommeille, si l'on vient à ouvrir une porte trop brusquement et avec bruit, ou bien si une lumière trop vive, soit solaire, soit artificielle, vient à frapper ses yeux, d'éclampsie aussitôt l'attaque reparaît. Il y a deux, trois, quatre attaques dans la journée, puis tout est terminé.

Lorsque l'éclampsie chez les enfans se montre à des intervalles très rapprochés, toutes les demi-heures, par exemple, c'est alors chose plus sérieuse, car la congestion vers la tête amène de la stupeur, et l'éclampsie dans ce cas peut avoir les suites les plus funestes.

Mais pourquoi les convulsions initiales sont-elles considérées par quelques médecins comme graves? C'est que l'éclampsie était pour ceux-ci un accident très redouté, la médication qu'ils suivent diffère beaucoup de celle que suivaient les anciens. Ils ouvrent la veine, appliquent d'énormes quantités de sangues, versent sur les jambes, comme moyens de révulsion, de l'eau bouillante, déterminent ainsi des blessures horribles ; de sorte que si l'enfant survivait à l'éclampsie, il mourait des suites de la cautérisation. L'on fait une médication active, et l'on est étonné quand l'enfant guérit de ses attaques d'éclampsie, malgré les saignées abondantes et les nombreuses sangsues ; et s'il survient alors une rougeole, que l'éruption ne sorte pas, qu'il prenne une phlegmasie des poumons, de la plèvre, et qu'il meure après huit ou dix jours, alors on dit : Vous voyez bien que l'éclampsie initiale est chose plus sérieuse que ne l'a dit Sydenham ! — Dites donc que c'est la médication qui a causé la mort ; que sans elle l'éruption aurait suivi sa marche accoutumée, et que l'enfant serait guéri.

Que faut-il faire contre cette maladie? L'éclampsie comme l'épilepsie se passe seule sans aucune espèce de traitement ; et des femmes du peuple viennent souvent vous dire : Mon enfant a eu une ou plusieurs fois des convulsions ; seulement la stupeur qui succède à l'éclampsie est moins grande que celle qui suit l'épilepsie. Cependant que faire, car il faut faire quelque chose ?

Recourir à la ligature des membres, aux bains tempérés seuls ou avec affusion d'eau à 10°.

Voyons d'abord la ligature des membres : par ce moyen on peut distraire de la circulation une quantité considérable de sang ; pour la pratiquer un mouchoir mouillé suffit ; si l'on veut la maintenir plus long-temps, on se sert d'une bandelette de diachylon qui fera plusieurs fois le tour du membre ; et sous l'influence de cette ligature les veines superficielles se gonflent, le membre devient bleuâtre et se tuméfie. Cette tuméfaction est facile à apprécier à l'aide d'une bandelette de diachylon dont les bouts qui s'affrontaient à l'instant de l'application de la ligature ne tarderont pas à s'écarter l'un de l'autre. Eh bien, quand vous aurez fait une ligature de la sorte, si vous voulez cuber la quantité de sang distrait de la circulation, vous verrez qu'elle est énorme ; et, comme avec les ventouses de révulsion, pourra s'élever à un, deux et même trois litres ; puis quand la congestion cérébrale sera passée, vous enleverez la ligature peu à peu. Voilà un moyen de la plus grande simplicité, et qui pourra avoir les plus heureux effets.

Le bain, pour être utile, doit être frais à 25 ou 26 degrés Réaumur. Pendant que le petit malade sera dans le bain, on lui fera des affusions d'eau froide à 10 degrés, ou bien on lui appliquera sur la tête une éponge imprégnée d'eau à cette température. Mais si l'éclampsie se montre au début d'une pneumonie, gardez-vous de recourir à ce moyen ; car au lieu d'une pneumonie simple qu'a votre malade, vous lui en donneriez une double, et vous aggraveriez ainsi sa position.

Les sinapismes, les cataplasmes chauds aux pieds sont encore conseillés.

On a aussi mis en usage la flagellation du visage avec un mouchoir impreigné d'eau froide. Cependant gardez-vous des applications de glace ou d'eau froide sur la peau, car souvent par ce moyen vous empêchez la congestion cutanée de se faire, et vous avez des phlegmasies de l'encéphale, du poumon, qui mettent en danger la vie du malade.

Note sur la fissure à l'anus; par le Dr Brachet, de Lyon.

Lorsqu'un moyen nouveau surgit, on s'en empare avec avidité, on le tourne et le retourne en quelque sorte dans tous les sens, et l'on trouve à peu près toujours de fort bonnes raisons pour en faire l'application d'abord à un cas, puis à un autre, et enfin à tous les cas, de manière à le convertir en une véritable panacée. C'est ce que nous voyons aujourd'hui pour la section des tendons et des muscles. Le torticolis et le pied-bot ont commencé par en éprouver les bienfaits. Bientôt toutes les rétractions musculaires les ont partagés. Le strabisme, le bégaiement et même des douleurs musculaires ont eu leur tour, et comptent de nombreux succès. L'extension qu'a prise cette opération, est une sorte de fureur ou de mode. Il y aura, sans doute, bien des déceptions ; mais la science et la chirurgie y auront gagné quelque chose d'utile, et un puissant moyen de guérison dans bien des cas.

J'assistai, il y a dix jours, le docteur Gensoul dans une opération de fissure à l'anus. La souffrance qu'occasionna la section d'une plaie déjà si douloureuse, et les douleurs atroces qui se firent sentir pendant vingt-quatre heures, me suggérèrent la pensée de faire à cette opération l'application du principe de la section des tendons et des muscles. La section du sphyncter violemment contracté et à cause de l'opiniâtreté de la maladie, s'est présentée naturellement, et Boyer l'a consacrée par sa longue expérience. Puisque la douleur de cette opération et de la plaie tient à ce qu'elle est pratiquée dans le fond même de la fissure, me suis-je dit, ne pourrait-on pas, pour éviter cet inconvénient, faire, comme pour le tendon d'Achille, une section profonde et sous-cutanée qui n'intéresserait ni la fissure, ni les membranes dont le sphyncter est revêtu ? Et la plaie, ainsi à l'abri du contact de l'air et de tout autre corps étranger, ne serait-elle pas plus tôt guérie? L'occasion de mettre ce projet à exécution n'a pas tardé à se présenter, et hier j'ai pratiqué l'opération.

M. C... portait depuis long-temps une fissure qu'il prenait pour des hémorrhoïdes. Je lui parlai de l'opération et de sa simplicité, et il s'y décida.

La fissure était en arrière et à droite. Je pris un bistouri à lame très étroite et dont le dos était légèrement courbé à la pointe. Le malade étant placé dans la position convenable, je plaçai l'index de la main gauche dans le rectum. Je plongeai l'instrument dans la marge de l'anus en arrière et du côté gauche, le dos tourné vers le rectum, par conséquent vers mon doigt, qui lui servit de conducteur pendant que je le poussai sous la membrane muqueuse, jusqu'à environ quatre centimètres de hauteur. Je fis la section du sphyncter sans entamer la membrane muqueuse. Cette opération fut peu douloureuse; il s'écoula peu de sang, et aujourd'hui, deuxième jour, un lavement a fait rendre une selle presque sans souffrir. Tout nous promet une prompte guérison.

Cependant il faut attendre le résultat: il faut surtout multiplier les faits pour asseoir son jugement. Aussi je ne me hâte de faire connaître celui-ci, que parce que la maladie est assez rare, et pour engager les praticiens à examiner jusqu'à quel point ce mode opératoire peut mériter la confiance. Le raisonnement et ce qui se passe dans les cas analogues, me semblent parler en sa faveur. Nous savons, en effet, qu'une plaie qui n'a pas de contact avec l'air extérieur est toujours bien plus rapidement guérie, et la section sous-cutanée des tendons et des muscles en fournit des exemples trop multipliés pour qu'il soit besoin d'y insister. Malgré cela, je le répète, il faut que l'expérience vienne en sanctionner les résultats; il faut surtout prouver que cette section est moins douloureuse et plus promptement guérie que celle qui se fait dans le fond de la fissure. (Lyon, le 3 avril 1841.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Je viens de lire dans le dernier numéro de votre estimable Journal (jeudi 29 avril), une observation communiquée par M. Fallot, médecin à Namur, relativement à l'inoculation du pus des ulcères syphilitiques.

Comme le fait que notre confrère est venu ajouter à ceux que la science possède, et dont M. Ricord a montré la concordance parfaite avec ses observations cliniques, pourrait être mal interprété, nous croyons devoir le réduire à sa juste valeur. Il n'est pas nécessaire de rappeler dans leurs détails les lois auxquelles est soumise l'inoculation de pus contenant le virus syphilitique, produit exclusif de l'ulcère primitif; elles sont désormais acquises à la science, et ne sauraient être contestées que par la mauvaise foi: aussi nous rendons justice à la prudence de notre confrère, qui se borne à raconter un fait accidentel, dont il aurait sans doute déjà trouvé l'explication si ses recherches eussent été dirigées par les enseignemens que nous avons puisés dans l'étude des diverses manières dont l'inoculation syphilitique est possible.

Quelques mots suffiront à cet égard: ou bien il s'agit d'une plaie inoculée par le pus virulent, ou bien d'une fausse inoculation.

Dans le premier cas, nous ne croyons pas devoir accumuler ici les observations nombreuses citées par les auteurs, ou recueillies dans l'hôpital des Vénériens, comme résultant de l'inoculation, plus ou moins indirectes. Ne suffit-il pas de connaître la facilité avec laquelle on peut déterminer la production du chancre à l'aide du pus virulent conservé pendant plusieurs jours dans des tubes ouverts (*voir* le Traité de l'inoculation par M. Ricord), et les inoculations de plaies par leur contact avec des instrumens, du linge, de la charpie, souillés par quelques parcelles de la matière contagieuse, pour se rendre compte des faits improprement nommés exceptionnels, car ils ne résultent que d'un accident dont on est étonné de ne pas trouver de plus nombreux exemples, quand on songe à la facilité avec laquelle le pus contenant le virus peut s'attacher aux objets dont un malade a pu se servir, à ses doigts, à ses vêtemens, aux organes génitaux même, sur lesquels il n'aura pas agi faute des conditions nécessaires, et d'où pourtant il peut être repris pour aller inoculer ailleurs.

N'avons-nous pas vu dans les salles de l'hôpital des vénériens un malade que M. Ricord a montré bien souvent aux nombreux élèves qui suivent sa clinique, et chez lequel un ulcère primitif disparut le lendemain même du jour où il avait pu fournir du pus qui donna lieu à des ulcères dont la persistance nécessita tous les soins du traitement régulier des ulcères primitifs.

Nous n'ajouterons pas d'autres considérations; elles suffiront sans doute à l'égard de notre première proposition pour éclairer la bonne foi de notre confrère.

Pour ce qui est relatif aux fausses inoculations, l'observateur n'a pas eu l'occasion de se convaincre de la difficulté qu'il y a de bien reconnaître l'ulcère primitif de la syphilis, par l'examen seul de sa forme, de sa marche, du traitement auquel il cède. Enfin, M. Ricord n'a-t-il pas signalé combien on pouvait être induit en erreur par les fausses pustules qui se produisent dans certaines conditions du tissu cutané ou des idiosyncrasies.

Nous rapporterons à cette occasion un fait dernièrement observé sur le chef des surveillans du service de M. Ricord, chez lequel une saignée ayant été pratiquée par un des élèves chargés du pansement, la plaie résultant de la piqûre de la lancette s'enflamma, s'ulcéra et offrit un aspect tellement semblable à celui des ulcères primitifs de la syphilis, que M. Cullerier crut devoir engager M. Ricord à recourir au témoignage de l'inoculation et que M. Puche ne craignit pas d'affirmer que la plaie possédait tous les caractères apparens de la syphilis primitive. Deux piqûres furent faites avec le pus de la plaie, et deux pustules furent produites; mais bientôt une d'elles se sécha sans produire d'ulcération, et l'autre, dont la marche avait inspiré un instant quelques doutes, devint seulement la cause excitante de la production d'un véritable furoncle dont le bourbillon se détacha dans le temps voulu, et qui fut bientôt cicatrisé à l'aide de quelques pansemens au cérat. Certes, à cette occasion il ne vient nullement à la pensée des chirurgiens de l'hôpital d'accuser de l'accident l'affection antérieure que le surveillant aurait pu avoir, et dont il ne portait pas de trace. Ce malade, du reste, n'a jamais été atteint de syphilis; mais seulement, jusqu'à la terminaison probative de sa maladie, on tint en suspicion la lancette, les linges dont il s'était servi, les attouchemens auxquels il avait pu s'exposer.

Ces quelques considérations générales suffisent pour montrer comment avec les meilleures intentions on pourrait être trompé, si l'on n'avait recours, en certains cas, à la critique sévère que peut seule permettre une expérimentation journalière de la spécialité. En effet, si aux causes d'inoculation vraie ou fausse que nous avons énumérées, on ajoute dans l'observation rapportée par M. Fallot, qu'il s'agit d'un homme qui, soit par sa qualité de voleur, soit par celle de forçat, se trouvait en contact avec une classe d'individus fort peu soigneux de leur propreté, et dont les mœurs fournissent assez généralement des occasions de souillures suspectes, on trouvera qu'il faut louer, ainsi que nous l'avons dit, la prudence de notre confrère, qui se contente de raconter les faits ainsi qu'il les a observés, préoccupé toutefois de la pensée que la maladie antérieure pouvait être cause de l'état actuel, mais qui n'a pas cru être autorisé à en tirer quelque conclusion contre les expériences de M. Ricord, qui a prouvé d'une manière irréfragable que, quelle que fût l'influence de la syphilis secondaire sur une plaie, elle ne pouvait dans aucun cas fournir du pus donnant naissance par l'inoculation au chancre ou ulcère primitif de la syphilis.

Agréez, etc. J.-J.-L. RATTIER.

— Par ordonnance du 28 avril, M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Dans le dernier compte rendu de la séance de la Société médicale d'Emulation, il s'est glissé l'omission d'un mot important sur la conclusion du rapport relatif à M. Leroy-d'Etiolles. Au lieu de: « L'admission a été adoptée, » lisez: « L'admission à *la candidature*, etc. »

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec un bien vif intérêt tout ce que vous rapportez dans votre journal, du 26 de ce mois, sur les avantages obtenus par l'application de mes appareils hémostatiques (ou ventouses de révulsion).

Je remercie également M. le professeur Trousseau, non seulement de les avoir employés, mais aussi d'avoir franchement et hautement exprimé son opinion sur ce moyen curatif. Vous devez sentir, mon cher confrère, combien il m'importe que l'application de ces appareils soit connue et jugée par des médecins éclairés, puisque c'est par mes travaux et mes recherches, travaux constatés il y a six ans par l'Académie des sciences et par un prix Monthyon que m'a décerné cette illustre société, que cette méthode curative est employée. Croyez pourtant que je rappelle moins ces circonstances pour m'en faire honneur que pour appeler l'attention des praticiens sur ce moyen de guérison. Depuis plusieurs années, je m'occupe dans mon établissement et dans ma pratique particulière, à réunir une masse d'observations qui prouveront toute l'efficacité des appareils que j'ai introduits dans la pratique et que je tâche de perfectionner de plus en plus. Je viens de lire à l'Académie de médecine un mémoire sur cet important sujet. J'espère bientôt donner plus d'extension à ce travail et démontrer que la méthode révulsive, établie sur une grande échelle, est un des plus énergiques moyens que l'art puisse employer et sur lequel il doit le plus compter. Les médecins des hôpitaux m'adressent journellement des malades, c'est pour ce motif que je viens de transporter mon établissement dans un endroit plus vaste et plus central où l'on peut également voir fonctionner mes appareils à air comprimé, de midi à cinq heures, rue de Méhul-Ventadour, n° 1.

Agréez, etc., JUNOD, D.-M.-P.

Paris, le 31 avril 1841.

M. Philipps vient de publier une nouvelle brochure intitulée: *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 6 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 56, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Du cathétérisme dans les cas d'hypertrophie de la prostate.

Les désordres qu'entraîne souvent l'introduction de la sonde par les procédés en usage, dans les cas où l'urètre et le col vésical sont déviés, déformés par un état morbide de la prostate et du col de la vessie, me conduisent à faire connaître un des procédés à l'aide desquels on parvient à surmonter les obstacles et à écarter les accidens. Quelques remarques sur les sondes seront utilement placées ici.

On parle beaucoup de sondes à grande et petite courbure, à courbure faible et prononcée, mais on ne s'entend pas sur la valeur réelle des mots. Il importe pourtant d'être fixé à cet égard, surtout dans la circonstance présente, où quelques degrés d'incurvation de plus ou de moins peuvent avoir beaucoup d'influence. Il ne sera donc pas inutile de faire, pour la sonde à mettre en usage dans les cas de tuméfaction de la prostate, ce que j'ai fait pour la sonde à dard, c'est-à-dire de déterminer rigoureusement la courbure dont l'expérience m'a confirmé les avantages. Rien de plus facile. L'instrument se compose de deux parties, l'une droite et l'autre courbe. La première a une étendue de vingt-deux à vingt-quatre centimètres. Pour trouver la longueur et le degré de la courbure qui vient après, il suffit de tracer sur le papier un cercle de soixante-dix-huit millimètres de diamètre, aux deux neuvièmes (cinquante-quatre millimètres) de la circonférence duquel la partie concave de la sonde doit s'adapter exactement. Mais comme la courbure ne finit pas d'une manière brusque, il reste, entre le point où elle commence à s'éloigner du cercle et la partie entièrement droite de l'instrument, quelques millimètres d'une légère incurvation. De même l'extrémité oculaire étant arrondie, la courbure de la sonde s'y écarte du tracé dans l'étendue de deux à trois millimètres.

Cetre mesure est plus sûre et plus facile à comprendre que les angles et les tangentes auxquels ont eu recours quelques modernes; elle fournit à chacun le moyen de faire donner à la sonde la courbure convenue.

Plusieurs chirurgiens ont pris pour modèle la courbure du lithoclaste dont on se sert pour l'écrasement de la pierre. Mais le mode et le degré d'incurvation de cet instrument diffèrent beaucoup de ceux des sondes ordinaires. La courbure y commence brusquement et diminue ensuite d'une manière notable. Ce sont deux parties, l'une droite, l'autre presque droite, réunies par un angle arrondi. Il est probable qu'on s'est trompé, et qu'on avait voulu parler de l'instrument articulé de M. Jacobson, qui présente, en effet, une courbure à peu près régulière.

Une fois fixé sur le degré de courbure de la sonde, qui est ici le point important, il devient facile de s'entendre au sujet d'autres dispositions dont l'expérience a également constaté l'utilité.

Le volume est de cinq millimètres de diamètre, l'extrémité oculaire très lisse et arrondie, la longueur totale de trente-trois centimètres. On a proposé de remplacer les anneaux par une plaque. Les avantages attribués à cette substitution ne me paraissant pas démontrés, j'ai conservé les anneaux dans mes sondes.

Les yeux des sondes, quand on introduit l'instrument, et surtout qu'on le retire, fatiguent parfois la partie tuméfiée de la prostote; on dirait que la substance de la glande malade s'y engage lorsqu'ils sont demeurés quelque temps en contact avec elle. Cette particularité, déjà signalée par Home, s'est présentée plus d'une fois dans ma pratique, et je n'ai pu douter de l'exactitude du fait, puisque les douleurs que les malades éprouvaient au moment de retirer la sonde, la sensation d'arrachement dont plusieurs se plaignaient, et la résistance que la main tenant l'instrument appréciait nettement, rien de tout cela n'existait quand, au lieu d'une sonde, je me servais d'un instrument sans yeux. C'est une épreuve que j'ai répétée souvent. Il faut donc employer des sondes dont les yeux soient très petits, placés à peu de distance l'un de l'autre, de forme légèrement ovale, à bords effacés, usés de dehors en dedans. Au moyen de ces dispositions et d'une bougie molle préalablement passée dans la sonde, dont elle remplit la cavité, on se met à l'abri de tout inconvénient. J'ai eu recours aussi à des sondes sans yeux, à l'extrémité arrondie desquelles était pratiquée une ouverture bouchée par un mandrin métallique; mais celui-ci est quelquefois difficile à retirer, on imprime à la sonde des secousses douloureuses pour le malade. Quelques personnes veulent que les sondes n'aient qu'un œil, et qu'il soit placé du côté de la courbure; c'est une disposition dont on a peut-être exagéré les avantages, mais à laquelle aucun inconvénient ne saurait être attribué.

Pendant vingt années, Home s'est attaché à perfectionner les sondes flexibles destinées à vider la vessie dans les cas d'engorgement prostatique. Mais, telle est la difficulté de faire changer ce que la routine a consacré, qu'on n'est parvenu que dans ces derniers temps à construire des instrumens tels que les recommandait le chirurgien anglais, et qui méritent effectivement la préférence, surtout lorsqu'ils doivent être confiés à des mains inhabiles ou inexercées. Je veux parler des sondes flexibles, courbes, sans mandrin, qu'on désigne sous le nom de *sondes à courbure fixe*. On a eu beaucoup de peine à faire disparaître les inégalités, les bosselures des premières qui furent construites, et la difficulté persista jusqu'au moment où l'idée vint de tisser le canevas sur des mandrins courbes. Aujourd'hui on fabrique, en France principalement, des sondes courbes aussi souples et aussi lisses que celles qui sont droites. Je dis qu'elles doivent être faites avec des canevas courbes; car celles qu'on se borne à courber en les chauffant sur des mandrins appropriés ne conservent pas suffisamment leur courbure. J'ajouterai qu'elles exigent souvent l'emploi du mandrin pour les introduire.

Une fois en possession d'instrumens bien faits et remplissant toutes les conditions exigées, il faut procéder à leur introduction. La marche à suivre varie d'après une foule de circonstances, et d'abord suivant qu'on se sert d'une sonde en gomme élastique ou d'une algalie. Commençons par les sondes flexibles; les cas qui en réclament l'emploi sont les moins difficiles.

Lorsqu'il s'agit de vider la vessie dans le cas de rétention d'urine produite par un engorgement de la prostate, on prend une grosse sonde de gomme élastique, et de préférence une de celles qui sont courbées sans mandrin, dont l'extrémité, de même diamètre que le reste, soit lisse et arrondie. On l'introduit avec lenteur, par le procédé dont j'ai donné la description, et dès qu'elle est parvenue à la partie prostatique de l'urètre, on appuie dessus, en poussant légèrement, mais sans imprimer à l'extrémité libre une direction plutôt qu'une autre, à moins que les explorations préalables n'aient fait connaître exactement la déviation occasionnée par l'état morbide. Il ne faut pas oublier qu'ici c'est principalement le canal qui dirige l'instrument, et que la main du chirurgien a une influence très bornée. Si la sonde ne pénètre pas, on la retire, et l'on y adapte un mandrin, auquel on donne la courbure que j'ai indiquée. Toutefois, on ne perdra pas de vue que ces sortes de sondes à courbure courte et forte franchissent l'arcade pubienne, et même parcourent la partie mobile de l'urètre avec moins de facilité que les autres, quand on ne les tient pas de manière que la partie la plus voisine de l'extrémité oculaire soit dans la direction du canal. Mais, une fois arrivé à la partie prostatique de celui-ci, l'instrument pénètre presque toujours sans difficulté jusqu'au point dévié. Si l'urètre est déjeté en haut, ce qui est le plus commun, on abaisse la main qui tient la sonde: l'extrémité de cette dernière s'élève, et passe alors au-dessus de la tumeur prostatique. Si l'urètre a été dévié vers l'un ou l'autre côté, on dirige le bout de la sonde du côté correspondant. Si la tumeur se trouve située plus en arrière, on n'élève l'extrémité de l'instrument que quand on éprouve une légère résistance dans un point qui n'a pas coutume d'en offrir. Mais ce cas rentre plus particulièrement dans la catégorie des barrières et des fongus, dont je ne dois pas m'occuper ici.

L'excès de longueur que les tuméfactions de la prostate procurent à l'urètre, et l'habitude qu'on a de continuer les tractions sur la verge jusqu'à ce que la sonde soit parvenue dans la vessie, font que beaucoup de praticiens, en se servant de sondes flexibles, croient l'instrument arrivé dans la poche urinaire tandis qu'il se trouve encore dans la partie prostatique du canal, d'où ils concluent, ne voyant pas couler l'urine, que des caillots de sang ou de mucus épaissi obstruent les yeux et occupent l'espace compris entre les parois de la sonde et le mandrin. Sous ce rapport ils se trompent; leur erreur a cependant fait réussir plusieurs fois l'opération, qui se trouvait manquée, non-seulement parce que l'orifice interne de l'urètre était plus loin, mais encore parce que la tumeur prostatique l'avait assez déjeté en haut pour que l'extrémité de la sonde ne pût franchir ce point qu'à la condition d'être relevée beaucoup plus qu'on a coutume de le faire. Effectivement, si l'on retire alors le mandrin, la sonde, acquérant ainsi d'une manière subite une courbure plus forte, pénètre sur-le-champ dans la vessie.

Or, c'est ce que font souvent, dans ces cas, les chirurgiens qui ont le plus d'habitude du cathétérisme, tant cette disposition anormale de la partie prostatique de l'urètre leur a rendu l'opération familière. Ils enlèvent le mandrin aussitôt que la sonde est arrivée dans la partie prostatique de l'urètre, ce qui dispense d'abaisser autant la verge, et diminue notablement les douleurs de l'opération. Mais il est nécessaire alors de pousser légèrement la sonde, en commençant à retirer le mandrin. Lorsqu'on a le projet d'exécuter cette manœuvre, il faut toujours se servir d'une sonde à courbure fixe, parce que le mandrin une fois retiré, l'instrument arrive plus facilement dans la vessie. On doit cependant savoir que ce mode fait quelquefois manquer l'opération, attendu que le bec de la sonde venant à butter contre la saillie de la prostate, ne pénètre pas, et qu'on se voit forcé de retirer l'instrument pour le réintroduire armé de son mandrin. Cette dernière précaution est de rigueur avec les sondes ordinaires, car on s'exposerait à susciter de graves accidens en cherchant à replacer le mandrin dans la sonde embrassée par l'urètre; il lui est arrivé quelquefois de sortir par l'un des yeux, et d'aller perforer les parois du canal.

Non-seulement il est parfois difficile, impossible même, de passer la sonde, mais encore on ne parvient pas toujours à se rendre raison des difficultés. Home rapporte le cas du valet-de-chambre d'un malade à qui il avait appris à introduire l'instrument, et qui le faisait pénétrer par une pratique à lui familière, tandis que le chirurgien n'y pouvait parvenir. On voit très souvent des praticiens expérimentés ne pouvoir passer une sonde qu'un instant après le malade introduit lui-même. J'en ai cité un exemple curieux dans le parallèle.

C'est principalement lorsque toutes ces difficultés sont réunies au col vésical que le chirurgien trouve de l'avantage à se placer entre les jambes du malade couché sur le bord du lit, ou mieux encore à son côté droit. Dans cette dernière position, en effet, que quelques modernes n'ont pas su apprécier, il a plus de facilité pour diriger la sonde au col de la vessie; ici, comme dans la lithotritie, il agit et manœuvre sans éprouver la moindre gêne, tandis que, de l'autre côté, sa main est dans une position forcée.

Ce qu'il importe le plus d'éviter dans les tentatives de cathétérisme chez les sujets atteints d'un engorgement prostatique, c'est de recourir à la violence qui peut entraîner de graves désordres, outre qu'elle est capable d'accroître l'obstacle, ce dont on acquiert aisément la conviction sur le cadavre en procédant de la manière suivante. On prend un sujet chez lequel existe un engorgement prostatique ou toute autre tumeur au col vésical rendant le cathétérisme difficile: on ouvre la vessie par sa face antérieure et l'urètre par son côté supérieur; on introduit la sonde par le canal jusqu'à ce que le bec aille butter contre la tumeur. Si l'on pousse dans la même direction, l'extrémité de l'instrument s'enfonce dans la tumeur, à tel point même qu'on éprouve de la difficulté à exécuter un mouvement de bascule par lequel le bec se trouve relevé; si au contraire on relève cette extrémité avant d'avoir éprouvé de la résistance, ou si après l'avoir sentie on retire la sonde de 3 à 5 millimètres, elle passe par dessus la tumeur sans difficultés.

Il y a un autre écueil, tout aussi facile à éviter, et que rencontrent cependant des chirurgiens même qui passent pour être familiers avec les manœuvres du cathétérisme. Cet écueil vient de ce qu'on ne se rend pas raison de l'effet que la nouvelle courbure des sondes détermine dans leur progression le long de l'urètre. On veut introduire l'instrument par le procédé en usage pour les sondes ordinaires à courbure faible et longue. Quelques réflexions eussent suffi pour faire sentir les vices d'une pareille méthode. Mais tel est l'effet de la routine: on ne s'est pas aperçu qu'en tenant une sonde à petite courbure comme celles dont les praticiens se sont servis jusqu'à nos jours, l'extrémité courbée doit labourer la face correspondante de l'urètre. Jusqu'à la courbure sous-pubienne, il ne résulte de là, en général, qu'un excès de douleur; mais une fois qu'on est parvenu à la partie membraneuse, des obstacles peuvent surgir.

J'ai dit que par le fait de la tuméfaction prostatique le col de la vessie était refoulé en arrière et la partie membraneuse tiraillée, allongée; il s'ensuit que, depuis l'arcade sous-pubienne jusqu'au point où commence la déviation de la partie prostatique, il y a une assez longue étendue de canal rectiligne à faire parcourir par la portion courbée de la sonde. Souvent dans la pratique ordinaire, et à plus forte raison si on se sert d'une sonde à petite courbure, on abaisse trop tôt la main pour relever l'extrémité oculaire de l'instrument, et il arrive alors que le bec de la partie courbe s'applique avec force contre la face supérieure de la portion membraneuse de l'urètre, qu'il chemine difficilement, et que, quand on le pousse avec force, il fait fausse route, comme je l'ai vu une fois. Donc, lorsqu'on introduit un instrument courbe dans le canal, il faut bien se représenter et le degré de courbure qu'il offre, et l'effet que produit cette courbure. Pour que celle-ci soit dans la direction de l'urètre, il est nécessaire que la partie droite, encore en dehors du canal, soit inclinée d'une quantité proportionnée au degré de l'incurvation. C'est vers l'aine de l'un et de l'autre côté qu'il convient d'incliner l'extrémité annulaire de la sonde, jusqu'à ce qu'elle ait franchi la courbure sous-pubienne; c'est en haut, sur la ligne médiane, vers l'ombilic, que l'inclinaison se fait pour qu'elle puisse parcourir la partie membraneuse. Mais je répète que l'obliquité doit toujours être graduée de manière que le bec de la sonde se trouve dans la direction de la région parcourue de l'urètre. En suivant cette marche on évite les inconvéniens reprochés aux sondes à petite

courbure et qui ne dépendent que d'une manœuvre vicieuse.

Pour la partie membraneuse, on écarte sûrement les difficultés en maintenant la partie droite de la sonde dans une direction oblique, de telle sorte que sa partie courbe chemine horizontalement, comme la partie de l'urètre qu'elle parcourt. Or, rien n'est plus facile que de la faire avancer ainsi jusqu'au moment où commence la déviation accidentelle du canal. Qu'on ait à introduire par cette manœuvre une sonde ou un lithoclaste, le cas est le même : on réussit sûrement. Je suis encore à comprendre les difficultés par lesquelles un de nos confrères dit avoir été arrêté, et qui lui ont suggéré des instrumens et des procédés dépourvus de toute utilité réelle, malgré l'éloge qu'il en fait.

Dès que l'extrémité de la sonde rencontre de la résistance vers le col vésical, le malade étant couché sur le dos, il convient de laisser l'instrument en liberté. Quelquefois on le voit prendre de lui-même l'inclinaison nécessaire. S'il ne le fait pas, on appuie légèrement sur son extrémité antérieure, mais sans le fixer entre les doigts, et l'on tâche de découvrir le sens dans lequel la résistance est moindre. C'est alors qu'il importe d'avoir présentes à l'esprit les différentes directions anormales que les tumeurs de la prostate font prendre à la portion profonde de l'urètre et au col vésical, et de déterminer avec précision le point où commence l'arrêt de la sonde ; car, suivant que cet arrêt a lieu vers le milieu de la partie prostatique ou au col de la vessie, la manœuvre est différente.

J'ai dit que les cas de la première série sont rares ; on les reconnaît parce que l'extrémité annulaire de la sonde se trouve déjetée à droite ou à gauche. Il n'en est pas de même de ceux de la seconde série, auxquels se rattachent des états morbides plus variés. Souvent alors ce n'est que par des tâtonnemens répétés qu'on parvient à se faire une idée exacte de l'état des parties et de la nature de l'obstacle. Aussi, je le répète, on reconnaît alors l'utilité des sondes flexibles qui restent courbées sans mandrin ; car en retirant celui-ci, la sonde étant parvenue à la partie prostatique de l'urètre, il arrive souvent qu'on la fait pénétrer dans la vessie par la plus légère pression. Il faut toujours employer des sondes d'au moins deux lignes de diamètre ; plus grêles, elles pourraient devenir dangereuses. Les sondes à courbure fixe, telles que les prépare M. Lasserre, m'ont paru être celles qui réunissent le plus d'avantages. Cependant il arrive souvent, qu'après avoir échoué avec les sondes flexibles, armées ou non d'un mandrin, on est plus heureux en se servant d'une sonde métallique. En effet, ces instrumens glissent avec plus de facilite.

Quant à la courbure, à la disposition des yeux et de l'extrémité oculaire et au volume de l'instrument, je n'ai rien de particulier à en dire, non plus que du procédé à suivre et des précautions à prendre. J'ajouterai seulement que comme les sondes en métal sont plus solides, ce sont elles qui servent à la violence qu'emploient encore un trop grand nombre de praticiens, bien qu'il soit démontré qu'on arrive moins sûrement par la force que par la patience. Dût-on d'ailleurs ne pas parvenir à la vessie en usant de ménagemens, il faudrait encore s'abstenir de violence et recourir à d'autres moyens dont je parlerai.

Quant aux nuances de procédé que chaque cas exige, à l'étendue que doit avoir le mouvement de la bascule que l'on exerce en abaissant le pavillon de la sonde pour relever le bec, il n'y a rien de fixe sous ce rapport. Le mouvement à l'aide duquel l'extrémité oculaire de l'instrument doit être relevée pour passer sur la tumeur prostatique ou sur les replis membraneux dont j'ai donné la description, est réglé par la sensation que perçoit la main du chirurgien.

Dans tous les cas, il est bon d'avoir un doigt placé dans le rectum. Si le corps entier de la prostate est tuméfié, cette précaution peut devenir fort utile. C'est principalement quand la sonde vient à s'arrêter tout à coup vers la fin de la partie membraneuse de l'urètre, que le doigt, ainsi porté dans l'anus, peut en diriger le bout en même temps qu'il fournit des notions utiles sur la nature de l'obstacle. Le même procédé est conseillé aussi lorsque la tumeur se trouve plus loin ; mais alors il y a moins d'utilité, et l'on doit se rappeler qu'ici il faut enfoncer le doigt à une plus grande profondeur, d'où résultent des douleurs qui rendent l'opération plus difficile encore.

Lorsqu'on se sert d'une sonde flexible sans mandrin, ou à courbure fixe, c'est plus particulièrement le canal qui dirige l'instrument, comme j'en ai déjà fait la remarque Les différentes inclinaisons qu'on donne à celui-ci, d'après les indications fournies par la connaissance qu'on a de la direction normale de l'urètre, n'exercent qu'une influence assez restreinte. Aussi n'a-t-on presque rien à redouter d'une manœuvre vicieuse. Mais il n'en est plus de même quand la sonde est rigide, puisqu'alors c'est surtout la main du chirurgien qui la dirige. Comme il s'agit d'une opération fort délicate, et qu'on ne saurait trop s'entourer de précautions, la sonde métallique doit être préférée à celle de gomme élastique avec mandrin, du moins pour le premier cathétérisme, et dans le cas où les difficultés sont le plus considérables. Elle transmet à la main de l'opérateur une sensation plus nette de la difficulté qui se présente, on la manie avec plus d'aisance, et l'on n'a point avec elle ce frottement, ce mouvement de sonde flexible sur son mandrin, qui cause toujours un peu de confusion. Aussi dans les cas fort difficiles, et surtout si le chirurgien n'a pas une très grande habitude du cathétérisme, il arrive plus sûrement à la vessie avec une sonde d'argent d'un diamètre de deux lignes, à petite courbure et à bec très arrondi.

Il y a une exception pour les circonstances extrêmement graves dans lesquelles la tumeur prostatique a déterminé une déviation moins brusque, mais plus allongée, plus étendue en arrière dans la vessie. J'ai réussi alors en procédant de la manière suivante : Je prends une sonde flexible, à courbure fixe, dont les yeux sont très petits, et j'y adapte un mandrin qui remplisse bien. Dès que le bout est parvenu à la tumeur prostatique, je retire le mandrin de quelques lignes seulement. Par cette manœuvre, la courbure de l'instrument se trouve agrandie, et son extrémité, devenue flexible, suit avec plus de facilité la direction anormale du canal. Les yeux de la sonde étant fort petits et le mandrin très gros, je puis mouvoir la première sur le second sans craindre que celui-ci s'engage dans les yeux ; et comme la sonde a deux lignes de diamètre, les parois offrent assez de solide. Il n'y a donc à craindre ni rupture, ni déformation, pourvu cependant qu'on agisse toujours avec les plus grands ménagemens et sans violence.

Bien des fois déjà j'ai insisté sur l'influence que les maladies organiques et même les simples irritations du col de la vessie exercent relativement à la sensibilité de l'urètre, surtout vers le milieu de la partie spongieuse et au commencement de la courbure sous-pubienne. La sensibilité est quelquefois telle en cet endroit, et la constriction spasmodique du canal qui en résulte si considérable, que la sonde se trouve en quelque sorte serrée, sans parler des douleurs vives que le malade ressent. Cet obstacle, déjà signalé par quelques auteurs, notamment par Home, se présente assez fréquemment dans les cas dont il s'agit ici. C'est une circonstance que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, car elle lui fournit le moyen d'éviter une méprise. Mais il ne doit pas se laisser arrêter par une douleur que la sonde détermine aux deux points du canal que je viens d'indiquer ; il lui importe aussi de savoir que cet état d'irritation de l'urètre commande un surcroît de précautions et de ménagemens. Dans plusieurs circonstances de ce genre, je me suis très bien trouvé d'introduire préalablement une bougie, qui produit, comme je l'ai déjà dit et comme on le sait bien d'ailleurs, moins de douleur que la sonde ; presque toujours celle-ci pénétrait avec plus de facilité, immédiatement après que j'avais retiré la bougie.

Quelques personnes prétendent qu'on est souvent arrêté près de l'orifice externe du canal, à cause de la disposition qu'il présente dans le point connue sous le nom de fosse naviculaire. J'ai sondé un très grand nombre de malades, et à moins d'un rétrécissement, ou plutôt du développement anormal de la bride inférieure, que M. Guthrie compare à la membrane hymen chez la femme, je n'ai jamais éprouvé de difficultés. Si cette bride était assez large pour rétrécir l'urètre, ou pour en changer la direction, et par suite gêner le passage de la sonde, il faudrait la diviser ; j'ai fait connaître le procédé à suivre en pareil cas.

Il n'en est pas de même des dispositions particulières que présente la partie membraneuse de l'urètre, dispositions déjà signalées par quelques auteurs, et sur lesquelles je dois m'arrêter un instant parce qu'elles donnent lieu à des difficultés et à des méprises. En décrivant les maladies de l'urètre, je les ai indiquées déjà d'une manière sommaire. Il s'agit d'abord de la flaccidité des parois urétrales, qui fuient pour ainsi dire devant l'extrémité de la sonde ; ensuite d'une dilatation anormale de la partie membraneuse de l'urètre, qui est parfois assez grande pour que des chirurgiens sans expérience aient pensé que leur instrument était parvenu dans la vessie, tandis qu'il n'avait point encore dépassé la partie prostatique du canal. Ce qui conduit à une telle erreur, c'est qu'il n'est pas rare qu'on voie alors couler par la sonde quelques gouttes d'urine, qui probablement séjournaient dans la poche accidentelle. Chopart cite un exemple de cette sorte de méprise ; j'en ai observé un autre.

Je ferai encore une remarque importante, et qui a échapée aux praticiens. La nécessité de baisser fortement la main qui tient la sonde, pour faire passer l'extrémité oculaire de celle-ci par-dessus la tumeur prostatique, est cause que le ligament antérieur de la verge se trouve fortement tiraillé ; de là résultent des douleurs vives. Je parviens à diminuer ces douleurs en exerçant sur le corps du pubis, et de haut en bas, une forte pression, qui paralyse l'action des muscles antérieurs de l'abdomen.

HOPITAUX DE LONDRES.

OBSERVATIONS INÉDITES EXTRAITES DES DERNIÈRES NOTES DE SIR A. COOPER.

1° *Hernie ombilicale. Opération.*

Le mardi 1er janvier, j'ai été appelé auprès de madame P..., qui avait une hernie ombilicale étranglée depuis dimanche, 30 décembre. La tumeur était irréductible depuis plusieurs années, mais une partie des viscères rentrait cependant. La malade attribuait les symptômes d'étranglement à une soupe aux pois qu'elle avait mangée le dimanche. La longueur de la tumeur était de six pouces ; elle était inclinée de haut en bas, tendue, mais pas rouge ni très douloureuse à la pression. Différentes tentatives de réduction avaient été faites sans succès ; j'ai, en conséquence, procédé de suite à l'opération.

La malade est restée dans le lit. J'ai pratiqué une incision transverse, à trois pouces environ de la base de la tumeur, ou vers son milieu, entre la base et le sommet ; et une autre incision à angle droit avec la première, que j'ai continuée jusqu'au sommet. J'ai disséqué et renversé la peau de chaque côté, et j'ai mis en évidence le sac, qui était très mince. J'ai fait dans celui-ci une petite ouverture à l'ordinaire dans laquelle j'ai passé une sonde, et j'ai dilaté l'incision. Il ne s'est pas échappé de liquide.

Une portion d'épiploon enveloppant l'iléon s'est présentée : l'épiploon adhérait au sac ; l'intestin placé au centre de l'épiploon était de couleur brune (chocolat), mais sans adhérence.

J'ai dilaté l'orifice du sac en bas, dans la direction de la ligne blanche et j'ai réduit l'intestin, non petit à petit avec le doigt, mais en faisant glisser les matières qu'il contenait avec ma main entière, ce qui a fait rentrer l'intestin facilement. J'ai alors excisé l'épiploon, et j'ai été obligé de lier trois artères qui saignaient abondamment. J'ai abandonné le reste pour boucher l'ouverture du sac. J'ai pratiqué deux points de suture à la plaie et réuni le reste avec des bandelettes collantes et des compresses. Guéri.

— Cette pratique est d'autant plus digne d'attention qu'elle diffère de celle que la plupart des auteurs enseignent à ce sujet. On prescrit généralement de prolonger l'incision longitudinale jusqu'à la racine de la tumeur. Boyer dit même que cette incision doit s'étendre jusqu'à un demi-pouce et un pouce au dessus de l'ouverture aponévrotique qui donne passage aux viscères. (Malad. chir., t. VIII, p. 311.) Or, l'on vient de voir qu'au lieu de cela, sir A. Cooper s'est éloigné de trois pouces de la racine. Pourquoi cela ? Il en donne la raison dans son Traité des hernies : « Le mode opératoire que l'on emploie généralement et que je viens de décrire, entraîne, dit-il, une communication directe et persistante entre l'extérieur et la cavité abdominale; il expose la malade à une péritonite. Aussi ai-je, dans quelques circonstances, pratiqué l'incision un peu plus bas, c'est-à-dire à la partie moyenne de la tumeur, d'où je l'ai étendue à sa partie la plus déclive. Ensuite, j'ai fait une seconde incision tombant à angle droit sur l'extrémité supérieure de la première, de manière à former avec elle une incision en T, dont la branche supérieure occupait transversalement la partie moyenne de la tumeur. La peau étant ainsi divisée, et les lambeaux étant renversés, le sac herniaire se trouvait découvert dans une grande étendue. Je l'ouvrais avec précaution ; je passais le doigt dans l'intestin jusque dans l'orifice du sac, au niveau de l'ombilic, et le prenant pour guide, j'introduisais un bistouri boutonné dans l'ouverture ombilicale, et je divisais la ligne blanche de haut en bas, dans une étendue convenable, et non en haut comme dans le procédé ordinaire. »

Ainsi, non-seulement ce mode opératoire diffère de celui qu'on enseigne communément relativement à la manière d'ouvrir le sac, mais encore relativement au débridement de l'anneau.

2° *Blessure à la gorge. Guérison.*

M. S...., épicier à Nealwarth, se coupa la *gorge à deux* endroits, c'est-à-dire sur le larynx et entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde. La première coupure était petite, mais la seconde admettait les quatre doigts jusque dans le pharynx. L'épiglotte était séparée en partie du cartilage thyroïde. J'ai affronté l'os hyoïde au cartilage thyroïde au moyen de cinq sutures, et j'ai réuni les tégumens en faisant un seul point. J'ai ajouté des bandelettes collantes sur la plaie, mais j'ai ménagé un petit pertuis pour l'écoulement du sang. J'ai prescrit le repos absolu et défense d'avaler.

Le lendemain cependant le malade a bu, malgré ma défense, beaucoup d'eau d'orge, et il ne s'en est pas mal trouvé ; puis il a pris des alimens et est allé de mieux en mieux.

Le huitième jour, les ligatures sont tombées, et le malade a guéri sans accidens. Cette observation est marquée sur les registres du mois de mars 1799.

— La pratique suivie par l'auteur à une époque où l'on proscrivait formellement la suture pour ces sortes de plaies rend le fait digne d'être conservé. De nos jours, on proscrit aussi de coudre de pareilles plaies, et elles sont presque toujours mortelles. Ce qui tue les malheureux qui se trouvent dans ce cas, c'est la sécheresse extrême du fond de la gorge et l'inflammation consécutive sous l'influence de l'action de l'air et des boissons mal ingérées. La réunion dont il s'agit est opérée entre l'os hyoïde et le larynx indépendamment de la peau ; les tégumens sont réunis ensuite. C'est là une pratique que nos confrères apprécieront sans doute expérimentalement.

3° *Autopsie relative à un cas de tétanos.*

Un homme a été reçu à l'hôpital Saint-Thomas pour être traité d'une plaie contuse au gros orteil du pied droit. Dix jours après son entrée, des symptômes de trismus se sont déclarés, et il est mort de la contraction des mâchoires le dix-septième jour après son entrée.

A l'autopsie on trouve l'estomac enflammé et légèrement ulcéré sur trois points. Le colon est contracté spasmodiquement dans l'étendue de quatre pouces au-dessus de la portion sygmoïde. Le péricarde contenait une petite quantité d'eau, une once environ. Le poumon droit était enflammé, et les tubes bronchiques contenaient de la matière purulente, mais ils n'étaient pas ulcérés.

Le cerveau était très ferme et sain sous tous les rapports. Le cadavre a été ouvert deux jours après la mort. Le pharynx était très enflammé, depuis les narines jusqu'au commencement de l'œsophage, mais plus particulièrement à sa partie postérieure. A l'endroit où il s'attache postérieurement au crâne, existe un petit abcès contenant quelques gouttes de pus.

Le larynx est sain, ainsi que l'œsophage, dans toute son étendue.

Cette autopsie m'a confirmé fortement dans la conviction que j'avais de la ressemblance qui existe entre cette maladie et l'hydrophobie. Dans cette dernière, j'ai toujours trouvé, tant chez l'homme que chez les chiens, une inflammation plus ou moins grande de l'estomac. Dans l'une et l'autre les symptômes paraissent dépendre d'une irritation extraordinaire du système nerveux.

4° Rupture du foie.

Un jeune homme a été renversé par une voiture, et écrasé par le passage de la roue sur son corps. Il a été transporté immédiatement dans la boutique de M. Benson ; il s'est affaissé, a cessé de parler, et est mort vingt minutes après l'accident.

Autopsie. L'abdomen est très tuméfié. Une marque noire s'étend à travers la partie moyenne de l'abdomen, occasionnée par le passage de la roue. Lorsque l'abdomen a été ouvert, il s'est échappé une grande quantité de sang parfaitement fluide. En en cherchant la source, j'ai trouvé qu'il émanait du foie. Cet organe était déchiré en quatre endroits, et divisé en cinq morceaux.

5° Paralysie de la vessie.

Un homme, âgé de plus de quatre-vingts ans, me consulta sur une impuissance à émettre les urines. Depuis plus de trois semaines il était obligé de se servir de la sonde pour uriner. Soupçonnant, d'après son âge, que la prostate était malade, je l'ai exploré par le rectum, et je n'ai rien trouvé d'anormal. J'ai alors introduit une sonde dans la vessie, le malade étant debout, et j'ai été étonné de voir l'urine jaillir assez fortement. Je ne comprenais pas ce phénomène d'abord ; mais j'ai pensé ensuite que cela pouvait tenir à la pression des viscères sur la vessie : j'ai fait coucher en effet le malade sans ôter la sonde, et j'ai vu le jet s'arrêter immédiatement ; je l'ai fait remettre debout, et l'urine a rejailli de nouveau. Je lui ai conseillé de boire du vin auquel il n'était pas habitué, et d'appliquer un vésicatoire aux lombes. L'irritation produite par la sonde lui a été salutaire. Guéri parfaitement à la longue.

Compte-rendu des opérations oculaires et linguales, pratiquées à Dijon, par le docteur Furnari, *pour remédier au strabisme et au bégaiement;*

Par le docteur Vallée, chirurgien en chef de l'Hôpital-Général de Dijon.

Depuis quelque temps, le monde chirurgical est fortement préoccupé de l'extension de la ténotomie, et l'on pourrait dire plus justement de la myotomie à la cure du strabisme et du bégaiement.

Laissant de côté les questions de priorité qu'agite à ce sujet la presse médicale, ainsi que celles qui se rattachent à la valeur intrinsèque de ces découvertes, je viens, narrateur consciencieux, rapporter ce que j'ai observé sur les résultats controversés de ces nouvelles opérations que j'ai vu pratiquer un grand nombre de fois en peu de jours sur des sujets, enfans ou adultes, de tout âge, de tout sexe, de toute condition, atteints de strabisme ou de bégaiement de toutes sortes.

Lorsque des méthodes ou des procédés opératoires nouveaux n'ont pas encore reçu la sanction de l'expérience, qu'ils n'ont pas acquis droit de domicile dans le domaine de la science, que les hommes spéciaux ne sont pas d'accord sur leur efficacité thérapeutique, il est du devoir de chacun d'apporter le tribut de son observation à la solution d'une question aussi capitale ; c'est à ce titre que je prends la plume.

Sans vouloir entrer dans des détails historiques sur la ténotomie, rappelons seulement que depuis son origine il n'est peut-être pas de fibres musculaires ou tendineuses, dans l'organisation humaine, dont la section n'ait été faite par Dieffenbach ou par M. J. Guérin, pour remédier à des difformités diverses, congénitales ou acquises.

L'analogie de causalité entre ces difformités et celles dont nous allons nous occuper était trop frappante pour qu'elle échappât à des esprits observateurs, et que l'identité des causes pathologiques ne les conduisît pas logiquement à l'identité des moyens thérapeutiques ; de là l'extension de la ténotomie, ou plutôt l'application de la myotomie à la section des muscles de l'œil et de la langue, pour guérir le strabisme et le bégaiement.

La théorie pathologique de ces infirmités devait donc naturellement conduire à une indication curative rationnelle, qui s'est résumée dans des méthodes opératoires dont la priorité est si chaudement réclamée de part et d'autre, que je me garderai bien de me prononcer à cet égard, je pourrais m'en repentir ; que ces messieurs s'arrangent entre eux, et surtout qu'ils tâchent de mettre un peu plus de mesure et de dignité dans leur polémique.

J'arrive aux faits. M. le docteur Furnari, chargé d'une mission médicale en Afrique, a pratiqué, pendant le séjour qu'il a fait à Dijon, un grand nombre de louches et de bègues ; les premiers surtout ont été si nombreux, qu'il serait fastidieux d'entrer dans des détails particuliers à chacun d'eux ; je me contenterai donc de généraliser les réflexions que j'ai à faire à ce sujet.

Sur soixante louches, tous, sauf trois, avaient des strabismes convergens ; la forme double, presque constante, offrant un œil beaucoup plus difforme que l'autre, n'a été observée qu'une seule fois d'une manière assez tranchée pour nécessiter l'opération sur les deux yeux à quelques jours d'intervalle. Relativement à l'âge et au sexe, presque tous étaient âgés de dix à vingt-cinq ans ; la plupart étaient des femmes.

Excepté pour deux cas que nous mentionnerons plus bas, le succès de l'opération a été général, complet et instantané, par le rétablissement immédiat du parallélisme des axes visuels et par l'impuissance des opérés à diriger le globe oculaire dans le sens de la déviation à laquelle on voulait remédier ; mais un résultat déjà signalé et bien autrement important de cette opération, c'est l'amélioration consécutive de la vision dans l'œil opéré.

Chez l'un des sujets qui n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, le strabisme avait apparu après une chute qui avait déterminé de graves accidens cérébraux ; l'œil est resté immobile après comme avant l'opération, d'où il a été facile de conclure qu'il y avait paralysie des forces motrices de l'organe.

Chez l'autre sujet, atteint d'une affection leucorrhéique, un accident redoutable, une ophthalmie purulente a éclaté et n'a pu encore être arrêtée dans sa marche rapide malgré l'énergie de la médication locale et générale qui a été mise en pratique. Chez cette opérée très nerveuse, on s'était trouvé obligé, quarante-huit heures après la première opération de faire quelques nouvelles explorations pour en assurer la réussite.

Le procédé opératoire employé par M. Furnari nous a paru simple et présenter un avantage capital qui est de prévenir toute récidive de la difformité. Voici comment il l'exécute au moyen d'instrumens ingénieux : Le malade, assis sur un fauteuil dont le dossier sert d'appui à la tête qui est renversée en arrière ; l'opérateur introduit entre les paupières et l'œil son blépharostat à ressort, qui les maintient écartées ; avec deux pinces à pression continue et spontanément confiées à des aides, il fait un pli à la conjonctive qu'il incise et dissèque largement en haut, en arrière et en bas, avec des ciseaux à lames courtes et courbées sur le plat ; l'insertion du muscle à couper étant mise à découvert, un petit crochet mousse, passé entre la sclérotique et le muscle ou les muscles, permet d'en faire la section, puis l'opération se termine par l'excision des lambeaux de la conjonctive. Dans le strabisme compliqué, il fait quelquefois la section de plusieurs muscles, du grand oblique et du droit supérieur, notamment lorsque celle du droit interne ne suffit pas.

Sans vouloir nous prononcer sur la valeur absolue de ce procédé, il nous semble offrir des avantages réels sur ceux que nous connaissons par simple description : son exécution est plus facile ; il expose à moins de tâtonnemens ; son efficacité, pour prévenir toute récidive, semble plus sûre en raison du large débridement de la conjonctive et de la section de toutes les fibres celluleuses ou musculaires qui, en s'insérant à la partie antérieure du globe oculaire pourrait prendre un point d'appui sur la portion restante du muscle coupé. A l'inverse du procédé sous-conjonctival, il n'expose presque jamais à des ecchymoses ; mais, par contre, il peut donner lieu à la production de bourgeons charnus qui cèdent facilement au temps et à l'emploi continu des résolutifs.

Une soixantaine de louches ont été soumis à ce mode opératoire, qui a été impuissant sur deux seulement : chez l'un, ce résultat négatif s'explique facilement par la lésion cérébrale qui avait déterminé le strabisme, surtout lorsqu'on se rappelle que l'appareil moteur de l'œil reçoit son innervation de trois nerfs crâniens ; chez l'autre, femme nerveuse, atteinte d'une affection chronique ignorée de l'opérateur, un accident grave est venu non-seulement compromettre le succès de l'opération, mais l'œil lui-même. Tous les autres opérés n'ont éprouvé que de faibles accidens consécutifs, et ont obtenu des avantages immédiats réels, qui ne se sont pas démentis depuis au moins quinze jours ; le temps seul permettra de juger des résultats permanens de ces opérations.

Arrivons aux bègues ; vingt ont été opérés ; à l'inverse des louches, la grande majorité était des hommes, jeunes ou encore dans l'enfance ; l'infirmité, très variée dans sa forme et son intensité. Ici, les causes et la théorie pathologiques sont plus obscures que pour le strabisme ; des analogies éloignées et l'empirisme indiquent le traitement qui est aussi beaucoup moins efficace que pour la difformité oculaire.

En thèse générale, les chances de succès, quel que soit le sexe, sont incomparablement plus certaines chez les enfans que chez les adultes. En effet, sur les vingt opérés, presque tous les jeunes sujets ont éprouvé une amélioration complète, plus prononcée chez les uns que chez les autres, il est vrai, mais incontestable chez tous ; au contraire, deux adultes seulement sur huit ont joui du même bénéfice ; chez les autres, le résultat a été équivoque ou nul, quel que soit le procédé opératoire auquel ils ont été soumis.

Sur cinq sujets opérés devant nous à l'hôpital, dont trois enfans et deux adultes, par le procédé de M. Furnari, que nous allons décrire, les trois enfans bègues à un degré prononcé ont parlé de suite avec facilité, ne répétant plus, comme auparavant, huit à neuf fois les syllabes initiales de certains mots ; les deux adultes, au contraire, sont restés à peu près dans le même état ; ce que M. Furnari voyant, il a immédiatement mis en pratique le procédé de M. Amussat sur l'un d'eux sans plus de succès.

Les mêmes résultats se sont reproduits sur les opérés en ville, excepté sur deux adultes qui ont été assez heureux pour faire exception.

Règle générale, il semble résulter de l'expérience déjà acquise, que, lorsque le procédé simple et facile de M. Furnari échoue, les autres sont également impuissans. Son opinion paraît tellement arrêtée à cet égard, qu'il est rare qu'il emploie le procédé de M. Amussat. Du reste, les faits que nous avons observés semblent confirmer cette opinion.

Voici le procédé de M. Furnari : Le malade assis sur une chaise, la tête légèrement renversée en arrière est maintenue par un aide ; la langue saisie et relevée par ce dernier, l'opérateur, armé de longs et forts ciseaux courbés sur le plat, porte l'instrument dans la bouche, incise d'un seul coup et profondément le frein de la langue, débride à droite et à gauche de cette incision l'aponévrose buccale, puis termine l'opération par la section d'un plus ou moins grand nombre de fibres du génio-glosse, près de leur insertion à la face inférieure de la langue, selon l'intensité plus ou moins prononcée de la difformité.

J'ai moi-même mis ce procédé en pratique avec succès, dans mon service, sur deux adultes de vingt à vingt-cinq ans, bègues à un faible degré.

Comme on le voit, ce procédé opératoire est simple, peu douloureux, d'une exécution facile et prompte ; il n'expose à aucun accident grave ; la lésion des artères linguales, des veines ranines et des canaux de Warthon, serait un accident peu redoutable, qu'il est d'ailleurs très facile d'éviter. Nous avons toutefois observé deux ou trois fois l'hémorrhagie par suite de l'ouverture des veines ranines : de simples ablutions d'eau à la glace ou légèrement styptiques ont suffi pour faire cesser l'écoulement du sang. L'hémorrhagie artérielle réclamerait certainement la torsion, la ligature ou la cautérisation. Quant à la lésion des conduits salivaires, le pire qui puisse en résulter serait le développement d'une grenouillette qu'il faudrait traiter par l'excision.

Si une plus longue expérience constate le succès de ce procédé, il devra être préféré à celui de M. Amussat, mais surtout à ceux de Dieffenbach, qui doivent être très laborieux pour l'opérateur et douloureux pour l'opéré, du moins en n'en jugeant que par la description qu'il en a faite dans une communication à l'Académie des sciences.

Il manquait à ce mode opératoire, pour prévenir toute récidive de la maladie par suite d'une réunion trop prompte de la plaie par première intention, un instrument que l'on pût maintenir à demeure dans sa profondeur, entre la face inférieure de la langue et le plancher inférieur de la bouche ; c'est ce à quoi a pensé M. Furnari, en faisant confectionner un petit instrument par M. Feuchot, habile dentiste de Dijon. L'indication que doit remplir cet instrument nous paraît indispensable pour assurer le succès permanent de l'opération.

Tels sont, dans leur simplicité, les faits que j'avais à signaler, surtout dans l'intérêt de la science et de l'art. Ces faits nombreux et variés m'ouvraient un vaste champ de commentaires et de réflexions. Je n'ai pas voulu m'engager dans cette voie, dans laquelle j'aurais rencontré tout d'abord la question de l'étiologie absolue et différentielle de ces difformités ; question capitale, d'où découlent celles de savoir, quand il faut opérer, quand il faut s'abstenir. Enfin, j'ai simplement voulu jeter quelques lumières sur ces questions et non les résoudre.

En terminant, je dois déclarer que, tout en ayant une prédilection bien naturelle pour des procédés que j'ai vu mettre en pratique et dont les résultats me sont connus, je n'ai pas la prétention d'établir d'une manière absolue qu'ils l'emportent sur d'autres que je ne connais que par description et théoriquement : il n'y a que l'expérience et le temps qui puissent constater la supériorité de telle ou telle méthode, et juger cette question en dernier ressort.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Observations de morts presque subites dépendant de la compression exercée sur la masse des intestins grêles, par le développement des gros intestins et de l'estomac,

Communiquées à la Société de médecine par E.-L. Pereyra, médecin titulaire.

Première observation. — Un marin russe, âgé de vingt-six ans, d une haute taille, d'une for e constitution, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux vers la fin du mois de septembre 1840 ; il fut placé au n° 37 de la salle 12. Il était atteint d'une fièvre typhoïde très intense ; le traitement que je prescrivis fut suivi d'un succès si complet, qu'après quelques jours tous les symptômes fâcheux avaient disparu ; le malade était en pleine convalescence, l'appétit s'était fortement réveillé, la digestion des légers alimens que je lui permettais était parfaite ; tout, en un mot, présageait un retour très prochain à la santé, lorsque, le 9 octobre, vers les dix heures du soir, sans cause connue ; le malade se réveille, se lève en criant, urine au milieu de la salle, revient dans son lit, se recouche à plat ventre, et meurt.

Autopsie le 10 octobre, à midi.

L'abdomen n'est pas très développé, et rend un son tympanique ; ouvert avec précaution, il nous présente un aspect inaccoutumé. Le cœcum, le colon, sont seuls visibles ; nous n'apercevons ni l'estomac, ni les intestins grêles. Les gros intestins, du volume approximatif de vingt quatre centimètres de diamètre, sont lisses, blancs, luisans ; ouverts, leur membrane interne n'offre aucune valvule, aucun pli, ni aucune trace d'inflammation, quoique la diarrhée ait été un des symptômes de la maladie précédente. L'estomac est aplati et accolé au diaphragme ; le duodénum tendu, appliqué contre la colonne vertébrale, gagne directement l'excavation du bassin, où se trouvent réunis tous les intestins grêles, pressés, plissés, rangés aussi symétriquement qu'un ouvrier faible aurait pu le faire. L'aspect extérieur de tous ces intestins était rosé, divisés, leur membrane interne était d'un rouge uniforme, comme érythémateux ; il n'y avait d'apparente aucune plaque de Peyer, ni aucune glande de Brunner.

Les autres organes, examinés avec attention, n'ont offert aucune trace de lesion.

Deuxième observation. — Jean Amestoy, de Beygory (Basses-Pyrénées), charbonnier, âgé de vingt ans, d'une forte consitution, entra à l'hôpital Saint André de Bordeaux vers le commencement de décembre 1840 ; il fut placé au n° 3 de la salle 12 ; il présentait tous les sympômes d'une fièvre typhoïde, que je combattis par les saignées réitérées, les applications de ventouses et les émolliens.

Bientôt des paroxismes bien manifestés se montrèrent; je prescrivis le sulfate de quinine à assez haute dose. La convalescence s'établit assez vite; le malade reprit de jour en jour des forces. Après un petit écart de régime, il eut, vers la fin de décembre, un léger érysipèle au nez, qui passa avec quelques ménagemens; il sortit le 31 décembre, en très bonne santé.

Je fus fort étonné de le retrouver, à ma visite du 4 janvier 1841, couché dans un lit de la même salle, dans un état presque cadavérique; il offrait presque tous les symptômes apparens du choléra-morbus asiatique au plus haut degré: les membres froids, les yeux caves, hagards, la face éminemment hippocratique, se jetant en criant d'un côté à l'autre de son lit, n'entendant rien, ne disant rien d'intelligible; il n'avait pas de pouls; il y avait eu des vomissemens abondans de diverses matières; le malade n'exprimait que le besoin de boire; aucune évacuation alvine. A peine l'avais je quitté qu'il mourut, avant qu'on ait pu faire la moindre prescription; cet état n'existait que depuis une heure; il était entré le matin à l'hôpital, disant être très fatigué, souffrant beaucoup de l'estomac, et soutenant n'avoir mangé la veille au soir qu'un quart de kilogramme de pain.

Autopsie le 5 janvier, à midi.

Abdomen assez volumineux; ouvert, il ne nous présente que la face antérieure de l'estomac qui l'occupe en entier; on ne voit que cet organe, il s'étend depuis le dyaphragme, qui est refoulé en haut, jusqu'à la symphyse du pubis. On aperçoit seulement le rebord supérieur du colon transverse au dessous et s'enfonçant au dessous de cet os.

Après avoir lié et enlevé l'estomac, nous trouvons l'œsophage et le commencement du duodénum pleins de matière alimentaire; le duodénum est retenu à son attache, à la colonne vertébrale, et va droit, presqu'effacé par la compression de l'estomac, jusque dans l'excavation du bassin, où tous les intestins, grêles et gros, se trouvent contenus, rétrécis, comprimés; ils sont en quelque sorte teints en noir, soit en dedans, soit en dehors; les gros intestins surtout présentent dans leur calibre un rétrécissement extrême. L'estomac offre à peu près les dimensions suivantes: transversalement, 50 cent., de haut en bas, 75 cent., il pèse approximativement de 12 à 14 kilog.; il est presque complètement rempli d'un liquide noirâtre et contient une grande quantité de bol alimentaire, que nous avons reconnu être composé de fragmens de pain, de marrons, de lard, de viande, etc.

La membrane muqueuse de l'estomac était très molle, pâle et s'enlevait facilement; la membrane musculeuse était rouge et semblait hypertrophiée.

Les autres organes n'ont présenté les traces d'aucune lésion.

(Journ. de Méd. prat.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 4 mai.

Réception chez le roi. — *M. le président* donne lecture du discours qu'il a adressé au roi pendant la réception officielle du 1er mai. Il lit ensuite la réponse de S. M.

Vaccine. — *M. Gauthier de Claubry* lit au nom du comité de vaccine une première partie du rapport officiel concernant les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1839.

— *M. Honoré* cite un cas de récidive de petite-vérole confluente arrivée en peu de temps à un individu traité à l'Hôtel-Dieu. A la seconde attaque, il est mort de pneumonie.

Peste. — *M. Auber* lit un travail intitulé: De la prophylaxie de la peste. On sait que l'auteur a été dans les foyers de cette maladie, et qu'il a étudié la peste au milieu des pestiférés, en Orient. Rapprochant ses propres observations des faits consignés dans l'histoire, il est arrivé à cette double conclusion: que le véritable moyen prophylactique de la peste est la civilisation, ou plutôt la propreté hygiénique que donne l'aisance; et que les lazarets et les mesures sanitaires enfantés dans les temps de barbarie du quinzième siècle sont inutiles et mêmes contraires au but de leur institution. Prenant les relevés officiels de la mortalité des différens pays qu'il a visités et des différens quartiers de chaque ville ravagée par la peste, l'auteur a constamment trouvé que la mortalité était incomparablement supérieure dans les classes pauvres. Rarement les Turcs aisés en sont atteints; ce sont au contraire les juifs pauvres et les autres classes de la population misérable qui fournissent à la mort le contingent principal. L'histoire des peuples lui a aussi fourni le même résultat, savoir qu'ils ont eu fort souvent la peste tant qu'ils sont restés dans la barbarie; s'en sont délivrés au contraire lorsqu'ils ont prospéré, qu'ils se sont civilisés; et s'ils ont de nouveau rétrogradé dans la civilisation, ils sont encore devenus victimes des épidémies de peste; La conséquence de tout cela, c'est, selon l'auteur, que la véritable prophylaxie de la peste est la civilisation.

Arrivant enfin à l'examen des lazarets et des mesures sanitaires, l'auteur a comparé pour chaque localité principale où ces établissemens existent, comme à Venise, à Gênes, à Marseille, en Espagne, etc., les épidémies de peste antérieures à ces établissemens et les épidémies postérieures: il a trouvé pour une période de plusieurs siècles que le nombre des épidémies avait été plus considérable depuis qu'on avait établi les lazarets. D'où il conclut que les lazarets sont au moins inutiles, puisqu'ils n'ont pas empêché la maladie de se déclarer tout autant ou plus qu'avant leur existence; et si de nos jours la peste n'existe pas en Europe, cela tient à la civilisation, et non aux lazarets. En Orient, où les lazarets sont en vigueur, la maladie fait des ravages malgré eux, parce qu'elle est favorisée par la barbarie et la misère.

Pathologie vétérinaire. — *M. Leblanc* présente à l'Académie trois pièces anatomiques. Elles proviennent de trois animaux qui ont succombé à des maladies du cœur.

1° Le cœur d'un chien lévrier dont les lésions les plus saillantes étaient: une augmentation du volume d'un quart au delà du volume normal; des caillots fibrineux, cellulaires déjà avancés en organisation, adhérant à l'endocarde dans plusieurs points des deux ventricules; enfin des boursoufflemens très marqués des bords libres des valvules mitrales et sygmoïdes.

Ces lésions, sans avoir été reconnues d'une manière précise chez l'animal vivant, avaient été soupçonnées.

Pendant la vie, le chien était essoufflé à la suite du plus léger exercice. Quand il était couché, il changeait souvent de place. Il ne s'étendait jamais complètement sur le côté; il se reposait le plus ordinairement sur le sternum, les pattes antérieures étendues en avant, les régions postérieures élevées. Il recherchait les endroits frais. Son pouls était très irrégulier, manquait parfois. Les bruits du cœur étaient très irréguliers dans leur intensité et dans leur rhythme. Les battemens étaient tumultueux. Il n'y avait point de symptômes de lésions pulmonaires.

2° Le cœur d'un cheval de moyenne taille. Le cœur était très volumineux; les deux ventricules contenaient des caillots fibrineux très denses, très tenaces, d'une texture celluleuse. Ils adhéraient intimement dans plusieurs régions à l'endocarde, qui était épaissi et opaque.

Ce cœur avait été mis à la disposition de M. Leblanc par un de ses confrères qui lui a affirmé avoir reconnu la maladie du cœur pendant la vie du cheval.

3° Le cœur d'un autre cheval qui est mort subitement au milieu de la route, après avoir fait quatre lieues par un temps chaud.

Les seules lésions qu'on ait trouvées à l'ouverture existaient dans le cœur: les valvules sygmoïdes de l'aorte étaient épaissies, opaques, boursoufflées sur plusieurs points de leur bord libre; elles étaient beaucoup moins étendues qu'à l'état normal.

M. Leblanc a observé que ces trois faits viennent corroborer son opinion relativement à la fréquence des maladies du cœur chez les animaux, et à la possibilité de les reconnaître pendant la vie. Cette opinion avait été combattue jusqu'à présent par plusieurs vétérinaires qui, sans doute, avaient donné peu de soins à l'étude de ces maladies.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 5 mai.

L'Académie s'occupe d'abord du remplacement de M. Savart, membre de la section de physique. Le choix a porté M. Desprèz.

Bégaiement. — M. Colombat (de l'Isère) lit un mémoire sur l'étiologie du bégaiement. Nous le publierons dans le prochain numéro.

Appareil respirateur. — M. Hippolyte Amblard, pharmacien à Largentière (Ardèche), adresse un écrit intitulé: Mémoire sur l'emploi médical de l'air et sur un appareil ou instrument indispensable à son application et à celle de tous les fluides aériformes considérés sous le rapport de la thérapeutique. L'auteur prétend avoir inventé un instrument, ou plutôt un appareil, qui remplit les fonctions de la poitrine, c'est-à-dire qui aspire et expire; en un mot, qui respire et imite une poitrine artificielle, et qui permet d'introduire dans le poumon de l'air ou des corps gazeux comme remèdes dans plusieurs états maladifs.

L'appareil marche au moyen d'un régulateur. L'auteur l'appelle appareil ressuscitateur, ou, plus modestement, respirateur; il veut l'appliquer aux personnes asthmatiques, phthisiques, pleurétiques, asphyxiées, syncopées, etc.

Ouvrages imprimés présentés (pour la médecine):

1° Quatre cahiers du journal trimestriel anglais intitulé: *Guy's hospital reports*;

2° Deux cahiers du Bulletin des travaux de la Société anatomique, n. 1 et 2;

3° Deux mémoires de M. Mercier, l'un sur les perforations spontanées de la vessie; l'autre sur les fistules de l'urètre; plus un volume du même auteur sur les maladies des voies urinaires;

4° Un gros manuscrit ancien, relié, offert par M. A. Boblet à l'Académie et intitulé: Traité des maladies des femmes, expliquées au Collége de France, par M. Astruc, lecteur du roy. Année 1739 - 1743. Analyse.

— La première séance du concours pour les chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale vacantes à la faculté de médecine de Strasbourg, a eu lieu avant-hier, 3 mai, à la faculté de médecine de Paris.

MM. Maisonneuve, Robert et Dufresse s'étant retirés, les seuls concurrens qui restent, sont: MM. Rigaud, Desprès, Lacauchie, Sédillot et Alphonse Sanson.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 8 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 57, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

SIGNES DE LA GROSSESSE DÉDUITS DES BRUITS STÉTHOSCOPIQUES. (Suite.)

Il reste à examiner deux autres signes de grossesse qui ont eu, à l'époque où ils ont été signalés, une importance qu'ils ont perdue depuis. Il y a quelques années, un médecin italien annonça dans un journal de médecine, que toutes les femmes enceintes ressentaient une vive douleur vers l'occiput, dans le point où Gall a placé le siége de l'amour maternel. Cette douleur paraissait à divers instans de la journée, était suivie de somnolence; les femmes qui en étaient prises se livraient au sommeil, et la douleur avait disparu au réveil. M. Dubois n'a jamais rien observé de semblable: il faut croire que les cas dont parle ce médecin italien sont des cas exceptionnels; et en supposant que cela fût vrai, il existe tant de causes qui peuvent provoquer la céphalalgie chez les femmes enceintes, que pour cela seulement ce signe serait de très peu de valeur.

Osiander a indiqué un autre signe, il y a quelques années, qui mérite plus d'attention que le précédent, quoiqu'il ne soit pas beaucoup plus important; c'est le *pouls vaginal.* Il rappelle que pendant la grossesse la circulation de l'utérus prend un accroissement considérable, accroissement qui s'étend jusqu'au vagin; cette partie devient le siége de battemens que l'on peut facilement constater par l'introduction du doigt, en élevant un peu la paroi supérieure comme pour percevoir le ballottement. Il ajoute que la constatation du pouls vaginal peut suffire seule pour faire croire à une grossesse. Cela est vrai; quand on touche une femme, on ressent des pulsations à l'endroit où l'on recherche le ballottement. Il a même été dit, dans un des précédens numéros, qu'il fallait se défier de cette circonstance qui, dans certains cas, pouvait en imposer pour des mouvemens du fœtus. Que ces battemens que l'on rencontre dans le vagin soient plus prononcés dans la grossesse, c'est encore possible; mais il s'en faut de beaucoup qu'ils existent toujours, et surtout qu'ils soient dus à la grossesse. Le pouls vaginal, en effet, peut se remarquer dans des circonstances très diverses.

Une dernière remarque. Dans la pratique, on n'est pas seulement obligé de constater qu'il y a grossesse; mais encore, depuis quel temps elle existe. Ainsi, il faut rechercher quels sont les signes propres à éclaircir cette question, qui est de la plus grande importance.

Trouver la solution de cette question n'est pas chose aussi facile qu'on le croit généralement. Quand on a lu les auteurs qui s'en sont occupés, l'on peut puiser à plusieurs sources différentes des renseignemens à ce sujet.

1° Les souvenirs de la femme touchant l'époque où elle est devenue enceinte, et les sensations particulières qu'elle a éprouvées, et qui ont pu lui faire croire à une grossesse; 2° l'époque de la suppression des règles; 3° les mouvemens du fœtus; 4° les différentes phases du développement de l'utérus.

1° Les souvenirs de la femme. Ils peuvent varier; il est des circonstances cependant qui se rencontrent encore assez fréquemment, où la femme sait au juste l'époque où elle a conçu. Ainsi une femme quitte son mari, un rapprochement a lieu qui est bientôt suivi d'une nouvelle séparation. Cette femme peut, dans le court espace de temps qu'elle a passé avec son mari, s'être exposée à devenir enceinte; elle sait donc au plus juste à quelle époque remonte sa grossesse. Montgommery cite l'exemple d'une femme qui reconnaissait qu'elle était enceinte à une sensation particulière qu'elle éprouvait dans la fosse iliaque; cette femme fit venir un jour cet accoucheur pour lui dire l'époque où elle accoucherait, et qui, à un jour près, se trouva exacte.

Mais ces souvenirs de la femme ne peuvent en rien éclairer l'accoucheur sur l'époque de la conception, car il est beaucoup de circonstances où la femme a intérêt à tromper le médecin. Quant aux sensations vermiculaires observées dans certains cas, il faut beaucoup s'en défier, car un grand nombre de femmes se font illusion, par l'envie qu'elles ont de devenir enceintes; par conséquent ces signes sont de peu de valeur.

2° La cessation des règles. On peut obtenir de l'époque de la cessation des règles un renseignement plus profitable; c'est même le seul auquel on s'en réfère. Il est bon de savoir qu'à cet égard les femmes se trompent dans leur manière de compter et, sous ce rapport, elles ne comptent pas comme les accoucheurs. Ainsi elles font remonter à l'époque de la dernière apparition de leurs règles le commencement de leur grossesse; tandis qu'il faut compter à partir de quinze jours plus tard. Ainsi une femme voit cesser ses règles le 5 du mois, c'est vers le 20 qu'elle est devenue enceinte. Ce terme répond assez souvent au commencement de la grossesse; il convient cependant de se rapprocher un peu de la dernière époque menstruelle: on observe qu'alors les femmes sont plus facilement fécondées.

L'absence des règles n'indique pas d'une manière explicite l'état de grossesse, et puis l'on rencontre des femmes qui continuent d'être réglées pendant les premiers mois qui suivent la conception, il est donc difficile de calculer, d'après ce signe, à quelle époque a commencé la grossesse. D'autres fois les femmes ont intérêt à cacher leur grossesse: dans ce cas ce signe ne peut être invoqué. Enfin, la cessation des règles, qui, pour les femmes du monde est un petit événement, une circonstance qui attire toute leur attention, parce que souvent elle gène leurs projets, passe inaperçue chez presque toutes les femmes pauvres, occupées des moyens de gagner leur vie. On ne peut donc, chez celles-ci, tirer aucun profit de ce renseignement.

3° Les premiers mouvemens de l'enfant. Les renseignemens qu'on peut en tirer sont assez peu importans; c'est ordinairement vers le quatrième mois qu'ils apparaissent; mais, outre que leur apparition peut varier de la fin du troisième mois au sixième, l'on voit encore des femmes qui confondent les impressions qui en résultent avec d'autres sensations qui leur sont tout-à-fait étrangères, en sorte que la fixation de l'époque de la conception sur ce signe est sans valeur. Cependant il est juste de dire que chez quelques femmes ces premiers mouvemens du fœtus se montrent à une époque si régulière, qu'elles peuvent connaître d'une manière certaine à quel point de leur grossesse elles en sont arrivées.

Reste donc une dernière considération, un dernier signe tiré du développement graduel et le plus souvent régulier de l'utérus, qui peut servir à déterminer les différentes époques de la grossesse. L'on a dit que l'on pouvait l'éclairer tout à la fois et du côté du corps et du côté du col utérin. Chez une femme, à la fin du troisième mois de la grossesse, le fond de la matrice s'élève au dessus du pubis, qu'il dépasse de plusieurs travers de doigt à la fin du quatrième; bref, le développement de l'utérus parcourt jusqu'à la fin de la grossesse des phases assez régulières qui ont été déterminées déjà dans un des précédens numéros. Ceci se rapproche beaucoup de la vérité.

D'une autre part, on a voulu se renseigner par les modification qui surviennent pendant la gestation du côté du col utérin, et l'on a dit que celui-ci avait perdu le tiers de sa longueur à la fin du quatrième mois, la moitié à la fin du cinquième, les trois quarts au sixième; qu'à sept mois il n'y avait plus que trois lignes; à huit mois deux lignes seulement; qu'enfin il était complètement effacé vers la fin du neuvième.

Les degrés successifs de développement de l'utérus indiquent assez bien l'époque de la grossesse à laquelle une femme est parvenue. Cependant il peut y avoir quelque incertitude à cet égard: l'utérus peut contenir une quantité plus considérable d'eau amniotique, et dans ce cas, le fond de l'organe remontera plus haut qu'à pareille époque chez une autre femme placée dans des conditions ordinaires. Cette élévation de l'utérus pourra varier encore suivant que les parois abdominales seront plus ou moins relâchées, en sorte que les renseignemens que l'on obtiendra du développement de l'utérus pourront bien servir à établir quelques données dans la pratique, mais seront tout à fait insuffisants dans une expertise médico-légale.

Ce qui vient d'être dit plus haut sur les modifications que le col éprouve dans sa longueur, n'est qu'une citation

---

FEUILLETON

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE DU BÉGAIEMENT;

Par le docteur Colombat (de l'Isère).

Lu à l'Académie des sciences le 3 mai 1841.

Le but de ce mémoire est d'établir la véritable étiologie du bégaiement, c'est-à-dire celle qui est basée sur l'expérimentation, sur [illegible] nombre de faits et sur des lois physiologiques in[illegible]

[illegible] des auteurs qui ont enrichi la science de traités de physiologie et de pathologie générale ont gardé un silence com[illegible] cependant quelques médecins, entr'au[tres] [illegible] Bergen, Weiler, Itard, Rullier, MM. Voisin, As[illegible] Deleau, Arnolt, Cormach, Serre d'Alais, Hervez [illegible] Charles Bell et quelques autres, ont fixé leur atten[tion sur cett]e infirmité, et ont expliqué de différentes manières le mécanisme physiologique qui la produisent.

[Selon quelq]ues, le bégaiement, comme nous l'admettons pour le [mom]ent, est le résultat de la précipitation avec laquelle [ceux qui en] sont affligés veulent rendre leurs idées; selon les au[tres, cette i]nfirmité dépend d'un vice de conformation de l'os [illegible] [su]périeur; ceux-ci ont signalé une division de la luet[te, u]ne disposition particulière de l'os hyoïde ou la posi[tion] des dents sur les arcades alvéolaires; quelques au[tres ont pen]sé que ce vice de l'articulation était déterminé par le [d]éveloppement, l'épaisseur ou la petitesse de la lan[gue, la] présence du filet, le relâchement ou la faiblesse des [muscles] moteurs du larynx et des organes modificateurs des [sons]. Enfin, suivant une opinion émise dernièrement, le [bégaiement,] qu'on a comparé au strabisme, dépendrait de l'iné[gal développ]ement des deux moitiés de la langue, ou d'une dévia[tion par le] raccourcissement de certains muscles de cet organe. [Cette opi]nion, que quelques tentatives chirurgicales semblent [confirmer] jusqu'à un certain point, n'est pas plus susceptible d'être [sér]ieusement que toutes les autres que nous avons si[gnalées, par]ce que, ainsi que ces dernières, elle repose sur des [vices organi]ques, regardés comme étant les causes du bégaiement. [Co]mment faire cadrer une déviation, une rétraction musculaire de l'organe phonateur, enfin, comme on l'a dit, *un strabisme de la parole*, avec l'extrême facilité qu'ont la plupart des bègues de faire tous les mouvemens possibles de leur langue et de leurs lèvres? Si la langue était mal conformée, la difficulté, qui serait permanente, s'opposerait toujours à la facile expression des idées, et l'hésitation ne se manifesterait que sur les articulations linguales et non sur les gutturales, sur les voyelles, et sur les consonnes labiales. D'où vient donc que, dans quelques circonstances, les bègues sont d'une volubilité surprenante, quoiqu'ils aient alors à articuler les mots qui enchaînent ordinairement leur langue? Comment se fait-il que la plupart d'entre eux peuvent presque toujours, sans hésitation, chanter, déclamer des vers, jouer la comédie, imiter le langage d'un autre, enfin jurer avec tant d'énergie et de facilité? Pourquoi sont-ils embarrassés quelquefois pour prononcer des mots qui ordinairement ne les arrêtent pas, tandis qu'il leur arrive souvent d'articuler facilement les syllabes qu'ils sont accoutumés à trouver rebelles? Que deviennent les vices organiques et le prétendu strabisme de la langue? Par quelle raison sont-ils mobiles? Quelle est la cause de leurs caprices? Comment se fait-il que tous ces obstacles matériels exercent moins leur empire chez les vieillards, chez les femmes, chez les enfans, et pourquoi l'affection dont ils sont la cause éprouve-t-elle une foule de modifications, suivant la température, les saisons, l'âge, le sexe, l'éducation, les affections morales, la timidité, la confiance, la joie, l'embarras, la colère et la peur? Comment se fait-il enfin que le bégaiement cesse, diminue ou augmente par la présence ou l'absence d'une ou de plusieurs personnes et par diverses circonstances, telles que de lire des vers, de répéter des phrases après un autre, parler sous le masque, les yeux fermés ou ouverts, dans les ténèbres ou en plein jour? D'ailleurs, ce qui tend encore à prouver que l'hésitation des bègues ne dépend pas d'un vice organique, c'est que, sur plusieurs centaines d'individus affectés de bégaiement qui ont été examinés par nous, la langue et les autres organes qui concourent à l'articulation des mots ont été trouvés le plus souvent dans une parfaite intégrité de conformation, et n'ont rien offert de particulier à l'inspection anatomique. Nous sommes loin de contester qu'il n'existe pas quelquefois des dispositions vicieuses qui coïncident avec le bégaiement, mais elles ne sont presque toujours qu'une complication qui s'oppose à l'application de la méthode curative que nous ferons connaître, et qui exige des opérations auxquelles il ne faut recourir qu'avec discernement et lorsqu'il y a des indications bien précises. Nous ajouterons que lorsque des vices organiques ont donné naissance à une anomalie de l'articulation, cette dernière n'a jamais été le vrai bégaiement, c'est-à-dire celui qui offre des intermittences, et qui est modifié selon les circonstances et l'état moral des personnes qui en sont affligées. D'ailleurs, ne voit-on pas des individus qui articulent parfaitement, quoique leur langue présente un ou plusieurs des vices organiques dont il vient d'être question.

Mais, nous dira-t-on, puisque vous ne voulez pas admettre comme causes du bégaiement, les vices organiques de la langue ou des autres organes modificateurs des sons vocaux, cette anomalie de l'articulation est donc un effet sans cause? et si vous lui en accordez une, où pourrez-vous en fixer le siége?...

Selon nous, le bégaiement proprement dit, qu'il ne faut pas confondre avec le bredouillement et le balbutiement, est une modification particulière des contractions des muscles de l'appareil vocal; dont le principal caractère est la répétition par saccades et secousses convulsives d'un plus ou moins grand nombre de syllabes, ou la suspension pénible et momentanée de la voix devant certaines voyelles et certaines consonnes. Cette affection, essentiellement nerveuse, a pour cause un défaut de coordination entre l'innervation et la myotilité, c'est-à-dire entre l'influx nerveux qui suit la pensée et les mouvemens musculaires au moyen desquels on peut l'exprimer par la parole. De ce manque de rapport, de cette désharmonie d'action entre l'excitation nerveuse et les contractions musculaires, résulte un désordre qui, augmentant avec les efforts que l'on fait pour le faire cesser, donne naissance à cette sorte d'état tétanique et convulsif qui constitue le bégaiement.

Mais si par un rhythme ou un autre moyen quelconque on modifie et l'on régularise l'irradiation cérébrale, et si en même temps par une gymnastique particulière de la poitrine, du larynx, de la glotte, de la langue, des lèvres et de la mâchoire inférieure, on place les organes de la parole dans des conditions qui leur impriment des mouvemens plus naturels, plus lents et plus réguliers, alors l'harmonie entre l'innervation et la contractilité se rétablit; l'ordre renaît, le spasme cesse et l'hésitation disparaît.

Quand on peut modifier l'excitation cérébrale en donnant aux bègues la hardiesse, ou plutôt la confiance que les plus timides d'entre eux trouvent dans diverses circonstances, par exemple, lorsqu'ils sont seuls, lorsqu'ils sont sous le masque ou après quelques libations bachiques; alors un grand changement s'opère, et les liens qui tenaient la langue enchaînée, se trouvent rompus comme par enchantement. En effet, nous n'avons presque jamais

empruntée à Désormeaux. A cet égard, une première question doit se présenter tout naturellement à l'esprit du médecin : comment reconnaître ces diminutions d'un tiers, de la moitié, etc., car le toucher est un moyen peu propre à fournir une aussi exacte appréciation de ces modifications ? Mais ceci n'est pas tout : cette manière de régler ainsi les diminutions de la longueur du col pourrait faire supposer que ces modifications sont les mêmes chez toutes les femmes. Aussi les difficultés que l'on éprouve pour fixer à l'aide de ces signes l'époque d'une grossesse sont très réelles.

Les modifications que le col éprouve dans sa longueur n'ont pas lieu à une époque fixe ; le col contribue bien à l'ampliation de l'utérus ; mais ainsi que l'a dit M. Soltz, il ne subit cette ampliation que vers le septième ou le huitième mois. M. P. Dubois a eu occasion d'examiner le col de l'utérus chez une femme morte au huitième mois de sa grossesse, et dans ce cas celui-ci n'avait subi aucune des modifications qui devaient l'unir au corps de l'organe, c'est-à-dire que le col, chez cette femme enceinte de huit mois, était tout aussi long qu'il l'est dans les premiers temps de la grossesse.

Comme on le voit, les calculs de Désormeaux ne sont pas fondés ; le col conserve toute sa longueur jusqu'à une époque de la grossesse assez avancée. Sous ce rapport, les modifications que celui-ci ressent ne peuvent en rien servir à faire connaître l'époque de la conception. C'est donc un signe le plus souvent insignifiant.

Il y a quelque temps, il y avait au n° 32 des salles de la Clinique, une femme qui se disait arrivée au terme de sa grossesse ; cependant le toucher fit reconnaître que le col n'avait à peu près rien perdu de sa longueur ; pour cette raison, M. P. Dubois pensa que cette femme se trompait. Cependant il survint des douleurs qui eurent pour but l'ampliation du col. Plus tard, de nouvelles douleurs se firent sentir plus fortes que les premières, et se terminèrent par l'accouchement. La même chose s'observa chez une autre femme qui ne s'était exposée qu'une seule fois à devenir enceinte, et qui par conséquent pouvait fixer au plus juste l'époque de la conception. Eh bien, elle était arrivée au dernier mois de sa grossesse que le col n'avait subi que de très légères diminutions dans sa longueur. Ce signe n'est donc que peu significatif, et il laisse toujours de l'indécision quand il s'agit de déterminer d'après lui l'époque de la grossesse où une femme est parvenue.

Des modes d'investigations à l'aide desquels on peut reconnaître l'existence d'une grossesse.

Il y en a de plusieurs sortes : 1° L'intelligence, qui interprète tous les faits et en tire des conséquences ; 2° les sens, la vue, le toucher, l'ouïe. Par la vue toute seule, l'on peut quelquefois reconnaître une grossesse. Par la vue, l'on constate l'existence des taches sur le visage chez beaucoup de femmes enceintes ; seulement, comme elles peuvent persister après une première grossesse, ce signe est peu concluant. C'est à l'aide de la vue que l'on reconnaît les diverses modifications qu'éprouvent les sens, la saillie du ventre, les vergetures, la coloration du vagin, etc.

Le toucher. Son emploi à la recherche de l'existence d'une grossesse, suppose plusieurs modes d'examen, l'examen extérieur, l'examen intérieur. L'examen extérieur, c'est le palper abdominal ; l'examen intérieur, c'est le toucher proprement dit. Le toucher comprend deux opérations différentes ; le toucher vaginal et le toucher anal.

Le palper abdominal est un des moyens les plus efficaces pour reconnaître la grossesse, et le plus fréquemment employé. A quelle époque peut-il être utile ? C'est évidemment quand l'utérus arrive au dessus du détroit supérieur, et qu'il peut être accessible à la main ; c'est vers la fin et quelquefois dans le cours du troisième mois. Dans certaines circonstances même, on a pu y avoir recours avec avantage avant cette époque ; il est vrai que, pour être utile, il doit être combiné au toucher vaginal.

Le moment le plus convenable pour pratiquer le palper abdominal, c'est le matin quand la femme est encore au lit, à jeûn. Il est bon de faire vider l'intestin et la vessie, parce que la distension de ces parties pourrait être nuisible à cette manœuvre ; cette précaution cependant est souvent négligée. On a conseillé, quand l'utérus contenait beaucoup de liquide amniotique, de pratiquer le palper abdominal, la femme étant debout, et la vessie remplie d'urine qui serait évacuée artificiellement par le médecin au moment de procéder à l'examen ; on prétendait qu'ainsi les parois abdominales étaient plus flasques.

Il est impossible de dire jusqu'à quel point cette manière de faire est utile et facile. M. le professeur Dubois place la femme dans la position horizontale sur le dos, les membres inférieurs fléchis et la tête un peu élevée ; c'est le meilleur moyen de déterminer le relâchement des muscles abdominaux et de rendre par conséquent plus facile l'opération à laquelle on va se livrer. On applique alors les deux mains vers la partie supérieure de l'abdomen et de chaque côté ; quand la grossesse est peu avancée, une main suffit. Rœdérer a conseillé de placer la main de telle façon que le pouce corresponde à l'ombilic et le petit doigt au pubis. M. Dubois fait tout le contraire ; de cette manière la paume de la main embrasse plus exactement le corps de l'utérus. On engage la femme à faire une grande inspiration, et dans l'expiration on pratique le palper. Cette investigation est quelquefois difficile par suite des contractions tout à fait involontaires des parois de l'abdomen ; il faut alors, comme cela se pratique dans certaines opérations chirurgicales, distraire l'attention de la femme.

Le palper abdominal a pour but, non-seulement de faire reconnaître le développement de l'utérus, mais encore que c'est à la présence d'un fœtus qu'est dû ce développement. Pour cela, on cherche à opérer, à l'aide de la pulpe des doigts, son déplacement dans la matrice, ce qui produit un ballottement tout à fait semblable à celui que l'on obtient à travers le vagin : il est besoin que la grossesse soit déjà un peu avancée, et que l'utérus contienne une assez grande quantité d'eau. Il faut, dit-on, faire coucher la femme sur le côté, et un procédé absolument comme quand on veut reproduire le ballottement vaginal ; on imprime au fœtus un petit mouvement de bas en haut, et laissant les doigts appliqués sur les parois abdominales, l'on sent, quelques instans après, le fœtus retomber et produire un petit choc. Un accoucheur de Londres a conseillé de placer la femme sur les genoux et les coudes, et d'appliquer la main sur le fond de la matrice, et de procéder pour le reste comme dans le cas précédent. Tout cela est de peu d'importance.

Le simple déplacement de l'enfant indique seulement la présence d'un corps solide au milieu d'une certaine quantité de liquide ; le palper peut encore faire reconnaître que l'enfant est vivant; car il est facile de sentir à travers les parois abdominales les mouvemens qu'il opère, et que l'on peut même souvent provoquer par la simple application des mains sur ces mêmes parois. Le palper abdominal est donc un moyen de diagnostic de la grossesse d'une grande valeur.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Relevés et résumés des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la clinique pendant l'année scolaire 1840-41. (Suite du n° 50.)

MÉTRITES NON PUERPÉRALES.

La métrite survenue en dehors des conditions ordinaires, s'est présentée à la clinique huit fois dans le courant de l'année scholaire.

Causes. Sept fois sur ce nombre la maladie sévissait chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfans. Chez la huitième malade, le récit tant soit peu suspect qu'elle nous avait fait de sa maladie, donnait lieu à soupçonner un avortement récent.

Quoi qu'il en soit, il résulte des cas qui précèdent que les couches antérieures favorisent le développement de la métrite, puisque sept de nos malades avaient mis au monde un ou plusieurs enfans.

Position de la matrice. La plupart de ces métrites ont existé avec un changement de position de l'utérus. L'antéversion, la rétroversion, l'inclinaison latérale tantôt à droite, tantôt à gauche, et l'abaissement de cet organe ont tour-à-tour été observés. Dans quelques cas l'axe même de l'utérus avait subi une modification, et nous avons eu occasion de remarquer soit l'antéflexion, soit la rétroflexion de l'organe principal de la gestation.

Formes de la métrite. Dans presque tous les cas la métrite a présenté la forme granulée à laquelle quelques praticiens appliquent improprement la dénomination d'*ulcération* ou d'*exulcération*, dénomination impropre, à la faveur de laquelle ils se font honneur de guérisons faciles de fait, mais qui sont loin de paraître telles aux yeux du vulgaire, les véritables abcès de la matrice étant réellement difficiles à guérir. La métrite granulée, au contraire, se guérit avec assez de facilité, et c'est à elle que vous rapporterez certaines guérisons merveilleuses, qui ne sont rien moins que telles.

Ces prétendues ulcérations sont plutôt pour nous des végétations du col utérin s'étendant de son orifice vers la circonférence ; elles offrent, en effet, ceci de particulier et qui contraste singulièrement avec la dénomination d'ulcération, qu'au lieu d'exister à la condition d'une destruction partielle du col, comme les véritables ulcérations, elles offrent un relief plus ou moins prononcé.

Mais d'autres caractères encore distinguent les granulations des véritables ulcérations. Ainsi, leur produit de sécrétion est un mucus transparent, tenant et adhérent fortement à la surface granulée : tandis que l'ulcération sécrète un pus opaque non adhérent.

Ajoutons encore, que l'ulcère simple non cancéreux est rare, et que, lorsqu'il existe, il se présente sous forme d'une dépression. Celle-ci, au lieu de siéger au pourtour de l'orifice externe du col utérin et d'en faire le tour comme les granulations, n'occupe qu'un seul point, le plus souvent dans l'un des culs-de-sac au lieu d'insertion du vagin sur le col même de l'utérus.

Considérés au point de vue thérapeutique, les ulcères présentent ceci de particulier qu'ils cèdent difficilement à

---

trouvé de bègues hésitant en parlant seuls ou immédiatement après un repas égayé par quelques verres de vin de Champagne.

Si les impressions légères augmentent le bégaiement, les impressions vives, les passions véhémentes, les grands mouvemens de l'âme tels que ceux produits par la colère, la peur, une injure grave, un danger imminent, etc., font quelquefois momentanément disparaître cette infirmité. Il est très curieux que ceux qui d'ordinaire parlent facilement perdent la parole précisément dans quelques circonstances où les bègues la retrouvent.

S'il nous était permis de nous étendre davantage, nous rapporterions un grand nombre de faits tendant tous à prouver que le point de départ du bégaiement n'est pas dans la langue, comme on le croit généralement, mais bien dans le centre nerveux cérébral, et dans une modification de la cause excitante des contractions musculaires de tous les organes de l'articulation.

Considéré sous le rapport de ses formes, de ses variétés et de ses caractères distinctifs, le vice de la parole qui fait le sujet de ce mémoire, a été divisé par nous en deux genres principaux.

Le premier, que nous désignons sous le nom de *choreïque*, à cause de l'analogie qu'il nous semble avoir avec la danse de Saint-Guy, consiste dans une expiration saccadée, coïncidant avec une sorte de chorée des organes vocaux, c'est-à dire avec la succession plus ou moins rapide des mouvemens convulsifs ou *convulsions cloniques* du larynx, de la langue, des lèvres, de la mâchoire inférieure et de tous les muscles qui concourent à l'articulation.

Le second genre de bégaiement, que nous désignons par l'épithète de *tétanique*, est caractérisé par une sorte de raideur tétanique ou *spasme tonique* de tous les muscles de la respiration et principalement de ceux du larynx, de la glotte, du pharynx et de la base de la langue. Ce genre de bégaiement, plus facile à guérir que le précédent, quoique beaucoup plus prononcé et plus pénible, se distingue par une expiration anticipée et par la sortie de l'air par les fosses nasales, par quelques intervalles de silence, par l'immobilité de la langue, par le resserrement de la glotte, par l'ascension et la constriction du larynx, par un sentiment de pression sur la paroi antérieure de la poitrine, enfin par une sorte de suffocation momentanée.

Ce qui distingue surtout le bégaiement *tétanique* du bégaiement *choréïque*, c'est que les personnes chez lesquelles ce dernier genre prédomine, parlent ordinairement avec vitesse, mais sans efforts, quoiqu'elles répètent continuellement les syllabes qu'elles articulent. Dans l'espèce dite *tétanique*, les bègues parlent lentement, sans chercher à se presser, mais en faisant *toujours* des effors pour articuler. Ces deux genres de bégaiement, qui souvent sont réunis chez le même individu, mais à des degrés différens, offrent plusieurs variétés qui exigent quelques modifications dans leur traitement. Le genre *choréïque* en compte quatre, qui sont : 1° le bégaiement *choréïque loquax* ou *avec bredouillement*, c'est le plus fréquent de tous ; 2° le bégaiement *difforme*, accompagné de mouvemens convulsifs de la face ; 3° le bégaiement *aphone* ou bégaiement des femmes : sur 20 femmes que nous avons traitées, 15 étaient affectées de ce genre de bégaiement caractérisé par des mouvemens convulsifs qui ont lieu sans bruit et sans qu'on entende aucune répétition des syllabes ; 4° enfin le bégaiement *lingual*, que l'on reconnaît à la sortie de la langue hors de la cavité buccale. C'est surtout dans cette variété que la section des muscles génio-glosses peut être utile et souvent indispensable.

Le second genre de bégaiement ou bégaiement *tétanique*, comprend six variétés, savoir ; 1° le bégaiement *tétanique muet* ; 2° l'*intermittent* qui, quoique porté souvent à un haut degré, est quelquefois très long temps sans se manifester ; 3° le *choréïforme*, accompagné de mouvemens convulsifs des membres et de la tête ; 4° le bégaiement *canin*, qui est une sorte d'aboiement ; 5° l'*épileptiforme*, qui est accompagné de contorsions et de convulsions cloniques et toniques, analogues à celles qui caractérisent une attaque d'épilepsie ; 6° le bégaiement avec *baryphonie* et *balbutiement*. Cette dernière variété est presque toujours incurable, parce qu'elle coïncide le plus souvent avec un manque d'intelligence ou avec quelques maladies de l'encéphale ou d'autres lésions organiques des centres nerveux.

Les résultats toujours incomplets et souvent négatifs qu'on a obtenus, et que nous avons obtenus nous-même par la section de certains muscles de la langue, n'infirment nullement les idées que nous psofessons depuis long-temps sur l'étiologie et sur la nature essentiellement nerveuse du bégaiement. En effet, si, par la section des muscles génio-glosses, et surtout des génio-hyoïdiens, qui ont des connexions avec la langue, le larynx et la mâchoire inférieure, on est parvenu à diminuer le spasme qui produit l'hésitation, c'est parce qu'on a modifié l'innervation dans les principaux organes de l'articulation, et non parce qu'on leur a donné plus de liberté dans leurs mouvemens. L'opération, loin de faciliter les mouvemens de la langue, rend, au contraire, cet organe toujours moins mobile; c'est même par cette raison qu'il se trouve dans des conditions nouvelles qui le rendent moins propres à exécuter les mouvemens spasmodiques qui donnent lieu au bégaiement. Il est probable, comme le raisonnement et déjà l'expérience nous permettent de le croire, que la glossotomie, acceptée par nous avec restriction, et dans certains cas seulement, ne donnera jamais des résultats aussi nets et aussi complets que nos moyens orthophoniques, et qu'on n'y aura recours que comme à un moyen extrême, et lorsque tous les autres auront échoué.

Avant de terminer ce que nous avions à dire sur l'étiologie du bégaiement, nous ajouterons quelques mots sur la fréquence de cette infirmité, et sur le nombre des personnes bègues comparé à la population de la France et à celle des autres parties du monde.

L'histoire, plutôt que la science, nous apprend que dans tous les temps, dans tous les lieux et dans toutes les classes de la société, il y a eu, comme aujourd'hui, des personnes affectées de bégaiement. En effet, Moïse, Aristote, Démosthènes, Virgile, Philippe Ier. dit le Bègue, empereur de Constantinople, Louis II et Louis XIII, rois de France, étaient nés bègues, de même que Camille Desmoulins et l'un des présidens de la Convention, Boissy d'Anglas, célèbre par son héroïque sang-froid au milieu d'une scène d'horreur.

En prenant pour base les renseignemens que nous avons pu nous procurer, soit à Paris et dans plusieurs départemens, soit par les conseils de révision pour le recrutement de l'armée ou d'après le nombre de personnes bègues que nous avons traitées, nous avons établi une sorte de statistique du bégaiement divisé comme il suit.

Nombre présumé :

- — d'hommes bègues en France, calculé sur 12,000,000 d'individus, dans la proportion de 1 sur 2,500, 4,?00
- — de femmes bègues, calculé sur 11,000,000 dans la proportion de 1 sur 20,000, 5?0
- — d'enfans bègues avant 15 ans, calculé sur 10,000,000 d'individus, dans la proportion du septième parmi les bègues, 76?
- — de Français bègues de tout sexe et de tout âge, calculé sur 33,000,000 d'individus, dans la proportion de 1 sur 5,397, 6,11?
- — d'individus bègues dans le monde entier, calculé d'après la France, 174,149

Il résulterait, d'après cette statistique, qu'il y a environ un bègue sur 2,500 hommes ; une femme bègue sur 20,000 ; un enfant bègue sur sept personnes affligées du bégaiement ; enfin, un

l'emploi du nitrate d'argent, et qu'il faut recourir, pour les guérir, à l'action de la pâte de Vienne, que l'on ôte au bout de quatre à huit minutes lorsque l'eschare est formée, en ayant soin aussitôt après de laver le vagin.

Les granulations ou végétations, au contraire, ne réclament point un tel traitement, et leur guérison s'obtient préférablement en faisant usage du nitrate d'argent. En outre, elles ne sont pas susceptibles d'engendrer des affections dangereuses. Du reste, le nitrate d'argent est préférable au nitrate acide de mercure, en ce sens que ce dernier n'est pas toujours identique quant à sa composition chimique, d'où résultent des différences notables dans son mode d'action : il n'en est pas ainsi du nitrate d'argent. De plus, on voit quelquefois le premier provoquer la salivation mercurielle dès la première cautérisation, et quoique cet accident soit rare, on n'en doit pas moins redouter l'apparition ; c'est là un inconvénient grave, surtout chez les malades de la ville. Enfin, l'action des caustiques solides peut être mieux calculée à l'avance, mieux limitée ; elle porte de préférence sur les points saillans, ce qui est d'une grande importance lorsqu'il s'agit de détruire des granulations ulcérées ou non ulcérées ; tandis que les caustiques liquides fusent de préférence dans les lieux déprimés. Mais un très grand avantage encore, c'est que les cautérisations, qui n'étaient pratiquées autrefois que tous les huit à dix jours, peuvent être répétées tous les trois ou quatre jours avec le nitrate d'argent, ce qui fait que le traitement marche beaucoup plus vite.

CANCERS UTÉRINS.

9 femmes ont été reçues dans le courant de l'année, atteintes de cancer utérin.

Age. Ces 9 cas ont été ainsi répartis eu égard aux âges.

Avant 40 ans,	5 cas.
Après 50 ans,	4 cas.
Total :	9 cas.

Mortalité. 5 malades ont succombé à leur affection.

Etiologie. Voici ce que l'on a remarqué à cet égard. Parmi ces 9 femmes, 6 avaient eu des enfans, et 3 de ces dernières ont fait remonter à leur dernière couche les premiers symptômes de la maladie. On n'a pas recueilli de renseignemens chez les autres.

Chez une femme âgée de soixante-seize ans, la maladie a été méconnue ; en voici les motifs. Elle a été transportée mourante à la clinique ; depuis quelque temps elle avait du dévoiement, et rendait du sang avec les selles. Du reste, cette dernière circonstance, c'est-à-dire la présence du sang dans les selles, ne nous a pas été d'abord connue, et comme d'autre part il n'existait pas d'écoulement caractéristique, rien n'a appelé notre attention du côté de la matrice. A l'autopsie, on a trouvé un cancer ulcéré de l'utérus, établissant une communication avec le rectum.

Chez une seconde malade, le col utérin était détruit. Une troisième a offert une circonstance digne de remarque : le col de la matrice présentait l'apparence normale ; mais en forçant un peu la cavité du col on arrivait alors dans celle du corps, et le doigt pénétrait dans une cavité anfractueuse.

Dans six cas, le cancer s'étendait au vagin, et dans un autre, au rectum.

PHLEGMASIES DU BASSIN ET DES FOSSES ILIAQUES.

L'inflammation tant du bassin que des fosses iliaques, s'est présentée neuf fois cette année.

Quatre fois l'inflammation s'était développée au milieu de conditions puerpérales. Dans les cinq autres cas, elle a existé trois fois chez des hommes et deux fois chez des femmes.

Age. Les femmes atteintes d'inflammation puerpérale, étaient âgées de 18 à 27 ans.

De celles-ci, 3 seulement sont guéries.

Début. La maladie a débuté du septième au dix-neuvième jour après l'accouchement.

Symptômes. Une fois des vomissemens ont existé au début ; quelquefois on a remarqué la flexion des cuisses. L'utérus a presque toujours été trouvé immobile.

Terminaison. Chez deux des femmes se trouvant dans des conditions puerpérales, l'inflammation s'est terminée par suppuration : une de ces deux malades a succombé ; chez l'autre, qui est guérie on a donné issue au pus au moyen de l'instrument tranchant. Chez une troisième malade, nous avons présumé que le pus s'était fait jour dans le vagin ; mais la femme ayant succombé, à l'autopsie on n'a constatée rien qui fût capable de confirmer un semblable soupçon. Toutefois, l'écoulement puriforme avait été pendant long-temps tellement abondant, et la douleur si vive, que nous avions cru devoir même nous abstenir d'appliquer le spéculum.

Les phlegmasies non puerpérales ont débuté par un frisson ; deux fois il y a eu des vomissemens ; une fois flexion des cuisses.

Terminaison. Deux fois la phlegmasie s'est terminée par suppuration ; une fois les selles ont été manifestement purulentes. Deux fois la résolution s'est opérée, et dans un cas l'état chronique a succédé à l'état aigu. K...

HOPITAL DES INVALIDES. — M. PASQUIER fils.

Fractures de la rotule.

Nous allons rapprocher trois cas de fracture transversale simple de la rotule, différemment consolidés, quoique soumis au même mode de traitement.

Un mot sur le traitement employé. Celui auquel M. Pasquier a recours est très simple. Considéré dans la position, il consiste dans l'extension du membre et l'élévation du pied pour faire descendre le fragment inférieur ; dans la flexion du tronc sur les membres pelviens, se rapprochant de la position assise, pour relâcher le muscle droit antérieur, ainsi que le recommande A. Cooper. Considéré dans l'appareil proprement dit, qui se rattache aux inamovibles, il consiste dans le bandage roulé, étendu du pied au genou, pour prévenir l'œdème du membre, et dans plusieurs 8 de chiffre embrassant l'articulation fémoro-tibiale, se croisant au creux poplité, servant comme moyen de rapprochement aux fragmens roulés. M. Pasquier attribue aux 8 de chiffre l'avantage de ne pas provoquer la formation du pli cutané et son enfoncement entre les deux fragmens, comme cela arrive fréquemment lorsqu'on veut obtenir leur rapprochement au moyen du bandage uniforme des plaies en travers ou de tout autre bandage analogue.

Le premier de nos malades, le nommé Charles Griboval, âgé de soixante-deux ans, entré le 16 décembre dernier au n° 2 de la petite salle de la Valeur, attribuait sa fracture à une chute sur le genou ; l'état de cette région, au moment de l'arrivée du malade à l'infirmerie, n'accusait cependant pas l'action d'une cause violente, de sorte que le vague qui régnait dans les réponses du malade a laissé de l'incertitude sur la nature de la cause de la fracture. Le peu d'intensité des accidens locaux permit bientôt l'application de l'appareil inamovible ; le travail d'union s'est fait avec lenteur, et ce n'est qu'au bout de trois mois que Griboval a commencé à marcher.

Les fragmens ont laissé entre eux un écartement de six lignes environ ; la mobilité dont ils jouissent, dénote assez clairement que l'union s'est faite au moyen d'une substance ligamenteuse.

Le second malade, Gras, soldat invalide, âgé de cinquante-sept ans, s'est fracturé la rotule dans une chute sur le genou : l'accident a eu lieu le 19 juin 1839. Ce qui paraît témoigner en faveur d'une fracture par cause directe, et non par effort musculaire, c'est que Gras est tombé sur le genou ayant d'abord trébuché.

Gras n'a marché qu'au bout de sept mois ; mais deux circonstances particulières expliquent la restitution aussi tardive du membre à ses fonctions : ce sont, d'une part, une blessure par arme à feu, ancienne, au creux du jarret du membre fracturé, et d'autre part des douleurs rhumatismales.

L'union de la fracture s'est faite dans ce cas également au moyen d'une substance ligamenteuse intermédiaire, ainsi que le démontre la mobilité des fragmens. L'écartement que ceux-ci présentent est de près de deux pouces ; savoir, beaucoup plus prononcé que dans le cas précédent.

L'histoire du troisième malade ne nous intéresse que sous le rapport de l'autopsie. En effet, ce sujet ayant succombé à une époque déjà éloignée de la fracture, à l'examen du membre on a trouvé que, malgré l'écartement que les fragmens avaient conservé entre eux, leur union s'était faite par un véritable cal osseux.

Les expériences d'A. Cooper, qui ont jeté tant de lumière sur l'histoire des fractures de la rotule, dont on s'était déjà beaucoup occupé depuis A. Paré, ont fait sentir plus que jamais la nécessité de les traiter par la position asso-ciée au bandage. Ces expériences ont démontré, sans réplique, que la rotule n'est pas par elle-même réfractaire au travail du cal, puisque celui-ci a toujours eu lieu chez les animaux chez lesquels ce chirurgien avait produit des fractures longitudinales sans écartement des fragmens, et que si sur l'homme on n'obtenait dans l'immense majorité des cas qu'une réunion au moyen d'une substance ligamenteuse intermédiaire, il fallait l'attribuer aux moyens thérapeutiques usités, insuffisans pour procurer le contact des fragmens. C'était mettre le doigt sur le mal sans y appliquer un remède, dont la scienee est encore dépourvue, car nous ne possédons pas de moyen capable d'opérer le rapprochement exact des deux fragmens rotuliens, dans les fractures transversales. Il n'est malheureusement que trop vrai que l'action des bandages et appareils employés aujourd'hui même contre cette fracture, est presque toujours illusoire ; le bon moyen est encore à trouver ; quoi que nous fassions, nous ne guérissons pas autrement qu'avec écartement et par l'intermède d'une substance ligamenteuse ; et lorsque, par extraordinaire, la consolidation osseuse a lieu, malgré la persistance d'un certain degré d'écartement, nous en ignorons les motifs.

Il est assez curieux de voir Valentin et Sabatier rejeter pour ces fractures toute sorte de bandages et recommander simplement la position, partant de cette idée qu'elles ne se réunissent jamais au moyen du cal osseux. Il faut pourtant croire que cette pratique n'était pas la plus mauvaise, puisque, malgré ce qu'avaient professé dans un sens opposé A. Paré, Heister, J.-L. Petit, Duverney, Delamotte, Louis, etc., elle prévalut jusqu'à l'époque où Desault démontra, par des pièces pathologiques, que, contrairement à l'opinion de Valentin, la réunion osseuse était possible.

A voir les résultats peu favorables que nous obtenons aujourd'hui par nos moyens de traitement, on est porté à croire que les choses ne devaient guère se passer plus mal du temps de Valentin. Toutefois, la pratique suivie aujourd'hui est préférable, ne procurerait-elle que les avantages qui résultent de l'immobilité de la région malade, qui est mieux obtenue qu'elle ne le serait par la position seulement sans bandage.

Quant aux autres avantages que nous nous plaisons à attribuer aux appareils dont nous faisons usage, si on les considère de près, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'ils sont, la plupart du temps, illusoires. Nous avons vu qu'ils n'ont aucun pouvoir pour procurer la réunion osseuse. Ensuite, on lui attribue de favoriser le rapprochement des fragmens, d'où résulte au moins l'avantage de diminuer l'étendue de la substance ligamenteuse interposée aux fragmens. Mais il n'est rien moins que certain que les différens moyens que l'on a inventés agissent dans le sens désiré, et il ne serait pas difficile de démontrer que plusieurs d'entre eux atteignent un but tout à fait opposé.

Nous voyons dans le second des cas que nous avons rapportés, que l'écartement des fragmens, et par conséquent l'étendue de la substance intermédiaire, a été plus considérable que chez le premier sujet, quoique le même traitement ait été employé dans les deux cas ; et notons de plus que le malade n'ayant marché qu'au bout de sept mois, et s'étant même servi de béquilles pendant long-temps, par suite de son ancienne blessure, on ne pourra pas en accuser l'usage trop précoce des membres, qui aurait entraîné l'allongement du tissu ligamenteux intermédiaire. En terminant, nous rapellerons que Dupuytren,

individu bègue sur 5,397 personnes de tout sexe et de tout âge. Il est bon de dire que dans nos calculs, nous n'avons voulu parler que des individus affectés d'un bégaiement assez apparent, et non de ce vice très léger et des autres vices de la parole. Nos calculs seraient beaucoup plus élevés, s'il en était autrement.

Nous terminerons la première partie de ce mémoire, en disant que, puisque nous avons établi que le bégaiement ne dépendait pas d'un vice organique de la langue, mais bien de conditions complexes, c'est-à-dire de l'action irrégulière et anormale de divers appareils d'organes, il est permis de conclure que cette infirmité ne pourra que dans quelques cas particuliers être amenée à une cure complète par une opération chirurgicale. D'ailleurs, lors même que l'expérience, déjà venue à l'appui du raisonnement, n'aurait pas prouvé l'insuffisance et souvent même l'inefficacité absolue de la glossotomie, cette opération ne devrait être pratiquée qu'avec réserve et non dans tous les cas, comme on le fait depuis quelque temps. Outre l'inconvénient qu'elle présente de ne *pouvoir seule* atteindre que très rarement le but qu'on se propose, elle a celui d'être quelquefois suivie d'accidens si fâcheux, qu'une des personnes qui l'a subie en est morte. Il est donc plus rationnel, plus sûr et surtout moins dangereux, de recourir d'abord à des moyens arthrophoniques beaucoup plus certains, et qui sont basés sur un grand nombre de faits que l'expérience, ce juge suprême en médecine, vient confirmer tous les jours.

Dans une autre séance, si M. le Président veut bien nous accorder la parole, nous ferons connaître avec détails les moyens curatifs des divers vices de l'articulation, dont, depuis près de quatorze ans, nous avons fait l'application sur 692 personnes, parmi lesquelles 537 ont été délivrées de leur infirmité d'une manière complète. Nous dirons aussi que, parmi les personnes qui ont éprouvé des rechutes, plus de 40 ont été parfaitement guéries après un second traitement. Si quelques individus ont vu leur hésitation persister ou se reproduire, ils doivent en attribuer la cause, soit à un manque de temps et d'assiduité ou à un défaut d'intelligence, soit à une lésion de l'encéphale ou à quelques vices organiques incurables.

Enfin, nous ajouterons que, quoique nos moyens curatifs aient déjà été sanctionnés par l'Académie, qui nous a décerné une honorable récompense, il y a huit ans, nous formons encore un vœu, c'est que la commission nommée pour apprécier les résultats du traitement chirurgical du bégaiement, veuille bien nous permettre de lui présenter des personnes que nous avons traitées ou qui sont encore en traitement, et nous adresser celles qu'elle aura examinées, et sur lesquelles la section des muscles de la langue aura été insuffisante ou tout à fait inutile. Par ce genre d'éprouve, messieurs les membres de la commission seront à même d'établir un jugement comparatif des diverses méthodes, et pourront se convaincre que la glossotomie ne peut être admise comme une méthode générale, mais seulement comme une méthode exceptionnelle et un adjuvant des méthodes orthophoniques.

Quelques journaux ont avancé que plusieurs des strabiques opérés par M. le docteur Baudens, avaient éprouvé des accidens. On citait, entre autres, une demoiselle de Lunéville, qui aurait été affectée de paralysie de la paupière supérieure. M. le docteur Auguste Baudens, frère de M. Lucien Baudens et médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, nous prie de démentir ces faits complètement inexacts. Nous avons, en effet, sous les yeux :

1° Une lettre de M. le docteur Germain, chirurgien-major au 9e hussards, à Lunéville, qui déclare faux les faits avancés.

M. le docteur Baudens, dit-il, a opéré ici quatre sujets du strabisme :

D'abord, deux militaires appartenant au 13e régiment de chasseurs à cheval ; l'un pour un strabisme externe, l'autre pour un strabisme interne. Ces deux militaires sont à leur régiment où ils font leur service, sans qu'aucun accident qui mérite la moindre annotation soit survenu depuis qu'ils ont été opérés.

Ensuite deux demoiselles de cette ville, qui n'ont éprouvé non plus aucun accident.

2° Une lettre de mademoiselle Rosalie Joly, qui déclare, dans les termes les plus bienveillans pour M. Baudens, être tout à fait guérie, et n'avoir jamais eu de paralysie de la paupière supérieure.

M. le docteur Auguste Baudens s'étonne que l'on ait saisi le moment où son frère accomplit en Afrique une mission honorable pour l'attaquer aussi injustement.

Ces lettres sont déposées au bureau du Journal, et nous sommes prêts à les montrer à qui pourra le désirer.

dans beaucoup de cas, s'est abstenu de tout appareil, en se bornant à placer le membre dans une extension parfaite, et que les malades ont très bien guéri. N. M.

Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie; par M. Ribes, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, etc. — Deux volumes in 8° de 608, 638 pages, avec 9 planches. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Les deux volumes dont le chirurgien de l'Hôtel des Invalides vient de doter la science n'ont pas, il est vrai, le mérite de la nouveauté, puisque les matières qu'ils renferment avaient été publiées dans plusieurs thèses inaugurales, dans les mémoires de la Société médicale d'Emulation, dans les Bulletins de la Faculté de médecine, dans le Journal de M. Magendie, dans le Dictionnaire des sciences médicales, dans la Revue médicale, dans les Archives de médecine et dans la Gazette médicale; mais leur ensemble, leur rapprochement et les changemens que l'auteur a apportés dans plusieurs articles en font un recueil précieux que les praticiens consulteront toujours avec profit, comme les beaux mémoires de Desault, de Dupuytren, d'Astley Cooper, de Scarpa, de M. Larrey, etc.

En tête du premier volume est un premier travail de physiologie lu par l'auteur, en 1814, à la Société médicale d'Emulation, et publié en 1816 dans le huitième volume des mémoires de cette compagnie. Ce travail est relatif aux ganglions: il est parfaitement connu par les anatomistes, cité et analysé dans un grand nombre d'ouvrages d'anatomie. L'auteur y examine en outre la question de savoir par quelle voie les boissons prises par l'estomac reviennent par les reins. Il a fait des expériences curieuses qui l'ont conduit à cette conséquence: la boisson est absorbée en partie par les villosités intestinales qui sont autant d'extrémités veineuses, passe dans les branches de la veine-porte ventrale et hépatique, ensuite dans les veines sus-hépatiques et dans la veine cave inférieure; puis dans le cœur et les poumons avant de revenir par les reins; mais le cœur l'envoie à son tour dans toutes les parties du corps d'abord. Imaginez maintenant un poison dissous dans la boisson: n'est-il pas évident que ce poison aura d'abord frappé tous les organes, subi des transformations diverses avant de revenir en partie par les reins? On comprend par là pourquoi, en cas d'empoisonnement métallique, c'est dans les grosses veines de l'abdomen et dans le foie qu'on rencontre le plus de poison à l'état de pureté, et pourquoi l'idée des remèdes réputés diurétiques comme contre-poison est une absurdité enfantée par une complète ignorance des lois de l'organisme.

Un second mémoire est consacré à l'étude de la phlébite; il date de 1835 et a été publié dans la Revue médicale. Cependant les recherches dont ce travail est composé remontent à 1816. L'on sait qu'elles ont servi de point de départ aux travaux postérieurs sur la phlébite, tout étant encore à faire sur cette matière lorsque M. Ribes fit connaître ses observations. Ces recherches n'ont point vieilli depuis lors, et l'on peut dire avec vérité que nulle part dans les travaux fréquens sur la phlébite on ne trouve d'idées plus précises, d'observations plus exactes que le travail original que nous avons sous les yeux.

Vient un mémoire sur la fragilité des os chez les vieillards, publié en 1819 dans le Bulletin de la Faculté de médecine. L'auteur y étudie les changemens de structure et de consistance que les os éprouvent depuis l'enfance jusqu'à l'âge le plus avancé, et il arrive à cette conclusion: que la fragilité des os chez les vieillards tient essentiellement à ce que le mode d'action y est changé, et que les parties constituant la texture des os y sont réellement en moindre quantité que chez les individus moins âgés, et non à la diminution de la gélatine et à la surabondance de phosphate de chaux auxquelles on attribue ordinairement cette fragilité. L'opinion généralement reçue aujourd'hui est que la fragilité des os dans la vieillesse tient à l'atrophie du parenchyme osseux, atrophie qui s'annonce par l'augmentation de la capacité des cellules osseuses et de l'huile médullaire qui les remplit et les macère en quelque sorte. Le résultat auquel M. Ribes était arrivé à une époque où tout était hypothétique à cet égard, diffère fort peu, comme on le voit, de l'opinion qu'on s'est formée depuis sur des recherches ultérieures.

Un quatrième mémoire, publié en 1829, a pour sujet quelques généralités de médecine, en particulier quelques maladies réputées humorales. Ce travail, qui échappe à l'analyse, renferme des remarques de haute physiologie, et de pratique très intéressantes. L'auteur fait voir les incommodités et les maladies qui peuvent résulter de la constipation; il rappelle une réflexion curieuse de Voltaire à ce sujet.

« Saint Paul disait que les Crétois étaient toujours menteurs, de méchantes bêtes et des ventres paresseux. Le médecin Hecquet entendait par ventre paresseux que les Crétois allaient rarement à la selle, et qu'ainsi la matière fécale refluant dans leur sang, les rendait de mauvaise humeur et en faisait de méchantes bêtes. Il est très vrai qu'un homme qui n'a pu venir à bout de pousser sa selle sera plus sujet à la colère qu'un autre: sa bile ne coule pas, elle est recuite; son sang est aduste. Quand vous avez, le matin, une grâce à demander à un ministre ou à un premier commis de ministère, informez-vous adroitement s'il a le ventre libre. Il faut toujours prendre *mollia fandi tempora*. Personne n'ignore que notre caractère et notre tour d'esprit dépendent absolument de la garderobe. Il y a une grande analogie entre les intestins et nos passions, notre manière de penser, notre conduite. »

Un peu plus loin, l'auteur reproduit une anecdote curieuse de la vie du cardinal de Ximénès. Son biographe dit que « l'éclat de tant de brillantes qualités fut un peu terni par quelques défauts. Ce prélat fut fier, dur, opiniâtre, ambitieux, et d'une mélancolie si profonde, qu'il était presque toujours insupportable dans la société, et assez souvent à charge à lui-même. Cette tristesse pouvait venir de la conformation de son crâne, composé d'un *seul os sans suture.* »

Que de têtes sans sutures ne pourrait-on pas citer parmi les notabilités médicales de notre époque, qui ne sont pourtant pas des Ximénès?

Suivent plusieurs mémoires sur l'anatomie délicate de l'œil et de ses dépendances. Ces différens sujets sont traités avec un soin si minutieux, les observations de l'auteur sont si exactes, si belles, qu'on les relit toujours avec un nouveau plaisir. Peu d'anatomistes se sont livrés avec autant de patience et de succès que M. Ribes dans ces délicates investigations.

Nous trouvons encore dans ce premier volume quatre mémoires de la plus haute importance: l'un sur le mode de réduction de la hernie étranglée propre à M. Ribes, mode de réduction dont on a fort souvent constaté l'heureuse efficacité; l'autre sur les anévrismes pris pour des abcès et les abcès pris pour des anévrismes; le troisième sur la nécrose, le quatrième sur la carie. Il nous est impossible, dans une courte analyse, de suivre l'auteur dans les développemens qu'il donne à chacun de ces importans travaux.

Nous en dirons autant d'une dizaine d'autres mémoires d'une haute portée chirurgicale consignés dans le second volume, savoir: sur les fistules à l'anus, sur les maladies du périnée, sur les fractures de différentes régions, sur les affections des os maxillaires, sur les luxations des vertèbres et du fémur; recherches sur l'oreille, sur le cerveau, etc., etc. Partout on voit dans ces précieux travaux le même observateur exact, consciencieux, profond et à la fois modeste. Ce qu'il y a de plus remarquable, de plus satisfaisant peut-être pour l'auteur, c'est qu'un laps de temps de plus d'un quart de siècle n'a rien ôté à la justesse et à l'originalité de tous ces travaux. C'est déjà faire sentir qu'il n'est pas de chirurgien qui puisse se dispenser de posséder la belle collection dont M. Ribes vient de doter l'art de guérir. X.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique des 26 et 27 avril, sont nommés: Professeur de physique générale et expérimentale au Collége de France, en remplacement de M. Savart, décédé, M. Regnault; professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Geoffroy Saint-Hilaire, démissionnaire, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, son fils; maître de dessin (iconographie végétale) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Redouté, décédé, M. Lesourd de Beauregard.

M. Charrière a adressé la lettre suivante à l'Académie de médecine:

Monsieur le président,

Il résulte des remarques qui m'ont été adressées à différentes époques soit par MM. les médecins, soit par les personnes du monde, que dans l'allaitement artificiel, le lait afflue parfois avec trop d'abondance dans la bouche des enfans, et que c'est là un inconvénient que je devrais faire disparaître de mes biberons, sans toutefois compliquer ces appareils. J'avais pensé tout d'abord à modérer la sortie du lait, à la régulariser même, à l'aide d'une modification apportée dans l'intérieur du mameion artificiel; mais il est évident que c'eût été là une complication de l'instrument, qui aurait apporté quelques obstacles à la facilité de son nettoyage. J'ai préféré avoir recours à un autre moyen beaucoup plus simple et à la portée de tout le monde. Ce moyen consiste à coiffer le bois du mamelon d'un linge, avant de l'introduire dans la carafe. On comprend facilement que, suivant que les fils de ce linge seront plus ou moins serrés, le passage du lait aura lieu avec plus ou moins d'abondance, et qu'on aura ainsi une espèce de régulateur de la plus grande simplicité. Ce linge, représentant en outre un crible, ne laissera arriver dans la bouche de l'enfant qu'un lait pur et dégagé de toute espèce de corps étranger; de plus, il fixera d'une manière parfaite le bois à la carafe.

L'Académie royale de médecine ayant fait un accueil très favorable à mes appareils d'allaitement, j'ai cru devoir me hâter de lui faire part de cette modification.

J'ai l'honneur, etc. Charrière.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 11 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 58, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Induration du placenta. Mort du fœtus. Avortement.

Tout le monde connaît l'importance du placenta dans la vie intrà-utérine; c'est cet organe, en effet, qui supplée aux fonctions de la digestion et de la respiration chez le fœtus. On ne sera donc pas surpris des nombreux exemples d'accidens plus ou moins funestes pour l'enfant, par suite d'altération du placenta. M. Dubois a, plusieurs fois déjà, rencontré des cas de ce genre; aujourd'hui il s'en trouve encore un nouvel exemple dans les salles de la Clinique.

Il y a quelques jours, une femme entre dans le service environ au cinquième mois de sa grossesse, et accouche d'un enfant mort. Il était manifeste que cet enfant avait cessé de vivre depuis déjà quelque temps, quoique la mère ait raconté qu'elle avait ressenti ses mouvemens jusque dans les derniers jours. En examinant le placenta, l'on voit qu'il présente une grande plaque indurée qui occupe environ le tiers de son étendue; il existe dans plusieurs autres points quelques noyaux d'induration; l'on trouve aussi une petite apoplexie. Il est probable que ces différentes indurations ont succédé à des hémorrhagies, ou mieux à des apoplexies placentaires dont elles sont la conséquence, ce qu'il a été facile de constater dans d'autres circonstances, à moins qu'on n'admette que cette altération résulte de l'inflammation du placenta, ce qui n'est pas probable.

Position transversale du fœtus reconnue par le palper abdominal. Terminaison de l'accouchement par la version.

M. Dubois a terminé, il y a quelques jours, un accouchement par la version dans un cas remarquable. C'était chez une femme qui fut couchée, vers la fin de sa grossesse, au n° 13 des infirmeries, où elle était descendue pour une névralgie dentaire, qui s'accompagnait, chez elle, d'un peu de fièvre. Avant son accouchement, elle offrait une particularité assez curieuse; M. Dubois croit reconnaître, à l'aide du palper abdominal, que le tronc de l'enfant se trouvait placé transversalement. Par le toucher vaginal, on ne sentait aucune des parties de l'enfant au détroit supérieur, là où ordinairement il est accessible au doigt. Cette impossibilité de rencontrer le fœtus dans le segment inférieur de la matrice, venait confirmer la première opinion. Quelques tentatives furent faites par le professeur dans le but de ramener l'enfant à une meilleure position; d'une main il déprima d'un côté, à travers les parois abdominales, vers les extrémités du fœtus, et de l'autre main il chercha à faire subir à l'autre extrémité un mouvement d'élévation; mais, voyant qu'il n'obtenait presque rien, il cessa ses manœuvres.

Un deuxième examen, pratiqué au bout de quelque temps, amena le même résultat: on put constater que les rapports du fœtus étaient les mêmes.

Ce n'est pas chose commune que de reconnaître ainsi, à travers les parois abdominales, la position du fœtus, et cette circonstance inspira quelque crainte au professeur, qui, à cause de cela, se tint sur ses gardes. Le travail commença bientôt; M. P. Dubois voulait attendre la rupture des membranes avant de provoquer l'accouchement, si besoin en était; mais cette rupture, qui arriva promptement, ne lui permit pas d'examiner les parties. La main gauche du fœtus apparut aussitôt en dehors de la vulve; le chirurgien introduisit la main droite, accrocha un genou et amena le pied, et, sans prendre la précaution d'aller chercher l'autre extrémité pelvienne, il fit venir le bassin au détroit inférieur; mais la tête éprouva de grandes difficultés pour franchir l'orifice interne de l'utérus, spasmodiquement contracté. Il suffit d'introduire le doigt pour sentir cet orifice fortement serré sur la tête de l'enfant.

Cette dernière partie du travail fut longue; la circulation du fœtus avait été considérablement gênée, sans que la respiration eût pu s'établir, aussi pensa-t-on que l'enfant ne pourrait pas vivre. Cependant, comme on s'aperçut qu'il existait encore quelques battemens du cœur, on s'empressa de faire des insufflations avec le tube laryngien, et l'enfant revint assez rapidement à la vie. L'effet de l'introduction de l'air dans les poumons était, dans cette circonstance, d'une appréciation facile; car il suffisait de ralentir un peu les insufflations pour voir en même temps l'enfant cesser de se ranimer.

Oppression considérable. Accouchement avant terme.

Dans les salles de la Clinique, est une autre femme qui se trouve dans une position assez grave. Elle est enceinte de son premier enfant. A l'époque de ses règles, elle éprouvait quelques symptômes d'étouffement qui étaient moins considérables quand l'écoulement menstruel était plus abondant. Cette femme est devenue enceinte vers le mois de juillet; par conséquent, elle serait arrivée au huitième mois de sa grossesse, ce qui d'ailleurs s'accorde très bien avec le développement du ventre.

Depuis l'époque de sa conception, l'essoufflement, qui ne se manifestait chez elle qu'au moment de ses règles, et encore à un assez faible degré, existe continuellement; et, il y a deux mois, il s'est ajouté à cet accident un nouveau symptôme qui n'en est que la conséquence, une infiltration des membres inférieurs, occupant d'abord les pieds, puis les jambes, et s'étendant aujourd'hui jusqu'aux cuisses et un peu aux parties génitales externes. A cela s'est mêlée une toux assez opiniâtre, revenant par accès assez fréquens.

Pour calmer cette série d'accidens, on a eu recours à la saignée et aux préparations opiacées. La saignée, vu l'état anémique de cette femme, n'a pu être fréquemment répétée, quoique ce fût un moyen qui parût assez efficace.

Cependant la grossesse avançait toujours vers son terme, quand, hier matin, cette femme fut prise d'accidens plus intenses; l'infiltration et l'oppression augmentèrent d'une manière assez rapide.

Ce cas est grave, parce qu'il ne serait pas impossible que cette femme succombât avant son accouchement; il est grave, parce que le produit de la conception pourrait être expulsé par le fait même des accidens, ce qui n'empêcherait pas la mort d'avoir lieu.

Et d'abord, ce que l'on observe ici est il déterminé par l'état de gestation? La chose est possible. On cite, en effet, d'assez nombreux exemples d'accidens qui ont pu devenir graves par suite des modifications nerveuses survenues pendant la grossesse, sans qu'il existât de lésions organiques proprement dites. Par conséquent la grossesse peut aller jusqu'à déterminer de très sérieux accidens. D'une autre part, il est possible qu'il existe chez cette femme un commencement de lésions organiques auxquelles on n'aura pas encore fait attention. Il n'est pas rare de voir des lésions de cette nature se développer pendant la grossesse sans accidens nerveux concomittans. Il se présente une question insoluble: Existe-t-il un mode d'investigation capable de faire reconnaître, dans le cas actuel, à quel genre de lésion on a affaire? On doit toujours donner au diagnostic une grande importance; mais il n'est pas exact de dire que tout traitement est fondé sur lui. Ainsi, dans le cas présent, rien ne pouvait faire connaître si les symptômes observés dépendaient d'une affection nerveuse ou d'une lésion organique. Un traitement n'en a pas moins été institué qui a amendé un peu l'état de la malade.

Que restait-il à faire? Recourir de nouveau aux moyens palliatifs comme la saignée, les calmans, auxquels il faudra s'en tenir s'ils produisent toujours de bons effets. Mais, si les symptômes s'aggravent, quelle sera la conduite de l'accoucheur? Que les désordres qui existent reconnaissent pour point de départ une lésion organique ou une modification nerveuse, il faudrait faire cesser la grossesse qui complique singulièrement la question.

Il y a des gens qui parlent d'un accouchement prématuré comme d'une chose peu sérieuse, et qui disent assez légèrement, sans avoir trop réfléchi aux suites possibles: Il faut provoquer l'accouchement; car il n'est pas démontré que les moyens employés dans ce cas soient innocens, au contraire. Et puis ces moyens ne réussissent pas toujours; ainsi, chez une primipare, l'introduction de l'éponge préparée dans le col utérin est chose assez difficile,

FEUILLETON.

CONCOURS POUR LES DEUX CHAIRES VACANTES A STRASBOURG.

Composition écrite.

Le concours qui vient de s'ouvrir devant la Faculté de médecine de Paris, a causé une rumeur dont le retentissement dure encore. Exposons les faits en peu de mots. Un homme qui avait pris une part active au grand mouvement chirurgical de l'époque, dut quitter Paris, où il brillait, pour aller diriger le service chirurgical de l'hôpital militaire de Strasbourg, un des trois hôpitaux d'instruction de France. Celui du Val-de-Grâce est un hôpital de perfectionnement. Le ministre de l'instruction publique ne tarda pas à savoir qu'il y avait à Strasbourg un chirurgien capable de figurer dignement dans une chaire de la vieille faculté ancienne, et une place de professeur de clinique chirurgicale fut créée. Cette place, M. Bégin la remplit avec talent, c'est ce que tout le monde doit penser; avec un zèle incessamment actif, c'est ce que tout le monde ne peut savoir au même degré, attendu que l'activité, une des qualités les plus remarquables du chirurgien en chef actuel du Val-de-Grâce, est, en quelque sorte, une qualité intime qu'il faut voir dans ses effets immédiats. Il arriva un moment où M. Bégin fut obligé d'opter entre une belle position chirurgicale, belle sous tous les rapports, qu'il s'était faite à Strasbourg, et le vœu de l'administration de la guerre qui l'appelait à la direction chirurgicale du premier établissement du royaume, l'hôpital de perfectionnement.

M. Bégin est un chirurgien militaire, tout entier à la chirurgie militaire, qu'il aime avec dévouement. Il ne balança point. La chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg devint vacante. Tout en appréciant, comme ils le méritaient, les motifs qui avaient déterminé M. Bégin, cette Faculté ressentit profondément le coup qui était porté à son avenir et à sa dignité. De son côté, elle prit dès lors une détermination secrète. Le concours qui devait pourvoir au remplacement de M. Bégin fut annoncé, et, sur ces entrefaites, M. Scoutteten, chirurgien-major à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, fut nommé chirurgien en chef, premier professeur, à Strasbourg, où il s'inscrivit pour le concours qui allait donner un nouveau professeur à la Faculté. Il ne tarda pas à savoir cependant, de la manière la plus directe et la plus formelle, qu'il n'avait aucune chance d'être nommé, hors de certaines conditions. Nous ne voulons pas, lui disait-on, que la Faculté de Strasbourg ait un professeur aujourd'hui et n'en ait plus demain; il ne faut pas qu'elle soit prise et laissée comme un pis-aller; elle a besoin de stabilité et de dignité. Une faculté qui serait sujette à un renouvellement incessant perdrait bientôt toute considération, et n'existerait que nominalement. Nous laissons le lecteur peser ces raisons, et se prononcer lui-même sur leur valeur. Donnez, ajoutait-on, donnez votre démission, ou promettez de la donner, et nous vous nommerons, et nous serons heureux de vous avoir parmi nous.

M. Scoutteten, attaché de cœur, lui aussi, à la chirurgie militaire, n'accepta pas un seul instant l'idée de donner sa démission, et réclama contre une exclusion qui lui paraissait, eu égard à la nomination de M. Bégin, souverainement injuste. Ainsi, réclamation au ministre, puis lettres, articles dans les journaux, rumeur, esclandre. Il ne fallut rien moins qu'un coup d'état pour terminer cette émeute. Le grand-maître, après avoir pris l'avis du conseil royal, décréta par ordonnance, que le concours pour la nomination de deux professeurs à la Faculté de Strasbourg aurait lieu devant celle de Paris. Donc, victoire pour M. Scoutteten; défaite et confusion pour le corps médical enseignant de Strasbourg.

Le conseil royal et le ministre, il faut le reconnaître, ont été mus par de bons et équitables sentimens. Ils n'ont vu qu'un fait, celui de l'exclusion de la chirurgie militaire, et cette exclusion leur a paru injuste. La chirurgie militaire leur en doit de la reconnaissance; mais peut-être, les raisons de la Faculté de Strasbourg méritaient-elles une sérieuse considération. Nous examinerons tout à l'heure si, en général, il peut y avoir avantage à ce que les concours pour les nominations de professeur dans les facultés de province, aient lieu à Paris.

On devait s'attendre, après tant d'efforts, à voir M. Scoutteten triomphant arriver à Paris, et, champion plus ardent que tous les autres, se mêler à la lutte. Aucunement; le concours s'est ouvert, et M. Scoutteten n'y figure pas! Qu'en auront pensé le conseil royal et le grand-maître?

Voici, assure-t-on, la raison de non-comparoir alléguée par M. Scoutteten. « Dans le cas où je serais nommé, je serais mal vu par mes collègues. Elu contre le gré de la Faculté, elle ne ferait jamais que me supporter, et nous serions l'un envers l'autre dans des termes désagréables. Vivons paisible et laissons aller les choses de ce monde. »

Assurément, il ne viendra à personne l'idée de supposer à l'auteur de la méthode ovalaire des amputations, un sentiment de faiblesse ou de défiance de lui-même: mais n'y avait-il pas une autre conduite à suivre? N'aurait il pas mieux valu concourir d'abord, et se faire nommer; puis se retourner du côté de la Faculté de Strasbourg et lui dire: « Tenez, voilà votre robe de soie et votre hermine, habillez-en qui vous voudrez. » Quand Achille boudeur se retira dans sa tente, il avait fait passer son char de guerre sur mille combattans, et sa gloire remplissait la Grèce. Ou nous sommes dans une étrange erreur, ou cet apologue doit trouver ici son application.

Maintenant, peut-il y avoir avantage à ce que les professeurs de province soient nommés à Paris? Répondons hardiment que non.

Premièrement, c'est une illusion, une erreur, de penser qu'à Paris il y aura chance pour que les candidats soient supérieurs à ceux qui pourraient se présenter en province. Parmi les chirurgiens qui se destinent à l'enseignement, ou, du moins, qui tentent ce but, il y a les hommes du premier rang et ceux du second. Il est bien évident que les premiers, nourrissant l'espoir plus ou moins fondé d'obtenir une chaire à Paris, n'iront pas concourir pour la province. Restent donc, si l'on peut s'exprimer ainsi, les candidats de second choix. Alors on doit se demander si ceux-ci l'emportent sur les candidats que la Faculté de province eût fournis elle-même.

On nous objectera que, *dans l'espèce*, il y a précisément un candidat du premier rang parmi les concurrens. Nous n'avons point de peine à le reconnaître. Voilà bientôt dix ans qu'à chaque occasion nous voyons M. Sédillot sur la brêche, toujours parmi les plus habiles et les plus voisins du but. Mais pour qu'il descendît cette fois dans l'arène, il a fallu que M. Sédillot se trouvât placé dans des conditions toutes particulières et exceptionnelles. Félicitons d'ailleurs la Faculté de Strasbourg que ces conditions se soient rencontrées.

Ce qui vient bien à l'appui de notre manière de penser, c'est que M. Robert, qui s'était inscrit par simple mesure de précaution, s'est retiré. M. Maisonneuve lui-même, s'est éloigné du champ de bataille, dédaignant le combat, et a trop de foi dans son avenir pour s'exposer à une nomination en province.

quelquefois même impossible. Cette partie de l'utérus est très élevée dans ce cas, et offre une certaine résistance ; et en supposant la dilatation commencée, il faudrait encore que les contractions utérines continuassent ; toutes conditions qui compliquent beaucoup la question de l'accouchement prématuré. Donnera-t-on, dans cette dernière circonstance, l'ergot de seigle? mais comme on se propose deux buts dans la provocation de l'accouchement, sauver la vie de la mère et celle de l'enfant, le seigle ergoté pourra ajouter aux accidens existans déjà, et le travail qui suivra son emploi pourra compromettre les jours de l'enfant ; en sorte qu'on pourrait perdre celui-ci et la mère. Cruel résultat !

La question de l'accouchement prématuré est une des plus graves qui puisse se présenter dans la pratique ; c'est à cause des accidens qui en sont la conséquence que des auteurs ont donné le conseil, dans le cas de déviation du bassin, de ne tenter ce moyen qu'à une deuxième grossesse; car certaines personnes pourraient dire, pour une primipare, qu'elle serait bien accouchée. A cette idée, quelques accoucheurs ajoutent que l'accouchement prématuré est difficile dans ce dernier cas seulement, parce que c'est un premier accouchement.

Espérons, dit M. Dubois, que cette femme arrivera au terme de sa grossesse sans augmentation des accidens ; il pourrait se faire cependant que par suite de cette gravité même des symptômes que nous observons, cette femme accouchât avant terme, et que la mère et l'enfant succombassent.

— Cette femme est accouchée avant terme, au bout de quelques jours ; cet accouchement a été déterminé par les accidens qu'elle éprouvait : il n'est donc pas naturel. Cette circonstance a levé toute incertitude sur la question de savoir s'il fallait ou non provoquer l'accouchement prématuré. Certes, si le résultat présent avait pu être prévu, cette question n'aurait pas même été agitée. L'accouchement une fois terminé, il reste encore une autre question à élucider, celle de savoir si les symptômes observés et qui paraissent dater de l'époque de la conception, dépendent ou de quelques modifications dans le système nerveux ou bien de quelques lésions organiques d'une nature obscure et qui pour le moment échappe à nos sens. Cette question, c'est le temps seul qui pourra la résoudre. Cette jeune femme sera donc un intéressant sujet d'étude.

Syphilis chez un enfant nouveau-né.

Une femme vient d'accoucher, dans le service, d'un enfant mort qui présente aux pieds de larges pustules jaunes ; la peau sur laquelle celles-ci se sont développées présente une teinte violacée ; il en existe aussi quelques-unes aux mains. Dans d'autres circonstances on en rencontre dans d'autres parties du corps, mais elles sont toujours sur une surface violacée. Cette affection, M. Dubois l'attribue à ce que cet enfant est né d'une mère syphilisée. Suivant l'opinion de ce professeur, c'est la forme la plus commune que revêt la syphilis chez les enfans qui naissent de mères infectées. Des cas de ce genre se sont rencontrés plusieurs fois déjà dans les salles de la Clinique.

Influence des impressions morales sur les contractions utérines.

Pendant que M. Dubois donnait ses soins à une femme en travail, l'arrivée inattendue de plusieurs élèves ralentit considérablement les douleurs. De ce que les impressions morales peuvent ralentir ou même suspendre les contractions utérines, il ne s'en suit pas que celles-ci soient sous l'influence de la volonté. Chacun sait, en effet, que la circulation peut subir de grandes modifications sous l'influence de la même cause, sans pour cela que l'action cérébrale soit mise en jeu. Il en est de même des contractions utérines ; elles peuvent être modifiées par les impressions morales, lorsque la volonté n'entre pour rien dans ces modifications.

Quand on a dit que les contractions utérines étaient sous l'influence de la volonté, on a confondu des choses tout à fait différentes : les contractions utérines et les contractions des muscles abdominaux. Ces premières se montrent vers le commencement du travail, les secondes seulement dès la fin. La volonté commande à celles-ci, et est tout à fait étrangère aux autres. C'est même à tel point, que bien des femmes peuvent, à leur gré, retarder ou avancer l'accouchement, suivant qu'il leur plaît de contracter ou de ne pas contracter les muscles de l'abdomen. Il y a des femmes qui savent bien qu'en poussant beaucoup elles souffrent davantage. Mais la volonté n'a de part que dans la dernière partie du travail, alors que les muscles abdominaux sont presque les seuls agens qui tendent à amener l'expulsion du produit de la conception.

On a dit, pendant quelque temps, que la mécanique seule présidait à l'accouchement : c'est une erreur. Il ne faut pas voir là seulement le passage d'un corps à travers un canal ; il y a des actions qui contribuent à le faire passer ; les contractions utérines, d'une part, et celles des muscles abdominaux, d'une autre part. Il existe cependant encore bien des petites particularités dont on ne peut se rendre compte. Ainsi, une femme, du reste bien conformée, éprouve des douleurs, et malgré cela le travail de l'accouchement n'avance pas, sans qu'il soit possible de connaître la véritable cause de ce retard.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Coqueluche (suite).

27 janvier. Deux de nos enfans atteints de coqueluche sont sortis guéris : l'un, celui du n° 3 de la salle Sainte-Julie, qui présenta aussi une variole discrète, après onze jours de maladie ; l'autre, celui du n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, chez lequel le nombre de quintes s'est élevé jusqu'à 64 dans une journée, est sorti n'en ayant plus que 3. Nous connaissons l'adresse de la mère, et nous nous informerons de ce que deviendra la coqueluche chez cet enfant. L'enfant du n° 10 de la salle Sainte-Julie n'a plus de quintes depuis trois jours ; la coqueluche chez lui n'a duré que treize jours. Par contre, d'autres l'ont depuis un mois, six semaines, et ne sont pas guéris : témoin l'enfant du n° 1 de la salle Sainte-Thérèse ; chez lui la coqueluche était légère, et tout faisait croire à une prochaine guérison, quand il fut pris d'accidens bien plus graves du côté de la poitrine (1). L'enfant du n° 6 de la même salle qui semblait devoir mourir, est guéri au contraire assez rapidement.

(1) Cet enfant a succombé plus tard à une phthisie tuberculeuse.

Nous ne pensons pas devoir attribuer à notre médication la guérison de l'enfant varioleux, pas plus que des autres. Cependant, vous entendrez dire dans le monde que tels sirops, l'homœopathie, etc., guérissent la coqueluche en trois jours, et à ce propos, on cite un certain nombre de guérisons obtenues dans ce temps. Eh bien, c'est que dans ce cas on ne parle que des coqueluches qui disparaissent promptement, passant les autres sous silence. C'est qu'en définitive, dans cette affection, il est très difficile d'établir un pronostic sur la durée des accidns. Ainsi, nous voyons dans nos salles des enfans guéris en onze jonrs sans aucun traitement ; tandis que chez d'autres, la maladie se prolonge pendant des mois entiers. Nous avons vu des enfans la garder six et sept mois ; bien entendu que dans ce cas il ne survenait aucune complication du côté de la poitrine, de la plèvre, des organes digestifs, etc.

La coqueluche, d'après ce que nous avons observé dans notre clientelle, et les renseignemens que nous avons pris près de nos confrères, ne paraît pas, cette année, avoir un caractère bien grave ; vous voyez que dans notre service, cette affection disparaît assez facilement.

Toutefois, l'enfant dont nous vous avons parlé, pour lequel M. Baron fut appelé en consultation, et qui fut pris d'éclampsie, eut une attaque de cette maladie qui dura, dans la journée du 23, depuis onze heures jusqu'à six ; mais depuis lors, elles n'ont plus reparu. Aujourd'hui 27, cet enfant est bien mieux, la fièvre est diminuée, les accidens graves ont cessé ; il ne reste plus que la coqueluche.

Nous vous disions que les convulsions au début des maladies aiguës, offraient alors peu de danger. Cependant, chez l'enfant dont nous parlons, qui fut pris d'éclampsie au début d'une pneumonie le sixième jour de la coqueluche, nous avions porté un pronostic fâcheux ; mais cela seul est la cause de la longue durée des attaques.

Nous avons omis, en traitant de l'éclampsie, de vous parler de l'éclampsie continue, essentielle, suivie, comme l'éclampsie ordinaire de carus, et que l'on observe peu fréquemment, une fois sur cinquante. Dans l'éclampsie ordinaire l'enfant pousse un cri, puis sa tête se renverse en arrière ; on observe la fixité des yeux ; les membres d'un côté se convulsent ; la tête se tourne du côté opposé aux membres convulsés ; il survient de l'oppression ; il y a de l'écume à la bouche ; puis l'enfant tombe dans le carus, et au bout de trois minutes tout est terminé.

Mais l'éclampsie continue prend une autre forme. Au début l'enfant pousse un cri ; il a des convulsions comme dans l'éclampsie ordinaire. Puis il se roidit et s'agite convulsivement pendant un, deux et même quinze et dix-sept jours. Ce ne sont pas des attaques répétées mais bien des convulsions sub-intrantes se succédant sans intermittence, et dont chaque accès survient avant que le carus de l'accès qui a précédé soit entièrement dissipé. De toutes les formes de l'éclampsie celle-ci est la plus rare ; mais aussi la plus grave à cause des congestions souvent mortelles auxquelles elle donne souvent lieu.

Quel moyen faut-il lui opposer? Les révulsifs les plus énergiques, et au premier rang sont les ventouses inventées par M. le docteur Junod. Chez le petit enfant dont nous vous avons précédemment parlé, nous y avons eu recours, et sous l'influence de ce moyen, nous avons vu le pouls tomber de 160 à 80, et l'éclampsie a paru avantageusement modifiée. Ce jour-là (jeudi, 21 janvier), il n'y eut plus d'attaque jusqu'au samedi suivant.

La compression d'une seule ou des deux carotides nous

On dira encore que rien n'empêche les candidats *indigènes* de venir à Paris. Mais on en parle bien à son aise. On ne se déplace pas sans inconvéniens, quand on est médecin dans une ville de province. Pour le candidat qui abandonne ses intérêts et vient s'aventurer à Paris dans un concours, il n'y a pas de milieu : il faut qu'il soit nommé ou qu'il renonce pour long-temps à la réputation qu'il avait pu mériter. En province, voici l'inéxorable logique : Il n'a pas été nommé ; c'est qu'il n'est pas fort. On ne se dit pas qu'il y avait une seule place pour douze candidats ; on ne se dit pas que l'intrigue est puissante ; on dit : Il a échoué, et ce mot là est une condamnation.

Secondement, nous pensons qu'il serait malheureux pour les doctrines médicales que la Faculté de Paris fût seule destinée à envoyer des professeurs à ses congénères de la province. Tout le monde comprendra qu'il n'y a dans ce que nous venons de dire aucune intention injurieuse pour l'Ecole de Paris. La vérité que nous voulons exprimer est, qu'il serait fâcheux que toutes les idées médicales de France sortissent du même moule. Laissez à chaque Faculté sa physionomie, et n'envoyez pas en province des disciples qui substituent votre tradition à toutes les autres.

En somme, des neuf candidats primitivement inscrits, cinq seulement ont persisté dans leur résolution. Nous avons fait la part de M. Sédillot. Quels sont les autres ? MM. Sanson, Lacauchie, Desprès et Rigaud. Nous ne contestons pas le mérite de M. Sanson, et les autres concurrens sont inattaquables, car tous leurs titres sont dans l'avenir, et nul ne peut attaquer l'avenir. Mais ici, et en prenant les choses dans leur état présent, nous répétons la question de tout à l'heure : Strasbourg n'avait-il pas l'équivalent dans son propre sein ?

La question que ces Messieurs ont eue à traiter par écrit, et pour laquelle il leur a été accordé cinq heures, était celle-ci *Des articulations arthrodiales et des tumeurs blanches.*

La Faculté de Paris se montre fidèle à sa réputation anatomique ; à toutes les questions chirurgicales qui ont été posées depuis quelque temps, le jury a joint une question d'anatomie. Peut être pensera-t-on que lorsque, par exemple, on a quarante minutes pour parler de la cataracte (comme dans le dernier concours pour l'agrégation) il est inutile et fâcheux d'avoir à en consacrer dix à la description du cristallin. La même réflexion peut être faite au sujet des tumeurs blanches. C'était là un assez beau sujet de chirurgie, et assez vaste et assez compliqué pour qu'il n'y eût pas trop de cinq heures pour le traiter.

Hippocrate disait : Il y a plusieurs alimens, mais il n'y a qu'un aliment. Nous disons : Il y a eu cinq compositions, mais il n'y a eu qu'une composition.

Ce n'est pas, toutefois, que MM. Rigaud et Desprès n'aient traité avec des développemens très satisfaisans la question anatomique. L'un a été prosecteur de la Faculté, l'autre l'est en ce moment ; c'est assez dire. Mais une chose qui paraît démontrée, c'est que les préparateurs les plus adroits, les anatomistes les plus minutieux, ceux qui sont le plus capables de décomposer artistement un feuillet en cinq ou six autres, ont une certaine peine à devenir chirurgiens. Les erreurs de diagnostic les plus opiniâtres que l'on cite ont été commises par des anatomistes de cette classe.

Ce n'est pas, non plus, que M. Sanson n'ait fait preuve de connaissances. M. Sanson a certainement lu ce qui a été écrit de plus important sur la matière, et sa mémoire l'a servi à point ; seulement, il paraît que sa composition était peu lisible.

Enfin, ce n'est pas que M. Lacauchie n'ait mis dans ses phrases une certaine rondeur et une certaine sonorité. M. Lacauchie écrit bien. Il y avait, dans le concours qui vient de donner M. Blandin à notre faculté, un candidat auquel, sous le rapport du style, M. Lacauchie pourrait être comparé. Toutefois, il y a un des deux qui a traduit les œuvres d'un grand chirurgien, et auquel il faut reconnaître une solide instruction chirurgicale. M. Lacauchie nous arrive précédé d'une réputation, qu'il justifiera sans doute dans les épreuves qui vont suivre. Il a lu, et il aura à parler devant un jury qui aime bien qu'on lui dise les choses agréablement, mais qui préfère encore le fond le plus abrupte, pourvu qu'il soit solide, à la forme la plus séduisante, si, comme la bulle irisée dont s'amusent les enfans, elle ne contient que du vent.

Ainsi, nous ne voulons pas dire qu'il n'y eût aucun mérite dans les quatre autres compositions ; nous voulons dire, c'est là du moins notre jugement, faillible et attaquable comme tous les jugemens humains, qu'il n'y a eu qu'une composition qui témoignât d'un esprit véritablement chirurgical et philosophique.

Il y avait deux manières d'envisager les tumeurs blanches : on pouvait les considérer en gros, décrire les tumeurs blanches comme si elles étaient une, et faire ainsi une dissertation comparable pour le fond à l'article tumeur blanche qui peut se trouver, par exemple, dans le manuel des aspirans au doctorat (qui ne peut pas être celui des aspirans au professorat) ; ou bien, se mettre au véritable point de vue chirurgical, et dire avec tous nos maîtres ; ce titre de tumeur blanche est comme l'enseigne d'un magasin où il y a des marchandises de toutes sortes. C'est ce qui a été dit par M. Sédillot, sauf la comparaison que nous revendiquons, et on trouvera que ce n'est guère la peine.

Au reste, la composition écrite n'est en quelque sorte qu'une manière d'essayer ses armes. Il est vrai que c'est en ployant une épée, pour l'essayer, que l'on reconnaît sa trempe.

C. J. M.

La table suivante, publiée à Berlin par M. Casper, a pour but de montrer l'influence de la richesse ou de la pauvreté sur la durée de la vie humaine.

Pour construire cette table, M. Casper a pris, dans l'almanach de Gotha, mille noms ayant appartenu à des familles nobles ou princières, et sur les registres officiels de l'état civil à Berlin, mille noms de pauvres ayant vécu sur la charité publique.

La première colonne est celle des âges ; les chiffres correspondans des deux autres colonnes indiquent le nombre de riches et de pauvres existans à chaque âge.

Age.	Riches.	Pauv.	Age.	Riches.	Pauv.
0 ans,	1,000	1,000	55 ans,	464	283
5	943	655	60	398	226
10	938	598	65	318	172
15	911	584	70	235	117
20	886	556	75	139	65
25	852	553	80	57	21
30	796	527	85	29	9
35	753	486	90	25	4
40	693	443	95	1	2
45	624	396	100	0	0
50	557	338			

M. Leroy d'Etiolles commencera mardi 11 mai, à onze heures, son cours d'urologie, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, et il le continuera les mardis et samedis à la même heure.

Ce cours comprendra l'étude des concrétions urinaires, et de leurs divers modes de traitement ; celle des rétrécissemens de l'urètre, des maladies de la prostate, et des fistules vésico-vaginales.

a plusieurs fois réussi pour faire cesser l'attaque d'éclampsie. Déjà M. Dezeimeris avait employé ce moyen dans les névralgies de la tête, qui souvent dépendent, suivant l'avis de ce médecin, d'un afflux de sang vers cette partie.

Nous fûmes appelé, il y a environ cinq ans, pour un enfant qui, après la scarlatine, fut atteint de bouffissure de la face, puis d'éclampsie. Nous eûmes immédiatement recours aux exutoires, aux synapismes, mais sans succès; les attaques d'éclampsie n'en continuaient pas moins. Alors il nous vint à l'idée, pour arrêter les convulsions du côté droit dont l'enfant venait d'être pris en notre présence, d'arrêter le sang dans la carotide gauche, ce que nous fîmes en comprimant cette artère contre la colonne vertébrale. L'accès cessa instantanément, et le membre du côté droit qui était convulsé, tomba dans la résolution la plus complète. Nous cessâmes un peu la compression, et au bout de quelque temps les convulsions reparaissaient, quoique plus faibles. Nous la reprîmes de nouveau, nous la continuâmes pendant deux heures, et les convulsions ne reparurent plus. Ce fait nous parut assez curieux pour être publié dans un journal de médecine.

Depuis lors, plusieurs médecins et nous-même avons eu recours à ce moyen dans de semblables circonstances, et nous avons le plus souvent réussi à faire cesser l'attaque d'éclampsie.

A l'hôpital Saint-Antoine, chez un infirmier qui se présenta dans le service de M. Andral, et qui depuis trois ans avait des attaques de forme épileptique, M. Stretin, alors interne dans notre service, employa la compression des artères carotides, et parvint à faire disparaître ces accidens et à guérir complètement le malade. Il réussit plusieurs fois à l'aide du même moyen à faire cesser chez des femmes les accès d'hystérie. La thèse qu'il a soutenue sur ce sujet contient plusieurs faits de ce genre.

Chez notre enfant, la compression des carotides a été continuée pendant quatorze ou quinze heures sans succès; mais s'il résulte de là que les convulsions n'ont point été modifiées par ce moyen, de cette façon a-t-on pu empêcher la congestion qui suit l'attaque d'éclampsie?

Il est possible que, sous ce rapport, la compression des carotides ait été utile, car le carus qui suivit fut de très courte durée. Nous avons remarqué comme phénomène constant, pendant l'emploi de la compression, la pâleur de la face; que si la face est décolorée, le cerveau aussi doit l'être; par conséquent, il faut admettre que la diminution dans l'afflux du sang vers le cerveau n'empêche pas les convulsions de se manifester; nous les voyons en effet chez des enfans saignés à blanc. Les animaux que l'on abat sont pris, avant de mourir, de convulsions qui ressemblent aux convulsions de l'éclampsie. Combien de fois, en pratiquant une saignée, ne voit-on pas survenir les mêmes phénomènes?

Nous ne disons pas pour cela que la convulsion exclue toute idée de congestion; seulement nous constatons ce fait que si l'on voit survenir l'éclampsie avec la congestion, les mêmes accidens convulsifs se présentent dans le cas où le sang arrive en moins grande quantité vers l'encéphale.

Coqueluche d'adulte.

1er février. La femme du n° 9 de la salle Sainte-Julie nous offre un exemple très curieux de coqueluche chez l'adulte. Vous l'avez vue pendant la visite avoir une quinte. Celles-ci, pendant la nuit, sont beaucoup plus vives et avec reprise. Nous ausculterons fréquemment cette femme et, jour par jour, nous suivrons l'influence de la médication.

— L'enfant du n° 15 de la même salle, qui toussait un peu à son entrée, fut pris de coqueluche au bout de trois jours. Il y avait douze quintes dans les vingt-quatre heures. Pendant les cinq premiers jours la maladie n'a fait que décroître, et aujourd'hui le sixième jour, il n'y a point eu de quintes. Celles-ci étaient bien caractérisées et avec vomissemens. Ainsi voilà un enfant chez lequel la coqueluche semble ne durer que six jours; mais remarquez que c'est dans la salle Sainte-Julie, et que là la coqueluche a été moins sévère que dans la salle Sainte-Thérèse. Nous verrons si chez la femme du n° 9 cette maladie se montrera aussi bénigne que chez les enfans de la même salle.

Dans la salle Sainte-Julie, lorsqu'elle était affectée au service de chirurgie, M. Bérard perdait moins de ses opérés que dans les autres salles de son service. Il est digne de remarque que pour nous c'est la même chose, au moins jusqu'à ce jour.

L'enfant du n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, chez lequel la coqueluche qui avait été si sévère paraissait aller mieux, vient d'être pris d'une double pneumonie. Il a 180 pulsations; sa peau est chaude; on entend du râle crépitant dans les deux poumons, à la base. Nul signe de congestion vers aucun autre organe; il tête volontiers. Nous lui avons donné 10 centig. de kermès, qui ont été tolérés. Il s'est développée une pustule stibiée sur la langue. (La même chose s'est présentée sur l'enfant du n° 5 de la salle Sainte-Julie, atteint de pneumonie, et soumis également à l'usage du même médicament.)

Vous avez pu constater chez ce petit enfant l'influence des maladies intercurrentes sur la coqueluche, influence que déjà plusieurs fois nous vous avons fait observer. Dès l'apparition de la fièvre, le nombre des quintes a été en diminuant jusqu'à ce que, la pneumonie se manifestant, elles cessassent entièrement. Dans notre clientelle, chez l'enfant qui a présenté de si graves attaques d'éclampsie, et dont nous vous avons parlé plusieurs fois, nous avons constaté la même chose; les quintes, qui étaient au nombre de 30, ont cessé graduellement à mesure que les symptômes cérébraux et thoraciques augmentaient d'intensité.

HOSPICE DE BICÊTRE.

LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE;

Par M. Malgaigne, *chirurgien de l'hospice de Bicêtre.*

Rédigées par Th. Roussel, interne et lauréat des Hôpitaux.

§ Ier. *Corps étrangers dans le conduit auditif.*

L'extraction des corps étrangers introduits dans le conduit auditif externe, devient souvent, d'après M. Malgaigne, l'une des opérations les plus délicates, les plus difficiles et les plus graves de la chirurgie.

C'est une opération délicate, parce que la membrane du tympan est d'une exquise sensibilité, que le contact des instrumens y est fort douloureux, que sa lésion est facile à produire.

Elle est difficile, parce qu'en général, lorsque le chirurgien est appelé, des manœuvres maladroites ont enfoncé plus profondément le corps qu'elles étaient destinées à extraire; parce que le conduit, pour peu que l'inflammation l'ait rétréci, s'applique étroitement contre le corps étranger, lui ferme passage, en même temps qu'il rend l'action des instrumens plus génée et plus douloureuse.

Elle est grave enfin, parce que si la membrane du tympan est considérablement lésée, il peut en résulter une inflammation de l'oreille moyenne, parce que si l'opération échoue, le malade est soumis à une phlegmasie dont les suites peuvent être mortelles; parce qu'enfin un pareil échec entraîne un grand discrédit pour le chirurgien qui l'éprouve. M. Malgaigne a vu Dupuytren éprouver deux fois cet échec.

L'anatomie des âges fournit des données pratiques très importantes pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe.

Ainsi, M. Lenoir a fait voir que chez les très jeunes enfans, le plus grand diamètre de ce conduit est horizontal, et qu'il devient de plus en plus vertical à mesure qu'on avance en âge. Ces différences s'expliquent par le développement de l'apophyse mastoïde, qui, très peu considérable chez l'enfant, relève de plus en plus à mesure qu'elle s'accroît, la partie postérieure du conduit auditif.

Cette connaissance est très importante par rapport à la direction à donner aux instrumens et au côté par lequel on doit les introduire.

Une considération non moins utile est celle de la position de la membrane du tympan. Cette position est toujours la même par rapport au conduit; mais elle suit les changemens de celui-ci, de telle sorte que son obliquité, qui était d'arrière en avant, de dehors en dedans, chez l'enfant, se trouve être de haut en bas, de dehors en dedans, chez l'adulte.

D'après ces données, c'est par l'un des côtés du diamètre horizontal que les instrumens doivent être introduits chez l'enfant; et, au contraire, par l'un des côtés du diamètre vertical chez l'adulte.

Lequel des deux côtés, de celui par lequel la membrane est le plus rapprochée de l'extérieur, ou de celui par lequel elle est la plus profonde, faut-il choisir pour introduire l'instrument? On a pensé qu'en glissant l'instrument le long de ce dernier, on arriverait plus aisément derrière le corps étranger. Ainsi, l'instrument devrait être introduit en suivant la paroi antérieure du conduit chez l'enfant, et la paroi inférieure chez l'adulte; mais l'expérience a démontré à M. Malgaigne que l'on n'arrivait pas plus facilement derrière le corps étranger, et que l'on tombait au contraire perpendiculairement sur lui ou sur la membrane du tympan.

Il faut donc, selon M. Malgaigne, glisser l'instrument le long de la paroi la plus courte du conduit auditif; c'est-à-dire le long de la paroi postérieure chez l'enfant, et de la paroi supérieure chez l'adulte. Dans ce sens, en effet, la paroi du conduit se continuant avec la membrane sous un centre très obtus, l'instrument glisse sur la membrane sans la léser, et va se placer entre elle et le corps étranger.

L'opération qui nous occupe, lorsqu'elle est pratiquée chez des enfans, est une de celles dans lesquelles le chirurgien doit se séparer le plus complètement de la mansuétude et de la patience, qui partout ailleurs doit le caractériser. C'est ici, dit M. Malgaigne, que le chirurgien doit remplir la condition requise par Celse, *se montrer immiséricordieux* (immisericors); c'est le seul moyen d'en imposer aux enfans, et de leur faire garder l'immobilité nécessaire pour pratiquer cette opération délicate.

C'est aussi en vue de cette immobilité, et des avantages qu'elle donne au chirurgien, que la position à donner aux enfans est très importante à déterminer.

Beaucoup de chirurgiens confient l'enfant à un aide vigoureux qui, l'asseyant sur ses genoux d'une main, maintient appliqué contre sa poitrine le côté de la tête de l'enfant opposé à l'oreille malade; tandis que de l'autre bras, il maintient les deux bras de l'enfant et empêche ses mouvemens: mais il est impossible de contenir assez bien l'enfant le plus faible, pour que le corps de l'aide ne soit point ébranlé et ne déconcerte point par ses mouvemens la main du chirurgien.

Dupuytren avait l'habitude de procéder de la manière suivante: Il plaçait l'enfant entre ses jambes, de telle sorte que le côté malade fût tourné vers lui et vers la lumière. Sa main gauche embrassant le synciput de l'enfant, appliquait fortement sa tête sur les cuisses du chirurgien; mais l'enfant, en se débattant, ébranlait nécessairement le corps de ce dernier, et c'est en opérant de cette manière, que M. Malgaigne a vu Dupuytren renoncer deux fois, après avoir ensanglanté l'oreille de l'enfant et avoir causé beaucoup de douleurs.

Voici donc la position que M. Malgaigne adopte. Il fait coucher le malade sur un plan solide et légèrement incliné, de manière à ce que la tête soit un peu plus élevée que le reste du corps. Un aide contient facilement l'enfant, tandis qu'un autre fixe sa tête et le chirurgien garde toute la liberté et la sûreté de ses mouvemens, ce qui n'avait pas lieu dans le procédé de Dupuytren, et en outre l'enfant est appuyé sur un plan immobile, ce qui n'avait pas lieu non plus dans ce procédé ni dans celui que nous avons indiqué d'abord.

Il reste maintenant à dire un mot des instrumens. Le meilleur paraît être sans doute au premier abord une curette très fine et légèrement recourbée; c'est pourtant avec un instrument de cette sorte, fabriqué d'après le dessin de Dupuytren, que M. Malgaigne a vu échouer ce grand chirurgien, et M. Malgaigne lui-même ne s'en est jamais servi avec succès dans les cas difficiles.

On emploie aussi des pinces très fines; les plus ingénieuses sont celles de M. Sanson, dont les branches peuvent être séparées, comme celles d'un forceps, et engagées séparément entre le corps étranger et la paroi du conduit. Ces pinces sont loin de réussir toujours.

L'instrument qui dans les cas difficiles a toujours réussi à M. Malgaigne, c'est un fil de fer ou de laiton, très fin et dont l'extrémité recourbée dans l'étendue d'un à deux millimètres, de manière à former à peu près sur la tige le même angle que la membrane, forme avec la paroi supérieure du conduit chez l'adulte et la postérieure chez l'enfant, et c'est en suivant ces parois que l'instrument va dégager le corps étranger.

Les corps étrangers que M. Malgaigne a été appelé à extraire du conduit auditif externe, étaient de plusieurs sortes: tantôt c'étaient des substances végétales, des pois, des fèves, des haricots. Ces corps ne tardent pas à éprouver un travail intérieur, à se gonfler, pour peu qu'ils séjournent dans le conduit, et alors leur adhérence aux parois de ce dernier devient de plus en plus intime et douloureuse. L'inflammation se développe et marche rapidement, si l'art ne vient point en aide au malade; heureusement dans ces cas l'extraction n'offre point la difficulté dont nous avons parlé; la mollesse et la friabilité de ces corps permettent de les enlever soit en totalité, en enfonçant une curette dans leur épaisseur, soit par fragmens, en broyant le corps dans le conduit auditif; mais si l'opération n'est pas difficile, elle est délicate, et le principal soin du chirurgien doit être employé à éviter de léser la membrane du tympan.

Il y a peu de mois, M. Malgaigne fut appelé à extraire du conduit auditif externe d'un enfant de sept ans un coquillage profondément enfoncé et fortement adhérent aux parois. Les pinces et les curettes échouèrent, et ce fut avec un mandrin très fin de sonde urétrale, dont l'extrémité avait été recourbée, comme nous l'avons indiqué plus haut et qu'il parvint à enfoncer dans l'hélice du coquillage, qu'il retira ce dernier.

Vers les derniers jours d'avril 1841, un enfant de cinq ans fut conduit à la consultation de Bicêtre, ayant dans l'oreille gauche un petit caillou roulé qui avait été enfoncé la veille et à dessein par un camarade du malade; la mère de ce dernier avait essayé d'extraire le corps à l'aide d'un passe-lacet, et l'avait poussé plus profondément encore.

Le conduit paraissait déjà rouge et douloureux: aux moindres attouchemens, l'enfant poussait des cris et se débattait avec violence. Toutefois, M. Malgaigne ayant fait éloigner ses parens est parvenu à le rendre docile d'une manière très remarquable, en employant les moyens que nous avons exposés plus haut, et après l'avoir fait étendre sur la table à opérations, couché sur le côté droit, et maintenu par deux aides, il a procédé à l'extraction du corps étranger. Les curettes et les pinces ont échoué; une petite quantité de sang est venue remplir le conduit; c'est alors que M. Malgaigne a eu recours à une tige de fil de fer disposée comme nous l'avons indiqué, et qui a été introduite suivant la paroi postérieure du conduit; la tige a glissé derrière le caillou, et a pu ensuite le ramener au dehors. C'était une pierre siliceuse, à peu près en forme de haricot, à surfaces très lisses, et présentant les dimensions suivantes: longueur 5 lignes, largeur 3 lignes, épaisseur 2 lignes.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 10 mai.

La séance d'aujourd'hui a été entièrement consacrée à des objets étrangers à la médecine.

La correspondance cependant a offert les pièces suivantes.

Correspondance manuscrite. — 1° M. Civiale adresse un travail intitulé: Mémoire sur les brides ou barrières de l'orifice interne de l'urètre. L'auteur accompagne son envoi d'un instrument propre à détruire ces brides (Commission.)

2° Lettre de M. Colson de Noyon, relative à l'opération du strabisme. (Nouveaux instrumens pour cette opération.)

3° Un mémoire de M. Longet, intitulé: Recherches anatomiques et expérimentales sur le nerf accessoire de Willis. (Commission.)

4° Lettre de M. Pétrequin sur quelques variétés de bégaiement, et sur un nouveau procédé opératoire. (Commission.)

5° Observations sur une fistule aérienne avec occlusion complète de la paroi inférieure du larynx, pour servir à l'histoire de

la phonation, par M. Reynaud, chirurgien à Toulon. (Commission.)

Nous reviendrons sur tous ces sujets lorsque les rapports en seront faits à l'Académie.

Correspondance imprimée (pour la médecine) :

1° Précis sur les causes du bégaiement et sur les moyens de le guérir ; par M. T. Malebouche. (Broch. in-8°.)

2° Mémoires de la Société royale des sciences, lettres et arts de Nancy. (Un vol. in-8°.)

3° Recherches sur le système nerveux ; par M. Longet. (Un vol. in-8° de 177 pages.)

4° Œuvres complètes de J. Hunter, traduites de l'anglais ; par M. Richelot ; 13e livraison avec planches.

5° Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, par M. Civiale. (Deuxième partie.) Un vol. in-8° de 468 pages, avec planches.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. FOUQUIER. — Séance du 1er avril 1841.

A trois heures, M. Em. Rousseau, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — Les directeurs d'une institution nouvellement fondée à Washington pour favoriser le progrès des sciences, adressent à la Société deux brochures dont M. Ch. Masson est nommé rapporteur.

M. Souberbielle fait hommage à la Société de son ouvrage sur la taille. Remerciemens.

M. Chesneau, chargé de faire un rapport verbal sur un des bulletins de la Société médico-pratique, s'excuse par la raison que ce numéro ne contient que des observations qui ne peuvent donner lieu à une discussion. Il cite entre autres l'histoire d'un cancer ulcéré du cœur et celle d'une hémopthisie.

— *M. Duhamel* rend compte des matières contenues dans le n° 28 des Bulletins de la Société médico-pratique. Dans la première partie, dit le rapporteur, M. Lagasquie insiste sur les avantages que les médecins retirent des réunions scientifiques fréquentes, comme le seul moyen de s'éclairer sur l'état médical, de porter au début des maladies un diagnostic sûr, et de choisir parmi les différentes médications, celles que l'expérience du moment démontre jouir de plus d'efficacité.

Dans la seconde partie, M. Thirial donne l'histoire d'une fille de seize ans, non menstruée, traitée pour une affection scrofuleuse située aux extrémités, mais chez laquelle aucun accident n'avait pu faire soupçonner une dégénérescence scrofuleuse interne, et qui, prise tout à coup d'accidens cérébraux, succomba en peu de temps. A l'ouverture du corps, on trouva des traces de pleurésie ancienne et récente ; les poumons ne contenaient point de tubercules, circonstance très remarquable et rare, puisqu'on en rencontra dans le cervelet, le mésentère, les trompes de Fallope et jusque dans l'estomac.

— *M. Thirial* donne ensuite l'histoire d'une angine avec fièvre suivie d'une légère éruption rubéolaire aux bras et aux pieds. Cette maladie a amené de graves discussions. Un professeur célèbre, grand localisateur, donnait à cette affection le nom de fièvre éruptive avec angine. M. Thirial soutenait que c'était une fièvre inflammatoire avec angine. Ces distinctions subtiles, ajoute le rapporteur, n'ont été jusqu'à présent que médiocrement utiles pour la pratique de la médecine.

— Vient ensuite un rapport de M. le docteur Sonix sur un ouvrage composé par le docteur Lagasquie, sur la peste d'Orient. Dans ce livre l'auteur pense, comme un grand nombre d'observateurs, que les Egyptiens n'embaumaient les hommes et les animaux qu'afin de les soustraire aux miasmes mortels émanés de ces corps en putréfaction ; que l'abandon de cette mesure salutaire a donné lieu à ce fléau qui ravage périodiquement l'Egypte et tient dans l'épouvante les nations les plus éloignées. Il pense qu'il n'est pas impossible d'anéantir ces causes renaissantes de destruction, en inhumant les corps plus profondément et en ne laissant pas pourrir au milieu des rues et des chemins le corps des animaux.

— *M. Belhomme* rappelle que dans la séance précédente, il a parlé des harmonies fonctionnelles, loi admirable qui fait que des nerfs doués chacun d'une vertu particulière, nerfs de mouvement et nerfs de sensibilité, par exemple, s'unissent pour agir dans un même but, dans une même intention. Les harmonies sympathiques, ajoute-t-il, existent dans l'état de santé, mais s'observent surtout pendant la maladie. Quant aux désharmonies fonctionnelles, elles dépendent de l'enraiement des fonctions les unes par les autres.

Et parmi ces désharmonies, il faut surtout noter celles de l'intelligence : autrement la folie, qui offre elle-même des nuances infinies depuis la simple perversion jusqu'à l'abolition complète de l'intelligence.

De toutes nuances, je forme trois types principaux : le névropathique, le congestif inflammatoire, et l'atonique.

Au type névropathique se rapportent l'hystérie, les vapeurs, l'hypochondrie et certaines monomanies. La localisation de la maladie se trouve ici dans la chaîne nerveuse qui unit les viscères au cerveau.

Le type congestif inflammatoire, occasionné par la réplétion des vaisseaux capillaires de la pie-mère et de la substance corticale du cerveau, amène la manie ou toute folie idiopathique avec des symptômes aigus.

Au dernier type ou à l'atonique se rattache la démence avec ou sans paralysie. Cet état est souvent dû à un état inflammatoire chronique.

Il est un genre d'idiotisme qui tient à l'atrophie cérébrale ; dans ce cas, les idiots peuvent vivre long-temps s'il n'existe pas de paralysie générale.

Après avoir établi ces trois principaux types, M. Belhomme admet trois sortes d'enseignemens actuellement en faveur. Dans l'un, on se contente de décrire les symptômes les plus saillans de la folie ; dans l'autre on ne tient compte que des aberrations de l'intelligence ; et dans le troisième, qui suivant l'opinion de notre confrère doit être préféré, on rapporte les phénomènes aux lésions des organes.

Le traitement moral, suivant M. Belhomme, ne peut s'appliquer avec avantage qu'à certains cas de monomanie ; mais dans la manie et la démence, il faut connaître la lésion cérébrale si on veut la combattre avec chance de succès.

M. Belhomme termine cette communication par l'exemple d'un état de folie venant compliquer une grossesse : par des bains, des cataplasmes émolliens, des injections, enfin par un traitement dirigé sur lamatrice, notre confrère a fait promptement disparaître cette complication.

— *M. Pédélaborde*, dans une troisième lecture de son ouvrage sur les maladies de l'utérus, insiste sur l'utilité d'attaquer ces maladies dans le principe, de ne leur point permettre de faire des progrès. Malheur aux femmes qui par une pudeur mal entendue, ou parce qu'elles ne ressentent point de douleurs assez vives, dissimulent leur mal : il est souvent incurable lorsqu'elles consentent enfin à se laisser examiner. Notre confrère pose ensuite en principe que les affections locales de l'utérus sont presque toujours de nature sthénique, et qu'elles peuvent coïncider avec un état de pléthore ou de débilité générale. Que dans ce dernier cas, on peut sans contradiction employer les antiphlogistiques sur le point malade, et soumettre en même temps la malade à un régime fortifiant et analeptique.

— *M. Guersant.* Le 28 février dernier j'ai opéré deux bègues, j'ai incisé la ligne médiane de la muqueuse entre les deux glandes sublinguales ; j'ai coupé le filet, l'aponévrose sous-muqueuse et les génio glosses à leur insertion à la mâchoire ; j'ai opéré chez tous deux de la même façon, seulement chez l'un j'ai coupé d'emblée et chez l'autre en deux temps.

Quinze jours après j'en ai opéré deux autres par le même procédé : chez l'un d'eux le résultat a été superbe *dans le moment*. Ce jeune homme, qui ne pouvait dire deux mots de suite, prononçait avec la plus grande netteté ; deux jours, huit jours après, le bégaiement avait reparu, seulement beaucoup moindre ; chez le second il n'y avait qu'un peu d'amélioration.

Dimanche dernier j'ai opéré deux femmes : la première bégayait beaucoup et paraissait idiote ; la section du filet et celle des génio-glosses ne nous a point procuré de résultat favorable. La seconde avait, comme on dit, de la bouillie dans la bouche ; elle regorgait. Je me suis borné chez elle à couper le filet et la muqueuse sans diviser les muscles. Son infirmité a disparu ; quand elle chante, elle prononce distinctement et auparavant il était impossible de comprendre le moindre mot.

J'ai, ce matin, à l'Hôpital des Enfans, coupé, sur un garçon de treize ans, le frein et les génio glosses ; je n'ai point obtenu de résultat immédiat (1).

Je n'ai d'ailleurs vu survenir après l'opération aucun accident grave ni inflammation, ni hémorrhagie.

— *M. Pédélaborde* a vu un homme chez lequel on observait une rétraction de la pointe de la langue en arrière par le peu de développement du filet et une sorte d'atrophie de tout l'organe. Ce malade bégayait extraordinairement, et cependant en examinant sa bouche et en lui faisant prononcer les mots les uns après les autres il le faisait distinctement. La pointe de la langue était alors portée contre la langue même.

— *M. Guersant* ajoute que les résultats obtenus pour la guérison du strabisme sont bien autrement satisfaisans, mais que pour guérir le bégaiement il y a encore beaucoup à faire.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

M. le docteur Charpentier, de Joigny, chargé du service de santé des Forges à Guérigny (Nièvre), vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. C'est à de longs et honorables services militaires que M. Charpentier doit cette distinction, si malheureusement prodiguée de nos jours.

(1) Ce malade est celui dont il a été depuis quelque temps souvent question dans ce journal. On sait qu'il a éprouvé plusieurs hémorrhagies qui nous ont fait craindre pour sa vie ; on sait aussi que maintenant il est hors de danger, et que les ferrugineux, la bonne alimentation et le bon vin, font disparaître insensiblement chez lui l'état anémique dans lequel l'avaient jeté les pertes abondantes de sang.

Précis sur les causes du Begaiement et sur les moyens de le guérir ;
par M. MALEBOUCHE.
Paris, 1841. Fortin, Masson et comp., libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.
Prix : 1 fr. 50 c.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36

JEUDI 13 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 59, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Coqueluche (suite).

3 février. L'enfant du n° 1 de la salle Sainte-Thérèse, vient de mourir. Hier matin, à la visite, il nous paraissait mieux; pendant la journée le mieux continua, et la mère l'en félicitait le soir, quand, vers trois heures du matin, il parut plus froid que d'habitude; la mère le prit alors et lui donna à téter, puis tout à coup l'enfant est pris d'une quinte et il meurt avant que celle-ci soit terminée.

Il est très rare de voir un enfant mourir au milieu d'une quinte. Le petit enfant a-t-il succombé par suite d'une syncope? C'est chose très probable, mais qu'il est impossible d'apprécier. Ce n'est point ainsi, au milieu d'une quinte, que meurent les enfans atteints de coqueluche; chez eux, la cause de la mort est dans les affections graves du poumon qui viennent compliquer la maladie convulsive, à moins, comme nous venons de le dire, qu'il ne succombe dans une syncope.

Avant de procéder à l'autopsie, rappelons-nous ce que l'auscultation et la percussion nous ont montré chez cet enfant l'avant-veille de sa mort. Il y avait à la base des deux poumons du râle crépitant; nous diagnostiquons une double pneumonie; mais comme il n'y avait pas de souffle ni de râle sous-crépitant, il est difficile de dire si c'est une pneumonie lobulaire ou lobaire. Cependant, comme les jours précédens, il y avait eu du râle muqueux et sous-crépitant, nous croyons à une double pneumonie lobulaire.

Hier, même état, seulement la poitrine résonnait moins bien.

Que trouve-t-on chez les individus qui succombent pendant la durée d'un coqueluche? Si cette affection est restée long-temps à l'état de coqueluche seulement, on trouve des dilatations des bronches, de l'emphysème pulmonaire vésiculaire et quelquefois inter-tubaire. Cette dernière forme de l'emphysème est probablement due à la déchirure de quelques vésicules, qui permet l'extravasation de l'air. L'on trouve quelquefois des déchirures des bronches, comme nous l'avons observé, il y a quelques années, à l'hôpital des Enfans. Lorsque la eoqueluche a été compliquée de pneumonie, l'on rencontre les caractères anatomiques propres à cette dernière maladie.

Autopsie. Poitrine. A la surface des poumons, granulations tuberculeuses; les plèvres ne paraissent pas malades; car elles ne présentent pas de soudure; gonflement des ganglions bronchiques, qui sont tuberculeux, mais non ramollis, à l'exception d'un seul; ils offrent l'aspect de la chaire d'un marron d'Inde.

La membrane muqueuse des bronches est d'un rouge assez vif, sans épaississement bien appréciable. Les bronches paraissent un peu dilatées; l'une d'elles contient un peu de mucosité purulente. A la base des deux poumons, l'on trouve plusieurs lobules qui sont fortement engoués et imperméables à l'air, au milieu desquels on en voit quelques autres qui n'ont pas été envahis par la maladie. Les deux poumons sont farcis de tubercules.

Tête. Infiltration sanguine de toute la surface du cerveau, où l'on trouve une quantité notable de sérosité; pas de granulations dans la pie-mère. La substance cérébrale est ferme; la substance grise présente à peu près le même aspect que chez l'adulte. Pas de sérosité dans les ventricules; voûte à trois piliers très consistante.

Abdomen. Tubercules nombreux dans le foie; quelques ganglions mésentériques suppurés.

Glandes de Peyer gonflées et ulcérées.

La femme du n° 9, de la salle Sainte-Julie, entrée dans le service pour une péritonite puerpérale sub-aiguë, qui a cédé facilement à quelques purgatifs, ainsi que nous vous l'avons dit dane une de nos dernières réunions a été prise de coqueluche. Les quintes étaient au nombre de quinze à vingt dans les vingt-quatre heures. Nous lui avons donné hier deux grammes d'ipécacuanha; elle a vomi six fois, et depuis les quintes n'ont pas reparu; elle n'a plus eu qu'une sorte de toux catarrhale, mais qui ne présentait pas le caractère convulsif.

Dans notre clientelle nous avons donné, chez un enfant de dix ans atteint de coqueluche, deux vomitifs, et déjà les quintes décroissent d'une manière manifeste; elles sont moins nombreuses, moins fortes et moins douloureuses. Voici donc deux malades chez lesquels la coqueluche a paru s'amender sous l'influence des vomitifs.

Mais il s'en faut de beaucoup que la même chose s'observe chez tous les individus atteints de coqueluche. Ainsi nous avons donné l'ipécacuanha à plusieurs enfans de la salle Sainte-Thésèse et nous avons vu la maladie diminuer d'intensité chez quelques-uns, rester stationnaires chez d'autres, et enfin chez quelques autres la maladie s'est aggravée.

Chez les deux enfans des nos 10 et 13 de la salle Sainte-Julie, il y a eu quelques quintes depuis avant-hier; il semblait que la coqueluche, qui depuis quelques jours avait cessé chez eux allait reparaître, mais il n'en a été rien. Cette réapparition momentanée des quintes tenait-elle aux conditions atmosphériques, au froid intense qui dure depuis quelques jours? La chose est possible, toutefois constatons chez trois de nos malades, deux enfans et la femme du n° 9, la disparition de la coqueluche.

A côté de cela nous voyons le nombre des quintes augmenter chez quelques-uns de nos enfans de la salle Sainte-Thérèse, de sorte qu'il serait difficile d'expliquer par l'influence atmosphérique la cessation des quintes chez les premiers, puisque en même temps celles-ci sont plus nombreuses chez nos malades de la salle Sainte-Thérèse.

10 février. Nous voyons chaque jour se confirmer ce que nous vous avons dit plusieurs fois; à savoir, que dans le cours d'une coqueluche, si violente qu'elle soit, lorsqu'il survient une affection inflammatoire, même peu sérieuse, la maladie consécutive diminue d'intensité et peut même cesser entièrement.

L'enfant du n° 13 de la salle Sainte-Julie est entré ici avec un rhume léger. Trente-six heures après son arrivée, il fut pris de coqueluche assez sévère, sans fièvre; mais au bout de six jours les quintes diminuèrent de fréquence et disparurent même complètement pendant trois jours. Cependant il venait de paraître, chez cet enfant, une dent incisive supérieure, et à ce moment il était survenu une phlegmasie des gencives et d'une partie de la muqueuse buccale, dont l'apparition avait coïncidé avec la cessation des quintes. Celles-ci reparurent aussitôt que l'éruption de la dent fut terminée.

Ainsi, vous voyez qu'une fluxion un peu énergique, mais sans symptômes réactionnels graves, suffit pour faire disparaître la coqueluche, toujours en vertu de cet aphorisme d'Hippocrate: *Febris spasmos solvit.* D'après cela, il est facile d'instituer une médication utile, soit en congestionnant la peau à l'aide des vésicatoires, de l'huile de croton, de la pommade stibiée, etc., soit en portant cette irritation sur l'estomac à l'aide des vomitifs.

A côté de l'influence sur la coqueluche de cet état inflammatoire des gencives, nous voyons celle produite par la phlegmasie de la poitrine. Un enfant prend une pneumonie lobulaire ou lobaire, ou un catarrhe capillaire, et aussitôt le nombre des quintes diminue considérablement, et dans le plus grand nombre des cas celles-ci cessent entièrement. Ainsi, l'enfant du n° 7 de la salle Sainte-Thérèse, gros, gras, vigoureux, est pris d'éclampsie initiale et de catarrhe capillaire, et aussitôt la coqueluche disparaît; puis, aussitôt que la fluxion, la pneumonie, le catarrhe auront cessé, et avec eux la fièvre réactionnelle qu'ils entretenaient, nous verrons la toux reprendre son caractère quinteux: c'est un fait que nous avons plusieurs fois constaté. L'enfant du n° 13 nous en offre encore un exemple; ses quintes ont reparu depuis que la phlegmasie des gencives a cessé.

L'enfant de notre clientelle qui fut pris, dans le cours de la coqueluche, d'éclampsie et de pneumonie, et dont nous vous avons entretenu plusieurs fois, les quintes, qui avaient cessé dès le début des convulsions et de l'affection pulmonaire, ont reparu aussitôt que les accidens inflammatoires intercurrens ont été dissipés.

Ce n'est donc pas à l'intensité de la phlegmasie pulmonaire que l'on doit attribuer la force de la coqueluche, ainsi que nos faits le démontrent, mais à quelque chose

---

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE DIVERSES HUILES DE POISSONS EN MÉDECINE;

Par M. le docteur J. DELCOUR.

(Suite du n° 54.)

Nous avons eu dernièrement l'occasion de l'employer dans un cas assez analogue à celui que nous venons de rapporter; le voici: Coument, âgé de sept ans et demi, d'un tempérament éminemment scrofuleux, s'est bien porté jusqu'à l'âge de quatre ans, époque où il fut atteint de la petite-vérole, qui régnait alors à Verviers: celle-ci fut discrète, mais il semblerait que l'éruption fut incomplète. A sa suite, il lui resta une ophthalmie intense qui le rendit aveugle pendant près d'un an, et une grande faiblesse des extrémités inférieures. Sous l'influence d'un traitement approprié, la maladie des yeux disparut; mais vers le même temps il lui survint un écoulement fétide par les oreilles, et une gibbosité commença à se développer dans la région supérieure du dos. M. Chapuis, ayant été consulté, conseilla l'application de deux cautères sur les côtés de la tumeur; mais les parens s'y refusèrent, vu la grande faiblesse de l'enfant. La maladie dorsale alla toujours en augmentant, et il finit par ne plus vouloir marcher. Lorsque je le vis, il y a quatre mois, il était dans l'état le plus déplorable: fièvre hectique continuelle, sueurs nocturnes, grand amaigrissement; constipation très opiniâtre, suivie de selles très fétides; appétit parfois vorace, d'autres fois nul; gibbosité très considérable, formée aux dépens des dix premières vertèbres dorsales; côtes aplaties latéralement; sternum projeté en avant, excepté à la partie inférieure, qui est recourbée presque à angle droit; ventre volumineux, dur, surtout à la région hépatique, et présentant souvent des douleurs intenses; facies exprimant l'anxiété et la gêne de la respiration, qui est très fréquente; ailes du nez dilatées, yeux saillans, aspect anémique; accès de toux, suivis d'une expectoration purulente. Il ne marchait plus depuis long-temps, et il s'écoulait par les conduits auditifs externes une matière sanieuse et fétide. C'est dans ce cas désespéré que je prescrivis l'huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées à café par jour, puis de trois; en même temps je lui fis porter un corset à béquilles, pour soutenir la poitrine et favoriser la respiration; il fit usage d'une nourriture fortifiante et de bon vin. Deux mois s'écoulèrent sans qu'on remarquât de changement notable; mais au bout de ce temps, il commença à ressentir les effets bienfaisans de l'huile: la fièvre disparut complètement, ainsi que les sueurs, la toux et l'expectoration; la marche devint plus facile, et les selles et l'appétit réguliers; la respiration s'améliora, l'écoulement fétide des oreilles fut moins abondant et finit par disparaître. Aujourd'hui son état s'est encore de beaucoup amendé; il a repris de l'embonpoint; l'aspect anémique a fait place à une légère coloration qui montre une plus grande activité du système sanguin; il marche et court même avec assez de facilité; la respiration se fait librement, et si ce n'était les difformités, rien n'annoncerait plus l'état grave où se trouvait naguère ce sujet. Il continue, au reste, un traitement qui a déjà produit d'aussi beaux résultats.

Parmi un choix d'observatious extraites du rapport des médecins de Prusse (1), s'en trouve une concernant l'emploi de l'huile de morue dans une coxarthrocace du côté droit, chez une petite fille de six ans. On obtint la guérison, quoique le cas fût très grave, comme on peut en juger par l'exposé des symptômes: « Dans le pourtour de l'articulation, il s'était formé plusieurs ouvertures qui donnaient issue à une grande quantité de pus de mauvaise nature; l'extrémité malade était raccourcie d'un pouce; une fièvre de consomption avec sueurs nocturnes avait tellement épuisé l'enfant, qu'on s'attendait à une mort prochaine. Maintenant la malade, après avoir pris en tout quarante onces d'huile, est entièrement rétablie, bien nourrie, jouit d'une santé excellente et grandit considérablement; la claudication disparaît insensiblement. » Un fait du même genre a été observé par M. Marker (2). Il employa l'huile de baleine dans un cas de coxarthrocace parvenue à la troisième période, et guérit son malade.

Ce remède s'est montré très utile à M. Delavacherie, dans un cas d'ostéite chronique, et, une autre fois, il lui a semblé arrêter le développement d'une gibbosité traumatique qui allait toujours en augmentant avant son emploi (3).

M. Schenck que nous avons eu l'occasion de citer en parlant du rachitisme, continue à en retirer de grands succès et a publié dernièrement l'observation suivante (1): L..., âgée de quarante-trois ans, mère de plusieurs enfans, était affectée depuis dix-huit mois de douleurs dans les lombes, d'ulcères et de fistules au sacrum, d'où s'écoulait une sanie fétide et séreuse; les vertèbres étaient saillantes, les articulations des membres gonflées. Déjà la femme était dans un état de marasme et la fièvre hectique prononcée, lorsqu'on eut recours à l'huile de morue, qu'elle supporta sans peine à la dose de trois cuillerées par jour. Sous l'influence de ce moyen, l'amélioration ne devint bien sensible qu'au bout de six mois: alors le gonflement des articulations diminua. Le neuvième mois, la malade put marcher avec des béquilles. Au bout d'un an, les ulcères se fermèrent, et dix-huit mois après avoir commencé l'usage de ce médicament, elle put faire de longues promenades. Le même praticien rapporte encore un cas de carie scrofuleuse guérie au bout de six mois.

Le docteur Knolz en retire encore encore tous les jours de grands avantages dans les maladies des os, chez les jeunes sujets. Il rapporte (2) trois cas de caries scrofuleuses du genou, du coude et du sternum, qui avaient résisté à tous les moyens employés en pareille circonstance, et avaient réduit les malades au marasme. L'auteur a vu tous les symptômes s'amender dès les premiers jours qu'il leur a administré l'huile de foie de morue; la dose qu'il leur donnait était de trente-deux grammes (une once) par jour.

Les tumeurs blanches n'ont pas plus résisté à ce moyen que les autres symptômes du vice strumeux. En voici un exemple que nous empruntons au mémoire de M. Gouzée: Une jeune fille de dix ans portait depuis trois ans, au coude gauche, une tumeur blanche contre laquelle avaient échoué une foule de moyens. Le coude était volumineux, dur, les tégumens blancs et luisans, le membre complètement ankylosé à angle droit. Il était le siége de douleurs vives qui faisaient craindre le développement de dégénérescences désormais incurables, crainte qu'augmentait encore la présence d'un large ulcère fongueux, à suppuration sanieuse, qui s'était développé, depuis un an environ, à son côté externe. Cette enfant était très amaigrie, sa face pâle et plombée, sa physionomie souffrante et abattue; elle se plaignait

(1) Breussische medizinische Zeitung.
(2) Medizinische Zeitung, octobre, 1835.
(3) *Loc. cit.*

(1) Hufeland's Journal, continué par Osann, mars 1839.
(2) Hufeland's Journal, 1840, et Journ. des Conn. méd. et chir., juin 1840.

de spécial, difficile à apprécier dans son essence.

En vous parlant, il y a quelque temps, de l'éclampsie, nous vous disions : Autant ces accidens sont peu sévères au début d'une pneumonie, d'un catarrhe, etc., autant ils doivent inspirer d'inquiétudes lorsqu'ils se montrent à la fin d'une maladie.

L'enfant du n° 7 de la salle Sainte-Thérèse, vient confirmer la première partie de notre proposition. Sorti de la salle Sainte-Julie, où il était il y a quelques jours, il est pris immédiatement de convulsions éclamptiques, sa coqueluche (dont il n'était pas guéri) disparaît ; on n'oppose à ces nouveaux accidens aucune médication, et deux ou trois jours après leur apparition ils cessent d'eux-mêmes.

Ainsi, chez cet enfant, qui paraît dans des conditions propres à prendre une affection cérébrale, nous voyons l'éclampsie cesser nonobstant l'absence de toute médication ; mais la coqueluche n'a pas reparu, ce qui nous a fait craindre quelque lésion du côté de la poitrine. En effet, à la visite de ce matin, nous trouvons tous les signes d'un catarrhe capillaire. Cependant le pouls, chez cet enfant, est bas, la chaleur normale, on entend du râle ronflant et sibilant, mais peu abondant ; tout cela nous fait espérer que le catarrhe n'aura pas de suites, et que la coqueluche reparaîtra bientôt.

En effet, le lendemain cet enfant a trois quintes ; son pouls qui, la veille, était à 180, descend à 130 ; il a, dans la nuit, des sueurs abondantes, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours. La chaleur de la peau était normale ; on n'entend plus de râle sous-crépitant qu'à la base du poumon gauche, où il est très rare ; râle muqueux et sibilant dans les autres points ; encore un peu de résistance au doigt dans le côté gauche. Cet enfant est évidemment mieux.

Ainsi, c'est un fait univoque que dans la coqueluche, toutes les fois qu'il survient une phlegmasie de quelque organe, les quintes cessent pour reparaître aussitôt que la phlegmasie a disparu.

Au n° 3 de la salle Sainte-Julie, est un petit enfant, âgé d'un mois, qui, depuis trois jours, éprouve une toux assez fréquente, mais sans caractère convulsif. Hier seulement les quintes se sont manifestées et la mère de l'enfant en a compté quinze dans la journée. Ce matin il n'y en a plus eu que trois. Eh bien ! par ce seul fait de la diminution du nombre des quintes, nous avons annoncé une phlegmasie, probablement pulmonaire, grave.

A l'auscultation nous avons trouvé du râle muqueux dans toute la poitrine, du râle crépitant à la base du poumon droit, le long de la colonne vertébrale, et du râle sous-crépitant à gauche. A la percussion, le son est évidemment plus obscur à droite qu'à gauche, même dans la partie supérieure. Il y a avec cela de l'oppression, la toux est fréquente, mais sans quintes. Cet enfant est atteint d'une pneumonie lobaire à laquelle il va probablement succomber. Nous lui avons fait appliquer un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de cinq francs sur le point malade.

Chez l'enfant du n° 8 de la même salle, le nombre des quintes a également diminué depuis hier, et nous avons trouvé de la fièvre et les signes d'une pneumonie commençante.

Chez cet enfant le catarrhe s'est promptement modifié ; la fièvre est tombée et les quintes ont reparu aussitôt après la diminution des nouveaux accidens.

— Chez l'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, les accidens fébriles et l'oppression augmentèrent assez rapidement d'intensité. La toux cependant était peu notable.

Mais trente-six heures après le début de la pneumonie, quoique le râle crépitant et sous-crépitant devînt de plus en plus clair, la face, au lieu de prendre cette teinte animée ordinaire aux personnes atteintes de phlegmasies du poumon, présente une pâleur anémique ; les extrémités sont froides, et ce n'est que difficilement que la mère parvient à rétablir un peu de chaleur. Le pouls est à 128. En un mot, tout annonce, chez cet enfant, une gêne considérable dans la circulation pulmonaire et dans la respiration. Cet enfant a succombé le troisième jour de sa maladie.

A l'autopsie, on trouve une double pneumonie lobulaire occupant la partie moyenne et supérieure du poumon droit, le sommet du poumon gauche, et très reconnaissable à son aspect marbré. La partie inférieure du poumon droit est le siége d'un engouement assez considérable.

C'est surtout, dit M. Trousseau, sur les symptômes qu'a présentés cet enfant, que nous allons appeler votre attention ; symptômes qui ne sont point les mêmes que chez les enfans plus âgés. Ainsi, au lieu de cette fièvre vive, de cette toux fréquente, de cette oppression considérable, en un mot, de cette acuité de la maladie qui fait que, chez ces derniers, la pneumonie ressemble à la pneumonie des adultes, nous avons eu, chez notre enfant, une grande toux et une prostration très prononcée. Au lieu d'une réaction plus ou moins intense, durant trois ou quatre jours, nous avons vu une adynamie profonde caractérisée par le peu de fréquence du pouls, le froid des extrémités, symptômes qui ont conduit au tombeau la femme du n° 33 de la salle Sainte-Anne, dont nous vous avons entretenu il y a quelques jours, de sorte que ces deux âges extrêmes de la vie semblent être rapprochés par quelque chose de commun.

Si l'auscultation et la percussion ne nous étaient venues en aide, nous eussions été loin de penser à une pneumonie chez cet enfant, d'après les symptômes généraux qu'il présentait. Ainsi toutes les fois que vous observerez une prostration qui ne s'expliquera point par quelque désordre d'organe, soupçonnez une pneumonie, bien qu'il n'y ait ni toux, ni dyspnée, ni aucun autre signe qui puisse vous faire redouter cette maladie.

Il y avait chez cet enfant du râle crépitant et sous-crépitant dans toute la poitrine, et nous avons trouvé une pneumonie lobulaire. On se demande ce qu'on aurait observé si la pneumonie avait été lobaire. Probablement la même chose, et voici comment : Dans la pneumonie lobulaire il y a un certain nombre de petits lobules malades et sains qui correspondent à la partie du stéthoscope appliquée sur la poitrine, de sorte que l'auscultation pulmonaire se confond avec le râle crépitant et ne peut être distingué. Pour la pneumonie lobaire, l'auscultation donnera le même signe. Mais si l'on a recours à la percussion, au lieu d'obscurité du son pour la pneumonie lobulaire, ainsi que nous l'avons observé chez l'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, obscurité du son qui ne peut se confondre que par la réunion dans un même point de lobules sains et de lobules malades, nous avons, pour la pneumonie lobaire, une matité assez prononcée.

Quant au traitement, la saignée, qui réussit si bien chez les enfans d'un à deux et trois ans, n'est point supportée par les enfans d'un à deux mois. Les sangsues, outre qu'elles ne seraient pas utiles, ne sont guère plus possibles ; car la prostration est si rapide chez ces jeunes enfans, qu'il serait à craindre que par ce moyen elle ne fût plus rapide encore. Les vomitifs et une révulsion sur la peau seront à peu près les seuls moyens qu'il conviendra d'opposer à une pneumonie chez les enfans en très bas-âge.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

REVUE CLINIQUE.

Paralysie faciale.

L'homme qui est devant vous en ce moment est dans le service depuis quelques jours : il est affecté d'une paralysie faciale du côté gauche. Recherchant avec soin la cause qui avait pu déterminer une semblable maladie, elle ne résiderait pas, au dire de cet homme, dans l'action directe sur la région par un courant d'air, et d'autre part, nous trouvons que cet homme n'est pas sujet aux maux de tête. Nous ne voyons pas non plus quel rapport peut exister entre la paralysie faciale et des épistaxis auxquels cet homme est sujet, et que nous mentionnerons pour simple mémoire.

Cependant, nous présumons que la paralysie est le résultat d'un courant d'air ; circonstance dont le malade ne se rend pas compte, soit par défaut de mémoire, soit par défaut d'attention ; d'autant mieux, du reste, que le courant d'air froid peut avoir agi pendant le sommeil. Quoi qu'il en soit, un matin, en se levant, le malade reconnut que sa difformité existait. Vous voyez quels en sont les caractères : le côté de la face qui est paralysé manque tout à fait d'expression ; la joue est affaissée de même que l'aile du nez correspondante ; la commissure labiale de ce même côté est un peu abaissée ; la paupière est immobile par suite de la paralysie du muscle orbiculaire, et l'œil ne peut être fermé ; le muscle de la paupière a conservé son action. Enfin, un dernier caractère est le suivant : quand, après lui avoir fait faire une profonde inspiration, on dit au malade de chasser du poumon une certaine quantité d'air et de la retenir dans la bouche, il lui arrive de ne pouvoir pas le faire, et alors il fume la pipe, comme on le dit communément.

Voyons maintenant, Messieurs, quel est le nerf qui est malade. Nous pouvons répondre de suite que c'est le nerf facial Ce nerf, en effet, se distribue aux parties dont le mouvement est paralysé. Du reste, la conservation des mouvemens de la mâchoire dénote que ce n'est pas la cinquième paire qui est affectée.

Avec la paralysie du mouvement que nous avons signalée, existe en même temps une diminution de la sensibilité ; circonstance qui démontre, contrairement à l'opinion de Charles Bell, que la septième paire n'est pas exclusivement un nerf moteur, et qu'elle imprime un certain degré de sensibilité aux parties qui sont sous sa dépendance. D'ailleurs, nous avons vu tout à l'heure que la cinquième paire est saine ; d'où nous pouvons conclure que l'anesthésie incomplète qui existe, reconnaît une cause tout autre que la lésion de ce nerf.

La saignée a déjà été employée chez ce malade, de même que les dérivatifs sur le canal intestinal. Nous n'avons pas obtenu beaucoup d'amélioration jusqu'à présent, ce qui nous engage à passer de suite aux frictions faites avec la strychnine ; en même temps le malade fera usage de la teinture de quinquina. Si ces différens moyens n'amenaient pas la guérison, il nous resterait enfin à essayer l'électropuncture.

---

de vives douleurs d'estomac, de constipation et d'un manque d'appétit que rien ne pouvait vaincre. M. Gouzée conseilla des bains locaux émolliens, et à l'intérieur les amers et les ferrugineux, mais sans succès. Enfin il prescrivit l'usage de l'huile de foie de raie, à la dose d'une demi-cuillerée matin et soir, et, chose remarquable, après un mois de son usage, la santé générale, si long-temps délabrée, était redevenue parfaite ; la couleur du visage, l'expression de la physionomie se montraient sous l'aspect le plus favorable ; l'appétit surtout avait reparu, les digestions étaient faciles, les selles normales ; les douleurs du coude avaient complètement cessé, le gonflement était moindre, et l'ulcération moins étendue avait perdu son caractère fâcheux. Deux mois après, il ne lui restait plus qu'une petite ulcération superficielle, et le mouvement de flexion du bras était assez facile. Le coude avait repris presque son volume normal, si ce n'est encore un peu d'engorgement dans l'endroit de l'ulcération. Par la suite, cette maladie ne conserva de cette grave altération que l'impossibilité de porter le bras dans une extension complète.

Le docteur Ruef, de Hühl (1), préconise beaucoup l'huile de morue dans les cachexies. Selon lui, les scrofules, qui déterminent si souvent des ulcérations stomacales et intestibales, ont pour remède spécifique ce médicament. Il est vrai qu'il ne cite qu'une observation assez incomplète, dans laquelle il dit avoir guéri, dans l'espace d'un mois, un enfant de neuf ans, ayant le cou farci de glandes indurées, dont quelques unes étaient déjà ulcérées. Le ventre était tuméfié et douloureux, l'appétit faible, la soif vive, le pouls fébrile et les selles irrégulières (2).

Il ne faut cependant pas oublier, en parlant du traitement de ces diverses formes de l'affection scrofuleuse, qu'on ne doit pas demander à un médicament plus qu'il ne peut tenir. Par exemple, la carie scrofuleuse est à la fois un mal externe ou local, et une maladie *sui generis*, dépendant d'une constitution généralement vicieuse, dont elle n'est en quelque sorte que l'expression, le produit. L'huile de morue remplit les conditions du traitement général ; mais la carie, en tant que maladie locale, réclame en outre des soins particuliers. Les fusées purulentes, les clapiers, les trajets fistuleux anciens, et surtout les ulcérations et l'engorgement des parties molles, sont autant d'obstacles contre lesquels le traitement interne ne peut rien. La compression, la stimulation des surfaces ulcérées, etc., tels sont les moyens qu'il faut employer concurremment. L'huile de morue peut

(1) Archiv. méd. de Strasbourg, 1837. — (2) *Ibid.*

encore être très utile dans les ophthalmies strumeuses ; mais comme en général son influence médicamenteuse ne se manifeste qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et qu'une ophthalmie tant soit peu grave peut causer des ravages irréparables dans l'espace de quelques jours, on ne peut négliger le traitement ordinaire pour constater les effets de l'huile de morue isolément. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que, sous l'influence du traitement interne, la constitution s'améliore, et que ce résultat est de la plus haute importance, car c'est de l'état général des malades que dépend surtout la solidité des guérisons chez les scrofuleux. Les traitemens spéciaux dirigés contre la maladie locale ne guérissent que temporairement.

M. Piffard, de Brignoles, a retiré le plus grand succès de l'usage interne de l'huile de foie de morue dans deux cas fort graves d'ophthalmie scrofuleuse En voici l'un (1) : Une jeune fille de seize ans, non menstruée, à face bouffie, pâle, présentant le type d'un tempérament essentiellement scrofuleux, avait les conjonctives rouges, et sur les bords libres des paupières plusieurs pustules, dont quelques-unes ulcérées, avec un fond grisâtre ; larmoiement, photophobie des plus intenses ; la cornée transparente de l'œil droit présente une large ulcération par où s'échappe l'iris ; cécité complète de cet œil. La vision n'est point entièrement perdue à gauche ; toutefois il est nécessaire que la malade dirige tout à fait en bas le globe de l'œil, le segment inférieur de la cornée transparente portant aussi une petite ulcération au travers de laquelle une portion de l'iris forme hernie. Cette enfant a de plus, sur le côté gauche de la poitrine, deux larges plaies scrofuleuses, dont les bords sont décollés dans une assez grande étendue. Le docteur Piffard ordonna, dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, une cuillerée à café d'huile de morue, à prendre le matin à jeun ; trois jours après la malade en prit une cuillerée matin et soir ; enfin on augmenta de trois en trois jours la dose, jusqu'à ce qu'il en fût donné une cuillerée à bouche matin et soir. Dans l'espace d'un mois cette fille en but ainsi bien près d'une livre. Un régime tonique fut joint au traitement. La malade sortit de l'hôpital sans qu'elle eût éprouvé, en apparence, aucune amélioration sensible. Deux mois après, le docteur Piffard revit cette enfant, qui depuis sa sortie n'avait fait aucun remède, dans un brillant état de santé. La rougeur et les ulcérations palpébrales ont entièrement disparu ; l'œil gauche est parfaitement net, l'iris mobile, la vue intacte ; au centre de la cornée transparente de l'œil droit existe une cicatrice qui gêne un peu la vision de ce côté ; l'iris présente plusieurs adhérences qui donnent à la pupille une forme très irrégulière. Les plaies du thorax sont guéries. Depuis, M. Piffard a revu maintes fois la malade, et la guérison ne s'est point démentie.

(1) Bulletin de thérapeutique, mai 1840, et Journ. des conn. méd.-chir., juin 1840, p. 246.

Tout le monde sait que les préparations d'iode, si utiles dans le traitement des affections scrofuleuses des glandes et du système lymphatique en général, se montrent beaucoup moins efficaces contre les scrofules des os. Tout au contraire, l'huile de morue paraît agir principalement sur les systèmes osseux et fibreux ; tandis que son influence sur les scrofules de la peau et des lymphatiques est beaucoup moins marquée. Cela ressort évidemment des observations et des remarques de Brefeld, Taufflieb, M. Gouzée et autres. Sous ce rapport, il existerait, suivant Brefeld, une véritable gradation dans la puissance thérapeutique de l'huile de morue, selon le système d'organes affectés. Ce médecin, en considérant les diverses formes de la maladie scrofuleuse, selon la facilité avec laquelle elles cèdent à l'usage de l'huile, a cru devoir les classer dans l'ordre suivant : 1° scrofules des systèmes fibreux et osseux, tumeurs blanches des diverses articulations, spina ventosa, carie scrofuleuse ; 2° affections des glandes mésentériques (carreau) ; 3° engorgement des glandes sous-cutanées ; 4° ophthalmies, otites et maladies cutanées scrofuleuses. Suivant lui, elle n'exercerait qu'une faible influence sur les maladies de cette dernière classe ; mais là encore, comme nous l'avons vu, elle est encore toute-puissante.

Il nous semble résulter évidemment de l'exposition des faits à laquelle nous venons de nous livrer, qu'on ne peut plus méconnaître la puissance médicamenteuse des diverses huiles dont nous avons parlé, dans la diathèse scrofuleuse, et qu'à titre de substances analeptiques elles devront souvent être préférées aux autres agens qui se sont aussi montrés efficaces dans ces cas.

En admettant avec MM. Ricord et Lugol, que la maladie syphilitique invétérée engendre les scrofules, on devra souvent rencontrer l'emploi de l'huile de poissons dans ce cas, et il nous paraît, à en juger par induction, qu'elle pourra y rendre d'éminens services.

AFFECTIONS RHUMATISMALES CHRONIQUES.

Nous pourrions appliquer à ces affections les remarques que nous avons faites en parlant du rachitisme et des maladies avec

Cancer de la main ; désarticulation du poignet.

Voici un homme qui, à la suite d'une ancienne brûlure, a eu une cicatrice difforme de la main : les déchirures fréquentes de cette dernière, qui avaient lieu au moindre tiraillement et surtout en hiver, ont donné lieu à des ulcérations plus ou moins difficiles à guérir. Leur persistance opiniâtre, particulièrement en été, ont engagé un médecin à les attaquer par la cautérisation, qui, au dire du malade, a été répétée plusieurs fois. Loin d'amener de l'amendement, la cautérisation a bientôt été suivie de la transformation cancéreuse des ulcérations. Le mal n'ayant pas cessé de faire des progrès depuis, la main de cet homme se présente aujourd'hui dans un état très grave : les os eux-mêmes participent de la dégénérescence cancéreuse ; de sorte que nous avons dû songer à l'amputation du poignet, opération que nous pratiquerons aujourd'hui même devant vous. K...

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Hémorrhagie cérébrale ancienne et hémorrhagie cérébrale récente chez le même sujet. Examen nécropsique.

La femme qui a succombé au n° 4, nous présente un nouvel exemple d'hémorrhagie cérébrale. L'histoire de cette malade n'est pas moins intéressante que celle d'un homme qui a succombé dernièrement, et dont la paralysie correspondait au côté qui était le siége de l'hémorrhagie.

Elle était âgée de soixante ans environ, et avait éprouvé, vers la fin de l'année dernière, une hémorrhagie cérébrale ; c'est-à-dire qu'au milieu de ses occupations, cette femme fut prise d'une hémiplégie gauche sans perte de connaissance ; hémiplégie dont elle n'a jamais été entièrement guérie depuis.

Au mois de janvier dernier, elle devint sujette à une douleur de tête correspondante au siége présumé de l'hémorrhagie, et ressentit en même temps un engourdissement du côté jadis paralysé. Ce fut alors qu'elle fut admise à la clinique.

D'après les antécédens, nous diagnostiquâmes une hémorrhagie cérébrale qui avait été suivie de résolution, et nous présumâmes que les phénomènes actuels étaient le résultat d'un travail qui s'effectuait dans le voisinage du foyer qui avait existé jadis. En conséquence, nous n'hésitâmes pas à prescrire la saignée, qui fut suivie d'une amélioration sensible.

Toutefois, la malade continuait à accuser un mal de tête, et l'état des membres laissait encore quelque chose à désirer. A la vérité nous pensions que la malade n'était pas ici d'une bonne foi hors de tout soupçon, et il ne nous paraissait pas impossible que ses souffrances fussent simulées dans le but de prolonger son séjour à l'hôpital. Dominé par cette pensée, la malade fut en quelque sorte négligée par nous jusqu'au moment où elle eut un nouvel accident, ce qui est arrivé il y a quelque jours seulement.

Avant d'aller plus loin, nous devons vous dire que cette femme ayant succombé à sa seconde attaque d'apoplexie, à l'examen du crâne nous avons trouvé la preuve non douteuse de sa première attaque. L'hémisphère droit présente une véritable cicatrice ; la réunion de la pulpe cérébrale s'est accomplie ; le caillot du kyste, qui a été entièrement absorbé, nous paraît avoir eu approximativement le volume d'une noix.

Sans anticiper ici sur l'issue de la seconde attaque, et revenant à l'histoire de la malade, nous vous rappellerons d'abord qu'il y a huit jours seulement a elle a été de nouveau frappée d'apoplexie. Cette fois la perte de la connaissance fut complète, et l'on reconnut aussitôt une hémiplégie complète du côté droit.

Le lendemain, la perte complète de la connaissance persistait, quoique l'hémorrhagie fût d'intensité moyenne ; mais cette circonstance restait suffisamment expliquée par les désordres qu'avait dû laisser derrière elle l'ancienne apoplexie. Les yeux étaient fermés, les pupilles immobiles. La résolution du côté droit était complète, et dans l'insensibilité générale de la malade il était impossible de ne point reconnaître un phénomène anesthésique qui d'ailleurs n'avait rien de surprenant. Le diagnostic d'une hémorrhagie dans l'hémisphère gauche coulait de source : ce fut celui que nous portâmes.

L'examen du crâne nous afait connaître qu'en effet l'hémorrhagie a eu lieu dans la couche optique. La nécessité de conserver le cerveau dans l'alcool a entraîné un certain degré d'altération de la pièce pathologique ; cependant il est encore possible de reconnaître quelques vertiges d'injection sanguine : quoique la pulpe cérébrale fût décolorée, néanmoins on remarque des marbrures sur différens points. La pulpe correspondante au foyer apoplectique est broyée et imbibée de sang : c'est un véritable état ecchymosique, celui sous lequel elle se présente.

En résumé, chez un même sujet nous trouvons réunis deux âges de la même maladie. Ce fait nous ramène dans l'ordre normal d'observation, d'où nous avions été un instant distraits par le sujet apoplectique dont nous avons eu à nous occuper dernièrement et chez lequel l'hémorrhagie correspondait au côté paralysé. C'était pour nous le premier fait de ce genre que nous observions et le huitième, dit-on, que la science possède.

Péricardite ; remarques sur le diagnostic de cette maladie.

Au n° 9 de la salle Sainte-Jeanne est couché un homme âgé de quarante-deux ans, d'une constitution forte, ayant toujours joui d'une bonne santé et n'ayant jamais eu de rhumatismes articulaires ou autres. Il a eu pendant six semaines une bronchite qui l'a beaucoup fatigué, mais qui cependant ne l'a pas obligé de suspendre son travail. Il y a cinq à six jours qu'il a ressenti une douleur de côté, violente, n'augmentant pas notablement par la pression, et de l'anxiété. Bientôt se sont manifestés des phénomènes généraux et le malade est alors entré à la clinique.

Il est ici depuis deux jours ; son teint est encore assez coloré ; la physionomie exprime l'anxiété ; les lèvres sont rouges et le visage quelque peu cyanosé. Une douleur se fait sentir à la région précordiale antérieure, augmentant peu par la pression, mais s'accroissant beaucoup par les efforts de la respiration. De plus, le malade accuse quelques battemens de cœur. Le pouls donne 104 pulsations par minute, et nous avons cru remarquer quelques irrégularités dans les battemens. Le catarrhe pulmonaire persiste encore, mais il n'y a pas de sang dans les crachats.

Pour ce qui est des autres fonctions, nous avions remarqué que la langue est rouge sur ses bords et à la pointe, et sale sur son milieu. Ajoutons : inappétence et insomnie complète, pas d'augmentation de la soif, selles normales, pas de douleurs abdominales, le ventre est bien conformé. Les urines sont naturelles ; insomnie et léger degré de céphalalgie. Disons enfin qu'il n'y a pas eu de frisson initial.

Nous arriverons tout à l'heure à la percussion et à l'auscultation.

Selon notre habitude, nous avons demandé à l'un de vous quelle était la maladie que nous avions à combattre chez cet homme : soit du poumon, des bronches ou de la plèvre ; cette dernière nous paraissait être celle qui était affectée, et peut-être, disions-nous, le péricarde l'est aussi. Nous attendions de la percussion et de l'auscultation la confirmation de nos prévisions. La première, en effet, nous fit bientôt reconnaître l'existence d'un son obscur à la région précordiale antérieure, s'étendant, d'une part, depuis la troisième jusqu'à la septième côte, et d'autre part, depuis le sternum jusque vers le bord libre du muscle grand pectoral. Nous le répétons, cette matité était circonscrite à la région précordiale antérieure. Il nous a semble en outre que les espaces inter-costaux correspondans étaient élargis, et que la région était légèrement voussée. L'auscultation, à son tour, nous démontre qu'autour de la matité le murmure vésiculaire se faisait entendre, mais qu'il n'existait pas dans l'étendue de la surface qui y correspondait ; un bruit de souffle se prolongeait après le premier bruit du cœur.

Nous reconnûmes dans toutes les circonstances les élémens suffisans pour diagnostiquer une péricardite avec participation probable de la plèvre correspondante à l'inflammation, d'où une pleuro-péricardite.

Le diagnostic de la péricardite était encore tellement obscur il n'y a pas long-temps, que Bayle, qui de son temps était le praticien le plus fort sur le diagnostic, ne craignait pas de dire que devant choisir parmi deux malades offrant des symptômes analogues, et dont l'un seulement aurait une péricardite, il ne se serait pas étonné de porter son choix sur celui qui n'en serait pas atteint. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui.

L'ensemble des phénomènes qui existent chez notre malade ne laissent pas de doute sur la nature de sa maladie : mais il ne faut pas croire qu'ils se trouvent toujours tous réunis chez le même malade. La douleur, par exemple, est un phénomène rare, tellement rare que l'on peut établir sans crainte qu'elle n'existe pas plus d'une fois sur vingt. Et comme son absence est un puissant motif pour éloigner les recherches du médecin, elle devenait la source des erreurs nombreuses que commettaient les médecins d'autrefois, qui ne connaissant ni l'auscultation, ni la percussion, en étaient réduits aux signes physiologiques de la maladie.

Sous ce rapport, nous avons donc fait de nombreux progrès, comme vous voyez. D'autre part, M. Louis, en examinant des péricardes, il lui arrivait souvent de trouver les feuillets de cette membrane séreuse parsemés de taches blanches, qui lui paraissaient l'indice probable de l'existence ancienne d'une phlegmasie qui n'avait jamais été soignée, les sujets n'en ayant jamais accusé les souffrances. Il résultait de cette découverte anatomo-pathologique de M. Louis que la péricardite devait être une maladie plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors. Mais une conséquence des observations de M. Louis que nous ajouterons à la précédente, c'est que, contrairement à l'opinion de Corvisart, la péricardite est une maladie légère, peu grave.

---

lesquelles on le confondait souvent ; car, par exemple, dans les observations que Schenck qualifie de rhumatismes, il s'agit bien plutôt de maladies de la moelle et de la colonne vertébrale. Ainsi des paraplégies douloureuses qui duraient depuis de longues années, des sciatiques doubles ou simples qui probablement étaient dues à une affection de l'extrémité de la moelle épinière, cédèrent rapidement sous l'influence de l'huile de morue, alors que les médications les plus énergiques étaient restées inefficaces ; mais il n'en est pas moins vrai que de véritables rhumatismes ont été guéris par l'usage de cette huile, et c'est surtout dans le traitement des arthrites rhumatismales chroniques que ses propriétés médicinales se sont révélées pour la première fois.

Cette parfaite similitude dans les résultats obtenus par le même traitement dans des affections en apparence de nature différente, semble venir à l'appui de l'opinion des médecins qui, comme Brefeld, considèrent l'arthrite rhumatismale chronique et l'arthrite scrofuleuse comme deux maladies à peu près identiques. Au reste, quoi qu'il en soit, c'est surtout dans les cas où la maladie sévit sur une constitution faible et lymphatique que l'huile se montre avantageuse. Cette remarque, qui a été faite par M. Garron du Villards (1) et par beaucoup d'autres, nous l'avons souvent vérifiée. Chaque fois que nous avions affaire à une constitution encore forte et à un tempérament sanguin, ce médicament n'a produit aucun effet entre nos mains, tandis que chez les individus d'un tempérament scrofuleux ou dont la constitution était fortement détériorée, il nous a souvent réussi. Ces circonstances favorables se sont rencontrées dans le cas suivant. La femme Jomsin, d'un tempérament scrofuleux, âgée de cinquante-sept ans, fut atteinte, il y a trois ans, d'une affection rhumatismale sub-aiguë qui, négligée, alla toujours en augmentant. Lorsque je la vis pour la première fois, il y a six mois, elle n'avait pas quitté sa chambre depuis deux ans et avait passé presque tout ce temps dans son lit. La plupart de ses articulations étaient à demi-ankylosées et ne lui permettaient que quelques mouvemens de progression et un faible usage de ses mains ; elles étaient déformées, augmentées de volume, noueuses, et le siége de douleurs sourdes que des mouvemens un peu étendues rendaient très aiguës. Cette femme était très amaigrie, sans appétit et fort constipée, n'allant à la selle qu'à l'aide de lavemens et de purgatifs. Elle présentait souvent un mouvement fébrile vers le soir et une toux sèche revenant par accès. Son pouls était faible, petit, misérable, et elle passait des nuits sans sommeil. Diverses médications, telles que les sudorifiques, les préparations de morphine par la méthode endermique, la teinture de colchique, les bains sulfureux, etc., restèrent sans succès. Je lui prescrivis alors l'huile de morue à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, matin et soir. Elle la supporta très bien, et elle ne l'avait pas prise plus de trois à huit jours qu'elle remarquait déjà une notable amélioration ; l'appétit était revenu, les selles régulières ; les accès de fièvre avaient cessé, et les mouvemens étaient plus faciles. Elle a continué ce remède jusqu'aujourd'hui, et maintenant il ne lui reste plus rien de son affection. Les gonflemens articulaires ont disparu, les mouvemens sont aussi libres qu'auparavant et la constitution s'est notablement améliorée. M. le docteur Jacquet, de Dison, m'a fait voir deux individus d'un tempérament lymphatique, qui avaient long-temps souffert d'un rhumatisme articulaire chronique très étendu qui les forçait à rester continuellement couchés et avait épuisé leur santé. Les secours de la médecine ordinaire n'avaient produit aucun amendement, lorsqu'on employa l'huile de morue, qui les guérit complètement. Il n'est pas de praticien à Verviers, où les affections rhumatismales chroniques, compliquées de scrofules, sont excessivement fréquentes, qui n'ait eu l'occasion de remarquer les effets admirables que produit l'huile de morue dans ce cas. Par son usage, quantité d'individus qui depuis long-temps restaient paralysés et passaient leur existence dans d'horribles souffrances, ont vu leurs maux se calmer et l'espérance renaître dans leurs cœurs avec la santé. Ce n'est pas que ce remède ait réussi dans tous les cas ; mais jamais il n'a été nuisible, et presque toujours il a été très utile, sinon tout à fait. On rencontre ici, comme dans toutes les maladies, des cas particuliers qui, avec la même physionomie, se montrent rebelles à un traitement qui avait réussi dans des faits en apparence analogues. Il nous a semblé, comme nous l'avons déjà dit, que plus les individus se rapprochaient du tempérament sanguin, moins on pouvait compter sur l'huile ; M. Rutten nous a dit avoir fait la même remarque. Il est sans doute encore d'autres circonstances, d'autres idiosyncrasies qui annullent les bons effets de ce médicament, et il faut espérer que de nouvelles observations viendront nous éclairer sur ce point : c'est pour vouloir faire d'un remède un moyen infaillible qu'on le discrédite le plus souvent.

Une foule d'autorités attestent les succès de l'huile de morue dans le cas qui nous occupe ; telles sont Spiritus, Moenig, Percival, Marino (1), Harless (2), etc. M. Gouzée a cité un cas remarquable de rhumatisme articulaire chronique, guéri ; et M. Taufflieb l'a administré à deux femmes privées de l'usage de leurs membres depuis plusieurs années, par suite d'arthrite rhumatismale chronique. Chez ces malades, les fonctions de locomotion étaient tellement restreintes par suite du gonflement et de la raideur de toutes les articulations, que l'on était obligé de les porter d'un lit à l'autre. L'usage de l'huile de morue fit disparaître peu à peu le gonflement des articulations ; au bout de cinq à six mois les mouvemens se rétablirent, et aujourd'hui les malades marchent avec assez de facilité (3).

Dans l'arthrite goutteuse, suivant la remarque de M. Brefeld, elle ne jouit d'aucune utilité. M. Taufflieb a eu l'occasion de vérifier cette assertiou sur un de ses malades.

Les professeurs Græfe, de Berlin, et d'Ammon, de Dresde, l'ont employée avec succès pour combattre les affections de l'œil compliquées de rhumatisme. Le résultat de leur médication a été consigné dans le compte-rendu de la clinique de Berlin pour 1832, et dans le journal ophthalmique du professeur de Dresde. M. Carron du Villards dit l'avoir utilement employée dans les mêmes circonstances.

(1) Bulletin de Thérapeutique, 30 octobre 1835.

(1) Kuehn, Iial. med. bibl., t. I.
(2) Rhein-Westph. Jahrb., t. X, cah. I, p. 29.
(3) Gaz. méd., novembre 1839.

Le traitement de la péricardite est simplement antiphlogistique : les saignées générales d'abord chez les sujets forts, puis les locales; ces dernières seulement chez les sujets faibles. Notre malade a subi quatre saignées, dont deux locales, car il est fort et robuste. Règle générale, les saignées locales agissent plus directement sur la maladie, et c'est en ce sens qu'elles sont préférables, lorsqu'il s'agit d'opter entre elles et les générales. Les évacuations sanguines doivent être accompagnées de l'emploi des autres moyens antiphlogistiques que nous croyons inutile d'énumérer ici. K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 11 mai.

Remèdes secrets. — *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets qui ne sont d'aucune valeur. (Rejeté.)

Vaccine. — *M. Gauthier de Claubry* a occupé aujourd'hui presque toute la séance pour la fin de la lecture de son rapport sur les vaccinations pratiquées en France en 1839. La commission a donné une analyse détaillée, mais impossible à reproduire ici, des travaux envoyés par les vaccinateurs des provinces. Ces analyses n'ont absolument rien appris, si ce n'est que la plupart des praticiens des provinces paraissent ne pas reconnaître la nécessité des revaccinations. La commission a profité de ces documens pour aborder la question relative à l'altération du virus vaccin, et celle concernant les revaccinations ; elle les a résolues dans le sens des anciennes idées, en se basant uniquement sur les documens en question. Ses conclusions à ce sujet ont été : 1° que le virus vaccin est le préservatif le plus certain de la variole; 2° que les revaccinations sont inutiles.

M. Piorry pense que les conclusions sont trop absolues et qu'il faudrait les modifier. Il a vu un assez grand nombre de cas de varioles mortelles, malgré les vaccinations préalables les plus parfaites, et après avoir fait des revaccinations avec succès. Dans son opinion, les revaccinations préservent de la varioloïde ou de la varicelle, qui fait tant de ravages, malgré les vaccinations ordinaires de l'enfance.

M. Bousquet soutient, contre l'opinion de la commission, l'utilité des revaccinations. Il a revacciné 138 personnes, dont 30 avec succès. Il en a revacciné 90 à Versailles avec M. Boucher, et l'opération a bien réussi sur 38. Selon M. Bousquet, les revaccinations préservent parfaitement de la varioloïde.

M. Honoré ne conteste pas l'utilité des revaccinations, mais il adopte l'opinion de la commission en ce sens qu'il ne croit pas qu'il faille proposer au gouvernement d'ordonner des revaccinations. Van-Swiéten connaissait trois espèces de variole, dont une seulement était réellement préservatrice de la varioloïde.

M. Dubois (d'Amiens) s'étonne que la commission de vaccine ait tranché de son chef une question de la plus haute importance et pour laquelle l'Académie a nommé il y a long-temps une commission spéciale par ordre du ministre ; cette commission a reçu tous les documens nationaux et étrangers qui doivent servir de base à un rapport attendu depuis deux ans. M. Dubois demande que cette commission soit appelée à faire son rapport, et que les conclusions prises par la commission d'aujourd'hui, ainsi que les documens qui les ont motivées, soient ôtés du rapport pour être envoyés à la commission spéciale. (Appuyé.)

M. Bouillaud attaque vigoureusement les conclusions du rapport, qui lui paraissent inexactes. Il regarde les faits sur lesquels la commission a basé ses conclusions comme incomplets, puisqu'ils sont en contradiction avec ceux que les meilleurs observateurs rencontrent tous les ans dans les hôpitaux de Paris, et que les revaccinations heureuses dont on vient de parler suffisent déjà pour infirmer les opinions absolues soutenues dans le rapport.

M. Bouillaud demande qu'on discute les conclusions l'une après l'autre; il se propose de les combattre en détail. (Appuyé.)

M. Desportes parle dans le même sens. Il trouve que la commission a dépassé les limites de sa mission en s'immisçant dans une question qu'elle ne pouvait résoudre, parce que les documens les plus importans ne sont pas entre ses mains.

La proposition de M. Bouillaud est mise aux voix et adoptée. En conséquence, la discussion sera reprise à la prochaine séance.

Arrachement de tout le cuir chevelu. — *M. Leroy d'Etiolles* présente de la part d'un médecin de province, un cuir chevelu entier, garni de très longs cheveux, appartenant à une femme qui, ayant été accrochée par les cheveux à une mécanique d'une grande puissance, eut toute la calotte emportée et une partie des oreilles. Cette calotte comprend toute la surface chevelue, et a la forme d'une véritable perruque à longs cheveux; la peau est desséchée et mince. La plaie a suppuré, des exfoliations se sont faites ; mais elle ne s'est point cicatrisée. La femme est morte quatorze mois après. L'Académie a observé avec le plus grand intérêt cette pièce, qui est peut-être unique dans les fastes de la chirurgie. (Commission.)

Des maladies de la France, dans leurs rapports avec les saisons, ou *Histoire météorologique de la France*; par le docteur Fuster (ouvrage couronné d'un prix de 3,000 fr. par l'Académie des sciences de Paris). Un beau volume in-8°, de 640 pages. Chez Dufart, libraire-éditeur, rue des Saints-Pères. 1840.

L'ouvrage que nous avons sous les yeux est au nombre de ceux qu'on peut appeler véritablement originaux et difficiles à imiter. Aussi l'Académie des sciences en a-t-elle apprécié tout le mérite et l'importance. En décrivant les maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, M. Fuster a dû consulter une infinité de recueils, d'ouvrages de physique médicale, de physiologie, de médecine pratique, de statistique, sans pouvoir pourtant n'en tirer que des indications, des énoncés, des faits isolés. Il fallait un esprit philosophique doué d'une logique sévère, d'un jugement droit et riche en connaissances médicales pratiques pour déduire du rapprochement de ces élémens divers des principes susceptibles d'une application facile et heureuse. C'est là cependant que M. Fuster est arrivé dans l'ouvrage que nous faisons connaître.

L'auteur le divise en deux parties. La première, composée de quatre chapitres et d'un grand nombre d'articles, a pour sujet : de l'action pathologique des saisons et des états morbides correspondans. La seconde, des saisons et des affections correspondantes dans les principaux climats ; elle se compose également de quatre chapitres et de plusieurs articles. C'est surtout dans le grand chapitre des épidémies que l'auteur s'est montré habile observateur, praticien profond et écrivain distingué ; cette partie est traitée avec une supériorité remarquable, et offre aux praticiens des campagnes surtout, des lumières précieuses qu'ils ne trouvent dans aucun autre ouvrage.

M. Fuster a eu le bon esprit de ne s'enrôler sous le drapeau d'aucun système, et de prendre pourtant dans tous les systèmes de la médecine de tous les temps et de tous les peuples ce que la logique et son expérience lui ont fait croire d'une utile application.

L'ouvrage de M. Fuster n'est pas de nature à être bien saisi dans une seule analyse d'ensemble ; il faudrait autant d'analyses détaillées qu'il contient de chapitres et d'articles. Ces chapitres, ces articles sont tellement vastes, élaborés, riches de faits importans, qu'une simple lecture laisse le désir de recommencer leur examen avec plus de réflexion encore. Nous ne pouvons, en conséquence, qu'en recommander l'étude approfondie, comme d'un travail digne de figurer au premier rang en matière de haute philosophie médicale et d'érudition positive. Y....

Condamnation d'un confiseur pour vente de substances médicamenteuses.

MM. Quantin et Faucher, pharmaciens, ont cité, devant le tribunal de police correctionnelle, M. Lemoyne, marchand confiseur, auquel ils imputent le délit de débit illicite de substances pharmaceutiques. Ils établissent par factures qu'il leur a été vendu par lui des pâtes de gomme, de jujubes, de lichen, de pastilles de menthe, de kermès, de calomel, de soufre et d'ipécacuanha. M. Lemoyne soutient qu'il a le droit de préparer et de vendre les pâtes ci-dessus dénommés qui rentrent tout à fait dans les attributions du confiseur. Quant aux différentes espèces de pastilles, il prouve par factures que ne les ayant pas chez lui, il les avait envoyé chercher chez un pharmacien voisin pour les livrer ensuite à l'acheteur qui les lui avait demandées.

Le tribunal a prononcé le jugement qui suit :

« En ce qui touche la préparation et le débit des pâtes de gomme, de jujubes, de lichen et pastilles de menthe ;

» Attendu que si ces substances sont employées en pharmacie, néanmoins leurs qualités inoffensives ne sauraient les faire ranger dans la classe des médicamens dont la vente est interdite dans l'intérêt de la santé des citoyens ; que d'ailleurs il est de notoriété publique que les préparations de cette nature sont dans le commerce des confiseurs, et ne constitue pas de la part de ces derniers une infraction aux dispositions de la déclaration du roi du 25 avril 1777.

» Le tribunal renvoie Lemoyne de la prévention quant à ce chef.

» En ce qui touche les pastilles de kermès, de calomel, d'ipécacuanha et de soufre ;

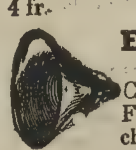
» Attendu que ces préparations se composent de substances dont l'emploi par des personnes étrangères à la pharmacie peut être dangereux, qu'elles sont d'ailleurs de véritables médicamens;

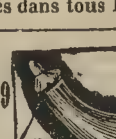
» Attendu qu'il est constant, en fait, que Lemoyne a débité ces différentes préparations ; qu'en vain prétend-il qu'il n'a fait que se procurer chez un pharmacien ; qu'en effet, tout débit direct ou indirect de médicamens est formellement interdit à toute personne par la déclaration de 1777, sus-datée ;

» Attendu que si des dispositions précises de la loi du 21 germinal an XI, et notamment les articles 33 et 36 de cette *loi*, imposent aux personnes désignées auxdits articles différentes prescriptions, ce qui implique pour ces prévenus une connaissance de la loi plus particulière, néanmoins le principe du droit qui veut que la loi ne soit ignorée d'aucun citoyen, s'applique évidemment à toutes les professions, et que l'exception de bonne foi ne peut être légalement invoquée avec succès ;

» Attendu que la seule loi qui régisse la matière, d'une manière générale, est la déclaration du 25 avril 1777, dont la disposition pénale ne saurait, par la précision de ses termes, donner aux tribunaux le pouvoir d'y apporter des modifications atténuantes.

» Le tribunal, faisant l'application de l'article 6 de ladite déclaration, condamne Lemoyne à 500 francs d'amende, condamne les parties civiles aux dépens, sauf leur recours contre Lemoyne; en ce qui touche les dommages-intérêts, attendu qu'aucun préjudice appréciable n'a été causé, dit qu'il n'y a lieu d'en accorder. (*Gazette des Tribunaux*, 6 mars 1841.)





PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 15 MAI 1841. 14e ANNÉE. N° 60, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Tumeur lymphatique de la région parotidienne.

Au n° 2 du pavillon Saint-Jacques, se trouve un jeune homme de vingt-deux ans, nommé Jean Lagruère, sellier, né à Arzac, département des Basses-Pyrénées, et demeurant à Paris, rue de Viarme, n° 19 (quatrième arrondissement).

Il présente au niveau de la région parotidienne du côté droit, une tumeur oblongue, du volume d'un œuf de dinde, placée sous le muscle peaucier, n'adhérant ni à la peau, ni aux muscles masseter et sterno-cléido-mastoïdien, et dont le grand diamètre, de cinq ou six centimètres de longueur, n'est pas tout à fait vertical, mais un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Les tégumens n'offrent point de coloration anormale; ils sont lisses et polis, distendus par la saillie de la tumeur, qui se trouve recouverte à sa partie supérieure par la peau du lobule de l'oreille.

Cette tumeur, qui a commencé à se développer au niveau de l'angle de la mâchoire, il y a huit ans environ, c'est-à-dire lorsque Lagruère n'en avait encore que quatorze, acquit dans l'espace de trois ou quatre mois le volume d'une noisette; après quoi elle resta stationnaire pendant un an environ. A cette époque, un peu au-dessus de la première, on en vit apparaître une seconde qui présenta les mêmes phases dans son développement; et trois mois après l'invasion de la maladie, ces tumeurs firent de tels progrès, qu'elles se réunirent pour n'en plus former qu'une seule. Voyant que depuis leur réunion elles continuaient toujours à augmenter de volume, le malade, au bout de dix-huit mois (c'est-à-dire, il y a environ trois ans et demi), se décida à consulter un médecin qui lui fit prendre de la tisane de houblon, et placer en même temps sur la tumeur un emplâtre de Vigo cum mercurio; celui-ci, resté en place pendant un mois, fut remplacé par un autre de ciguë. Sous l'influence de cette médication prolongée pendant plus d'une année, la tumeur diminua sensiblement de volume, au point de ne plus avoir que celui d'une noix. Persuadé qu'elle continuerait encore à marcher d'elle-même vers la guérison, le malade ne chercha nullement à favoriser les efforts de la nature, et cessa brusquement l'emploi de ces moyens; mais trois mois environ après la cessation du traitement, la tumeur se mit à faire de nouveaux progrès, qui furent même assez grands pour faire acquérir à cette dernière un volume d'abord égal, puis ensuite plus considérable que celui qu'elle offrait avant de commencer le traitement. Celui-ci, mis de nouveau en usage, n'amena aucun résultat satisfaisant, et c'est dans cet état que Lagruère se présenta dans le service le 1er février 1841.

Ceci posé, doit-on soumettre le malade à un traitement général, comme le conseillent beaucoup de praticiens qui considèrent ces engorgemens comme des symptômes d'une affection générale, et se refusent absolument à les attaquer par aucune opération, parce que, disent-ils, leur enlèvement ne détruit pas la disposition constitutionnelle en vertu de laquelle ils se sont développés? Nous ne le pensons pas, et cela d'après les faits nombreux rapportés par MM. Velpeau et Sédillot. Ces chirurgiens ont, en effet, remarqué qu'un engorgement ganglionnaire chronique qui date d'un an et plus, n'est pas, en général, susceptible de se résoudre; que, si on laisse subsister au milieu de l'organisme cette masse de tissus altérés, le travail morbide dont elle est continuellement le siége, et qui se réveille par intervalle, se communique de proche en proche aux ganglions voisins et les englobe dans la maladie primitive, de telle sorte que la tumeur s'accroît indéfiniment, qu'elle gêne alors par sa masse les fonctions des organes voisins, ou les déforme et les atrophie; qu'elle peut être envahie par une inflammation, grave alors par son étendue, qui donne elle-même lieu à des suppurations abondantes, à de vastes décollemens de la peau, à des ulcères interminables, à l'engorgement symptômatique des ganglions situés dans les régions environnantes; qu'elle peut enfin dégénérer et même entraîner l'altération des organes et des tissus voisins.

Ils pensent donc que la présence des ganglions indurés étant une cause d'accidens ou de désordres toujours menaçans, il serait avantageux de les détruire ou de les faire disparaître d'une manière quelconque; et les opérations qui tendent à ce but leur semblent bien indiquées. Assurément, si la constitution de ceux qui portent l'affection qui nous occupe était profondément altérée, si la diathèse tuberculeuse s'annonçait par l'engorgement de la plupart des ganglions du corps, il serait inutile et irrationnel d'enlever une ou plusieurs tumeurs ganglionnaires, et d'entreprendre une opération qui ne détruirait point la disposition générale, et ne remédierait, d'ailleurs, qu'à une partie des altérations locales qui en sont les symptômes. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et cette affection est presque toujours entièrement locale, bornée à la région qu'elle occupe, et développée sur des sujets qui présentent d'ailleurs une robuste constitution et toutes les apparences de la santé; c'est, du reste, ce que nous observons chez le malade qui fait le sujet de cette observation. Il jouit, en effet, d'une bonne santé, sa constitution est des meilleures; rien n'indique, chez lui, une affection constitutionnelle. Il est d'ailleurs issu de parens bien portans.

Existe-t-il des contre-indications à l'opération dans les conditions spéciales que présente l'engorgement chronique des ganglions parotidiens? Non, assurément; nulle part plus qu'à la face, il n'importe d'enlever une tumeur qui défigure les malades, leur donne un aspect repoussant, et gêne d'ailleurs les mouvemens de la mâchoire. D'un autre côté, les difficultés ne sont pas de nature à arrêter, puisque la glande parotide tout entière a pu être extirpée, à plus forte raison une masse formée de ganglions indurés pourra-t-elle toujours, si vaste et si profonde qu'on le suppose, être isolée des parties voisines et emportée. Il y a plus, les ganglions engorgés ne s'enfoncent dans l'échancrure parotidienne qu'en refoulant la glande, qui se trouve ainsi, avec les vaisseaux et les nerfs qu'elle renferme, plus ou moins soustraite à l'action de l'instrument tranchant. Quant aux engorgemens ganglionnaires superficiels, l'opération nécessaire pour les enlever est simple dans ses conséquences comme dans ses résultats, car les vaisseaux qu'on divise peuvent être liés sans peine, et il est ordinairement facile d'éviter la lésion de la parotide et des filets du nerf facial.

L'extirpation des ganglions indurés n'est pas une opération toujours exempte de dangers et de difficultés; les circonstances qui peuvent influer sur le résultat, sont: le volume de la tumeur, ses adhérences, déterminées soit par des inflammations, soit par des traitemens antérieurs; sa profondeur, annoncée par le défaut plus ou moins complet de mobilité; son extension du côté de la base de la mâchoire ou vers les gros vaisseaux du cou.

Si plusieurs de ces circonstances se trouvent réunies, l'opération est à la fois plus délicate et plus grave. Si, en outre, les ganglions des deux côtés sont affectés, il est évident que le danger est encore augmenté, puisqu'il y a deux opérations à faire au lieu d'une seule; mais cependant cette coexistence de deux tumeurs ne doit pas être considérée comme une contre-indication formelle à l'opération. Si d'ailleurs les autres conditions relatives à la santé générale, au volume, à la profondeur, aux adhérences et à l'étendue de la tumeur, sont favorables. Dans ce cas, on doit toujours commencer par opérer la tumeur, dont l'enlèvement présente le moins de dangers et de difficultés.

Admettant complètement les principes que nous venons d'exposer, M. Bérard n'hésita nullement à pratiquer l'extirpation; celle-ci eut lieu de la manière suivante, onze jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

On fit à la peau une incision en T; une des branches du T, presque verticale suivant le grand diamètre de la tumeur, tandis que l'autre, qui était la plus petite, correspondait à la partie postérieure du diamètre transversal, et se trouvait, en conséquence, perpendiculaire à la première. Les lambeaux ainsi obtenus sont disséqués avec soin, puis ensuite l'aponévrose superficielle incisée dans la même étendue. C'est alors que l'on s'aperçut, comme, du

---

FEUILLETON.

DE L'EMPLOI DE DIVERSES HUILES DE POISSONS EN MÉDECINE;

Par M. le docteur J. Delcour.

(Suite et fin du numéro précédent.)

AFFECTIONS CUTANÉES CHRONIQUES.

Ce genre d'affection est souvent compliqué avec la diathèse scrofuleuse, et c'est peut-être là la cause des succès qu'a produits l'huile de poissons dans ce cas. Le docteur Richter (1) en a retiré les plus éclatans succès dans les maladies invétérées de la peau, et dernièrement encore M. Schenck (2) a cité l'observation remarquable suivante: O..., maître d'école, était âgé de vingt-cinq ans, lorsqu'il lui survint un ulcère à la langue qu'il attribua d'abord à l'irritation causée par une dent. Quelque temps après des boutons se développèrent à la face, suppurèrent et se couvrirent de croûtes. Un médecin consulté apprit que le malade avait fumé d'une pipe appartenant à un de ses clients affecté de syphilis. O... fut plus tard aussi atteint de la gale et d'un écoulement fétide du nez. L'éruption dartreuse fit toujours plus de progrès, au point de couvrir la face comme d'un masque et de la rendre extrêmement hideuse. Les mercuriaux, l'éthiops antimonial, la douce-amère furent pendant long-temps employés sans le moindre succès; ce ne fut que par le traitement par la faim, et lorsque le malade eut été réduit à une émaciation extrême, qu'on vit une amélioration momentanée; mais dès que l'embonpoint revenait, la dartre reparaissait avec plus d'intensité à la face. La maladie avait déjà duré douze ans, lorsqu'on entreprit de la combattre par l'huile de morue (trois cuillerées à bouche par jour). Au bout de sept semaines de traitement, l'amélioration était bien marquée. Les croûtes disparurent peu à peu et la guérison était complète au bout de quatre mois.

(1) Loc. cit. et Journ. des Ann. méd.-chir., août 1836, t. III, p. 429.

(2) Hufeland's Journal, continué par Osann, mars 1839.

MALADIES CHRONIQUES DES ORGANES THORACIQUES ET ABDOMINAUX.

D'après M. Rayé, de Vilvorde (1), l'huile de morue offrirait encore de grands avantages dans le traitement des affections chroniques de l'estomac et des poumons, et il rapporte dix observations dont les malades ont guéri, sous l'influence de cette médication, d'affections qui malheureusement sont mal caractérisées et laissent beaucoup à regretter sous le rapport du diagnostic; il dit l'avoir expérimentée sur plus de cent-vingt malades atteints de pneumonie et de gastrite chronique et en avoir obtenu d'heureux résultats dans au moins les deux cinquièmes des cas; et il a soin de faire remarquer que dans la plupart de ces cas on avait employé en vain plusieurs médications rationnelles. Nous croyons que le traitement qui s'est montré si efficace dans les mains de M. Rayé, peut rendre vraiment de grands services dans les cas qu'il indique; car nous avons vu que pendant son usage, les fonctions digestives se rétablissaient promptement chez les scrofuleux, les rachitiques et les rhumatisans, qui les ont ordinairement si délabrées. Quant aux pneumonies chroniques, en fortifiant l'ensemble de l'économie, l'huile de poissons tend à ramener à l'état normal des tissus engorgés qui ne demandent souvent pour récupérer toute leur vitalité, qu'une activité plus grande de l'absorption. Elle agirait ici comme les balsamiques, dont une longue expérience a préconisé l'usage dans les mêmes circonstances.

M. le docteur Rutten, de Verviers, m'a cité le fait d'un individu d'un tempérament scrofuleux, réduit au dernier degré du marasme, par suite d'une pleuro-pneumonie chronique qui s'était développée à la suite de fusées purulentes d'un abcès du col. Le cas paraissait désespéré, lorsqu'on commença l'huile de morue: le sujet présentait une fièvre continuelle, une toux intense, avec expectoration purulente, des sueurs nocturnes, de l'œdème aux extrémités, un amaigrissement prononcé, etc. Dès l'instant où l'on employa ce médicament, il survint un changement notable, et l'individu guérit parfaitement.

Que penser de son emploi dans la phthisie pulmonaire, où Hankel (1), Kolkmann de Wiedembrück, Richter et le docteur Hæser (3) prétendent en avoir obtenu des effets surprenans, et où M. Tauf[illegible]eb ne lui a reconnu aucune efficacité?

Quelle que soit notre confiance dans les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de raie et de morue, ce n'est qu'en hésitant que nous osons admettre qu'elle puisse guérir l'affection tuberculeuse du poumon. Tant de prétendus spécifiques sont déjà venus échouer contre cette terrible affection, que nous craignons que celui-ci ne subisse le même sort; cependant, si les faits qui parlent en sa faveur sont encore peu nombreux et fort sujets à contrôle, ils nous semblent acquérir une certaine valeur, appuyés qu'ils sont par des raisonnemens basés sur une sage induction.

La phthisie pulmonaire n'est qu'une des nombreuses manifestations de la maladie scrofuleuse, et que son siége soit dans la région cervicale ou dans le poumon, sa nature est toujours la même. Or, si nous nous rappelons les succès incontestables que l'on a obtenus de l'huile de morue dans le vice strumeux, et surtout la propriété que lui ont reconnue les Hollandais d'en prévenir le développement, nous serons tenté de croire que ce médicament employé avant la génération des tubercules ou lorsqu'ils sont encore peu nombreux, pourra empêcher leur naissance ou les faire disparaître. Si l'on a obtenu par l'emploi de cet agent l'absorption de tubercules sous-cutanés (écrouelles) et de tubercules mésentériques (carreau), pourquoi n'en serait-il pas de même pour les tubercules du poumon? D'ailleurs, l'individu, en naissant, n'apporte pas ces productions accidentelles toutes formées; il naît seulement avec une disposition qui, sous sous l'influence de causes occasionnelles ou même de la seule prédisposition, s'éveille au bout d'un temps plus ou moins long. Il est vrai que nos moyens actuels d'investigation, malgré les intéressantes recherches de M. Fournet (1), ne nous permettent que rarement de reconnaître les tubercules pulmonaires avant qu'ils soient déjà en grand nombre ou qu'ils aient produit des ravages irréparables; mais il nous semble que rien ne s'oppose à ce qu'on prescrive l'huile de morue à des individus qui ne sont encore que sous l'influence de cette funeste prédisposition, qui se reconnaît le plus souvent facilement et dont on trouve déjà les signes décrits dans Arétée (2): alors on pourra en espérer de véritables succès.

Ce n'est pas seulement dans la première période de la phthisie

(1) *Loc. cit.*, et Encyclogr. des Sciences méd., 4e série, t. I, 1840, p. 100.

(2) Med. zeit. v. ver. f. heilk. in Preuss., 1833,

(3) Hufeland's Journal, t. LXXXVI, 8e cah. 1838.

(1) Recherches cliniques sur l'auscultation et sur la première période de la phthisie pulmonaire; ouvrage couronné au concours des hôpitaux; Paris, 1839.

(2) Aretæus: *De caus. et sign. morb. diuturn.*, lib. I, cap. 8.

reste, on l'avait bien prévu, d'après le développement de la maladie, qu'au lieu d'une tumeur, il en existait plusieurs petites, inégales entr'elles, la plus grosse pouvant offrir le volume d'une noix. Ces ganglions indurés étant à peu près libres, et réunis seulement par un tissu cellulaire très lâche, chacun d'eux fut saisi avec une double érigne, détaché avec le doigt ou le dos du bistouri, et séparé ensuite des tissus environnans par une sorte d'énucléation facile à exécuter. Comme quelques-uns d'entre eux, plus profonds que les autres, paraissaient s'enfoncer dans la glande parotide, le chirurgien les laissa en place, préférant laisser dans la profondeur de la plaie quelque portion malade, plutôt que de s'exposer à la blessure des organes importans qui sont placés dans cette région. D'ailleurs, les masses formées par des ganglions engorgés ou tuberculeux, n'ayant aucun caractère de malignité, il n'est pas nécessaire d'enlever jusqu'aux derniers débris avec le soin qu'on y mettrait s'il s'agissait d'une affection cancéreuse. Ajoutons encore que ces dernières portions, ainsi abandonnées, se fondent par la suppuration ou disparaissent sous l'influence d'un traitement ultérieur.

Le reste de l'opération n'offrit rien de bien important à signaler. Quant au pansement, on pratiqua la suture de l'incision transversale et des boulettes de charpie furent placées entre les lèvres de l'incision verticale, de manière à favoriser en ce point la suppuration. Celle-ci s'effectua comme d'ordinaire, et la plaie se cicatrisa sans autre complication qu'un érysipèle qui ne dura que quelques jours. Un mois après l'opération, Lagruère sortait complètement guéri, n'offrant que très peu de gonflement dans la région primitivement malade.

Avant de terminer ce que nous avons à dire sur les ganglions lymphatiques, disons un mot d'un autre mode d'enlèvement proposé par M. Mayor (de Lausanne), de la ligature en masse. Cette opération consiste à découvrir la tumeur au moyen d'une incision en T ou en croix, dont les lambeaux sont disséqués et renversés, à l'isoler soigneusement jusqu'à sa base et même un peu au-delà, à la soulever ensuite à l'aide d'une ou de plusieurs pinces érignes, à embrasser sa base avec un lien dont la force est proportionnée à l'épaisseur et à la résistance des tissus, et enfin, à serrer fortement cette ligature au moyen d'un conducteur et d'un tourniquet particulier, confectionné de manière à permettre d'exercer une constriction très forte et de l'augmenter ou de la relâcher à volonté.

Quand la tumeur est très-volumineuse, à base large, formée de tissus denses résistans, adhérents aux parties voisines, M. Mayor conseille de placer plusieurs ligatures. Pour cela il enfonce dans la tumeur et à travers sa base une ou plusieurs aiguilles courbes à pointe mousse, qui entraînent à leur suite des liens doubles et repliés sur eux-mêmes; puis, coupant ces liens près de l'aiguille, il les dédouble et réunit leurs extrémités de manière à circonscrire et à étrangler avec chacun d'eux une petite fraction de la base de la tumeur.

Qu'on ait placé une ou plusieurs ligatures, la constriction, très forte dans le principe, est encore augmentée les jours suivans, à moins de contre-indication dans les douleurs qu'éprouve le malade. La ligature en masse a pour effet d'intercepter le cours des liquides dans la tumeur qu'on veut détruire et de la priver ainsi de la vie avec promptitude, de sorte qu'elle se détache d'elle-même au bout de quelques jours, ou qu'on peut la couper sans douleur et sans hémorrhagie, comme un corps sphacélé ; la plaie suppure ensuite et se déterge, puis les tégumens qui ont été disséqués avec soin sont réappliqués et se remettent à leur place.

Voici, suivant M. Mayor, les avantages de cette méthode : 1° de réduire l'opération sanglante à la dissection de la portion superficielle de la tumeur ; 2° supprimer le temps difficile et dangereux, c'est-à-dire la dissection de la cavité profonde, qui se rapproche des vaisseaux, des nerfs et de la glande parotide ; toutes parties dont la lésion doit être évitée.

Malgré les belles observations des auteurs, et surtout de M. Mayor, nous ne pensons pas que, d'une manière générale, la ligature doive être préférée à l'extirpation.

En effet, inciser la peau, séparer les lambeaux, disséquer, au moins jusqu'à la base de la tumeur et quelquefois un peu au-delà, puis pratiquer la ligature, n'est-ce pas exposer le malade aux accidens des deux méthodes opératoires. Ajoutons encore que la ligature en masse ne présente pas dans ses résultats la sûreté qui appartient à l'extirpation.

Si la tumeur est petite et mobile, n'est-il pas plus simple de la découvrir, de l'énucléer et de l'emporter ensuite. M. Mayor le pense ainsi puisqu'il pratique l'extipation dans un cas semblable.

Pour une tumeur volumineuse, à base large et adhérente, est-on sûr, en passant les aiguilles, de tomber sur la limite des parties saines et des tissus altérés? Ne s'expose-t-on pas à laisser une portion de la maladie au-dessous de la ligature, ou à piquer les nerfs ou les vaisseaux profonds et donner lieu par suite à des douleurs très vives ou à une hémorrhagie soit primitive soit consécutive.

La douleur est quelquefois beaucoup plus considérable que dans l'incision, ce qui peut forcer à relâcher la ligature. Celle-ci ne met pas plus que l'extirpation à l'abri de la paralysie faciale.

Enfin, dans cette méthode, il est impossible de tenter la réunion par première intention, qui peut être obtenue en partie ou en totalité après l'extirpation.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Relevés et résumés des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la Clinique pendant l'année scolaire 1840-41. (Suite du n° 57.)

MALADIES DU FOIE.

Plusieurs affections du foie, de nature variable, ont été observées à la clinique dans le cours de l'année qui vient de s'écouler.

ABCÈS DU FOIE.

Dans un cas de vaste abcès à plusieurs loges du foie, il existait en même temps un épanchement dans la plèvre droite, qui a été reconnu pendant la vie, et qui, ayant attiré toute notre attention, nous a d'autant mieux fait méconnaître la maladie du foie, qu'il n'y avait pas d'ictère. Les abcès du foie, du reste, sont tellement rares, que nous n'avons pas eu une fois l'occasion d'en observer un seul dans le cours des dix dernières années qui viennent de s'écouler.

ICTÈRE.

Nous avons eu cette année six cas d'ictère peu graves, occasionné dans presque tous les cas par des causes morales, et principalement la colère. Dans un cas l'ictère reconnaissait pour cause la nostalgie.

Bruit de souffle. Chez deux de nos malades on a constaté un bruit de souffle au premier bruit de cœur. Nous insistons souvent sur ce phénomène pour vous convaincre que ce n'est pas là un symptôme exclusif de l'inflammation de l'endocarde. Souvent, comme vous le voyez, il existe sans inflammation du cœur, et l'examen récent de cet organe chez un pneumonique ayant succombé, et qui avait présenté un bruit de souffle, nous a encore démontré que celui-ci peut exister sans un état phlegmasique du cœur concomitant.

Démangeaison de la peau. Un seul cas de nos sujets ictériques nous a présenté ce phénomène.

Aberration de la vision. Un seul sur les six malades a vu les objets colorés en vert. Une seule fois M. Guéneau de Mussy, notre chef de clinique, a constaté que les objets colorés en bleu, vus par le malade, lui paraissaient colorés en vert ; vous savez que la couleur verte résulte du mélange des couleurs bleue et jaune.

AFFECTIONS DES REINS.

Les affections des reins nous ont présenté quelques cas curieux.

Colique néphrétique. Cette affection ne s'étant présentée que trois fois, sans rien offrir d'extraordinaire, nous n'insisterons pas autrement sur elle.

MALADIE DE BRIGTH.

Nous avons observé, cette année, trois exemples de la maladie de Brigth.

Terminaison. Deux de nos malades ont succombé, et le troisième est sorti soulagt.

Lésions cadavériques. Dans un cas, un des reins était transformé en une vaste poche, par suite de l'oblitération de l'urétère correspondant. Nous présumons, du moins, que cette oblitération, qui n'existait plus au moment de l'autopsie, l'urétère étant libre, a existé autrefois ; car le conduit était fort dilaté, et nous ne pouvons pas concevoir que cette dilatation ait eu autrement lieu que par suite de l'arrêt temporaire d'un gravier dans la cavité, qui aurait été expulsé à la longue Nous le répétons, la dilatation de l'urétère, la transformation du rein en une poche, sont des phénomènes qu'il serait difficile d'expliquer autrement. Nous ignorons, du reste, si le malade avait jamais été broyé, ou bien avait rendu des graviers avec les urines.

AFFECTION DES CENTRES NERVEUX.

Ces affections se sont offertes en grand nombre à notre observation, cette année.

INFLAMMATION DU CERVEAU ET DE SES ENVELOPPES.

L'inflammation du cerveau et de ses enveloppes s'est présentée quatre fois, et quatre fois les malades ont succombé.

CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES.

Deux affections aiguës se sont compliquées de convulsions ayant offert une forme épileptique. Les malades ne se sont rétablis qu'après huit à dix jours du plus grand danger, conservant un côté du corps plus faible que l'autre.

---

que l'on devra employer ce médicament ; il rendra encore d'éminens services dans celle de ramollissement et d'ulcération. Les progrès de l'anatomie pathologique ne permettent plus d'admettre avec Bayle (1) la désespérante opinion que les tubercules pulmonaires sont toujours mortels, et les observations de Laënnec (2), d'Andral (3) et de M. Rogé (4), sont venues infirmer ce triste pronostic.

Les exemples de guérison de cavernes tuberculeuses ne sont plus rares dans la science. Sans doute, si l'on a affaire à des poumons farcis de tubercules, cette cicatrisation n'est guère utile au malade, et le sujet porte en lui une cause nécessaire, quoique peut être encore éloignée, du retour de la maladie. Mais il existe des exemples où, après la guérison d'une caverne, la maladie ne s'est plus renouvelée, soit qu'il n'existât plus de tubercules, soit qu'existant en petit nombre et entourés d'un parenchyme sain, ils soient restés stationnaires dans leur développement. Eh bien, c'est dans ces circonstances que l'huile de morue produira souvent des effets surprenans. Si, par son usage, nous avons vu survenir la guérison des caries scrofuleuses et de gibbosités avec abcès par congestion, cas qui sont si souvent dus à des tubercules des os, comme l'admettait Delpech et comme l'a si bien prouvé M. Nichet (5), pourquoi n'obtiendrions-nous pas la cicatrisation d'ulcérations pulmonaires qui sont de même nature? Ce qu'il y a de certain, c'est que par son emploi nous avons pu prolonger l'existence de plusieurs phthisiques déjà parvenus au dernier degré du marasme, et que plusieurs médecins de Verviers nous ont dit en avoir observé les mêmes effets sous son influence. Nous avons vu la diarrhée colliquative et les sueurs s'arrêter, les fonctions digestives se rétablir, la toux et l'expectoration diminuer jusqu'à ce que de nouveaux ramollissemens vinssent emporter le malade. Nous croyons donc que ce médicament mérite d'occuper une place distinguée dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et qu'il peut à bon droit réclamer de nouveaux essais.

(1) Recherches sur la phthisie pulmonaire.

(2) Traité de l'auscultation. Brux., 1837, p. 200 et suiv.

(3) Clin. méd. Mal. de poitrine. Brux. 1830, t. II, p. 306 et suiv.

(4) Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire, etc. Archiv. gén. de médecine, juin, juillet et août 1839.

(5) Mémoire sur la nature et le trait. du mal vertébr. de Pott. Gaz. méd., août 1835.

EMPLOI EXTERNE.

M. Carron du Villards en a retiré des avantages dans les obscurcissemens de la cornée transparente, soit qu'ils dépendissent d'une légère ulcération, soit qu'ils fussent le produit d'un épanchement inter-lamellaire. Au reste, l'huile de morue n'a pas ici de propriété spécifique ; mais elle a une vertu réelle qui se manifeste par des résultats curatifs et par des effets physiques. Quand on place sur une taie ou sur un léger albugo, un peu d'huile de morue avec l'extrémité d'un pinceau de poil de martre, il se manifeste tout aussitôt une cuisson assez vive, pénétrante, qui dure de huit à dix minutes, malgré une abondante sécrétion de larmes qui, en passant par les points lacrymaux, apportent dans les fosses nasales l'odeur caractéristique du médicament. Pour peu qu'on ait l'habitude du traitement des maladies des yeux, on sentira que l'inflammation doit être tout à fait abattue avant que l'on ne fasse usage de ce médicament ; il faut en surveiller l'action pour qu'il ne dépasse pas le but qu'on se propose, c'est-à-dire la résolution des liquides épanchés dans les lames de la cornée, ou l'excitation convenable de l'ulcération. Dans quelques cas, on est obligé de mitiger l'huile de morue, quoique ce soit de la blonde, par l'addition d'huile d'amandes douces. Quand l'huile blonde ne produit pas une cuisson et une astriction suffisante, l'on passe à la brune dont l'action est plus vive. Dans tous les cas, il faut commencer par toucher une ou deux fois par jour ; puis on augmente le nombre des instillations au fur et à mesure que l'œil s'habitue à leur action. M. Carron cite quatre faits qui prouvent l'utilité de ce moyen. Dans deux cas où nous avons eu l'occasion de l'employer dans les mêmes circonstances, nous en avons obtenu le même succès. En voici l'un : Mademoiselle L. C..., d'un tempérament lymphatique, est souvent atteinte, depuis son enfance, de conjonctivite catarrho-scrofuleuse. A la suite de l'une d'elles, il lui était resté au centre de la cornée transparente de l'œil droit un ulcère qui gênait considérablement la vision, et qui avait résisté à divers moyens ; alors nous eûmes recours aux applications locales d'huile de morue, et au bout de quatre semaines elle était guérie.

L'usage des huiles n'est d'ailleurs pas nouveau dans le traitement des nuages et des albugo cornéens ; car l'huile vieille de noix a été recommandée contre eux dès les temps les plus reculés, et l'on aurait tort de révoquer en doute les guérisons obtenues par ce moyen. Dans le Nord, on emploie l'huile vieille de poisson pour les mêmes maux, et de nos jours le docteur Clesius, de Coblentz, a retiré d'excellens résultats de l'huile de grillon domestique. On emploiera de préférence, chez les sujets dont les yeux sont trop irritables, l'huile de noix un peu rance, que Scarpa, dans son excellent traité des maladies des yeux, loue beaucoup, et qui a une action de moitié moins forte que l'huile de poissons.

On vante l'emploi de ce médicament, en liniment, dans divers cas de tumeurs, d'engorgemens articulaires, de douleurs, de plaies, d'ulcères rebelles, etc. M. Gouzée l'a employé chez un sujet qui avait depuis plus de deux mois l'articulation tibio-tarsienne tuméfiée et douloureuse, à la suite d'une entorse négligée. Les émissions sanguines locales, les applications résolutives, le bandage amidonné, le repos prolongé de la partie avaient été mis en usage sans succès ; l'articulation restait gonflée, les mouvemens douloureux. On frotta deux fois par jour la partie malade, exposée à la chaleur d'un foyer, avec la main imbibée du liquide huileux, et dès le troisième jour la douleur et la tuméfaction avaient considérablement diminué. Obligé, deux jours après, de faire à pied un assez long trajet, il le fit sans que les accidens reparussent. Quoique ce fait soit incomplet, il ne laisse pas de doute sur la puissance du remède.

MODE D'ADMINISTRATION, DOSES ET PRÉCAUTIONS.

L'huile de foie de raie ou de morue doit être prescrite, pour les adultes, à la dose de deux, trois ou quatre cuillerées à bouche par jour ; aux enfans, on donne le même nombre de cuillerées à café. Afin d'en rendre l'ingestion plus facile, le malade doit se boucher le nez pendant qu'il l'avale. Pour éviter les éructations désagréables, on fait prendre aux enfans une demi-cuillerée à café de liqueur telle que l'anisette, et aux adultes un petit verre de rhum, d'eau-de-vie ou de toute autre liqueur. On peut encore, pour éviter le gout de l'huile, se gargariser, avant de l'avaler, avec une cuillerée d'eau-de-vie. Le docteur Fehr administre souvent l'huile de morue sous la forme suivante, pour laquelle les enfans montrent peu de répugnance : Huile de morue, une once ; sous-carbonate de potasse tombé en déliquium, deux gros ; huile de calamus aromaticus, trois gouttes ; sirop d'écorces d'oranges, une once. — Une ou deux cuillerées matin et soir.

Le docteur Richter l'a prescrite avec moitié de sirop de canelle et défend pendant son usage tous les mets vinaigrés.

HÉMIPLÉGIE.

Nous avons observé quatre cas d'hémiplégie.

Terminaison. Deux de nos malades ont succombé.

Lésions anatomiques. Dans un cas nous avons constaté une inflammation générale des méninges, avec infiltration d'un liquide séreux à peine louche. On ne peut expliquer dans ce cas l'hémiplégie, qu'en admettant que l'inflammation a occupé d'abord un seul côté, le côté opposé à celui qui était paralysé, et que ce n'est que consécutivement qu'elle est devenue générale.

Dans l'autre cas il y avait lésion du cervelet existant sur le côté opposé à celui qui était paralysé. Ainsi l'effet croisé avait eu lieu, dans ce cas, d'une manière incontestable.

DIPLOPIE.

Un cas.

Un jeune sujet voit un malheureux maçon tomber du haut d'un échaffaudage et se tuer sur le coup. Immédiatement il est affecté de strabisme et de diplopie. En même temps existe un tremblement général accompagné d'une faiblesse qui l'un et l'autre persistent pendant cinq jours, après quoi tout rentre dans l'ordre.

HÉMÉRALOPIE.

Un cas remarquable.

Une circonstance bien curieuse de ce fait, c'est que l'héméralopie affectait un seul œil. Pendant la nuit, il y avait occlusion presque complète de l'œil, qui se r'ouvrait dès que la lumière solaire venait à exercer sur lui son action.

Amélioration progressive jusqu'à guérison complète, avec le retour de la vision ; les organes moteurs de l'œil reprennent aussi leur action.

PARAPLÉGIE.

Nombre total, trois.

Terminaison. Dans un cas, la mort est survenue.

Lésions anatomiques. Dans ce cas, nous avons constaté l'existence d'une tumeur encéphaloïde occupant le canal rachidien, et comprimant la moelle épinière.

FAIBLESSE MUSCULAIRE GÉNÉRALE.

Deux cas.

Un charpentier reçoit sur la tête le choc d'une poutre et il en résulte une lésion des ligamens de la colonne vertébrale.

La guérison a été prompte, tant il est vrai que les maladies par cause externe sont bien moins opiniâtres que celles qui dépendent d'une cause interne. Dans la première, le retour à la santé est presque toujours possible et jamais il ne faut désespérer de l'atteindre.

La seconde malade était une femme qui a succombé.

Lésions anatomiques. On a constaté l'induration, la transformation presque cartilagineuse des corps festonnés du cerveau, et la moelle était creuse par suite de la disparition de la substance grise. K....

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

SIGNES DE LA GROSSESSE DÉDUITS DES BRUITS STÉTHOSCOPIQUES. (Suite.)

Le palper abdominal, dont il a été question dans un des précédens numéros, est une opération très simple, et qui, tout d'abord, paraît très facile ; cela est vrai dans la plupart des cas ; cependant il y a des circonstances où l'on rencontre des difficultés qu'il est bon de connaître. Ces difficultés peuvent venir :

1° D'une très grande tension, soit volontaire, soit involontaire, des parois abdominales.

2° Du météorisme porté à un haut degré, en sorte qu'il est difficile d'apprécier le développement de l'utérus.

3° De la sensibilité des parois abdominales et de la douleur que l'on détermine par l'application des mains.

4° Enfin, de l'épaisseur considérable de ces mêmes parois, surtout quand la femme a déjà eu plusieurs enfans.

Le toucher vaginal. A quelle époque peut-on instituer le toucher vaginal pour reconnaître une grossesse? Cette question demande à être examinée. En effet, une femme désire savoir, un ou deux mois après la disparition des règles, si elle est enceinte ; il n'y a pas alors beaucoup de lumière à obtenir du toucher ; cependant on peut en retirer quelque parti, mais jamais une solution satisfaisante. C'est, suivant M. P. Dubois, à la fin du deuxième mois, où le toucher commence à être utile, époque où la plupart des accoucheurs ne lui attribuent aucune valeur, alors il pourra faire reconnaître les modifications survenues soit dans le corps, soit dans le col de l'utérus. Avant ce temps, le toucher vaginal ne peut en aucune manière éclairer le diagnostic.

Pour pratiquer le toucher, la femme est ou debout ou couchée, suivant ce qu'on cherche à découvrir : debout si c'est le ballottement, couchée, si c'est le développement de l'utérus ; car comme dans cette dernière circonstance le palper abdominal doit venir en aide au toucher, il faut placer la femme de telle sorte que les muscles abdominaux soient dans le relâchement. Il faut, avant que d'introduire le doigt, avoir soin de l'enduire d'un corps gras, et cela à deux fins : 1° pour en faciliter l'introduction, 2° pour protéger le doigt contre l'inoculation de la syphilis ; on a de fréquens exemples de maladies vénériennes chez des sages-femmes et des accoucheurs qui avaient négligé cette précaution. Le toucher dans le but de reconnaître une grossesse se pratique avec un ou deux doigts. On a dit qu'avec deux doigts l'on pénétrait plus profondément dans le vagin : mais d'abord ce moyen n'est pas nécessaire et il est douloureux ; et puis quand on est obligé d'y avoir recours, la sensation que l'on éprouve est obscure, en sorte qu'on obtient qu'un résultat peu satisfaisant ; il vaut donc mieux n'employer qu'un seul doigt.

Pour pratiquer le toucher, il n'est pas nécessaire de découvrir la femme : il y a des médecins qui, sous ce rapport, sont peu scrupuleux ; c'est chose inconvenante. Une femme sait souvent gré à son accoucheur des précautions qu'il prend pour ménager à cet égard sa susceptibilité.

Il y a aussi quelques précautions à prendre pour l'introduction du doigt : il faut porter le doigt indicateur vers la partie postérieure de la vulve, le bord radial dirigé en haut, le ramener en avant jusqu'à ce qu'il s'engage tout naturellement entre les grandes lèvres. Le doigt une fois introduit, il faut le ramener en avant ; c'est là, en effet, que se trouve le segment inférieur de l'utérus ; on cherche à reconnaître le col, la partie vaginale de l'utérus. Si c'est le corps de l'organe lui-même que l'on veut explorer, il faut bien se rappeler la position de l'utérus en état de vacuité : c'est par la comparaison qu'il est plus facile d'en juger. Hors l'état de gestation, on ne sent rien, ni en arrière, ni en avant du col ; chez une femme enceinte, on éprouve en avant une résistance qui tient à la portion vaginale du col, et l'on sent une sorte de boule qui lui fait suite. Pour plus de certitude, l'on applique la main sur l'hypogastre, l'on combine ainsi le toucher au palper abdominal.

Il ne suffit pas de reconnaître l'état de l'utérus, son développement ; il faut encore produire le ballottement. La femme étant debout contre un mur, un léger point d'appui est donné à ses mains ; l'accoucheur se place devant elle, le genou gauche en terre, si c'est de la main droite qu'il pratique le toucher, le coude du bras droit légèrement appuyé sur le genou du côté correspondant ; il aura soin de ne point trop s'aider du genou pour pousser le doigt, dans la crainte de trop faire souffrir la femme. Plusieurs auteurs disent qu'il faut imprimer à l'utérus un mouvement de succussion ; c'est-à-dire, que du doigt qui est dans le vagin on élève l'utérus, qui est ensuite repoussé par la main qui se trouve appliquée sur l'abdomen, et cela plusieurs fois de suite, absolument comme si l'on faisait passer une balle d'une main à l'autre. Ce procédé, indiqué par Baudelocque et répété par beaucoup d'autres accoucheurs, ne réussit que très rarement. Il suffit d'appliquer le doigt sur le segment inférieur de l'utérus, que l'on trouve en ramenant celui-ci derrière le pubis, comme si l'on voulait reconnaître la vessie, et l'on produit le ballottement en imprimant à l'utérus un petit mouvement d'élévation ; au bout de quelques instans, l'on sent un petit choc déterminé par un corps qui vient tomber sur l'extrémité du doigt restée en contact avec l'utérus. L'on peut pratiquer plusieurs fois de suite cette petite manœuvre.

Pour pratiquer le toucher vaginal, on peut éprouver des difficultés qui tiennent à différentes causes ; par exemple, l'étroitesse de la vulve, la sensibilité trop grande de cette partie, sensibilité non inflammatoire, mais que l'on peut nommer hystérique, en vertu de laquelle le toucher détermine chez la femme un sentiment de malaise indéfinissable qui la force à faire des mouvemens ou à s'éloigner du doigt de l'accoucheur. Dans d'autres circonstances, il est difficile d'atteindre l'utérus à cause de l'épaisseur du périnée, épaisseur dépendant de l'accumulation de graisses dans cette partie.

Le toucher anal. Il est rare qu'on ait recours à ce mode d'investigation. C'est une opération douloureuse ; toujours désagréable pour les femmes, qui ne s'y soumettent qu'avec répugnance, et moins propre que le toucher vaginal à éclairer le diagnostic de la grossesse. En effet, par ce moyen on ne peut que reconnaître les modifications du corps de l'utérus ; par l'autre, au contraire, celles du corps et du col. Ce n'est donc qu'en l'absence du toucher vaginal, quand celui-ci ne peut être pratiqué, qu'on doit y avoir recours, par exemple, lorsque la sensibilité du vagin ne permet pas l'introduction du doigt, lorsque le vagin est oblitéré par quelque accident qui n'a pas empêché la conception. Ainsi M. Dubois l'a observé chez une femme dont les parois du vagin s'étaient unies à la suite d'une irritation produite par l'introduction d'instrumens dans un premier accouchement ; dans le cas d'imperforation de l'hymen, quand cette membrane doit être respectée ; enfin, on doit préférer le toucher anal quand une tumeur située entre le pubis et l'utérus déplace celui-ci et le rend inaccessible au doigt à travers le vagin.

Quant à la manière de pratiquer cette opération, tout le monde la connaît ; il est par conséquent inutile d'insister à cet égard.

Il reste à étudier l'application de l'auscultation (de l'ouïe) au diagnostic de la grossesse.

L'auscultation appliquée à la grossesse comprend deux sortes d'examens : l'examen extérieur auquel on se livre, soit avec l'oreille nue, soit avec l'oreille aidée du stéthoscope ordinaire, et l'examen intérieur, peu usité, qui se ferait avec un stéthoscope d'une forme particulière, que l'on applique, à travers le vagin, sur le segment inférieur de l'utérus.

Examen extérieur. La position que doit prendre la femme soumise à cet examen est peu importante ; cependant il vaut mieux que celle-ci soit couchée. Les bruits de souffle et de doubles battemens que l'on a pour but de reconnaître par cet examen, peuvent s'entendre à travers les vêtemens, mais il n'est pas moins vrai que plus il y a de vêtemens, et plus ces bruits sont obscurs ; il faut donc découvrir le ventre autant que possible, en prenant toutefois la précaution de recouvrir les parties génitales.

Une question se présente : faut-il se servir de l'oreille seule ou de l'oreille armée du stéthoscope? L'on peut mettre en usage ces deux moyens ; mais il s'en faut de beaucoup qu'on puisse choisir indifféremment l'un ou l'autre. L'on entend également bien avec l'oreille ou le stéthoscope chez la plupart des femmes ; il y a plus, c'est que par la simple application de l'oreille, quand les bruits sont forts, on les perçoit beaucoup mieux que par l'intermédiaire du stéthoscope, par cela seul que cet instrument ne laisse pas que d'en diminuer un peu l'intensité. Mais quand ces bruits sont faibles ou peu distincts, le stéthoscope les recueille mieux. D'une autre part, quand il s'agit de limiter, de circonscrire l'espace dans lequel on entend ces bruits, c'est encore à cet instrument qu'il faut recourir ; l'oreille ne donnerait dans ces cas que des renseignemens très imparfaits. Il faut ajouter que dans les circonstances où la matrice contient peu d'eau, l'oreille suffit, mais que si le liquide amniotique est abondant, c'est le stéthoscope qu'il convient d'employer, car il serait impossible avec l'oreille de déprimer assez les parois abdominales, ce qui est facile avec le stéthoscope. Enfin, à l'époque où la grossesse est peu avancée, l'on doit se servir exclusivement de cet instrument.

Dans cet examen, l'on se sert du stéthoscope comme lorsqu'on veut reconnaître des bruits pathologiques. Il est certaines causes d'erreur dont il faut se défier, soit qu'on désire entendre le souffle utérin ou les doubles battemens ; par exemple l'impression qui résulte des frottemens des bras de la femme que l'on examine, des vêtemens, de la circulation du gaz dans les intestins, etc.

Quand on veut entendre les bruits du fœtus, c'est vers la partie antérieure de l'abdomen et à gauche qu'il faut appliquer l'instrument ; si on ne les trouve pas dans cet endroit, il faut aller les chercher vers le côté droit et en bas. Il y a une raison pour cela : comme c'est par le dos du fœtus que les bruits du cœur sont plus facilement transmis, et que les positions les plus fréquentes à une certaine époque de la grossesse sont l'occipito-cotyloïdienne gauche et la diagonale, il s'en suit que c'est vers les points indiqués qu'il faut les aller chercher. Si on ne les rencontre point dans ces deux régions, il faut appliquer le stéthoscope au dessus du pubis. Enfin, s'ils n'existent pas là, et si on ne les entend pas dans les différens points de l'abdomen, on doit engager la femme à changer de position. Il faut ajouter que ces différens bruits s'entendent dans le plus grand nombre de cas. Sur 195 femmes, M. P. Dubois les a entendus 185 fois, et à l'époque où ce professeur s'est occupé plus particulièrement de cette partie du diagnostic de la grossesse, il était peu habitué à ce genre d'examen ; en sorte, dit-il, qu'il aurait bien pu ne pas les trouver quand cependant ils existaient. Il est juste aussi de dire que certaines femmes se prêtent de très mauvaise grâce à cette exploration, et par les mouvemens qu'elles exécutent sans cesse, elles mettent l'accoucheur dans l'impossibilité d'arriver à un résultat positif.

Ces préceptes sont applicables seulement à une époque très avancée de la grossesse ; plus tôt, ils sont moins importans, car alors la situation du fœtus est plus variable, elle n'est pas encore fixe. Dans les premiers mois qui suivent la conception, c'est le plus souvent vers la partie antérieure et moyenne de l'abdomen, au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, qu'il faut aller cher-

---

M. G. Duclou a donné la formule suivante pour la composition d'un sirop d'huile de foie de morue, qui se conserve sans altération pendant un assez long espace de temps ; et qui présente une quantité d'huile assez forte pour que quelques cuillerées à bouche par jour suffisent généralement. Nous l'avons souvent prescrite avec succès chez les enfans, qui la prennent volontiers : Huile de foie de morue, huit onces ; gomme arabique en poudre, cinq onces ; eau commune, douze onces ; sirop commun, quatre onces ; sucre blanc, vingt-quatre onces. Faites selon l'art avec le sirop de sucre, la gomme, l'huile et l'eau, une émulsion dans laquelle vous ferez dissoudre le sucre à une douce chaleur ; passez et aromatisez avec eau de fleurs d'oranger, deux onces.

Dans des cas fort rares, ce médicament est constamment rejeté par le vomissement : on le fait prendre alors en demi lavements, dans une décoction d'amidon, et ce mode d'administration a également compté plusieurs succès.

— M. le docteur Caffe vient de publier dans le Journal des Connaissances médicales, un article fort bien pensé sur les *Causes de la déconsidération des médecins*. Nous y avons remarqué surtout les passages suivans :

. . . . . Dans toutes les circonstances où, se présentant pour remplir des fonctions politiques ou purement honorifiques, le médecin vient tenter le suffrage de ses concitoyens, quels sont ses plus intraitables adversaires? ses confrères, toujours ses confrères! Que de noms nous aurions à citer ici, et combien de médecins ont eu à déplorer *cet esprit de corps*. Jamais cet adage n'a été si vrai : *medici inter se mordicant dente caninâ.*

D'où nous vient donc tant de mal?

1° Tout à la fois de la cupidité des uns et de la misère des autres ;

2° Du besoin d'une réforme médicale trop long-temps attendue ;

3° Du corps enseignant qui devrait suivre l'exemple de toutes les Facultés de l'Europe, en s'abstenant du monopole exclusif de la pratique, etc., etc.

— Le médecin qui a communiqué à M. le docteur Leroy-d'Étiolles le fait intéressant *d'arrachement de tout le cuir chevelu* (*voir* le dernier numéro, Académie de médecine), est M. le docteur Lavacherie, professeur de clinique chirurgicale à Liége (Belgique).

cher ces différens bruits. C'est alors surtout qu'il est utile d'engager la femme à changer de position. Il est bon aussi de se livrer à cet examen à différens instans de la journée; de cette manière, on est plus sûr de les trouver.

L'on doit se garder d'exercer une pression trop forte, parce que d'abord, les parois abdominales peuvent être douloureuses, et puis Nœgelé dit qu'à une époque peu avancée de la grossesse, l'on pourrait déterminer des accidens sérieux qu'il ne nomme pas, mais on comprend, en le lisant, qu'il a voulu parler du décollement du placenta. Si par ce moyen l'on peut causer quelques accidens, il est plus probable que ce sont des contractions utérines et par suite l'avortement. Quoi qu'il en soit, il faudra appliquer le stéthoscope avec ménagement.

Lorsqu'il s'agit de reconnaître le souffle utérin, où faut-il le chercher? Nœgelé dit que c'est vers la région inguinale. Ceci ne paraît pas exact; c'est vers l'ombilic, dans l'étendue d'une ligne horizontale qui passerait par cette région, qu'on l'entend le plus souvent. Pour bien l'entendre, il n'est pas nécessaire de beaucoup appuyer le stéthoscope, au contraire, ce serait là le moyen d'en diminuer l'intensité, et il est facile de s'en convaincre, car en diminuant la pression le souffle utérin devient plus distinct.

Examen intérieur. Outre l'examen extérieur dont il vient d'être question, il y a aussi un examen intérieur qui n'est plus usité aujourd'hui, mais qu'il faut connaître, ne fût-ce que pour savoir qu'il a été employé.

Cet examen a pour but d'entendre les bruits utérins à travers le vagin. On se sert pour cela d'un stéthoscope d'une forme particulière, dont la tige recourbée permet l'introduction dans le conduit vulvo-utérin de l'une de ses extrémités et l'application de l'oreille sur l'autre. Cet instrument inventé par M. Nauche, et appelé métroscope, s'applique soit en arrière, soit en avant du col utérin; il sert non seulement à entendre le souffle utérin et les doubles battemens; mais encore il peut faire reconnaître le petit bruit qui résulte des mouvemens du fœtus dans la cavité utérine. (Quelquefois aussi ce dernier bruit peut être perçu par l'examen extérieur).

L'emploi de cet instrument serait applicable dans le cas d'une grossesse peu avancée; mais il répugne aux femmes, et puis le frottement des parois du vagin contre ce métroscope pourrait empêcher le son de parvenir jusqu'à l'oreille du médecin.

DES FAUSSES GROSSESSES.

Dans la pratique, la plupart des grossesses prétendues, les fausses grossesses, tiennent à des causes différentes; et Schmidtz les a réunies en groupes qu'il ne sera pas sans intérêt de présenter:

1° Fausses grossesses dépendant des anomalies de la menstruation, comme la suppression des règles qui ne peut s'expliquer par aucune cause appréciable. Par anomalie de la menstruation, on n'entend pas seulement la suppression des règles, on désigne aussi par là des règles qui reviennent à des époques plus rapprochées que d'habitude et plus abondantes; il est des femmes qui, par cette seule raison, se croient enceintes. Ces deux circonstances doivent coïncider avec le développement des parois abdominales, soit par du liquide contenu dans le péritoine ou dans un kyste de l'ovaire, soit à du météorisme intestinal insolite, soit au développement anormal de quelque organe contenu dans le ventre et quelquefois éloigné du bassin, comme la rate, le foie, etc.; soit, ce qui se comprend mieux, que le développement de l'abdomen tienne à l'augmentation de volume de l'utérus lui-même ou de ses annexes.

Si des hommes instruits se sont trompés dans de semblables circonstances, c'est que le développement du ventre s'accompagnait des signes rationnels de la grossesse, tels que troubles dans les fonctions digestives ou du système nerveux, sensation présumée des mouvemens du fœtus, etc.

2° Un autre groupe de faits, c'est celui que Schmidtz a appelé état hystérique; bien entendu qu'en ces circonstances aussi il faut qu'il y ait quelques signes rationnels concomitans;

3° Enfin, un dernier groupe connu sous la dénomination d'illusions pures, s'accompagnant de quelques signes apparens de grossesse.

Parmi les faits qui composent ce dernier groupe, il en est un trop curieux pour ne pas trouver sa place ici. Il s'agit d'une femme qui déjà était mère de douze ou treize enfans. Chacune de ses grossesses avait été signalée par les circonstances suivantes: Cette femme éprouvait, quand elle était enceinte, de la gêne dans la respiration, de l'anxiété et quelquefois même de la suffocation. Les saignées, d'abord à des intervalles assez éloignés dans les premiers mois de la grossesse, puis à des époques plus rapprochées, faisaient ordinairement cesser ces accidens; le sang, à chaque saignée était coenneux. Dans toutes ses grossesses précédentes elle avait eu aussi des dégoûts pour presque tous les alimens; elle avait senti remuer son enfant à une époque qui fut la même pour toutes ses grossesses. C'était une de ces femmes qui peuvent fixer avec précision le moment de la conception et celui de l'accouchement. Peut-être cette circonstance a-t-elle été un peu exagérée par le médecin allemand. Enfin, il est une dernière chose qui mérite beaucoup d'attention, c'est qu'au moment où, dans ses précédentes grossesses le travail de la parturition s'établissait, cette femme était prise de convulsions hystériformes. Une fois même ces convulsions furent suivies d'un sommeil qui dura si long-temps qu'on la crut morte.

A l'âge de quarante-trois ans, cinq ans environ après sa dernière grossesse, cette femme, voyant ses règles se supprimer, se crut enceinte; et, suivant son habitude, fixa à son accoucheur l'époque où elle devait accoucher; elle éprouva l'anxiété et les symptômes de suffocation dont elle avait été atteinte dans ses précédentes grossesses. Les saignées qui furent pratiquées pour remédier à ces accidens, donnèrent un sang couenneux comme autrefois. Elle eut du dégoût pour certains alimens et de la prédilection pour d'autres; elle crut parfaitement sentir, à l'époque accoutumée, les premiers mouvemens de son enfant. Une circonstance digne de remarque, c'est que son ventre ne prit point un développement en rapport avec sa grossesse. Cependant un phénomène se manifesta: au milieu de tous ces accidens attribués par cette femme à l'état de gestation, phénomène qui fit naître quelques inquiétudes, c'est que les règles reparurent; mais comme plusieurs personnes lui dirent que cette circonstance n'excluait pas la possibilité d'un grossesse, elle persista dans sa première opinion. A part le peu de développement du ventre et la réapparition des règles, elle éprouva, dans cette prétendue grossesse, les mêmes accidens que dans les grossesses précédentes, et au terme de la gestation toutes les mêmes incommodités se firent sentir.

Au jour indiqué pour l'accouchement, les douleurs se manifestèrent, et l'accoucheur, qui fut mandé près de cette femme, les trouva semblables à celles des précédentes grossesses. Il survint aussi des convulsions, mais, à son grand étonnement, le toucher lui démontra que cette femme n'était pas enceinte. Pour plus de certitude, cependant, il fit appeler un de ses confrères, qui lui déclara que son diagnostic était parfaitement exact. Aussitôt que l'opinion des deux accoucheurs fut connue de cette dame, les douleurs de l'enfantement cessèrent, les accidens hystériformes disparurent, et elle reprit sa santé ordinaire.

Ce fait est très extraordinaire, et à part quelques petits détails qui paraissent exagérés, il mérite à tous égards d'être cru, car on sait que souvent des choses de ce genre peuvent se reproduire sous l'influence de l'imagination.

Il arriva à M. P. Dubois d'être appelé près d'une dame qui, se croyant enceinte, fut prise, à l'époque présumée de l'accouchement, de violentes douleurs, et fit venir près d'elle sa garde-malade. Celle-ci, convaincue que l'accouchement ne devrait pas tarder, prépara le lit de sangle et tout ce qu'il fallait pour recevoir l'enfant. Cependant, comme les douleurs ne se rapprochaient pas, M. Dubois invita cette dame à se lever et à essayer de marcher; mais les douleurs que celle-ci éprouva à plusieurs reprises en voulant quitter son siége, la mirent dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement.

Au bout de quelques heures, comme le travail paraissait traîner en longueur, M. P. Dubois toucha cette dame et put reconnaître que la grossesse n'était pas encore à terme et que, suivant toutes les probabilités, l'accouchement n'aurait pas lieu avant quinze jours. Aussitôt les douleurs disparurent complètement, et cette dame put sortir le jour même avec son mari. Au bout de quinze jours, les contractions utérines reparurent, et l'accouchement se termina bientôt.

Une autre femme, qui éprouvait toutes les douleurs de l'enfantement, fut examinée par plusieurs médecins au nombre desquels se trouvait M. Velpeau. La question de l'existence d'une grossesse ne fut même pas mise en doute. Le toucher fit reconnaître une tumeur que l'on prit pour la tête d'un fœtus appuyant fortement sur le vagin; et, dans l'idée d'une grossesse extra-utérine, on agita la question de l'opération césarienne vaginale; mais cette opération fut repoussée conformément à l'opinion de M. Velpeau.

Quelque temps après, cette femme mourut, et l'on trouva à l'autopsie une tumeur formée par l'ovaire du côté gauche qui s'était engagé dans le bassin jusqu'au détroit inférieur, ce qui faisait croire à l'existence d'une grossesse.

HOPITAL NECKER.

Conférences cliniques sur les maladies des enfans à la mamelle.

M. Trousseau, professeur de thérapeutique, commencera ses Conférences cliniques mardi 25 mai, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

La visite se fera à sept heures et demie du matin; la conférence clinique à neuf heures.

— Un concours est ouvert pour la nomination à une place de médecin au bureau central d'admission des hôpitaux. Les épreuves commenceront le 11 juin prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux, au parvis Notre-Dame.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée: *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 18 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 61, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des enfans à la mamelle.)

Du muguet.

Le muguet, connu depuis long-temps sous les noms vulgaires de blanchet, chancre blanc, appelé par les médecins stomatite aphtheuse, couenneuse, aphthes, aphthes confluens, a été jusque dans ces derniers temps confondu avec les aphthes proprement dits. Cependant dans Stoll, à l'article *Aphthæ confluentes* de ses aphorismes, l'on voit fort bien la distinction établie entre les aphthes et le muguet. Il y a cette différence entre ces deux affections, que les aphthes sont toujours disséminés, et s'accompagnent d'ulcérations autour desquelles l'on distingue un cercle inflammatoire, qu'ils occupent le frein de la lèvre ou de la langue, les piliers du voile du palais et les bords de la langue. Le muguet, au contraire, est ordinairement confluent; il se montre sur les bords de la langue, sur le voile du palais et ses piliers, à la partie interne des lèvres et des joues, sur les gencives, le pharynx, rarement dans l'œsophage; plus rarement encore dans l'estomac et l'intestin grêle, quelquefois dans le gros intestin.

Des médecins distingués, entre autres, Billard et M. Guersant, ont écrit sur le muguet. C'est à M. Valleix que l'on doit la monographie la plus récente sur cette maladie; mais ce travail, basé sur un trop petit nombre d'observations, manque d'utilité et contient des erreurs nombreuses.

Billard, MM. Guersant, Baron, etc., avaient regardé le muguet comme une affection le plus souvent locale; M. Valleix, au contraire, le considère comme étant presque toujours l'expression d'un état général grave: c'était d'ailleurs l'opinion de Stoll, de Van-Swiéten et de Boerrhaave.

Aujourd'hui nous dirons que dans les affections chroniques, soit médicales, soit chirurgicales, il est commun de voir survenir le muguet: ainsi chez les phthisiques, dans les affections graves du ventre, comme nous en avons vu un exemple chez la femme atteinte d'hydropisie ascite, qui est sortie dans un état désespéré, et qui était couchée au n° 9 de la salle Sainte-Anne. Somme toute, le muguet est une maladie très commune chez les enfans, à la fin des affections chroniques; mais si l'on ne peut contester que le muguet soit souvent l'expression d'un état général grave, on ne peut nier non plus que, le plus souvent, chez les enfans, il ne soit idiopathique et sans aucune gravité.

Le muguet est-il le même chez les enfans et chez les adultes? Quant à l'expression anatomique et symptomatique locale, oui; mais comme expression générale il diffère, puisque chez les adultes il ne se montre presque jamais qu'à la fin d'affections chroniques, tandis que chez l'enfant il peut exister à l'état aigu et sans danger.

Le muguet est-il contagieux? M. Valleix répond négativement à cette question. Mais nous ferons observer que ce médecin ne se fonde à ce sujet sur aucun fait; il déclare, au contraire, que le quart des enfans trouvés sont atteints du muguet. Or, quand on voit une partie aussi considérable de la population d'un hospice être prise de cette maladie, il est tout naturel de regarder celle-ci comme contagieuse. Et dans la pratique civile, ne voyons-nous pas des enfans placés dans les conditions les plus favorables prendre le muguet et le communiquer aux seins de leurs nourrices. On ne peut donc contester que le muguet ne soit transmissible par le contact à la manière de la vérole, et non comme la variole, la scarlatine ou la rougeole. En effet, la première de ces maladies se transmet par le contact direct; pour les autres, au contraire, il suffit du contact indirect pour que la transmission ait lieu. Cela reviendrait à dire que dans les hospices d'enfans trouvés le muguet n'est point contagieux, à moins que plusieurs enfans venant à boire dans un même biberon ou bien à téter la même nourrice, ne se transmettent le muguet d'une manière toute directe. En résumé, nous pensons que le muguet est contagieux par transmission locale.

Voyons, chez les enfans, quels sont les prodrômes du muguet. M. Valleix dit que dans le plus grand nombre de cas l'on voit survenir un érythème plus ou moins étendu des fesses et de la partie postérieure des cuisses, érythème qui pourrait bien tenir à certaines qualités spéciales des matières fécales et des urines très souvent en contact avec ces parties. Six jours environ après l'apparition de ces premiers accidens vient de la diarrhée, symptôme considéré par M. Valleix à peu près comme univoque, puisque sur vingt cas ce médecin l'a toujours rencontré. Ainsi l'érythème occupant d'abord les cuisses et les fesses envahirait aussi l'intestin; puis trois ou quatre jours plus tard, la langue devient rouge, l'enfant refuse de prendre le sein, ou s'il le prend, il ne tarde pas à l'abandonner, ce qui rend la montée du lait impossible. La rougeur de la langue s'étend aux bords des lèvres, des gencives, au voile du palais, à la partie interne des joues, qui se recouvrent de petits points blancs, présentant bien l'aspect de petites parcelles de lait caillé. Ces taches, au bout de quelques jours, prennent de l'extension vers les amygdales et le pharynx, en même temps qu'elles deviennent plus confluentes. D'abord blanches, elles acquièrent bientôt une couleur jaunâtre, puis tout à fait citrine; assez peu adhérentes les premiers jours de leur apparition, elles finissent après quelque temps par s'unir intimement à la membrane muqueuse qu'elles recouvrent. Mais dans un grand nombre de cas, suivant M. Valleix, vous voyez survenir quelque chose de plus grave: nous voulons parler du ramollissement du voile du palais. Cette altération que vous apercevez facilement en enlevant la petite tache formée par de la matière pultacée, occupe la membrane muqueuse et s'étend souvent jusqu'au tissu sous-muqueux. Quelquefois elles s'accompagnent de l'ulcération des mêmes parties.

Cependant l'érythème continue de faire des progrès; les fesses, les cuisses, et très souvent les parties voisines des malléoles qui en étaient le siége se couvrent de nombreuses vésicules; celles-ci venant à crever, forment des croûtes au-dessous desquelles la peau s'ulcère. Que l'érythème et les ulcérations qui lui succèdent dépendent du contact des matières fécales et des urines, qui auraient acquis des qualités spéciales, ou de tout autre cause, toujours est-il que ces lésions existent dans un certain nombre de cas: vous les rencontrerez souvent chez les enfans de un à deux ans.

D'autres symptômes viennent encore s'ajouter à ceux dont nous avons déjà parlé. Ainsi, dès le début de la maladie, le pouls augmente de fréquence, la fièvre s'allume, des vomissemens viennent souvent se joindre à de la diarrhée; puis, plus tard, le ventre se ballonne, l'enfant est agité, pousse des cris, éprouve des coliques; il refuse de prendre le sein et ne veut plus boire qu'avec la cuiller; la peau de la face, d'abord colorée, pâlit, puis se refroidit, les vomissemens et la diarrhée cessent; le pouls se ralentit et l'enfant finit par succomber.

Voici le tableau de cette maladie dans sa forme la plus grave; voyons maintenant quelle en est la durée. En y comprenant les trois périodes: 1° l'érythème de la peau; 2° l'érythème de l'intestin, ou l'entérite; 3° l'éruption de la bouche, M. Valleix a vu la maladie durer de dix à vingt-quatre jours, environ dix-sept jours pour le terme moyen. Nous ferons observer ici que l'examen de ce médecin n'a porté que sur des enfans en très bas âge. Cette durée est plus longue si les enfans sont plus âgés.

A l'autopsie, MM. Billard, Valleix, Lediberder, etc., ont noté les lésions les plus graves, telles que la pneumonie et les ulcérations des membres abdominaux dans le tiers des cas; l'entérite et l'érythème n'ont jamais manqué; de telle sorte qu'on peut considérer le muguet comme n'étant que la complication d'une de ces maladies, et l'expression d'un état général de l'individu, en vertu duquel les différentes membranes s'ulcèrent ou prennent une grande tendance à l'ulcération.

Depuis que le service des enfans à la mamelle est établi dans cet hôpital, nous avons eu occasion de rencontrer, dans trois cas de muguet, des apoplexies pulmonaires.

La gravité du muguet, suivant M. Valleix, est épouvantable, puisque sur 140 enfans atteints de cette maladie, 110 ont succombé: ce résultat est bien éloigné de ce que nous avons observé à l'hôpital Necker. Depuis que nous exerçons la médecine, nous n'avons jamais rencontré le

FEUILLETON.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE SULFATE DE QUININE, CONSIDÉRÉ COMME POISON CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME;

Par M. GIACOMINI, professeur de clinique médicale à l'Université de Padoue (1).

Lorsque j'ai publié, en 1835, mes recherches sur l'action des préparations de quinquina, que j'avais commencées dès 1818, les expériences sur les animaux ne m'avaient appris que peu de chose sur l'action de ces préparations. Les expériences de M. Gandini avec l'écorce péruvienne, celles de M. Magendie avec les préparations de quinquina, n'avaient conduit à aucun résultat remarquable, sinon à l'innocuité de ces substances. Il m'avait donc semblé qu'on pouvait administrer sans danger le sulfate de quinine à dose élevée chez l'homme.

Les effets observés chez l'homme bien portant par Gandini, par Hanhemann, par Carthenser avec le kina; par M. Caventou, par Scott, par Johnson, avec la quinine, pouvaient s'entendre de différentes manières. Les deux derniers auteurs cependant ayant administré de très fortes doses de quinine, ont observé une telle impuissance dans les membres qu'ils ne pouvaient exécuter la marche ni la station debout, au point de causer des chutes instantanées en marchant dans les rues, ce qui indiquerait une action hyposthénisante.

MM. Beraudi et Duval ont conclu néanmoins de leurs expériences avec le sulfate de quinine que cette substance était stimulante, puisque, d'après eux, le pouls s'élevait sous son action. Contre ces observations cependant se présentaient celles de MM. Chomel, Bally et Banquier, faites sur six cents individus, et qui toutes prouvaient que le pouls baissait au contraire de dix pulsations par minute sous l'influence de la même substance. En examinant dans leurs détails les expériences de MM. Duval et Beraudi, il m'a été facile de voir qu'elles n'étaient pas concluantes, mais j'ai voulu m'en assurer par des expériences directes sur moi-même.

En 1826 d'abord, puis en 1829, je me suis soumis à une expérience continue de quarante-six jours et j'ai consommé plus de 60 grammes (deux onces) de sulfate de quinine; j'ai enregistré exactement soixante-dix expériences que j'ai variées sous le rapport du temps, des circonstances d'observation et des doses; les doses ont été variées depuis 50 centigrammes (10 grains) jusqu'à 4 grammes (80 grains) dans l'espace de douze à quinze heures; tout cela sur moi-même, en présence d'hommes compétens, et alors que je me trouvais dans mon état habituel de bonne santé. Les effets ont été constamment les mêmes et de la dernière évidence, savoir: abattement général des forces, ralentissement et faiblesse du pouls. Constamment aussi ces effets étaient dissipés ou prévenus par les alcooliques ou d'autres substances excitantes.

Plusieurs de mes confrères ont répété les mêmes expériences sur eux-mêmes, et ils ont obtenu exactement les mêmes effets. Je citerai entre autres M. le professeur Maurizio Reviglio, de Turin, qui, en 1837, a publié un excellent travail sur ce sujet (Osservazioni teorico-pratiche sulla virtu antiflogistica della china-china; Turin, 1837; et Risposta del dottor Borrelli; Turin, 1838).

Ma première conviction sur l'action des quinacés chez l'homme sain a été dès lors profonde, car elle s'était formée en maniant la matière par mes propres mains et en expérimentant sur ma propre peau. J'ai dû alors rechercher si les effets de ces substances étaient de même nature chez l'homme malade. Cette question ne pouvait être résolue que par des faits cliniques. Je n'ai pas voulu m'en rapporter à mes seules observations. J'avoue que la croyance générale qui regarde le quinquina comme tonique fébrifuge, antipériodique spécifique, surtout des fièvres dites pernicieuses, m'a semblé singulièrement infirmée ou suspecte lorsque j'ai réfléchi aux fièvres intermittentes et continues guéries également à l'aide de cette substance par Sydenham, par Worthof, par Senac, par Lautter, par Baumes, par Morton, par Wiechet, par Cloquet, par M. Mérat, par M. Chantourelle (*V.* ma Pharmacologie, t. III, p. 272); au typhus traité aussi par le même moyen par les mêmes auteurs; aux exanthèmes en particulier, à la variole grave combattus heureusement avec les différentes préparations de kina (Morton, Monro, Wal, Mead, Huxham, Broklesby, De Haën, Plencis, Rahn, Rosenstein, Hunault et plusieurs médecins belges, durant l'épidémie de 1826); aux cas de fièvre hectique et de phthisie pulmonaire soulagés par plusieurs auteurs; à l'hémoptysie et aux autres hémorrhagies actives arrêtées par le même moyen (Hoffmann, Wagner, Murray, Vogel, Morton, Detharding, De Haën, Rosenstein, Acrell, Held, Goupil, Klokow, Carminetto, Bottex, Pridgin, Teale); aux névralgies guéries à l'aide du kina par une foule d'auteurs anciens et modernes; au rhumatisme aigu et à l'arthrite combattus avec succès par le même remède (Fothergill, Bond, Whytt, Sydenham, Morton, Haighart, Fordyce, Pringle, Thomas, Giannini, Held, Herellai); aux effets véritablement heureux produits par le sulfate de quinine dans les hépatites et splénites lentes, connues communément sous le nom d'obstructions (Strack, Carron, Lafisse, Baumes, Cleghorn, Lacour, Bally, qui l'a donné à la dose de 3 grammes (60 grains) par jour); dans les cystites et urétrites, dans l'ischurie (Morry, Gimelle), etc. Ces faits et un grand nombre d'autres analogues prouvent jusqu'à l'évidence que la propriété du quinquina n'est pas antipériodique ni fébrifuge, puisque ces maladies ne sont accompagnées ni de fièvre, ni de période; qu'elle n'est pas tonique, ni excitante (1), mais bien au contraire antiphlogistique, puisque ces maladies sont généralement regardées comme de nature inflammatoire; et ceux-là même qui répugnent à les considérer comme telles conviennent que ces affections ne guérissent pas par les excitans, les échauffans, et qu'elles cèdent au contraire sous l'influence des évacuans, des rafraîchissans, des antiphlogistiques.

Je citerai comme exemples le rhumatisme aigu et l'arthritis, les névralgies, l'hémoptysie, la phthisie, la variole et les autres exanthèmes, le typhus et les fièvres continues, traités avec succès à l'aide du kina. Pourra-t-on nier le caractère inflammatoire de ces maladies, et par conséquent la vertu hyposthénisante ou antiphlogistique du remède? Mais si on ne veut pas que ces affections soient inflammatoires, que dira-t-on des pleurésies, des pneumonies, des entérites, des bronchites, des ophthalmies, des

(1) *Annali universali di midicina*, mars 1841.

(1) L'école italienne moderne n'attache pas le même sens aux mots *tonique* et *excitant*. Elle appelle tonique tout moyen capable de rétablir une fonction dérangée: ainsi la saignée, qui soulage ou guérit dans la pneumonie, est un tonique; le tartre stibié, qui produit le même effet, peut être aussi regardé comme tonique; on peut en dire autant de tout médicament appliqué avec succès contre une maladie quelconque. Elle nomme excitant au contraire toute substance capable d'élever le rhythme des fonctions au delà de leur type normal: telles sont les alcooliques, les éthers, l'opium, la canelle, etc. L'école italienne ne connaît qu'un très petit nombre de substances réellement excitantes; les autres sont toutes hyposthénisantes ou contro-stimulantes de tel ou tel système organique. *(Note du trad.)*

muguet, en ville, que chez des enfans qui tetaient péniblement, leurs mères n'ayant que peu de lait (les efforts de succion sont aussi une cause de cette maladie), et nous n'avons jamais perdu un seul de ces petits malades. Si maintenant nous réunissons tous les faits de muguet que nous avons observés tant dans notre clientelle que dans cet hôpital, nous restons convaincu, non que M. Valleix a fort mal décrit la maladie, mais que la maladie dans les hospices de nouveau-nés offre des caractères qu'elle perd plus tard. Nous attendons un plus grand nombre de faits pour publier nos résultats ; mais ce que vous avez vu doit vous convaincre que la description de M. Valleix ne s'applique presque jamais à nos enfans, et que le muguet n'est chez nous qu'un accident peu grave, et qu'en un mot, soit qu'on le considère comme une affection locale, soit qu'on le regarde comme l'expression d'un état général, il n'a ni la marche, ni la gravité signalées par M. Valleix.

Dans cet hôpital, le muguet a fréquemment été compliqué d'inflammations gastro-intestinales ; mais comme ces affections ,ont plus facilement combattues chez des enfans de dix-huit mois à deux ans que chez de plus jeunes, en traitant le muguet nous avons, non-seulement guéri cette maladie, mais encore celle du tube digestif. En définitive, l'entérite dans ce cas, presque toujours mortelle à l'hospice des Enfans-Trouvés, l'a quelquefois été ici ; mais le plus souvent aussi nous avons pu la guérir. D'où il faut conclure que le muguet a présenté dans notre service bien moins de gravité que dans l'hospice où M. Valleix l'a observé.

Si c'est une pneumonie chronique ou une autre affection de ce genre qui vient compliquer le muguet, nous portons alors le même pronostic que chez l'adulte, quand celui-ci est atteint d'une de ces affections.

Le muguet existe toujours dans la bouche, puisque c'est là qu'on le découvre d'abord, dans le pharynx, dans l'œsophage où il constitue de petites ulcérations dans l'estomac une fois sur vingt ; dans l'intestin, où il se présente sous forme de petites taches d'un blanc jaunâtre.

Chez l'adulte, s'il y a eu beaucoup de dévoiement, l'on trouve à la surface de l'intestin de petites pellicules jaunâtres. Est-ce là le muguet, ou bien ne serait-ce pas plutôt une inflammation couenneuse ?

Parlons maintenant du traitement. Bien que le plus souvent le muguet soit une affection générale, il n'en faut pas moins pour cela s'occuper du traitement local, puisque l'état de la bouche et du pharynx a pu seul déterminer des vomissemens et empêcher l'enfant de prendre ni boissons, ni nourriture, de sorte que celui-ci succombait assez promptement d'inanition. Comment convient-il de traiter l'affection locale ? Vous avez vu chez l'enfant qui est aujourd'hui à la salle Sainte-Thérèse, atteint de muguet, cette affection utilement combattue par la méthode substitutive. On a employé, pour toucher les points malades, le nitrate acide de mercure, et dès le lendemain il y avait une très grande amélioration : quelques jours de ce traitement suffiront pour sa guérison.

Boerhaave et Van Swiéten se servaient de l'acide chlorhydrique 1 partie sur 9 parties de miel rosat, et ils en touchaient la bouche deux, trois et quatre fois par jour, suivant le besoin. D'autres, c'était le sulfate de cuivre dissous dans le miel ; il faut avoir soin d'absterger préalablement la plaie. L'alun, l'acide sulfurique étendu d'eau, le sulfate de zinc sont également employés dans le même but. Mais le plus souvent on se sert du sous-borate de soude (borax), avec partie égale de miel. Sous l'influence de ce moyen, quelquefois au bout d'un jour ou deux, d'autres fois après cinq ou six jours de traitement, l'on voit la guérison s'opérer.

Reste la maladie qui compliquait le muguet. Si c'est une entérite, on donnera l'ipécacuanha aussi comme moyen substituteur ; puis ensuite, si cela ne suffit pas, l'on aura recours à l'opium, l'extrait de monésia, le cachou, le ratanhia, le nitrate d'argent. L'enfant prendra des alimens en petite quantité ; en un mot, l'on s'occupera de l'entérite.

En résumé, dans le muguet nous ferons peu de cas des accidens locaux dont nous venons toujours à bout à l'aide des topiques ; nous traitons concurremment les accidens généraux, puis, par une bonne médication, nous tâchons de remettre l'état général dans de meilleures conditions.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MALGAIGNE.

Du siége et de la nature de la cataracte. Recherches historiques et critiques sur les doctrines généralement adoptées sur cette maladie.

Lorsque le hasard amena M. Malgaigne à entreprendre des recherches sur la cataracte, les chirurgiens admettaient trois espèces de cette maladie, sur l'existence desquelles il n'avait songé jusque là à élever aucun doute. Dans les doctrines reçues, la pathologie était basée en quelque sorte sur l'anatomie, et de même qu'il y avait dans l'appareil cristallinien une lentille centrale, une capsule et un liquide intermédiaire à ces deux parties, de même il y avait une cataracte lenticulaire ou cristalline, une cataracte capsulaire et une cataracte de l'humeur de Morgagni.

La première autopsie de cataracte que fit M. Malgaigne fut pour lui un sujet d'étonnement profond : il trouva le noyau central transparent, la capsule transparente ; il ne trouva point de liquide de Morgagni. Ce qu'il trouva, c'était une opacité des lames les plus superficielles de la masse cristalline, opacité située en arrière de cette masse et procédant circulairement et de la circonférence vers le centre. Il crut qu'il avait sous les yeux une quatrième espèce.

La seconde et la troisième autopsie donnèrent des résultats semblables. L'étonnement de M. Malgaigne augmentait; il crut alors à une de ces séries bizarres que le hasard montre de temps à autre aux praticiens; et ce fut seulement à la sixième autopsie que ses doutes se reportèrent sur la science elle-même. De nouvelles autopsies faites à l'hospice de Bicêtre lui donnèrent un total de 12 cas qui tous se rapportaient à sa première observation.

Alors M. Malgaigne remonta à l'histoire de la cataracte, et ne tarda pas à voir sur quels fondemens débiles reposaient les doctrines actuelles dont l'origine apparaît fort avant dans le dix-septième siècle. A cette époque, le cristallin était encore regardé comme le siége de la vision, et l'on ne connaissait d'autre procédé opératoire pour la cataracte que l'abaissement. Ici les doctrines chirurgicales étaient d'accord avec les doctrines physiologiques. Le cristallin étant l'organe capital des fonctions oculaires, on concluait qu'il n'était pas malade dans la cataracte, puisqu'après l'opération l'exercice de ces fonctions reprenait son cours. La maladie consistait dans la formation d'un voile opaque, d'une *pellicule*, dont l'opération avait pour effet de débarrasser le champ de la vision. D'ailleurs, à cette époque l'opération de la cataracte n'était pas encore du domaine de la chirurgie classique, et se trouvait presque exclusivement abandonnée aux charlatans, aux opérateurs ambulans (on sait que Guy de Chauliac n'osa pas opérer l'aveugle Jean de Bohême, et l'on n'admet qu'A. P[illegible] pratiqué l'opération de la cataracte que parce qu'il dit lui-même avoir fait toutes les opérations, excepté celle de la pierre) ; aussi la théorie se soutenait à l'abri du contrôle de l'observation.

Entre 1605 et 1607, des instrumens d'un oculiste ambulant tombèrent entre les mains de Brisseau (de Tournay), qui s'en servit, fit des autopsies de cataracte, et annonça que la maladie siégeait dans le cristallin. Déjà maître Jean avait émis la même idée, mais le corps chirurgical s'insurgea contre cette innovation et la repoussa obstinément. Cependant la théorie de la *pellicule* était réfutée par l'anatomie, qui montrait qu'elle avait eu pour base l'hypothèse de l'existence d'un espace entre l'iris et le cristallin, et que cet espace était imaginaire. Personne n'avait encore songé à la cataracte capsulaire.

Il y avait plus de douze ans que l'Académie des sciences combattait, et bien qu'elle eût abandonné la pellicule, elle refusait d'admettre la cataracte cristalline. Ce fut alors que Littré apporta sous ses yeux le premier fait de cataracte capsulaire. La pièce qu'il présenta n'était point un œil entier, mais un iris avec un cristallin et l'iris était bouché par une membrane qu'on regarda comme appartenant à la capsule. M. Malgaigne pense qu'on n'eut affaire qu'à une fausse membrane, comme on en voit assez souvent se former dans les inflammations profondes de l'œil et surtout après l'opération de la cataracte. L'histoire suffit d'ailleurs pour prouver l'erreur des académiciens, car ils admirent que l'on pouvait abaisser la cataracte capsulaire en laissant le cristallin en place. Il est plus, dans des observations publiées à cette époque, on dit que la *pellicule* fut abaissée, que le malade guérit, et que plus tard, après sa mort, on trouva la pellicule abaissée et le cristallin en place. Certes, dit M. Malgaigne, on peut adresser à de pareils observateurs ce mot de Bordeu : « Vous dites que vous avez vu, et qui vous a dit que vous ayez vu ? et où avez-vous pris le droit de dire que vous avez vu ? »

En sorte que la cataracte cristalline, bien qu'elle eût gagné des partisans, était encore regardée comme l'exception, lorsque Daviel inventa l'extraction. Mais cette opération changea la face de la science ; on ne vit plus alors que des cristallins, et l'on en vint à leur attribuer presque exclusivement la maladie, et voici comment se formèrent les doctrines actuelles sur la cataracte lenticulaire. On examina le cristallin, et comme le moindre contact altère la transparence de ce corps, il fut aisé de le trouver opaque ; de plus, comme la transparence était moindre encore au centre à cause de la plus grande épaisseur du cristallin en ce point, on admit que c'était là que commençait l'opacité. Ces doctrines traversèrent le dix-huitième siècle et arrivèrent à Dupuytren.

Du temps où ce grand chirurgien faisait ses leçons, on admettait trois sortes de cataractes : la cataracte cristalline, la plus fréquente de toutes et qui commençait par le centre ; la cataracte capsulaire ; la cataracte de l'humeur de Morgani.

L'invasion des doctrines allemandes modifia bientôt les doctrines françaises, et M. Sanson, chef de l'école qui résulta de cette fusion, posa en principe que la cataracte capsulaire était au moins aussi fréquente que la cataracte

---

métrites, des gastrites, des angines franches guéries à l'aide du quinquina (Eller, Kahn, Weichert, Buchner, Held, Clossius, Wall, Hannes, Quarin, Gandini, Hevermann, Casim. Medicus, Puntous. Ramazzini, Morton, Sandras, Bally, Banquier, Chomel, De Simoni, Elliotson, et nous-même).....

Je m'étais trompé lorsque j'avais dit dans ma Pharmacologie, que le sulfate de quinine était peut-être le seul remède qui était employé avec un grand avantage dans les maladies, sans produire un mal proportionné lorsqu'on en abuse. Les faits postérieurs m'ont appris que cela n'était vrai que relativement au trouble des fonctions encéphaliques et de l'estomac ; mais quant aux effets généraux, ils peuvent persister et avoir des conséquences funestes : tels sont la langueur générale, l'abaissement du pouls, la syncope, l'hyposthénie. Ces phénomènes se déclarent spécialement quand le remède est employé à dose élevée et pendant long-temps sur des sujets déjà saignés abondamment.

J'ai publié trois observations qui confirment en tout point ce que je viens d'avancer ; l'hyposthénie était extrême, et elle ne s'est dissipée qu'à l'aide des hypersthénisans. Dans deux autres cas, les phénomènes se sont terminés par la mort ; à l'autopsie, on a trouvé tous les organes, toutes les membranes décolorés, pâles, sans la moindre injection propre aux maladies inflammatoires pour lesquelles le sulfate de quinine avait été administré. Je possède, d'autre part, près de cinq cents faits récens, relatifs à des inflammations franches traitées avec succès à l'aide du sulfate de quinine par plusieurs praticiens distingués qui correspondent avec moi, et par moi-même.....

L'on comprend maintenant combien il serait fâcheux dans une maladie asthénique, dans certains empoisonnemens, tels que celui de la vipère, par exemple, d'administrer le sulfate de quinine comme contre-poison : ce prétendu tonique augmenterait l'hyposthénie et pourrait rendre mortel les cas qui ne le seraient pas d'eux-mêmes.....

Un fait important à signaler avant d'arriver aux nouvelles expériences que je dois faire connaître, c'est que les effets du sulfate de quinine sont très différens, suivant qu'on l'administre en poudre ou en solution. En solution à l'aide de quelques gouttes d'acide sulfurique et une suffisante quantité d'eau, l'absorption est très rapide, et les effets sont excessivement énergiques.

Les expériences dont je vais parler ont été faites publiquement dans l'amphithéâtre anatomique de cette université. Les médicamens employés ont été expédiés par la pharmacie centrale, et surveillés par plusieurs médecins qui assistaient aux expériences ; chaque dose portait une étiquette. Chaque lapin de l'expérience portait au cou une étiquette indiquant la dose qu'il avait prise. Les autopsies des animaux qui mouraient ont été faites par MM. Leopoldo Biagi et Antonio Celega. M. Pierre Bonomi, professeur adjoint à la chaire d'anatomie, était chargé de surveiller les animaux qui avaient survécu, de les visiter à différentes heures de la journée et de les faire nourrir ; il a été aussi chargé de la rédaction des procès-verbaux. A chaque expérience, nous avons tâché d'avoir des lapins de même taille et couleur ; on sait que les blancs sont plus sensibles, plus délicats que les autres. L'antidote a été administré immédiatement après le poison ; dans quelques cas, on a mêlé le poison et le contre-poison. Nos premières recherches ont eu pour but de déterminer la dose mortelle du sulfate de quinine sur les lapins.

Première séance. — 18 janvier 1840. Sont présens MM. Fabeni, professeur de physiologie ; Cortesi, professeur d'anatomie ; Biagi, professeur de chirurgie ; Celega et Fua, praticiens de la ville, et un grand nombre d'élèves de cette école.

Première expérience. — Lapin couleur foncée, reçoit 75 centigrammes (15 grains) de sulfate de quinine dissous dans suffisante quantité d'acide sulfurique (6 gouttes) et dans 15 grammes d'eau (demi-once).

Deuxième expérience. — Lapin grand, albin, reçoit 1 gramme et demi (30 grains) de même substance dissous dans 24 grammes (6 gros) d'eau avec 10 grouttes d'acide sulfurique étendu.

Après l'ingestion, ils ont paru tous les deux abattus, ou plutôt moins vifs et sains qu'avant.

Deuxième séance. — 20 janvier 1840.

Troisième expérience. — Lapin gros, albin, reçoit 2 grammes et 25 centigrammes (45 grains) de sulfate de quinine dissous dans 30 grammes (1 once) d'eau et 15 goutes d'acide sulfurique. N'a pas paru affecté ; il a mangé peu de temps après, et quatre jours plus tard il était bien portant.

Troisième séance. — 24 janvier.

Quatrième expérience. — Le même lapin de l'expérience précédente reçoit 4 grammes (1 gros) de sulfate de quinine dissous dans de l'alcool sulfuriqué (22 gouttes et 45 grammes (1 once 1/2) d'eau distillée. Après l'ingestion il marche librement, mais quelques minutes après il tombe, et sans aucun signe d'agitation il expire très tranquillement. On fait de suite l'autopsie, son corps étant encore chaud.

Le cœur présente de très légers mouvemens sous l'influence de l'action mécanique. Les oreillettes sont pleines de sang ; les veines mésentériques sont très pleines de sang noir. Le reste du corps est à l'état normal, les muscles cependant sont un peu pâles.

La mort prompte et rapide de cet animal qui était gros et fort, nous a fait penser que la dose d'un gros était plus qu'il ne fallait pour produire la mort. En rapprochant ce fait des faits antérieurs, il nous a semblé que la dose de deux grammes et demi (50 grains) devait peut-être suffire pour atteindre ce but. C'est ce que nous avons confirmé dans les expériences subséquentes. La dose de 50 grains du poids médical vénitien répond à 2 scrupules du poids autrichien. Cette dose a donc dû être adoptée comme le minimum de la quantité dangereuse de sulfate de quinine chez les lapins de moyenne taille.

Nous sommes passé ensuite aux expériences comparatives, et nous avons choisi pour opposer au sulfate de quinine, d'une part l'alcool rectifié, d'autre part l'eau cohobée de laurier-cerise. Nous avons cru devoir nous borner à ces deux substances comme étant d'une action bien connue, bien déterminée, et dont l'effet est très prompt comme celui du sulfate de quinine, s'il est donné en solution parfaite comme eux ; seulement l'action de l'alcool est plus durable que celle des deux autres substances. Il nous restait cependant à déterminer la dose nécessaire de l'alcool pour détruire les effets de la dose indiquée du sulfate de quinine. On sait que pour qu'un antidote détruise les effets d'une dose mortelle de poison, il faut que non-seulement il soit doué d'une vertu contraire, mais encore que la dose soit aussi par elle-même mortelle, si on l'administre séparément. Ce problème avait déjà été résolu par moi en 1832 : j'avais prouvé qu'un scrupule (1 gramme) d'esprit de vin rectifié, délayé dans de l'eau, tuait un lapin de taille moyenne dans l'espace de quatre heures ; des exceptions cependant existent à cette règle : quelques lapins ne meurent qu'après dix heures, d'autres survivent après avoir été malades. Toujours est-il cependant que cette dose est sinon constamment mortelle, au moins fréquemment dangereuse. Quant à l'eau cohobée de laurier-cerise, si elle est fraîche et cohobée plusieurs fois, elle tue les lapins ou les rend très malades à la dose de 4 grammes (4 scrupules) ; c'est là un fait prouvé par un grand nombre d'expérimentateurs italiens.

Nous avons pris par conséquent les données suivantes pour point de départ comme minimum des doses mortelles : chez le lapin, sulfate de quinine, 2 scrupules (poids autrichien) ; esprit de vin rectifié, 1 scrupule ; eau cohobée de laurier-cerise, 4 scrupules. Il est bien entendu que si on agissait sur des chiens ces données pourraient être inexactes, car on sait que les animaux

lenticulaire, et toutes ou presque toutes les observations de sa clinique ont pour titre le nom de cataractes capsulo-lenticulaires.

M. Velpeau fit une réaction, que M. Malgaigne regarde comme une sorte de compromis entre les opinions de Dupuytren et celles de M. Sanson, il donna aux cataractes capsulaires une plus grande place que Dupuytren et une moindre place que M. Sanson.

Sur quoi se basait-on cependant pour soutenir la controverse ? A coup sûr ce n'était pas sur des autopsies. Dupuytren n'a jamais dit qu'il eût fait des autopsies de cataractés ; M. Sanson n'en cite point non plus, et M. Velpeau n'en cite qu'un petit nombre. La seule autopsie satisfaisante que M. Malgaigne connaisse est celle de Tenon, qui dit avoir séparé la capsule plongée dans l'alcool et l'avoir trouvée opaque ; encore est-il très possible que cette opacité ait été due à une couche de matière cristalline adhérente à la capsule et altérée par l'alcool.

L'école allemande, dont M. Sichel est parmi nous le représentant plus habile et le plus instruit, est-elle plus riche en autopsies ? M. Malgaigne a interrogé à ce sujet M. Sichel lui-même, qui a répondu qu'il ne connaissait pas d'autopsies faites durant le dix-huitième siècle, mais que l'on pourrait en trouver pour le dix-neuvième dans le journal d'Ammon. M Malgaigne a fait le relevé des observations contenues dans ce journal, et n'y a pas trouvé une seule autopsie ; c'est alors que M. Sichel a montré à M. Malgaigne les pièces qui étaient en sa possession. Dans une, la capsule antérieure était malade en effet, mais ce n'était pas une cataracte ; c'était une affection que M. Malgaigne avait déjà vue, et qui consistait dans le développement de végétations en crète de coq sur la capsule.

Dans un autre cas, on voyait des opacités sur les deux capsules antérieures et sur l'une des postérieures : il s'agissait de deux yeux appartenant à une vieille femme de la Salpêtrière. Mais il existait aussi des adhérences des capsules antérieures avec l'iris qui était déformée ; en sorte qu'il était indubitable que l'œil avait été le siége d'une inflammation violente, et que ces opacités étaient dues a de la matière plastique inflammatoire.

Il résulte de ces faits que l'on n'a pas montré de vraies cataractes capsulaires, et que si les observations à venir sont semblables aux deux seules qui soient basées sur l'autopsie, ce ne sera point l'abaissement qu'il faudra pratiquer, mais l'opération de la pupille artificielle ; M. Malgaigne pense même que dans ces cas, la vue est perdue irrévocablement.

Quant à la cataracte de l'humeur de Morgagni, M. Malgaigne ne l'a pas plus rencontrée qu'il n'a rencontré cette humeur elle-même ; en sorte qu'il doute de l'existence de cette dernière, en attendant que M. Sichel, selon sa promesse, la lui ait montrée.

Quant aux cataractes qu'on attribue à cette humeur, il pense qu'elles dépendent de l'opacité des couches molles, les plus superficielles du cristallin. Dans quelques cas, il existe réellement entre la capsule et le cristallin séparés l'un de l'autre pathologiquement, une couche de liquide contenant des grumeaux opaques, caséeux ; mais ce liquide ne saurait être pris pour celui de Morgagni : M. Malgaigne en attribue principalement la production à une altération dans les fonctions sécrétoires de la capsule.

Telle est l'histoire des doctrines actuelles ; voici maintenant ce que montre l'observation.

1° L'opacité réside presque toujours dans les couches les plus superficielles du cristallin ; elle ne commence jamais par le centre.

2° Dans quelques cas ces couches semblent remplacées par un liquide contenant des grumeaux opaques, qu'on ne peut guère attribuer qu'à une altération de sécrétion de la capsule.

Ces résultats sont fondés sur vingt-sept autopsies faites avec le plus grand soin.

Quant aux cataractes décrites sous le nom de cataractes à trois branches, M. Malgaigne a observé que la disposition qui leur a valu ce nom est toute superficielle.

Enfin, il regarde les *cataractes par déhiscence* de quelques auteurs, comme le résultat de la macération du cristallin dans l'alcool.

Si, laissant maintenant la critique des idées généralement adoptées, nous cherchons quelle valeur pratique les idées nouvelles peuvent acquérir, nous voyons ces tentatives chimériques jusqu'ici, de guérison sans opération, rentrer dans la science et redevenir une espérance légitime des médecins. Il est certain que l'on a vu des cataractes rester stationnaires ; bien plus, on en a vu dont la marche a reculé. Et s'il était démontré, comme il est probable, que la cataracte n'est qu'un produit opaque résultant d'une altération des fonctions sécrétoires de la capsule cristalline, il est certain qu'on pourrait tenter de faire résorber ce produit, comme on le fait pour le produit des séreuses enflammées.

L'histoire de la pleurésie et de l'empyème nous offre l'exemple d'un progrès analogue de la science. L'opération de l'empyème était, chez les anciens, l'une des plus fréquentes de la chirurgie ; aujourd'hui c'est une des plus rares, parce que depuis que l'on connaît la nature de la maladie, l'on a trouvé une thérapeutique nouvelle qui arrête la marche des accidens avant qu'il soit nécessaire de recourir au fer du chirurgien.

Th. Roussel.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lisfranc.

Engorgemens testiculaires. Remarques thérapeutiques.

Les malades couchés aux n°s 7, 11 et 29 de la salle St-Louis, sont affectés tous trois d'engorgemens testiculaires. Chez le n° 7, existe en même temps un épanchement de sérosité dans la cavité de la tunique vaginale.

Voilà des cas dans lesquels, par cela même que la tumeur est dure, quelques personnes conseilleraient sans hésiter l'extirpation de l'organe ; opération qui n'est pas innocente, comme vous le savez, sous le double rapport qu'elle peut entraîner la mort, et que, dans les cas heureux encore, elle entraîne le grave inconvénient de priver les malades d'un organe important.

Grâce à l'emploi d'une saine thérapeutique, on ramène souvent le testicule à ses conditions normales, à cela près d'un faible degré d'engorgement de l'épididyme, qui persiste assez souvent et qui reste stationnaire.

J'ai déjà dit que de tous les engorgemens appelés blancs, le plus facile à résoudre était celui du testicule. Ce fait admet-il une explication facile, et ne trouverait-on pas celle-ci dans la grande vascularité de l'organe malade ? Cela est probable.

Mais il est des distinctions qu'il convient d'établir avant de jeter les bases d'un traitement, si l'on veut que celui-ci soit rationnel. Nous avons établi deux séries d'engorgemens blancs, caractérisés par l'existence ou l'absence d'une douleur permanente ou presque permanente. Dans le premier cas, le malade accuse la sensation d'une augmentation de la caloricité de l'organe, ce qui veut dire alors qu'il y a sub-inflammation. Ce fait est doublement démontré, par l'anatomie pathologique, d'une part, et de l'autre par les résultats thérapeutiques favorables que l'on obtient par l'emploi des antiphlogistiques, des émolliens et des calmans.

Mais les antiphlogistiques demandent à être employés alors avec mesure, et sans doute il ne faut pas suivre la formule qu'il conviendrait d'adopter s'il s'agissait d'un phlegmon aigu. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici, d'une sub-inflammation, d'un état sub-aigu ; en d'autres termes, ayant pris droit de domicile dans l'organe et sur des tissus altérés dont la consistance est affaiblie. Il faut, par conséquent, ne pratiquer que de petites saignées et persister dans leur emploi, si l'on veut combattre cet état.

Ainsi donc, vous ne réussirez dans les cas de cette nature, qu'autant que vous saurez vous faire une idée de l'état sub-inflammatoire que vous avez à combattre, et qu'au lieu de recourir d'emblée aux fondans, qui ajoutent alors une nouvelle irritation à l'irritation déjà existante, vous commencerez par les antiphlogistiques.

Ceux-ci vous procureront un succès d'autant plus facile qu'en temps et lieu vous leur ferez succéder les fondans, auxqels vous aurez préparé la voie avec les évacuations sanguines. C'est alors que vous verrez l'organe diminuer progressivement, et même l'engorgement se résoudre d'une manière complète. Employer les fondans d'une manière trop tardive, c'est favoriser la dégénérescence de l'organe.

Si la douleur permanente n'existe pas, c'est à dire s'il n'y a pas de sub-inflammation, les fondans seront d'abord employés, avec la précaution, toutefois, de les suspendre, si la douleur se montrait d'une manière permanente. Il faudrait d'ailleurs changer la nature des fondans si leur emploi restait sans action. Dans le premier cas, quand les propriétés vitales de l'organe sont surexitées, vous vous attacherez sans retard à combattre cet état avec les cataplasmes.

Quelques personnes n'ont pas craint de dire qu'une telle manière d'agir laissait le temps à la tumeur de subir la dégénérescence carcinomateuse. Cette assertion est erronée ; elle ne saurait avoir quelque valeur qu'autant que l'organe malade étant soustrait à l'action des sens, ne pourrait pas être observé, afin d'en étudier toutes les modifications, tous les changemens. Or, ceci n'existe pas ; tous les changemens qu'éprouve l'organe sont notés avec soin, et il serait toujours temps de prendre un parti extrême si la tumeur faisait des progrès dans son volume.

Une semblable conduite n'entraîne aucun inconvénient, ainsi que vous pouvez vous en convaincre en observant nos malades, et elle est d'autant plus préférable qu'elle permet toujours d'avoir recours plus tard à l'opération sanglante, si celle-ci devient indispensable.

K...

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

Opération de bégaiement. Cessation complète de l'hémorrhagie. Résultat tout à fait négatif. (*V.* le n° du 1er mai.)

L'hémorrhagie n'a plus reparu chez notre petit malade, qui a subi l'opération du bégaiement. Il est à présent dans de bonnes conditions, et son état s'améliore tous les jours sous l'influence d'une bonne alimentation jointe aux préparations ferrugineuses (chocolat ferrugineux). Ainsi, nous n'avons désormais plus rien à craindre de fâcheux de ce côté.

Quant au résultat obtenu par la section des génio-glosses sur le vice de la parole il est complètement nul, et l'enfant bégaie comme par le passé. Une circonstance bien plus fâcheuse encore, c'est que la langue se trouve beaucoup plus courte qu'avant l'opération, ou du moins le petit bègue ne peut plus la sortir autant de la bouche qu'auparavant.

Au total, ce fait nous présente encore un exemple des nombreux insuccès qui, de l'aveu du plus grand nombre des opérateurs, s'observent à la suite de l'opération du bégaiement. Nous qui avons accueilli avec faveur cette nouvelle opération, nous qui, un des premiers, l'avons exécutée sur le vivant, et qui, par cela même, avons le droit d'être à l'abri de toute sorte de prévention dont on pourrait nous accuser, nous pouvons affirmer qu'il n'y a eu rien d'exagéré dans ce que nous vous avons dit relativement aux chances peu nombreuses de succès qu'elle présente. Cet avis est d'ailleurs partagé par des hommes recommandables et très compétens dans la matière. Pour ne pas trop nous arrêter sur un sujet dont nous nous sommes déjà entretenus à plusieurs reprises différentes, nous nous contenterons de dire que M. Phillips, qui, le premier, a opéré des bègues à Paris, et qui, par cela même, paraîtrait devoir être intéressé à défendre une opération qui lui appartient, au moins en partie, ne craint pas d'avouer hautement que c'est une mauvaise opération, et qu'il est tout au plus permis d'espérer des résultats favorables trois fois sur cent.

Notre petit bègue quittera prochainement le service, et nous vous en entretenons aujourd'hui pour la dernière fois.

---

carnivores tolèrent assez bien les substances hypersthénisantes, et très peu les substances hyposthénisantes ; les lapins, au contraire tolèrent très peu les substances hypersthénisantes et beaucoup les substances hyposthénisantes. La raison de cela tient peut-être à leur manière de se nourrir : les herbivores se nourrissent d'alimens de nature froide, aussi sont-ils habitués à tolérer même certaines plantes vénéneuses ; tandis que les carnivores sont habitués aux alimens échauffans, et se trouvent dans les conditions opposées.

Quatrième séance, 15 sept. — Sont présens : MM. Meneghini, Magrini, Festler, Fua, Celega, Benvenisti, Menini et Bonomi.

Première expérience. — Lapin gros, albin, reçoit un demi-gros (poids autrichien) de sulfate de quinine dissous dans une once d'eau et suffisante quantité d'acide sulfurique. Aussitôt après, on lui fait avaler la dose indiquée d'eau de laurier-cerise : mais à peine en avait-il avalé la moitié qu'il a commencé à trembler et peu d'instans après il est mort. A l'autopsie, on ne trouve rien qui puisse le faire distinguer d'un lapin tué par une violence traumatique, si ce n'est que les veines mésentériques étaient gorgées de sang.

Deuxième expérience. — Lapin, même couleur et volume, reçoit demi-gros de sulfate de quinine dissous dans une once d'eau et de l'acide sulfurique. Au moment de l'avaler, il est saisi de toux suffocante qui indique que le liquide est tombé dans la trachée, et tombe mort à l'instant avec beaucoup d'écume à la bouche. En conséquence cette expérience a été regardée comme nulle.

Troisième expérience. — Autre lapin, reçoit deux scrupules de sulfate de quinine dissout dans une once d'eau et de l'acide sulfurique ; aussitôt après, il reçoit demi-gros d'alcool délayé dans trois gros d'eau distillée. Il paraît d'abord comme étourdi, puis il marche, mais il se laisse prendre sans fuir. Six heures après, il commence à manger. Le lendemain il était bien portant.

Quatrième expérience. — Lapin gros, reçoit deux scrupules et demi de sulfate de quinine dissout *ut suprà*. A peine avait il fini de l'avaler, qu'il devient tremblant et meurt empoisonné par le seul sulfate de quinine. A l'ausopsie, on trouve les mêmes lésions que chez le lapin empoisonné avec un gros de la même substance (poids vénitien), c'est-à-dire, les vaisseaux veineux du péritoine sont pleins de sang noir.

Cinquième expérience. — Lapin gros, robuste, reçoit un mélange de deux scrupules de sulfate de quinine dissout *ut suprà*, et d'un scrupule d'esprit-de-vin rectifié et délayé dans deux gros d'eau. Il reste abattu et blotti pendant quelque temps. Sept heures, il cherche à manger. Le lendemain, il est bien portant.

Sixième expérience. — Lapin aussi gros et robuste que le précédent, reçoit un mélange de deux scrupules de sulfate de quinine dissous et quatre scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise. A peine en a-t-il avalé la moitié qu'il est saisi de tremblemens, de secousses, de convulsives, et il expire en quelques minutes. A l'autopsie, on trouve tous les organes d'une pâleur remarquable, à l'exception des vaisseaux du mésentère et des cavités du cœur, qui sont pleins de sang noir.

Résumé de ces premières expériences. Il faut exclure de cette série la seconde expérience, l'animal étant mort par suite de l'introduction du liquide dans les bronches. La quatrième expérience démontre que la quantité de 50 grains de sulfate de quinine (poids autrichien) est mortelle. Cela confirme déjà la conclusion des expériences préliminaires. La première expérience offre l'exemple d'un lapin qui est mort avec un demi-gros de sulfate de quinine ajouté à deux scrupules d'eau cohobée. Cette mort ne peut être attribuée à l'eau cohobée, car sa dose était à peine la moitié de celle que nous avons vu être dangereuse. Les 30 grains de sulfate de quinine n'auraient pu non plus à eux seuls occasionner la mort. Il faut donc conclure que l'eau cohobée a agi dans le sens du sulfate de quinine, a augmenté d'autant son énergie, et l'a rendue mortelle.

La même conclusion découle de la deuxième expérience dans laquelle la mort a été causée par un scrupule de sulfate de quinine combiné à deux scrupules d'eau cohobée. Ni l'une ni l'autre de ces substances prise isolément n'aurait été suffisante pour produire la mort. D'où il résulte que chacune d'elles a contribué par moitié à ce résultat ; l'action de l'une s'était ajoutée à celle de l'autre et donné une action résultante d'une énergie mortelle.

On peut, d'autre part, opposer la première à la troisième expérience ; le résultat de l'action des deux substances a été zéro ; les deux scrupules de sulfate de quinine ont été neutralisés par le demi-gros d'alcool, et l'animal n'a pas succombé, et pourtant il est certain que chacune de ces substances, prise uniquement, produit la mort, et elles auraient pu, par conséquent, tuer deux lapins.

La cinquième expérience offre l'exemple d'un lapin, qui ayant avalé simultanément deux poisons à dose mortelle chacun, n'est pas mort, ce qui ne peut s'expliquer que par l'action opposée de chacune de ces substances sur l'autre. Il y a donc eu neutralisation réciproque des deux actions dynamiques contraires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Taille bi-latérale. Mauvais état de la plaie et de la santé générale du sujet. (*V.* le nº du 1er mai.)

Le petit malade du nº 5 de la salle Saint-Côme, qui a été taillé il y a cinq semaines, a quitté hier l'hôpital dans un assez mauvais état. Nous ne reviendrons pas sur son hémorrhagie, qui, comme vous savez, fut promptement arrêtée.

Nous avions, depuis, tout lieu d'espérer que les choses prendraient une bonne tournure ; toutefois, quoique rien n'indiquât l'existence de quelques désordres dans les cavités, le petit malade cependant était pâle et avait de la fièvre de temps à autre.

La plaie était large, douloureuse autour, circonstance qui nous donnait quelqu'inquiétude. Comme le petit malade était manifestement dans un état de langueur générale, nous espérâmes ranimer un peu la constitution, et par suite la plaie, à des conditions meilleures, en lui administrant les toniques, tant médicamenteux qu'alimentaires ; mais nous n'obtînmes aucun résultat avantageux. Nous pensâmes alors que l'ennui était pour beaucoup dans la persistance de cet abattement général, et nous nous déterminâmes à engager les parens à l'emmener auprès d'eux à la campagne.

L'état de la plaie, du reste, quoique peu satisfaisant, permettait l'éloignement du petit malade ; et, d'autre part, les digestions se faisaient bien.

Les parens, mieux avisés que nous ne l'espérions, ont préféré se fixer à Paris jusqu'à guérison complète ; de sorte que nous le voyons tous les jours, ce qui nous permettra de vous informer ultérieurement de son état et de l'issue définitive de cette opération.

Cancer colloïde du genou droit. Amputation de la cuisse.

Au nº 4 de la salle Sainte-Thérèse, est couchée la petite fille âgée de quatorze ans, qui a subi, il y a quinze jours, l'amputation de la cuisse, par suite du développement d'une tumeur énorme du genou droit. Cette tumeur s'était développée rapidement et sans occasionner de douleur. Evidemment la tumeur était de mauvaise nature. Nous pensions avoir affaire à une tumeur blanche qui, toutefois, ne nous présentait pas les caractères physiques et physiologiques que cette maladie présente d'ordinaire dans cette région chez les petits sujets scrofuleux de l'hôpital.

[illegible]umeur avait débuté au mois d'octobre dernier sans [illegible] appréciable ; elle avait été combattue ici par les vé[illegible]ires et les cautères, et cela sans résultat favorable. [illegible] de là, la tumeur, qui lors de l'entrée de la petite [illegible]le dans le service, présentait 42 centimètres de cir[illegible]rence, en présentait 49 au moment de l'opération. [illegible]z avec quelle rapidité ce nouvel accroissement s'était opéré. Du reste, la douleur était nulle, mais la marche impossible : sur plusieurs points la tumeur était manifestement fluctuante. Comme dernière ressource nous essayâmes l'onguent mercuriel à haute dose, employé suivant la méthode M. Serres d'Uzès, et dont nous suspendîmes l'emploi au bout des trois jours, nulle amélioration ne s'étant manifestée.

L'articulation ne jouissait pas de mouvemens latéraux, mais sa cavité contenait manifestement un liquide. Nous présumions au moins une dégénérescence des ligamens, ce qui nous engageait encore à recourir à l'amputation. Toutefois, nous ne nous y sommes déterminé qu'après avoir pratiqué une ponction d'exploration, qui nous a appris que la tumeur n'était que partiellement humorale.

Nous ne vous parlerons pas de l'opération, qui a été simple et qu'aucun accident n'est venu compliquer ni avant ni après. Nous vous rappellerons que la tumeur était représentée par un cancer colloïde, présentant tous les caractères que M. Cruveilhier a assignés si justement à cette funeste maladie. La tumeur s'était développée en dehors de l'articulation du genou qui était sain.

Aujourd'hui la petite malade est dans un état satisfaisant : l'appétit est bon, les digestions se font bien, il n'y a pas de fièvre ; la suppuration est modérée et la cicatrice marche avec régularité. Tout nous fait espérer une terminaison heureuse.

Engorgemens glandulaires strumeux.

Les nos 22 et 23 de la salle Sainte-Thérèse présentent une affection analogue consistant dans l'engorgement de quelques ganglions lymphatiques. La petite fille du nº 22 est âgée de onze ans ; elle présente derrière l'angle de la mâchoire une tumeur bosselée indolente, non adhérente, manifestement représentée par des ganglions lymphatiques engorgés. Cette tumeur ayant résisté à tous les agens résolutifs dirigés contre elle, il est probable que nous nous déciderons à en faire l'extirpation jeudi prochain.

Quant à la petite fille du nº 23, elle est âgée de treize ans ; chez elle, la tumeur ganglionnaire existe à l'aisselle : elle est en partie suppurée, mais comme le travail de suppuration marche avec lenteur, et qu'il existe plusieurs points fistuleux, il est également possible que nous nous déterminions jeudi prochain à en faire l'extirpation.

Chute de la membrane muqueuse du canal de l'urètre chez une petite fille de huit ans.

Au nº 19 de la salle Sainte-Thérèse est couchée une petite fille d'une constitution délicate, qui présente au méat urinaire une tumeur rouge ressemblant en petit à la chute du rectum. Cette tumeur consiste dans un bourrelet rougeâtre présentant une ouverture dans son centre ; en engageant une sonde dans cette ouverture, celle-ci parcourt le canal de l'urètre et arrive dans la vessie, qui ne nous a semblé renfermer aucun corps étranger. Au dessous de cette tumeur est la vulve, qu'elle recouvre en presque totalité ; le vagin est libre. Evidemment, nous avons affaire à la chute de la membrane muqueuse du canal urétral.

Cette maladie, dont Morgagni, Hoin et Boyer rapportent quelques exemples, est rare chez les femmes adultes, et à plus forte raison chez les petites filles : c'est le second cas de ce genre que nous observons.

Il paraîtrait que la cause de ce prolapsus consiste dans les efforts d'expulsion des urines ; mais comment invoquer le concours de cette cause chez cette petite fille, lorsque la vessie ne renferme pas de calcul, lorsque, d'autre part, cet organe jouit de toute sa puissance contractile, et que le canal de l'urètre est libre ? nous nous sommes demandé si la masturbation n'entrerait pas pour quelque chose dans la production de la maladie ; mais nous n'avons pu recueillir aucune lumière sur ce point. Au demeurant, la petite fille est faible, chétive ; tout annonce, chez elle, un état de souffrance qui dure depuis long-temps, et cet état de langueur générale pourrait suffire, jusqu'à un certain point, pour expliquer l'existence du prolapsus urétral.

Cette affection étant rare, le traitement qui lui est applicable n'a été bien indiqué que dans ces derniers temps. Au lieu de faire simplement l'excision d'un lambeau, nous ferons ici l'excision de la tumeur en totalité. N. M.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 17 mai.

Chirurgie pratique. Extirpation de la glande sous-maxillaire. — M. Larrey fait, au nom de M. Breschet et au sien, un rapport sur un travail de M. Colson, de Noyon, relatif à l'extirpation de la glande sous-maxillaire. Il s'agit d'un cas de cancer de la lèvre inférieure, accompagné d'une tumeur considérable et profonde sous la mâchoire : après l'ablation du mal primitif, M. Colson a attaqué la tumeur qu'il croyait d'abord être un ganglion lymphatique, et qui s'est trouvée formée à la dissection par la glande sous-maxillaire. L'auteur a été obligé, dit-il, de couper la branche linguale du nerf tri-facial, l'artère sub-mentale, et de mettre à nu le tronc de l'artère faciale, ainsi que les muscles digastrique, stylo-hyoïdien, mylo-hyoïdien et le nerf hypoglosse, pour extirper la totalité de la tumeur.

« La dissection de la tumeur enlevée, dit-il, ne me laissa aucun doute sur sa nature ; elle se composait de la glande sous-maxillaire dégénérée en tissu encéphaloïde, et pourtant encore enveloppée de sa coque fibreuse saine ; tandis que deux ou trois ganglions lymphatiques que je croyais malades et que j'enlevai avec la glande, n'étaient simplement qu'hypertrophiés sans altération de texture. »

L'auteur discute ce point de pratique : il rappelle l'opinion des auteurs modernes qui croient qu'on avait, dans ces opérations confondu les ganglions lymphatiques avec la glande salivaire elle-même ; et il soutient que, dans ce cas, il n'est pas tombé dans cette erreur. Il décrit son observation avec beaucoup de détails. Le malade a guéri.

MM. les commissaires, après avoir reproduit les détails principaux du fait, terminent ainsi leur rapport :

« En résumé, vos commissaires pensent que l'observation de M. Colson, qui fournit un fait de plus sur la possibilité d'extirper la glande sous-maxillaire sans porter une atteinte trop fâcheuse aux fonctions de l'opéré, mérite l'approbation de l'Académie. D'ailleurs, votre rapporteur, qui a également extirpé la même glande salivaire en pratiquant une opération extrêmement grave chez un paysan de la Normandie, avait fourni une preuve de la possibilité de cette opération (*V.* le 2e vol. de ma Clin. chir., pag. 91.), et il aura l'honneur de lui communiquer un mémoire sur une maladie analogue qui avait envahi les glandes lymphatique du côté gauche du cou et attaqué tout le parenchyme de la glande parotide, qu'il a fallu extirper pour assurer la guérison complète de la maladie. »

Anatomie d'application. — M. Jobert de Lamballe lit un mémoire fort étendu intitulé : Recherches sur la disposition des nerfs de l'utérus, et application de ces connaissances à la physiologie et à la pathologie de cet organe. Nous en donnerons un extrait dans le prochain numéro.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 20 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 62, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

GROSSESSE. DIAGNOSTIC DIFFICILE.

Il est certaines circonstances qui viennent compliquer une grossesse, et qui peuvent embarrasser singulièrement l'accoucheur quand il s'agit de porter un diagnostic. Il y a quelques jours, M. P. Dubois fut appelé par un accoucheur distingué de Paris pour voir une dame dont voici à peu près l'histoire.

Dans les premières années de sa menstruation cette dame avait été très mal réglée ; cependant seize mois avant son mariage, l'écoulement menstruel se fit d'une manière régulière. Vers la fin du mois d'août dernier, il y eut suppression des règles, et cette dame se crut enceinte ; elle pensa sentir les mouvemens de son enfant à l'époque où d'ordinaire, chez les femmes, cette sensation a lieu : elle serait donc enceinte de sept mois environ.

Depuis trois mois les mouvemens du fœtus ne se font plus sentir ; cependant les règles ne sont pas revenues. Il y a quelque temps, son ventre parut prendre un développement, mais d'une manière moins rapide que dans la grossesse. Depuis trois mois aussi, il est survenu un œdème des membres inférieurs, œdème qui s'étend aujourd'hui jusqu'aux parties génitales.

On se demande tout d'abord si cette dame est réellement enceinte ; et, dans la supposition d'une grossesse, si elle est enceinte de sept mois. L'accoucheur de cette dame et M. P. Dubois pensent qu'il y a grossesse, sans se prononcer sur l'époque. L'utérus est un peu développé ; il remonte au-dessus du pubis ; le col aussi a subi quelques modifications, mais qui ne sont pas très évidentes. Le développement du ventre est plus considérable que l'utérus ne le comporte, ce qu'il faut attribuer à un peu d'eau épanchée dans la cavité abdominale.

Dans ce cas, il y a évidemment grossesse ; mais serait-ce une grossesse de quatre mois survenue pendant un retard, ou bien cette dame serait-elle réellement enceinte de sept mois, et l'enfant mort depuis quelque temps? Il faut choisir entre ces deux opinions. « Eh bien, dit le professeur, je m'arrête à cette dernière, car il est rare de voir une grossesse survenir dans un retard des règles, quoique cependant cela s'observe quelquefois. » En effet, une femme s'est présentée dans cette condition dans les salles de la Clinique.

Il est donc probable que cette dame, qui était bien réglée avant son mariage, est devenue enceinte, et que son enfant est mort. La cessation des mouvemens du fœtus que cette dame avait ressentis, l'accumulation d'eau dans la cavité du péritoine, l'œdème des membres inférieurs, le développement de l'utérus, qui n'est point en rapport avec l'époque présumée de la grossesse, toutes ces raisons appuient cette manière de voir ; il faut attendre que des efforts spontanés venant à débarrasser l'utérus, il n'y ait plus de doute à cet égard.

M. P. Dubois a déjà cité dans ses leçons un cas semblable : Une dame anglaise, toujours bien réglée jusque-là, éprouva une suppression de règles quelque temps après son mariage ; elle était alors en voyage. Cette dame présenta tous les signes rationnels de la grossesse, qui se manifestaient chez elle après quelques indispositions. Arrivée au septième mois, elle vint à Paris consulter M. P. Dubois, qui l'examina et reconnut un corps mobile dans la cavité utérine, qui pouvait présenter le volume d'un fœtus de trois à quatre mois. Mais comme cette dame assurait que, si elle était enceinte, elle ne pouvait l'être que de sept mois, M. Dubois craignit alors quelqu'affection utérine grave.

Cependant bientôt des contractions se manifestèrent, et provoquèrent l'expulsion d'un enfant mort. Les cas de ce genre sont curieux, et doivent toujours être présens à l'esprit ; car on pourrait s'en laisser imposer par les dénégations de la femme.

CÉPHALOEMATOME.

Au n° 14 est une femme accouchée depuis long-temps d'un enfant atteint de céphalœmatome, et qu'elle nourrit. Cette affection, sans être commune, se rencontre encore quelquefois. Il est arrivé, dans cette circonstance, ce qui arrive dans bien des cas de ce genre, que cette maladie n'a pas été reconnue à la naissance, mais seulement quelques jours après. La tumeur qui la constitue, peu apparente dans les premiers jours, a été en augmentant de volume jusqu'au dixième jour où elle a cessé de s'accroître, et est restée stationnaire ; ses dimensions alors étaient assez considérables pour qu'on pût croire à la nécessité d'une opération. Cependant ce ne fut point le parti que prit M. Dubois, car ce moyen est loin d'être exempt de danger ; il aima mieux mettre en usage les résolutifs, quitte plus tard, en cas d'insuccès par ce moyen, à recourir à un autre. Il fit donc appliquer sur la tumeur des compresses imprégnées de vin chaud, dans lequel on avait préalablement fait infuser des roses de Provins ; et ce moyen ne suffisant pas, il fit ajouter au bout de quelque temps, à cette infusion vineuse, un peu d'eau-de-vie camphrée.

On a publié un cas dans lequel l'odeur du camphre avait été tellement nuisible à une nourrice, qu'elle avait déterminé la suppression de la sécrétion du lait. Le souvenir de cette observation fit craindre à M. Dubois de pareils accidens chez la mère de cet enfant ; mais rien de semblable n'a eu lieu.

Sous l'influence de cette médication, l'on a vu diminuer graduellement le volume de la tumeur, et en même temps celle-ci semblait se recouvrir à sa surface d'une lame mince flexible, présentant une certaine consistance, comme métallique, cédant au doigt, et revenant sur elle-même aussitôt qu'on cessait de la comprimer. Aujourd'hui la consistance de cette lame est plus solide ; elle est probablement constituée par le péricrâne, car l'épanchement sanguin qui constitue la tumeur dont il est ici question se fait ordinairement entre le tissu de l'os et son périoste.

A mesure que le volume de cette tumeur décroîtra, le péricrâne prendra plus de solidité, et par la suite il conservera en ce point une épaisseur plus considérable qu'en aucune autre partie du crâne. Si, au lieu de ce traitement, M. Dubois avait suivi les conseils donnés par la plupart des chirurgiens, s'il avait pratiqué une ponction dans cette tumeur, il en serait sorti du sang grumeleux, noir ; mais, outre que la guérison pourrait bien n'être pas plus avancée qu'elle ne l'est aujourd'hui, cette opération, assez souvent simple, donne lieu dans quelques circonstances, à des accidens que l'on évite sûrement par le premier mode de traitement.

PÉRITONITE PUERPÉRALE.

La femme que M. P. Dubois a été appelé à voir en ville, qui était atteinte d'une péritonite puerpérale des plus graves, chez laquelle une ponction pratiquée à la partie supérieure de la cuisse gauche, donna lieu à l'écoulement d'une énorme quantité de pus, et dont il a été question dans le numéro du samedi, 10 avril. Cette femme est aujourd'hui guérie. Le foyer s'est vidé peu à peu ; la fièvre, qui avait été très intense dans les jours qui suivirent la ponction, diminua, et finit par cesser complètement.

Ce résultat, il faut, sans doute l'attribuer aux adhérences qui circonscrivaient la collection purulente, et qui empêchait ainsi le pus de se répandre dans tout le péritoine.

L'épidémie de fièvre puerpérale qui règne en ville depuis déjà quelque temps et qui, jusqu'à ces jours derniers, n'avait point troublé l'état sanitaire de la Maternité et de la Clinique d'accouchement, vient de sévir de la manière la plus terrible dans la première de ces deux maisons. L'on a compté six femmes mortes à la suite des couches dans un très court espace de temps. Quelques-unes ont succombé avec une rapidité vraiment effrayante : prises le matin des premiers accidens, elles avaient cessé de vivre avant la fin du jour. Ce n'est pas là un état inflammatoire, c'est un véritable typhus. Dans les salles de la Clinique on a été assez heureux ; rien de semblable n'est encore arrivé jusqu'à ce jour. L'épidémie y exercera-t-elle plus tard ses ravages? C'est ce qu'il est impossible de prévoir. Il y a bien des accidens inflammatoires du côté du ventre chez quelques femmes, mais ils ne revêtent pas le caractère terrible qu'ils ont à la Maternité. Ainsi au dernier lit des salles est une femme qui présente une

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES.

Par M. Marchal (de Calvi). (1).

Nous avons assisté, depuis quelques années, à plusieurs réductions de luxations, pratiquées par M. Sédillot, à l'aide de son appareil, et nous avons été tellement satisfait des résultats obtenus, qu'il nous a paru utile de faire connaître les moyens employés par ce professeur.

M. Sédillot a appliqué pour la première fois sa méthode de réduction, en 1832, dans un cas devenu célèbre. Il s'agissait d'une luxation du bras en arrière, datant de plus d'une année. Le malade, M. Gautherot, serrurier mécanicien, avait consulté tous les chirurgiens de Paris, et notamment Dupuytren, qui n'avait pas reconnu la luxation. Cette circonstance exerça, il faut le dire, une influence fâcheuse sur la destinée académique de la méthode de M. Sédillot. En effet, la luxation réduite, cet habile chirurgien en fit le sujet d'un mémoire qu'il lut à l'Institut ; Dupuytren fut nommé rapporteur de la commission chargée d'examiner ce travail, et celui-ci resta dans les cartons de l'illustre académicien.

Là ne devaient point se borner les vicissitudes académiques de M. Sédillot. Deux nouveaux mémoires lus par lui, l'un à l'Institut, l'autre à l'Académie royale de médecine, n'obtinrent pas non plus de rapport. Elève du Val-de-Grâce, où nous avons suivi pendant trois ans les leçons de M. Sédillot, c'est là que nous avons puisé ces renseignemens. Si nous les reproduisons aujourd'hui, ce n'est pas certainement dans un intérêt individuel. Il y a des cas où l'intérêt d'une seule personne se confond avec l'intérêt général. Il importe en effet à tous ceux qui s'adressent aux Académies, que le jugement qu'ils recherchent ne leur fasse pas défaut. Sans doute, les mémoires lus ou adressés sont nombreux, et le temps des savans auxquels échoit la tâche de les examiner est précieux. Mais d'une part, il suffit de quelques mots pour rendre compte des travaux médiocres, de sorte qu'il peut rester assez de temps pour apprécier ceux qui ont de l'importance, et, de l'autre, l'honneur de siéger dans une académie entraîne, comme nécessaire conséquence, l'obligation d'expédier assidument les affaires de la science. Aujourd'hui il n'y a plus d'honneurs qui n'impliquent des devoirs. Nous espérons que le lecteur nous pardonnera cette digression, et que l'on voudra bien y voir, non pas l'expression d'un blâme, car nous faisons profession de respect pour toute autorité, scientifique ou autre, mais le désir d'une parfaite administration de la justice académique.

Avant les travaux de M. Sédillot, l'opinion générale, en France du moins, attachait aux machines de réduction des luxations une idée de violence de laquelle découlait nécessairement la crainte d'accidens majeurs. Aujourd'hui il nous semble prouvé que les moufles, tels que les emploie M. Sédillot, sont, au contraire les moyens de réduction les plus doux, les plus réguliers et les moins dangereux que l'on puisse mettre en usage.

Nous ne parlons ici, bien entendu, que des cas dans lesquels les mains seules appliquées au membre luxé, n'ont pu le remettre en place. C'est là, en effet, la première indication, la première tentative à faire ; il faut d'abord essayer les moyens les plus simples. S'ils ne réussissent pas, le chirurgien a le choix entre l'appareil de M. Sédillot et la méthode ordinaire de réduction. En quoi consiste cette dernière? On applique un lacs extensif au membre déplacé, et l'on confie ce lacs à un nombre plus ou moins considérable d'aides. Il n'est personne de nous qui n'ait vu, dans nos hôpitaux, réduire ainsi des luxations avec le concours de six et quelquefois de huit personnes. Cette pratique a de notables inconvéniens ; quels sont-ils? Le premier consiste en ce que les aides ne peuvent pas tirer avec une force uniforme pendant toute la durée de la réduction ; ils se fatiguent, et bientôt, après des tractions puissantes, il n'exercent plus que des efforts médiocres ou même presque nuls, jusqu'à ce qu'avertis par le chirurgien qui les dirige, ils tirent de nouveau avec leur première énergie. De là des saccades violentes, au moyen desquelles il arrive bien quelquefois que l'on surmonte la résistance des muscles, mais qui, le plus souvent (outre les accidens qu'elles peuvent produire et dont il va être question), y ajoutent au contraire, et rendent toute réduction impossible, en déterminant la subite contraction de ces organes.

Le second inconvénient de la réduction au moyen des aides, est que la force employée peut et doit s'élever à un degré dangereux. En effet, d'après une évaluation de M. Sédillot, chaque aide peut tirer, non pas d'une manière continue (puisque nous avons vu que cela est impossible, et que l'aide le plus vigoureux ne pourrait exercer une traction uniformément énergique seulement pendant quelques minutes), mais subitement, avec une force égale à 150 kilogrammes, Diminuons un tiers de cette force pour ne pas être taxé d'exagération, il restera admis que la traction de chaque aide peut s'élever à 100 kil. ; supposons maintenant, non pas qu'il y ait huit aides, mais six seulement, nous aurons, à un moment donné, au signal du chirurgien qui préside à la manœuvre, une traction égale à 600 kil. Or, une force de 1200 livres est vraiment considérable, effrayante même, et l'on conçoit parfaitement que, par cette méthode de réduction, les muscles de l'épaule, de la cuisse ou du coude aient pu être arrachés, que la peau ait été dilacérée, que les nerfs du plexus brachial aient été détachés de la moelle épinière ; enfin, qu'à proprement parler, des malades aient été tués dans l'espace de quelques minutes. Voilà comment le principal reproche qui ait été adressé aux machines de réduction des luxations, celui de déployer une force capable de déterminer de très graves accidens, retombe en entier sur la méthode de réduction au moyen des aides. L'emploi des aides le mérite-t-il véritablement? C'est ce que nous verrons plus loin.

Un troisième inconvénient est de mettre en usage une force que l'on ne peut ni graduer, ni connaître exactement, de sorte que l'on agit en aveugle.

Enfin, un dernier inconvénient consiste dans le nombre même des aides que l'on est obligé d'employer. D'abord il faut avoir ces aides, ce qui, à la vérité, n'est pas difficile ordinairement ; ensuite, il faut leur trouver une place assez vaste pour qu'ils puissent agir commodément. Le nombre des aides n'est sans doute pas un inconvénient très grave, et nous sommes loin de le donner comme tel ; mais il mérite d'être pris en considération.

Voyons maintenant si l'emploi des machines ou appareils spéciaux de réduction des luxations offre des inconvéniens comparables à ceux qui viennent d'être énumérés. D'abord il est bien évident, que les machines ne se fatiguent pas, d'où il suit qu'elles peuvent agir avec une force régulièrement progressive ou persistante, par conséquent, sans produire de saccades. Les muscles ne sont pas *surpris*, ils sont *fatigués* et se rendent par lassitude. Nous aurons à revenir sur cette importante différence. Dans ce que nous disons des machines, nous avons particulièrement en vue les moufles.

Un autre inconvénient que nous ne retrouvons pas dans les machines est celui que nous avons vu consister dans la multiplicité des aides.

Nous devons, à présent, nous demander si les machines sont capables, comme on l'a dit, de développer une force excessive,

(1) Annales de la chirurgie française et étrangère.

métro-péritonite puerpérale. Les accidens inflammatoires étaient chez elle très manifestes, et, malgré les antiphlogistiques, ils sont restés les mêmes. Il n'en est pas de cette femme comme de beaucoup d'autres, chez lesquelles les accidens abdominaux ne sont que passagers, n'existent qu'un moment, et cependant les symptômes fébriles continuent ; ces malheureuses ne tardent pas à succomber, et à l'autopsie rien, le plus souvent, du côté de la cavité abdominale ne peut expliquer la mort. Ce qui démontre qu'il y a là autre chose que des accidens inflammatoires et dont le scalpel ne peut révéler l'existence.

Au n° 2 est une femme accouchée de lundi dernier, 5 avril, et qui fut prise, dans la nuit du 6 au 7, de frissons, puis de douleurs de l'abdomen vers la partie latérale et inférieure gauche ; la sensibilité dans cette région n'est pas en rapport avec la douleur que la malade ressent. Ce n'est pas là une fièvre puerpérale proprement dite ; les accidens que l'on observe dépendent, suivant toutes les probabilités, d'une inflammation de l'ovaire gauche, affection qui cèdera, il faut l'espérer, à une ou deux applications de sangsues ou à une saignée peu copieuse.

Bien que l'épidémie de fièvres puerpérales semble devoir épargner les salles de la Clinique, cependant si elle ne sévit pas dans cet hôpital comme à la Maternité, elle ne laisse pas que d'y exercer une certaine influence et d'y faire ressentir ses effets. Ainsi l'on observe chez quelques femmes des désordres qui se manifestent par un peu de malaise et de la fièvre, sans qu'il survienne d'altérations locales, et surtout sans que l'économie en paraisse profondément troublée.

La femme couchée au n° 5, se trouve dans ce cas. Aussitôt après son accouchement elle fut prise de frissons ; mais cette circonstance est trop commune pour qu'on y attachât quelque importance. Cependant il survint un peu de fièvre qui persista assez long-temps. Comme la langue était saburrale, on lui fit prendre une certaine dose d'ipécacuanha qui amena quelques vomissemens, et aujourd'hui cette femme est beaucoup mieux et dans un état très satisfaisant.

ACCOUCHEMENT. APPLICATION DU FORCEPS.

Le 26 avril, M. le professeur Dubois a terminé un accouchement par l'application du forceps chez une femme qui avait eu déjà sept à huit enfans et chez laquelle chacun des accouchemens précédens avait été heureux et facile. Cette fois le travail s'est signalé par quelques circonstances particulières. Le 25, cette femme se trouvant dans l'office, fut prise tout à coup, sans éprouver aucunes douleurs, d'une perte d'eau assez abondante. Portée immédiatement dans la salle d'accouchement, elle fut examinée par M. P. Dubois. Le toucher permit au professeur de reconnaître la tête du fœtus, mais tellement élevée qu'il lui fallut introduire le doigt jusque dans la cavité de l'utérus pour la sentir. La tête ne reposait donc point sur le segment inférieur de l'utérus, circonstance que ne pouvait expliquer la présence d'une grande quantité d'eau amniotique dans cet organe, puisque la voie était perméable, M. P. Dubois pensa qu'il pourrait bien exister une double grossesse.

Cependant l'écoulement des eaux de l'amnios continuait sans que les douleurs se manifestassent. Dans une semblable occurrence, que fallait-il faire ? attendre ; c'est ce que fit le professeur. Dans la nuit du 25 au 26, la rétraction de l'utérus succéda bientôt à la perte d'eau qui durait déjà depuis un temps assez long ; alors seulement commença le véritable travail : la tête se présenta au détroit supérieur, mais ne s'engagea que fort peu dans le petit bassin, et les choses en sont restées là ; la tête a complètement cessé de s'engager sans qu'aucun obstacle empêchât la progression. Ceci vient confirmer ce que disait M. P. Dubois dans une précédente séance, à savoir que souvent dans le cours d'un accouchement l'on voyait le travail se ralentir ou même cesser complètement sans cause appréciable. Ici en supposant une position occipito-postérieure, ce qu'il était difficile de dire, cette raison ne pouvait expliquer un semblable retard dans le travail de la parturition.

Le 26, vers dix heures du matin, les choses étant toujours dans le même état, M. P. Dubois, dans l'intérêt de la mère, fatiguée par des douleurs infructueuses, et dans celui de l'enfant dont l'existence pouvait se trouver compromise par un travail aussi long, crut devoir terminer l'accouchement par le forceps ; d'autres raisons le portaient encore à prendre ce parti : la tête du fœtus comprimait l'urètre au point de rendre impossible l'introduction d'un cathéter, et l'oreille appliquée sur l'abdomen ne percevait que d'une manière obscure le bruit de double battement.

Le toucher faisant reconnaître une position occipito-postérieure droite, l'application des branches du forceps fut faite assez facilement. Quelques mouvemens de traction furent à peine opérés, que les forces expulsives entrèrent immédiatement en jeu ; la tête opéra son mouvement de rotation dans les branches du forceps qui avaient été relachées, et quelques instans après elle avait franchi la vulve.

L'enfant naquit avec quelques symptômes d'asphyxie que l'on fit disparaître en laissant saigner quelques instans le cordon ombilical. La tête de l'enfant était très volumineuse, mais il n'est pas probable que ce fut là la cause du retard survenu dans le travail, attendu que les diamètres du bassin se trouvaient en rapport avec le volume de la tête.

Il y avait autour du col plusieurs circonvolutions formées par le cordon ombilical, circonstance qui pouvait singulièrement compliquer l'accouchement. Enfin l'enfant était très volumineux, ce qui n'est pas ordinaire quand l'utérus contient, comme ici, une grande quantité d'eau.

APOPLEXIE PLACENTAIRE. RÉCIDIVE.

Il y a quelque temps, M. Dubois entretint ses auditeurs des apoplexies du placenta, et à cette occasion, il citait une dame de sa clientelle qui accoucha à huit mois et demi d'un enfant beaucoup plus délicat que son séjour dans l'utérus pouvait le faire espérer, et chez laquelle le placenta présentait plusieurs apoplexies par quelques points indurés. Cette dame, redevenue enceinte, fut soumise à un régime tout particulier, et de temps en temps de petites émissions sanguines lui furent pratiquées ; l'on espérait à l'aide de ces moyens arriver à un résultat meilleur.

Nonobstant cette précaution, cette dame est encore accouchée prématurément ; et ce n'était pas sans inquiétudes, car depuis plusieurs jours elle ne sentait plus les mouvemens de son enfant ; cependant l'oreille appliquée sur l'abdomen permit de constater les battemens du fœtus ; mais ils étaient pleins, faibles et plus fréquens que dans les conditions ordinaires. La rupture des membranes laissa écouler une eau verdâtre, circonstance qui fit soupçonner à M. Dubois l'état de souffrance dans lequel se trouvait l'enfant.

Cependant celui-ci naquit assez vivace ; mais le placenta présentait la même altération que dans l'accouchement précédent, seulement elle était moins étendue ; au lieu de larges plaques comme dans la première grossesse, c'étaient de petits foyers sanguins disséminés. Dans plusieurs points le placenta offrait une infiltration sanguine telle qu'il suffisait de l'inciser pour qu'il s'en écoulât du sang en nappe et en assez grande quantité, comme il s'en écoulerait de la rate si on l'incisait. Il y avait plusieurs noyaux indurés qui avaient succédé à autant de petites apoplexies.

On pouvait espérer que l'enfant, assez vivace lors de sa naissance, continuerait de vivre : cependant on vit bientôt sa respiration devenir difficile, la face prendre une couleur violacée, et il succomba au bout de quelques heures. L'autopsie n'a pas été faite. Il est probable que chez cet enfant l'asphyxie tenait à une lésion de l'appareil circulatoire.

Ainsi, l'apoplexie placentaire est une altération qui se reproduit souvent chez les mêmes femmes, et il est probable que c'est à cette cause qu'il faut rapporter les fausses couches qui s'observent dans le commencement de la grossesse ; seulement, au lieu d'occuper le placenta, c'est dans la membrane caduque qu'on les rencontre.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Contusion du flanc droit, et probablement du colon ascendant.

Hier a été reçu, salle Saint-Jean, un ouvrier d'une assez forte constitution, qui a reçu sur le flanc droit la détente d'un levier animé par un mouvement très rapide. Cette région porte le témoignage irrécusable de la violence qu'elle a essuyée ; l'on ne saurait conserver aucun doute à cet égard ; mais il n'en est pas de même des lésions profondes s'il en existe.

Procédant à l'examen des organes, M. Blandin est arrivé, par voie d'exclusion, à établir comme probable la contusion du colon ascendant. La moelle épinière, dit ce praticien, n'a, sans aucun doute, subi un ébranlement sérieux ; car il n'existe point de phénomènes paralytiques. L'émission des urines se fait naturellement ; il n'y a pas de paraplégie. M. Blandin s'est demandé ensuite si le foie, le rein ou l'intestin, n'auraient point été lésés, ou bien si l'action du corps contondant ne se serait pas épuisée sur ces muscles, sur la paroi abdominale, en un mot. La contusion de ces derniers est patente ; mais assurément il y a plus qu'une seule lésion pariétale ; car le malade accuse une douleur abdominale générale, qui ne laisse point de doute sur la lésion d'un organe appartenant à la totalité de l'abdomen. Or, cet organe ne peut être le foie, car, non-seulement la douleur s'étend au-delà de la circonscription de cet organe, mais encore l'hypochondre gauche n'est pas plus douloureux à la pression que les autres points du ventre. Evidemment cette douleur serait augmentée si le foie était lésé ; d'ailleurs, cet organe ne présente aucune augmentation de volume, le teint du malade n'est point ictérique, et il y a eu, jusqu'à présent, absence de nausées et de vomissemens, phénomènes qui caractérisent d'ordinaire les affections hépatiques, traumatiques, surtout à leur début.

Un phénomène qui a principalement attiré notre atten-

---

et si, avec elles, on agit en aveugle, c'est-à-dire dans l'ignorance du degré de puissance que l'on emploie. La réponse varie suivant que nous examinons la question dans ses termes actuels ou que nous reculons de quelques années. Dans ce dernier cas, elle est affirmative. Avant que M. Sédillot se fût occupé de ce sujet, rien n'indiquait le degré de la force mise en action, et cette force pouvait s'élever d'une manière indéterminée, jusqu'au point de produire des accidens. Faisons remarquer, que ces deux inconvéniens, celui qui consiste dans l'ignorance de la force employée et celui qui consiste dans l'excès possible et dangereux de cette force, se lient intimement et se confondent. En effet, dès que l'on ignore le degré de puissance que l'on applique, cette puissance peut dépasser les bornes. Ainsi, au point de vue rétrospectif, il est vrai que les machines sont des forces aveugles et capables d'aller au-delà du but.

Mais si nous prenons la question dans l'état où elle se trouve aujourd'hui, la réponse change et devient tout-à-fait favorable à l'emploi des machines. A quoi cela tient-il ? Comment dans l'espace de quelques années, la question s'est-elle ainsi modifiée ? Cela tient à une addition fort importante qui a été faite aux appareils. La question s'est ainsi modifiée depuis que M. Sédillot a adapté le dynamomètre aux moufles. Guidé par ce précieux instrument, le chirurgien sait toujours quel est le degré de force auquel il est parvenu, et peut, à volonté, augmenter la puissance des tractions ou les maintenir au même point pendant un temps plus ou moins long.

Nous avons déjà dit qu'au moyen des moufles on cherchait, non pas à éviter, à éluder la résistance des muscles, non pas à triompher d'eux par une sorte de surprise et de violence, mais à les lasser et à les vaincre ainsi par lassitude.

Nous ne prétendons pas qu'au moyen des moufles et du dynamomètre, on ne puisse agir autrement que par des tractions lentes et régulièrement progressives ; ce serait une grave erreur. Avec les moufles et le dynamomètre, comme avec les aides, on peut s'élever tout à coup d'une force médiocre à une puissance extrême, et procéder brusquement : cela dépend de l'opérateur. Nous voulons dire seulement qu'au moyen des moufles et du dynamomètre, les tractions maintenues et les tractions régulièrement progressives sont possibles, tandis qu'elles ne le sont pas quand on réduit au moyen de lacs confiés à des aides. C'est seulement depuis l'adaptation du dynamomètre aux moufles, que que l'on est bien sûr de pouvoir maintenir les tractions au même degré pendant un certain temps, ou d'en augmenter la force par une progression régulière. En effet, quand on se sert des moufles eux-mêmes, on voit souvent l'aiguille du dynamomètre descendre, ce qui indique que la force des tractions diminue, alors même que l'aide qui tient le bout de la corde ne cesse de la maintenir de manière à empêcher le moufle de se relâcher ; d'un autre côté, il arrive souvent que l'on tire sur la corde et que l'on croit ainsi augmenter la force des tractions, tandis que le dynamomètre montre que la force reste stationnaire ; ce déchet dans un cas, et dans l'autre l'inefficacité de la traction, s'expliquent, soit parce que la contre-extension cède, soit par un autre motif. Nous reprendrons cette question. Toujours est-il que sans le dynamomètre on ne peut savoir au juste si la traction est réellement maintenue dans un cas et augmentée dans l'autre. Il suit de là que l'adaptation du dynamomètre aux moufles a donné à ces appareils la plénitude de leurs avantages sur la réduction au moyen des aides.

Le principe fondamental de M. Sédillot, celui qu'il s'attache surtout à mettre en relief, c'est que l'on doit agir plutôt par tractions maintenues que par tractions énergiques ; cela revient à dire qu'il faut fatiguer les muscles. Quand on veut bien faire comprendre un point de doctrine important, craindre de tomber dans quelques répétitions serait chose puérile. Que le lecteur réfléchisse bien au principe qui vient d'être posé touchant le maintien des tractions ; il est essentiel. M. Sédillot professe que, grâce à ce principe, il suffira toujours d'une force de 150 à 175 kilogrammes pour réduire une luxation.

Nous ne terminerons pas sur ce point sans présenter quelques remarques au sujet de la manière dont les moufles ont été jugés dans le dernier ouvrage où la question ait été envisagée : le Traité de pathologie externe et de médecine opératoire de M. Vidal. Ces remarques d'ailleurs prouveront que si les rédacteurs de ce journal sont unis par un même amour du bien de la science, et par les mêmes idées sur la moralité de l'art, ils n'en gardent pas moins vis-à-vis l'un de l'autre une complète indépendance. D'un autre côté, l'examen auquel nous allons nous livrer est justifié par l'importance même de l'ouvrage de M. Vidal, si favorablement accueilli par les chirurgiens, et destiné à guider dans l'étude de notre art la génération médicale qui s'élève. « M. Sédillot dit expressément qu'il ne conseille le moufle que dans les cas de réduction difficile, *lorsqu'il faut employer beaucoup de force.* » Ces derniers mots sont soulignés par M. Vidal, avec l'intention manifeste d'appeler l'attention du lecteur sur la force excessive que l'on peut mettre en usage au moyen des moufles. Mais nous avons vu plus haut que M. Sédillot ne s'élève jamais à une force au dessus de 150 ou 175 kilogrammes, tandis que la force à laquelle peuvent être portées les tractions, quand on se sert de lacs, est triple ou même quadruple.

« Quant à moi, je pense, continue M. Vidal, que les reproches adressés au moufle ne sont pas toujours justes ; je pense qu'entre des mains prudentes et avec le dynamomètre, il sera moins dangereux ; mais comme avec lui le chirurgien possède une puissance à laquelle rien, pour ainsi dire, ne pourra résister, il se livrera à des entreprises hardies, dangereuses pour le malade, et qui peuvent compromettre notre art. »

Mais on ne peut pas juger d'un moyen par le plus ou moins de prudence avec lequel il sera employé. Les moyens ne répondent pas du chirurgien. Il y a dans la pharmaceutique une foule de substances qui, mal administrées, peuvent occasionner les accidens les plus graves et la mort, il ne s'ensuit pas qu'il faille les rejeter du domaine de la matière médicale. L'homme de l'art doit être instruit et prudent ; il ne faut pas plus supposer qu'il peut abuser des moufles que l'on ne doit supposer qu'il administrera un gramme au lieu d'un grain d'extrait gommeux d'opium. Il pourrait certainement arracher les muscles de son malade, et, pour ainsi dire, l'estrapader, comme il pourrait l'empoisonner ; mais on ne serait pas plus fondé, dans un cas, à accuser le moufle, que l'on ne serait fondé, dans l'autre, à accuser le narcotique. Ayant le dynamomètre sous les yeux, le chirurgien sait toujours quel est le degré de force qu'il emploie ; c'est à lui de modérer les tractions quand elles peuvent excéder les limites raisonnables. S'il ne s'arrête pas, c'est qu'il est téméraire ou ignorant, et dans les deux cas, c'est lui, non le moyen employé, qui doit porter la peine du résultat produit, si le résultat est fâcheux. Ainsi il ne faut pas dire seulement, par une concession qui n'en est pas une, que le moufle, avec l'addition du dynamomètre, est *moins dangereux* ; il faut dire qu'il n'est pas dangereux, puisque le danger qui peut y être attaché est tout à fait dépendant du chirurgien. Quant à l'assertion d'après laquelle les moufles auraient une force à laquelle rien, pour ainsi dire, ne pourrait résister, elle est en contradiction avec ce fait que des luxations elles-mêmes ont pu y résister, les moufles ayant été impuissans à les réduire. Au reste, M. Vidal s'était fait sans doute quelques-unes de ces observations, car il ajoute : « Je sais bien qu'avec ce principe on pourrait aller jusqu'à conseiller le désarmement de la chirurgie ; car avec un bistouri un chirurgien imprudent peut faire beaucoup plus de mal qu'avec des moufles. Mais en ne for-

tion, c'est le météorisme qui existe, et qui traduit l'existence d'une quantité assez notable de gaz dans l'intérieur de l'intestin. Ce phénomène mérite, en effet, une grande attention; car une propriété qui appartient au canal intestinal lorsqu'il a été lésé, est de donner lieu à la sécrétion d'une quantité plus ou moins grande de fluides aériformes. Or, si nous rapprochons cette circonstance de cette autre, qui consiste dans la connaissance à peu près exacte du lieu qui a eu à supporter la violence du levier, nous serons amené à nous demander si ce ne serait pas le colon ascendant qui aurait été lésé, et quel peut être le degré d'intensité de son altération. Le malade, depuis qu'il est à l'hôpital, n'a pas encore rendu de matières fécales, dont nous ignorons, par conséquent, les caractères. Ce matin nous avons prescrit un lavement laxatif, qui provoquera probablement des évacuations, et l'on aura soin de s'assurer si les selles ne contiennent point de sang. Si cette circonstance venait à se présenter, il ne serait presque plus permis alors de conserver aucun doute concernant la lésion intestinale soupçonnée. Disons cependant que l'absence même de ce caractère serait loin d'infirmer nos doutes relativement à la lésion du colon ascendant. En résumé, la lésion du colon ascendant nous paraît presqu'incontestable.

Le rein droit aurait-il été lésé? C'est encore un point difficile à déterminer d'une manière exacte. Et d'abord, le malade n'a pas pu bien spécifier exactement s'il avait reçu le coup à la région abdominale antérieure ou postérieure : tout nous porte à présumer que la violence s'est exercée en avant. Or, il est difficile d'admettre qu'eu égard à la profondeur à laquelle il se trouve placé, le rein droit ait pu être assez sérieusement contus. Quoique le fait ne soit pas impossible, il réunit néanmoins en sa faveur peu de probabilités. Notre croyance négative à ce sujet prend un surcroît de consistance dans l'absence complete des urines sanguinolentes; d'où il résulte au moins que si la lésion rénale existe, elle est fort peu grave. Ajoutons que l'expulsion des urines se fait sans douleur et sans aucune difficulté. Enfin, aucune douleur ne se fait sentir sur le trajet du cordon testiculaire, et l'on ne remarque pas non plus la rétraction du testicule, que les auteurs ont assignée aux lésions traumatiques et aiguës du rein, et que nous-même avons plusieurs fois constatées.

Le traitement sera, dans ce cas, en rapport avec le diagnostic que nous venons d'établir. Sur le flanc droit, des applications résolutives; la diète, des boissons adoucissantes et une saignée prophylactique, voilà les principales indications que nous ayons à remplir quant à présent.

S'il est permis de raisonner un instant sur des lésions cachées, et dont l'existence ne peut, par cela même, qu'être présumée, nous dirons que l'analogie entre ce fait et d'autres de même nature déjà observés, et dont l'issue funeste a permis de constater les lésions anatomiques, nous permet d'établir quelques données à cet égard. Probablement la poitrine est soulevée, sur quelques points, par des épanchemens sanguins, d'étendue variable, et présentant une couleur violacée. Le docteur Scoutteten a déjà noté que cette couleur noirâtre qu'affecte cette sorte d'épanchemens, persiste avec une très grande opiniâtreté pendant un temps très long. Le dernier terme de leur existence peut être reculé à des mois, à des années même : ces assertions de M. Scoutteten reposent d'ailleurs sur des observations nécroscopiques.

Les observations de ce praticien habile viennent d'ailleurs en confirmation de celles que Pelletan avait consignées dans sa clinique. Nous pouvons ajouter que nous avons observé nous-même un fait de même nature. Il s'agit d'un homme ayant survécu trois mois à l'accident qui avait donné naissance à l'épanchement sous-péritonéal; nous trouvâmes le péritoine noir comme s'il était récemment ecchymosé.

Pour ce qui concerne la marche des choses chez notre malade, nous avons porté un pronostic grave, par cela seul que le degré de lésion intestinale ne peut être déterminé. En pareil cas, en effet, la contusion peut aller jusqu'à la gangrène; et alors, quand l'élimination de l'escharre s'effectue, il en résulte un épanchement presqu'inévitablement mortel s'il s'effectue dans le péritoine, et toujours grave si, par une circonstance moins défavorable, la perforation de l'intestin s'effectuait sur un point de son étendue dépourvue de mésentère. Mais dans ce cas également, si les matières épanchées ne rentraient point dans l'intestin, le malade resterait exposé à la formation d'un abcès stercoral et de tous les inconvéniens qui en résultent. La gangrène de l'intestin, par suite de sa contusion, n'est pas un fait excessivement rare. Pour notre propre compte, nous avons vu un homme ayant reçu un coup de pied de cheval dans le flanc gauche, dont il paraissait bien guéri au bout de douze jours; alors il fut pris tout à coup, au milieu de la journée, de nausées, de vomissemens, et bientôt de symptômes de péritonite les plus formidables; la mort arriva avec une promptitude remarquable. A l'autopsie, nous rencontrâmes une perforation de l'S romain, arrivée par suite de la chute d'une eschare gangréneuse, résultat inévitable de la violence que l'intestin avait essuyée.

Il ne faudrait donc pas s'abandonner à une complète sécurité, si chez notre malade une prompte amélioration venait à se manifester. Nous ne serons assurés que tout danger aura désormais disparu qu'autant que le temps nécessaire à la chute de l'eschare sera passé sans qu'il survienne de nouveaux accidens.

Abcès de la paroi abdominale antérieure ayant fusé dans le scrotum.

A côté du précédent malade est couché un jeune homme qui est à Paris depuis dix jours seulement et qui ne nous a pas fourni de renseignemens suffisans sur l'origine de sa maladie. Ce jeune homme, contrairement à notre croyance, s'obstine à soutenir que ce n'est pas pour chercher les soins que nécessite sa maladie, qu'il s'est rendu à Paris. Son affection consiste dans une collection purulente occupant l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure.

Le malade présente toutes les apparences d'une constitution faible, détériorée. Il est pâle, exténué. Depuis quelque temps, nous a-t-il dit, il avait des furoncles. Il présente de remarquable, d'une part une tumeur abdominale superficielle, manifestement fluctuante, que vous nous avez vu ouvrir ce matin, et qui était représentée par une accumulation de pus; d'autre part, une plaie à la région scrotale, résultant de la chute d'une eschare gangréneuse dont nous avons facilité ce matin la séparation, eschare qui intéressait l'épaisseur du scrotum et du tissu cellulaire sous-cutané.

En résumé, solution de continuité avec suppuration, à la région scrotale; tumeur abdominale n'appartenant ni à la vessie, ni à l'épiploon, et représentée par une collection purulente.

Nous avions donc affaire à un abcès sous-cutané de la paroi abdominale antérieure; le fait était trop patent pour conserver aucun doute sur sa nature. Mais un point plus difficile à établir était la détermination exacte du lieu où le pus s'était primitivement formé, et les limites appartenant actuellement à l'abcès.

Or, au moyen d'une sonde de femme en argent, nous avons cherché à reconnaître l'existence de quelque ouverture de communication avec des parties plus profondes, et c'est alors que nous sommes arrivés à la partie supérieure du cordon testiculaire qui s'est trouvé en contact avec la sonde; tandis que d'autre part, nous sommes arrivé en dehors vers la fosse iliaque interne, en parcourant les interstices musculaires disséqués par le pus. Aucune communication n'existait d'ailleurs avec la cavité abdominale, et nous pouvons de même vous affirmer que le pus n'est pas arrivé en contact avec le feuillet pariétal du péritoine.

Mais ce n'est pas tout : la matière purulente a fusé en bas vers le scrotum, en suivant le cordon spermatique, dont les élémens se trouvent contenus dans la gaîne fournie par le *fascia transversalis*, mais qui est entièrement disséqué et isolé des parties voisines. Si nous avions pu porter nos yeux jusque sur le testicule lui-même, nous ne doutons pas que nous ne l'eussions également trouvé isolé des enveloppes qui lui sont propres, par la matière purulente. C'est cette fusion du pus vers le scrotum qui a déterminé sur celui-ci la formation d'une eschare gangréneuse.

Cette fusion du pus le long du cordon et descendant jusqu'au scrotum, prouve du reste que l'abcès s'est formé dans l'épaisseur même de la paroi abdominale, qu'il a pris naissance entre les muscles de celle-ci; car s'il était sous-péritonéal, le pus ne serait assurément pas allé se rendre d'emblée au scrotum; de même que si l'abcès avait pris naissance immédiatement au-dessous de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, le pus ne se serait pas porté immédiatement vers les bourses et n'aurait pas pu disséquer le cordon testiculaire.

Nous croyons que la cause de cet abcès réside dans une contusion de la région qui en est le siége; car le pus auquel nous avons procuré une issue était sanguinolent. Nous nous sommes demandé, en outre, si le malade ne présentait pas quelques-uns des symptômes du scorbut. Cet homme est faible, émacié, et tout semble dénoter chez lui des privations, des souffrances prolongées; circonstances bien propres à développer le scorbut de terre. Ajoutons que les abcès sanguinolens ne sont pas rares chez les sujets scorbutiques. Il n'y a pas long-temps que nous avons observé un fait de cette nature.

Nous avons soumis cet homme à une médication fortifiante; mais il faudra procéder avec mesure tant dans l'emploi des toniques alimentaires que des toniques médicamenteux, par suite de la détérioration des organes digestifs. Dès que cela nous sera permis, nous aurons recours au sirop de quinquina et aux boissons amères en général.

K.....

çant pas les conséquences (en bonne logique, cependant, on ne peut savoir qu'un principe est inexact qu'en le poussant jusqu'à ses dernières conséquences), on verra qu'il n'est pas toujours prudent d'introduire dans la pratique de la chirurgie des machines qui peuvent être dangereuses, et qui, pour tout résultat, ne guérissent qu'une difformité. » Ici nous sommes encore obligé de protester sérieusement. Une luxation ancienne n'est pas seulement une difformité; une lésion qui entraîne, sinon la perte, du moins la diminution notable des mouvemens d'un membre; une lésion qui détermine à la longue l'atrophie de toute une extrémité; une lésion qui peut mettre un ouvrier dans l'impossibilité de gagner sa vie, n'est pas certes une simple difformité; elle est une infirmité, et une infirmité grave, déplorable, à laquelle le chirurgien est forcé par humanité de chercher à porter remède.

M. Vidal termine en citant un cas dans lequel un malade est mort sous les tractions des aides; mais, ajoute-t-il aussitôt, « mettez des moufles à la disposition des chirurgiens qui ont commis ces excès, et vous verrez ce qui arrivera. » Peut-être trouvera-t-on que nous mettons beaucoup d'insistance dans cette discussion, mais nous pensons que tout ce qui vient d'un homme sérieux mérite d'être examiné attentivement, et s'il y a lieu, récusé avec détails. Il nous semble donc inexact de dire que le chirurgien à qui il sera arrivé une catastrophe en réduisant avec les aides, y sera tout autant, peut être même plus exposé, quand il mettra en usage les moufles et le dynamomètre. Dans le premier cas, il appliquait à un membre une force aveugle, capable de s'élever à un degré extrême; dans le second cas, il emploiera une force dont il pourra à chaque minute apprécier le degré sur le cadran du dynanomètre. Dans le premier cas, un malheur pourra arriver à son insu; dans le second, pour que le malheur arrive, il faudra que le chirurgien le veuille.

On se trompe souvent quand on veut engager l'avenir. Sans doute pour trouver qu'un moyen est défectueux, il ne faut pas attendre qu'il ait produit les résultats fâcheux qu'il était aisé de prévoir. La mission de l'écrivain, qu'il soit didactique ou critique, est, quand l'occasion s'en présente, de se prononcer d'avance, et de dire à ceux auxquels il s'adresse : vous n'emploierez pas tel moyen, attendu qu'évidemment il produirait de mauvais effets. Mais pour s'exprimer ainsi, il faut qu'il parle au nom de l'évidence; il faut que le moyen dont il s'agit n'ait pas le succès en sa faveur, ou qu'ayant réussi dans quelques cas, il ait déterminé des accidens dans quelques autres. Hors de ces conditions, nul n'est autorisé à s'armer de l'avenir contre lui.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 18 mai.

La correspondance imprimée comprend un ouvrage de MM. Burdin jeune et Dubois (d'Amiens) intitulé : Histoire académique du magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour (1).

Nous rendrons prochainement compte de cette piquante publication, qu'on peut regarder à la fois comme le répertoire le plus exact et le plus complet de la science de Mesmer, et le préservatif le plus efficace de la contagion magnétique. L'ouvrage est dédié à M. le professeur Gerdy, avec cette inscription : *Justum ac tenacem propositi virum.*

Mémoires de l'Académie. — *M. Bousquet* propose, au nom du comité de publication, l'insertion des mémoires suivans dans le prochain volume des actes de l'Académie.

1° Travail de M. Jobert sur la ligature de l'artère carotide.
2° Observation sur le même sujet, par M. Colson de Noyon.
3° Sur la ligature de l'iliaque primitive, par M. Deguise.
4° Sur différens sujets d'empoisonnement, par M. Orfila.
5° Sur la pendaison, par le même.
6° Mémoire de MM. Cerise et Brierre de Boismont.
7° Mémoire de M. Pravaz sur l'usage thérapeutique de l'air comprimé.
8° L'important travail de M. Foville sur l'encéphale.

Réclamation réglementaire. — *M. Rochoux* se plaint d'un déni de justice que le comité de publication aurait commis à son préjudice. Lorsque j'ai fait, dit-il, un rapport sur un travail de M. Picard, relatif au principe organisateur des êtres de la nature, on a discuté la question de savoir si ce rapport serait publié; la majorité s'est prononcée pour la publication dans le Bulletin. Malgré cette décision, le comité de publication a supprimé mon rapport, aucune insertion n'ayant été faite. C'est une double infraction aux usages académiques, qui sont d'insérer indistinctemens tous les rapports, et à une décision spéciale de la compagnie.

M. Mérat. L'Académie ne décide jamais l'impression d'un travail quelconque; elle décide seulement l'envoi du manuscrit au comité de publication, sauf à celui-ci à voir s'il y a ou non convenance d'en faire l'insertion. Le comité de publication est souverain.

M. Rochoux. Il s'agit ici d'une décision prise par l'Académie, qui s'est prononcée pour l'insertion dans le Bulletin. Le comité n'a pas le droit de s'y opposer, puisque d'ailleurs tous les rapports sont imprimés indistinctement, même alors qu'ils n'ont pas été adoptés.

M. Bousquet. L'Académie n'a pas décidé formellement l'impression du rapport; j'ai vu le procès-verbal de la séance, qui n'en dit rien. Le rapport de M. Rochoux est plutôt l'exposé de son système que celui de M. Picard; il est plus long que le mémoire de l'auteur; le comité l'a examiné : il n'a pas cru devoir l'imprimer.

M. Londe. Je demanderai s'il y a un seul exemple, avant celui-ci, de rapport qui n'ait pas été imprimé. Je n'en connais pas.

Nouvelle élection prochaine. — *M. Bouvier* fait un rapport, au nom de la commission choisie parmi les onze sections de l'Acadmie, sur la question de savoir dans quelle section doit porter le remplacement d'un membre, par suite de la mort d'Yvan, Aulaguier et Marc. Après un mûr examen des besoins de chaque section, la commission a été d'avis que le remplacement aurait lieu dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale. En conséquence elle propose à l'Académie de déclarer que la candidature est dès à présent ouverte.

Le rapport a été mis aux voix et adopté.

Vaccinations et revaccinations. — L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Gauthier de Claubry. M. le rapporteur relit les conclusions qui établissent l'ancien crédit de la vaccine et l'inutilité des revaccinations.

M. Castel regarde le vaccin comme un excellent préservatif, mais temporaire. Sans se prononcer explicitement sur les revaccinations, il pense qu'on a tort de vacciner les enfans dans les premiers temps de leur naissance; ordinairement la variole n'atteint pas les enfans avant l'âge de quatre ans.

M. Rochoux parle dans le sens du rapport. Il examine d'abord la question de savoir s'il est vrai que le virus vaccin s'est affaibli ainsi que quelques personnes le prétendent : il la résout négativement. Jusqu'à 1836, le virus était à sa cent trentième génération, et il produisait constamment les mêmes effets. Or, pour peu que le virus se fût affaibli à chaque génération, il ne devrait plus préserver aujourd'hui. M. Rochoux discute ensuite la question de savoir si l'effet préservatif de la vaccine est variable, et il arrive également à une conclusion négative. D'où il déduit que les revaccinations sont inutiles. Il s'attache enfin à faire voir que les expériences qu'on a faites par les revaccinations sont décevantes.

M. Bouillaud n'adopte pas la manière de voir de l'honorable préopinant. M. Rochoux, dit-il, pose en fait ce qui est précisément en question, et met de simples assertions à la place des faits. Or, les faits qui se présentent tous les ans dans nos hôpitaux nous démontrent précisément le contraire : ils nous offrent des cas assez nombreux d'individus variolés qui avaient été parfaitement vaccinés, et j'ai même en ce moment à ma clinique quatre variolés dont un se trouve dans ces conditions : il offre de belles cicatrices anciennes de vaccine, et pourtant c'est chez

---

(1) Un beau volume grand in-8° de 650 pages. Chez J.-B. Baillière.

lui que la variole est le mieux prononcée et le plus grave. Je m'étonne que la commission ne se soit pas enquise des faits observés dans les hôpitaux de la capitale, et qu'elle n'ait tenu compte que de ceux des provinces, dont nous ne connaissons pas assez l'exactitude. Vous avez nommé une commission parmanente pour être prête à recevoir tous les faits relatifs au magnétisme, et vous négligez d'en faire autant pour la plus importante des questions sociales, celle de la vaccine. Vos documens seront incomplets, de peu de valeur, tant que vous omettrez de tenir compte des faits recueillis dans les cliniques de la capitale, en présence d'un grand nombre d'observateurs, et avec la plus grande exactitude possible.

M. Gerdy déclare qu'il n'a pas l'intention de prendre la parole dans cette discussion; cependant il croit devoir dire un mot dans l'intérêt de la question, que tout le monde ne semble pas avoir bien saisie. Il paraît, dit-il, que des varioles ont été observées en assez grand nombre sur des individus qui avaient été parfaitement vaccinés; il s'agit de savoir par des tableaux statistiques le nombre et l'âge de ces individus, car on ne sait pas encore au juste si la proportion augmente à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de la vaccination, ou si l'on est également sujet à la variole à des époques très rapprochées. Dans le premier cas, si les faits étaient nombreux, on pourrait en déduire que la vertu préservatrice n'est que temporaire, pour un nombre d'années; dans le second, que la vertu préservatrice du virus serait réellement affaiblie. C'est là, ce me semble, que doivent porter les premières recherches avant de venir à la question des revaccinations. La question, comme on le voit, est de la plus haute importance, et beaucoup plus grave qu'on ne le croit.

M. Bousquet combat plusieurs passages du rapport. Il soutient que la varioloïde et la vaccine peuvent marcher ensemble sans s'influencer réciproquement. Dans l'épidémie de Marseille, quatorze individus sont morts sous ses yeux, ayant à la fois de beaux boutons de vaccin et une éruption de varioloïde très confluente.

M. Emery défend le rapport.

M. Double craint que la discussion ne s'engage mal à propos sur la question générale des revaccinations. Cette question reparaîtra en temps et lieu, puisqu'il y a une commission *ad hoc*; il faut donc attendre jusque là pour la discuter. Pour le moment, il ne s'agit que des vaccinations de 1839; les conclusions du rapport ne préjugent rien à la question générale. En conséquence, on ne doit, pour le moment, que se borner à l'examen de ces conclusions; sans quoi on ne s'entendrait plus.

M. Bouillaud adopte la motion de l'honorable préopinant. Il désire, en conséquence, qu'on élague du rapport les propositions générales et absolues qui seraient susceptibles de contestation, et qui se rapportent à la question des revaccinations.

M. Dubois (d'Amiens) trouve les conclusions trop longues, trop abstraites, et elles lui paraissent avoir besoin elles-mêmes d'une nouvelle conclusion. Il appuie par ses propres observations, ce qu'a dit M. Bouillaud relativement aux cas de récidive qu'on observe dans les hôpitaux. Ayant tous les ans le service de clinique de M. Rostan pendant les vacances, il a eu l'occasion de soigner un assez grand nombre de sujets variolés qui avaient été parfaitement vaccinés. Il lui paraît constant que chez beaucoup de sujets la vertu préservatrice de la variole n'est que temporaire. La plupart des chefs de clinique de Paris se sont formés la même opinion. Il s'étonne, en conséquence, que dans son rapport la commission ait omis de s'enquérir des faits observés par les cliniciens les plus habiles de la capitale.

M. le rapporteur répond, qu'aucun document ne lui étant parvenu des hôpitaux de Paris, il ne pouvait connaître les faits dont on vient de parler.

M. Adelon désirerait qu'on eût plus d'égards pour les confrères qui exercent dans les provinces et qui envoient leurs observations à l'Académie. Si ces observations méritent révision, il faut le faire, dit-il, de manière à ne pas les discréditer. Il soutient, au reste, les propositions de M. Rochoux.

M. Husson parle dans le sens du rapport.

Depuis 1800 que je vaccine, je n'ai pas encore été appelé une seule fois pour voir dans les mêmes familles une récidive quelconque. Mes enfans, je les ai vaccinés peu de jours après la naissance; l'un d'eux a été à l'Hôpital de Enfans, au milieu des varioliques; il n'a jamais rien éprouvé. D'après ma longue expérience de quarante-un ans de pratique, le vaccin n'a pas démenti un seul instant sa vertu préservatrice. Les gravures que j'ai fait faire en 1800, représentent d'ailleurs des boutons parfaitement identiques à ceux d'aujourd'hui.

M. Baudelocque fait remarquer que la variole est endémique à l'Hôpital des Enfans, et que souvent il a vu des enfans déjà parfaitement vaccinés gagner la variole.

MM. Moreau, Bégin, Bouvier et *Devilliers* parlent dans le sens de M. Husson et du rapport.

M. Bouillaud ferme la discussion en déclarant que l'opinion que la minorité professe, concernant les récidives, est basée sur des faits positifs, faits que ne peuvent détruire les assertions trop absolues du rapport. Le temps viendra où ce qu'on regarde comme une erreur en ce moment sera une vérité. Le rapport et les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Séance levée.

Recherches sur la disposition des nerfs de l'utérus, et application de ces connaissances à la physiologie et à la pathologie de cet organe.

(Académie des Sciences, séance du 17 mai 1841.)

L'auteur s'efforce de résoudre plusieurs importantes questions d'anatomie, de physiologie et de pathologie. M. Jobert, dans un historique complet, passe en revue tout ce qui a été fait sur ce sujet depuis Galien jusqu'à ce jour; et après avoir cité Willis, Reuss, Daventer, Winslow, Haller, William et John Hunter, Sœmmering, etc., il arrive aux travaux des modernes, mettant à profit les recherches de Cuvier, de MM. Cruveilhier, Blandin, Velpeau, etc., et termine par l'examen de l'ouvrage récemment publié à Londres par M. Robert Lee.

Les opinions les plus différentes ont été professées par ces divers auteurs. C'est ainsi que les uns ont admis la présence des nerfs dans l'uterus; tandis que d'autres, Lobstein, par exemple, nient qu'il s'en rencontre un seul.

Nous devons dire que cette première question est résolue actuellement d'une manière affirmative; mais on est loin d'être d'accord sur la nature et la source des nerfs qui se rendent vers cet organe, sur leur mode de distribution, et enfin sur la réalité des modifications qu'ils seraient sensé subir, soit pendant les diverses périodes de la vie, soit pendant les diverses phases de gestation et de vacuité.

M. Jobert, étayant son opinion à l'aide de nombreuses dissections faites sur des utérus appartenant à des femmes de tous les âges et aux diverses époques de la grossesse, s'appuyant en outre sur des recherches d'anatomie comparée entreprises sur une nombreuse série d'animaux, a été conduit à résoudre d'une manière précise les points les plus controversés de l'histoire de cet organe important.

Ainsi il a établi, entre autres faits remarquables, l'absence totale des nerfs dans le museau de tanche, et par suite l'insensibilité absolue de cette partie de l'utérus; opinion tout à fait contraire à celle d'un grand nombre d'anatomo-physiologistes. De cette donnée, l'auteur déduit des conséquences pratiques pour le traitement des affections graves qui siégent si souvent en ce point. Il démontre, par des observations annexées à son mémoire, que l'on peut, sans déterminer de douleur, en ayant soin de protéger les parties environnantes, se servir du fer rouge pour combattre les diverses ulcérations de mauvaise nature qui résistent le plus souvent à tous les traitemens usités.

M. Jobert a constaté que dans aucune circonstance les nerfs utérins ne subissaient de modifications dans les diverses phases de la vie; il a indiqué les causes qui avaient induit en erreur les anatomistes qui admettaient que pendant la grossesse les nerfs de l'utérus augmentaient de volume; il a fait dessiner des planches représentant les nerfs utérins sur des jeunes filles, sur des femmes âgées, et sur des femmes dont l'utérus était rempli du fruit de la conception, et l'on peut voir que, dans ces diverses circonstances, les nerfs restent constamment dans les mêmes conditions physiques.

L'auteur, après avoir rapporté six observations de diverses affections du col de l'utérus, termine en indiquant la manière dont on doit se servir du cautère actuel dans le traitement des affections de l'utérus; il en recommande surtout l'emploi dans le traitement des hémorrhagies rebelles qui si souvent compromettent la vie des malades, ainsi que dans les cas d'ulcérations cancéreuses. Il établit que cette application du fer rouge peut être répétée plusieurs fois sans déterminer la moindre douleur. C'est un précieux moyen dont la thérapeutique peut tirer les plus grands avantages.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 22 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 63, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOSPICE DE BICÊTRE.

DU TRAITEMENT DES ALIÉNÉS.

Depuis bientôt un an, il est question dans le monde médical, d'une prétendue amélioration apportée par M. le docteur Leuret dans le traitement des maladies mentales, et l'Académie elle-même a déjà été saisie plusieurs fois de mémoires où sont relatées quelques cures pour ainsi dire merveilleuses.

Depuis lors, quelques écrits qui se font remarquer par une connaissance approfondie des maladies mentales, ont été publiés dans le but de rectifier l'opinion à cet égard, et s'ils n'ont pas porté la conviction dans tous les esprits, c'est qu'ils ne renfermaient pas des faits recueillis sur les lieux mêmes.

Elèves de Bicêtre, nous avons eu l'avantage d'être attachés au service des aliénés, tour à tour, chez MM. Leuret et Voisin, et nous venons publier quelques observations que nous y avons recueillies ; persuadés qu'on ne lira pas sans intérêt le récit des faits qui se sont passés sous nos yeux, et auxquels, jeunes et désireux d'apprendre, nous avons pris part en quelques points.

Nous avouerons, toutefois, que telles n'ont pas toujours été nos opinions, et que lorsque l'arrêté qui divisa l'héritage de M. Ferrus nous fit passer chez M. Voisin, nous nous promîmes, imbus des idées de notre premier chef, de ne nous rendre qu'aux faits.

Aujourd'hui, notre conviction étant bien établie, nous n'avons pu résister à l'expérience de tous les jours, et ne pas faire connaître, dans l'intérêt de la science, notre opinion sur les deux modes de traitement mis en pratique dans les deux sections de Bicêtre, dont la première est dirigée par M. Voisin, et la deuxième par M. Leuret.

M. Voisin, élève de Pinel et d'Esquirol, loin de répudier l'héritage du passé, a non-seulement fait une heureuse et sage application des principes de ces deux grands maîtres, mais il a aussi mis à profit les beaux travaux scientifiques de son prédécesseur, l'honorable M. Ferrus, et a conservé l'admirable discipline introduite par lui dans le service de Bicêtre.

M. Leuret, au contraire, s'écartant en quelques points de la route jusqu'ici tracée, n'a fait qu'exagérer les sages principes de ses prédécesseurs.

Mais voyons dans les déclarations de l'un de ses élèves, quel est son mode de traitement.

« Ce traitement, a dit M. Millet dans un mémoire publié dans les Archives de novembre 1840, se réduit à combattre par le raisonnement les idées folles et extravagantes des aliénés, et à les convaincre par l'ascendant que l'on prend sur eux, qu'ils se trompent ou qu'ils se sont trompés. »

Avant de constater quels sont les résultats de l'application de cette doctrine, nous nous demanderons si elle est généralement applicable, si son principal défenseur ne s'en est pas quelquefois écarté, et, entr'autres faits, nous citerons le suivant :

G..., dont l'observation sera publiée, a d'abord été traité conformément aux idées émises, et plus tard, comme on le fait encore aujourd'hui, on n'a pas dédaigné de recourir à une médication physique énergique, après avoir cherché à la déprécier chez les autres. Qu'auraient produit, vous dit-on, sur tels et tels hallucinés, les purgatifs, les vésicatoires, etc. ? Et cependant, chez celui dont nous venons de parler, la matière médicale est mise à contribution, le musc est employé tous les jours à doses assez fortes. M. Leuret aurait-il donc besoin, comme les autres, de recourir aux moyens physiques pour pouvoir exalter l'heureuse influence de son traitement moral ?

Voyons maintenant en quoi diffère la méthode tant vantée, de celle jusqu'ici usitée, et qui est si heureusement mise en pratique par M. Voisin.

Leur différence est peu grande, et n'existe sous le rapport moral que dans la nature des moyens employés pour arriver à un résultat avantageux.

Ces moyens sont, a-t-on dit, l'école, le chant, le travail, la danse même comme distraction, et comme punition, les douches, les affusions, etc.

De tous ces moyens, il n'en est aucun peut-être qui n'ait déjà été employé, et dans certains établissemens privés, notamment dans ceux consacrés à la classe riche, tels que Vanves, Ivry, etc. ; dans celui de Gorgen, à Vienne, on les a employés avec un certain luxe, et on a su les approprier aux divers degrés des maladies mentales, et à la différence des goûts et des habitudes ; ce n'est donc point au médecin de la deuxième section qu'il faut en donner la priorité ; et pour que leur utilité ne soit point contestée, encore est-il qu'il faut qu'ils soient (les punitions surtout) maintenus dans de justes limites, afin que dans les mains de l'homme de l'art, ou de ceux appelés à le seconder, ils ne puissent pas dégénérer en instrument de douleur.

Douches, affusions. Leur mode d'administration a été indiqué par M. Millet.

On peut, dit-il, les administrer sans malaise et déplaisir, et, à l'appui de son opinion, il veut bien citer l'expérience faite sur lui-même ; mais si M. Millet s'est inscrit pour témoigner de la douceur de la douche, nous pouvons lui objecter notre propre expérience et celle de malades aujourd'hui convalescens, qui comparent, ainsi que nous, la douleur qu'elle fait éprouver à l'angoisse de la submersion ; d'ailleurs il est un aveu important que nous trouvons dans l'une des publications de M. Leuret, c'est celui de Théodore, écrivant sous l'impression de la douche : « Tout ce qui s'est passé et qui peut, à chaque instant, se réitérer, m'a jeté dans un état de crainte, de frayeur, de tremblement indicible et de toutes les minutes, c'est à tout instant comme si on m'arrachait la chair avec des tenailles. »

Aussi croyons-nous qu'il n'est à propos d'y recourir que dans les cas extrêmes, et alors que la température est élevée, ainsi que le recommandait M. Ferrus, qui ne les employait pas l'hiver comme il le déclarait dans ses cours, parce que, d'après sa longue observation, il en résultait souvent des accidens graves, tels que pleurésie, etc., etc.

École, chant, travaux manuels, etc. Envisagés comme moyens de distraction pour arracher, pendant quelques instans, les malades à leurs préoccupations, leur utilité est sans doute évidente ; mais encore doit-on considérer ici que nous avons à faire à des hommes dont l'intelligence est troublée, et dont on ne peut exiger la même présence d'esprit, la même puissance d'attention que d'un élève intelligent ; aussi ne faut-il point, pour un refus ou une impossibilité réelle de chanter ou de retenir quelques vers, déchaîner contre eux tous les moyens de coercition qui sont en notre pouvoir, et dont quelques-uns sont, comme on le verra dus à l'innovation de M. Leuret.

N'oublions pas d'ailleurs que dans un asile comme Bicêtre, nous avons affaire à une classe de la société dont l'intelligence est peu développée, dont les habitudes sont en opposition avec les travaux de l'esprit, et que vouloir instruire des hommes parvenus à cet âge, c'est tenter souvent l'impossible.

Mieux vaudrait fonder des ateliers pour les occuper suivant leurs professions, que de garnir les murs de cartes géographiques, et donner des matinées musicales auxquelles les gens du monde, attirés par des invitations et un sentiment de curiosité, veulent bien assister, sans pouvoir apprécier les épreuves qu'ont dû parfois traverser ces pauvres malades avant de pouvoir chanter en fausset quelques cantiques.

Que se passe-t-il maintenant dans les deux sections de Bicêtre ?

Qu'un malade, halluciné ou autre, se présente dans la deuxième section, son genre de délire une fois reconnu, c'est à la salle des bains qu'on lui donne rendez-vous ; c'est là qu'il lui faudra renoncer à ses millions, retrouver sa gaieté, etc., ou tout au moins dissimuler dans la crainte du maître.

Plus tard, quand à peine surviendra de l'amélioration, il lui faudra aller à l'école, et pour peu qu'il ait quelques notions de lecture, un manuel de chansons lui sera confié.

Un maître de chant est attaché à l'établissement pour lui inculquer bon gré malgré quelques notes ; s'il refuse, la douche et les affusions lui seront prodiguées ; c'est alors

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES.

Par M. Marchal (de Calvi).

(Suite du numéro précédent.)

Nous venons de dire implicitement que l'emploi des moufles n'avait jamais été suivi d'accidens.

On nous répondra peut-être par le fait qui a été rapporté par M. Deville, et dans lequel on voit qu'un homme atteint d'une luxation du coude, soumis à l'action du moufle, eut un érysipèle phlegmoneux qui débuta par l'aisselle et le fit mourir. Mais d'abord, dans ce cas, l'application du moufle n'avait pas été aussi régulière que cela eût été désirable ; par exemple, le bracelet, qui n'était pas fait pour le malade, était trop large. Ensuite, les tractions n'avaient pas excédé 50 kilogrammes, et chacun trouvera que c'était là une force bien minime qu'un seul aide eût dépassée sûrement en tirant sur l'avant-bras ; enfin, le rapport étiologique entre des tractions effectuées sur le poignet et un érysipèle débutant par l'aisselle, paraîtra vague et incertain à tout le monde. Comment les moufles peuvent-ils déterminer des accidens ? Ce ne peut être que par la puissance excessive qu'ils seraient capables de mettre en œuvre. Mais alors des accidens dépendans d'une telle cause seraient d'une nature particulière ; ce seraient des déchirures de muscles, de nerfs, de vaisseaux ; et, d'un autre côté, ils seraient instantanés. Au lieu de cela, que voyons-nous dans le fait en question ? un érysipèle qui se développe quelques jours après les tentatives. Ainsi, on ne peut rien inférer contre l'emploi des moufles du cas auquel nous venons de donner sa véritable signification.

Après ces considérations générales, nous allons décrire l'appareil de M. Sédillot.

On commence par entourer le membre luxé (nous supposons que c'est la cuisse) d'une bande de flanelle, afin de prévenir son engorgement par suite de la compression qui devra être exercée sur un point de sa longueur.

Les moyens dont on se sert ordinairement pour pratiquer l'extension sont des serviettes ou des draps pliés en long, dont le plein est noué autour du membre, et dont les extrémités sont tenues par des aides. On ne peut guère, quand on emploie ce moyen, de quelques précautions que l'on use, éviter les tiraillemens douloureux, la contusion et les excoriations de la peau.

M. Sédillot, au lieu de lacs, fait usage d'un bracelet (1) adapté à la forme et au volume du membre, garni en dedans de peau de daim, et recouvert extérieurement d'un cuir très épais. Ce bracelet est fixé à l'aide de courroies reçues dans un nombre égal de boucles, et présente, sur les côtés, deux anneaux d'acier auxquels vient se fixer une corde à laquelle est attaché le dynamomètre.

Lorsque le bracelet doit être placé à la partie inférieure de la cuisse, il offre, en arrière, une échancrure destinée à recevoir le haut de la jambe ; celle-ci, en effet, doit être fléchie, et cela dans un double but : pour que, d'une part, le plus grand nombre des muscles de la cuisse soient relâchés, et, de l'autre, pour que, lorsque le chirurgien voudra imprimer des mouvemens au membre, il ait entre les mains un levier disposé le plus favorablement possible. Si rien ne fixait la partie dans la flexion, celle-ci ne se maintiendrait pas ; aussi nous ne devons pas omettre de dire que la jambe est maintenue fléchie au moyen de quelques tours de la bande de flanelle dont tout le membre est entouré.

Ce que nous venons de dire de la cuisse peut être aisément appliqué au membre supérieur. S'il s'agissait de placer le bracelet à le partie inférieure du bras, l'échancrure devrait se trouver en avant, et non en arrière.

Il y a un point sur lequel nous devons spécialement insister, c'est que, non-seulement le bracelet doit être fixé à l'aide de ses attaches naturelles, si l'on peut ainsi parler, les boucles et les courroies, mais encore qu'il est indispensable de l'attacher fortement à l'aide de ficelles serrées autour de lui. Il faut, selon les expressions de M. Sédillot, que le bracelet fasse corps avec le membre. Sans cela il glisse, et, au lieu d'agir sur l'os, il agit sur la peau, qu'il entraîne ; outre la douleur qui en résulte, l'effort est perdu. Voici comment nous avons vu M. Sédillot opérer cette constriction. Il se place d'un côté du membre et un aide se place du côté opposé. Une ficelle est jetée autour du bracelet ; le chirurgien en saisit une extrémité, l'aide saisit l'autre ; ils ont tous deux un morceau cylindrique de bois autour duquel ils roulent, chacun un bout de la ficelle ; dès-lors, il leur est facile de serrer la ficelle avec beaucoup de force. On fait de la même manière autant de tours qu'il est nécessaire autour du bracelet, et on finit par assujettir solidement les bouts de la ficelle. Ce n'est pas sans raison que nous entrons dans d'aussi minutieux détails. C'est là un point fort important ; et, disons-le, quoi qu'on fasse, on n'est pas certain que le bracelet tiendra. Plusieurs fois, nous l'avons vu descendre et obliger le chirurgien à interrompre l'opération ; ce qui est un inconvénient, car le patient, qui était bien disposé et qui désirait la réduction, fatigué des tentatives déjà faites, peut se refuser à de nouveaux efforts réducteurs ; en outre, l'accident peut arriver au moment peut-être où le résultat allait répondre au vœu de l'opérateur. Enfin, une réduction de luxation est toujours une opération certainement assez douloureuse pour que l'on doive redouter tout ce qui peut la prolonger.

Une petite corde ayant à chacune de ses extrémités un crochet est fixée par le moyen de ses crochets aux deux anneaux d'acier que nous avons vus se trouver sur les côtés du bracelet. Ainsi fixée, cette corde forme une anse qui reçoit le crochet du dynamomètre. Celui-ci est attaché, d'une part, au membre, de la manière qui vient d'être indiquée, et, de l'autre, au système des moufles, par le moyen d'un crochet que présente le premier corps de poulies, et qui s'engage dans l'espèce d'ellipse que forme le dynamomètre lui-même. Par premier corps de poulies ou premier moufle nous entendons celui qui vient s'attacher au membre au moyen du dynamomètre. Le second corps de poulies ou second moufle sera celui qui se fixe au mur, à l'aide aussi d'un crochet qui en fait partie.

Le dynamomètre présente deux aiguilles qui marquent, l'une la force actuelle, l'autre le maximum de la force employée. La première varie nécessairement, monte ou descend selon que l'on augmente ou que l'on diminue la puissance de traction ; l'autre ne peut que monter, et elle monte quand la force de traction est portée au-dessus du degré le plus élevé qui avait été atteint jusqu'alors ; elle dit positivement, au terme de l'opération, jusqu'à quel point les efforts ont été portés. Des divisions de dix kilogrammes sont gravées sur un cadran que parcourent les aiguilles.

Chacun des moufles se compose de trois ou quatre poulies d'un petit volume, mais cependant assez solides pour résister à une traction d'environ quatre-cent cinquante kilogrammes. Un nombre déterminé de cordelettes vont d'un moufle à l'autre ; pour mieux dire, c'est la même cordelette qui, fixée au moyen d'un nœud terminal dans l'une des poulies, est passée d'une poulie dans l'autre ; l'autre bout est libre, bien entendu, puisque c'est sur lui qu'on doit tirer. On aura soin de le terminer aussi par un

(1) Nous appellerons *bracelet* cette pièce d'appareil sur quelque partie du corps qu'elle doive être appliquée.

même que quelques-uns seront attachés sur leurs fauteuils, les mains derrière le dos, que quelques autres seront confondus avec les gâteux ou les malades agités, sans songer que leur tête faible a besoin de repos, et que l'agitation des autres peut influer sur eux d'une manière fâcheuse.

Tels sont les moyens mis en usage dans la deuxième section.

Dans la première section, au contraire, le traitement diffère en ce point fondamental que les moyens physiques sont heureusement combinés avec les moyens moraux. Ferme, mais jamais jusqu'à terrifier ses malades, M. Voisin sait que la sévérité ne remplace point la fermeté; la diversité des caractères, les degrés d'intelligence sont par lui appréciés avec discernement, et c'est sur cette base large et vraiment philosophique que repose le traitement; la douche n'est pour lui qu'un avertissement fugitif auquel il n'a recours que dans des cas particuliers, il attend et se trouve bien de cette expectation qui le dispense de prodiguer, sinon une torture, du moins une douleur.

A l'aide de ces moyens, M. Voisin gagne l'affection et la confiance de ses malades; ils ne cherchent point à dissimuler avec lui, et sa visite ne les glace point d'épouvante. Aussi croyons-nous pouvoir, en comparant ces deux modes, conserver le nom d'intimidation donné par quelques-uns à la méthode suivie dans la deuxième section.

Quant aux règles hygiéniques, elles y sont observées avec la même sollicitude et la même douceur. Un malade néglige-t-il de se laver? les plus intelligens de ses compagnons ou les infirmiers lui viennent en aide, et jamais, comme nous l'avons vu faire dans la deuxième section, les malades ne seront, le croira-t-on, frictionnés avec des bouchons de paille dans toutes les règles de l'hippiatrique.

Quels sont donc maintenant les résultats définitifs de ce traitement qu'on a voulu donner comme nouveau, et qui ne l'est que par l'abus de ses moyens de coercition? A-t-on trouvé en lui la guérison de la folie? A-t-il même augmenté le chiffre des guérisons?

Comme réponses à ces questions, nous établirons les propositions suivantes.

1° Les moyens d'intimidation mis en usage dans la deuxième section, sont non-seulement nuls dans le plus grand nombre des cas, mais ne peuvent que pousser les malades à l'évasion, à la dissimulation, et peut-être au suicide.

Si l'on nous objecte les observations lues à l'Académie par M. Leuret, ou celles publiées par M. Millet, dans le mémoire dont nous avons parlé, nous répondrons que, vouloir soutenir une doctrine par des observations de ce genre, c'est l'asseoir sur des bases bien peu solides.

Voyons, en effet, ce que sont devenus quelques-uns des malades cités au sein de l'Académie:

So... est encore dans une maison d'aliénés des départemens.

Huil..., qu'on peut voir à la Salpêtrière, est loin d'être dans un état satisfaisant.

Quant aux malades choisis par M. Millet, la plupart, pour ne pas dire tous, sont entrés à la suite d'un délire alcoolique, et l'expérience a montré que le changement seul de vie suffit pour les amener à guérison.

On aurait dû tout au moins s'appuyer sur des malades pris parmi ceux que le traitement qu'on a voulu changer, laisse, dit-on, croupir dans une maison d'aliénés; ce qu'on n'a pas fait, nous allons chercher à le faire.

Qu'a produit, dites-nous, la méthode d'intimidation sur les malades qui suivent?

Entre un grand nombre, nous n'avons cru devoir choisir que ceux que nous avons pu observer par nous-mêmes, désireux que nous sommes que des renseignemens mal fondés ne puissent pas nous induire en erreur, nous nous contenterons d'indiquer les autres par leurs numéros matricules.

Parmi ces derniers, nous citerons les nos 5131, 6305, 3019, 5593, 8407, 7801, 8229, 8293, 7785, 6841, 6749, etc., etc.

Parmi les premiers:

Première observation. Be... Benjamin, 8039. *Manie curable. Douches, affusions, passage aux gâteux; à Bicêtre depuis un an. Dissimulation.*

B. est un ancien militaire âgé de quarante-deux ans, entré dans le service des aliénés en vertu d'un ordre du préfet de police, daté du 1er juin 1840. C'est pour sa cinquième réintégration. Sorti guéri à plusieurs reprises, ses excès l'ont bientôt fait retomber, et ses menaces envers sa mère ont de nouveau nécessité son arrestation. Son folio porte: actes désordonnés, accès alternatifs de joie et de colère, précédés constamment d'estime extrême de lui-même. Se croit victime de machinations qui ont pour objet de détruire son avenir et d'arrêter l'essor de son génie.

Quels sont les moyens de répression déployés à son égard?

B., en correspondance perpétuelle avec le préfet de police, a, pour ce fait, été douché et affusionné à l'extrême. Homme instruit pour un hôte de Bicêtre, on a voulu l'employer dans les bureaux; là, moins rapproché de la férule du maître, il a repris sa correspondance, et la translation aux gâteux est devenue alors l'adjuvant de la douche.

Figurez-vous cet homme dont la plupart des facultés sont intactes, couvert d'une robe, vivant et mangeant au milieu de ce que l'asile renferme de plus dégradé, et vous nous direz ce qu'il dut éprouver.

B. a passé, on le voit, par toutes les vicissitudes, aussi a-t-il cédé en quelques points, parce que, nous a-t-il dit lors de notre visite du 5 avril (ce sont ses propres expressions): « Contre la force active point de résistance; mais, autant que possible, de la dissimulation. Voici ce que nous avons j'ai pu obtenir en gagnant la confiance de B.; et, autant que nous nouvons nous le rappeler, son état mental n'est point amélioré. Depuis un mois il est au pavillon de l'ouest. Le regarde-t-on comme incurable? C'est possible; mais qu'on ne vienne pas, plus tard, étayer de sa guérison la méthode d'intimidation; car B. n'est plus soumis à ce traitement.

Deuxième observation. G..., corroyeur; 22 ans; 8325; entré le 9 novembre 1840. *Hallucinations. Douches, affusions, bouchonnemens. Evasion du malade. Emploi du musc; légère amélioration; six mois de séjour.*

G., d'une constitution faible, a fait ses études; l'un des internes en pharmacie l'a connu alors; il était, dit-il, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, ce qui le rendait parfois le jouet des autres.

A son entrée à l'hospice, G. reconnaît fort bien cet élève; son état est voisin de la stupidité; c'est à peine si on peut le forcer à marcher; il est d'une grande négligence dans sa toilette.

Il entend, dit-il, la voix de sa mère qui l'appelle. Si on lui objecte la distance qui le sépare d'elle, elle a pu, dit-il, venir à Paris.

M. Leuret voulant mettre à profit l'éducation qu'a reçue ce malade, le force de se rendre à l'école, où du moins d'apprendre quelques vers, de lire quelques lignes; il refuse; alors il est attaché sur un fauteuil, les mains derrière le dos, un livre devant les yeux.

Nous avons, pendant quelque temps, perdu ce malade de vue; mais un jour, en entrant dans la salle, nous avons trouvé G. entouré d'hommes robustes, qui s'occupaient à le bouchonner comme on le fait à des chevaux.

G. redoute les bains, les douches, et pour les éviter finit par s'évader, mais est bientôt réintégré. Ses tentatives d'évasion réitérées ont nécessité sa translation au quartier dit de sûreté.

On remarque sur ses bras des incisions qu'il s'est faites, dit-il, pour colorer la colonne de la liberté.

Depuis qu'il est au quartier de sûreté, G. a quelques idées de grandeur; tout traitement d'intimidation a maintenant cessé à son égard; on lui administre la teinture de musc à la dose de 300 gouttes.

Il n'a plus d'ailes, nous a-t-il dit, voulant faire allusion à ses évasions répétées.

Que deviendra ce malade? Toujours est-il qu'on a pu l'employer à tresser la paille; il y travaille, ce qui dénoterait un commencement d'amélioration.

Troisième observation. D. (François-Emile); 7735; entré le 5 octobre 1839, se dit âgé de 37 ans, et professeur de dessin. *Manie. Douches, affusions, bouchonnement. Insuccès.*

D. était dans le service lors de notre arrivée, et il fut choisi par M. Leuret comme l'un des plus curables.

C'est à la direction de l'un de nous qu'il fut confié, chaque élève ayant adopté un malade.

D., est d'une saleté et d'une apathie sans pareilles; peut-être se livre-t-il à la masturbation; aussi entreprîmes-nous un traitement actif.

A sept heures, D. doit être prêt à suivre la visite, une lanterne à la main; s'il retarde, s'il fuit, nous le faisons chercher et lui donnons la douche.

Il prend bientôt l'habitude de se coucher partout où il trouve des ordures, de frapper la terre avec le front; c'est alors que nous changeons de méthode.

Nous avons recours aux affusions. D., couché sur une planche compte en grelottant jusqu'à 20 et 30 seaux d'eau qu'on lui lance sur le corps, pendant, que de notre côté, munis d'un balai de bouleau, nous le frottons de la tête aux pieds; nous avouerons même que dans notre zèle pour l'humanité, nous ne le ménageâmes point: aussi nous reprocha-t-il souvent d'être durs et d'avoir mauvais cœur.

Qu'a produit notre balai? D. est-il plus vif? est-il plus propre? non, et aujourd'hui nous l'avons trouvé tout aussi stupide, portant des moustaches et une mouche par ordre de M. Leuret, et demandant avec un air naïf si c'était bon pour la santé.

Il s'occupe toujours de chant, de géographie même; et des leçons du professeur, il a retenu que la plus grande puissance d'Europe est Moskou, dont la capitale est Saint-Pétersbourg.

---

nœud; sans cette précaution, il pourrait s'échapper à travers le moufle, dans lequel il faudrait alors l'engager de nouveau.

Le second moufle est fixé au mur à l'aide de son crochet: pour cela, il faut qu'un anneau soit scellé dans la muraille; à défaut d'anneau on passerait, soit autour de la colonne d'un lit, soit autour du fer d'une fenêtre comme nous avons été obligé de le faire une fois, soit à tout autre objet solide, une corde fortement nouée en anneau dans laquelle on engagerait le crochet du second moufle.

Il peut arriver que les cordes ne soient pas assez longues, et que l'on soit obligé d'interposer une allonge au dynamomètre et au moufle. Il serait trop long de se servir d'une corde, attendu qu'il faudrait faire un nœud auquel il serait indispensable de donner une grande solidité. M. Sédillot se sert alors d'anneaux de corde tout préparés, que l'on peut comparer, pour la forme, à des écheveaux de fil au moment où on les passe autour des bras pour les dévider, avec cette différence qu'ils sont faits d'une seule corde et les écheveaux d'un grand nombre de fils: ces anneaux sont très solides. En les passant l'un dans l'autre et en tirant, on peut avoir en un clin d'œil une très longue corde. M. Sédillot a aussi fait confectionner un certain nombre de crochets d'acier doubles, c'est-à-dire en S; on conçoit très bien comment un de ces crochets peut unir entre elles deux pièces de l'appareil.

Il est essentiel d'avoir des feuilles de coton, afin de garnir convenablement les parties sur lesquelles doit porter la contre-extension. Il est à peu près inutile d'en interposer entre le bracelet et le membre, attendu que celui-ci est déjà recouvert de la bande de flanelle, et qu'en outre le bracelet est très rembourré. Si cependant ce dernier n'entourait pas exactement la partie, il faudrait combler les vides qui pourraient se trouver sentre l'un et l'autre, à l'aide de coton.

La contre-extension, quand il s'agit d'opérer sur la cuisse, est extrêmement difficile à pratiquer: le bassin n'est jamais assez solidement fixé. Le seul moyen que nous ayons vu employer est un lacs formé d'un drap étroitement plié, dont le plein est passé entre les cuisses, de manière à porter sur l'ischion; ses bouts sont croisés, l'un en avant, l'autre en arrière, et confiés à des aides, ou, ce qui vaut toujours mieux, passés dans un anneau fixé au mur. Ainsi pratiquée, la contre-extension est insuffisante, et, nonobstant l'interposition du coton, fort douloureuse. Il arrive ici ce que nous avons dit qu'il arrive quand on se sert des lacs extensifs; c'est-à-dire que le plus souvent la peau de l'aine est fortement tendue, meurtrie, et même un peu excoriée. Hâtons-nous de le dire, cet inconvénient serait de minime importance, si au moins le bassin était fixé; mais il ne l'est pas. Il est bien maintenu dans le sens longitudinal, et il n'est guère possible, à moins que les aides ne cèdent, si ce sont eux qui font la contre-extension, que le bassin descende; mais il n'est pas maintenu latéralement, et peut s'incliner dans ce sens. Il y a quelque chose et même beaucoup à faire pour la contre-extension, dans les cas où il s'agit de réduire une luxation de la cuisse. On pourrait essayer avec une ceinture qui embrasserait les hanches, et présenterait deux sous-cuisses bien rembourrés, lesquels viendraient se fixer à des boucles attachées au-devant de la ceinture. Deux bandes en cuir partiraient en arrière, du haut de celle-ci, et iraient se fixer au mur. Peut être serait-il plus convenable que le système contre-extensif embrassât tout le tronc: il importe, en effet, que celui-ci ne puisse s'incliner en aucun sens. Chez un homme sur lequel on réduit une luxation, il n'y a qu'une partie qui doit remuer, celle qui est soumise à la force extensive.

Tel est l'appareil de M. Sédillot. Il est aisé, après une aussi longue description, de prévoir l'objection qu'il aura suscitée dans l'esprit du lecteur. Sans doute cet appareil est compliqué; mais il l'est moins qu'on ne le croirait, d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer. Il faut se rappeler qu'un appareil, même simple, lorsqu'on n'en juge que sur une description, paraît toujours plus ou moins compliqué. Les descriptions sont aussi trompeuses, dans ce sens, qu'elles sont difficiles à saisir. Sous ce dernier rapport, il suffira de dire qu'il arrive à des anatomistes qui ont écrit la description d'une pièce pathologique qu'ils ont eue sous les yeux, de ne plus se comprendre eux-mêmes quand l'objet décrit leur manque, à moins d'y mettre une extrême attention. Nous ne prétendons pas, certes, que l'appareil de M. Sédillot soit simple; nous voulons dire seulement qu'il est moins compliqué qu'au premier abord on n'est porté à le supposer, et que, quand on le voit fonctionner, on le trouve aussi facile à appliquer qu'à comprendre. Ensuite, fût-il, en effet, très compliqué, serait-ce une raison de le condamner? On ne repousse un moyen compliqué que quand on peut obtenir le même résultat par un moyen simple. Mais ici il n'y a pas de moyen, ni simple, ni compliqué, qui réussisse mieux que les moufles. Quand les moufles échouent, aucun autre moyen ne saurait réussir; plusieurs fois, au contraire, les moufles ont réussi là où tous les autres moyens avaient échoué.

M. Sédillot, comme on a pu le voir, se conforme au précepte d'appliquer les forces extensives sur l'os luxé, et non sur celui qui lui fait suite. Aussi, pour la luxation de la cuisse, il applique le bracelet à la partie inférieure de la cuisse, et pour la luxation du bras, à la partie inférieure du bras. « Il faut, autant qu'il est possible, dit J.-L. Petit, que les forces qui tirent pour faire l'extension et la contre-extension soient appliquées aux parties mêmes qui sont luxées, sans quoi elles sont inutiles et souvent nuisibles: par exemple, si l'on veut faire la réduction de la luxation du bras, il faut tirer le bras même, et non pas l'avant-bras, repousser ou retenir l'épaule et non pas le corps, parce qu'une partie de la force se perdrait dans l'articulation du coude et dans les attaches de l'omoplate: on ferait des extensions violentes qui intéresseraient les ligamens et les muscles de ces parties, et ils pourraient n'avoir pas assez de force pour résister. »

Hippocrate prescrivait d'effectuer l'extension au moyen de deux lacs placés l'un au-dessus du coude, l'autre au-dessous du poignet, dans la luxation du bras; et l'un au-dessus du genou, l'autre au-dessus des malléoles, dans la luxation de la cuisse.

Scultet donnait pour règle d'appliquer le lacs extensif le plus loin possible de l'os luxé.

On cite, dans tous les ouvrages, Dupoui et Fabre, comme ayant soutenu cette opinion, que même, oubliant assez généralement Scultet, on ne fait remonter qu'à eux. Nous avons vainement cherché, avec l'aide de personnes assurément compétentes, de M. Dezeimeris, entre autres, le mémoire de Dupoui. Ce mémoire, lu devant l'Académie royale de chirurgie, n'est pas compris dans les mémoires de cette compagnie. Le seul écrit que nous ayons trouvé de Dupoui est une note adressée par lui au journal de médecine rédigé par Lallement, note dans laquelle il s'élève fortement contre les auteurs d'un dictionnaire de chirurgie qui venait de paraître. Il se plaint d'abord de ce que l'on a accolé à son nom celui de Fabre, qui n'a écrit sur ce sujet qu'après moi, dit-il, et s'il m'est permis de l'ajouter, pour m'approuver. Il se plaint ensuite de ce que les auteurs de ce dictionnaire ont parlé d'un procédé de lui pour la réduction des luxations du bras, tandis qu'il n'avait pas de procédé spécial de réduction pour cette luxation, et de n'en avoir pas indiqué un pour la cuisse, qu'il avait fait connaître *dans son mémoire*, et auquel il attache beaucoup d'importance. Ce procédé est assez singulier et assez peu connu pour que, nous écartant un peu de notre sujet, nous n'hésitions pas à lui donner place. « Je n'emploie point de lacs, je ne fais pas non plus de contre-extension; je me suis contenté jusqu'à présent de la seule résistance du corps. Je place le malade horizontalement sur le dos; j'étends également la partie malade, et je la pose contre le saine; je fais presser

Quatrième observation. S., 7322. *Manie. Douches, affusions. Mort de péritonite.*

S. était un pauvre malade, le seul peut-être de tous les chanteurs de B. qui eût une voix agréable.

Dans un état de mutisme complet à son arrivée, il a, nous a-t-on dit, sauté autrefois par une fenêtre, ce qui nous ferait croire que l'invasion de sa maladie n'était pas récente.

Tombé à M. Voisin dans le partage, il a été donné à M. Leuret, qui a semblé le désirer.

M. Perrochaud, chargé de son traitement, a mis en œuvre tous les moyens préconisés par M. Leuret pour lui arracher une parole. Douches, affusions, rien ne lui a été ménagé; il n'est peut-être pas de malade à l'égard duquel on ait été plus libéral, cependant on n'a rien obtenu; la douceur, au contraire, semblait avoir plus de prise sur lui, et en le flattant on le décidait facilement à chanter; ses chansons étaient de bon goût, et ceux qui ont pu le voir dans les concerts ont cru sans doute avoir affaire à un convalescent, tandis qu'il n'en était rien.

S., dans les derniers temps, est devenu triste, a eu des momens de violence. Accroupi au pied de son lit, c'est à peine s'il voulait manger; enfin il a succombé, et l'autopsie a démontré une péritonite chronique.

De quelle époque datait-elle? nous ne savons; mais les douches, les affusions n'auraient-elles point pu l'occasionner, ou du moins l'aggrave si déjà elle existait.

Tels sont les malades que nous avons cru devoir particulièrement citer, et comme on l'a vu, tous ont passé par un traitement long et pénible pour n'en retirer aucun avantage; loin de là, au contraire, puisqu'on a cru devoir le suspendre, et que cette suspension a été suivie d'une amélioration.

Le traitement moral tel qu'il fut professé par Pinel et tel qu'il est mis en pratique par M. Voisin, a des succès incontestables, succès parfois d'autant plus intéressans que la méthode d'intimidation a été déployée à l'égard de quelques malades par M. Leuret.

Première observation. C., âgé de trente-six ans, ciseleur, demeurant à Paris. *Manie. Hallucinations. Méthode d'intimidation; insuccès. Guérison par la douceur, l'expectation.*

Le certificat d'entrée fait par M. Ferrus porte que le malade se croit en communication avec des êtres immatériels et recevoir d'eux des conseils et des ordres.

Il a été plusieurs jours sans manger, pensant qu'il lui avait été ordonné par les esprits de se priver de toute nourriture; il s'est long-temps occupé de magnétisme; enfin il est atteint d'un délire maniaque, et probablement il éprouve de vives hallucinations.

M. Ferrus ayant quitté le service des hôpitaux peu de temps après son entrée, C. est tombé à M. Leuret, chargé par intérim du service, et, conformément à la doctrine de ce praticien, il a été douché et envoyé à l'école. C. se plaint de difficultés à apprendre des vers, à retenir des chansons; un autre malade est cependant chargé de son instruction.

A genoux dans la cour, il répète ce que lui lit son compagnon, et s'il n'y parvient, tous deux sont douchés. Plusieurs fois il a invoqué la mort et a cherché à se laisser mourir de faim.

Enfin est arrivée la division du service, et C. est entré dans le service de M. Voisin.

D'abord triste, soupçonneux, C. a bientôt fini par prendre confiance; l'expectation a amené une amélioration bien grande, et on a cru pouvoir l'envoyer à Sainte-Anne. Là, sous la direction de M. Moreau, adjoint de M. Voisin, et comme lui professant la même doctrine, C. s'est bientôt occupé des travaux de la ferme, de lecture même sans y être contraint. Et, après deux mois de séjour, on a cru pouvoir le rendre à sa famille, tout en avouant que l'affaiblissement de ses facultés exige une certaine surveillance.

Deuxième observation. Pel. Vic., trente-deux ans, entré au service sous le nº 8208. *Monomanie ambitieuse. Tendance au suicide. Traitement sans douches ni affusions. Guérison.*

P. est un de ces malheureux hommes qui vivent dans la fange et la débauche, qui prennent l'argent d'où il leur vient, sans s'inquiéter combien la source en est souvent honteuse.

Il est resté ainsi à la charge d'une femme pendant plusieurs années; mais abandonné enfin par elle, il s'est trouvé sans emploi et sans gîte.

C'est alors qu'il a été ramassé par une ronde de nuit, couché au pied d'un arbre dans les Champs-Elisées, et se disant empereur des Français. Il paraîtrait que depuis quelque temps déjà il nourrissait cette idée, car il ne parlait à cette femme que de grandeurs.

A son arrivée, sa mise annonce la misère où il a dû se trouver; il se dit empereur, l'exaltation qu'il montre nécessite l'emploi de quelques ventouses à la nuque, et le lendemain, à la visite, nous le trouvons plus calme, il semble, sur les observations qui lui en sont faites, ne pas trop tenir à son empire, il y renonce même; mais toujours est-il qu'il ne pense pas encore être sorti du sang de M. P., son père, d'abord par orgueil, puis enfin parce que, dit-il, il n'a pas eu pour lui d'entrailles paternelles. Or, il faut savoir que ce malheureux a abusé de tout.

Les observations qui lui sont faites par M. Voisin, semblent le faire réfléchir; on lui fait envisager qu'au bout de sa route se trouve Brest ou Toulon, s'il n'était en délire, et cette admonition semble produire son effet; P., de lui-même, écrit à son père comme un fils doit le faire, il renonce à ses erreurs passées, et sort guéri après deux mois de séjour.

Troisième observation. B., pâtissier, attaché à la bouche du roi, 8238, vingt-deux ans. *Hallucinations. Vésicatoires, ventouses, pas de douches, pas d'affusions. Guérison rapide.*

B. ayant éprouvé quelques contrariétés, a commencé, nous a-t-il dit, par perdre le sommeil plusieurs jours avant son entrée.

Il a rencontré, l'avant-veille de son arrivée, le docteur D. dans la rue de Rivoli, et lui a semblé qu'il répandait une mauvaise odeur, il a cru même que peut-être il était une des causes de son malheur, aussi lui a-t-il écrit une lettre de menaces dans laquelle même il lui donne quelques conseils pour gouverner.

Ses actes ont nécessité son arrestation et son envoi à Bicêtre.

Ses odeurs et ses conseillers l'y poursuivant, M. Voisin a cru devoir lui prescrire des ventouses à la nuque et un vésicatoire à la jambe; et le lendemain B. était débarrassé de ses voix. Disons à ce propos que les vésicatoires employés par M. Voisin chez les hallucinés le sont dans le seul but d'occuper les malades de leur douleur, et de les distraire des voix qui les obsèdent.

B. est encore resté quelque temps à l'hospice pour consolider sa guérison, et est enfin sorti guéri, avouant ses erreurs en riant, et craignant que ses idées folles ne l'empêchent de rentrer au château.

Quatrième observation. B., ancien notaire. *Suicide. Ventouses. Guérison sans douches.*

B., ancien notaire, après avoir éprouvé des malheurs qu'il attribue à l'inconduite de sa femme, a été forcé de vendre son étude.

Il est venu à Paris, où il a été employé dans une des communes de la banlieue comme secrétaire de la mairie.

Là il paraît s'être adonné un peu à l'ivrognerie; aussi a-t-il été congédié.

La perte de sa place le dénuant de tout, B. s'est empoisonné; mais, traité à temps, il a survécu, et ses discours exaltés l'ont fait conduire à la Préfecture; là, dans sa cellule, il s'est pendu, et la surveillance dont il était l'objet l'a heureusement encore sauvé.

B., conduit à Bicêtre, présente de l'exaltation; ses voisins cherchent à lui nuire. Des ventouses lui sont appliquées.

Le lendemain la tête est, dit-il, moins lourde. Les exhortations de M. Voisin tendant alors à lui faire apprécier sa position, semblent lui donner courage, et de jour en jour son état s'améliore. Aujourd'hui il remplit une place dans les bureaux de Bicêtre; il sort librement, et a renoncé à ses projets de suicide.

Nous pourrions entrer dans de plus longs détails, et les faits à l'appui ne nous manqueraient point; mais l'espace nous force de terminer ici.

Que conclure maintenant de tous ces faits? Quel traitement mérite la préférence?

Le traitement doux et paternel, tel qu'il est mis en pratique par M. Voisin, plaira sans doute davantage; mais ne laissera-t-il pas plus que l'autre croupir les malades dans une maison d'aliénés? car alors toute répugnance devrait être vaincue, et l'on ne devrait pas craindre d'employer les moyens mis en usage dans la deuxième section, quoiqu'ils aient été signalés au monde médical comme barbares et inhumains; mais à chances égales, ce serait autre chose.

Voyons donc ce qu'établira la statistique.

Nous en avions fait une, mais nous avons craint qu'on ne l'attaquât comme inexacte, aussi avons-nous cru devoir faire demander à M. Archambault, plein de sympathie pour M. Leuret, celle qu'on nous dit avoir été faite par lui.

M. Archambault est un des partisans les plus avoués du traitement moral, tel que le professait son illustre maître Esquirol; aussi sommes-nous persuadés que M. Leuret aura pleine confiance dans le résultat de ses travaux, et ne viendra pas taxer d'inexactitude l'œuvre de son confrère.

GUÉRISONS.			ÉVASIONS.		
M. Leuret.		M. Voisin.	M. Leuret.		M. Voisin.
Juil.	12	15	Juill.	1	1
Août	14	18	Août	4	0
Sept.	8	7	Sept.	2	0
Oct.	6	7	Oct.	1	5
Nov.	10	7	Nov.	5	3
Déc.	19	15	Déc.	4	0
Janv.	3	9	Janv.	0	4
Fév.	9	7	Fév.	3	3
	81	85		20	16

Nous pouvons ajouter avec certitude que les suicides, auparavant très rares dans ce service, et qui, en 1839, bien que plus nombreux que dans les années précédentes, ne se sont élevés qu'au chiffre 2, ont atteint celui de 4, dans les six premiers mois de 1840, pendant lesquels M. Leuret était chargé seul du service, et qu'on en compte deux dans le dernier semestre de la même année, lesquels ont porté tous les deux sur la deuxième section, confiée à M. Leuret. Tel est le relevé des guérisons, des évasions et des suicides dans les deux sections; nous nous abstiendrons d'en déduire les conséquences qui en découlent.

Quant au ridicule qu'on a voulu jeter sur la médication physique, nous ne savons si, comme le dit M. Millet, il existe encore des hommes partisans exclusifs des saignées, des vésicatoires et des gilets de flanelle dans le traitement des conceptions délirantes; mais, ce que nous affirmons, et ce que prouve la statistique, c'est que cette médication, associée parfois à un traitement moral, à la fois doux et ferme, conduit, tout aussi bien que l'intimidation, à la guérison, plus sûrement même, en ce qu'elle ne force point les malades de recourir à la dissimulation.

L'exposé de ces faits est le seul but que nous nous proposions dans ce moment, nous les abandonnons aux commentaires des véritables observateurs et à l'examen réfléchi des jeunes médecins qui veulent, comme nous, se livrer à l'importante spécialite des maladies mentales.

P. DAGRON et P. PERROCHAUD.

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Jeune fille de onze ans. Calcul de onze lignes de diamtère, formé au centre d'oxalate, et à l'extérieur de phosphate de chaux. Tentative de taille urétrale en province. Emploi de la lithotritie. Guérison sans aucun accident; par M. AMUSSAT.

Le 14 avril dernier, est entrée à la Maison de Santé une jeune fille de Montereau, âgée de onze ans, d'un tempérament lymphatique.

La mère nous donne sur son enfant les renseignemens suivans: Depuis quinze mois, mademoiselle Zoé Bouet éprouve des besoins fréquens d'uriner, accompagnés de douleurs vives et de maux de reins. Les urines déposent des mucosités abondantes mélangées d'un peu de sang de temps à autre, et ne peuvent être gardées par la malade, qui nous assure n'avoir jamais rendu de graviers. Mademoiselle Zoé ne peut pas se livrer aux jeux de son âge; elle marche continuellement courbée, par suite des souffrances qu'elle endure dans le ventre. Jamais de calculeux dans sa famille, dont tous les membres jouissent d'une florissante santé. La mère ajoute que sa fille a éprouvé, il y a deux ans, des convulsions accompagnées de la paralysie de tout le côté gauche du corps. Il paraîtrait que cette affection convulsive a cédé aux anthelmintiques administrés par le médecin du pays. La petite fille, en effet, avait rendu beaucoup de vers, et elle en a expulsé encore plusieurs dernièrement. M. Petit, de Corbeil, mit en usage le cathétérisme il y a trois semaines, et ayant constaté la présence de la pierre, il fendit l'urètre en haut, et parvint, à l'aide de pinces à polypes des fosses nasales portées dans la vessie, à extraire plusieurs fragmens assez gros d'un calcul qu'il jugea adhérent et fort dur. Eu égard à ces deux conditions tout à fait défavorables à l'application de la lithotritie, le médecin distingué dont nous parlons ne jugea pas prudent de recourir au broiement, et il adressa sa malade à M. Amussat. Depuis l'époque où l'opération a été faite, mademoiselle Zoé est sujette à une incontinence d'urine, et elle porte dans le canal une grosse sonde en gomme élastique, dans le but de le dilater.

Etat actuel. Constitution détériorée; réaction du côté du cerveau; irritabilité très grande des organes génito-urinaires; les autres fonctions de l'économie s'exécutent, du reste, fort bien.

---

fortement sur le genou par la main d'un aide, afin de tenir cette partie dans l'extension la plus exacte, dans laquelle les muscles se trouvent posés aussi parallèlement qu'il est possible. J'embrasse d'une main le coude-pied, et de l'autre le talon; sans lever la partie en aucune façon, je la tire médiocrement; et dans l'instant les muscles obéissent, s'étendent et remettent seuls la tête dans sa cavité. »

Voilà certainement des réductions obtenues à peu de frais; et quel que soit le jugement que d'avance on croie devoir porter sur une semblable méthode, il y aurait conscience, tant elle est facile et innocente, à ne pas en faire l'essai.

Il est bon de remarquer expressément que dans la note adressée au journal de Lallement, Dupoui ne fait aucune mention de ses idées relativement à l'extension. Il n'en est pas plus question dans cette note que dans le dictionnaire de chirurgie incriminé. On trouve seulement quelques détails sur ce point dans le Dictionnaire de médecine, de chirurgie et de l'art vétérinaire, à l'article *luxations;* encore ces détails sont écourtés et ne pourraient pas servir de base à une discussion.

A. Portal proclame, dans son Précis de chirurgie, la nécessité de pratiquer l'extension loin de l'os luxé, et fait là-dessus le raisonnement suivant: En physique il est d'autant plus difficile de donner à une corde une longueur déterminée, que cette corde est plus courte; de sorte que plus elle est courte, plus on est obligé d'augmenter le poids que l'on suspend à son extrémité, pour l'alonger.

Il en est de même pour les muscles: plus ils sont courts, plus il faut de force pour les alonger: or, lorsque l'on applique un lacs à la partie inférieure du bras, on raccourcit les muscles de toute la partie sur laquelle porte le lacs, et on doit nécessairement avoir plus de peine à les alonger que si on leur avait laissé leur longueur naturelle. La raison à laquelle on s'arrête généralement consiste dans la contraction que déterminerait dans les muscles de la partie, la compression exercée sur eux par les lacs.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le 17 avril, M. Amussat procède à une première séance en présence de plusieurs médecins étrangers, parmi lesquels se trouvait M. Bas de Poitiers, et M. Amstein. Le calcul est d'abord saisi dans le diamètre de onze lignes, et broyé; des fragmens plus petits et en assez grand nombre, sont repris et pulvérisés. M. Amussat introduit à la fin des pinces à polypes dans la vessie, et saisit la pierre qui est évidemment adhérente. Une preuve qu'il en est ainsi, et que la membrane muqueuse vésicale n'a pas été pincée, c'est que l'on sent le calcul en contact avec les mors de la pince, en rapprochant et en éloignant ceux-ci à plusieurs reprises; en outre, en faisant éprouver un mouvement de torsion à l'instrument, la pierre ne peut pas être déplacée, et la malade accuse des souffrances assez vives. Ainsi, pour nous, le corps étranger est bien adhérent derrière le col de la vessie; assertion déjà avancée par les premiers chirurgiens qui donnèrent leurs soins à la malade, et à laquelle nous avions peine à croire, nous devons l'avouer. On sait, en effet, que l'on est assez disposé à admettre des calculs enchatonnés, enkystés, adhérens, lorsqu'on ne réussit pas dans la taille ou la lithotritie: nous ne voulons jeter de blâme sur personne, nous signalons seulement le fait.

Le 20 avril, deuxième séance, en présence de MM. Mayor de Lausanne, Duplan, Maguien, Poyer, Langenbeck, Ribaut, L. Boyer, etc. On constate que le cathétérisme est moins douloureux, et que la vessie supporte mieux l'injection que la première fois; de plus, la malade nous assure qu'elle urine déjà avec moins de douleurs et plus abondamment. La pierre est saisie à différentes reprises, et marque 4, 6, 9, 12 et 15 lignes; quelques-uns de ces fragmens nécessitent la percussion: Mademoiselle Zoé rend une quantité assez considérable de détritus pulvérulent. Cette séance, de même que la précédente, n'amène aucun accident.

Le 23 avril, troisième séance, des fragmens n°s 6, 8, 10 sont écrasés.

Le 26 avril, quatrième séance, écrasement de plusieurs fragmens marquant 10 lignes de diamètre; le lendemain de cette séance, un très gros fragment a été rendu.

Le 28 avril, cinquième séance, qui est très fructueuse. Les deux jours qui suivent, la malade rend des graviers en assez grand nombre tout d'un coup; ce signe indique, en général, qu'il ne reste plus rien dans la vessie.

Le 29 avril, M. Amussat fait une recherche qui lui démontre que le réservoir urinaire est tout à fait débarrassé. Mademoiselle Zoé quitte alors la Maison de Médecine opératoire parfaitement guérie, conservant encore un peu d'incontinence d'urine qui disparaîtra avec le temps, et lorsque le canal, qui a été fortement dilaté, sera revenu à ses dimensions normales.

— Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports: il est très rare, en effet, de voir une jeune fille de cet âge affectée d'une pierre aussi grosse et surtout adhérente.

M. Amussat a obtenu dans cette circonstance un très beau résultat, et qui prouve combien la lithotritie bien faite peut rendre de services. Un praticien fort distingué de province, M. le docteur Petit, de Corbeil, jugeant avec raison que le calcul était très dur, volumineux et adhérent, n'avait pas cru devoir employer le broiement, et il eût trouvé assurément dans ce cas bien des imitateurs; il incisa donc l'urètre en haut, et avec des pinces à polypes, comme nous l'avons dit, il brisa une partie de la pierre, dont il amena les débris à l'extérieur; mais il ne voulut pas poursuivre davantage ses tentatives, et il confia sa malade à M. Amussat. Ce chirurgien pensa que la lithotritie était applicable, malgré les conditions très fâcheuses où se trouvait notre jeune fille sous le rapport local et général, et le plus brillant succès est venu couronner son entreprise hardie. Ajoutons que M. Amussat a mis tout en usage pour placer sa malade dans des conditions favorables; sans cette précaution, la lithotritie eût probablement échoué. C'est ainsi que souvent des calculeux sont soumis à la taille qui auraient pu guérir autrement, sous prétexte que la pierre est dure, volumineuse, et les organes génito-urinaires en mauvais état. Une circonstance rend ce fait digne de beaucoup d'intérêt: c'est l'adhérence du calcul derrière le col de la vessie, adhérence qui était bien manifeste, car elle a été appréciée par nous et par plusieurs autres médecins. Malgré cette fâcheuse circonstance, le broiement a parfaitement réussi entre les mains de M. Amussat. Ceci doit engager les praticiens à imiter son exemple, dans les cas analogues qui se présenteront à eux, et à ne pas recourir trop vite à la taille, comme on le fait encore trop souvent, même dans nos hôpitaux de Paris.

Y...

Une saison aux eaux de Saint-Gervais, en Savoie; par M. Jules Determes. — Un vol. in-18, de 400 pages, avec 8 vues des Alpes. Chez J. Camus, libraire, rue Cassette, 20. — Prix: 2 fr. 50 c.

Les eaux salino-sulfureuses et gélatineuses de Saint-Gervais appartenant depuis trois ans à M. le docteur de Mey, de la Faculté de Paris, de nombreuses et utiles améliorations ont donné une physionomie toute nouvelle à cet établissement thermal si favorablement situé, près de la vallée de Chamouny, au pied du Mont-Blanc. L'ouvrage de M. le docteur Mathey, ancien inspecteur de ces eaux minérales, publié en 1819, était donc devenu insuffisant, de même que tout ce qui a été écrit jusqu'ici sur le même sujet. M. Jules Determes vient de résumer en un élégant petit volume tout ce qui peut intéresser la société d'élite qui se réunit chaque année dans cette contrée des Alpes. Quoique ce livre soit surtout destiné aux gens du monde, la partie scientifique n'y a point été négligée, et les malades y trouveront tous les renseignemens nécessaires sous le point de vue des propriétés des eaux, de leur emploi thérapeutique, etc. Nous ne pouvons que recommander l'ouvrage de M. Jules Determes, et nous pensons qu'il deviendra pour les baigneurs, comme pour les touristes, un *vade mecum* aussi agréable qu'utile.

M. Al. CAZENAVE, commencera, mardi 25 mai, à 11 heures, un Cours sur les maladies de la peau, à la Faculté de médecine, amphithéâtre de chimie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 25 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 64, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

Depuis long-temps déjà on s'occupe, en France, des maladies spéciales de la peau, et la plupart des médecins cependant n'ont, sur ce genre de maladies, que des connaissances inexactes. Les uns, pensant qu'elles sont toutes, pour ainsi dire, de la même famille, et tirent leur origine de la même source ; qu'elles présentent plutôt des différence de nom et de degré que de nature ; ne connaissant d'ailleurs d'autre classification que celle indiquée par les dénominations vulgaires de *dartres*, *teigne*, *gale*, etc., rangent dans ces groupes respectifs les maladies les plus dissemblables, et s'exposent ainsi à appliquer le traitement le moins propre, et par conséquent le plus nuisible. Les autres, au contraire, plus versés dans l'étude de ces maladies, à force de chercher des caractères différentiels, finissent par méconnaître les liens qui unissent entre elles plusieurs de ces affections, se distinguant, il est vrai, par la forme, mais reconnaissant les mêmes causes et exigeant le même traitement.

Ces deux ordres d'erreurs sont également fâcheuses. En effet, s'il est urgent de différencier la gale du prurigo, les scrofules de la syphilis, il ne l'est pas moins de rapprocher dans le même groupe des affections cutanées de formes différentes, mais qui reconnaissent toutes pour cause la syphilis, par exemple.

Ces erreurs, comme on voit, portent surtout préjudice au malade, mais elles peuvent aussi nuire au médecin qui les commet ; ainsi, il arrivera souvent que la maladie se prolongeant sous l'influence d'un traitement non approprié, le malade s'adressera à un homme plus éclairé qui signalera l'erreur. Et d'ailleurs, s'il était vrai que pour ce genre d'affections le diagnostic fût une chose à peu près inutile eu égard au traitement, le praticien ne devrait-il pas, même dans ce cas, pouvoir éclairer le malade et ceux qui l'entourent, sur toutes les circonstances de son état : dire si le mal est ou non susceptible de se transmettre par contagion ou par hérédité, s'il tient à une cause générale ou locale, s'il est accidentel ou constitutionnel, s'il est dû à des influences hygiéniques qui peuvent être modifiées, telles que l'habitation, la profession, le régime, etc. ; prédire la marche et la durée de la maladie, si elle est ou non susceptible de récidive, et quelles sont les précautions à prendre contre cette rechute. Mais comment le médecin dira-t-il ces choses s'il ne sait à quelle espèce morbide il a affaire, s'il ne sait distinguer cette espèce de toutes les affections qui pourraient s'en rapprocher par le siége, la forme ou l'apparence ; en un mot, s'il ne sait porter un diagnostic certain, ce qui lui sera toujours impossible sans une bonne classification.

Il y a une distinction très importante à faire dans les maladies cutanées, selon qu'elles sont accidentelles ou liées à une diathèse générale qui les provoque et les entretient. Il y a, en effet, une énorme différence, malgré la parité de forme, entre la bulle du *pemphygus*, conséquence de cette diathèse générale, et celle que produit une substance vésicante. Les pustules d'ecthyma spontané se prolongent long-temps, tandis qu'elles cèdent facilement à un traitement convenable lorsqu'elles sont le produit d'une cause directe et facile à connaître. Il en est de même, dans l'ordre des exanthèmes, pour l'*urticaire*. La *gale*, cette affection vésiculeuse, est simple et facile à traiter, tandis que toutes les affections du même ordre sont généralement très longues à guérir. C'est sur cette différence qu'il faut baser le traitement, qui devra être général dans le cas de diathèse, et pourra n'être que local dans les autres cas. Mais il n'est pas toujours facile d'établir cette distinction ; ainsi, la cause *prochaine* d'un grand nombre de maladies cutanées nous est tout à fait inconnu, et surtout de celles que l'on nomme vulgairement dartres. Les anciens, depuis Galien, les rapportèrent à des dégénérations humorales, à l'altération du sang, de la bile ou de la lymphe. D'autres les attribuèrent à un virus particulier qu'ils appelèrent vice dartreux. Enfin, de nos jours, la doctrine physiologique regarde les dartres comme une forme de phlegmasie particulière de la peau, et en fit alors des affections toutes locales. Ainsi, ces différentes théories se succèdent sans jeter une grande lumière sur ce point obscur de la science, et nous voyons aujourd'hui l'humorisme armé du creuset et du microscope, courir à de nouvelles recherches, dont le résultat ne vaudra pas sans doute encore celui que l'on obtient par l'observation directe, par l'observation vivante.

Il n'est pas toujours facile non plus de déterminer les causes *occasionnelles* des affections de la peau ; et si quelquefois on peut se rendre compte de leur apparition sous l'influence d'agens irritans externes, combien plus souvent ne les voit-on pas apparaître et persister long-temps sans qu'on puisse attribuer leur développement à aucune circonstance connue ? Il y a cependant certaines influences qui de tout temps ont paru prédisposer à ces affections. Ainsi l'hérédité, la contagion ont été admises pour les *dartres* par beaucoup d'auteurs, bien que ce soit resté en doute pour beaucoup d'autres. Quant à la *gale*, il est certain qu'elle est contagieuse. Les périodes des âges ont aussi une influence très marquée sur la production de ces maladies. Certaines affections des tégumens de la tête et de la face sont à peu près exclusives à l'enfance. Certaines pustules se développent à l'époque de la puberté. L'âge mûr voit souvent se développer des maladies cutanées opiniâtres, qui persistent dans un âge plus avancé. Les femmes qui arrivent à l'âge critique sont aussi sujettes à ces affections, et surtout à *l'eczéma*. Les climats chauds ont une influence marquée sur la production des maladies de la peau ; il en est de même des saisons. Tout le monde sait que c'est surtout au printemps et en été qu'elles se développent et renaissent. La malpropreté, les applications irritantes sur la peau, lorsqu'elles sont répétées, sont des causes assez communes de l'apparition des *dartres*. Les scrofules et la syphilis sont aussi des sources fréquentes de maladies de la peau ; fréquemment aussi elles sont liées à des phlegmasies des organes internes. Enfin, le régime alimentaire a une influence remarquable sur la production de ces maladies.

On a cherché de tout temps des spécifiques à appliquer aux maladies cutanées, et l'on a composé ces médicamens avec du soufre, des oxydes et des sels métalliques, particulièrement les sels de mercure et de cuivre ; les plantes détersives, dépuratives ; les substances caustiques, etc... Ce sont des charlatans qui, au quinzième siècle, se sont servis les premiers du mercure, qui est devenu un spécifique si utile contre les affections syphilitiques de toute espèce, bien qu'on ne puisse établir de lien théorique entre ce métal et la syphilis.

Il faut être circonspect dans l'emploi de ces médicamens ; car tel spécifique qui convient à une époque de la maladie peut devenir dangereux à une autre époque, ou encore devenir insuffisant. Ainsi, la *gale* cède ordinairement à l'emploi de substances caustiques lorsqu'elle est simple ; mais si elle est compliquée d'une affection qui ait déterminé l'irritation des tégumens, il faut choisir un traitement plus doux. Chez les scrofuleux, en même temps que l'on emploie un médicament spécifique, il faut prendre de nombreuses précautions hygiéniques. Pour les individus atteints de syphilis, on sera souvent obligé de varier la formule des spécifiques ; car telle préparation mercurielle réussira où d'autres auront échoué.

On a été à même tout récemment, à l'hôpital Saint-Louis, d'expérimenter deux nouveaux médicamens spécifiques. Le premier, l'anthrakokali, est dû à M. Polya, médecin de Pest, qui a publié en 1837 ses observations sur ce médicament.

L'anthrakokali (*anthrax*, charbon et *kali*, potasse) est une solution de houille dans la potasse caustique.

On emploie l'anthrakokali simple et l'anthrakokali sulfuré. Pour préparer le premier, on dissout une partie du carbonate de potasse dans dix ou douze parties d'eau bouillante, et l'on jette successivement dans cette solution autant de chaux éteinte qu'il en faut pour mettre la potasse à nu. La solution ainsi obtenue ne contient que la potasse caustique. On la filtre et on la met de suite sur le feu, dans un vase de fer, puis, on la laisse évaporer jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'écume ni d'effervescence et que le liquide présente une surface unie comme l'huile. A cette potasse caustique on mêle, en agitant, de la poudre porphyrisée de charbon de terre à la dose de 160 grammes

---

FEUILLETON.

CONCOURS POUR LES DEUX CHAIRES VACANTES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

LEÇON APRÈS VINGT-QUATRE HEURES DE PRÉPARATION (2e épreuve).

M. Lacauchie. — *Des anévrismes spontanés.*

Voilà un admirable sujet de leçon préparée ! Quelle occasion d'impressionner vivement un auditoire pour un candidat qui joindrait aux avantages naturels de la forme les avantages acquis et plus méritoires du fond. M. Lacauchie aurait pu commencer, ce nous semble, par un exposé large et rapide de la classification des anévrismes. Il lui aurait été facile de prouver par là, dès l'abord, qu'il possédait le sujet dans toute sa vaste étendue, et qu'il l'avait de longue main approfondi par lui-même.

Après avoir classé les anévrismes, M. Lacauchie aurait dit : Parmi ces espèces, voici la nôtre, voici celle que nous devons étudier et que nous allons étudier principalement sous le rapport chirurgical, selon la nature de ce concours. Immédiatement il se serait demandé : Qu'est-ce que l'anévrisme spontané, et combien de variétés renferme-t-il ? Il aurait été amené à penser que le nom d'anévrisme spontané est une dénomination sous laquelle on a voulu faire disparaître celle d'anévrisme vrai. C'est alors qu'il aurait abordé, comme il l'a fait d'ailleurs, nous verrons de quelle manière, la grande question de l'existence ou de la non-existence de l'anévrisme vrai. Cela fait, il serait entré dans l'étiologie, et il aurait trouvé sur sa route des questions comme celles-ci à résoudre : Pourquoi les anévrismes ont-ils été si bien étudiés en Angleterre ? Il aurait répondu : Parce qu'ils y sont très fréquens. Pourquoi cette fréquence ? Parce que, dans cette pa r e originaire des sociétés de tempérance règne endémiquement une intempérance alcoolique qui y multiplie les artérites, et, par suite, les anévrismes, les gangrènes spontanées. Le tour de l'histoire symptomatologique des anévrismes spontanés étant venu, il aurait pris pour type de sa description l'anévrisme poplité. Il aurait approfondi le diagnostic différentiel, et cité un certain nombre de faits, celui de Cullerier, par exemple, attendu que ce sont les faits qui frappent et restent. Cela fait, il aurait étudié l'anatomie pathologique et examiné l'importante question des anastomoses, féconde en déductions pratiques. Ensuite, il se serait demandé ce que peut devenir un anévrisme, et il aurait dit qu'il y en a qui sont restés stationnaires ; M. Velpeau en a cité plusieurs cas. Il aurait exposé le mécanisme de l'ouverture des tumeurs anévrismales et le quintuple mode de leur guérison spontanée. Enfin, il aurait étudié les divers traitemens de l'anévrisme ; poursuivant cette étude jusqu'après l'opération, il aurait vu les anastomoses rétablir la circulation, et quelquefois la tumeur anévrismale se reproduire, comme dans le cas communiqué tout dernièrement à l'Académie par M. Roux, inutilement, à ce qu'il paraît.

M. Lacauchie, avons-nous dit, a examiné la question si controversée de l'existence de l'anévrisme vrai. Après avoir cité Fernel, Sennert, et parmi les modernes, Scarpa, Hogdson, M. Lacauchie, irrésolu, a terminé en disant qu'il y avait de grandes autorités en faveur de l'opinion qui admettait les anévrismes vrais, comme en faveur de celle qui les niait. Mais il y a une autorité supérieure à toute autre, c'est celle des faits ; c'est celle-là qu'il s'agissait d'invoquer. M. Lacauchie n'y aurait pas manqué s'il s'était rappelé le mémoire de M. Breschet sur ce sujet. Une analyse rapide des observations consignées dans ce mémoire lui aurait permis de porter un jugement précis.

Dans son exposé étiologique, le candidat a parlé d'un *virus rhumatismal* qui a causé un profond étonnement. Nous avons pensé qu'il y avait *lapsus*.

M. Lacauchie n'a pas eu le temps de s'occuper du traitement. Il a parlé comme il avait écrit. Il serait assez difficile de dire beaucoup mieux : il ne le serait pas de dire beaucoup plus. M. Lacauchie brillera dans une chaire ; mais il devra se rappeler que si l'on institue des professeurs de chirurgie, ce n'est pas spécialement pour qu'ils brillent. (On comprend le sens que nous attachons à ce mot.)

Ils sont libres de briller, mais avant tout il faut qu'ils instruisent. Il y a une certaine facilité, ou, si l'on aime mieux, un certain flux de paroles qui ne constitue pas, à proprement parler, un état pathologique, mais contre lequel il faut se tenir en garde. En somme, M. Lacauchie n'aura qu'à vouloir pour être un professeur utile et faire honneur à une faculté.

M. Desprès. — *Des fractures des membres.*

Pourquoi y a-t-il, dans les concours, une leçon après vingt-quatre heures, et pourquoi le sujet de cette leçon est-il ordinairement vaste et général ? Voilà une double question que M. Després semblerait ne pas s'être adressée. Avec le jugement dont il a fait preuve, nul doute qu'il n'y eût répondu de la manière suivante : On donne une question vaste et générale parce qu'il importe de savoir si le candidat, après avoir jeté un coup-d'œil sur l'ensemble du sujet, est capable d'en résumer les élémens dans un tableau succinct et complet. Quand nous disons complet, nous avons besoin de nous expliquer. Une question générale est, selon nous, traitée complètement quand tous les points sont indiqués, et que les principaux sont approfondis. Et, certes, on ne dira pas qu'une question comme celle des fractures est trop vaste pour que l'on puisse tout indiquer : on se tromperait étrangement. Il suffit de cinq minutes pour indiquer tout ce qui a rapport aux fractures. Quand vous avez tout indiqué, et, pour ainsi dire, touché à tout ; quand vous avez, à grands traits, dessiné votre cadre et annoncé l'impossibilité radicale d'insister sur tous les détails également, on ne peut rien vous demander davantage, et on ne vous le demandera pas. Le jury qui pose à un candidat, lequel a une heure pour parler, une question comme celle des fractures ou celle des abcès, sait parfaitement que la question ne sera pas traitée complètement, dans le sens absolu de ce mot, et ne peut exiger qu'elle le soit. Ce qu'il exige seulement, c'est que le candidat prouve d'abord par une esquisse la connaissance complète du sujet, et ensuite, par des détails convenables, le sentiment, s'il nous est permis d'employer ici ce mot un peu littéraire, le sentiment des points les plus importans de la question.

Si M. Després avait procédé ainsi, s'il avait d'abord donné une idée générale de son sujet, il ne se serait pas exposé à faire penser qu'il avait omis dans son cadre l'importante question de la consolidation des os fracturés. Mais, ne nous appesantissons pas trop sur la critique. Les critiques ne se disent pas assez que leur tâche est infiniment plus facile, en général, que celle des personnes sur le compte desquelles ils exercent leur talent, si talent il y a. Pourtant, avant de finir sur ce point, on nous permettra une remarque qui ne se rapporte ni au candidat dont nous nous occupons en ce moment, ni à aucun de ses compétiteurs. Nous connaissons trop le *genus irritabile* des concurrens, en général, lesquels ont véritablement une physiologie à part, pour nous permettre aucune allusion un peu vive aux personnes. Voici notre remarque : si, d'une part, les paroles creuses ne sont bonnes, tout au plus, qu'à flatter l'oreille d'un mélomane, qui criera à l'éloquence comme si la langue française n'avait pas le mot loquacité ; d'une autre part, les meilleures choses perdent à ne pas être dites d'une certaine manière et avec un certain air. L'action

pour 192 grammes de potasse. On retire alors le vase du feu et on continue d'agiter la préparation avec un pilon jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en une poudre noire homogène. Cette poudre doit être conservée dans des flacons bien bouchés et placés dans un lieu très sec.

Pour obtenir l'anthrakokali sulfuré, il suffit de mêler exactement 16 grammes de soufre avec la poudre de charbon.

L'anthrakokali ainsi préparé est très soluble dans l'eau et dans l'alcool. Son emploi à l'intérieur, recommandé comme très utile par les docteurs Polya et Jacobovics, n'a fourni ici aucun résultat appréciable. Au contraire, appliqué à l'extérieur sous fome de pommade, à la dose d'un gramme pour 30 grammes d'axonge, on en obtient de bons effets : il agit comme stimulant et résolutif. Il est applicable dans les mêmes circonstances que les alcalis.

Le second spécifique est dû à M. Boutigny, pharmacien. C'est un sirop de deuto-iodure de mercure ioduré. Il a l'avantage de n'être pas trop désagréable au goût ; cependant il conserve encore une légère saveur styptique. Ce médicament paraît avoir une action vive sur les scrofules et la syphilis. Nous aurons d'ailleurs occasion de revenir sur son emploi.

Après la dernière leçon clinique de M. Gibert, M. Mayor (de Lausanne) est venu montrer un appareil inventé par son fils dans le but de permettre de baigner isolément les extrémités supérieures et inférieures et le bassin.

Cet appareil se compose d'un cylindre de métal creux et ouvert par les deux bouts, qui sont garnis chacun d'une manchette en caoutchouc. De plus, les extrémités de ce cylindre sont garnies de deux ouvertures latérales et diamétralement opposées fermées par des bouchons à vis. Si l'on veut baigner le bras ou la jambe, on les passe dans ce cylindre que l'on ferme par les deux bouts en appliquant les manchettes sur les parties du membre restées à nu ; puis on remplit l'appareil au moyen d'une des ouvertures latérales que l'on a eu soin de placer supérieurement ; la seconde ouverture qui se trouve alors à la partie inférieure sert à vider l'appareil.

Cette espèce de *baignoire portative* a le double avantage :

1° De permettre au malade de se promener en baignant une partie de son corps ;

2° De lui permettre de se baigner long-temps sans que le liquide éprouve un refroidissement sensible.

En effet, 1° cette machine n'étant pas très volumineuse permet, lorsqu'elle est appliquée sur quelque partie du bras, de porter celui-ci en écharpe. Si c'est sur la jambe, on peut, au moyen d'un baudrier passé sur l'épaule du côté opposé, la suspendre également dans la flexion, et la marche devient alors possible avec des béquillles.

2° Le petit volume de cet appareil ne laissant que peu de place pour le liquide après l'introduction de la partie que l'on veut baigner, il est évident que celle-ci et le liquide qui l'entoure se maintiendront long-temps dans un équilibre de température qui sera celui du corps, puisque le bain aura été d'abord d'une température un peu plus élevée.

La forme cylindrique droite n'est pas la seule, on le conçoit, qui puisse être donnée à cette machine ; ainsi, on pourra lui faire prendre telle courbure qui sera nécessaire lorsqu'on voudra baigner, par exemple, une articulation ankylosée.

Cet appareil, fort simple, peut encore servir aux irrigations ; il suffit, pour cela, d'adapter à l'une des ouvertures latérales, que l'on placera supérieurement, un siphon qui ira puiser le liquide dans un vase placé à côté. L'autre ouverture, qui se trouvera alors inférieure, laissera échapper l'irrigation au moyen d'un petit tube dont on l'aura préalablement muni.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des enfans à la mamelle.)

Fièvre intermittente ; quinine brute.

Au n° 3 de la salle Sainte-Thérèse, est couché un petit enfant, âgé de neuf mois, qui, depuis huit jours, éprouve, nous dit sa mère, des frissons qui reparaissent tous les deux jours.

Le traitement de la fièvre intermittente chez les enfans, n'est pas chose facile. Ceux-ci, en effet, refusent de prendre le quinquina à cause de son amertume. Les lavemens de la même substance, ils les expulsent. Restent les frictions avec le sulfate de quinine ; mais c'est un moyen peu facile ; il est très dispendieux, puisqu'il nécessite l'emploi d'une quantité décuple du médicament. Il ne peut, par conséquent, être conseillé à de pauvres gens.

Eh bien ! en étudiant les qualités physiques des diverses préparations de quinquina, nous avons été frappé du peu d'amertume de la quinine brute. Celle-ci offre l'aspect de la résine et, comme cette substance, elle peut se ramollir à une douce chaleur. Ainsi l'on prend un fragment de quinine brute que l'on roule dans ses doigts et que l'on réduit à la forme d'un filament de vermicelle ; on le divise alors en très petites pilules que l'on donne à l'enfant dans sa bouillie.

La quinine brute a cela d'avantageux qu'elle est à-peu-près insipide, propriété dont elle jouit parce qu'elle est insoluble. Mettez dans votre bouche une parcelle de cette substance et vous serez quatre à cinq minutes sans éprouver la moindre amertume. Mais elle est très soluble dans les acides libres de l'estomac où elle forme des acétates, des hydrochlorates, des lactates des quinine dont l'action est identiquement la même que celle des mêmes sels ingérés dans l'estomac, et dont les propriétés sont tout aussi éminemment fébrifuges que celles de ces derniers.

On donne ce médicament à la dose de 20 centigrammes, que l'on ajoute, ainsi que nous l'avons dit, à la bouillie. Pour les enfans un peu plus âgés, on la mêle à des confitures et autres préparations sucrées, qui sont ordinairement de leur goût. En conséquence, c'est un médicament qui, à cause de son insipidité, est toujours facile à prendre.

Maintenant si nous recherchons laquelle des préparations de quinquina contient plus de quinine, nous verrons le sulfate de quinine présenter 74 pour 100 d'eau ou d'acide sulfurique, tandis que la quinine brute n'en contient que 2 ou 3. Aussi est-elle plus certainement fébrifuge que lui, si toutefois on les donne tous deux à la même dose. Ajoutez encore que la quinine brute est d'un prix beaucoup moins élevé que le sulfate de quinine.

Quelques jours de traitement ont suffi pour faire disparaître la fièvre ; la quinine a cependant été continuée encore quelque temps.

Rachitis. Huile de foie de morue.

Au n° 5 de la salle Sainte-Julie est un enfant noué ; c'est-à-dire que les extrémités articulaires sont gonflées, que le ventre est aussi beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Cet enfant est rachitique et scrofuleux, et nous lui donnons l'huile de foie de morue à la dose d'un gramme par jour. Ce remède, populaire en Hollande et sur les bords de la Baltique, a été nouvellement introduit en France par M. Bretonneau, et voici de quelle manière.

Un riche Hollandais de ses cliens avait un enfant rachitique, dont la maladie avait résisté aux préparations d'iode et à tous les moyens auxquels on avait eu recours. Ce monsieur apprit alors à M. Bretonneau que tous ses enfans avaient, dans leur enfance, été atteints de scrofules, et que tous avaient guéri par l'usage de l'huile de foie de morue. Cette substance fut également donnée à l'enfant malade, qui guérit parfaitement.

Depuis lors, M. Bretonneau a toujours conseillé dans cette maladie le même médicament, et presque toujours avec succès. Pour notre compte, nous avons donné plusieurs fois l'huile de foie de morue, et nous nous en sommes très bien trouvé ; bien entendu que ce médicament serait sans effet dans le cas où la scrofule ne se bornerait pas seulement à l'engorgement des ganglions, et qu'il y aurait dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques.

Des travaux nouvellement entrepris sur l'huile de foie de morue ont démontré dans cette substance la présence d'une notable proportion d'iodure de sodium, ce qui, jusqu'à un certain point, permettrait d'expliquer son action. Mais si en même temps nous remarquons que l'iodure de sodium donné seul dans des proportions beaucoup plus considérables ne produit pas le même effet, nous pourrons croire que son état de liaison ou de combinaison à un principe animal rend son assimilation plus facile et les résultats plus évidens. Dans le cas où chez un malade le mercure ne peut être supporté, si l'on donne le lait d'une ânesse ou d'une chèvre précédemment soumise à l'action des mercuriaux, bien que la chimie ne puisse dans ce lait démontrer la présence de cette substance, il n'en est pas moins vrai que l'on guérit la vérole avec une très grande rapidité. C'est que si petite que soit la quantité de mercure, celui-ci a déjà subi une première assimilation, et l'homme alors peut se l'assimiler plus facilement. C'est peut-être à cela qu'est due son action plus active.

Nous donnerons cette substance jusqu'à la dose de 4 grammes chez les enfans. Malgré son odeur fétide, ceux-ci finissent par très bien la supporter, surtout si on a le soin de leur boucher le nez lorsqu'ils la prennent. Il faut aussi avoir soin de la mêler avec des sirops.

Variole.

Au n° 4 de la salle Sainte-Julie est un enfant de sept mois que nous avons vacciné deux fois sans succès, et qui maintenant est pris de variole. Il y avait au n° 3 de la même salle, il n'y a que quelques jours, un autre petit enfant atteint de la même maladie. Comment la variole a-t-elle pu sévir sur deux de nos enfans? C'est chose que nous ignorons ; toutefois, dans la salle voisine, il y a eu ces jours-ci cinq ou six varioleux, ce qui paraît faire comprendre l'apparition de la variole dans nos salles.

De nos deux petits enfans, celui qui est sorti guéri était

---

n'est pas exclusivement réservée aux membres du parquet et aux avocats.

Après avoir défini les fractures, M. Desprès a étudié leurs différences, qui sont nombreuses, comme on sait. Il a dit quelques mots des fractures incomplètes, au sujet desquelles il aurait pu citer le fait très remarquable de M. Campaignac, dans lequel le tibia était rompu complètement, tandis que le péroné ne l'était qu'à moitié, et était courbé dans le reste de son épaisseur. Rien n'est plus facile, d'ailleurs que d'effectuer des fractures incomplètes. On n'a qu'à prendre une côte par les deux extrémités, et à la courber lentement dans le sens de sa courbure. On cesse aussitôt que l'on sent la côte éclater, et l'on a déterminé une fracture incomplète.

M. Desprès a examiné la question des fractures longitudinales, et cité le cas de M. Cloquet, dans lequel « l'os (le fémur) était rompu entre les deux condyles ; le fragment auquel tenait le condyle interne remontait longitudinalement, en suivant la légère torsion de l'os, jusqu'au petit trochanter, et avait onze pouces de longueur. »

Il serait curieux de rechercher les diverses opinions qui ont été émises sur ce point de doctrine. Paré avait résolu la question de la manière suivante : « Aucunes fractures sont faites en la superficie, d'autres en long, sans que les os soient séparez, d'autres jusqu'à la moelle. » J.-L. Petit nie la possibilité des fractures en long. M. Desprès a fait justice, comme il convenait, de cette raison alléguée par le grand chirurgien du dix-huitième siècle, à savoir que la violence extérieure capable de fracturer un os en long aurait bien plus de facilité à le rompre en travers. Il est évident, en effet, que par cela même qu'une chose arrivera plus facilement qu'une autre, celle-ci pourra avoir lieu quelquefois. Duverney, Heister, Heyne, Wurtzen, Léveillé, M. Samuel Cooper, et d'autres encore, ont leur place marquée dans l'historique de cette question. C'est Wurtzen qui a émis l'étrange idée, que la plupart des panaris étaient dus à des fractures en long des phalanges.

M. Desprès a parfaitement exposé les causes des fractures, et leurs symptômes. L'heure s'avançait ; aussi, à l'article du traitement, s'est-il un peu hâté, si bien qu'il y a eu là quelque confusion. Disons-le, pour être vrai, la leçon de M. Desprès a laissé à désirer quant à la forme et à l'agrément ; mais il y a mis beaucoup de science. Son épreuve eût été complètement satisfaisante, s'il n'avait pas cru devoir tout dire.

M. Sédillot. — *Tumeurs érectiles.*

Les tumeurs érectiles, a dit M. Sédillot, sont des tumeurs formées par un tissu spongieux et vasculaire, analogue à celui des corps caverneux, analogie qui leur a fait donner le nom sous lequel elles viennent d'être désignées.

Après cette définition, le candidat a exposé la synonymie fort variée de ces tumeurs, que l'on désigna d'abord sous le nom de *nævi materni*, et que J.-L. Petit, qui en a réuni plusieurs observations dans son chapitre des *Tumeurs où il y a collection de matières*, nomma *tumeurs variqueuses*, et qui depuis ont reçu successivement le nom d'*anévrismes par anastomose* ou *des petites artères*, de *fongus hématodes*, etc. M. Roux avait d'abord adopté cette dernière désignation ; mais il dut l'abandonner par la suite, ayant reconnu que les chirurgiens anglais, auxquels il l'avait empruntée, l'appliquaient à une autre affection, le cancer cérébriforme. Ce n'est pas à dire que le nom de fongus hématode ne puisse, dans un grand nombre de cas, s'appliquer aux tumeurs érectiles. On sait, comme l'a très bien fait remarquer M. Velpeau, que ces tumeurs, outre la dilatation des vaisseaux capillaires qui les constituent, se compliquent très souvent de la présence des substances cérébroïde ou mélanique. C'est alors que leur est applicable la dénomination de fongus hématodes, qui forme, dans ce sens, la quatrième classe des tumeurs érectiles de M. Velpeau. Les autres classes sont : 1° les tumeurs érectiles artérielles ; 2° les tumeurs érectiles veineuses ; 3° les tumeurs mixtes. N'oublions pas une désignation presqu'aussi générale que celle des tumeurs érectiles, celle de *tumeurs fongueuses sanguines*. C'est sous cette dernière dénomination que la question fut posée dans un autre concours, celui de l'agrégation, en 1837.

M. Sédillot est passé ensuite à l'historique, dans lequel ont figuré successivement les noms de J.-L. Petit, de John Bell, de Dupuytren, de M. Roux, de Wardrop, de Guthrie, de M. Velpeau, de M. Hervez de Chégoin, etc.

C'est notre J.-L. Petit qui, le premier, a fixé d'une manière précise l'attention sur ces sortes de tumeurs. Les détails qu'il a donnés révèlent toute la sagacité de son observation, et toute la solidité de son jugement. Il rapporte le fait d'une femme qui, à la suite de l'extirpation d'un sein cancéreux, éprouva une hémorrhagie en nappe qui la fit mourir, et qu'il attribue à un vice scorbutique. « Ce n'est pas, dit-il, qu'il y eût quelque vaisseau considérable d'ouvert ; mais le sang sortait comme d'une éponge dans toute l'étendue de la plaie. » Et plus bas, il ajoute : « Il y a des tumeurs variqueuses auxquelles j'ai vu survenir semblable hémorrhagie après l'amputation ; mais cela n'arrive que quand elle a été mal faite. » En effet, il cite le cas d'une tumeur pareille qui avait été extirpée de dessus le moignon de l'épaule d'un homme, mais extirpée incomplètement, de telle sorte que le fond de la tumeur avait été laissé. Une hémorrhagie inquiétante avait lieu depuis quinze jours. J.-L. Petit enleva le fond de la tumeur, et l'écoulement de sang s'arrêta.

Les réflexions dont cette observation est suivie sont admirables de justesse. Le lecteur ne pourra qu'être très satisfait de les lire ou de les retrouver : « J'ai trouvé, dit notre grand chirurgien, plusieurs de ces tumeurs, que j'ai emportées sans avoir la moindre hémorrhagie, car j'ai toujours coupé assez avant au-dessous du corps variqueux. Cependant je ne coupais pas moins les mêmes vaisseaux, mais je les coupais dans le lieu où ils n'avaient que leur diamètre naturel, au lieu que celui qui avait coupé la tumeur dont je viens de parler avait coupé ces vaisseaux dans l'endroit où ils avaient vingt ou trente fois plus de diamètre que dans l'état naturel. Je ferai remarquer ici ce que je n'ai dit qu'en passant, savoir : que le sang de cette hémorrhagie ne jaillissait point ; il coulait en nappe ; il y avait cependant autant d'artères coupées que de veines ; mais comme le sang artériel passait d'un vaisseau étroit dans un infiniment plus large, il perdait toute sa vitesse, et ne faisait, pour ainsi dire, que baver au lieu de jaillir. »

Mais reprenons notre analyse.

Après la définition, la synonymie et l'aperçu historique, M. Sédillot a exposé l'étiologie des tumeurs érectiles. Dans un certain nombre de cas, elles ne sont que le développement d'une tache congéniale sanguine ou *nœvus*. Dans d'autres, elles résultent de contusions, comme dans le fait de J.-L. Petit (contusion sur l'épaule), dans un autre de Boyer (contusion prolongée par la pression d'un fusil sur l'avant-bras), dans un troisième de Dupuytren (coup de pied de cheval), etc. Une observation de M. Guersant fait voir une tumeur fongueuse sanguine du genou, succédant à une entorse de cette articulation. Ici le rapport étiologique est douteux. Enfin, souvent il est impossible de remonter à la cause.

Après ces considérations qui, bien entendu, ne sont ici que très résumées, M. Sédillot a étudié les tumeurs érectiles suivant leurs différences, qui se rapportent :

A. Au siége.

couché au n° 3 ; l'autre est, ainsi que nous venons de le dire, au n° 4. Celui-ci ne fut pris qu'au bout de cinq semaines seulement ; l'enfant du n° 3, au contraire, ressentit, dès le troisième jour de son entrée, les premiers symptômes de cette maladie. Ainsi, voici deux enfans placés l'un à côté de l'autre, dans des conditions à peu près semblables, qui prennent la variole, l'un le troisième jour, l'autre le trente-cinquième. Vous voyez tout de suite combien il est difficile de savoir comment se comporte la contagion chez des individus qui paraissent, en définitif, soumis aux mêmes influences ; toutefois, chez l'un comme chez l'autre la variole est discrète.

Chez l'enfant du n° 4, nous observons un phénomène assez curieux sur lequel nous appellerons votre attention. Voilà quatre jours, la fièvre chez lui débuta avec assez de vivacité, sans être accompagnée de dévoiement ; il y eut un peu de stupeur, mais pas de convulsions. Depuis quelques jours, il lui était survenu une inflammation érythémateuse du bas-ventre, des fesses et des cuisses. Hier, en examinant ces parties, nous trouvons au bas-ventre deux pustules varioliques qui paraissent douloureuses au toucher. Aujourd'hui, dans ces mêmes points, les pustules sont nombreuses et confluentes ; à la face, au contraire, et sur le reste du corps l'éruption est discrète.

Déjà nous avons eu occasion de vous dire que la variole survenant chez un individu, elle commençait par occuper les parties fluxionnées, soit que cette fluxion fût due à la malpropreté ou à toute autre cause, soit même qu'elle fût physiologique, comme à la face, etc. ; et nous avons ajouté que l'éruption était là plus confluente qu'en aucun autre endroit. Aussi, est-ce à la face, aux mains et aux pieds que l'on trouve les pustules les plus nombreuses, comme c'est par ces parties que celles-ci apparaissent d'abord ; mais pour les enfans à la mamelle, c'est par les fesses et les cuisses que l'éruption commence, parce que le contact permanent des urines et des matières fécales entretient continuellement dans ces parties une fluxion irritative. Aussi voit-on, chez les enfans à la mamelle, les cuisses, les fesses, le scrotum, les grandes lèvres, être le siége de pustules nombreuses, plus confluentes et plus avancées qu'en aucune autre région. Ces mêmes particularités se rencontrent dans la variole discrète elle-même.

Cette circonstance de l'apparition moins tardive de l'éruption quand la variole doit être confluente, a été notée par Sydenham et Stoll, puisqu'ils disent que les pustules n'apparaissent que le quatrième ou cinquième jour quand la variole doit être discrète ; c'est le troisième jour, au contraire, lorsqu'elle doit être confluente. Ainsi, le plus ou moins de durée des prodromes indiquerait que l'éruption sera ou discrète, ou confluente.

Eh bien ! c'est précisément ce que nous avons observé chez notre enfant du n° 4, qui présente une variole discrète à la face, sur les bras, la poitrine, et une variole confluente au bas-ventre, aux cuisses et aux fesses. Les pustules se sont présentées dans ces dernières parties le troisième jour, après le début de la fièvre, et ce n'est que le quatrième, que nous en avons observé à la face. De sorte que dans les points où l'éruption est confluente, celle-ci s'est montrée plus tôt ; au contraire elle s'est montrée plus tard dans les points où elle est discrète.

Déjà, dans une de nos précédentes réunions, nous avons appelé votre attention sur une jeune fille chez laquelle vous avez pu remarquer la confluence des pustules au pourtour d'un vésicatoire qu'elle avait au bras, bien qu'elle ne fût atteinte que d'une variole très discrète. Chez l'enfant du n° 4 de la salle Sainte-Julie, l'urine a agi sur les cuisses comme le vésicatoire sur le bras de la jeune fille, c'est-à-dire qu'elle a déterminé une fluxion des parties.

A cette occasion nous vous dirons qu'il faut se garder, au début des affections éruptives, soit de la peau soit de l'intestin, de fluxionner ces parties. Autant les évacuans sont utiles dans les fièvres exanthémateuses intestinales, lorsque l'éruption est accomplie, autant ils pourraient entraîner des conséquences fâcheuses si on les donnait au début de la maladie. Nous en avons eu un exemple chez une jeune femme qui fut couchée au n° 40 de la salle Ste-Anne, et qui mourut vingt-quatre heures après son entrée. Chez elle, au début de la fièvre typhoïde, on lui administra plusieurs éméto-cathartiques, sous l'influence desquels la maladie s'aggrava et se termina promptement par la mort. Eh bien, il est probable que si on n'avait eu recours aux évacuans que plus tard, comme alors l'éruption de l'intestin eût été accomplie, on aurait eu tous les bénéfices de cette médication. Employés au début, ces médicamens, en fluxionnant la muqueuse intestinale, auraient donné lieu à une éruption confluente qui, sans cela, n'aurait peut-être été que discrète et peu grave ; ce qui se comprend fort bien d'après ce que l'on observe dans la variole. Sur 13 malades atteints de fièvre typhoïde, nous n'en avons perdu qu'une seule, et c'est celle dont nous venons de vous parler ; chez les autres, nous n'avons donné les purgatifs que plusieurs jours après le début des accidens, et pas un n'a succombé.

L'enfant du n° 4 a aujourd'hui moins de fièvre qu'hier ; il est probable que demain celle-ci aura tout à fait disparu.

Arrivons aux soins hygiéniques dont il convient d'entourer les enfans varioleux.

Le premier mot qu'a prononcé la mère de notre petit enfant, aussitôt qu'elle sut que celui-ci était atteint de variole, c'est qu'il fallait beaucoup le couvrir, afin, disait-elle, de faciliter l'éruption ; et cependant nous lui avons recommandé de n'en rien faire, sous peine de voir la maladie s'aggraver. Toujours pour en revenir à ce que nous vous disions tout-à-l'heure, qu'au lieu de chercher à augmenter la chaleur de la peau au début d'une fièvre éruptive, il était convenable de ne point couvrir l'enfant plus que d'habitude.

Sydenham, à qui l'expérience démontra que de tous les préceptes populaires, celui de trop couvrir les enfans au début d'une affection éruptive, était le plus funeste, fut le premier qui fit placer les varioleux dans un lieu frais. Ainsi, son instruction et sa pratique l'avaient conduit à cela ; il avait observé, en effet, que toutes les fois que la peau était le siége d'une fluxion, quelle qu'en fût la cause, l'éruption était toujours plus confluente. C'est pour cette raison qu'il conseillait à ses malades, au début de la variole, de se promener en plein air lorsque la saison le permettait, loin de partager l'opinion du peuple qui craignait de découvrir les varioleux, dans la crainte de faire rentrer l'éruption. L'action du froid ne saurait faire disparaître une éruption pustuleuse. Au contraire, sous l'influence d'une température peu élevée, les affections efflorescentes, telles que la scarlatine, la rougeole, finissent plus tôt, c'est-à-dire, suivant une expression vulgaire, qu'elles rentrent.

Nous avons cru conseiller à la mère de l'enfant du n° 4 de mettre son enfant dans des conditions telles qu'il n'ait ni trop chaud, ni trop froid, et vous verrez que, sous l'influence de cette simple précaution, la variole sera encore plus bénigne.

Dans votre pratique, l'on vous interrogera souvent pour savoir s'il faut changer les enfans atteints de variole, de rougeole ou de scarlatine, et vous verrez les gens les plus propres laisser croupir leurs enfans dans la malpropreté, ce qui peut entraîner chez ces petits malades des accidens graves. Aussi avons-nous soin, dans les affections éruptives, de faire souvent changer de linge et de chemises, en recommandant bien de faire chauffer le linge et les chemises dont on doit se servir.

Parmi les maladies qui s'accompagnent d'accidens graves, il en est deux, la variole et la scarlatine, qui occupent le premier rang, et qu'il faut surveiller sous le rapport de la propreté. A la suite de ces deux affections éruptives, l'on voit souvent survenir des engorgemens, des bubons scarlatineux, des inflammations érythémateuses, etc. Or, pour peu que vous laissiez quelques points de la surface de la peau s'irriter, vous facilitez l'apparition de ces accidens ; au contraire, en plaçant votre malade dans une atmosphère convenable, vous avez plus de chances de les prévenir.

M. Piorry a toujours vu, sous l'influence des bains dans la variole, les accidens fébriles diminuer d'intensité. Eh bien, par les soins de propreté, l'on agit à peu près de la même manière ; vous prévenez ainsi l'irritation de la peau, et vous rendez même considérable la résorption purulente.

Arrachement complet des tégumens des parties externes de la génération ; par M. Demarquette, d.-m.-p, à Henin-Lietard.

Un jeune homme, âgé de quatorze ans, de la commune de Montigny, étant employé dans une fabrique de de sucre indigène à retirer la pulpe de dessus la râpe, fut pris par le sarrau, à la partie saillante de l'axe de cette machine et, dans un clin d'œil, il fut précipité dans ce mouvement énorme de rotation. Toute la partie de ses vêtemens qui couvre le devant du corps céda fort heureusement, et l'individu se trouva débarrassé comme par miracle, au cruel détriment toutefois d'une partie de sa peau, que l'on reconnut au milieu des lambeaux de vêtement roulés autour de l'axe. Ce ne fut que quelques heures après que je vis ce malheureux ; il était calme, quoique sous l'influence d'une réaction assez forte. Une vaste plaie nette et sans hémorrhagie occupait toutes les parties génitales et laissait voir à nu, comme après une dissection minutieuse, le pénis, les testicules et leur cordon. Cette plaie, remarquablement régulière, s'étendait de l'extrémité supérieure de la région pubienne jusqu'à deux travers de doigt de l'anus et se limitait de chaque côté au pli de l'aine. Les organes ainsi dépouillés de leurs tégumens propres et de leur enveloppe, enlevés tout d'une pièce, offraient l'aspect le plus étrange. Ils me parurent sains d'ailleurs, à part l'allongement considérable qu'ils avaient subi.

Des réfrigérans appliqués sur la plaie, quelques saignées générales, furent mis en usage pendant les premiers jours. Je me suis borné ensuite au pansement simple avec le linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de beaucoup de charpie. Pendant six semaines la suppuration fut énorme. Après ce temps la plaie se rétrécit peu à peu en attirant à elle la peau des parties voisines. Les testicules et le cordon, ayant disparu sous les bourgeons charnus remontèrent vers les anneaux, où ils se fixèrent en formant là une tumeur de chaque côté. Bientôt la peau environnante gagna le centre et y forma une sorte de bourrelet dur, froncé, au milieu duquel apparut la verge, rabougrie, recouverte d'une pellicule et réduite à des dimensions fort exiguës. Du reste, ce jeune garçon se rétablit très bien. Il est aujourd'hui, cinq ans après, grand, vigoureux, et sait prouver, à l'occasion, que ses organes sont encore aptes à remplir leurs fonctions.

Ainsi les tumeurs érectiles se produisent : 1° à la peau ; 2° dans le tissu cellulaire sous cutané ; 3° dans les organes. On en a observé dans le poumon (Andral), dans le rein (Lobstein), dans le cerveau (Marjolin, Cruveilhier) ; 4° dans les os (Pearson, Scarpa, Lallemand, Breschet, Dupuytren).

D'après une loi établie par M. Roux, ces tumeurs sont plus fréquentes dans la moitié supérieure du corps qu'inférieurement.

B. A la forme.

Parmi les tumeurs que le candidat a citées, il en est une qui était implantée au bout du nez d'une femme, et qui avait la forme d'un pénis.

C. A la nature.

Elles sont : 1° artérielles ; 2° veineuses ; 3° mixtes ; 4° mêlées de tissu fibreux, cérébriforme ou mélanique.

D. Enfin, à la marche.

Nous nous abstenons, comme on voit, de toute remarque, et nous nous bornons à la stricte analyse. Le lecteur jugera.

Est venu ensuite le tour des symptômes, qui ont été étudiés dans les tumeurs artérielles, dans les tumeurs veineuses, dans les tumeurs mixtes, et enfin dans celles compliquées de tissus anormaux. L'exposition des symptômes a été suivie de l'étude du diagnostic différentiel. Toutes les fois que cela a été nécessaire, un ou plusieurs faits ont appuyé la proposition émise. La leçon de M. Sédillot a été, avant tout, une leçon de faits.

Au sujet de la différence qui existe entre les symptômes des tumeurs artérielles et ceux des tumeurs veineuses, M. Sédillot s'est posé une objection qui lui avait déjà été faite, la voici : Comment peut-il y avoir des tumeurs artérielles et des tumeurs veineuses, puisque ce sont les capillaires qui sont affectés dans ces sortes de tumeurs, et que les capillaires veineux et artériels sont confondus. Toutes les tumeurs, d'après cela, devraient être mixtes. Mais, comme l'a fort bien dit M. Roux, ce n'est pas autant d'après les caractères de la tumeur que d'après l'état des vaisseaux qui l'avoisinent immédiatement, que l'on juge de la nature artérielle ou veineuse de cette tumeur.

Ainsi, dans une tumeur érectile artérielle, ce sont les artérioles voisines qui sont développées, tandis que ce sont les veines si l'on a affaire à une tumeur érectile veineuse.

Les terminaisons et le pronostic ont été étudiés ensuite. On doit remarquer que le candidat n'a pas fait d'article spécial pour l'anatomie pathologique. C'était inutile : tous les détails anatomiques avaient été exposés au sujet de la nature de ces tumeurs.

Avant d'aborder le traitement, M. Sédillot s'est posé ces deux questions : 1° Faut-il opérer toutes les tumeurs érectiles ? Non. 2° Faut-il opérer chez les enfans ? Non, à moins d'un cas tout exceptionnel.

Les méthodes et procédés de traitement dirigés contre les tumeurs érectiles sont extrêmement nombreux. Il est possible cependant de les ramener, avec M. Sédillot, à six chefs, selon que l'on a pour but :

1° De faire disparaître la tumeur par résorption ;
2° De la faire disparaître par défaut de sang ;
3° De déterminer la formation de cloisons fibreuses ou inodulaires dans son épaisseur ;
4° De la détruire ;
5° De la faire tomber au moyen d'une ligature ;
6° De l'extirper.

M. Sédillot, fidèle à sa méthode de faire toujours marcher le fait à côté du dogme, a cité, à propos de la ligature, le cas si intéressant de M. Velpeau et celui de M. Jobert, qui offre, si notre mémoire ne nous induit pas en erreur, le premier exemple de guérison d'une tumeur érectile de l'orbite par la ligature de la carotide primitive.

Cette leçon a-t-elle été riche et méthodique ? C'est une question que le lecteur pourra résoudre lui-même. Ne craignons pas de terminer en disant que la forme a été digne du fond, si bien qu'à la fin de la leçon l'amphithéâtre entier a longuement applaudi.

M. Rigaud. — *De l'anévrisme variqueux.*

Nous avons dit, dans notre premier article, qu'il y avait, parmi les candidats, des concurrens dont les titres scientifiques étaient encore dans l'avenir. Cela paraît avoir été mal compris. Nous n'avons pas voulu dire, assurément, que les personnes dont nous parlions n'avaient donné aucune preuve de savoir et de capacité. On n'est pas prosecteur d'une faculté ou professeur d'un hôpital d'instruction sans avoir passé par des épreuves méritoires. Mais autre chose est faire preuve de savoir, autre chose est avoir des *titres scientifiques*. Il s'agit de s'entendre sur ces mots. Pour nous, nous croyons qu'il y a peu de jeunes hommes qui réunissent beaucoup de titres scientifiques. Cela doit être difficile, surtout en médecine, où le savoir ne peut guère se passer de l'expérience. Personnellement, nous pensons avoir fait preuve de travail dans quelques circonstances ; mais nous sommes loin de nous persuader que par cela même nous possédions des titres. Si ceux-ci s'acquéraient aussi aisément que le supposeraient volontiers certaines personnes, il n'y aurait pas grand mérite à en être fourni. Nous devons le dire, ce n'est pas M. Rigaud lui-même qui se serait trouvé froissé de nos paroles. M. Rigaud est un homme sérieux qui tient la science pour ce qu'elle vaut, et qui sait bien que les titres scientifiques sont assez généralement le partage de la virilité, laquelle, pour les chirurgiens, ne commence guère que vers quarante ans.

Au reste, c'est chose merveilleuse que la susceptibilité de la jeunesse chirurgicale de l'Ecole. On ne fait pas plus soudainement remuer un batracien à l'aide de la pile, qu'on ne convulsionne certains aspirans au professorat ou à l'agrégat avec une phrase, souvent avec moins. De ce que parmi les médecins règne assez généralement une susceptibilité déréglée, les adeptes, pour se faire prendre au sérieux, simulent le même travers, qu'ils outrent nécessairement. Nous avions pensé que l'espèce littéraire était la plus sensible de toutes au salutaire contact de la critique : nous nous étions malheureusement trompé. C'est pourtant là un *vice général*, comme le scorbutique ou un autre, et nous croyons que les bons esprits doivent tendre à l'extirper. A cet effet le meilleur moyen est de dire, sans trop de ménagement, pour commencer, la vérité à tout le monde.

Nous ne pouvons que donner une idée bien vague et bien générale de la leçon de M. Rigaud. Ce candidat parle si bas, ou du moins il a parlé si bas, qu'il suffisait d'une porte qu'un élève fermait pour nous empêcher de l'entendre. Il nous a été possible cependant de juger l'ensemble de la leçon. M. Rigaud a traité son sujet sagement, et a prouvé qu'il le connaissait entièrement.

M. Sanson. — *Des abcès.*

M. Sanson a le tort de venir le dernier, c'est-à-dire au moment où nous avons employé plus que la place qui nous était réservée. D'ailleurs, pour analyser sa leçon d'une manière complète, il nous faudrait entrer dans de très longues considérations, ce candidat ayant envisagé sa question d'un point de vue très élevé. Au surplus, M. Sanson est déjà bien loin de son début, et il a fait ses preuves ; cela diminue nos regrets de ne pouvoir consacrer à sa leçon une réflexion en rapport avec le mérite de ce candidat.

Nous attendrons pour faire un troisième et dernier article sur ce concours, la fin de toutes les épreuves. C. J. M.

Ce fait intéressant et peut-être unique dans la science, peut être rapproché, au point de vue de la manière dont il a été produit, de celui communiqué dernièrement, par M. le docteur Lavacherie, à M. Leroy d'Etiolles.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 24 mai.

Appareil balnéable. — M. Mayor présente un appareil ingénieux destiné à l'administration d'un bain local, soit à gaz, soit liquide, dans une région quelconque du corps qu'on veut circonscrire, et sans qu'il soit nécessaire que le patient quitte la position horizontale dans son lit. (Commission.) (*Voir* plus haut l'article sur la clinique de M. Gibert à Saint-Louis.)

Médecine urinaire. — M. Donné écrit une longue lettre concernant des observations microscopiques sur l'urine dont il doit s'occuper dans son cours. Ces observations portent précisément: 1° sur le moyen de diagnostiquer la grossesse d'après l'inspection des urines : ces urines contiennent une matière particulière s'il y a réellement grossesse ; 2° sur le moyen de diagnostiquer sûrement la phthisie tuberculeuse et d'autres maladies d'après l'inspection des urines, et en l'absence du malade.

Chirurgie urinaire. — M. Paraday communique à l'Académie l'extrait d'une lettre qu'il a reçue d'un prêtre missionnaire qui se trouve en ce moment en Tartarie, et dans laquelle il lui assure que les chirurgiens chinois guérissent parfaitement la pierre de la vessie sans opération à l'aide de boissons dissolvantes. Ce missionnaire se nomme Dubois, et assure avoir été lui-même débarrassé de cette maladie dans l'espace de deux mois. La pierre a été fondue et rendue dans les urines.

— Nous apprenons la mort de l'une de nos célébrités médicales, de madame veuve Boivin, docteur en médecine, auteur de plusieurs grands et beaux ouvrages sur les accouchemens, sur l'anatomie pathologique et sur les maladies des femmes.

Madame Boivin avait été surveillante en chef de l'hospice de la Maternité et de la Maison royale de santé de Paris ; elle était décorée de l'ordre du mérite civil de Prusse ; elle avait été honorée du titre de correspondant par plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères, après y avoir remporté des prix. Née en 1774, elle vient de succomber à une dernière attaque d'apoplexie. Elle était retirée depuis quelques années à Versailles, au sein de sa famille, et dans une médiocrité de fortune qui correspondait mal aux services sans nombre que, dans sa laborieuse et utile carrière, elle avait rendus à l'humanité souffrante. Encore ne serait-il pas mal que dans cette société où l'on prêche tant le dévouement et la charité, la charité et le dévouement trouvassent leur récompense, sans préjudice de celle qui peut les attendre dans un *monde meilleur.*

— M. Edouard Robin ouvrira un nouveau cours de chimie le 25 mai, à deux heures moins un quart.

APPAREIL DUVAL

Pour prendre les bains de vapeur sèche, les bains aromatiques par la voie humide, les douches locales et les fumigations aromatiques (1).

L'utilité des bains de vapeur est depuis long-temps reconnue ; les plus habiles médecins recommandent leur emploi comme un puissant moyen de guérison dans un grand nombre de maladies, et particulièrement dans l'hémiplégie incomplète, à la suite de congestion ou d'hémorrhagie cérébrale, dans les rhumatismes chroniques, la péritonite chronique, le lumbago, les maladies nerveuses, dans les maladies de la peau, etc. Mais jusqu'ici de nombreuses difficultés ont empêché que l'usage des bains de vapeur ne devînt général : on ne peut se les procurer qu'à grands frais (de 300 à 500 francs) ; leur application est environnée de précautions qui les rendent coûteux et gênans, en nécessitant ou le déplacement des malades ou le concours de plusieurs personnes pour l'administration de ces bains.

Pour obtenir de ce puissant moyen tous les services qu'on en peut attendre, il restait donc à trouver un procédé qui en rendît l'usage facile aux riches, économique aux pauvres, et dont l'appareil peu coûteux pût être conservé sans embarras et servir à tous les instans : tel est le but qu'a atteint M. Duval.

L'appareil construit par M. Duval peut servir à administrer :

1° Des bains de vapeur entiers ;
2° Des douches de vapeur sur différentes parties du corps ;
3° Des douches de vapeur aromatiques ;
4° Enfin des bains de vapeurs dites vapeurs sèches qui proviennent seulement de l'eau qui résulte de la combustion de l'alcool.

M. Duval n'a pas cru devoir s'arrêter dans les recherches qu'il avait faites sur les moyens d'administrer d'une manière économique les bains de vapeur, il a pensé que son appareil pourrait avoir d'autres destinations et qu'il pourrait être appliqué à l'administration des bains médicamenteux. Suivant les conseils de M. Chevallier, l'un des rapporteurs chargé de rendre compte de son invention à l'Académie de médecine, M. Duval a déjà modifié son appareil de façon que le bain destiné à donner des bains de vapeur d'eau, des bains de vapeur aromatique, peut être employé à donner des bains sulfureux que nous devons désigner sous le nom de *bains hydro-sulfureux*, puisque le malade reçoit tout à la fois de la *vapeur d'eau* et de la vapeur *acide sulfureux*, ce qui a paru des plus utile dans les essais qu'on a faits.

Un grand nombre d'essais ont été faits à l'aide de cet appareil dans diverses circonstances : 1° En opérant sur divers malades, dans des maisons particulières, et sur la demande de médecins ; MM. Rayer, Costa, Lalanne, Pujos, Gogot, Mitivié, Robert. Des expériences ont également été faites à la Salpêtrière dans le service de M. Pariset; à Lourcine et à la Pitié dans celui de M. Robert ; à l'Hôtel-Dieu dans celui de M. Honoré ; à Saint-Louis dans les salles de M. Emery. Voici les paroles de ce médecin :

« Treize malades couverts de prurigo ont été traités par ce procédé, ils ont tous été guéris en moins de six semaines ; plusieurs portaient cette cruelle affection depuis cinq à six ans. Le nombre de personnes que j'ai traitées par ce moyen n'est pas encore assez considérable pour que j'affirme qu'on guérit toujours par son administration cette maladie souvent rebelle à tous les traitemens, mais cependant les résultats obtenus sur ce petit nombre sont tels, que je n'hésiterai pas à m'en servir à l'avenir, et que je conseille aux médecins de l'employer, car il ne fait naître aucun accident fâcheux. »

De nouvelles tentatives ont été entreprises par MM. les membres de la commission nommée par l'Académie de médecine, et tous se sont accordés relativement à l'utilité de ces appareils. Nous ne pourrions mieux faire que de transcrire les conclusions du rapport à l'Académie qui établissent : 1° que cet appareil est utile en ce qu'il remplit les conditions qu'on se propose dans l'administration des bains de vapeur ; 2° que la modicité du prix permet de l'employer d'une manière plus générale, et spécialement dans les hôpitaux ; 3° que l'emploi de l'alcool rend l'appareil plus commode en ce qu'il n'y a nul besoin de déplacer le malade, etc.

(1) Rue du Temple, 105, à Paris.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 27 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 65, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Considérations préliminaires. (Premier article.)

Avant d'entrer en matière, nous avons besoin de nous appuyer sur certaines propositions fondamentales, dont la connaissance et l'admission sont indispensables pour l'intelligence du sujet que nous avons à traiter.

Ainsi :

Première proposition. — Il n'y a dans l'homme, pour le médecin, que des organes et des fonctions.

Deuxième proposition. — Les organes sont les causes, et les fonctions les effets.

Troisième proposition. — Les fonctions sont les organes en exercice.

Et nous dirons, pour donner ici un exemple à l'appui de ce que nous avançons : la digestion, la circulation, les sécrétions, etc., sont les effets ou les fonctions, résultant de l'exercice des appareils servant à la production de ces phénomènes ; c'est-à-dire, des organes digestifs, circulatoires, sécrétoires, etc.

Ces principes une fois admis, il ne nous reste plus qu'à examiner les conséquences qui en découlent nécessairement. Nous admettrons donc sans peine :

1° Que, lorsque les organes sont dans un type normal, les fonctions le sont aussi : état qui constitue ce que nous appelons la *santé*.

2° Que lorque, au contraire, les organes sont malades, les fonctions ne peuvent s'exécuter normalement et sont troublées : état qui constitue la *maladie*.

Par conséquent, dans tous les cas pathologiques qui nous sont offerts, c'est vers l'organe lésé, correspondant à la fonction malade, qu'il faut diriger nos moyens d'investigation. Pour parvenir plus facilement au résultat de nos recherches, nous considérons que cette lésion organique envisagée sous toutes les formes et dans tous les caractères, peut être *profonde*, *légère* ou *superficielle*, *primitive* ou *consécutive*, *persistante* ou *fugitive*, c'est-à-dire donnant ou non après la mort des signes évidens de sa persistance. Toujours est-il que, dans tous les cas, à toute espèce de trouble fonctionnel, il est raisonnable d'admettre un trouble quelconque de l'organe correspondant ; par cela même que tout effet reconnaît une cause manifeste ou cachée, et qu'il serait irrationnel de la nier par cela seul qu'elle échappe à nos recherches.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés qui s'élèvent contre cette manière de voir. Nous savons que des fonctions sont profondément lésées et même que la mort survient sans qu'il soit possible de découvrir, par l'exploration la plus attentive, la plus légère altération de l'organisme. Nous savons qu'on trouve des altérations très profondes sans expressions fonctionnelles. Nous avons vu souvent des désordres fonctionnels considérables avec de très petites altérations, et réciproquement, c'est-à-dire des altérations organiques qui ne sont pas en rapport avec les symptômes.

Mais ce sont là des cas exceptionnels et fort rares relativement à l'immense majorité des autres, et qui prouvent seulement que nous ne connaissons pas encore tous les mystères de l'organisme, que nos moyens d'investigation sont encore fort imparfaits, mais qu'ils ne prouveront jamais que, dans une machine organisée, il y ait autre chose que de l'organisation. Nous faisons abstraction de l'ame, car l'ame étant un être immatériel, immortel, ne peut être malade, et ce ne peut être qu'ailleurs que dans l'organe chargé de ses manifestations qu'on doit chercher l'altération qui produit l'altération mentale.

En résumé, si bien souvent les symptômes sont les mêmes et les lésions différentes ; si les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec les lésions ; si enfin les symptômes et l'altération elle-même sont quelquefois dans un rapport tout à fait opposé, tous ces phénomènes restent, quant à présent, sans explication suffisante ; il faut en accuser la marche inachevée de la médecine, qui atteindra quelque jour, sans doute, le degré de perfection auquel sont arrivées les autres sciences exactes. Il n'en est pas moins vrai cependant que déjà les anomalies morbides et les cas latens sont moins rares qu'ils ne l'étaient encore à une époque qui n'est pas bien éloignée de nous.

Mais ce ne sont pas là toutes les difficultés que l'organisme ait à combattre, et l'on a cru lui en opposer de plus sérieuses encore en invoquant l'âme et les propriétés vitales. Ainsi, la lésion organique existe, une pneumonie, supposons, ou bien une péritonite : mais ni l'une ni l'autre ne constituent la maladie dont elles ne sont que l'effet, cette dernière résidant dans la cause ou étant identique avec la cause elle-même qui a provoqué la lésion organique. Développons un instant cette proposition.

Pour les médecins qui ont admis l'existence des propriétés vitales, c'est-à-dire de propriétés telles qu'on les observe dans l'organisation en exercice, pour ces médecins c'est l'altération de ces propriétés qui constitue la maladie. Jusqu'au dix-septième siècle, les médecins ne cherchèrent pas à ramener à des lois générales les phénomènes de la vie ; se contentant de les observer, les anciens ne firent aucun effort pour les généraliser, et leurs théories, quoique nombreuses, empruntées des doctrines philosophiques qui régnèrent à certaines époques n'eurent jamais les lois vitales pour objet. L'humorisme, le solidisme, le dogmatisme, l'empirisme, le méthodisme, l'éclectisme, tels furent les systèmes qui dominèrent tour à tour dans les écoles jusqu'au moment où Stahl parut. Vanhelmont admit un *archée*, auquel il attribua la direction de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques de l'organisme.

Après lui, vers la fin du dix-septième siècle, Stahl invoqua son *âme raisonnable* qui veillait à la conservation de l'être vivant, mais dans une voie plus raisonnable. Vicq d'Azir admit que *la contractilité et la sensibilité* n'étaient que des fonctions, ce qui lui fit encourir les reproches de Bichat, qui l'accusa d'avoir confondu l'effet avec la cause. Bichat, séduit par les découvertes de Newton, considéra les forces de la nature comme existant *à part* par elles-mêmes indépendantes des corps ; Bichat admit aussi des *propriétés vitales* ; plus tard, on lui conseilla de substituer au mot propriétés celui de *force*, de *principe vital*. Ce principe de Bichat a été soutenu aussi par Broussais, qui parla d'une *chimie vivante* présidant à la création de la bile, des larmes, et en un mot de toutes les sécrétions.

Bichat n'a pas manqué d'accumuler des preuves nombreuses à l'appui de sa doctrine. Ayant une fois admis que les phénomènes de la vie dépendaient de propriétés particulières qui pénètrent les corps organisés, il chercha quelles étaient ces propriétés, quels étaient leurs caractères propres. Il trouva que tous les actes vitaux pouvaient se rapporter à la *sensibilité* et à la *contractilité*, dont il admet de nombreuses divisions.

Procédant dans ses recherches à l'examen des organisations les plus simples jusqu'aux plus complexes, il admit dans les végétaux deux facultés, la *sensibilité organique* et la *contractilité insensible*, présidant non-seulement à leur circulation, mais encore aux sécrétions, aux absorptions, aux exhalations. Ces propriétés sont d'ailleurs en rapport avec les actes répartis aux végétaux ; et lorsque d'autres actes apparaissent dans les animaux, dans les zoophytes, par exemple, pourvus d'un sac destiné à recevoir et à expulser les alimens, les propriétés elles-mêmes deviennent plus complexes, et la *contractilité organique sensible*, ou *irritabilité*, s'ajoute aux propriétés précédentes. De plus, la vie animale s'ajoute alors à la vie organique, et la première devient de plus en plus parfaite à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des animaux. La *sensibilité animale* et la *contractilité animale*, obscures d'abord dans les dernières espèces, se perfectionnent d'autant plus qu'on approche des quadrupèdes. Si nous voulions suivre, dit Bichat, strictement l'immense série des corps vivans, nous verrions les propriétés vitales augmenter graduellement en nombre et en énergie de la dernière des plantes au premier des animaux, à l'homme ; nous verrions les dernières plantes obéir aux propriétés physiques et vitales, toutes les plantes n'obéir qu'à celles-ci, qui, pour elles, se composent de la *contractilité insensible* et de la *sensibilité organique;* les derniers des animaux commencer à ajouter à ces propriétés

---

FEUILLETON.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE SULFATE DE QUININE, CONSIDÉRÉ COMME POISON CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME ;

Par M. GIACOMINI, professeur de clinique médicale à l'Université de Padoue.

(Suite du n° du 18 mai.)

[...]me *séance*, 1er octobre. Sont présens MM. les profes[...] [...]eneghini, Argenti, doyen de la Faculté de médecine de [...]oue, Biagi, Festler, Podrecca, Fumiani, Fuá et Celega.

Première expérience. — Lapin faible, ayant une fracture ancienne au fémur, reçoit 2 scrupules de quinine dans 6 gros d'eau et un demi-gros d'alcool. Quelques minutes après, il est mort. A l'autopsie, on trouve l'estomac presque vide, et avec la muqueuse en bouillie (spappolata). Indépendamment de la fracture, la cavité pelvienne contenait du pus, les viscères étaient adhérens et épaissis. Poumons crépitans et de couleur naturelle ; cœur plein de sang coagulé ; cerveau rougeâtre, méninges très injectées. Nous ne mentionnons dans toutes ces autopsies que ce qui est anormal le reste doit être entendu à l'état naturel.

Deuxième expérience. — Lapin bien portant, reçoit 2 scrupules de sulfate de quinine, *ut suprà*, et 4 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise. Il paraît d'abord comme stupéfait, avec pupille dilatée ; il éprouve aussitôt des tremblemens des con[...]sions, et il meurt. A l'autopsie, l'estomac contient peu de ma[...]e alimentaire ; cavités du cœur pleines de sang liquide. Cer[...] blanc ; ses membranes décolorées.

[...]isième expérience. — Lapin, grosseur moyenne, reçoit un [...]ge de 2 scrupules de sulfate de quinine dissous *ut suprà*, [...]emi-gros de vin rectifié. Il paraît d'abord un peu abattu, [...]e en vacillant, et meurt un quart d'heure après A l'au[...]sie, les cavités du cœur sont vides ; péritoine rougeâtre, membranes du cerveau rouges.

Quatrième expérience. — Lapin, semblable au précédent, reçoit un mélange de 2 scrupules de sulfate de quinine dissous, et 4 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise. Peu d'instans après il tremble, paraît oppressé, et meurt dans des convulsions en même temps que le lapin précédent. A l'autopsie, cerveau très pâle, les cavités du cœur contiennent du sang coagulé et noir ; dans le reste rien de remarquable.

Cinquième expérience. — Un des lapins guéri, de la série précédente, gros, blanc, reçoit un mélange d'un demi-gros de sulfate de quinine et d'un scrupule d'esprit de vin rectifié et délayé avec de l'eau. Il reste pendant une heure immobile et abattu, puis il se relève et guérit.

Sixième expérience. — Autre lapin qui avait survécu de la série précédente, très robuste, de couleur rougeâtre, reçoit un demi-gros de sulfate de quinine dissous, et 4 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise. Il reste stupide et immobile pendant une demi-heure ; ensuite il éprouve des tremblemens et des convulsions intermittentes qui alternent avec une sorte de collapsus général : mort deux heures après l'ingestion. A l'autopsie, le cœur est flasque, contient un peu de sang liquide ; cerveau très pâle ; congestion de sang veineux noir dans toutes les parties du corps.

Résumé de cette séance. Ces quatre expériences se sont terminées toutes par la mort, et ne prouveraient ni pour ni contre aucune opinion si l'on ne réfléchissait pas que le premier lapin était en de mauvaises conditions, et que le troisième est mort ivre, apoplectique, ayant reçu trop d'alcool, eu égard au petit volume de son corps ; l'autopsie a fait voir en effet tous les signes de la mort produite par l'alcool. Nous devons par conséquent nous arrêter seulement sur les deux derniers lapins, dont un seul a survécu ; le cinquième avait reçu un demi-gros de sulfate de quinine et un scrupule d'esprit de vin, tandis que son analogue, qui était plus robuste, avait reçu la même dose de sulfate de quinine mêlée à l'eau de laurier-cerise, a succombé.

Sixième séance, 17 octobre 1840. Sont présens MM. les professeurs Cortèse, Meneghini, Argenti (doyen), Biagi, Celega, Fua, Fumiani et Guglielmini.

Première expérience. — Lapin gros, très robuste, vieux, couleur fauve foncée, reçoit un mélange de 2 scrupules de sulfate de quinine dissous dans 6 grammes d'eau, moyennant quelques gouttes d'acide sulfurique et 4 scrupules d'eau cohobée de laurier cerise. Sa respiration est devenue fréquente et dyspnéique, et il n'est pas mort ; le lendemain il mange, et il est bien portant.

Deuxième expérience. — Lapin de même force et âgé, reçoit même dose de sulfate de quinine et 1 scrupule d'alcool délayé dans de l'eau. Un peu de liquide est tombé dans les bronches ; respiration dyspnéique. Cet état se continue jusqu'au lendemain ; mort.

Troisième expérience. — Lapin, même force, reçoit même mélange de quinine et d'alcool ; même accident en buvant, toux instantanée ; mort sur-le-champ, après l'ingestion de quelques gorgées de la potion.

Quatrième expérience. — Autre lapin de même force, reçoit même mélange alcoolique ; même accident ; toux, mort instantanée après avoir pris les deux tiers de la potion.

Résumé de cette séance. — Un résultat si inattendu a fait soupçonner quelque erreur dans la préparation. On a donc fait venir le pharmacien ; on l'a interrogé, et l'on a trouvé que le préparateur s'était trompé : il s'était servi de l'acide sulfurique concentré, au lieu de l'acide délayé, et il en avait mis de 14 à 20 gouttes pour chaque fiole. Ayant, en effet, versé sur le pavé le liquide d'une des fioles restantes, il a produit une forte effervescence. L'autopsie des animaux a, en outre, montré le gosier cautérisé, le larynx et la trachée d'un rouge très intense. Chez aucun cependant le liquide n'avait pénétré dans la trachée, bien qu'elle fût pleine d'écume ; le papier de tournesol qui y a été trempé n'ayant pas été rougi. Il est bon de noter que la toux provoquée chez ces lapins avait été tout à fait différente de celle que produit un liquide tombé dans la trachée.

Resterait maintenant à savoir comment le premier lapin qui avait pris l'eau de laurier-cerise avec la quinine, avait pu survivre. Il est probable que l'irritation inflammatoire produite par l'action chimique de l'acide sulfurique a dû mettre l'animal dans des conditions de tolérance telles, qu'il a pu supporter une dose de substance hyposthénisante qui l'aurait infailliblement tué à l'état normal. Ajoutons que ce lapin était d'une force extraordinaire, et d'une résistance rare, ainsi que nous le verrons dans les expériences ultérieures auxquelles il a été soumis. Chez les trois autres lapins, au contraire, l'action de la quinine étant détruite par celle de l'alcool, l'action de l'acide restait seule dans la potion ; son action irritative chimique a suffi pour produire promptement la mort.

Septième séance, 2 novembre 1840. Sont présens MM. Argenti, doyen ; Rasi, adjoint à la chaire d'obstétrique ; Festler, médecin en chef ; et les docteurs Fua, Celega, Fumiani, Bonami.

Première expérience. — Lapin, taille moyenne, couleur fauve, reçoit demi gros de sulfate de quinine dissous à l'aide de 6 gouttes d'acide sulfurique, et aussitôt après 1 scrupule d'alcool dans 2 gros d'eau distillée. Il reste abattu. Quelques heures après, il se relève et mange. Guéri.

Deuxième expérience. — Lapin, même force, reçoit même dose

la *contractilité organique sensible*, puis la *sensibilité* et la *contractilité animale*, allant toujours en s'étendant davantage. Bichat considérait aussi ces propriétés comme causes des phénomènes physiologiques et pathologiques, et voulait que les agens thérapeutiques fussent dirigés contre elles.

La plupart des auteurs admettent encore les idées de Bichat; et pour eux la vie est autre chose que l'organisme en mouvement. Ils admettent que les phénomènes de la vie résultent de propriétés particulières, de forces propres, qui pénètrent et animent la matière organisée; que ces forces, ces propriétés sont autre chose que cette matière organisée, sans laquelle celle-ci ne saurait exister. Pour prouver combien est erronée une telle manière de voir, nous n'aurions qu'à suivre Bichat dans le développement de ses argumens, à les retourner de manière à ne considérer que comme effet ce qu'il a regardé comme cause. Ainsi, par exemple, tandis que, passant des végétaux aux animaux, il considère dans les polypes, les vers et autres animaux plus élevés, leurs propriétés vitales plus nombreuses comme cause de leurs phénomènes vitaux plus parfaits, nous disons qu'on peut, à bien plus juste titre, regarder leur organisation plus compliquée, comme cause du nombre plus grand de leurs propriétés vitales.

Pour ne nous arrêter qu'à l'homme, nous voyons que si chez lui les propriétés vitales diffèrent dans tous les tissus qui les composent, si elles diffèrent suivant les âges, les constitutions, les sexes, c'est encore dans l'organisation que l'on en trouve la cause. L'augmentation, la diminution, l'altération de ces prétendues propriétés ne dépendent que des changemens survenus dans l'organisation elle-même. Tous les actes vitaux dépendent donc rigoureusement de l'organisme. Ces actes vitaux sont un résultat, un effet et non une cause, un principe, une loi, une force. Les actes vitaux sont des organes en exercice, et les *propriétés* dites *vitales* ne sont que des organes disposés pour agir. La vie elle-même n'est point une *force*; elle est le résultat de l'organisation, de la disposition des parties constituantes. L'organisation disposée pour agir, telle est la vie, et non une propriété particulière.

Notons que la faculté ne peut exister sans organe, puisque les propriétés vitales ne peuvent exister sans organisation : car dès que les organes sont différemment affectés par l'âge, leurs propriétés, leurs actes aussi sont plus ou moins différens. Il résulte de cette conséquence même que les propriétés vitales dépendent des centres nerveux, ou si l'on aime mieux d'une disposition, d'une faculté particulière du cerveau. La vie elle-même, avons-nous dit, n'est que le résultat d'une série de fonctions, mais elle n'existe qu'à la condition que l'organisation, qu'elle ne peut jamais précéder, existe déjà. Il faut donc nécessairement chercher dans les tissus et non dans leurs propriétés l'existence des altérations.

Les conséquences qui découlent pour le médecin de l'admission des propriétés vitales, sont de la plus haute importance; elles sont tellement erronées, et par conséquent si dangereuses dans leur application, que nous ne saurions les poursuivre avec assez de persévérance. En effet, après avoir admis que tous les actes physiologiques dépendent de propriétés particulières, on en a tiré cette conséquence, que tous les actes pathologiques dépendent de l'état anormal de ces propriétés. On a reconnu que toutes les maladies dépendent de l'altération des propriétés vitales. Broussais, simplifiant Brown et Bichat, qui considéraient les maladies comme le résultat de l'augmentation, de la diminution et de l'altération des propriétés vitales, Broussais, disons-nous, les faisait dépendre de l'augmentation de l'irritabilité, c'est-à-dire de l'irritation. La vérité incontestable de cette assertion, dit Bichat, nous mène à une conséquence non moins certaine pour le traitement des maladies, savoir : que tout moyen curatif n'a pour but que de ramener les propriétés vitales altérées au type qui leur est naturel. Tout moyen qui, dans l'inflammation locale, ne diminue pas la sensibilité organique augmentée; qui, dans les œdématies, les infiltrations, etc., n'augmente pas cette propriété totalement diminuée; qui, dans les convulsions, ne ramène pas à un degré plus bas la contractilité animale, qui ne s'élève pas à un degré plus haut dans la paralysie, etc., manque essentiellement son but : il est contre indiqué. Aussi faut-il, selon Bichat, dans les inflammations où il y a exaltation de la sensibilité organique et de la contractilité insensible, diminuer cette exaltation par les cataplasmes, les fomentations, les bains locaux; dans certaines infiltrations, dans des tumeurs blanches, etc., où il y a diminution de ces propriétés, les exalter par les applications de vin, de toutes les substances que l'on nomme fortifiantes : le vin, les substances ferrugineuses, souvent les acides, etc., raniment la contractilité insensible et la tonicité dans tout le système; ce sont des toniques généraux, etc.

Plusieurs médicamens, dit encore Bichat, sont particulièrement dirigés sur la contractilité organique sensible; les uns augmentent cette contractilité diminuée; d'autres la diminuent lorsqu'elle est un peu exaltée.

Les substances médicamenteuses ont aussi leur influence sur la contractilité animale. Tout ce qui produit une vive excitation à l'extérieur, comme les vésicatoires, les frottemens divers, l'urtication, etc., ranime cette propriété assoupie dans la paralysie. Voilà la médecine où conduit le système des propriétés vitales. Ainsi, cet exemple que nous choisissons parmi tant d'autres de même nature, nous conduit à administrer, dans la paralysie, qui est une diminution de la contractilité animale, tout ce qui peut augmenter cette contractilité, comme les alcooliques, les aromatiques, les toniques, l'arnica, les vulnéraires, la mélisse, la noix vomique, le muriate d'ammoniaque; en un mot toutes les substances incendiaires que les formulaires indiquent comme pouvant augmenter la contractilité animale.

Vous le voyez, l'admission des propriétés vitales conduit à administrer sans discernement les drogues non-seulement les moins indiquées, mais même les plus meurtrières; elle conduit à tuer les malades.

Il nous sera facile maintenant de vous faire comprendre les conséquences qui découlent pour la médecine de la non-admission des propriétés vitales et la supériorité relative de l'organisme. En considérant tous les phénomènes vitaux comme des effets de l'organisation, et non comme le résultat de propriétés ou de forces particulières, quelle est la première conséquence que nous devons en tirer? N'est-ce pas que ces actes, phénomènes secondaires, doivent être réguliers ou irréguliers, suivant que les organes ou les instrumens chargés de les produire sont dans un état normal ou anormal.

N'est-il pas vrai que lorsqu'un acte vital, ou bien même un acte organique sera irrégulier, vous en chercherez sur-le-champ la cause dans l'état anormal de l'organe, et non dans l'altération d'une prétendue propriété vitale?

Tout dérangement fonctionnel vous conduira donc nécessairement à rechercher non quelle est la propriété vitale lésée, mais bien quel est l'organe altéré; en second lieu, de quelle manière il est altéré, quel est le siége, la nature, l'étendue de l'altération? C'est-à-dire à rechercher et à reconnaître le diagnostic précis de la maladie que vous avez à combattre, et par conséquent à n'administrer que des moyens rationnels qui ne seront jamais nuisibles, et qui seront souvent utiles.

C'est en ne considérant les fonctions que comme des actes organiques, que nous avons été conduit à chercher dans le cerveau, c'est-à-dire dans l'organe des mouvemens, les maladies diverses qui occasionnent la paralysie et les convulsions. Nous n'avons vu dans la paralysie qu'une fonction altérée, c'est-à-dire l'effet d'une altération d'organe, et non l'altération d'une propriété vitale. Dès lors, nous avons dû chercher si cette nature, ce siége, cette étendue étaient différens, et si cette différence devait en imprimer au pronostic et au traitement. Nous avons reconnu que la paralysie pouvait dépendre de congestion, d'inflammation, d'hémorrhagie, de tumeurs osseuses, fongueuses, cancéreuses, de tubercules, de kystes, etc., et nous avons facilement conclu que le traitement devait varier. Alors, au lieu de frictionner, galvaniser, tonifier, rubéfier nos malades pour augmenter les propriétés vitales, nous avons employé le traitement qui convient à chacune de ces altérations. Et dès ce moment, sentant toute l'importance de nos principes, nous avons mis toute notre attention à distinguer par des signes précis toutes les maladies du cerveau.

De plus enfin, et c'est par là que nous terminerons ces considérations préliminaires, nos principes nous ont conduit à ne regarder que comme des effets, c'est-à-dire des phénomènes purement consécutifs, une foule de symptômes qu'on regardait comme des maladies idiopathiques; les hydropisies, les œdèmes, par exemple, les asthmes, et la plupart des maladies dites nerveuses. Enfin, si nous voulions dérouler toutes les heureuses conséquences de la médecine organique, il faudrait passer devant nos yeux l'immense série des infirmités humaines. C'est au lit des malades surtout qu'on peut en faire l'application; c'est là que nos assertions se trouveront confirmées; là nos principes simples et clairs s'appliquent avec facilité; les difficultés s'aplanissent, et la médecine devient facile pour l'esprit.

N. MANZINI et A. YVONNEAU.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les rétentions d'urine entretenues par les maladies de la prostate.

Les rétentions d'urine dues aux maladies de la prostate, ont été long-temps, et sont encore souvent attribuées à des rétrécissemens de l'urètre, ou bien à l'inertie, à la paralysie de la vessie. Il serait temps néanmoins que les praticiens fussent convenablement éclairés à ce sujet. Depuis bientôt quinze ans, M. Velpeau a insisté dans ses leçons et dans quelques-uns de ses écrits, sur les circonstances qui ont pu tromper et sur celles qui permettent d'éclairer les chirurgiens dans cette question, question que M. Vidal paraît avoir bien comprise, à en juger par le fragment que ce chirurgien vient de publier dans les Annales de la chirurgie, sur les maladies de la prostate. Nous croyons donc faire quelque chose d'utile en mettant sous les yeux des

---

de sulfate de quinine. Pendant l'ingestion, toux violente, asphyxie, mort instantanée. On l'ouvre, et l'on s'assure que le liquide était allé dans les bronches; le papier de tournesol trempé dans le liquide bronchique, a rougi.

Troisième expérience. — Autre lapin, de même force que les deux précédens, reçoit sans accident un demi-gros de sulfate de quinine dissous *ut suprà*, puis 3 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise. Convulsions, mort en quelques instans. A l'autopsie, on remarque que tout le système veineux est gorgé de sang noir; cerveau pâle, ainsi que les autres organes.

Quatrième expérience. — Lapin albin, volume moyen, prend 25 grains de sulfate de quinine dissout dans une demi-once d'eau distillée, puis 50 grains d'eau cohobée de laurier-cerise. A peine a-t-il fini d'avaler qu'il est saisi de tremblemens, de convulsions, et il meurt. A l'autopsie, on trouve le système veineux plein de sang noir, le foie de couleur obtuse, cerveau pâle, la surface interne de l'estomac de couleur rose-blanchâtre qui est naturelle chez le lapin.

Cinquième expérience. — Lapin, même force que le précédent, prend même dose de quinine, puis près de deux tiers d'un scrupule d'alcool délayé; il est mort de suite en rendant de l'écume par le nez.

Sixième expérience. — Lapin petit, blanc et noir, reçoit un scrupule de sulfate de quinine en dissolution, puis 10 grains d'alcool délayé. Il reste stupide pendant quelque temps, puis il se relève. Guéri.

Septième expérience. — Lapin, même taille que le précédent; même dose de quinine, puis demi-gros d'eau cohobée. Eprouve des convulsions instantanées, puis reste en repos. Dix minutes après, les convulsions reviennent et sont suivies de la mort. Autopsie comme dans le n° 3.

Huitième expérience. — Autre lapin albin, reçoit 1 scrupule de sulfate de quinine dissout, puis 10 grains d'alcool allongé. Il reste abattu pendant quelque temps, puis il marche et il mange. Le lendemain cependant, il a été trouvé mort.

Neuvième expérience. — Lapin, même taille que le précédent, prend autant de sulfate de quinine, puis demi-gros d'eau cohobée de laurier-cerise; il expire promptement dans les convulsions. A l'autopsie, mêmes lésions que chez les lapins précédens, morts dans les mêmes conditions.

Dixième expérience. — Lapin plus petit que le précédent; reçoit 15 grains de sulfate de quinine, et aussitôt après 35 grains d'eau cohobée de laurier-cerise. Dix minutes après, convulsions, tremblemens à la queue; respiration abdominale, mort.

Autopsie. Veines mésaraïques, veine porte, veine cave ascendante pleines de sang noir; foie de couleur obscure, cerveau pâle.

Onzième expérience. — Autre lapin de même taille; même dose de quinine, 10 grains d'alcool dans de l'eau. Guérit.

Douzième expérience. — Petit lapin; reçoit 4 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise et rien autre chose. Il reste quelque temps abattu, mais il a fini par guérir.

Treizième expérience. — Lapin gros; prend un demi-gros d'esprit de vin rectifié dans 3 gros d'eau distillée. Reste ivre pendant un jour. Mort le lendemain.

Quatorzième expérience. — Lapin gros et vieux qui avait survécu à l'expérience du 17 octobre, après avoir pris le sulfate de quinine et l'eau cohobée de laurier-cerise. On lui administre 5 scrupules de bonne eau cohobée de laurier-cerise. N'a pas éprouvé de symptômes graves. Guérit.

Résumé de cette séance. — Les résultats de cette séance ont été suffisamment clairs; aucun des lapins soumis à l'action du sulfate de quinine et de l'eau de laurier-cerise n'a survécu, tandis que des cinq autres traités par le sulfate de quinine et par l'alcool, un seul est mort promptement, un autre a vécu plus de douze heures, et trois sont guéris.

Nous avons, en outre, confirmé, dans cette séance, l'exactitude du principe que j'avais établi concernant la dose de l'eau cohobée de laurier-cerise; savoir, que la dose de 4 scrupules ne suffit pas pour produire à elle seule la mort, puisque le n° 12 la toléra sans mourir. En conséquence, on ne pourra pas dire que les autres sont morts par la seule action de l'eau cohobée ou par la seule action du sulfate de quinine. Un lapin en a même toléré 5 scrupules, mais ce cas peut être regardé comme exceptionnel. Nous avons confirmé, en outre, un autre fait précédemment établi; savoir, que l'alcool peut être mortel de lui-même quand sa dose dépasse un scrupule, et arrive au demi-gros (exp. 13). En conséquence, les lapins qui ont toléré un demi-gros d'alcool dans les expériences de la troisième séance, ont trouvé dans l'alcool un véritable antidote du sulfate de quinine, et *vice versâ*, dans le sulfate de quinine, un véritable antidote de l'alcool.

Les cinq lapins qui ont survécu dans les dernières expériences ont été nourris pendant dix jours; alors ils ont été soumis à d'autres expériences. J'ai donné à l'un d'eux, qui était petit, 4 scrupules d'eau cohobée de laurier-cerise; il est mort une demi-heure après.

A un autre, j'ai donné 1 scrupule d'alcool dans 2 gramme d'eau : il est mort en six ou sept heures.

A un troisième, j'ai administré la même dose d'alcool; il a été malade pendant plusieurs jours, mais il n'est pas mort. Au vieux lapin qui avait éprouvé tant de vicissitudes, j'ai donné un demi-gros d'alcool dans 2 gros d'eau; il a été vacillant, ivre, pendant deux jours, mais ensuite il a semblé rétabli. Enfin, un mois après, ce lapin et les deux précédens sont morts de faim, ayant oublié un jour de leur donner à manger.

Résumé général et conclusions. En tout, trente-huit expériences. Neuf lapins ont survécu à l'action combinée d'une dose mortelle ou dangereuse de sulfate de quinine et d'alcool; de ce nombre sept se sont rétablis parfaitement, tandis que les autres, qui avaient reçu une égale dose de sulfate de quinine et d'eau cohobée de laurier-cerise, sont morts très promptement, à l'exception d'un seul, qui était extraordinairement robuste, et qui a résisté à d'autres épreuves successives.

Ces expériences me paraissent très heureuses et probantes; elles conduisent naturellement à cette conclusion, que le sulfate de quinine est doué d'une action opposée à celle de l'alcool et analogue à celle de l'eau de laurier-cerise, c'est-à-dire hyposthénisante. Je désirerais que d'autres répétassent ces expériences et les étendissent aussi sur d'autres animaux. Une chose qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est de ne jamais s'écarter des données que je viens d'établir concernant les doses; savoir, qu'elles soient au minimum précis pour produire la mort. Si elles étaient beaucoup en-deçà ou au-delà, les expériences pourraient ne pas être concluantes ou conduire à de fausses conséquences. Si vous donnez, par exemple, à un gros lapin, 15, 20, 30 grains, ou plus, de sulfate de quinine sous forme solide, de manière à ne pouvoir être absorbé que difficilement, il est clair que vous n'obtiendrez aucun effet dangereux, et si vous le tuez après quelque temps, vous trouverez la plus grande partie du médicament dans l'estomac.

Or, si partant de cette fausse donnée, vous administrez un contre-poison quelconque à dose non mortelle, il est clair que l'animal survivra, et si l'on veut déduire de là l'efficacité du contre-poison, on sera dans l'erreur. On tombera également dans l'erreur si la dose du contre-poison est par elle-même mortelle, car le poison n'ayant pas agi dynamiquement l'animal meurt par le contre-poison et la conclusion contre son inefficacité sera complètement fausse. C'est ce qui arrivera aussi si, après l'administration du sulfate de quinine en poudre, on donne de l'alcool, de la morphine ou de l'eau de canelle à dose suffisante pour pro-

praticiens un résumé exact des idées émises par le professeur de l'hôpital de la Charité sur cet important sujet. Dans ce compte-rendu, nous passerons sous silence les détails historiques dont M. Velpeau sait judicieusement entourer toutes les questions qu'il traite. Nous ne rapporterons que ce qui a directement trait à la pratique.

La rétention d'urine, dit M. Velpeau, ne dépend pas d'un rétrécissement de l'urètre lorsqu'elle survient après l'âge de quarante-cinq à cinquante ans sans avoir jamais existé auparavant. Ce n'est pas non plus à un rétrécissement de l'urètre qu'il faut l'attribuer, si la sonde pénètre sans obstacle jusqu'à six pouces de profondeur. Alors, en effet, le bec de l'instrument a franchi la portion membraneuse de l'urètre, et il est faux, de toute impossibilité même, que ce canal soit rétréci dans la région prostatique. Ce qui en impose alors, ce qui a fait croire à des rétrécissemens qui n'existaient point, ce qui a même donné un moment la vogue au catéthérisme forcé de M. Mayor de Lausanne, c'est que, arrivée dans l'excavation prostatique d'un urètre entouré d'une prostate malade, la sonde y arcboute, s'y arrête même au point d'obliger à ne plus faire d'efforts pour pénétrer. En pareil cas, les bougies coniques entrent plus difficilement que les sondes cylindriques ; les sondes droites plus difficilement que les sondes courbes, les sondes courbées à angle moins bien que les sondes courbées en arc de cercle, les sondes de volume médiocre plus difficilement que les sondes très grosses ; enfin les sondes creuses et légères avec plus de peine que les sondes pleines et lourdes.

Pour bien comprendre toutes ces particularités, il faut remarquer que presque tous les rétrécissemens de l'urètre reconnaissent pour cause une ancienne blennorrhagie, une ancienne urétrite. Or, tous les chirurgiens savent que ces maladies sont l'apanage du jeune âge et de l'âge adulte. C'est dire par-là que les rétrécissemens de l'urètre doivent presque constamment se montrer avant l'âge de cinquante ans: On sait aussi, et l'observation l'a constamment démontré maintenant, que ces rétrécissemens portent presque exclusivement sur la portion membraneuse du canal excréteur de l'urine ; et, par exception, dans les portions bulbeuse, spongieuse ou près du méat.

Entouré d'un corps élastique qui lui adhère intimement dans toute sa periphérie, l'urètre ne peut réellement pas se rétrécir dans la région prostatique. Si la prostate augmente de volume, change de forme, la portion de l'urètre qu'elle contient peut s'aplatir, se dévier, être soulevée, retirée en arrière, poussée en avant, déprimée à droite ou à gauche, mais son diamètre ne diminue nullement pour cela ; on peut même dire qu'il augmente dans la plupart des cas. L'existence de tumeurs sous forme de bosselures, de crêtes ou de masses pédiculées, peut bien aussi gêner le cours des urines, mais ne saurait constituer un rétrécissement dans le sens naturel de ce mot. Ainsi donc, par cela seul que le malade qui ne peut plus uriner n'avait jamais rien éprouvé de semblable, et qu'il est âgé de cinquante ans au moins. on est déjà autorisé à croire qu'il ne s'agit point chez lui d'un rétrécissement irritable de l'urètre. Comme, d'un autre côté, les diverses lésions connues de la prostate, à l'exception des inflammations aiguës et des abcès, ne se rencontrent presque jamais avant l'âge de quarante ans, tandis qu'on les observe très fréquemment chez les vieillards, on peut songer à une maladie de la prostate chez tout individu qui est pris de rétention d'urine après l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans.

Ces rétentions d'urine pourraient encore être attribuées, comme autrefois, à la paralysie de la vessie ; mais tous les praticiens savent, ou du moins doivent savoir aujourd'hui, que la paralysie de la vessie est une affection excessivement rare en tant que maladie idiopathique, et que ce qui avait été pris pour tel, se réduit presque toujours à un développement anormal de la glande prostate.

Ce n'est pas, ajoute M. Velpeau, qu'il faille rejeter comme absolument impossibles les paralysies de vessie dans les rétentions d'urine ; attendu que dans les cas qui nous occupent, cet organe est parfois tellement inerte qu'on pourrait peut-être à la rigueur le dire paralysé. Mais alors, qu'on y fasse bien attention, la paralysie, si l'on veut se servir de ce mot, n'est point la maladie primitive : elle s'est établie secondairement d'une façon toute simple, en quelque sorte mécaniquement. En effet, les urines trouvant un obstacle qui les empêche de s'engager dans l'urètre, restent et s'accumulent dans le réservoir naturel. De son côté, faisant effort pour les expulser, la vessie, qui ne réussit pas à s'en débarrasser, se fatigue, se relâche, et peut même finir par perdre la plus grande partie de sa contractilité. Au surplus, la preuve qu'il n'y a pas de paralysie proprement dite en pareil cas, c'est que les urines qui sortent par la sonde qu'on introduit dans la vessie, au lieu de couler en nappe, comme cela devrait avoir lieu si le réservoir urinaire était réellement paralysé, s'échappent au dehors par jet. Qui ne sait en outre que dans ces cas la vessie revient en général complètement et avec facilité sur elle-même ?

L'espèce d'incontinence d'urine qui abuse alors les malades et qui trompe parfois aussi les chirurgiens, n'indique pas non plus qu'il y ait paralysie. Voici quel est le mécanisme de cet écoulement involontaire des urines : tant que la vessie est à peine distendue, il ne coule rien, et les efforts du malade sont plus propres à retenir les urines qu'à les expulser, par la raison que, poussée en avant, la pointe du trigone vésical tend à remonter sous le sommet de l'arcade pubienne, en formant une soupape qui ferme l'entrée de l'urètre. Au contraire, en se distendant davantage, la vessie laisse étaler son bas fond, déprimer un peu le bord postérieur de la prostate, et permet ainsi aux urines de s'engager en partie dans le canal qui doit naturellement les conduire au dehors. Si bien donc qu'il n'y a dans tout cela aucune raison d'admettre une paralysie de la vessie comme cause ordinaire de rétention d'urine étrangère au rétrécissement de l'urètre.

Nous avons donc à examiner maintenant à quelles sortes de maladies la prostate est sujette, et de quelle manière ces maladies peuvent gêner le cours des urines.

G. J.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 25 mai.

La correspondance comprend une brochure en italien, envoyée de Milan, sans nom d'auteur, et présentée par M. Mojon, ayant pour titre : De l'impossibilité de satisfaire aux conditions du programme du prix de dix mille francs proposé par l'Académie des sciences de Paris, dans sa séance du 15 août 1838, sur la question des revaccinations. L'auteur se dit vaccinateur officiel depuis vingt-cinq ans.

— MM. Gauthier de Claubry, Devergie, Colombat et Royer-Collard ont écrit pour se porter candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène.

Vaccine et revaccinations. — A l'occasion du procès-verbal, M. Castel se plaint de ce qu'on n'avait pas consigné au procès-verbal ce qu'il avait dit concernant l'époque des vaccinations en bas-âge. On se rappelle que, selon M. Castel, la variole est extrêmement rare jusqu'à l'âge de quatre ans, et qu'il serait convenable de ne pas vacciner avant l'âge de deux ans.

M. Husson n'adopte pas cette manière de voir. L'Empereur avait soumis lui-même cette question au comité de vaccine, à l'occasion de la vaccination de son fils, le roi de Rome, qui a été pratiquée à l'âge de six semaines.

M. Castel répond que l'opinion qu'il a émise est basée sur des observations nombreuses recueillies par plusieurs auteurs, entre autres, par Van-Swiélen.

M. Gauthier de Claubry rapporte avoir observé à la clinique de M. Bouillaud, trois sujets atteints de variole, et un autre de varioloïde grave. Les premiers n'avaient pas été vaccinés ; le dernier portait des traces d'une bonne vaccination. Chez celui-ci, des symptômes encéphaliques graves s'étaient manifestés ; mais, grâce au traitement énergique employé par M. Bouillaud, la malade se trouve aujourd'hui hors de danger.

M. Bouillaud rappelle qu'il avait dit précisément cela à la la dernière séance ; il n'avait parlé que d'un seul sujet vacciné et de trois non-vaccinés. Au moment où il en faisait part à l'Académie, l'éruption chez la femme vaccinée ne faisait que commencer ; on ne pouvait encore dire si elle aurait été une variole franche comme chez les trois non vaccinés, ou une varioloïde. Son opinion, au reste, est que la vaccine rend les récidives moins franches, et qu'elle n'empêche pas la maladie de se reproduire sous forme de varioloïde.

M. Martin-Solon dit avoir vu à son hôpital, non-seulement des varioloïdes graves sur des individus qui portaient des traces évidentes d'une bonne vaccine, mais encore des varioloïdes donner par contagion la variole à des malades voisins. Il a observé aussi un cas de cette dernière espèce à l'Hôtel-Dieu, qui s'est terminé par la mort.

M. Loiseleur-Deslonchamps a vu, dans une famille, un enfant bien vacciné contracter la varioloïde, et donner la variole à deux autres enfans également bien vaccinés.

M. Castel cite un cas analogue à celui de M. Loiseleur.

M. Moreau dit que dans plusieurs épidémies de varioloïde, les vaccinés et les non-vaccinés ont contracté la maladie ; mais elle a été moins grave chez les vaccinés que chez ceux qui avaient eu la petite-vérole naturelle. Le vaccin modifie donc plus heureusement la constitution que la variole elle-même.

Réclamation réglementaire. — *M. Cornac* réclame contre un arrêté du comité de publication, concernant les mémoires qui doivent composer le neuvième volume des actes de l'Académie. Il s'étonne de ne pas y voir figurer le mémoire de M. Raciborski sur le système veineux, qui a été couronné du prix Portal. Il demande que cette omission soit réparée. Il ajoute enfin, à l'occasion des revaccinations, que la commission nommée il y a deux ans, pour s'occuper de la question en discussion, devrait enfin faire son rapport ; pourtant, lui, membre de cette commission, n'a jamais été convoqué, ce qui lui fait présumer que la commission ne s'est nullement occupée de la mission qu'elle avait reçue de l'Académie.

Un Membre répond que la commission n'a pu faire son rapport, parce qu'elle n'a pas reçu assez de documens des provinces pour s'en occuper.

M. Bousquet répond à M. Cornac, relativement au mémoire de M. Raciborski, que le comité avait trouvé le mémoire trop long pour être inséré, et que la réception du prix n'était pas une raison pour obliger à son insertion. M. Pariset, au reste, a été chargé de faire un rapport au comité sur ce travail.

M. Breschet appuie la motion de M. Cornac. Il est dans les usages académiques que tout mémoire couronné soit livré à l'impression. L'Académie de chirurgie vous en a donné l'exemple, et cet exemple est suivi par l'Académie des sciences. Le comité de publication n'a donc pas le droit de supprimer ce travail, d'autant plus que le comité a inséré des mémoires qui ne valaient certes pas celui de M. Raciborsky. On a dit qu'il était trop long ; mais est-ce là un défaut ? Nous l'avons lu, nous l'avons trouvé parfait ; sa longueur tient à la nature même de la question ; il ne pouvait être complet qu'à cette condition.

M. Rochoux revient sur le despotisme du comité de publi-

---

duire la mort, ou si, le sulfate étant en solution, le contre-poison était à dose excessive, l'animal mourrait et l'on déduirait faussement que l'action du sulfate de quinine est excitante, tonique, analogue à celle de l'alcool, etc. On arriverait encore à la même conclusion si la dose de sulfate étant légère, on donnait de l'eau de laurier à dose également légère, l'animal survivrait : on le dirait guéri par l'action de cette eau, d'où la conséquence que l'action du sulfate est tonique ou excitante, parce qu'elle est détruite par celle du laurier que tout le monde connaît comme hyposthénisante, Il en serait de même si, au lieu de l'eau de laurier on employait la saignée. La saignée agit sans doute comme le sulfate de quinine ; mais si ces deux actions prises ensemble ne sont pas au degré suffisant pour produire la mort, il est clair que l'animal survivra et l'expérience sera nulle à nos yeux. Pourtant, il faut le dire, c'est sur des expériences exécutées de cette manière que quelques personnes se sont appuyées pour démontrer l'action prétendue tonique ou excitante du sulfate de quinine. J'avoue qu'on peut ainsi démontrer tout ce qu'on veut en dépit du bon sens et de la logique, et je m'engage à prouver, si on le désire, que la saignée est l'antidote de la saignée, l'eau de laurier cerise l'antidote de l'eau de laurier cerise, etc.

Quant aux personnes qui croient que le sulfate de quinine est ou excitant, je les prie de faire l'expérience suivante qui n'offre aucun danger, ainsi que je l'ai faite sur moi et sur plusieurs personnes. Prenez, si votre santé est à l'état normal, 10 grains de sulfate de quinine dissous dans quelques gouttes d'acide sulfurique et de l'eau, le matin à jeun, une heure avant votre déjeûner, et après avoir exactement exploré votre pouls et le degré de vos forces. Une heure après vous éprouvez ou non quelque effet. Si vous éprouvez quelque effet, examinez attentivement votre pouls, voyez s'il est ralenti ou accéléré, plus fort ou plus petit ; voyez si vos forces générales ont augmenté ou diminué. Si vous n'avez éprouvé aucun effet, prenez hardiment une seconde dose pareille, puis une troisième au besoin ; il n'y a aucun danger, et explorez la nature des changemens qui s'opèrent dans les fonctions : vous verrez si le sulfate de quinine vous excite ou vous affaiblit.

Je terminerai ce travail par l'exposition d'un cas d'empoisonnement produit par l'action du sulfate de quinine sur un homme bien portant, observé par un médecin très habile de Mantoue, M. Giacometti, qui me l'a communiqué. Je transcris ses propres paroles.

« M. Travisan, âgé de 45 à 50 ans, de consitution assez grêle, d'humeur mélancolique, employé au tribunal de Mantoue, prend par mégarde un matin à six heures, vers la mi-août, 3 drachmes (12 à 15 grammes) de sulfate de quinine dans un verre d'eau sucrée. Aussitôt il sort se promener hors la ville. Une heure après, il éprouve un malaise à l'estomac et à la tête, comme s'il était ivre. Peu à peu les forces lui manquent, les tournoiemens de tête augmentent ; il a des nausées, de la cardialgie. Malgré cela il prend courage et continue son chemin ; mais le malaise devient insupportable, et enfin il tombe et perd connaissance. Il était à un mille loin de la ville. On le transporte de suite dans une maison où il reste plusieurs heures. Alors, sa connaissance étant revenue, on le transporte chez lui.

» Je l'ai vu à deux heures après-midi et je l'ai trouvé dans l'état suivant : Il est couché en supination, immobile, visage pâle, lèvres et doigts légèrement livides, extrémités froides. La température de la surface du corps est moindre qu'à l'état naturel ; respiration lente et interrompue par des soupirs ; légères lypothimies de temps en temps. Pouls régulier, mais lent et extrêmement petit, se sentant à peine ; battemens de cœur, *idem* ; pupille extrêmement dilatée ; la vision et l'ouïe sont presque complètement éteints ; voix excessivement faible ; le malade peut à peine se faire entendre ; il éprouve une grande soif ; la langue n'est pas du tout sèche, mais elle est pâle sur les bords et couverte au milieu d'une couche de mucosité blanchâtre ; l'haleine est presque froide.

» Sur ces entrefaites, le fils du malade arrive. Il avait été la cause involontaire du malheur. Il a déclaré qu'il avait, le jour précédent, mis du sulfate de quinine dans un petit pot qui contenait auparavant de la crême de tartre, dont son père se servait habituellement, et qu'il avait oublié de l'en avertir. Le patient lui-même a dit qu'il avait bien senti que la boisson était plus amère que d'ordinaire, mais qu'il n'y avait pas fait attention.

» Dans état de choses, après avoir connu la cause de la maladie, j'ai pensé d'abord qu'il serait utile de provoquer le vomissement pour vider l'estomac ; mais en réfléchissant qu'il s'était déjà écoulé huit heures depuis l'ingestion et que la vie était menacée par des symptômes généraux qui indiquaient que l'absorption était déjà accomplie, j'ai jugé qu'il n'y avait pas de temps à perdre et qu'il fallait relever la vitalité à l'aide de moyens d'action diffusive et prompte. J'ai en conséquence prescrit la potion suivante :

Pr. Eau de fleurs d'oranger, 1 once (32 grammes).
Eau de menthe et esprit de cinnamome, de chaque, 6 gros (24 grammes).
Teinture thébaïque, 30 gouttes.
Sirop simple, à discrétion.

A prendre, deux cuillerées à bouche toutes les heures.

» J'ai fait couvrir tout le corps de linges chauds, et frotter les extrémités et l'épigastre avec des morceaux de flanelle. Vers les cinq heures du soir la chaleur avait augmenté également partout ; le pouls était un peu plus sensible et moins lent ; le visage un peu plus animé ; la respiration moins lente ; les lypothimies beaucoup plus rares. Le malade accuse quelques légères coliques et des borborigmes. On lui administre un lavement qui fait rendre beaucoup de matières et soulage beaucoup. On continue la potion. Vers six heures du soir on lui fait prendre un bouillon avec quelques miettes de pain, puis quelques gorgées de vin. Une demi-heure après il s'est endormi pendant deux heures ; en se réveillant il s'est senti beaucoup mieux. La nuit a été assez bonne : sommeil de quelques heures. Vers les trois heures du matin il avait fini toute la potion : on l'a répétée, mais les doses ont été éloignées. Le lendemain matin, nouveau bouillon, quelques gorgées de vin ; mieux progressif. Frictions stimulantes dans le jour. Le surlendemain, mieux encore. Les lavemens émolliens le soulagent beaucoup. Le besoin de prendre des alimens est de plus en plus fort : on le satisfait et l'on fait boire du vin. Quatrième jour, on cesse tous les remèdes ; le cinquième jour, le malade se lève pendant une demi-heure, mais il ne peut se tenir sur ses jambes. La prostration générale, la faiblesse de l'ouïe et de la vue, bien qu'elles aient diminué tous les jours, n'ont été complètement dissipées qu'à la longue. »

Ce fait n'a pas besoin de commentaire pour être bien compris. La dose de sulfate de quinine avait été énorme, et l'on ne peut douter que les phénomènes éprouvés par le malade ne dépendissent de son action. Les conditions organiques de l'individu pouvaient sans doute les laisser développer plus ou moins, mais ne pouvaient pas en changer la nature. Les effets ont été d'une telle intensité que la vie de l'individu a été en très grand danger ; il aurait probablement succombé sans les secours très efficaces administrés à propos par l'habile médecin. Malheur au patient si le médecin n'eût administré que des remèdes hyposthénisans qui auraient agi dans le sens du poison ! On ne peut se tromper sur l'action véritable des remèdes employés ; tout le monde sait que

cation, qui a supprimé son rapport sur le travail de M. Picard; il proteste contre ces exceptions arbitraires dont nous avons parlé dans le dernier compte rendu.

« En supprimant, dit-il, un rapport qui avait été traité d'absurde, au lieu de le combattre et de le réfuter; en s'abaissant au rôle de censeur, le comité a montré son *impuissance* à lutter contre les doctrines qu'il condamne de son autorité privée. Je le lui dis en face, il n'échappera pas plus à la nécessité de cette conséquence, qu'il ne se lavera du reproche d'avoir enfreint les ordres de l'Académie, en n'imprimant pas un rapport qui devait l'être. »

M. Moreau propose que l'Académie ait un volume destiné à l'insertion des mémoires couronnés, comme l'ancienne Académie de chirurgie. (Ordre du jour.)

Chirurgie pratique. — *M. Velpeau* fait un rapport sur deux observations adressées par M. Fallot, dont l'une est relative à un cas d'abcès par congestion dépendant d'une vaste carie vertébrale; l'autre à une fracture comminutive de la cuisse, qui a réclamé l'amputation. Ces deux observations, bien que rédigées avec soin et dans un bon esprit, n'offrent par elles-mêmes rien de nouveau. (Remercîmens, archives.)

Question réglementaire. — *M. Adelon* monte à la tribune et lit les modifications qu'il a fait subir à son rapport relatif à l'exercice de la pharmacie. Ces modifications portent sur trois exceptions, savoir: 1° que les médecins et officiers de santé peuvent fournir des médicamens dans les lieux où il n'y a pas de pharmaciens établis, mais non avoir d'officine ouverte; 2° que les établissemens de charité peuvent fournir des médicamens, mais non les vendre; 3° que les vétérinaires qui ont reçu diplôme ou brevet d'une des Ecoles vétérinaires royales de France, peuvent préparer, tenir et vendre des médicamens pour l'usage des animaux qu'ils sont appelés à soigner.

Ces trois articles exceptionnels ont donné lieu à une discussion principalement sur leur rédaction.

MM. Nacquart et Rochoux ont demandé le rejet de la totalité du rapport.

Les trois articles et le rapport ont été mis successivement aux voix et adoptés.

le vin, la teinture thébaïque, l'eau spiritueuse de canelle sont des substances excitantes, échauffantes. Or, s'il a été évident que ces moyens ont dissipé les symptômes et sauvé la vie du malade, peut-on un seul instant douter de l'action hyposthénisante du sulfate de quinine?

Il y a déjà six ans que j'ai publié dans mon ouvrage les idées que je viens d'exposer et de confirmer par ces nouveaux faits. Un grand nombre de médecins italiens, entre autres MM. Mugna de Trissino, Mendini et Dalla Porta de Vérone, Guerreschi de Parme, Filippini Fantoni de Brescia, le professeur Reviglio de Piémont, et dernièrement encore Giuntini de Florence et Pagamici de Macerata, ont recueilli et publié des faits cliniques qui sont venus les confirmer. Je suis heureux d'ajouter que même en dehors de l'Italie des hommes d'un très grand mérite ont signalé des faits qui viennent aussi à l'appui de notre thèse. Dans la séance de l'Académie royale de médecine du 24 novembre 1840, M. Chervin a déclaré avoir observé en Amérique que dans quelques maladies produites par les miasmes des marais, l'efficacité du sulfate de quinine était beaucoup plus grande si l'on y adjoignait la saignée, et qu'assez souvent le sulfate de quinine était insuffisant sans la saignée. M. le professeur Bouillaud a présenté des observations analogues dans la même séance: il a soutenu que dans les fièvres intermittentes pernicieuses les quinacés sans la saignée restent souvent au dessous du mal. Et M. Ferrus a ajouté de son côté avoir vu sur les bords de l'Escaut des fièvres intermittentes réfractaires à l'action du sulfate de quinine, et céder à l'union de cette substance avec la saignée (1).

(1) Plusieurs fois déjà, depuis deux ans, cette question de l'action combinée du sulfate de quinine et de la saignée s'est présentée à l'Académie de médecine. Des faits d'une haute importance ont été cités en faveur de cette action combinée. M. Ferrus, entre autres a fait connaître les observations extrêmement remarquables de M. Guislain relatives à des fièvres continues, accompagnées d'exacerbations quotidiennes, lesquelles se terminaient par la mort tant qu'on les traitait par les saignées seules ou uniquement par le sulfate de quinine. A l'autopsie on trouvait des phlogoses vagues dans différens organes. La maladie revêtait les différentes formes des fièvres pernicieuses des marais, mais elle n'offrait pas d'intermittence. M. Guislain a eu l'heureuse idée de combiner la saignée au sulfate de quinine, et il a triomphé de la maladie. Lorsque M. Ferrus a fait un rapport sur cet important travail, l'Académie ne l'a pas suffisamment goûté, son attention n'étant pas encore bien éveillée sur l'action combinée des deux moyens. M. Ferrus a rappelé dernièrement les mêmes faits, à l'occasion d'une discussion dont nous avons rendu com[pte]; l'on en a mieux compris la portée. Le travail de M. Giac[omini] vient jeter une grande lumière sur la question, puisqu'il ten[d à] démontrer que l'action du sulfate de quinine est analogue à ce[lle] de la saignée. *(Note du trad.)*

— Dans l'analyse du rapport sur le concours ouvert devant [la] Société de médecine de Bordeaux (*Gazette des Hôpitaux*, n° [du] 14 avril), nous avons omis de dire, ainsi que le porte le ti[tre de] ce travail, que c'est au nom d'une commission qu'il a été [fait].

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 29 MAI 1841. (14e ANNÉE.) N° 66, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Péritonite puerpérale.

La femme qui était couchée au dernier lit de la salle et dont il a été question dans un des derniers numéros, vient de succomber à une péritonite puerpérale. Les conditions dans lesquelles se trouvait cette femme avaient quelque chose d'assez clair, d'assez distinct, pour qu'il ne soit pas sans intérêt de les signaler ici. Souvent il nous arrive, dit M. Dubois, en parlant d'une femme prise de fièvre à la suite de couche, avec des lésions inflammatoires du côté du ventre, de dire qu'elle a une fièvre puerpérale, et c'est à dessein que cette expression est employée par nous, car elle offre un sens tout particulier qui entraîne l'idée d'une affection plus générale que ne semble l'indiquer une péritonite puerpérale, par exemple. Ainsi, autre chose est de dire fièvre puerpérale et péritonite puerpérale ; en effet, tandis que celle-ci n'est qu'une inflammation locale, celle-là, au contraire, implique toujours l'existence d'un désordre général.

Cette distinction peut très bien s'appliquer au cas présent : la femme dont il s'agit a été saignée autant qu'a pu le permettre l'état de ses forces, parce que M. Dubois pensait avec raison n'avoir affaire qu'à une métro-péritonite purement inflammatoire sans complication d'affection générale, de fièvre puerpérale proprement dite. En effet, la marche de cette maladie a été celle d'une inflammation franche, mais très grave, très différente de celle de la véritable fièvre puerpérale, et cette marche a toujours été la même, les symptômes inflammatoires ont dominé jusqu'à la fin.

A l'autopsie, le péritoine a présenté une injection fort remarquable, ce qui ne se rencontre pas toujours dans la fièvre puerpérale ; on constatait une injection semblable dans le grand épiploon, qui avait éprouvé une augmentation dans son épaisseur. Il y avait dans l'abdomen une assez notable quantité de pus ; on rencontrait en outre dans le bassin un petit abcès circonscrit.

L'autopsie de cette femme a offert une petite particularité qui tout d'abord ne paraît que d'une très faible importance, quoique ce soit cependant un point d'anatomie pathologique intéressant. Sur l'un des ovaires l'on voyait des débris d'un petit corps jaune qui se développe après la conception, et qui n'a pas encore disparu à l'époque de l'accouchement. Pour que ceci soit compris, il est bon d'entrer à ce sujet dans quelques explications. Quand on examine les ovaires à l'époque de la puberté, on observe près de leur surface un certain nombre de petites vésicules qui renferment l'ovule, et que Graaf considère, d'après des expériences faites sur des animaux, comme les élémens que l'action d'un coït fécondant transformait en germes organisés. Lorsque le rapprochement sexuel doit être suivi de la conception, il se forme autour de la vésicule une exsudation de matière jaunâtre qui sert de deuxième enveloppe à l'ovule. C'est cette exsudation qui constitue le corps jaune. Ce phénomène succède à la fécondation et préexiste à la rupture de la vésicule. Cette rupture ayant eu lieu, l'ovule s'échappe de la vésicule et est repris par les trompes ; puis les parois de la petite cavité où celui-ci était contenu, parois qui sont formées par la vésicule et par le corps jaune, reviennent sur elles-mêmes, l'excavation disparaît, et il reste à la surface de l'ovaire une petite cicatrice très sensible. Ces petits corps jaunes sont encore très apparens après l'accouchement, et la pièce présentée par M. le professeur Dubois en est une preuve.

Mais MM. Négrier et Gendrin, surtout le premier de ces deux médecins, sont venus contredire cette manière de voir. Ainsi, M. Négrier a constaté que l'apparition de ce corps jaune dans les vésicules ovariques n'a lieu qu'à l'époque de la puberté, et qu'elle ne dépend nullement d'un coït fécondant. Ce corps jaune semble destiné à fournir à l'ovule ses derniers complémens, à le rendre apte à être fécondé. On le trouve avec les mêmes caractères chez les filles vierges, et il subit chez elles les mêmes transformations que celles qu'on a jusqu'ici attribuées au coït fécondant. Les observations de M. Négrier l'ont conduit à conclure que l'ovaire présente périodiquement après la puberté l'évolution complète et spontanée d'une vésicule ovarique, et que cet acte organique est la cause occasionnelle de la congestion utérine qui se termine par l'écoulement des règles. Cette opinion de M. Négrier vient jeter le doute sur ce point dont on a pu faire une question de médecine légale. Ainsi, à une certaine époque on a recherché si la présence d'un corps jaune serait la preuve d'un accouchement précédent. M. Négrier est pour la négative; Montgomery au contraire est d'un avis tout à fait opposé. Il serait par conséquent difficile de se prononcer quant à présent.

Grossesse chez une paraplégique.

Il y a en ce moment, dans les salles de la Clinique, une femme dont l'état présente beaucoup d'intérêt, et qui déjà, dans une des précédentes séances, a été le sujet de quelques réflexions du professeur Dubois. Cette femme est paraplégique. Dans ses deux premières grossesses, elle est accouchée à sept mois, et les deux enfans sont venus morts ; elle redevint enceinte pour la troisième fois, et un mois avant le terme, elle se plaignit de quelques accidens tels que fourmillemens dans les membres, tintemens dans les oreilles, étourdissemens, toutes choses qui semblaient être le prélude de ce qui était arrivé les deux premières fois. Cependant l'accouchement ne se fit qu'au neuvième mois ; mais l'enfant était mort. Les lochies furent presque nulles ; il y eut de la fièvre et des sueurs abondantes, qui durèrent assez long-temps. C'est à partir de ce moment que la paraplégie que l'on observe aujourd'hui a commencé à paraître, et cet accident a continué de faire chaque jour de nouveaux progrès. Il y a aujourd'hui constipation opiniâtre, besoin fréquent d'uriner, et difficulté extrême de rendre les urines ; l'on est obligé d'extraire les matières fécales à l'aide du doigt, et de donner issue aux urines par un moyen artificiel. Malgré cet état, cette femme est devenue enceinte le 1er du mois d'août 1840 ; et comme depuis ce temps les accidens qu'elle éprouvait se sont aggravés, elle s'est décidée à entrer dans les salles de la Clinique.

D'abord une première observation se présenta tout naturellement à l'esprit ; à savoir que cette paraplégie n'a pas empêché, de la part de la femme, l'accomplissement des divers phénomènes qui ont eu pour résultat la conception ; c'est-à-dire, que la liqueur prolifique a pu être mise en contact avec l'ovaire (si tant est que les choses se passent ainsi), puisque l'ovule fécondé a pu être repris par la trompe et conduit de là dans l'utérus. Ainsi, il paraît évident qu'une grave affection de la moelle épinière, cette partie si importante du système cérébro-spinal, n'a pas empêché la conception d'avoir lieu. Il reste maintenant à déterminer si cette affection sera sans influence sur l'acte de la parturition.

Cette question, qui a été résolue par les auteurs, ne peut l'être entièrement pour le cas présent ; car la paraplégie chez la femme dont il s'agit, n'étant pas complète, on ne saurait dire à l'avance quelle part telle ou telle partie prendra dans l'accomplissement de la parturition.

M. Brachet cite l'exemple d'une femme atteinte d'une paraplégie avec perte complète du mouvement et du sentiment, qui put devenir enceinte. Ainsi, il est bon de faire observer en passant, que la fécondation paraît être étrangère à l'influence de l'axe cérébro-spinal, ou du moins qu'une grave affection de la moelle n'exclut pas la possibilité d'une grossesse. Dans le cas dont parle M. Brachet, la conception a pu avoir lieu, bien que la sensation de plaisir qui ordinairement accompagne le coït, n'existât pas ; d'où il faut conclure que cette condition n'est pas nécessaire pour qu'une femme puisse devenir enceinte. Chez la femme dont parle M. Brachet, une fois le neuvième mois de la grossesse arrivé, le travail parut vouloir s'établir ; il y eut quelques contractions utérines, mais très faibles et qui ne furent pas ressenties par la malade ; l'orifice du col utérin était mou, relâché, facile à entr'ouvrir. Dans l'espoir de ranimer les contractions utérines, M. Brachet pratiqua quelques titillations sur le col, puis il pensa devoir rompre la membrane. L'évacuation de l'eau amniotique eut lieu, et l'utérus revint sur lui-même,

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

(Suite du numéro 63.)

Desault (1) pratiquait l'extension en se conformant au précepte de Dupoui et Scultet.

Boyer, et c'est une preuve à ajouter à mille autres de la faillibilité des meilleurs esprits, raisonne étrangement à propos de la question qui nous occupe. En général, dit-il, il faut placer les puissances extensives sur l'os luxé, et, immédiatement, il ajoute que ce précepte ne saurait trouver son application dans la réduction des luxations de la cuisse et du bras. Mais comment, s'il faut en excempter les luxations de la cuise et du bras, le précepte émis serait-il un précepte général ? les seules luxations pour lesquelles il puisse y avoir discussion sont précisément celles qui viennent d'être désignées. Si le précepte de placer les forces extensives sur l'os luxé lui-même ne leur est pas applicable, il devient inutile, et Boyer, qui, de prime abord, semblait s'éloigner de l'opinion de Dupoui, y rentre complètement.

Boyer prévoit une objection, la plus grave qui puisse être adressée à l'*extension éloignée*, et s'efforce de la combattre. Il ne faudrait pas croire, dit-il, que l'articulation intermédiaire à l'articulation luxée et à l'extension, le coude, par exemple, dans la luxation de l'épaule, absorde à son détriment, une partie de la force extensive ; cela peut paraître vrai au premier coup-d'œil ; mais il n'en est rien ; les muscles qui entourent l'articulation du coude se contractent par le fait de l'extension, et maintiennent l'articulation de telle sorte que la continuité du membre n'est aucunement interrompue, qu'il forme un levier parfaitement continu, et qu'enfin l'effort se communique directement sans rien perdre de l'avant bras au bras. C'est là, sans doute, une assertion démentie chaque jour par les douleurs que ressentent les patiens dans l'articulation intermédiaire, quand, par exemple, dans une luxation scapulo-humérale on applique le lacs extensif au poignet ; mais ensuite, s'il suffisait de la contraction musculaire résultant des tractions pour appliquer fortement les os de l'avant-bras contre l'humérus, Boyer aurait dû penser qu'elle devait suffire également pour maintenir l'os luxé dans sa position anormale.

S'il pouvait être vrai que l'extension a pour effet de fixer solidement l'un contre l'autre les os d'une articulation, il faudrait renoncer à l'espoir de réduire des luxations en tirant sur l'os luxé.

Quant à nous, nous nous rangeons complètement, avec M. Sédillot, à l'opinion si bien défendue par J.-L. Petit (1) : Plus la force est éloignée du point sur lequel elle doit agir, moins elle doit avoir d'efficacité, et plus il est nécessaire de la multiplier. Ensuite il n'y a qu'à interroger les malades pour savoir si les articulations intermédiaires souffrent réellement. Si l'extension que nous appelons éloignée par rapport à l'autre, qui serait l'extensoin rapprochée, et que l'on pourrait elle-même appeler immédiate par opposition à la première qui deviendroir l'extension médiate ; si, disons-nous, l'extension éloignée ou médiate n'avait pour effet que de rendre nécessaire l'emploi d'une plus grande somme de force, l'inconvénient serait minime ou même nul ; il n'y aurait que quelques tours de plus à donner, si on se servait de moufles, ou à ajouter un aide, si on réduisait à la manière ordinaire.

Mais l'extension éloignée a aussi, et surtout, comme nous l'avons vu, pour inconvénient d'agir sur l'articulation intermédiaire ; et cet inconvénient se complique du premier, auquel il donne de l'importance ; car plus on devra augmenter la force extensive, plus l'articulation intermédiaire souffrira.

Après cette digression à laquelle nous nous sommes laissé entraîner dans la pensée sans doute ambitieuse qu'il nous serait possible de présenter sous son véritable aspect, une question incomplètement connue, arrivons au mode d'application de l'appareil de M. Sédillot, que plus haut nous n'avons fait que décrire.

Il s'agit d'une luxation de la cuisse, la contre-extension est faite ; le bracelet est appliqué et fortement serré au-dessus du genou ; le moufle et le dynamomètre sont en place.

Un aide s'empare de l'extrémité libre de la corde du moufle et la roule autour d'un bâtonnet cylindrique ; par ce moyen, il n'a pas, en tirant, les mains coupées par la corde. Il doit tenir le bâtonnet appuyé contre le moufle, et tirer sans secousses, en roulant simplement le bâtonnet entre ses mains. Mais il faut avoir tiré soi-même pendant un certain temps pour savoir combien cet exerciée est fatigant, et combien aussi il est difficile de tirer sans secousses. Pour peu que la manœuvre se prolonge, il est impossible que le même aide puisse continuer à tirer. Ce sont là des inconvéniens auxquels M. Sédillot ne croit pas une importance égale à celle que nous leur attachons, et qui nous font regarder comme nécessaire l'adaptation d'un nouveaux système aux appareils que nous étudions. Ce système consisterait dans un instrument analogue à celui que l'on voit dessiné dans l'ouvrage de Portal où il est appliqué à la réduction de la luxation du bras. Il faudrait une sorte de manivelle qu'on attacherait au mur, et qui ferait tourner une petite roue autour de laquelle on roulerait la corde ; il suffirait ainsi de deux doigts d'un aide pour effectuer l'extension.

Les chirurgiens pour lesquels les luxations ne sont que des difformités, et les amis outrés de la simplicité, à cette proposition d'un nouveau système à ajouter aux appareils, vont crier à la complication et à la superfluité. La génération d'écrivains qui succède à celle de nos maîtres affecte pour la simplicité un amour qui va presque jusqu'au désir de voir, suivant une ingénieuse expression, la chirurgie désarmée. Sans doute ce serait un beau résultat que d'arriver à de grands effets par de petits moyens; mais lorsque les petits moyens sont insuffisans, lorsque, par exemple, dans une luxation, tous les moyens, jusqu'aux machines exclusivement, ont été inefficaces, renoncera-t on à l'espoir de guérir le malade, par cela seul qu'il faudrait employer un appareil plus ou moins compliqué ? En chirurgie, il y a particulièrement deux écueils à éviter : il faut craindre de trop agir et de ne pas assez agir. Il faut éviter à la fois l'opiniâtreté et la mollesse dans l'application des moyens, la hardiesse et la pusillanimité. Si le juste-milieu devait être dépassé d'un côté ou de l'autre, nous préférerions que ce fût du côté de la hardiesse. Un homme est atteint d'une luxation : pour une raison quelconque il tarde à être présenté au chirurgien ; on essaie la réduction avec les mains seules, puis avec des lacs, on ne réussit pas; alors on dit au malade de se consoler, et qu'insensiblement il recouvrera assez de mouvemens pour tirer quelque parti de son membre. C'est probablement à partir de ce moment que la luxation

---

(1) OEuvres chirurgicales, publiées par Xav. Bichat, nouvelle édition. Paris, 1830, t. I, pag. 364.

(1) Traité des maladies chirurgicales, Paris 1790.

mais en vertu seulement de la rétractilité de son tissu. Enfin, après avoir cherché inutilement pendant deux heures à provoquer quelques contractions de la matrice, il crut convenable d'appliquer le forceps; et fit naître ainsi un enfant vivant. Après la sortie de l'enfant, l'utérus se rétracta de nouveau, et la même chose se reproduisit pour la délivrance. La moelle épinière paralysée, tenait donc l'utérus sous sa dépendance.

L'observation de ce fait porta M. Brachet à faire quelques expériences sur les animaux, dans le but de déterminer quelle était l'influence de la moelle épinière dans l'accomplissement de la parturition. Pour cela, il prit des femelles de cochon d'Inde, chez lesquelles les contractions utérines venaient de commencer; il coupa la moelle entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, et aussitôt la section terminée, il vit les contractions cesser en partie; il ne restait plus qu'un petit fourmillement qui avait son siége dans cet organe, et qui semblait indiquer que l'utérus n'avait pas complètement cessé de se contracter. Il pensa que cette circonstance tenait à ce qu'il avait coupé la moelle un peu trop bas; il pratiqua donc la section dans un point plus élevé chez d'autres animaux, et au même instant il y eut cessation complète des contractions utérines.

M. Brachet fit la contre-épreuve; il réunit à l'aide d'un courant galvanique les deux extrémités de la moelle à l'endroit où celle-ci avait été divisée, et au même instant les contractions utérines se reproduisirent et amenèrent, chez la femelle d'un lapin, l'expulsion de trois fœtus; le premier, en bout deux heures, le deuxième, deux heures un quart, et le troisième, deux heures et demi.

Malgré cela, on ne saurait conclure que tout, dans la parturition, dépend de l'axe cérébro-spinal, le système ganglionnaire doit avoir ici quelqu'influence, et il reste à démontrer si l'un peut agir indépendamment de l'autre. Il est vrai que le système ganglionnaire peut seul fonctionner pendant quelque temps. Mais pour que son action se prolonge, il faut qu'il soit alimenté, en quelque sorte, par le système cérébro-spinal. Ainsi, par suite de la section de la moelle épinière, la prolongation des contractions utérines n'est pas possible.

— M. Trousseau ayant eu connaissance de ce fait, en parla à sa leçon sur l'ergot de seigle, comme d'un cas dans lequel on pourrait, probablement avec avantage, faire usage de ce médicament pour amener l'expulsion du produit de la conception, si toutefois les seuls efforts de la nature paraissent ne devoir pas suffire. Contradictoirement à l'opinion émise par M. Brachet, les expériences de Legallois démontrent que le travail de la parturition peut continuer, chez les animaux, même après la décapitation. Chez le paraplégique qui se trouve en ce moment dans les salles de la clinique, l'administration de l'ergot de seigle activera les contractions utérines si celles-ci étaient trop faibles, et cette femme pourra, de la sorte, se passer de l'action des muscles abdominaux.

Par ce moyen, la terminaison de l'accouchement sans l'intervention de l'art, paraît d'autant plus probable que la paraplégie chez cette femme n'est pas complète, c'est-à-dire que la sensibilité et le mouvement ne sont pas tout à fait abolis dans les extrémités inférieures.

Grossesse présumée, malgré l'existence de métrorrhagies.

Il y a en ce moment dans une des salles de la clinique, une femme qui se croit enceinte, et qui le serait devenue dans des circonstances remarquables et tout exceptionnelles. Suivant ce que rapporte cette femme, le commencement de sa grossesse remontrait à six mois, et un simple dérangement survenu alors dans la menstruation, serait le seul motif qui l'aurait portée à se croire enceinte; depuis lors elle a éprouvé des pertes assez fréquentes, et son ventre s'est développé.

Ces premiers renseignemens ont dû exclure toute idée de grossesse; car, dans de semblables conditions, cet état est rare, et un examen attentif vient confirmer cette exclusion. Cependant il existe une tumeur qui se prolonge dans le bassin et s'élève aussi au-dessus du détroit supérieur, et qui offre à peu près le développement de l'utérus au cinquième mois de la grossesse. De plus, en appliquant l'oreille sur l'abdomen, l'on entend distinctement le bruit de souffle. Le col présente également quelques déformations propres à la grossesse. Cette femme a déjà eu plusieurs enfans; l'on peut facilement apprécier le développement de l'utérus, mais son segment inférieur est mou, au lieu de présenter la dureté et la résistance qu'il a dans la grossesse.

Le médecin qui serait consulté sur un semblable cas par l'autorité judiciaire, devrait se contenter de dire que l'utérus est développé comme au quatrième ou cinquième mois de la grossesse, mais qu'il lui est impossible de dire que ce développement du ventre soit dû à l'état de gestation. Que si, plus tard, l'on venait à constater le bruit de doubles battemens, alors il n'y aurait plus de doutes.

Pour le moment donc, il n'y a que présomption de grossesse; mais il pourrait y avoir dans l'utérus des corps étrangers, un produit de conception dégénéré et converti en hydatides ou en môles; et une raison qui viendrait appuyer cette manière de voir, ce serait l'apparition des pertes. Il est possible, néanmoins, que cette femme soit enceinte, qu'il existe chez elle un léger décollement du placenta, lequel aurait déterminé les métrorrhagies que l'on observe, et qui ne sont pas assez abondantes pour que les contractions utérines entrent en jeu.

Il y aurait une troisième hypothèse, fondée sur ce que cette femme se croit enceinte de six mois. Il pourrait se faire, en effet, que chez elle le commencement de la grossesse remontât à cette époque, et que le fœtus fût mort depuis quelque temps. Une circonstance viendrait à l'appui de cette opinion, c'est que les seins, qui auparavant étaient durs et tergescens, chez cette femme, depuis quelque jours se sont un peu ramollis. L'état de grossesse est donc, dans le cas présent, une question que l'évènement viendra résoudre.

Abcès du sein.

Au n° 4 se trouve une femme qui présente un abcès post-mammaire. Cet abcès n'a pu devenir apparent à l'extérieur qu'en se faisant un passage à travers les lobules de la glande. Alors une ponction a été pratiquée qui a donné lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de pus; mais depuis cette petite opération il s'est formé plusieurs autres abcès, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement.

Cette femme est très souffrante; elle a de la fièvre et de la diarrhée; le sein est le siége d'assez vives douleurs; elle se trouve par conséquent dans des conditions fâcheuses. Il serait difficile d'ouvrir largement cet abcès à cause de l'éloignement du foyer et de la longueur du trajet fistuleux. Cependant si la guérison se fait attendre, si par suite de cela la santé de cette femme se trouve compromise, M. P. Dubois se propose de recourir à ce moyen, le seul, suivant lui, qui puisse mettre un terme à cette maladie.

C'est presque toujours chez les femmes qui ont nourri pendant quelque temps que les abcès du sein se rencontrent; d'où il faut conclure que l'allaitement prédispose à ce genre d'affection. La femme du n° 4 est dans ce cas; chez elle aussi l'apparition de cet abcès a coïncidé avec l'existence de crevasses du mamelon, ce qui est assez ordinaire.

Il n'est pas rare de voir, dans les salles de la Clinique, des femmes récemment accouchées, refuser d'allaiter leurs enfans pendant quelque temps seulement, dans la crainte où elles sont de ne pouvoir que difficilement alors parvenir à faire passer leur lait. Cela est très vrai; cette opinion est parfaitement fondée. Aussi doit-on, dans la pratique civile, s'opposer à ce qu'une femme entreprenne, pour un court espace de temps, l'allaitement de l'enfant; car outre la difficulté que l'on éprouve pour faire cesser cet allaitement quand la santé de la mère le réclame (raison toute morale et qui consiste en ce qu'il répugne souvent à une mère de donner à une nourrice l'enfant qu'elle a *nourri*), la femme, par cela même qu'elle a commencé à nourrir, se trouve exposée, surtout s'il existe des crevasses du mamelon, à voir survenir des abcès de la mamelle, d'une durée ordinairement longue et d'une guérison difficile.

— Nous ne pouvons laisser passer ce fait sans rappeler les beaux résultats obtenus par M. le professeur Trousseau dans le traitement des abcès du sein par la compression. Nous avons vu bon nombre de femmes venir à l'hôpital Necker, avec des abcès post-mammaires, et guérir par l'application du bandage compressif dans un très court espace de temps. Une entre autres, qui fut couchée au n° 6 de la salle Sainte-Thérèse, et dont nous avons rapporté l'histoire dans un des numéros de ce journal, présentait une vaste collection purulente ayant son siége dans le tissu cellulaire post-mammaire et dans celui de la glande. L'ouverture en fut pratiquée seulement lorsque le pus vint former une saillie sous la peau. Il s'écoula par la plaie environ un demi-litre de pus et un bourbillon assez volumineux sortit en meme temps. M. le professeur Trousseau fit l'application de son bandage, qui ne fut enlevé qu'au bout de huit jours, et, à cette époque, les parois du foyer étaient parfaitement recollées sans qu'il restât la moindre fistule. L'écoulement de pus, qui se fait avec une extrême facilité, sous le bandage compressif, avait cessé dès le quatrième jour de son application, ce qui laisse penser qu'à cette époque la guérison était complète.

Dans presque tous les cas, pour ne pas dire toujours, le symptôme douloureux disparut immédiatement après l'application du bandage, et avec lui les accidens qui en étaient la conséquence. Aussi pensons-nous que traitée par cette méthode, la malade de la clinique verrait cesser les accidens qu'elle éprouve et, suivant toutes les probabilités, l'abcès du sein se guérirait tout aussi promptement qu'à l'aide d'une large incision. De la sorte, l'on éviterait à cette femme les douleurs et le désagrément de ce dernier moyen. (*Note du Rédacteur de cet article.*)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

(Deuxième leçon.)

Reportons-nous un instant aux propositions énoncées dans la séance précédente; et, de leur point de vue, répondons à la question suivante : *Le cerveau est-il un organe simple?* Non évidemment, puisqu'il préside à l'accomplissement de fonctions multiples; l'intelligence, le mouvement, la sensibilité, les sensations, etc.

L'intelligence peut s'exercer indépendamment du mouvement; de même que la sensibilité sans le mouvement et réciproquement. Les sensations enfin peuvent aussi s'exercer indépendamment. Le cerveau est donc incontestablement un organe multiple; car ses fonctions sont multiples, peuvent s'exécuter indépendamment les unes des autres, au lieu de présenter une simultanéité d'action.

Le cerveau étant donc un organe multiple qui accomplit plusieurs fonctions, c'est dans ces différentes parties qu'il convient de l'examiner, quand nous y supposons l'existence d'un trouble quelconque. A cet égard, de toutes les fonctions cérébrales celle qui donne les résultats diagnostiques les plus positifs, c'est le mouvement; la paralysie étant un des phénomènes les plus intéressans et les mieux connus aujourd'hui. Mais avant de parler de cette dernière, qui, à cause de sa grande importance, nous arrêtera assez long-temps, nous allons dire ici un mot de la diminution ou de la perversion du mouvement. Nous ne parlerons pas des signes fournis par les os en eux-mêmes, organes tout à fait passifs; ce serait sortir de notre sujet, le cercle que nous nous sommes tracé devant comprendre seulement les affections cérébrales et tout ce qui en dépend.

La diminution des forces, dès son apparition, est manifestée par les malades; ils accusent une plus ou moins grande faiblesse. Dans ce cas, qui ne manque pas parfois d'être difficile et obscur, il se peut trouver un médecin craintif qui, influencé par la constatation de la faiblesse accusée, considérerait la saignée plutôt contre indiquée qu'admissible. Et pourtant elle constitue le seul moyen capable de soustraire alors le malade à un danger imminent. Il ne faut jamais perdre de vue d'ailleurs, que les

---

deviendrait une simple difformité. Il ne s'ensuit pas moins que le sujet est définitivement estropié. Ce n'est point ici une simple supposition : non-seulement le fait a dû avoir lieu, mais nous avons la certitude qu'il s'est répété. Il y a des chirurgiens qui renoncent avec la plus grande facilité. Croire, nous le répétons, à la puissance autocratique de l'art, et agir en conséquence, ce serait s'exposer aux plus pénibles mécomptes; mais aussi rester en deçà de ce à quoi il a droit d'aspirer, c'est manquer à sa mission de chirurgien.

Nous nous flattons de l'espoir qu'après la lecture de ce travail, les praticins ne regarderont plus les lacs comme le dernier terme de l'art dans le traitement des luxations, et ne se borneront dans leurs tentatives qu'après l'emploi rationnel et complet des moufles, si même ils ne jugent pas convenable, ce qui nous paraît devoir être, de substituer de prime abord les moufles aux lacs et aux aides.

Pendant que l'aide tire la corde, il doit, ainsi que le chirurgien qui dirige la manœuvre, regarder, à chaque instant, le dynamomètre, afin de savoir quel est le degré de force auquel on est parvenu. Il arrive souvent, comme nous l'avons dit, que l'aiguille reste stationnaire, quoique l'on tire, ou qu'elle descende, quoique l'on maintienne les tractions. Le plus souvent cela tient à ce que les aides chargés de l'extension cèdent, et c'est pourquoi, autant que possible, il faut se passer des aides pour la contre extension comme pour l'extension, et attacher au mur, par le moyen d'un anneau, le lacs contre-extensif. Mais cela peut tenir aussi à ce que le bracelet auquel est attachée la corde du moufle cède aux tractions, ou encore à ce que la partie cède elle-même et s'alonge un peu. On remédie au déchet de la force extensive, soit en rectifiant la contre-extension, soit, ce qui est une nécessité fâcheuse, en réappliquant le bracelet, soit enfin en augmentant les tractions.

On comprend que si l'extension est faite de haut en bas, et que le second moufle soit fixé très haut dans le mur, l'aide est obligé de tenir les bras élevés pour rouler la corde, position qui devient promptement très fatigante. Pour prévenir cet inconvénient, l'aide monte sur une chaise ou sur un tabouret.

La nécessité de changer la direction de l'extension se présente très rarement, et quand elle se présente, rien n'est plus facile que de suspendre un moment les tractions, de planter un anneau dans le mur ou dans le sol à l'endroit nécessaire, et d'y engager le crochet du moufle, après quoi l'extension est reprise. C'est afin de pouvoir changer la direction des tractions sans les suspendre, et de parer à une objection qui avait été faite à l'emploi des moufles, que M. Sédillot avait adapté à son appareil des poulies de renvoi dont l'inutilité est maintenant reconnue par ce professeur lui-même.

Rien n'est plus facile que de relâcher les moufles au commandement du chirurgien dirigeant : il suffit de dérouler les cordes roulées autour du bâtonnet cylindrique.

M. Sédillot avait fait construire, dans le but de relâcher instantanément les poulies une tige métallique composée de deux moitiés articulées mobilement. Il suffisait, pour rompre la continuité de l'appareil, de tourner l'une de ces moitiés sur l'autre; mais, vu la facilité qu'il y a à dérouler simplement la corde du moufle, cette tige nous paraît inutile.

Voici à peu près toutes les règles d'application de l'appareil de M. Sédillot. Il nous reste à faire un examen des cas dans lesquels il a été employé. Nous terminerons par quelques conclusions.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 21 mai, M. Orfila, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est de nouveau nommé doyen de cette Faculté.

— La Société phrénologique de Paris ouvrira samedi prochain 29 mai 1841 son cours public et gratuit de Phrénologie, au Musée, rue de Seine-Saint-Germain, 37.

Le docteur Place, son secrétaire-général, est chargé de ce cours, qui aura lieu à sept heures du soir les lundis, mercredis et vendredis suivans.

— La huitième Lettre écrite du Val-de-Grâce sur les Maladies Vénériennes a paru dans le courant du mois de mai; et la neuvième sera publiée en juin.

M. le professeur Desruelles, qui continue cet intéressant ouvrage avec un zèle digne d'éloges et un succès mérité, vient de le voir honoré de la souscription du ministre de la guerre.

hommes les plus fortement constitués, actuellement entrepris par une maladie aiguë, se plaignent ordinairement d'une faiblesse inaccoutumée et qui, par cela même, leur paraît extrême, faiblesse qu'il est assez ordinaire de voir décroître sous l'influence des émissions sanguines.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et par un contraste bien bizarre, on observe quelquefois, au lieu de cette diminution des forces, leur exaltation portée à un degré capable d'en fausser les effets les plus surprenans.

Les phénomènes particuliers qui peuvent se rattacher à la perversion du mouvement sont réellement remarquables. Ainsi, l'engourdissement, le fourmillement, la pesanteur dans un ou plusieurs membres, tous symptômes accompagnant d'ordinaire le ramollissement du cerveau, rarement l'hémorrhagie cérébrale, et excessivement importans pour le diagnostic; car si on n'a pas été témoin de ces phénomènes, il sera tout à fait impossible d'assurer qu'il y a ramollissement ou hémorrhagie. La perversion du mouvement peut aussi consister seulement dans un tremblement qui peut avoir pour cause l'âge, l'action du froid, du mercure, ou une névrose telle que la danse de Saint-Guy (chorée), etc. Dans tous ces cas, il y a incontestablement modification du cerveau; car y a-t-il un anatomiste qui puisse confondre le cerveau d'un vieillard avec celui d'un enfant; or, c'est précisément dans les caractères qui les distinguent que nous trouvons la cause du tremblement sénile, caractères qui consistent pour le vieillard dans la dureté de la pulpe cérébrale, dans la coloration jaune-brune et dans la diminution de la masse encéphalique. Nous en dirons autant pour le tremblement mercuriel et les névroses.

La raideur et la contracture des membres sont deux phénomènes qui ont beaucoup occupé les pathologistes modernes. Nous avons remarqué qu'ils n'existent pas seulement dans les cas d'inflammation, mais aussi dans les cas d'hémorrhagie cérébrale simple. Chez notre malade du n° 2 de la salle Sainte-Jeanne, nous voyons une méningite accompagnée de crampes; il n'y a là probablement qu'un état nerveux sympatique; la pulpe cérébrale n'est sans doute pas altérée.

Les soubresauts des tendons, que l'on rencontre souvent dans la méningite accompagnant la fièvre typhoïde, ne sont pas, à beaucoup près, d'un aussi fâcheux pronostic que la carphologie. Mais les premiers, de même que cette dernière, dénotent qu'il y a maladie du cerveau: méningo-encéphalite concomitante. Ce qui prouverait assez que ces lésions fonctionnelles dépendraient d'une altération locale, c'est que plusieurs fois, dans des cas de méningite mortelle, nous avons trouvé dans le cerveau de la matière purulente infiltrée. Et nous ne serions pas éloigné, d'après cela, d'admettre que les convulsions elles-mêmes, ainsi que le tétanos, ne pussent dépendre d'une affection, d'une inflammation locales, mais aussi, par l'effet d'une névrose, d'un spasme, dont les signes anatomiques ne subsistent pas après la mort, mais qui du moins ont dû subsister au moment de l'accident. N. Manzini et Yvonneau.

HOPITAUX DE LONDRES.

Rupture de la paroi postérieure du vagin et du col de la matrice. Guérison. Par M. Jonathan Toogood, chirurgien à l'infirmerie Bridgewater.

Madame Collins, âgée de trente ans, de constitution délicate, est saisie d'hémorrhagie utérine au septième mois de la grossesse; cette hémorrhagie s'est répétée vers le huitième, et est devenue subitement alarmante. On s'est assuré que le placenta était implanté sur le col, et l'on s'est déterminé à l'accoucher, ce qui a été fait sans difficulté le 19 avril; mais l'hémorrhagie, qui a été abondante, a continué après l'expulsion du placenta, au point que pour l'arrêter on a cru convenable d'introduire la main dans l'utérus. Cette manœuvre a fait découvrir une large déchirure à la partie postérieure du vagin, s'étendant au col utérin. Un autre chirurgien qui accompagnait M. Toogood, s'est assuré, à son tour, de la lésion en y introduisant la main. L'utérus était bien contracté. Pendant deux heures la malade a été dans l'état le plus alarmant, l'hémorrhagie se continuant; défaillances, épuisement. A midi et demi elle paraissait s'affaisser, lorsqu'un vomissement s'est déclaré, ce qui l'a soulagée, et elle a dormi une demi-heure; mais durant ce temps, son état était tel qu'on la croyait mort; tout son corps était froid, ce qui s'est continué pendant trois heures. Des cordiaux, de l'opium ont été administrés, et la chaleur s'est rétablie; la malade se plaint de grandes douleurs au ventre; elle est faible, mais elle a un peu dormi la nuit.

Le lendemain, la physionomie est meilleure; pouls perceptible, mais très petit; défaillances, encore un peu d'hémorrhagie; mais pas de bruit dans les oreilles, ni de perte de la vue. Cordiaux et opium; mieux. Le soir la réaction commence, pouls plein, mais facilement compressible; la douleur dans le ventre est augmentée; sentiment de faiblesse et de défaillance. Cathétérisme, potion effervescente, opium.

Troisième jour. La nuit est passée sans sommeil; augmentation de la douleur du ventre, agitation, soif, pouls fréquent, plein, vite. Fomentations abdominales, cathétérisme, injections d'eau chaude; on continue les cordiaux et les alimens substantiels. Sommeil à plusieurs reprises dans le jour.

Quatrième jour. Pas de sommeil la nuit; agitation extrême; chaleur; visage animé; pouls, 140; vomissemens fréquens; ventre tendu, anxiété excessive. Cet état empire, et la femme semble n'avoir plus que peu à vivre. Cathétérisme, injections d'eau chaude; opium.

Cinquième jour. Mieux; sommeil réparateur dans le jour; pouls moins fréquent, peau humide, langue moins sèche; amélioration progressive; guérison. La déchirure n'a été complètement cicatrisée que six semaines après.

L'auteur attribue son heureux succès à la méthode de traitement qu'il a suivie; méthode qu'il attribue à M. Marshall Hall. (*Prov. med. and surg.*, journ., 15 avril.)

OBSERVATIONS INÉDITES DE SIR ASTLEY COOPER.

Hernie inguinale. Opération. Anus artificiel sur une femme enceinte.

Anne Tennant, âgée de trente-quatre ans, est reçue à l'hôpital Saint-Thomas le 17 mai, à dix heures du matin, se plaignant de douleur au cœur, de hoquet, de vomissement et de constipation. Elle présente un érysipèle à l'aine gauche, avec une petite grosseur au côté externe du tubercule pubien et au-dessous de l'arcade crurale, douloureuse à la pression; pouls filiforme, vite et irrégulier. La tumeur n'avait été aperçue par la malade que depuis la manifestation de la nausée et de la constipation, c'est-à-dire depuis le 13. Hier, 16, la malade a pris un lavement et a rendu des fèces dures; mais depuis, le même moyen n'a rien produit.

Au moment de son entrée, on pratique une saignée de trente-six onces. Le sang a offert un caillot blanc et coriace. On lui a administré un bain. La femme est grosse de trois mois.

J'ai vu la malade à deux heures moins dix minutes de l'après-midi, et je l'ai opérée de suite. J'ai trouvé l'intestin mortifié de couleur grisâtre et veineux. Je l'ai, en conséquence, fendu dans l'étendue d'un pouce et demi longitudinalement, ce qui a donné issue à des matières fécales liquides. J'ai appliqué un cataplasme par dessus et fait transporter la malade dans son lit.

Aussitôt après l'opération le pouls ne battait que 48; mais une heure et quarante minutes après il s'est relevé à 73 et était plein et fort. La douleur au cœur et à l'aine et les nausées s'étaient dissipées.

A huit heures du soir, pouls 100, plein; il donne parfois 12 ou 20 pulsations régulières, puis il s'arrête tout d'un coup et bat ensuite irrégulièrement plusieurs fois. La garde m'a dit que la malade avait eu deux fois seulement le hoquet après l'opération, mais pas depuis. La région de l'opération est très douloureuse, mais pas le ventre. Ecoulement abondant de matières stercorales par la plaie. Peau chaude. La malade se sent disposée à dormir.

18 mai. Elle a assez bien dormi la nuit dernière; mais, vers minuit, les douleurs au cœur sont revenues, ainsi que les nausées et le hoquet. Ces symptômes se continuent, et même quelques vomissemens. L'abdomen est tendu et douloureux; la plaie est douloureuse et entourée d'un cercle érysipélateux. Pouls 100 et irrégulier; pas d'évacuations alvines par le rectum. L'écoulement des fèces par l'anus artificiel n'est pas obstrué. La malade est fort troublée par des flatuosités et le hoquet.

Le 19, pouls moins irrégulier, mais toujours à 100; moins de nausées, pas de hoquet depuis quelque temps, pas de garderobes par le rectum; la plaie est moins enflammée; on la couvre de linges imbibés d'une solution d'acétate de plomb.

Le 20, pouls toujours irrégulier; garderobes libres par l'anus artificiel; l'érysipèle de l'aine a diminué. Une petite saillie s'est déclarée à un pouce environ de l'anneau interne, sur la même ligne que l'ombilic, laquelle est très douloureuse à la pression. La malade a dormi la nuit dernière pendant cinq heures; langue blanche, peau froide, physionomie naturelle. Pas de fausse couche.

Le 21, pouls et garderobes comme hier; la petite proéminence persiste, mais elle n'est pas aussi tendue ni aussi douloureuse à la pression; elle paraît contenir de la matière qui se décharge par l'aine; l'érysipèle diminue. Jusqu'à présent la malade a pris de l'eau d'orge, du thé, des tartines; on lui ajoute un peu de vin, du pudding au riz et de la gelée de veau.

Le 23, la portion gangrenée de l'intestin se détache, la plaie se déterge.

Le 25, pouls légèrement irrégulier, langue nette; les flatuosités passent par le rectum. Pas de tension, ni de douleur à l'abdomen; appétit bon; pas de maigreur depuis l'opération. A trois heures du matin, elle a éprouvé une violente douleur au cœur, mais sans nausées. Cette douleur s'est dissipée en quelques heures.

Le 28, décharge de fèces dures par le rectum avant-hier et une autre aujourd'hui, mais sans matières liquides. La douleur au cœur n'a pas reparu. Ecoulement abondant et libre par l'anus artificiel; pouls 70, régulier, langue nette.

Le 30, garderobe dure par le rectum.

2 juin, quatre garderobes par le rectum hier, et une autre aujourd'hui.

Le 3, grande douleur vers l'ombilic la nuit dernière, augmentant à la pression; mais elle s'est dissipée.

Le 4, garderobe par le rectum.

Le 7, abondant écoulement de liquide stercoral par l'anus artificiel. Sentiment de démangeaison sur tout le ventre. La plaie diminue d'étendue; on la panse à plat et on la comprime légèrement. J'ai prescrit un émétique pour arrêter la diarrhée.

Le 8, une légère garderobe; la diarrhée est arrêtée.

Le 18, garderobe par le rectum. Mieux progressif.

Le 20, l'anus artificiel se resserre beaucoup.

Le 24, une garderobe par le rectum tous les jours; une seule garderobe a eu lieu depuis plusieurs jours par l'aine, c'est après que la malade s'est levée et a descendu les escaliers. La compression sur la plaie a produit de la douleur.

Le 26, l'anus artificiel n'a rien rendu depuis le 23. Fomentations d'eau de saturne sur la plaie. On couvre la plaie de terre de Fuller. La femme est allée de mieux en mieux par suite, mais la plaie ne s'est complètement cicatrisée que vers la mi-août. Sa grossesse a continué sans accident.

Vers le mois d'octobre elle est accouchée d'un enfant vivant, mais qui est mort ensuite. Depuis lors cette femme est devenue enceinte et est avortée. (*Ibid.*)

HOPITAUX AMÉRICAINS.

Anévrisme traumatique au bras sur un enfant de huit ans; opération d'après la méthode ancienne; par M. Horner, professeur à Philadelphie.

Mis B. de Gurgie, âgée de huit ans, étant très malade, a été saignée en mars 1837, au bras droit. La saignée n'a rien présenté d'extraordinaire, mais une semaine après on s'est aperçu d'une petite tumeur pulsatile, du volume d'un pois à l'endroit de la piqûre, laquelle a fait des progrès. En septembre de la même année, elle offrait le volume d'une grosse fraise; ses pulsations étaient fortes et pouvaient être senties verticalement, latéralement et même lorsque le bras était fléchi et la tumeur repoussée en arrière. La compression fait diminuer son volume de moitié; ce qui reste est alors dur et inflexible. La compression de la brachiale arrête les battemens. Les pulsations ne s'accompagnent pas de ce bruit frémissant qui est propre à la varice anévrismale. L'endroit de la piqûre de la veine n'est pas visible.

Le 29 septembre 1837, M. Randolph, qui avait consulté avec M. Horner, l'a opérée de la manière suivante:

Il a appliqué un tourniquet sur le bras et pratiqué une incision de deux à trois pouces sur la tumeur; il a découvert celle-ci entre le fascia brachialis et l'aponévrose du biceps; il l'a disséquée parfaitement, et a mis l'artère et la veine brachiales à découvert au-dessus et au-dessous. Ensuite, il a appliqué une ligature à ces deux vaisseaux, au-dessus de la tumeur, et il s'est assuré que cela avait fait disparaître les battemens; alors il a ouvert la poche sanguine et ôté le tourniquet; mais le sang coulait abondamment de cette poche. En conséquence, il a placé une seconde ligature à l'artère et à la veine au-dessous: le sang a continué à couler, mais en bien moins grande quantité. M. Randolph a cru alors devoir exciser complètement la tumeur, après l'avoir bien disséquée dans tous les sens. Pour cela, il a passé un manche de scalpel au-dessous, et appliqué deux autres ligatures, l'une au-dessus et l'autre au-dessous, de manière à isoler tout à fait la poche sanguine. La ligature inférieure ayant été serrée la première, on s'est aperçu qu'elle a arrêté complètement l'écoulement sanguin; cela ne l'a pas empêché cependant de serrer aussi, par précaution, la ligature supérieure, mais l'excision a paru alors inutile.

La veine, qui probablement était le vaisseau qui avait fourni le sang venant de la tumeur adhérait fortement à celle-ci; elle était presque oblitérée au-dessous et très rétrécie au-dessus. On n'a rien trouvé de semblable à la varice anévrismale.

Les côtés de la tumeur étaient très épais et indurés, ce qui explique pourquoi elle ne s'aplatissait pas complètement par la pression. Elle ne contenait pas de caillots. On n'a pu cependant s'assurer si le sac résultait d'une dilatation artérielle ou d'un kyste accidentel.

La poche sanguine, circonscrite de la manière que nous venons de dire, s'est gangrenée petit à petit; la plaie s'est détergée, et la petite malade était parfaitement guérie le 20 octobre suivant.

(*American Journal of medical sciences*, janvier 1841.)

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

S'il faut en croire les chirurgiens qui modestement se disent encyclopédistes, c'est une bien grande faute que d'être praticien spécialiste; ce péché, je le confesse, mais ne puis m'en repentir, dût il continuer à me faire rayer des listes de présentation à l'Académie. Oui! je suis lithotrite, urologue, urcticole, ou, comme disait Haller, médecin canaliculeux, *medicus canaliculosus*; je suis devenu tel, sans préméditation, par la nature de mes travaux, et je veux rester tel parce que je trouve dans cette observation et cette application de tous les jours la satisfaction que donne la conscience de faire autant bien que possible, parce que je puise dans cette condition la quiétude d'esprit qui me permet d'attendre sans colère le moment où l'opinion de mes confrères me vengera de l'injure qui m'a été faite.

Mais si je suis spécialiste dans ma pratique, j'ai, comme tous ceux qui ont reçu le titre de docteur, tâché de ne point l'être dans mes études, *medicus sum, nihil artis medendi à me alienum puto*; je me suis donc, comme passe-temps, livré à des recherches sur divers points de la science; et la communication de M. Malgaigne à l'Académie, analysée dans votre n° du 18, m'a rappelé qu'autrefois, de concert avec mon ami bien regretté, le docteur Cocteau, je me suis occupé d'explorer les causes de la production de la cataracte. Parmi les faits que nous avons observés dans nos expériences, il en est un, la reproduction du cristallin, sur lequel nous avons appelé l'attention de l'Académie de médecine; le rapport, il est vrai, ne fut pas conforme à notre assertion, mais nos convictions restèrent les mêmes: on peut répéter nos expériences, et vérifier l'exactitude de nos résultats

consignés dans le Journal de Physiologie de 1827.

On nous objectait, entre autres choses, que le cristallin ne se reproduit pas sur l'homme après l'opération de la cataracte, et que, pour le suppléer tant bien que mal dans son office, l'humeur vitrée forme en avant une saillie demi-lenticulaire. La réponse à cette objection est bien simple : Sur les animaux soumis à nos expériences la capsule cristalline était saine, dans les conditions favorables à la reproduction et l'entretien de la lentille; tandis que sur l'homme affecté de cataracte, la capsule est malade et perd ses facultés réparatrices. Nos expériences sont donc conformes à une partie des idées émises dans la note de M. Malgaigne, qui compare, je crois, la cataracte à une nécrose.

Quant au refus que fait ce chirurgien d'admettre la cataracte de l'humeur de Morgagni, je n'en ai pas bien saisi les raisons dans la note publiée dans le n° du 18. Je vois que sur plusieurs cadavres, M. Malgaigne a trouvé « le noyau central transparent, » la capsule transparente, et une opacité des lames les plus superficielles du cristallin. » Un peu plus loin, il est dit : « Dans » quelques cas, il existe réellement entre la capsule et le cristallin, séparés l'un de l'autre pathologiquement, une couche de » liquide contenant des grumeaux opaques, caséeux ; mais ce liquide ne saurait être pris pour celui de Morgagni. » Ce liquide, s'il n'est pas celui que l'on est convenu de désigner sous ce nom, quel est-il donc? Pour moi, j'avoue que si j'avais du doute sur son existence, je n'en aurais plus après la lecture de ce passage. Veut-on que tout ce qui est contenu dans la capsule soit le cristallin, dont la densité irait croissant depuis l'état de gelée fluide jusqu'à la consistance fibreuse? Rien de mieux, il ne faut pas disputer sur les mots. Les trois espèces de cataracte n'en subsistent pas moins pour cela; seulement, au lieu de dire cataracte de l'humeur de Morgagni, l'on dira cataracte des couches fluides externes du cristallin. Cependant, ce n'était pas sans quelque apparence de raison que l'on avait considéré comme distincte du cristallin l'humeur qui l'entoure. Lorsque l'on plonge un œil dans l'eau bouillante, les parties qui le composent deviennent opaques et se condensent, mais chacune avec des caractères qui lui sont particuliers : ainsi, les couches externes du cristallin, ou l'humour de Morgagni, comme l'on voudra, se coagule en grumeaux; tandis que le cristallin proprement dit se condense, comme chacun sait, sous la forme d'une multitude de lames cornées semblables à des côtes de melon, et superposées jusqu'au centre où cesse de s'apercevoir la disposition en lamelles.

Quant à la fréquence des diverses espèces de cataracte, je ne chercherai pas qui peut avoir raison des anciens depuis maître Jan jusqu'à Dupuytren, qui considèrent la cataracte lenticulaire comme de beaucoup la plus fréquente, de M. Sanson qui place la cataracte capsulaire sur la même ligne, ou de M. Velpeau qui a décidé que le vrai était entre ces deux assertions.

Agréez, etc. LE ROY D'ETIOLLES.

25 mai 1841.

TRAITÉ PRATIQUE SUR L'ART DU DENTISTE.

M. Lefoulon, cette providence de ceux et de celles dont la denture est atteinte de ravages de la carie, vient de faire paraître un livre où, malgré ses nombreuses occupations, il a embrassé son art sous toutes ses faces, en élaguant toutefois ce qui dans la pratique n'avait pas une application immédiate et vraiment utile.

Cet ouvrage, qui est le fruit des observations faites durant une longue suite d'années d'exercice de son art, se recommande à la fois à l'attention des médecins et de ceux qui désirent se livrer spécialement à la profession de chirurgien-dentiste.

Les premiers y trouveront des détails et des documens précieux sur l'anatomie et la physiologie dentaires. Cette partie, traitée d'une manière succincte et cependant complète, ne laisse rien à désirer, l'auteur s'étant éclairé aux lumières des meilleurs anatomistes et physiologistes qui ont écrit sur cette matière.

Il est un point sur lequel nous ne saurions trop nous appesantir dans un article de cette nature; le voici : Un grand nombre de médecins qui restent toute leur vie dans une ignorance profonde sur les points d'hygiène dentaire les plus simples. Ils semblent qu'ils dédaignent de s'en occuper; et cependant, je leur demanderai s'il n'est pas de leur devoir de s'instruire sur une branche de leur art pour laquelle on est à même de les consulter tous les jours? Les dents sont-elles donc un organe de si peu d'importance, qu'elles ne vaillent pas la peine d'éveiller leur sollicitude? Ne sont-elles pour rien dans une des fonctions les plus indispensables, la nutrition? Ne sont-elles pour rien dans la prononciation nette et facile des mots? Ne sont-elles pour rien dans le maintien des belles formes de la face? Et ne fussent-elles envisagées que sous ce dernier point de vue, ne serait-il pas du devoir du médecin d'y apporter toute son attention?

Je n'insisterai pas plus long-temps; je crois avoir prouvé et au delà combien sont coupables les médecins qui ne se mettent pas en état de donner un avis salutaire aux personnes qui leur accordent leur confiance, quand ces dernières les interrogent sur ce qui peut nuire à leurs dents, ou concourir au maintien de leur état physiologique.

Le médecin de campagne, cet homme qui, dans sa modeste simplicité, consent à devenir une encyclopédie médicale, aborde quelquefois dans une même journée toutes les branches de la science la plus vaste. Il est tour à tour médecin, chirurgien, accoucheur, dentiste; il purge, il saigne, il remet les membres, il les coupe, il évulse les dents. Nous savons qu'à la ville son aristocrate confrère rougirait de descendre à certaines pratiques qui, en Espagne, sont encore du domaine du barbier; mais au moins doit-il savoir indiquer un dentifrice innocent à ceux de ses clients qui lui demandent son avis sur un point qui est loin d'être aussi indifférent qu'il le leur semble. Si M. Lefoulon n'était pas aussi discret, il pourrait, je vous jure, divulguer bien des noms illustres qui, en conseillant la poudre de Charlard et autres, ont édenté les trois quarts de leur clientelle ni plus ni moins que s'ils les avaient soumis aux mutilations de la clef de Garengeot. Nous ne demanderons pas que nos docteurs approfondissent quotidiennement le nouveau Traité pratique de M. Lefoulon comme les aphorismes du divin Hippocrate : mais ce que nous les engagerons à faire c'est de le lire et relire au moins une fois dans leur vie, afin de ne plus commettre les mêmes fautes en matière de pathologie et d'hygiène dentaires.

Ce livre renferme encore deux parties qui s'adressent à tous; c'est celle qui traite des meilleurs moyens conseillés pour combattre les accidens nombreux qui surviennent au moment de la première dentition, et plus loin celle qui résume les préceptes les plus sages pour diriger la seconde dentition.

On aurait peine à croire combien jusqu'à présent les médecins et les dentistes s'étaient mis en désaccord avec la nature pour obtenir chez les jeunes enfans la belle symétrie de la dentition. Il faut véritablement lire les réflexions de M. Lefoulon à cet égard pour se convaincre de l'absurdité du système qui consiste à arracher une ou deux dents pour faire place à d'autres qui se trouvent en dehors du cercle alvéolaire. Au premier abord c'est ce qu'on imagine de plus simple à faire. Eh bien! grâce à une observation persévérante et consciencieuse, le dentiste dont nous citions le nom tout à l'heure, s'est convaincu qu'on ne pouvait choisir une marche plus mauvaise, en un mot, plus opposée au résultat que l'on poursuit.

La branche de son art où M. Lefoulon s'est montré réellement supérieur à tous ses devanciers, c'est celle qui traite des moyens de redresser et faire disparaître les difformités de la dentition. Ç'a été son œuvre de prédilection; on sent, à la manière dont il a analysé dans ses moindres détails ce point de pathologie dentaire, qu'il a été le sujet des méditations de toute sa vie. Aussi a-t-il été largement payé de sa persévérance; et si l'on est étonné d'une chose, c'est que des moyens à la fois aussi simples et aussi efficaces n'aient point été découverts plus tôt. A lui la gloire incontestable d'avoir à jamais banni de la pratique les barbares mutilations à l'aide desquelles on dissimulait grossièrement des difformités, qui n'en subsistaient pas moins pour cela. C'est lui le premier qui les a fait disparaître complétement à l'aide d'un traitement orthopédique si doux, si innocent, que l'enfant le moins raisonnable s'y soumet sans aucune espèce d'appréhension.

Pour ce qui concerne la carie dentaire, le topique qu'il a trouvé ne doit pas être confondu avec ces découvertes pompeusement annoncées qui, nées d'hier, meurent aujourd'hui; c'est un véritable spécifique devenu populaire par l'efficacité de ses propriétés sédatives.

La troisième partie de l'ouvrage remarquable de M. Lefoulon traite de la mécanique dentaire. Moi qui ne suis que médecin, j'avoue qu'ici je suis fort embarrassé; je me hâterai donc d'avouer mon incompétence; j'appellerais bien à mon aide quelque personne spéciale, si la jalousie flagrante qui existe dans la profession de dentiste, comme dans toutes les autres, ne m'inspirait une sorte de défiance pour les jugemens portés par les confrères de M. Lefoulon.

Or, si je ne me sens pas apte à juger les procédés qu'il emploie, je puis affirmer que dans son livre il n'a fait mystère d'aucun d'eux, qu'il les a livrés tous à la publicité dans leurs moindres détails. La plupart lui appartiennent; s'étant formé lui-même, il n'a suivi les erremens d'aucun maître. Les jeunes gens qui veulent exercer la profession de dentiste ne sauraient donc choisir un meilleur guide (1). Eug. V., D.-M.-P.

(1) Chez M. Chamerot, éditeur, quai des Augustins, 33; et chez M. Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

M. Phillips vient de publier une nouvelle brochure intitulée : *Du Bégaiement et du Strabisme*, qui contient des notes historiques nouvelles, et l'examen comparatif des diverses méthodes d'opération pour ces deux infirmités. Les praticiens la liront avec intérêt et avec fruit.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 1er JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 67, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Conférences chirurgicales sur le Bégaiement,

par M. AMUSSAT.

Dans cette conférence, M. Amussat désire appeler l'attention sur l'intéressante question qui occupe tous les esprits depuis le commencement de cette année, c'est-à-dire la guérison du bégaiement au moyen d'une opération chirurgicale. Passant rapidement sur l'histoire de cette infirmité, il dit que depuis des siècles, ou mieux de tout temps, on a observé des bègues; mais qu'il n'y a que quelques années qu'au lieu de les plaindre, d'en rire ou de s'en moquer, on s'en est occupé beaucoup sous le rapport de la gymnastique linguale. Enfin, par suite de l'extension des progrès récens de la chirurgie orthopédique à plusieurs vices de conformation contre lesquels on avait échoué presque constamment par les moyens gymnastiques, le strabisme d'abord et le bégaiement ensuite sont entrés dans le domaine chirurgical.

Cette conférence étant consacrée uniquement à cette dernière infirmité, M. Amussat démontre d'abord que sans avoir eu connaissance des travaux de Dieffenbach, il avait de son côté pensé à guérir le bégaiement, et qu'en définitive, à Berlin et à Paris, M. Dieffenbach et lui étaient arrivés au même but par des moyens tout à fait différens.

Une question importante à résoudre est celle-ci : quelle est la cause du bégaiement? M. Amussat persiste à croire plus que jamais que dans le plus grand nombre des cas la cause existe sous la langue, particulièrement dans le frein ou le filet, et dans le défaut d'harmonie des fibres antérieures des muscles génio-glosses. A l'appui de cette opinion, il donne lecture de l'observation d'un jeune prêtre qu'il a opéré dimanche dernier. L'histoire fort intéressante de ce bègue, écrite par lui-même avant l'opération, renferme le passage suivant : nous le reproduisons textuellement

« J'examinai ma langue, je l'étudiai dans toutes ses parties pour voir si je n'y découvrirais pas la cause du mal; mais comme je ne pouvais juger de ma langue que par analogie, je voulus voir celle de mes condisciples qui parlaient avec le plus de facilité. Après un mûr examen, je m'aperçus : 1° que ma langue était plus épaisse, moins flexible et plus courte que celle des autres; 2° qu'il y avait très peu de distance entre l'extrémité supérieure du filet et l'extrémité de la langue; 3° que ce filet n'avait d'autre mouvement que celui qui lui était imprimé par la langue, que par conséquent on pouvait le couper sans danger. De la théorie, je voulus passer à la pratique, je m'armai d'un canif, et j'aurais fait l'amputation du filet si je n'avais craint qu'elle eût des suites funestes.....»

Quelquefois cependant, cette cause est moins évidente, la langue s'allongeant avec assez de facilité chez certains bègues, ce qui prouve qu'elle n'est pas retenue par les liens fibreux ordinaires; mais, bien que les effets ne soient pas toujours en rapport avec la cause, le bégaiement étant très marqué chez des individus présentant cette disposition, la même opération a réussi à faire cesser leur infirmité. A ce sujet, M. Amussat raconte le fait dont plusieurs médecins ont été témoins, d'un individu qui se présenta pour se faire opérer. Il avait la langue longue; le filet, peu marqué, ne s'opposait pas aux mouvemens d'élévation du côté du nez, et à un premier examen, on fut tenté de le renvoyer sans l'opérer; mais en comparant la langue à celles de dix-sept personnes présentes, on constata que chez notre bègue la langue était plus effilée, que la pointe ne s'épanouissait pas comme celles des personnes présentes parlant librement; qu'enfin elle offrait une disposition anormale. Le premier temps de l'opération ayant été pratiqué contre l'avis de plusieurs médecins, fut suivi d'un succès complet. Ce fait prouve qu'il ne faut pas se presser de dire qu'un bègue a la langue bien conformée, parce que, dans quelques circonstances, on trouve une disposition toute particulière qui avait échappé à un examen superficiel, comme nous pourrions en citer plusieurs exemples.

Nous ne décrirons pas, continue M. Amussat, les divers procédés qui ont été imaginés pour guérir le bégaiement, depuis les cailloux de Démosthènes jusqu'à la gymnastique vocale employée depuis quelques années. Ce point curieux de l'histoire du bégaiement nous entraînerait dans des détails en dehors du sujet principal de cette conférence, car il s'agit d'apprécier la valeur de l'opération chirurgicale.

Cette opération, comme chacun le sait déjà, se compose de plusieurs temps; voici, en résumé, dit M. Amussat, ce que je puis vous en dire :

La simple section du filet en travers, l'excision même comme on la fait ordinairement chez les nouveau-nés, ne nous a donné aucun résultat satisfaisant sur l'adulte; mais l'incision en long et l'excision de la trame du filet, ou mieux de l'aponévrose qui enveloppe et qui sépare les muscles génio-glosses, a fourni les plus beaux résultats. Dans le plus grand nombre des cas, cette opération bien faite et complète, doit suffire; lorsque cette opération ne suffit pas, M. Amussat se contente maintenant de séparer l'un de l'autre ces muscles, de les égaliser (car souvent leur volume n'est pas le même), en enlevant quelques fibres de bas en haut ou de haut en bas, de manière à séparer les deux muscles et à en faire deux faisceaux distincts. Enfin, tout fait espérer à M. Amussat que la cause du bégaiement étant superficielle, il sera rarement nécessaire de faire la section des génio-glosses et des génio-hyoïdiens.

Si, malgré ses prévisions, on reconnaissait la nécessité de faire la section de ces muscles, en opérant de manière à voir tout ce qu'on fait, on pourrait s'opposer à l'hémorrhagie. Ainsi, en faisant relever fortement le plancher de la bouche, on aurait la possibilité d'observer chaque faisceau que l'on coupe, de tordre immédiatement l'artère ouverte ou la cautériser; et pour plus de sécurité encore, on pourrait lier le faisceau musculaire avant de le couper, si les autres moyens ne suffisaient pas.

En résumé, si, comme cela est très probable, la cause existe dans les liens membraneux qui sont sous la pointe de la langue, il faut les enlever; si les muscles génio-glosses sont unis ensemble, il faut les séparer; si ces muscles sont inégaux, il faut les égaliser; si la pointe de la langue est trop courte, et qu'elle ne puisse pas se relever du côté du nez, il faut l'allonger en enlevant les fibres antérieures des génio-glosses.

Enfin si les muscles en entier paraissent être un obstacle, il faut les couper avec toutes les précautions indiquées. Dans tous les cas il faudrait, dit M. Amussat, s'opposer à la réunion des bords de la plaie soit des parties fibreuses, soit des muscles. Il est très important de s'opposer à ce mode de cicatrisation, car on peut voir sur des pièces recueillies sur des chiens et sur des chevaux qui avaient été soumis il y a plusieurs mois à la section des génio-glosses ou à la résection de ces mêmes muscles, que la cicatrisation s'est faite par rapprochement et que de plus, les deux muscles coupés sont adhérens l'un à l'autre dans le point où ils avaient été divisés et qu'ils n'en sont plus qu'un seul par leur soudure. Il résulte donc de l'examen de ces pièces, que M. Amussat présente à la conférence, que le travail de cicatrisation ne saurait être trop surveillé, afin de s'opposer autant que possible au rapprochement des deux muscles et à leur adhérence, parce qu'il y a tout lieu de croire que dans ces cas, les fonctions des muscles sont troublées ou perverties.

L'opération du bégaiement, comme toutes les opérations en général, peut être accompagnée et suivie d'accidens graves, au nombre desquels M. Amussat signale principalement la syncope et l'hémorrhagie.

La syncope arrive assez souvent pendant l'opération : l'émotion, la douleur et la vue du sang peuvent être la cause de cet accident; mais M. Amussat pense que, le plus souvent, il faut l'attribuer à ce que la respiration est un instant suspendue pendant l'opération, les malades étant obligés de tenir la bouche ouverte. Depuis que M. Amussat a soupçonné la cause de la syncope qui survenait chez beaucoup de bègues, il a pensé qu'en laissant respirer librement dans le cours de l'opération, il éviterait cet accident. C'est, en effet, ce qui a eu lieu chez trois bègues qu'il a opérés hier : aucun d'eux n'a éprouvé la moindre défaillance.

L'hémorrhagie est l'accident le plus commun et le plus redoutable; mais on n'aura pas à craindre cet accident si on se borne à pratiquer complètement le premier temps de l'opération; et dans les cas où elle surviendrait pendant la section des génio-glosses, il serait facile de l'arrêter si on avait eu le soin d'opérer de manière à avoir sous les yeux toutes les parties coupées; car alors on pourrait tordre ou lier les vaisseaux, les cautériser, même avec le fer chaud. D'ailleurs, on la préviendrait sûrement en faisant, comme nous l'avons déjà dit, la ligature des muscles avant de les couper.

M. Amussat dit avoir eu souvent à combattre des hémorrhagies assez fortes, mais dont il s'est toujours rendu maître immédiatement après l'opération, avec la compression aidée de l'eau glacée. Il était ainsi parvenu au chiffre de 83 opérations sans avoir éprouvé le moindre accident, lorsque, soit que cela ait tenu à la température élevée qui régnait déjà ou à toute autre cause, il survint, chez le 85e opéré le 29 avril 1841, un abcès énorme sous le menton. Cet abcès fut ouvert; il sortit du pus, des caillots sanguins, des hémorrhagies survinrent le huitième jour, le quinzième jour et le dix-huitième jour après l'opération, et le malade succomba le 17 mai, plutôt par suffocation que par la perte de sang, qui, à chaque hémorrhagie, était peu considérable, la compression ayant toujours suffi à l'arrêter presqu'aussitôt son apparition. A l'autopsie on a constaté qu'une petite artère venant de la sublinguale avait été ouverte du côté gauche, et que les hémorrhagies successives qui s'étaient déclarées avaient été fournies par ce vaisseau. On a constaté de plus que les poumons étaient adhérens dans toute leur étendue à la plèvre costale, et que, à raison de ces adhérences anciennes, qui diminuaient beaucoup la force expultrice des poumons, les mucosités épaisses et visqueuses sécrétées par les bronches n'avaient pu être chassées au dehors et avaient suffoqué le malade.

Chez le 84e opéré le même jour, il s'est développé, sous le menton, un abcès qu'il a fallu ouvrir, et qui maintenant a complètement disparu.

Guérit-on le bégaiement par une opération chirurgicale? Telle est la question importante qu'il s'agit de discuter. Tout le monde sait qu'on a d'abord dit que c'était une idée absurde. En présence des faits de guérison, on a été jusqu'à les nier et à supposer de la supercherie; bientôt on a dit que ces guérisons ne se maintiendraient pas, et que, dans les cas où elles seraient réelles, il faudrait les attribuer à un état nerveux survenu chez les bègues qui, tous, ont la plus grande envie de guérir; enfin, on nous a mis au défi, dit M. Amussat, de présenter un seul fait probant de guérison authentique, durable et qu'il fût impossible de rapporter à aucun autre moyen qu'à l'opération. Toutes ces objections mal fondées et pour la plupart malveillantes, tomberont devant des faits authentiques, irrécusables, et la question qui nous occupe, dégagée des personnalités offensantes dont elle a été le sujet, et qui dans les sciences n'ont aucune espèce de valeur, se trouvera résolue affirmativement.

Six faits de guérison ont été déjà publiés par M. Amussat; dans la *Gazette des Hôpitaux*; à ce nombre nous allons en ajouter quelques autres fort authentiques, afin de fortifier encore l'opinion de ceux qui croient au succès de l'opération.

Opération de bégaiement pratiquée le 21 *mars* 1841, en présence de MM. Edwards, Thibault, Lefrançois, Boucher, Voisin (de Versailles), Jourdain, Duvernoy, Joubert, etc.

Jules Barry, âgé de vingt-cinq ans, charretier au Plessis-Mornay, bégaie depuis qu'il a commencé à parler. Dans l'intimité, il parle assez facilement; quelquefois même sans bégayer; mais constamment les réponses aux questions qu'on lui adresse se font attendre très long-temps. Enfin, dans les efforts pénibles qu'il fait souvent pour parler, et qui durent plusieurs minutes, pendant lesquelles il sourit et reste muet, on s'aperçoit que sa jambe droite se relève peu à peu jusqu'à ce qu'une phrase ou un mot ait été articulé. Lorsque ce membre est maintenu immobile par plusieurs personnes, aucun mot, aucune phrase ne peuvent être prononcés.

La langue est déviée à droite; elle est assez longue, concave et large.

Voici comment cet homme prononce certains mots.

Je mène les chevaux, *hein hein je mène les chevaux*. Au Plessis-Mornay, *c'est c'est au Plessis-is-Mornay*. Dominique Diderot, dis donc à Denis; *Dominique Diderot, dites donc.... à.... à..... Denis Du-u-u à Denis, à à à à Denis à Denis Dupont.*

On pratique le premier temps de l'opération et on fait parler Barry. Au grand étonnement de tous les assistans, on s'aperçoit qu'il n'hésite plus à parler, qu'il ne bégaie plus et qu'enfin il ne remue plus sa jambe droite comme auparavant.

Nous avons constaté, le 23 avril 1841, que la guérison s'est maintenue; on ne retrouve plus aucune trace de l'infirmité insupportable qu'il avait autrefois.

Depuis cette époque, nous en avons reçu des nouvelles très satisfaisantes et qui nous donnent l'espoir que ce succès sera aussi durable que chez beaucoup d'autres.

Opération de bégaiement pratiquée le 28 *mars* 1841, en présence de MM. Lemazurier, Thibault, Lefrançois, Lacaze, Despagne, Rambaud, Guillemin, etc.

Denis-Claude Racine, âgé de quarante ans, cultivateur à Bellefontaine, est affecté d'un bégaiement en général assez léger, mais qui sur quelques mots est assez marqué pour constituer une infirmité réelle. Son oncle et sa cousine bégaient un peu. Chez cet homme, qui, comme la majorité des bègues, ne bégaie pas en chantant, on observe que la langue est courte, déviée à droite, et que les mouvemens d'élévation surtout, sont peu étendus. On observe en outre que le filet est énorme et très court.

Le premier temps de l'opération pratiqué à peu de chose près, de même que chez les autres bègues opérés antérieurement, est suivi d'un changement très grand dans la prononciation. On a de la peine à retrouver une légère hésitation dans l'articulation des mots sur lesquels, avant l'opération, le bégaiement était constant.

Le 23 avril, nous avons revu cet homme qui parle librement et sans hésiter le moins du monde sur tous les mots ou les phrases qu'on lui fait prononcer.

Opération pratiquée le 7 mars 1841, en présence de MM. les docteurs Filassier, Poyer, Voisin, de La Celle Saint-Cloud, Euvrard, Morère, Marinier, Pitou, Aubé, Bertrou, Perrier, Simon, etc.

Louis Barbier, âgé de dix-neuf ans, charretier à Cognères, est affecté d'un bégaiement très marqué ; ses parens parlent bien.

La langue est déviée à gauche ; elle sort assez facilement hors de la bouche, mais elle ne peut pas se relever du côté du nez au delà de la lèvre supérieure. Lorsque ce mouvement d'élévation s'exécute, on sent, en passant le doigt sous la langue, que le frein est fort et que les génio-glosses sont très développés et durs.

Ce jeune homme chante sans bégayer, mais son infirmité n'éprouve aucune diminution quand il lit des vers ou de la prose ; du reste, le bégaiement est simple et consiste dans la répétition fréquente des syllabes de la plupart des mots ; ainsi, pour dire Cognères, il dit *C... Co-Co Coguères* ; charretier, *cha-cha-chartier* ; je mène du bois, *je m... me-mène du du du bois* ; maman m'a mandé, *mam-mam-maman m'a mandé*, etc., etc.

M. Amussat appelle sur ces faits l'attention de tous les hommes impartiaux de notre profession, et amis du progrès ; il les engage, après les avoir lus attentivement, à l'aider à introduire dans la science une opération nouvelle qui a été plus qu'aucune autre, peut-être, si mal accueillie à son début.

En résumé, M. Amussat croit être dans le vrai et par conséquent dans la bonne voie. Il ne doute pas qu'avec de la persévérance, cette opération ne soit perfectionnée et simplifiée. Alors elle restera dans le domaine chirurgical, malgré tout ce qu'on pourra faire pour s'y opposer ; elle sera pratiquée sans crainte, et déjà plusieurs chirurgiens qui ont suivi le procédé que nous avons indiqué dans cette conférence, ont trouvé qu'elle présentait moins de difficulté que l'opération du strabisme dans quelques cas.

Avant de terminer sa conférence, M. Amussat présente trois bègues, les nommés Léopold Moreau, Berthoux et Blaise ; les observations des deux premiers ont été publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 4 mai 1841. L'état de ces trois opérés est aussi satisfaisant que possible.

M. Amussat pratique le premier temps de l'opération ; immédiatement après, les mots que nous avons notés sont prononcés nettement sans hésitation, et on s'en tient à ce qui vient d'être fait, se réservant, du reste, de faire la section des génio-glosses, si la guérison ne se maintenait pas.

Le 4 avril, nous avons revu ce jeune homme ; il était impossible de trouver en le faisant causer long-temps, des traces de l'infirmité qui le gênait tant : la cicatrice est complète et tout à fait linéaire derrière la mâchoire.

Depuis ce temps nous l'avons revu plusieurs fois, parlant parfaitement bien, et hier encore, ses parens nous en donnaient des nouvelles on ne peut plus satisfaisantes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les rétentions d'urine entretenues par les maladies de la prostate.

(Suite du numéro 65.)

Les maladies de la prostate qui peuvent occasionner la rétention d'urine ou en imposer pour un rétrécissement, sont fort variées. Ces maladies doivent être bien connues. Il y a long-temps que M. Velpeau s'est efforcé de mettre en relief les analogies qui existent entre les tumeurs de l'utérus et les tumeurs de la prostate ; entre les différentes sortes d'inflammation, de dégénérescence, de désorganisation, dont les deux organes sont assez souvent le siége. Nous aurons soin de faire ressortir ici ces analogies.

Comme l'utérus, la prostate s'enflamme, suppure, et se transforme quelquefois en clapiers simples ou multiples, très limités, ou plus ou moins vastes, qui s'ouvrent ou se font jour tantôt du côté de l'urètre, tantôt dans le rectum, tantôt par le périnée, tantôt du côté du bassin ; de même que, dans l'épaisseur de la matrice, ces foyers se vident, soit par la cavité utérine elle-même, soit dans la vessie, soit par le rectum ou quelques portions de l'intestin grêle, soit dans le péritoine.

Ces sortes d'inflammation de la prostate ne s'observent guère que chez les hommes affectés d'urétrite. Elles sont, en général, accompagnées de fièvre, de douleur, de pesanteur au périnée et dans le bassin, d'une difficulté d'uriner qui peut aller quelquefois jusqu'à l'ischurie complète. Le doigt, porté dans l'utérus, reconnaît alors que la prostate est chaude, gonflée, douloureuse et plus ou moins bosselée. Si l'on veut sonder le malade, l'instrument pénètre jusque sous l'arcade des pubis ; mais alors il occasionne ordinairement un sentiment de brûlure dont se plaignent fortement les malades, et même des souffrances ordinairement très vives. Souvent alors l'algalie ne peut plus avancer, à moins qu'on ne la dirige d'après certains principes dont nous parlerons bientôt.

Au bout de quatre, cinq, six ou huit jours, la rupture du foyer s'opère, lorsqu'il s'agit d'un abcès franchement aigu. Mais les conséquences de cette rupture sont loin d'être les mêmes eu égard au point de la prostate où s'opèrera cette perforation, et à la direction que suivra la matière purulente épanchée. Cette remarque, comme on va le voir, est essentiellement pratique, et donne une explication tout à fait satisfaisante des accidens divers qui surviennent à la suite de ce genre de lésion.

En effet, lorsque la perforation du foyer ou des foyers de la prostate s'effectue du côté de l'urètre ou du côté de la vessie, le malade éprouve aussitôt un soulagement manifeste ; il rend en abondance des urines purulentes et même du pus tout à fait pur.

Dans le courant de l'année 1839, nous avons observé dans le service de M. Velpeau un fait remarquable de ce genre. Un homme âgé d'environ cinquante ans, affecté pendant sa jeunesse de nombreuses blennorrhagies, dont il dit n'avoir jamais été bien guéri, souffrait depuis quelque temps de douleurs du côté de la vessie, douleurs qui avaient porté, au dire du malade, plusieurs chirurgiens à croire à l'existence d'un calcul. Mais depuis plusieurs jours, ces souffrances, qui n'étaient auparavant que passagères, étaient devenues continues, et avaient revêtu un degré d'intensité tel, que cet homme fut transporté à l'hôpital. Il disait ressentir à la racine de l'urètre de violentes douleurs, qu'augmentait encore l'introduction d'une sonde lorsque l'instrument arrivait à la région prostatique. Le périnée n'était le siége d'aucune bosselure ; mais le doigt introduit dans le rectum, donnait facilement la sensation dont nous avons parlé plus haut. A l'aide de ces signes et de quelques autres que nous croyons pouvoir passer sous silence, M. Velpeau ne balança pas à diagnostiquer l'existence d'un abcès phlegmoneux de la prostate. Trois jours après le malade, dans un effort de défécation, rendit par l'urètre une quantité assez considérable de pus. Dès lors les urines, qui auparavant ne s'écoulaient qu'avec peine, reprirent leur cours naturel, et douze jours après le malade était parfaitement bien. Cet homme voulut alors sortir de l'hôpital. Il nous promit de revenir s'il éprouvait de nouveaux accidens. Nous ne l'avons plus revu. Il est évident que chez ce malade, la perforation de l'abcès s'était opérée du côté de l'urètre. Nous indiquerons bientôt quelques circonstances qui compliquent quelquefois ce mode de terminaison.

Si l'abcès de la prostate s'ouvre dans le rectum, on comprend que le pus s'échappera par l'anus, et que le malade éprouvera immédiatement le même soulagement que dans le cas précédent. Mais lorsque le foyer éraille l'aponévrose prostatique, et qu'il traverse inférieurement l'aponévrose ischio-pubienne ou moyenne du périnée, les choses ne se passent plus de la même manière ; on voit alors apparaître entre l'anus et la racine des bourses un véritable abcès qui forme une tumeur plus ou moins saillante, abcès qui doit être traité par les moyens appropriés. Immédiatement après cette fusion du pus dans la région périnéale, les malades ressentent bien, il est vrai, un soulagement notable ; mais ce soulagement est loin d'être aussi complet, aussi franc que dans les deux suppositions précédentes.

Si, au lieu de fuser dans l'urètre, dans la vessie, dans le rectum, vers la peau du périnée, comme nous venons de le dire, le pus s'épanche entre l'aponévrose pelvienne et l'aponévrose moyenne du périnée, l'infiltration qui en résulte peut être le point de départ d'une inflammation purulente, d'une maladie redoutable qui de l'intérieur du bassin remonte souvent vers les fosses iliaques et les flancs, au point de compromettre gravement la vie des malades. On comprend facilement, au surplus, qu'on aurait bientôt une péritonite intense et presque inévitablement mortelle, si l'abcès de la prostate parvenait à se faire jour dans le cul-de-sac recto-vésical du péritoine.

Lorsque l'abcès de la prostate s'est ouvert dans l'urètre, sa modification et sa cicatrisation s'opèrent en général d'une manière complète et rapide. Le fait que nous avons mentionné précédemment en est une preuve ; nous pourrions en citer quelques autres, que nous avons également observés dans la clinique de M. Velpeau. Ajoutons cependant qu'il arrive quelquefois que la caverne purulente, au lieu de se combler, se creuse pour ainsi dire, et augmente d'étendue, au point de transformer la prostate en une vaste coque dont les parois sont représentées par l'aponévrose de cette glande, et qui forme pour ainsi dire là une seconde vessie.

Trois cas de cette espèce ont été disséqués avec le plus grand soin, et montrés à l'amphithéâtre par M. Velpeau. Les malades avaient tous eu des blennorrhagies fort aiguës, et les divers symptômes des abcès de la prostate. Plus tard, ils éprouvèrent de la difficulté à uriner, et par moment de véritables rétentions d'urine. Quand on les sondait, l'instrument, arrivé sous les pubis, donnait issue tantôt à de l'urine presque pure, tantôt à un mélange d'urine et de matière purulente, et, le plus souvent on croyait vider la vessie sans aller plus loin. Cependant les accidens continuaient, et comme l'algalie pénétrait parfois beaucoup plus profondément et dans une poche beaucoup plus vaste, le chirurgien avait fini par comprendre la nature du mal, c'est-à-dire qu'il existait là, au-devant de la vessie réelle, une poche accidentelle où les urines stagnaient avec le pus. C'est là un fait qui ne doit pas être perdu de vue par les praticiens. Nous indiquerons plus loin de quelle manière il faut s'y prendre pour conduire la sonde au-delà de cette caverne pathologique.

Quand, au lieu d'abcès purement phlegmoneux, il s'établit dans la prostate des foyers multiples de suppuration, il peut arriver que le pus se concrète et prenne dans ce tissu glandulaire l'aspect de tubercules. La maladie marche alors avec une extrême lenteur, et se confond, au point de vue des rétentions d'urine, avec les tumeurs proprement dites de la prostate.

Les tumeurs de la prostate peuvent être comparées aux tumeurs de l'utérus : 1° sous le rapport de leur siége ; 2° eu égard à leur nature.

1° *Sous le rapport de leur siége*. En effet, considérées sous ce point de vue, toutes les tumeurs de l'utérus forment trois classes. Les unes proéminent surtout du côté du péritoine où elles se montrent tantôt sous forme de simples bosselures, tantôt à la manière de masses fort distinctes et tantôt sous forme de tumeurs complètement pédiculées. Une autre classe de ces tumeurs se montre particulièrement dans la cavité de l'organe et peut offrir de ce côté les mêmes nuances que celles de la classe précédente. On sait aussi que de nombreuses tumeurs de l'utérus naissent, se développent et restent en quelque sorte jusqu'à la fin dans le parenchyme même du tissu de la matrice. Eh bien ! les mêmes particularités se rencontrent à la prostate. Ici, chacun sait, en effet, que chez certains malades, le développement de la prostate tend à se porter sous forme de bosselures ou de masses plutôt à la périphérie qu'au centre de la glande. Seulement il est rare que les bosselures s'isolent et deviennent pédiculées de ce côté comme on le voit à la matrice. Mais si l'on réfléchit que la prostate appuie de toutes parts sur des tissus résistans, que toute sa surface extérieure est entamée, est enveloppée de couches musculaires ou fibreuses, tandis que l'utérus est complètement libre dans le bassin ; cela n'offre plus dès lors rien qui doive surprendre.

Du côté de l'urètre, les tumeurs de la prostate sont très communes et offrent des formes assez variées : tantôt à l'état de bosselures, tantôt sous forme de replis, de brides, de crêtes ; elles prennent là assez souvent le caractère de polypes ou de tumeurs véritablement pédiculées.

Quant au parenchyme de la prostate, il est bien certainement, aussi souvent au moins que l'utérus, le siége de tumeurs qui déterminent l'excès de volume de cet organe.

Depuis près de six ans que nous suivons le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, nous avons été plusieurs fois à même d'observer des exemples de chacun des cas que nous venons de mentionner. Plus tard, et dans une autre circonstance, nous ferons connaître ces faits avec tous leurs détails.

Il y a donc des tumeurs de la prostate qui proéminent à l'intérieur de l'urètre, d'autres dont le relief est surtout sensible à la périphérie de la glande, et un grand nombre enfin dont le parenchyme de l'organe reste le siége.

2° *Eu égard à leur nature*, nous trouvons ici les mêmes analogies que précédemment. En effet, on a observé dans la portion prostatique de l'urètre des tumeurs fongueuses, mollasses, saignantes, à la manière des polypes muqueux du col de la matrice. On trouve aussi dans cette région des voies urinaires des reliefs, des lobules, des espèces de crêtes, qui dépendent manifestement d'une hypertrophie véritable, d'un accroissement partiel, plus ou moins considérable, du tissu même de la prostate. Combien de fois n'a-t-on pas trouvé des tumeurs soit globuleuses, soit pyriformes, dures, élastiques, grisâtres, pédiculées, ayant tous les caractères des polypes fibreux, au voisinage du *verumontanum*, à la pointe du trigone vésical. Si l'observateur porte ses investigations sur les tumeurs du parenchyme prostatique lui-même, comme l'a fait M. Velpeau depuis long-temps, il voit bientôt que loin d'être dues constamment à l'hypertrophie du tissu prostatique comme le croit la grande majorité des chirurgiens, et comme semble le croire encore M. Mercier dans l'ouvrage qu'il vient de publier, ces tumeurs sont fréquemment constituées par de véritables corps étrangers ayant l'aspect de globules fibreux, et qu'il est très-naturel de comparer aux corps fibreux de la matrice. Ces corps, que M. Velpeau a observés jusqu'au nombre de vingt et trente disséminés dans une seule prostate, et dont le volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une noix, sont presque aussi faciles à énucléer du tissu prostatique qu'ils étalent, qu'ils atrophient, pour ainsi dire, en applatissant ses lames, que ceux qui ont leur siége dans les parois utérines. Un exemple remarquable de cette espèce est en ce moment sous les yeux des élèves à l'hôpital de la Charité. — Un homme âgé de soixante-huit ans, mort des suites d'une rétention d'urine déterminée par une maladie de la prostate, permet de constater des bosselures nombreuses autour du col de la vessie, et un bourrelet qui s'avance à la manière d'un pont du trigone vésical sur la racine de l'urètre. Tout le tissu de la prostate est criblé de masses sphéroïdes ou globuleuses, d'un gris blanchâtre ou rougeâtre, ayant le volume d'un pois, d'une lentille, d'une noisette, criant sous le scalpel à la manière du tissu fibreux, et qui laissent à leur place, quand on les a enlevées, autant de petites excavations creusées dans le tissu même de la prostate.

M. Velpeau ne conclut pas de là que l'hypertrophie du tissu prostatique n'a jamais lieu ; mais il soutient que cette hypertrophie ne comprend qu'une des variétés du développement anormal de la prostate ; qu'indépendamment de cette nuance de maladie, il y a des tumeurs par tissus ou matières de nouvelle formation, qui trouvent leur origine première dans des parcelles soit de pus, soit de fibrine, ou de tout autre élément des fluides épanchés accidentellement dans le tissu de la prostate, absolument par le même mécanisme que celui qui est relatif à la formation des corps fibreux dans la matrice. M. Velpeau admet en outre que, du côté de l'urètre, les tumeurs dépendent tantôt d'une dégénérescence du tissu muqueux seul ou du tissu muqueux et du tissu cellulo-musculaire, qui se trouve au-dessous, tantôt d'une prédominance soit de l'hypertrophie prostatique, soit d'un des corps fibreux dont il vient d'être question. Il ajoute enfin, que la division de la prostate en trois lobes, dont deux *latéraux* et un *médian*, ne doit pas être conservée, attendu que les tumeurs, dites du lobe médian, sont des productions accidentelles et non pas une portion de l'organe naturel simplement hypertrophiée ; que d'ailleurs les tumeurs du

parenchyme prostatique se rencontrent aussi bien à droite ou à gauche de l'organe que directement en arrière.

Il s'agit maintenant de voir ce que deviennent ces tumeurs et quels sont les accidents auxquels elles donnent lieu.

G. J.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Pleuro-pneumonies. — Emploi du tartre stibié. — Réflexions.

Par un hasard assez curieux et avantageux en même temps pour ceux qui suivent la clinique de la Charité, il est entré depuis le commencement de l'année 1841, dans le service de M. Bouillaud, un assez grand nombre de sujets affectés de pleuro-pneumonies, dont quelques uns se trouvaient dans des conditions tellement différentes des conditions ordinaires, que le traitement a dû varier complètement et s'éloigner beaucoup du traitement employé habituellement dans ce service ; deux ou trois mois ont suffi pour passer en revue les principales méthodes mises en usage pour combattre cette maladie. Il est bien entendu que ce n'est point à titre d'expériences que ces traitemens divers ont été employés. Un médecin consciencieux et dont la conviction est basée sur des faits nombreux et bien observés, ne peut, sans se rendre coupable de lèse humanité, faire des malades qui lui sont confiés matière à expérience, lorsqu'il possède une méthode thérapeutique dont les résultats sont entre ses mains d'une exactitude que je ne craindrai pas d'appeler mathématique. Cela pourrait tout au plus convenir à ceux qui, flottant indécis entre toutes les opinions, font en quelque sorte parade de leur scepticisme, afin peut-être de ne point passer dans le monde médical pour des hommes exclusifs, pour des hommes à systèmes ; et, pour le dire en passant, il me semble que l'on a depuis quelques années singulièrement abusé de ces expressions.

Quoi qu'il en soit, nous laisserons de côté les deux ou trois cas dans lesquels M. Bouillaud avait cru devoir, en désespoir de cause, administrer l'oxyde blanc d'antimoine à des sujets apportés dans son service dans un tel état qu'il était impossible de songer à employer une médication active. Nous parlerons seulement ici de quelques malades fort importans, chez deux desquels l'émétique fut employé selon la méthode rasorienne, mais dans des circonstances bien différentes, comme on le verra ; dans ces deux cas, le résultat fut bien loin d'être le même que celui que l'on obtient par les saignées formulées. L'analyse rapide de ces deux observations, dont l'une se termina par la *mort* et l'autre par une convalescence longue et difficile, parlera assez d'elle-même pour que nous soyons dispensé d'insister très longuement sur ce qu'ils présenteront de remarquable. Nous comparerons ces faits avec d'autres faits recueillis à la même époque dans le même service, et traités d'une autre manière, afin que les lecteurs, ayant sous les yeux les pièces du procès, puissent juger par eux-mêmes en toute connaissance de cause.

Au n° 22 de la salle Saint-Jean-de-Dieu était couché un jeune homme de dix-neuf ans, malade depuis deux jours, entré le 25 janvier. Le diagnostic, qui fut porté le lendemain de l'entrée du malade, fut celui-ci : pleuro-pneumonie au premier degré occupant la presque totalité du poumon gauche, avec endocardite. Le pronostic fut immédiatement porté : cas assez grave.

Ce sujet, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, subit dans l'espace de cinq jours six saignées générales, deux applications de ventouses ; deux vésicatoires furent en outre placés sur les points du thorax où se faisaient entendre les bruits indiquant la persistance des derniers symptômes inflammatoires. La convalescence chez ce malade commença le huitième jour. Vingt-deux jours après son entrée à l'hôpital, le 17 février, le malade, parfaitement guéri, demandait sa sortie.

L'on s'étonnera peut-être en lisant l'abrégé trop succinct de cette observation, de la gravité du pronostic, du nombre des saignées, et de la lenteur avec laquelle se déclara la convalescence. Dans un cas, en effet, qui paraissait très simple au premier abord, une pleuro-pneumonie au premier degré n'occupant pas toute l'étendue d'un poumon, ne semblait pas devoir exiger l'emploi de la formule avec autant d'énergie. Mais un examen attentif avait fait reconnaître l'existence d'une phlegmasie de la membrane interne du cœur. De même que la pneumonie du côté droit se complique souvent de phénomènes bilieux, dépendant sans nul doute de l'existence d'une inflammation dans le voisinage du foie, se propageant par contiguité ; de même l'endocardite, qui coïncide assez souvent avec les pleuro-pneumonies intenses, accompagne plus fréquemment celles du côté gauche que celles du côté opposé. Le cas n'était donc pas simple, et cela seul explique l'énergie que l'on a dû déployer dans ce traitement, et l'intervalle, très considérable à nos yeux, qui a séparé de l'entrée le premier jour de la convalescence. Il est rare, en effet, que la durée de la maladie chez un sujet qui ne présenterait rien autre chose qu'une lésion du poumon, de la gravité de celle qui fut constatée au moment de l'entrée chez notre malade, excède quatre ou cinq jours tout au plus, lorsque l'affection est convenablement traitée. Quoi qu'il en soit, et malgré la grave complication survenue pendant le cours de la maladie primitive, le séjour du malade à l'hôpital ne fut que de vingt-deux jours ; et lorsqu'il sortit des salles de la clinique, il était loin d'être dans cet état exsangue dans lequel quelques personnes se sont plu à représenter les *victimes* des saignées coup sur coup.

Donnons ici, mais un peu plus longuement, une observation que nous pourrons comparer avec la précédente.

Le 26 mars, entra dans la même salle, au n° 10, un homme de trente-six ans, malade depuis trois jours, présentant une affection dont le diagnostic fut ainsi porté : Pleuro-pneumonie du côté droit, à signes physiques assez mal dessinés ; cas un peu douteux, mais assez grave.

Ici quatre saignées générales, deux locales, en tout 20 palettes, suffirent pour faire justice de la maladie. Le sixième jour, le malade était convalescent. Mais il était indocile à chaque visite : on le trouvait presque à son séant, les bras et la poitrine découverts ; il fit une rechute. Vu la constitution naturellement assez chétive, et vu d'ailleurs l'agitation continuelle du sujet, on ne crut pas devoir pratiquer de nouvelles émissions sanguines, et compromettre peut-être en pure perte la formule des émissions sanguines. Deux vésicatoires furent appliqués et une potion stibiée fut prescrite. La potion, supportée avec quelque peine pendant les premiers jours, finit par être bientôt supportée avec assez de facilité. Mais ce ne fut qu'au bout de dix jours que l'on put apprécier un mieux sensible, et que la convalescence commença.

C'est à l'occasion de ces deux malades que l'on adressa à M. Bouillaud la question suivante, à savoir : Pourquoi, puisqu'il croyait pouvoir obtenir et qu'il obtenait en effet quelquefois la guérison par le tartre stibié, comme il était arrivé dans l'un de ces cas, il n'employait pas d'ordinaire, et n'avait pas employé chez le premier malade (n° 22) le tartre stibié après les premières saignées, au lieu de mettre à exécution la formule dans toute sa rigueur?

La réponse à cette question est facile. Les circonstances étaient, ici, bien différentes. Chez l'un (n° 22), on ne faisait, en pratiquant les dernières saignées, que se conformer à la formule établie depuis quelques années, et achever de la mettre à exécution. Il existe un fait d'observation bien connu de tous ceux qui fréquentent la clinique de la Charité, c'est que, dans la pneumonie et dans beaucoup d'autres maladies aiguës (mais nous ne parlons ici que de la pneumonie), lorsque l'on a pratiqué un certain nombre de saignées, qui paraissent déjà considérables à ceux qui voient mettre la méthode en usage pour la première fois, si l'on s'arrête, l'amélioration que l'on a obtenue ne se soutient pas, et l'on a fait subir inutilement au malade des pertes de sang qui ne seront suivies d'aucun succès ; bien plus, qui ne peuvent être que nuisibles, puisqu'elles l'ont affaibli sans amener de changement suffisant du côté des organes thoraciques. Si, au contraire, on continue sans se décourager, si l'on pratique encore une ou deux saignées, cette dernière, que nous avons souvent entendu M. Bouillaud nommer avec tant de justesse le *coup de grâce*, soudain l'état du malade, qui jusqu'alors n'avait présenté que peu ou point d'amendement, change comme par miracle, et la convalescence se fait avec une rapidité à laquelle on aurait peine à croire si l'on n'en avait été témoin à de nombreuses reprises.

Chez le second malade, le cas ne présentait pas la moindre analogie. On n'avait plus là de formule à achever de mettre à exécution. Le malade avait subi un premier traitement complet qui avait enlevé et guéri l'affection primitive ; puis des imprudences avaient occasionné une rechute pour le traitement de laquelle, chez tout autre sujet, on eût peut-être pu employer de nouveau les émissions sanguines.

Mais, comme nous l'avons déjà dit plus haut, la constitution naturellement chétive du sujet, son indocilité, enfin l'ensemble des circonstances qui rendaient le cas *mauvais*, engagèrent M. Bouillaud à ne pas risquer, inutilement peut-être, le succès de sa méthode, et à s'adresser à une autre médication, la seule dont on ait cru pouvoir retirer quelques avantages dans le traitement de la pneumonie, lorsque l'on ne peut faire usage des émissions sanguines, je veux parler du tartre stibié à haute dose. Sous l'influence de cette administration du tartre stibié, une convalescence nouvelle s'établit, mais lente, mais difficile, et toujours chancelante. Ce ne fut qu'au bout de dix à douze jours que le pouls commença à diminuer sensiblement de fréquence. Mais combien fut loin la longueur et la lenteur de cette convalescence, de la rapidité avec laquelle s'opère la convalescence de la même maladie dans des circonstances pareilles, lorsque l'on a pu faire usage d'un autre traitement.

Sans vouloir complètement révoquer ici en doute l'action du tartre stibié, ne peut-on pas, jusqu'à un certain point, douter de l'efficacité d'un médicament dont l'action est si peu marquée. Il nous semble que l'on serait en droit de penser, à voir les changemens si lents, si peu évidens survenus ici, que la marche de la maladie aurait bien pu être la même, si on l'avait abandonnée à elle-même, se confiant aux simples forces de la nature. L'amélioration, je le répète, a été si tardive, que, véritablement on ne pourrait être suspecté de mauvaise foi pour avoir élevé un doute de cette nature.

Nous allons maintenant donner, mais dans tous ses détails, une observation d'autant plus importante que l'on peut étudier l'action thérapeutique et les effets de l'émétique à haute dose dans le traitement de la pneumonie, tout-à fait dégagée d'influences étrangères d'aucune espèce, le malade ayant formellement déclaré qu'il ne voulait se soumettre à aucune émission sanguine.

Le 5 avril est entré à la Salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 6, le nommé Gabriel Verrier, âgé de soixante-deux ans, tisserand, né à Sens, malade depuis deux jours. D'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, à Paris depuis onze ans, variolé dans son enfance ; il fut toujours d'une bonne santé jusqu'ici. Hier, vers deux heures après midi, étant en sueur, il se déshabilla pour changer de linge, et fut pris d'un frisson très fort, avec tremblement général. Ce frisson fut suivi de chaleur et d'un état fébrile qui dura toute la nuit. Cette nuit, il se déclara une vive douleur dans les régions sous-mammaire et scapulaire gauches, avec de la toux et une expectoration qui est ce matin d'une teinte rouge. Pas de céphalalgie. Il n'a pris pour tout traitement qu'un peu de thé et d'eau sucrée ; pour toute nourriture, une soupe hier matin, un peu avant le frisson.

Voici l'état qu'il présente au moment de la visite du soir.

Le visage est un peu pâle et jaunâtre plutôt qu'animé. La langue est humide, saburrale ; bouche légèrement amère ; peu de soif ; ni nausées, ni vomissemens. Ventre souple, indolent. Peau un peu chaude, sèche.

Pouls à 96 - 100, assez développé, peu résistant. Bruits du cœur normaux, ainsi que la matité de la région précordiale. Un peu de dyspnée. Respiration à 32 par minute. Persistance d'une douleur sous le sein gauche et dans la région de l'omoplate du même côté, augmentant par la toux. Celle-ci, assez rare pendant l'examen, est accompagnée d'une expectoration muqueuse rouillée.

Résonnance assez bonne en avant des deux côtés, quoique un peu plus faible à gauche, aux environs de la région précordiale. Respiration bonne à droite ; *idem*, à gauche au sommet. A mesure que l'on se rapproche de la région précordiale, la respiration devient forte, demi-soufflante, avec quelques bulles de râle sous-crépitant.

Résonnance bonne en arrière à droite, ainsi que la respiration qui est seulement accompagnée de quelques bordées de crépitation fine à la partie inférieure. A gauche, en arrière, la résonnance est plus faible, surtout dans la moitié supérieure. Dans ce point, la respiration est complètement remplacée par un souffle modèle, ayant son maximum d'intensité dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse et en tirant vers la région externe. Ce souffle, accompagné d'un retentissement un peu aigre de la voix, diminue à mesure que l'on descend, et est mêlé, dans la partie inférieure surtout, de râle sous-crépitant. Matité dans la région axillaire gauche où l'on entend le même souffle mêlé de râle sous-crépitant et ronflant. Pas de céphalalgie ni d'étourdissemens ; pas de douleurs de reins ; sentiment de courbature et de faiblesse assez prononcée. Le malade a été apporté à l'hôpital sur un brancard.

On prescrit une saignée de 3 palettes, mais le malade, malgré les plus vives instances, refuse de la laisser pratiquer.

6 avril. Pas de changement sensible depuis la veille. Crachats peu abondans, muqueux, visqueux, filans, fortement rouillés, spumeux. Chaleur fébrile de la peau. Un peu de sécheresse. Température abdominale à 36°.

Pouls à 96, médiocrement développé, résistant, régulier. Respiration à 28-32. Persistance de la douleur dans les points indiqués la veille. Léger râle trachéal pendant la respiration. Sentiment d'oppression modéré. Toux assez rare. Résonnance faible dans les régions claviculaire et axillaire gauches. Un souffle bien distinct s'entend dans toute cette région, accompagné d'un bruit de relâchement qui se prolonge jusqu'en bas. Respiration bonne à droite, un peu rude. En arrière, à gauche, matité du sommet à la base ; souffle bronchique dans toute l'étendue de la matité, excepté tout à fait en bas, où l'on entend une crépitation assez abondante et grosse. Résonnance et respiration bonnes à droite en arrière. En bas, un peu de crépitation à bulles assez grosses, pendant l'inspiration seulement. Retentissement de la voix dans toute l'étendue de la matité à gauche, sans chevrottement notable.

Matité précordiale normale. Bruits du cœur distincts, mais sourds et à demi-étouffés. Langue humide, rosée. Soif modérée. Haleine fétide. Sentiment de prostration.

Diagnostic. Pleuro-pneumonie occupant toute l'étendue du poumon gauche en arrière, s'étendant à la partie moyenne et un peu en avant ; au second degré dans les quatre cinquièmes supérieurs, au premier degré dans le cinquième inférieur. Engoûment péripneumonique à la base du poumon droit. Cas très grave.

Le malade ayant de nouveau refusé de se laisser saigner, on fait la prescription suivante : Guim. viol. sir. gom, 3 p. ; potion gom. de 150 grammes avec tartre stibié, 0,30, et sirop diacode 30 grammes ; vésicatoire en arrière de la poitrine à gauche ; diète.

7 avril. Pas de changement. Sentiment de faiblesse très considérable. Crachats plus abondans, fortement rouillés, quelques-uns même couleur jus de pruneaux. L'oppression persiste. Respiration à 32-36 par minute, bruyante, mais sans râle trachéal. Décubitus dorsal, légèrement incliné à gauche. Chaleur modérée de la peau ; un peu de sécheresse ; température abdominale à 35°. Langue humide, saburrale ; soif vive ; anorexie. Quelques nausées sans vomissemens ; huit à neuf selles ; urines normales. Pouls à 112, mou, médiocrement développé.

La percussion de la région antérieure du thorax donne les mêmes résultats que la veille. Souffle bronchique dans la région sous-claviculaire gauche. Respiration forte et puérile dans la région correspondante à droite. Quelques craquemens en avant et à gauche. Bruits du cœur obscurs et étouffés. Matité, souffle bronchique dans toute l'étendue du côté gauche en arrière, depuis le haut jusqu'en bas, avec retentissement de la voix. Un peu de souffle bronchique avec chevrottement de la voix dans le tiers inférieur du côté droit. Un peu de sommeil. Les facultés in-

tellectuelles et sensoriales bien conservées. Mêmes boissons. Pot. gomm, avec tartre stibié, 0,40 ; sirop diacode, 30 gr. Diète.

8 avril. Ce matin, les crachats sont d'une teinte rouillée, moins foncée, consistans, légèrement cendrés en quelques points. Sentiment d'oppression plus prononcé. Pouls à 108-112. La langue lisse, sèche, râpeuse ; ni vomissemens, ni diarrhée. Persistance de la douleur dans le côté gauche. La respiration à 48 par minute, haute, suspirieuse. Mêmes phénomènes que la veille pour la percussion et l'auscultation. Le souffle paraît peut-être un peu moins prononcé dans la région sous-claviculaire. Même traitement. Vésicatoires aux mollets.

9 avril. Pouls à 108, peu développé. Respiration à 36. Crachats un peu moins abondans que la veille. Un peu de sommeil cette nuit. Une crépitation à grosses bulles a remplacé le souffle qui existait à la partie inférieure du côté droit. Matité et souffle comme la veille dans toute l'étendue du côté gauche. *Idem*, un bouillon coupé.

10 avril. Crachats muqueux fortement adhérens, gluans. Le malade dit se trouver plutôt mieux que plus mal. Le pouls toujours à 108 ; la respiration à 32. Le souffle de la région postérieure est moins fort et en partie accompagné d'une respiration grasse et humide. Pas de selles ; pas de vomissemens. Le voile du palais, la voûte palatine et les amygdales sont recouverts de petites plaques diphthéritiques produites par la potion. *Id.*, potion gommée avec tartre stibié 0,30. Gargarisme avec miel rosat, 60 grammes. Diète.

11 avril. Crachats plus abondans que la veille, muqueux, verdâtres. Respiration à 36. Pouls à 104, régulier, faible, mou. La faiblesse du malade fait abréger l'examen. *Idem*, potion gommée, tartre stibié 0,10, et sirop diacode 48 gr. Un bouillon coupé.

12 avril. Crachats très abondans, diffluens ; quelques-uns présentent une couleur d'ocre bien foncée. Sentiment de très grande faiblesse. Visage terreux, livide. Pouls à 120, faible, mou. Oppression très marquée. Respiration haute, bruyante, à 36. Respiration puérile à droite ; souffle mêlé de quelques bulles de crépitation pendant l'inspiration à gauche, en avant.

Le poumon gauche, en arrière dans toute son étendue, et le tiers inférieur du poumon droit, est le siége d'un souffle bien distinct. Le poumon droit, dans toute son étendue, présente une crépitation à bulles assez grosses. *Idem*. Cesser le tartre stibié.

13 avril. Crachats rouillés. Quelques-uns présentent une coloration grise évidemment purulente. Respiration à 36, haute, bruyante. Pouls à 120-124 ; râle trachéal ; bruits du cœur sourds, étouffés ; les battemens du cœur sont irréguliers, intermittens ; faiblesse. Le malade peut à peine prononcer quelques mots. *Idem*. Deux bouillons ; lait coupé. — Le malade succombe dans la soirée.

Autopsie cadavérique, 37 heures après la mort.

Organes respiratoires. Le poumon gauche présente à la partie antérieure, et surtout dans le tiers inférieur de sa surface, un épaississement notable de la plèvre. Cette membrane, jaunâtre extérieurement, résistante sous le scalpel, est épaisse de 3 millim. environ. Le poumon tout entier offre un état d'hépatisation grise. Les coupes transversales qu'on y pratique laissent écouler en grande quantité un liquide purulent. L'hépatisation, bien qu'occupant tout le poumon, paraît cependant diminuer un peu à mesure que l'on se rapproche du sommet. Vers la partie inférieure moyenne et antérieure du lobe supérieur, on trouve une petite excavation pouvant loger une aveline, lisse à son intérieur, et contenant une concrétion sanguine d'un rouge noirâtre.

Le poumon droit présente partiellement quelques traces de pleurésie ancienne ; la plèvre, dans le tiers supérieur surtout, est un peu épaissie, bien que molle et infiltrée. Le lobe inférieur est le siége d'un engouement plus séreux que sanguin, humide au toucher et fuyant sous le scalpel ; il laisse suinter, à la surface des coupes que l'on y pratique, une sérosité assez abondante. Le tissu du lobe moyen est plus ferme, comme induré, grisâtre. Le lobe supérieur lui-même est envahi aussi, mais en partie seulement, par cette hépatisation.

Organes circulatoires. Quelques plaques à la surface du péricarde. Le cœur, un peu volumineux, est distendu par des caillots qui distendent ses oreillettes et se continuent dans les gros vaisseaux. Ces caillots, qui appartiennent spécialement au cœur droit, sont fibrineux, résistans, organisés, d'une teinte légèrement ambrée. D'autres caillots plus récens sont moins mollasses, présentant l'aspect de la gelée de groseilles. Les différens orifices, ainsi que leurs valvules, n'offrent rien de bien notable. On remarque seulement un peu d'épaississement de la valvule bicuspide et des valvules aortiques. Légère rougeur de l'endocarde du ventricule gauche, rougeur plus vive et plus foncée à la face interne de l'origine de l'aorte, où elle existe sous forme de plaques irrégulières.

Appareil digestif. La cavité buccale, le voile du palais et ses piliers sont le siége d'ulcérations aphtheuses notées pendant la vie. La muqueuse du pharynx présente une teinte d'un rouge sombre ; on n'y trouve pas d'ulcérations non plus que dans l'œsophage. La membrane muqueuse de l'estomac est évidemment malade, rouge par places, généralement ramollie. Vers la partie inférieure de l'intestin grêle, développement des follicules isolés. Quelques plaques saillantes et quelques ulcérations aphtheuses. Rien de notable dans le gros intestin.

Le foie et la rate normaux, un peu engoués. Le rein droit présente à la partie inférieure de sa face antérieure un kyste du volume d'une petite noisette, enchatonné dans son tissu, et rempli d'un liquide transparent bien limpide.

— Cette observation nous a semblé du plus haut intérêt, tant sous le rapport de la méthode de traitement que l'on fut obligé de mettre en usage, que sous celui de la marche que suivit la maladie traitée de cette manière.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le peu de temps écoulé depuis le début de l'affection semblait une condition des plus favorables pour obtenir une guérison rapide et parfaite. La pneumonie, au second degré dans la partie supérieure et moyenne du poumon gauche, était encore au premier degré à la partie inférieure, et le poumon droit ne présentait qu'à peine un peu d'engouement. Le cas ne paraissait donc pas jusque-là d'une gravité qui pût inspirer des craintes sérieuses, si l'on eût pu mettre en usage un traitement énergique. L'on dira peut-être que l'âge du malade était une circonstance éminemment aggravante ; mais outre que cet âge n'était pas avancé (soixante-deux ans), le sujet était d'une assez forte constitution, et eût très bien supporté, nous sommes en droit de l'affirmer d'après les cas nombreux que nous avons observés, les émissions sanguines qui eussent été nécessaires. La gravité du cas, je le répète, n'eût donc point paru très considérable, et le pronostic n'eût pas été celui qui fût porté, si le malade eût voulu se soumettre aux émissions sanguines.

Sous l'influence du tartre stibié, les phénomènes généraux et locaux, non-seulement ne s'amendèrent pas, mais parurent même s'aggraver pendant les quatre premiers jours. Au bout de ce temps, le malade crut se trouver un peu mieux. L'auscultation permit de s'assurer que les phénomènes locaux avaient un peu diminué d'intensité. Mais cet amendement ne se soutint pas, et le malade succomba dans un état de marasme complet. Nous avons entendu souvent ceux qui n'ont point vu les résultats que l'on obtient à la Charité, ou qui ne sont venus à la clinique qu'en passant et avec des esprits prévenus, nous les avons souvent entendus s'élever contre la formule nouvelle des saignées qui, disent-ils, rend les malades exsangues, les exténue, et fait durer leur convalescence, sinon indéfiniment, du moins plusieurs mois. C'est là, certes, une erreur des plus complètes ; et nous pourrions citer tels des malades traités par M. Bouillaud depuis le commencement de la clinique, qui, entrés à l'hôpital pour une pleuropneumonie du premier au deuxième degré, mangeaient la demie au bout de huit jours, et sortaient guéris et en état de reprendre leurs occupations au bout de vingt ou de vingt-cinq jours.

Ces résultats, que nous exposerons dans peu de jours en publiant le résumé du mouvement du service pendant les deux derniers mois, paraîtront du reste bien plus frappans par l'analyse succincte de chaque cas. Mais ce que nous devons faire remarquer, c'est que, dans le cas rapporté ci-dessus, la faiblesse toujours croissante et l'état anémique dans lequel était plongé le malade au moment de sa mort, ce n'est point aux saignées que l'on pourra les attribuer. Bien plus, je crois ne pas pouvoir être taxé d'exagération en disant que jamais les saignées, telles qu'on les pratique dans le service de M. Bouillaud, n'ont réduit les malades à un état de marasme semblable à celui dont nous fûmes témoins dans le cas précédent.

Qu'importerait d'ailleurs, en pareille circonstance, la longueur de la convalescence ? Dût-on, ce qui est faux, faire par les saignées durer pendant six semaines la convalescence, cela ne vaudrait-il pas mille fois mieux que de laisser mourir le malade ? Et, pour parler sérieusement, croit-on que l'anémie produite par une maladie longue et grave, soit plus facile à guérir que cette anémie artificielle déterminée par les saignées coup sur coup, qui se dissipe par une alimentation graduée et suffisante, presque aussi rapidement qu'elle a été produite.

Chez le malade du n° 6, on observa, quelques jours avant la mort, une éruption de plaques diphthériques sur la muqueuse buccale et pharyngienne, signe qui a été donné, il y a déjà long-temps, comme la preuve qu'il existe la saturation émétique chez le sujet qui prend le tartre stibié, et qu'il faut diminuer chaque jour la dose du médicament.

On trouva dans le cœur, à l'autopsie cadavérique, ces concrétions fibrineuses opalines, à demi organisées, qui, ainsi que l'a démontré M. Bouillaud, se forment souvent, pour ne pas dire toujours, chez les malades qui sont affectés de pneumonies que l'on n'a pu, quelle qu'en soit la raison, arrêter et enrayer dès le début, concrétions qu'il faut se garder de confondre avec celles qui se forment pendant l'agonie ou au moment de la mort du sujet.

L'espace nous manque pour opposer à ce fait quelques-uns de ces cas de péripneumonies, traitées par la nouvelle formule et enlevées comme par miracle en trois ou quatre fois vingt-quatre heures. Mais un mot encore avant de terminer.

Pouvons-nous supposer que par un autre traitement que celui qui fut mis en usage, le malade eût pu être sauvé ? Cela nous paraît tout-à-fait hors de doute. La date récente de la maladie, l'étendue de poumon qui était affectée, la force de la constitution du sujet, et plus que tout cela, le temps d'arrêt qui survint après les premiers jours d'administration du tartre stibié, sont à nos yeux un sûr garant que la guérison eût été facile à obtenir si l'on eût pu employer un traitement convenable (1).

A. F.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 31 mai.

Etiologie et prophylaxie de la phthisie pulmonaire. — M. Fourcault lit un mémoire sur ce sujet. Il s'est proposé de démontrer : 1° que les causes de la phthisie tuberculeuse sont la vie sédentaire et l'habitation dans une atmosphère humide ; 2° que le meilleur moyen pour prévenir cette maladie est l'exercice corporel, la gymnastique. L'auteur a basé ses conclusions sur des observations statistiques qu'il a faites dans différens pays de France et de l'étranger.

Médecine urinaire. — M. Becquerel fils envoie à l'Académie un paquet cacheté contenant les seize premières feuilles imprimées d'un ouvrage sur les changemens que présentent les urines dans les maladies.

(1) Au moment où je termine cet article (28 mai), sort de la clinique une femme de soixante-quatorze ans, d'une constitution assez chétive, et qui présentait au moment de l'entrée une pleuro-pneumonie au deuxième degré datant de trois jours, et occupant les deux tiers postérieurs et inférieurs du poumon gauche. Cas grave.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs qui pensent que, passé l'âge de soixante ans, l'on ne doit faire aucune émission sanguine à un sujet affecté de péripneumonie, on fit subir à cette femme quatre émissions sanguines dans l'espace de trois jours, et au bout de quatorze jours, la malade parfaitement guérie quittait l'hôpital.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 3 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 68, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des enfans à la mamelle.)

Méningite granuleuse.

Au n° 3 de la salle Sainte-Julie est une petite fille atteinte de fièvre cérébrale, dont voici l'histoire : Elle est âgée de dix mois ; elle a été précédemment au n° 11 de la salle Sainte-Thérèse, où elle a éprouvé successivement une pneumonie, une variole et un muguet assez grave, dont elle a été guérie.

Elle est rentrée dans la salle Sainte-Julie le 28 janvier au soir. (Bien que la coqueluche régnât dans la salle au moment de sa sortie, l'enfant ne l'a pas contractée depuis.) Cette enfant était morose, avait peu d'appétit, sans que pourtant elle parût précisément malade. Le 22, elle commença à vomir, et les vomissemens persistèrent jusques et y compris le 26, sans qu'il survînt de la diarrhée en même temps ; la peau alors était presque constamment froide. Depuis quatre jours, les vomissemens ont entièrement cessé.

Depuis dimanche 24, la mère a remarqué une nouvelle série d'accidens. Rarement pendant le jour, mais presque toutes les heures pendant la nuit, l'enfant ouvrait grandement les yeux, renversait fortement en arrière le globe oculaire qui restait fixe, sans agitation convulsive des membres ; puis tout semblait terminé au bout d'un quart de minute à une minute au plus. Toutefois, la nuit du 28 au 29, ces spasmes ne se sont pas reproduits.

Les quatre premiers jours l'enfant semblait éveillé et versait quelques larmes. Depuis dimanche, les larmes ont cessé de couler. Dimanche et lundi l'enfant restait les yeux ouverts et sans agitation ; mais depuis mardi elle est constamment assoupie ; ses paupières sont légèrement entre-ouvertes ; le globe des yeux, quelque peu renversé, comme chez un enfant endormi.

Depuis quatre jours, l'enfant a cessé de teter, et a paru ne pas reconnaître sa mère. Elle est restée deux jours sans uriner, le 26 et le 27 ; mais hier, jeudi, 28, elle a uriné deux fois ; il n'y a eu qu'une garde-robe depuis le 24 ; auparavant le ventre était très libre.

Aujourd'hui, 29, le pouls est petit, la chaleur normale. De temps en temps l'enfant semble réveillée par une secousse de toux, mais elle retombe immédiatement dans la somnolence. Elle ne pousse point de cris hydrencéphaliques, mais seulement un petit cri à peine sensible au moment de l'attaque convulsive, et cela de temps en temps seulement.

Le ventre est souple, la vessie non distendue par l'urine ; les jambes sont parfaitement mobiles, ainsi que les bras. De temps en temps l'enfant agite la tête de mouvemens de rotation ; la pupille n'est point anormalement dilatée ; dans l'attaque le pouce est porté dans une adduction forcée.

Voilà deux jours, on a appliqué un vésicatoire sur le côté, et des sinapismes aux jambes.

Prescription du 29 janvier. — Application d'un vésicatoire sur toute la surface de la tête. A l'intérieur, calomélas 1 gramme, mêlé à 10 grammes de miel.

— Nous avons sous les yeux un cas de fièvre cérébrale survenue à la suite de maladies graves, dont cependant l'enfant avait guéri. Ici les accidens ont marché avec rapidité ; toutefois, il y avait un mauvais état général, et la mère nous raconte que, quoique se portant bien, pourtant son enfant n'avait pas la gaîté ordinaire aux enfans de son âge. Elle avait déjà constaté cela, alors qu'elle était encore dans la salle Sainte-Thérèse.

Les vomissemens que cette enfant a éprouvés ne tenaient point à une gastrite, puisque sa peau était froide, et que sa mère, pour chercher à la réchauffer, lui appliqua une boule d'eau chaude aux pieds. Au bout de quatre jours les vomissemens cessent, il survient de la constipation, et les urines sont supprimées ; puis l'on voit apparaître des convulsions qui se renouvellent toutes les heures la nuit, et quatre fois seulement le jour. Depuis ce moment l'enfant est tombée dans la stupeur, et a cessé de verser des larmes.

Les attaques se succèdent rapidement ; aujourd'hui, pendant la visite, l'enfant en a deux en notre présence. Pendant la durée des attaques, le pouce du côté convulsé était fortement entraîné dans l'adduction ; chez quelques épileptiques l'on a vu cette adduction portée jusqu'à déterminer la luxation du pouce. (Ce phénomène s'observe rarement chez les personnes qui simulent l'épilepsie.) Ainsi donc nous avons chez cette enfant des convulsions et du carus tout-à-fait analogues aux convulsions et au carus que l'on observe dans l'épilepsie. Nous avons pu examiner longuement cette petite malade sans qu'elle en parût contrariée, ce qui n'est pas ordinaire aux enfans de cet âge.

Voici une forme de convulsions toute spéciale, qui est à l'éclampsie ce que le vertige épileptique est à l'épilepsie. Tout le monde sait ce que l'on entend par vertige épileptique, celle de toutes les convulsions la plus grave et qui, suivant Esquirol, mène le plus communément à la démence. Un malade perd tout à coup connaissance, ouvre de grands yeux, reste immobile et, au bout d'une ou deux secondes cet état cesse : voilà le vertige épileptique. M. Petit connaissait une personne sujette à cette forme d'épilepsie qui fut prise, en sa présence, de son attaque, un jour qu'elle jouait aux cartes. Au moment de lancer une carte sur le tapis, elle perd connaissance, son bras reste tendu et immobile, puis, le vertige se passant en quelques secondes, elle lance sa carte comme si rien n'était arrivé : son autre main n'avait pas cessé de tenir le reste de son jeu.

Un architecte de Paris était sujet à de fréquentes attaques de vertiges épileptiques, pendant lesquelles il prononçait son nom plusieurs fois de suite. Une demoiselle étant prise en marchant des mêmes accidens, elle s'arrêtait un moment, puis secouait la tête et continuait de marcher.

Vous voyez chez notre enfant une forme d'éclampsie qui paraît assez élémentaire ; mais, comme pour l'épilepsie, il vous sera impossible d'établir votre pronostic sur la gravité des accidens cérébraux d'après l'intensité des convulsions.

Nous avons eu, au n° 8 de la salle Sainte-Julie, un enfant qui présentait un peu de paresse générale ; il continua de teter, et n'eut de convulsions que le dernier jour où sa tête se renversa un peu en arrière ; et à l'autopsie, nous trouvâmes un grand nombre de tubercules dans la pie-mère, un ramollissement de la couche superficielle du cerveau. Cet enfant succombait à une méningite tuberculeuse, et il n'y eut nulle autre convulsion qu'un peu de renversement de la tête.

L'enfant dont nous vous entretenons est atteint, suivant toute apparence, d'une méningite tuberculeuse ; et à l'autopsie, qui probablement sera faite d'ici à quelques jours, nous constaterons de très graves lésions du cerveau, telles que tubercules de la pie-mère, ramollissement de la couche corticale et de la voûte à trois piliers, etc.

Revenons maintenant aux symptômes de la fièvre cérébrale.

De toutes les maladies que vous rencontrerez dans la pratique, nulle ne vous induira plus en erreur que la méningite tuberculeuse à son début. Nous y avons été pris nous même trois ou quatre fois, et cependant nous tomberions encore dans la même erreur, tant le diagnostic d'une fièvre cérébrale est difficile lors de son apparition.

Sans nous arrêter aux symptômes énumérés par les auteurs, voyons les faits qui se sont présentés à notre observation.

Une petite fille de sept ans, demeurant rue des Pots-de-Vins, dit un jour à sa mère qu'elle ne voyait que la moitié d'un enfant qui jouait non loin d'elle ; elle était frappée d'hémiplégie. A quelques jours de là, elle est offensée par le bruit des voitures et les cris des enfans qui jouent ; puis elle manifeste son affection pour ses parens d'une manière qui ne lui est pas habituelle. Il survient des vomituritions, une fièvre notable et un peu de sommeil.

A huit jours de là, cette enfant est plongée dans un sommeil tellement profond qu'il est impossible de l'éveil-

FEUILLETON.

DES BRIDES OU BARRIÈRES AU COL DE LA VESSIE ; PAR M. CIVIALE.

(Extrait d'un Mémoire que ce chirurgien a présenté à l'Académie des Sciences.)

L'auteur s'est occupé dans ce travail d'une maladie peu connue des organes urinaires : il s'agit des brides ou barrières qu'on rencontre quelquefois, chez le vieillard surtout, à l'orifice interne de l'urètre. Dans plusieurs circonstances, principalement lorsque la prostate est tuméfiée, l'orifice vésical de l'urètre est brusquement dévié en haut par un repli membraneux, lisse et presque transparent, qui s'étend d'un lobe latéral de la prostate à celui du côté opposé, et dont la tension est assez forte pour empêcher que les masses latérales de la glande s'écartent l'une de l'autre lorsqu'on les tire en sens inverse. Ce repli est plus épais à sa base qu'à son bord libre.

Chez d'autres sujets, au lieu d'un simple repli membraneux, la barrière est constituée par un cordon arrondi, tendu entre les deux lobes latéraux de la prostate, et qui paraît avoir, en se contractant, soulevé la membrane muqueuse dont les deux feuillets accolés donnent naissance à la soupape ou valvule. Ici la barrière est plus épaisse que dans le premier cas, surtout vers le bord libre qui est aussi lisse et tendu, du moins dans le plus grand nombre des cas. Il y a une troisième espèce dans laquelle la barrière est constituée par une fongosité ou par un mode spécial du gonflement prostatique, applati d'avant en arrière. Ici l'éperon a plus d'épaisseur, mais moins de résistance ; son bord libre est quelquefois frangé, festonné et chargé d'excroissances ou de saillies qui séparent des espèces de sillons. Ces états morbides exercent une grande influence sur les maladies de l'appareil urinaire, indépendamment de la difficulté qu'ils apportent à l'excrétion de l'urine, et à l'introduction des instrumens ils peuvent devenir une source d'accidens graves et de méprises dans le cathétérisme spécialement.

Sous ces divers points de vue, le travail de M. Civiale mérite de fixer l'attention des praticiens.

Les brides du col de la vessie présentent d'autres différences eu égard à l'épaisseur, à la hauteur, à la disposition de leurs faces et de leur bord libre, à l'état de la membrane qui les recouvre, sans compter les diverses complications qui ne manquent pas de survenir, et qui donnent à l'état morbide primitif une physionomie toute particulière. La direction de ces brides est le plus communément transversale ; les trois espèces que nous venons d'indiquer peuvent se trouver réunies chez le même sujet. M. Civiale en cite un exemple.

La hauteur de cette barrière varie beaucoup. Je l'ai vue, dit l'auteur, haute de neuf à douze lignes chez divers sujets ; mais ordinairement elle fait moins de saillie, souvent même elle ne produit une véritable cloison que quand on écarte l'un de l'autre les lobes latéraux de la prostate. Le repli membraneux qui la constitue peut être perçu à l'état rudimentaire, dans la plupart des cadavres des vieillards, lorsque la glande est engorgée ; il suffit, après avoir incisé le col vésical et la partie membraneuse de l'urètre, par leur face supérieure, de tirer les lèvres de la section en sens opposé et au niveau de l'orifice interne du canal, pour faire apparaître le repli.

La barrière est généralement placée à peu de distance de la crête urétrale avec laquelle elle semble quelquefois se confondre ; elle occupe toujours le rebord inférieur de l'orifice vésical de l'urètre. Dans beaucoup de cas, la face inférieure du canal situé au-devant de la barrière, et le trigone situé en arrière, sont sur le même plan, et la barrière s'élève de la partie inférieure du col de la vessie, sans qu'on découvre les moindres traces d'autres lésions. Ailleurs, la crête urétrale envoie un prolongement linéaire qui divise le plancher du canal en deux gouttières. Dans d'autres circonstances, l'angle antérieur du trigone est soulevé, surtout quand il y a hypertrophie du corps de la prostate. En pareil cas, la face de la valvule, du côté de l'urètre, est à pic ; tandis que du côté de la vessie, l'élévation s'abaisse par une gradation insensible.

Après quelques considérations sur les dispositions que présentent ces brides, l'auteur ajoute :

On conçoit aisément combien de tels états morbides doivent exercer d'influence, non seulement sur l'expulsion de l'urine et sur le cathétérisme, mais encore sur le diagnostic et le traitement de la plupart des maladies de la vessie. Cependant ils ont presque toujours été, sur le vivant, confondus avec d'autres.

D'abord les sensations du malade n'offrent rien de particulier. Tantôt les phénomènes ont toute la physionomie des névralgies graves de la partie profonde de l'urètre et du col vésical, tantôt, au contraire, ce sont des symptômes de phlegmasie, quelquefois aiguë, mais le plus souvent chronique. Dans certains cas même, la phlegmasie semble avoir disparu presque entièrement, et, néanmoins, le trouble dans l'excrétion de l'urine persiste, aussi bien que la sensation de gêne, de fatigue et d'embarras, accidens entretenus par le repli valvulaire.

Quant aux explorations, telles qu'on les a pratiquées jusqu'ici, elles étaient insuffisantes pour faire distinguer les brides des autres états morbides du col vésical et des fongus ayant leur siége au voisinage de cette partie. Mais, en les pratiquant avec soin, et au moyen d'instrumens perfectionnés, on obtient d'elles des renseignemens utiles. Je procède de la manière suivante. Le cathétérisme ordinaire m'a appris qu'il existe un obstacle au col de la vessie ; en retirant les bougies molles, j'ai vu que l'extrémité en était rebroussée et tournée en haut. Il s'agit de distinguer si l'obstacle tient à une bride ou à une tumeur.

Je prends une sonde à petite courbure et graduée, que j'introduis dans l'urètre jusqu'à ce qu'elle butte contre la barrière. Après m'être assuré que la face de celle-ci est à pic du côté du canal, j'examine de combien l'instrument a pénétré, j'en abaisse l'extrémité annulaire jusqu'à ce que l'autre bout arrive au bord libre de l'obstacle et je le pousse alors d'une ou deux lignes. L'urine jaillit, et si, au même instant, je parviens à faire pivoter la sonde sur elle-même, je présume qu'il y a seulement une bride et non pas tuméfaction de la prostate. En effet, dans le cas de tumeur, même peu développée, au corps de cette glande, il faut enfoncer l'instrument beaucoup plus pour pouvoir le faire tourner sur lui-même. Cette expérience n'est pas décisive sans doute alors même qu'on peut y recourir et qu'on l'exécute bien ; mais combinée avec le procédé de défalcation, elle conduit à établir le diagnostic d'une manière satisfaisante.

Voilà pour les cas simples. Dans les cas compliqués, c'est-à-dire quand la bride a une certaine épaisseur, qu'elle diminue d'une manière insensible du côté de la vessie, ou, en d'autres termes, lorsque des fongosités ou une tuméfaction étendue du corps de la prostate font saillie derrière cette bride, de sorte que son bord libre et les parties situées derrière elle soient au même niveau ; enfin, dans le cas où les replis ont une direction oblique, qu'ils soient d'ailleurs simples ou doubles, ces explorations ne procurent, pour ainsi dire, aucun renseignement qui puisse servir de guide dans le traitement. On découvre bien un changement brusque dans la direction de la partie profonde du canal,

ler ; les conjonctives s'injectent, elle est prise de convulsions et meurt.

Vers la fin de la maladie, il était facile de reconnaître la fièvre cérébrale, mais rien au début ne pouvait faire croire à une pareille affection.

L'enfant de madame D....., âgée de cinq ans, change tout à coup d'humeur, devient maussade, difficile ; elle prend de la fièvre caractérisée par des frissons qui sont suivis de chaleur à la peau et de sueurs. Le lendemain du jour où ces premiers symptômes se manifestèrent, et dans la matinée, l'enfant paraît un peu triste, et sans fièvre ; mais vers les trois heures, il survint de nouveaux frissons, et après eux de la chaleur et des sueurs abondantes ; la langue est rouge à la pointe et un peu sale. Il y a quelques nausées. Cet état dure plusieurs jours sans s'aggraver, et sans que nous soupçonnions à quelle maladie nous avons affaire.

Le huitième jour l'enfant est prise en notre présence d'une congestion sanguine vers la tête qu'il nous est facile de constater, et alors ses yeux deviennent hagards. C'est alors seulement que nous reconnaissons la fièvre cérébrale.

Le lendemain, une des paupières supérieures est un peu affaissée ; le pouls, de 90 pulsations où il était la veille, est tombé à 64 ; il y a une grande tendance au sommeil ; plus de doute alors sur l'existence de la maladie, dont nous avions vu vingt-quatre heures auparavant les premiers symptômes. Dans le courant de la journée, bouffées de chaleur à la face ; nouvelle congestion vers la tête, après quoi l'enfant tombe dans la stupeur. Cet état dure pendant trois jours, au bout desquels l'enfant succombe.

A l'autopsie, nulle trace de tubercules dans la pie-mère ni dans les autres enveloppes du cerveau ; la substance cérébrale ressemble à de l'agathe, tant elle est transparente ; épanchement de sérosité dans les ventricules.

Une autre petite fille de cinq ans, habitant avec ses parens une maison de campagne à onze lieues de Paris, se plaint de froid (on était au mois de juin) et de fatigue ; elle rentre, se couche et s'endort. Le soir elle est prise d'un frisson qui se répète plusieurs fois le lendemain à la même heure. Le médecin de l'endroit, appelé, croyant à une fièvre intermittente, donne du sulfate de quinine, mais sans obtenir aucun effet.

Au bout de huit jours affaissement notable, envies de vomir presque continuelles. La mère alors concevant quelques inquiétudes pour son enfant vient à Paris et nous fait appeler. Nous trouvons la petite malade plongée dans un état de stupeur qui l'empêche de nous reconnaître. M. Récamier est sur-le-champ appelé en consultation, et il prescrit, à cause de l'état saburral de la langue, quelques grains d'ipécacuanha.

Le lendemain, l'un des doigts indicateurs est paralysé ; le surlendemain c'est la paupière. La mort arrive au bout de quelques jours, et à l'autopsie nous trouvons un ramollissement à la périphérie de l'encéphale et un peu de sérosité trouble dans les ventricules.

Chez tous les enfans dont nous venons de parler il y a eu des vomituritions ; l'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, a présenté des vomissemens qui ont duré quatre jours. Elle était moins gaie que les enfans de son âge ; mais elle n'avait pas cessé de bien teter. Or, qui aurait pu dire, il y a quatre jours, que cette enfant allait être prise d'une fièvre cérébrale ? Il n'en est pas moins vrai que c'est là la forme la plus ordinaire de cette terrible maladie à son début.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Considérations sur la fréquence de cette fracture; son diagnostic, son mécanisme, son traitement. Remarques générales sur l'application des appareils inamovibles.

Vous nous avez vu, il y a un instant, appliquer un appareil inamovible à une malade de la salle Saint-Paul, pour une fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Cette fracture, une des plus fréquentes, et aussi des plus intéressantes pour l'étude, nous présente plusieurs points pratiques à examiner ; aussi en ferons-nous le principal sujet de notre leçon d'aujourd'hui.

Le radius peut se fracturer sur plusieurs points de sa longueur, en haut, à sa partie moyenne, mais notamment à son extrémité inférieure. Pourquoi cette plus grande fréquence de la fracture inférieure ? Nous le verrons dans un instant. Toutes ces fractures reconnaissent tantôt des causes directes, tantôt, et plus fréquemment, des causes indirectes. Ces deux points étant établis, relativement à la plus grande fréquence des fractures à l'extrémité inférieure et à la nature des causes, voyons quelles sont les données qui nous ont autorisé à admettre chez notre malade l'existence d'une solution de continuité du radius à son extrémité inférieure.

Cette femme a fait une chute sur la paume de la main, a ressenti immédiatement une douleur vive et s'est rendu sur-le-champ à l'Hôtel-Dieu. A notre première visite nous avons remarqué de la tuméfaction à la région du poignet, où l'on observait une ecchymose ; l'axe de la main ne se confondait pas avec celui de la partie inférieure de l'avant-bras, et la main était inclinée à angle obtus, faisant saillie du côté du cubitus ouvert du côté du radius. Ce renversement de la main vers le bord radial de l'avant-bras, ne dépendait pas évidemment d'un changement de rapport de la main elle-même, car la coche existait un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne : l'apophyse malléolaire du cubitus était plus saillante que d'ordinaire.

Voilà des signes presque suffisans, presque caractéristiques de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cependant, mieux que cela encore, nous avons obtenu la crépitation, qui a ôté toute sorte d'incertitude. Cette crépitation, nous l'avons obtenue au niveau même de la coche, en saisissant à pleine main, d'une part, le poignet, de l'autre, la partie inférieure de l'avant-bras, et en exécutant alternativement des mouvemens de pronation et de supination.

Les signes que nous venons de passer en revue sont suffisans, disons-nous, pour caractériser la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et voici pour quels motifs. D'abord, la crépitation était rude, partant osseuse, et ne pouvant être nullement confondue avec celle qui existe assez souvent à la suite des contusions articulaires.

Dans les contusions simples du poignet, il y a en effet assez souvent crépitation ou craquement, ainsi que cela arrive pour les autres articulations des membres. Cette crépitation peut en imposer aux chirurgiens peu exercés, et faire croire à l'existence d'une fracture. Il y a huit ans environ, qu'un fait de cette nature fut offert à notre observation. Un homme avait fait une chute sur le genou, et le confrère qui avait eté appelé appliqua un appareil, croyant avoir affaire à une double fracture de la rotule et du fémur près de l'articulation du genou. Nous ne tardâmes pas à nous assurer que ni l'une, ni l'autre de ces deux fractures n'existait ; opinion qui fut, du reste, partagée deux ou trois jours plus tard par M. Marjolin. Il existait dans ce cas une crépitation caractéristique, phénomène assez commun, avons-nous dit, à la suite des contusions articulaires, crépitation que l'on distingue toujours celle des fractures, pour peu que l'on ait de l'habitud et qui s'en éloigne en ce sens qu'elle est moins rude.

Les contusions articulaires peuvent donc détermi l'existence d'une crépitation spéciale, d'une sorte de cr quement capable d'en imposer pour une fracture. N avons donc à nous tenir en garde, dans le cas qui n occupe, pour ne pas attribuer à la crépitation qui exi une valeur qui ne lui aurait pas appartenu. Toutefois nature n'était point douteuse grâce à son caractère mê et, de plus, nous avions ici la difformité du membre, clinaison de la main sur le bord radial de l'avant-bra qui éloignait nécessairement l'idée d'une contusion simpl

Quelquefois le craquement existe au-dessus de l'articulation du poignet et appartient alors à la gaîne synoviale des tendons ; mais alors il ressemble à la sensation fournie par la décrépitation du sel ; c'est une sorte de frottement qui ne peut en aucun cas être confondu avec la véritable crépitation.

Chez notre malade, la fracture siége, avons-nous dit, à la partie inférieure de l'avant-bras. On se demande pourquoi le radius se fracture le plus communément sur ce point, où il est plus volumineux que partout ailleurs. On trouve l'explication de ce fait dans la configuration même de cet os ; c'est qu'en effet, sur ce point, il présente une double courbe dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur, et que c'est sur ce point qu'il doit se fracturer de préférence, lorsque la fracture arrive par contre-coup, ce qui a lieu le plus souvent.

On se demande encore pourquoi dans ce cas de chute sur le poignet, la fracture arrive plutôt que la luxation. Autrefois on croyait les luxations du poignet très fréquentes, et Boyer, lui-même, en décrit toutes les variétés jadis admises, comme si elles arrivaient communément. On sait au contraire, aujourd'hui, qu'elles sont très rares ; nous les croyons même impossibles, à moins de désordres concomitans très étendus, tels que la rupture des muscles et des tendons. Cela se conçoit, du reste : car, d'une part, les mouvemens de l'articulation peuvent être portés très loin, surtout dans le sens de l'extension et de la flexion, sans changer les rapports des surfaces articulaires ; d'autre part, dans la chute sur le poignet, le mouvement se passe dans plusieurs autres articulations à la fois, et notamment dans l'articulation médio-carpienne, ce qui en diminue la vitesse. On conçoit au contraire que le mouvement, ainsi décomposé d'abord, venant à retentir vers le bord antérieur de la cavité sigmoïde du radius, se transmette à celui-ci avec assez de violence pour en provoquer la fracture, en exagérant sa courbure : c'est ce qui arrive en effet. Nous ajouterons même, que dans les essais que nous avons tentés sur le cadavre pour produire des luxations du poignet, nous n'avons jamais pu y parvenir, à moins de porter les violences et les efforts assez loin, pour occasionner la rupture des tendons et des muscles.

Pourquoi le cubitus ne se fracture-t-il pas plutôt que le radius, puisqu'il présente moins de volume ? L'anatomie nous explique suffisamment ce fait, et nous démontre que si le cubitus ne se fracture pas de préférence au radius, cela tient à ce qu'il ne s'articule avec le pyramidal et conséquemment avec la main, que par l'intermédiaire d'un

---

à l'endroit où la barrière existe ordinairement ; mais on ne distingue pas si cette déviation est le résultat d'une bride, d'un engorgement du moyen lobe de la prostate, ou d'un foyer à base large, car tous ces états morbides la produisent également, un peu plus en avant, un peu plus en arrière. Il est effectivement plus difficile qu'on ne pense de préciser le point où la sonde s'arrête, surtout quand les parties ont perdu leurs dispositions normales, ce qui arrive presque toujours.

Cependant on ne confondra pas l'état morbide dont je m'occupe avec les coarctations spasmodiques du col vésical, comme il paraît avoir été fait dans quelques circonstances. La méprise est faciles à éviter. Les coarctations spasmodiques sont passagères et disparaissent au moyen du traitement que j'ai indiqué, au lieu que l'état anormal dont il s'agit ici est permanent, et qu'au moment même où il apporte le moins de gêne à l'expulsion de l'urine, on le retrouve toujours facilement avec le secours d'une sonde ou d'une bougie.

Les chirurgiens qui parlent de rétrécissement à la partie prostatique de l'urètre et au col vésical, se sont expliqués d'une manière assez vague pour qu'on ne sache pas au juste ce qu'ils ont pris pour une coarctation, car les recherches les plus minutieuses ont démontré que, s'il existe quelquefois de véritables rétrécissemens en cet endroit, du moins sont-ils fort rares. La situation des brides est toujours telle qu'elles se bornent à dévier l'orifice vésical de bas en haut sans le rétrécir. Du moins, toutes celles que j'ai observées sur le cadavre étaient-elles plutôt dans la vessie que dans l'urètre, et je n'ai aucune raison de penser que les choses fussent autrement chez les sujets vivans où j'ai cru reconnaître une disposition analogue. Plusieurs fois même j'ai pu constater à l'ouverture des corps l'existence d'une barrière fort élevée, qui n'avait cependant pas empêché d'introduire un lithoclaste ou une sonde à petite courbure, et que, pour cette raison on avait à peine soupçonnée pendant la vie.

La difficulté d'établir le diagnostic, devait nécessairement paralyser les ressources de la chirurgie. Depuis que l'attention des praticiens s'est portée sur ce point, on a essayé divers moyens dont l'application a été semée d'écueils.

M. Civiale fait connaître les divers moyens curatifs auxquels il a eu recours, tant dans les cas simples et peu développés que dans ceux où la maladie avait acquis un grand développement et se trouvait compliquée d'autres états morbides. Dans plusieurs de ces cas il a obtenu d'heureux résultats du traitement ordinaire des névralgies du col vésical. Plusieurs fois il a employé avec succès les cautérisations transcurrentes au moyen du nitrate d'argent fondu. Dans les cas graves ces moyens n'ont pas réussi, il a fallu attaquer le mal d'une manière plus vigoureuse et plus directe. L'auteur rappelle les tentatives qu'on a faites en Angleterre ; il signale les dangers d'un traitement en usage dans ce pays ; il décrit ainsi l'instrument et le procédé auxquels il a eu recours dans sa pratique :

« Mon instrument ressemble à une sonde ordinaire, d'un diamètre de deux lignes et demie et fendu en deux sur le tiers de sa longueur, dans l'endroit correspondant à sa courbure, jusqu'à trois lignes de son extrémité vésicale. L'une des branches forme l'extrémité arrondie de la sonde, l'autre s'applique contre la précédente, de manière à produire un tube régulier. Dans ce tube s'en trouve placé un autre qui s'étend jusqu'au milieu de partie courbée, et qui porte, à un pouce de son extrémité, un bouton logé dans une echancrure pratiquée à la face inférieure du tube externe, au point où commence la courbure. Le tube interne renferme une tige carrée qui se termine par une lame étroite et longue de dix lignes. Lorsque le bouton du tube intérieur est placé dans l'échancrure du tube extérieur, les deux divisions de celui-ci sont rapprochées ; mais quand on pousse ce bouton en avant de deux à trois lignes, les deux branches s'écartent de cinq à six lignes.

» Dans cet état d'écartement, on pousse la tige carrée, et au même instant la lame qui la termine fait saillie à la face intérieure du tube externe entre ses deux branches écartées. Pour se servir de l'instrument, on place le bouton dans son échancrure, de manière que les deux lames, rapprochées, cachent le tube intérieur et la lame qu'il contient ; on l'introduit alors comme une sonde ordinaire. Dès que la convexité de la courbure est placée au niveau de la barrière, on écarte les branches en poussant le tube interne ; le bouton fait, au dehors du tube externe, une saillie qui sert de point d'arrêt vis-à-vis l'obstacle, et indique avec précision le point qu'il faut inciser. Alors, on fixe l'instrument, on fait sortir la lame en poussant la tige carrée, et l'on divise la barrière en procédant de son bord libre vers sa base. Chaque incision ne saurait avoir plus de deux lignes de profondeur ; on peut en faire plusieurs à côté l'une de l'autre. Au moyen de cet instrument, la division de la bride s'opère avec d'autant plus de facilité et de certitude qu'en poussant le bouton les deux branches écartées éloignent les lèvres latérales du col de la vessie, tendent la barrière, et la rendent plus saillante. Après avoir fait une ou deux incisions, on ramène la lame dans sa gouttière par une traction exercée sur un anneau extérieur ; puis, en tirant sur la rondelle du tube interne, le bouton qui écartait les deux branches rentre dans l'échancrure, et l'instrument redevient ce qu'il était au moment de l'introduction, c'est-à-dire une sonde ordinaire avec deux anneaux latéraux, trois vis de pression et un petit anneau terminal.

» J'ai opéré deux malades : chez l'un, il y eut une hémorrhagie assez abondante ; l'autre ne rendit que quelques gouttes de sang. Chez l'un, une première division suffit, tandis que chez l'autre il fallut recommencer : je n'avais coupé qu'une partie de la barrière, qui n'était cependant pas très considérable. Mais c'était ma première opération, je craignais de faire une incision trop profonde. Au reste, comme la section est fort peu douloureuse, il vaut mieux être obligé d'y revenir à deux fois que d'aller trop loin. Les malades n'ont éprouvé aucun accident.

» Toutes les fois que je rencontrerai des cas bien dessinés, dans lesquels le diagnostic pourra être établi avec précision, je n'hésiterai pas à recourir à ce procédé dont j'ai obtenu deux fois tout le succès désirable. Cependant le succès n'a été complet que plusieurs jours après l'opération, douze dans un cas, et vingt dans l'autre.

» Le traitement par l'incision et celui par la cautérisation pourraient être combinés ensemble au besoin. Une pratique plus étendue suggérera probablement d'utiles modifications à cet égard. »

X...

— Le *Moniteur* contient une ordonnance royale par laquelle, à l'avenir, les étudians en médecine et en pharmacie qui auraient été admis dans le service de santé militaire, soit comme chirurgiens élèves, soit comme chirurgiens sous-aides, obtiendront la concession gratuite des inscriptions nécessaires pour parvenir soit au doctorat devant une faculté de médecine, soit à la maîtrise ès-pharmacie, sous la condition de se vouer, au moins pendant quinze ans, au service militaire.

— L'officier de santé chargé comme expert, par la justice, d'autopsies de cadavres et d'autres vérifications de son art, n'est point à ce titre fonctionnaire public, agent de l'autorité publique. Les juges correctionnels sont compétens pour connaître de la plainte qu'il porte devant eux à cause d'injures et de diffamation relatives à l'exercice de son art dans les commissions qu'il reçoit de la justice. Ainsi jugé le 21 avril par la Cour royale de Riom, maintenant le jugement rendu par le tribunal correctionnel de Puy.

cartilage qui amortit déjà le mouvement : ainsi, ne s'articulant presque pas avec la main, il ne reçoit qu'une impulsion faible.

La fracture de l'extrémité inférieure du radius présente-t-elle de la gravité? Oui ; car il peut y avoir à la suite déviation de la main, et conséquemment difformité ; de plus, son existence près d'une articulation expose toujours à l'inflammation de celle-ci et des gaînes tendineuses. Enfin, il peut en résulter un peu de gêne dans les mouvemens.

Cette fracture, du reste, entraîne beaucoup de déplacement ; car les muscles abducteurs sont nombreux et exercent ici une action prédominante. Le carré pronateur agit, surtout dans certains cas, avec beaucoup d'efficacité dans le sens du déplacement ; mais un muscle dont l'action prédomine peut-être encore, quoiqu'on n'en ait pas parlé, c'est le long supinateur, qui prend son insertion inférieure dans la coulisse radiale externe.

Il arrive quelquefois que la main se porte en avant ou en arrière, ce qui a fait qu'on a confondu souvent cette fracture avec les luxations du poignet : l'erreur est, du reste, facile dans ce cas. M. Marjolin raconte tous les ans, dans ses cours, qu'un homme se présenta à l'hôpital Beaujon avec un tel déplacement de la main, qu'il n'hésita pas à croire qu'il s'agissait d'une véritable luxation, et que le fait témoignait contre l'opinion trop exclusive de Dupuytren. Le malade mourut, et le membre fut disséqué avec soin. La dissection était presque achevée, et les os presque mis à découvert, que M. Marjolin persistait encore dans son diagnostic ; mais l'inspection directe des os ne tarda pas à démontrer qu'il s'agissait d'une fracture.

Quel traitement faut-il employer ici ? On a principalement conseillé de refouler les chairs dans l'espace interosseux, pour obtenir l'éloignement des fragmens du radius, du cubitus.

Pour que ce résultat pût être obtenu, il faudrait employer une compression énorme qui deviendrait souvent capable, du reste, de déterminer des accidens gangreneux. Ces accidens se présentaient assez fréquemment autrefois. Nous-même nous en avons observé plusieurs exemples à Beaujon et à l'Hôtel-Dieu, chez des fracturés qui avaient reçu des soins en ville. Au surplus, cette indication n'est plus que secondaire aujourd'hui : l'indication principale consiste à remédier à la tendance des fragmens à se porter en dedans, en agissant sur la main. Cette action est plus efficace, car d'abord l'espace interosseux étant presque nul à la partie inférieure de l'avant-bras, l'action des compresses graduées devient illusoire ; et ensuite le fragment inférieur est tellement court que l'on ne peut avoir aucune action directe sur lui.

De là résulte la nécessité d'agir au moyen de l'appareil sur l'avant-bras et la main en même temps. De plus, il est nécessaire de porter fortement la main sur le bord cubital si on veut remédier à son renversement en dehors. Dupuytren avait inventé dans ce but son attelle cubitale ; nous satisfaisons à la même indication au moyen d'une attelle autrement faite et qui embrasse la main et l'avant-bras en même temps. Nous comprenons avant tout la nécessité d'agir par la main, de même qu'on le fait sur le pied dans la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, ce qui ne nous empêche pas d'employer comme moyen adjuvant les compresses interosseuses. Au dessus de ces compresses nous roulons une bande dextrinée, puis les attelles coudées, qui sont laissées en place jusqu'au moment où la solidification de l'appareil est accomplie.

Nous pouvons annoncer d'abord que nous obtiendrons chez notre malade un résultat satisfaisant : une bonne direction de la main et l'intégrité des mouvemens de l'avant-bras.

Vous nous avez vu attendre cinq à six jours pour appliquer l'appareil inamovible ; c'est chez nous une règle générale que nous appliquons à toutes les fractures. Nous croyons de la plus haute importance l'application tardive de l'appareil inamovible. Appliqué immédiatement, avant le développement des accidens inflammatoires, il masque leur marche, empêche de les surveiller et de les maintenir dans des limites raisonnables. Et comme douze, quinze, vingt heures suffisent pour déterminer la gangrène, cette funeste complication peut survenir sans même avoir été soupçonnée. On attribue à l'application immédiate de l'appareil inamovible la propriété d'exercer une compression salutaire, qui prévient le développement d'une trop grande inflammation, mais l'expérience a démontré combien cette sage prévoyance de l'appareil est loin d'exister en réalité. De plus, toute fracture s'accompagnant d'abord d'un épanchement sanguin plus ou moins considérable, il en résulte que quand celui-ci vient à être résorbé, il s'établit un vide entre l'appareil et le membre, qui nuit considérablement à la contention exacte des fragmens et à leur inamovibilité. L'occasion ne nous manquera pas de donner à ces propositions tout le développement qu'elles méritent ; nous voulions seulement vous faire comprendre aujourd'hui la nécessité de retarder un certain nombre de jours l'application de l'appareil inamovible, pour éviter à coup sûr l'explosion des accidens indiqués, qui ont mis quelques chirurgiens dans la fâcheuse nécessité de recourir à l'amputation des membres.

K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 1er juin.

Réclamation réglementaire. — *M. Chevallier* proteste contre la lecture et l'adoption du rapport de M. Adelon concernant l'exercice de la pharmacie. L'ordre du jour avait renvoyé cette lecture à la séance d'aujourd'hui. Cependant, elle a eu lieu vers la fin de la dernière séance, après le départ de plusieurs personnes intéressées dans la question.

MM. Pelletier, Boullay, Bussy parlent dans le même sens.

MM. les membres du bureau donnent des explications sur cette lecture demandée par la majorité des membres de la dernière séance. Cette marche, au reste, est autorisée par un article du réglement. M. le secrétaire général se refuse en conséquence à consigner au procès verbal la protestation de M. Chevallier.

La correspondance offre plusieurs lettres de MM. Guérard, Lachaise, Requin, Leroy d'Etiolles, Brierre de Boismont, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène.

Aliénation mentale. — *M. Double* fait au nom d'une commission un rapport sur un travail de M. Leuret relatif au traitement moral de la folie. L'auteur intitule son mémoire : De la révulsion morale dans le traitement de la folie. M. le rapporteur rappelle tout l'intérêt que ce travail a excité lors de sa lecture à l'Académie, et la bienveillance avec laquelle l'assemblée a toujours accueilli les communications de ce médecin distingué. Le mémoire se compose de deux parties : la première comprend les généralités du nouveau système de traitement ; la seconde les moyens, ou plutôt l'application de ce traitement. Le principe fondamental consiste à appeler l'attention du malade sur une série d'idées nouvelles, raisonnables, de le distraire par conséquent de ses idées monomanes. La persévérance de cette distraction constitue la révulsion morale, que M. le rapporteur appellerait plus volontiers diversion morale. A côté de ce principe, que M. Leuret fait appliquer avec un jugement parfait et une sagacité, une adresse rares, sont d'autres ressources morales propres à soutenir la diversion primitive savoir, des avertissemens, des conseils qui doivent garantir du retour aux idées maniaques. Ce système, l'auteur l'a déjà mis en pratique un très grand nombre de fois avec bonheur à Bicêtre, où la commission a pu constater elle même les résultats sur près de deux cents aliénés, et en ville avec des résultats non moins heureux. Il a rapporté deux seuls faits avec détails comme types de l'application de sa méthode : l'un relatif à une jeune femme qui se croyait d'abord religieuse, prêtre, puis pape ; l'autre qui, par monomanie ambitieuse, se donnait pour muette et ne parlait point. M. Leuret a guéri la première en l'isolant et en révulsionnant son attention à l'aide de leçons de géographie et d'histoire qu'il lui donnait lui même avec persévérance et exigence rigoureuse, l'autre en feignant être lui-même médecin muet, etc. On conçoit qu'une fois le principe posé, son application exige une infinité de ressources intellectuelles diverses selon l'espèce de monomanie et les conditions particulières du malade, ressources qu'un esprit ingénieux, inventif, riche en connaissances comme celui de M. Leuret, trouve sans peine et à l'infini, mais qu'on chercherait en vain dans certains médecins spécialistes à intelligence étroite. D'où il résulte que peu de médecins encéphalopathes seraient en état de mettre à exécution les idées de M. Leuret. On se tromperait cependant si l'on croyait que ce système soit tout à fait neuf. Déjà deux des hommes les plus distingués, qui ont immensément contribué à l'avancement de la thérapeutique des maladies mentales, MM. Ferrus et Falret l'avaient mis en pratique avant M. Leuret, le premier à Bicêtre, le second à la Salpêtrière. Mais c'est à M. Leuret qu'on en doit le perfectionnement et la généralisation.

Le zèle persévérant, l'intelligence, la finesse exquise que M. Leuret a montré dans la systématisation et l'application de pareilles idées en ont fait un sujet presque nouveau digne de l'attention du philosophe et du praticien. Aussi M. le rapporteur en fait-il les plus grands éloges, déclare M. Leuret digne de prendre place parmi les hommes les plus éminens de l'époque et émet le vœu qu'il soit prochainement admis au nombre des membres de l'Académie.

M. le rapporteur examine enfin les trois systèmes actuellement en vigueur dans le traitement de la folie : le système pharmacologique, le système du travail rural et le système de révulsion morale. Il pense qu'on ne peut adopter l'un de ces systèmes à l'exclusion des deux autres, et que c'est au médecin praticien à les combiner selon les cas. M. Leuret, lui-même, ne se borne pas à la révulsion morale, il adopte les moyens physiques pour combattre les lésions physiques de l'encéphale ; mais comme il croit à l'existence de la folie sans lésion matérielle dans certains cas le traitement moral lui paraît suffisant et seul efficace.

M. le rapporteur rappelle en terminant les services que MM. Falret et Ferrus ont rendus à la science, le premier par les belles cures opérées à la Salpêtrière, le second par l'établissement de gymnastique rurale qu'il a fondé à la ferme Sainte-Anne, etc.

Conclusions : 1° Approbation du travail de M. Leuret ; 2° lettre de remercîment et envoi du manuscrit au comité de publication.

Ce rapport a été écouté avec une religieuse attention.

M. Dubois (d'Amiens) ne trouve rien à redire sur le rapport si bien fait de M. Double, mais il demande sur combien de faits le système présenté par M. Leuret était basé, si les guérisons annoncées par l'auteur étaient bien constatées et surtout si elles étaient durables ? On sait que rien n'est plus fréquent que la récidive de la folie, et qu'il est très difficile de s'assurer si un fou qu'on intimide d'une manière quelconque ne dissimule pas en faisant momentanément le sacrifice de quelques-unes de ses idées. On n'ignore pas d'ailleurs que ce que M. Leuret appelle la révulsion morale n'est pas sans inconvénient en pratique, car, ainsi que M. le rapporteur vient de le dire, il est dangereux d'abonder dans le sens des idées maniaques, et il est aussi dangereux d'insister pertinemment et brusquement sur un système d'idées opposées à celles de la monomanie. En conséquence, il est important de savoir la quantité et la qualité des faits qui forment la base de ce système.

M. Double répond que les deux faits rapportés par M. Leuret ne sont qu'un simple échantillon. On peut voir à Bicêtre, l'application heureuse de sa méthode sur un très grand nombre de fous. Quant aux récidives, cette méthode n'est pas plus exempte que les autres ; mais M. Leuret n'a pas moins enrichi la thérapeutique d'un moyen devenu précieux entre ses mains.

M. Ferrus (attention, curiosité) commence par remercier M. Double des paroles bienveillantes qu'il a bien voulu lui adresser dans le rapport, et par rendre justice au zèle persévérant et éclairé de M. Leuret ; mais il ne peut aucunement adopter sa manière de voir, parce qu'elle lui paraît erronée en principes et en pratique. M. Leuret, en effet, rejette les moyens physiques, ou du moins il ne les regarde que comme des secours accessoires, secondaires, exceptionnels, et donne une importance fondamentale aux moyens moraux ; et cela, parce qu'il s'est imaginé que la plupart des folies existent sans lésion physique. Or, c'est là une grave erreur ; il n'est pas d'aliénation mentale sans lésion matérielle ; je dis même plus, la lésion physique précède la lésion morale. Il est impossible d'échapper aujourd'hui à cette conséquence. J'admets, en outre, une prédisposition à la folie dans la majorité des cas, et il est facile de démontrer ce fait en remontant à l'état des fonctions avant la déclaration de la maladie ; on trouve toujours en effet quelque chose de bizarre, de singulier, de mélancolique dans le caractère de l'individu. Le système embrassé par M. Leuret nous vient de l'Allemagne, où l'on a rattaché dans ces derniers temps les maladies mentales à une perversion idiopathique de l'âme, etc. C'est là une erreur, je le répète, que reconnaîtront tous les médecins au courant de la science. Examinez, en effet, l'idiotisme, la manie aiguë ou le délire, et la démence, vous aurez toujours des lésions physiques au fond de tous les symptômes. M. Leuret s'arrête aujourd'hui aux conceptions délirantes qu'il regarde comme le résultat de simples lésions vitales, et il ne tient aucun compte de la source matérielle de ces conceptions. Naguère il entretenait l'Académie de son système d'intimidation ; aujourd'hui il renonce à ses premières tentatives, et fait prévaloir la révulsion morale comme moyen général. Non-seulement il n'y a rien de nouveau dans tout cela, mais encore rien qui mérite l'approbation de l'Académie. Lorsque M. Leuret a voulu faire revivre le système d'intimidation qu'on suivait avant Pinel, il en est résulté beaucoup d'inconvéniens à Bicêtre, surtout pour les autres malades qui éprouvaient une impression fâcheuse. La résistance, en effet, des individus qu'on traitait ainsi, emmenait une sorte de lutte entre eux et les domestiques chargés de l'exécution, lesquels dépassaient nécessairement le but en maltraitant les malades ; on a dû y renoncer. L'auteur a eu alors recours à la révulsion morale, que j'avais établie moi-même ; les résultats n'ont guère été plus satisfaisans. On ne peut fixer long-temps et sans inconvénient l'attention d'un fou ; il reste alors immobile, sans exercice, et devient plus malade. Aujourd'hui même que M. Leuret applique cette méthode plus en grand, les résultats qu'il obtient ne sont guère plus édifians. J'ai eu dernièrement en main une statistique des guérisons obtenues par M. Leuret et par M. Voisin ; ce dernier praticien a suivi la médication physique, et il a obtenu de meilleurs résultats que M. Leuret. En conséquence, la méthode adoptée par M. Leuret ne vaut pas mieux en principes qu'en pratique. Dans l'état actuel de la science, la folie doit être considérée comme le résultat constant de lésions physiques, et veut être traitée par des moyens divers, mais principalement par des remèdes physiques, ce qui n'exclut pas l'adjonction des moyens moraux, comme on l'a fait de tout temps. En Italie, on emploie beaucoup de médicamens, et l'on s'en félicite avec raison ; on modifie par-là l'organisation entière des fous ; on y ajoute la gymnastique rurale, et l'on obtient d'excellens résultats. En Angleterre de même. C'est dans ce pays que j'ai vu l'usage de la gymnastique rurale : je l'ai appliqué à Bicêtre, et l'on a eu à s'en féliciter sous tous les rapports. M. Ferrus discute enfin avec sagacite les cas dans lesquels le traitement moral mérite quelque prééminence, et cite des exemples ; mais ce sont là, dit-il, des cas exceptionnels. L'erreur de M. Leuret est donc d'avoir voulu établir une règle générale sur une exception, ce qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses en pratique. Aussi était-il important de la mettre en évidence dans l'intérêt de la science. (Sensation.)

M. Rochoux parle dans le sens de l'honorable préopinant. Il pose en fait qu'il ne peut y avoir de folie sans lésion matérielle de l'encéphale, et si notre scalpel ne nous démontre pas toujours l'altération, c'est que nos moyens d'investigation anatomique sont fort imparfaits. Les spiritualistes, qui regardent la folie comme une maladie de l'ame, ne sont pas conséquens, car l'ame, selon eux est immatérielle, insaisissable, par conséquent incapable d'une lésion quelconque. M. Rochoux combat enfin la proposition d'Esquirol qui admettait des folies *sine materia*, et rappelle la définition qu'Horace a donné de la folie.

M. Double abonde dans ce dernier sens et rappelle à son tour la traduction française de cette définition d'Horace :

« Le monde est plein de fous, et qui n'en veut pas voir,
» Doit se tenir tout seul et casser son miroir. » (Hilarité.)

M. Desportes, qui a étudié sous Pinel, a vu ce grand observateur faire des traitemens comparatifs trimestriels par les remèdes physiques seuls et par les moyens moraux seuls : l'avantage a été pour les premiers.

M. Londe regarde comme erronées et dangereuses les idées de M. Leuret. Il a traité plus de fous que M. Leuret ; a vécu, voyagé avec eux, et il s'est assuré que les meilleurs secours sont les remèdes physiques. Il dit que M. Double a fait un excellent rapport sur un mauvais travail, et propose de déposer celui-ci aux archives purement et simplement, et d'écrire une lettre de remercîmens à l'auteur. Le rapport de M. Doule lui paraît trop laudatif.

M. Double ne peut accepter cette proposition.

M. Dubois (d'Amiens) soutient les conclusions du rapport ; le rejet, dit-il, serait un blâme. Or, l'Académie doit des encouragemens aux travailleurs qui viennent lui soumettre le fruit de leurs recherches ; mais il ne lui paraît pas convenable d'approuver le système lui-même de M. Leuret.

M. Bégin propose qu'on ôte du rapport le mot approbation, et qu'on y substitue une phrase d'encouragement, savoir : que l'Académie vote des éloges à M. Leuret pour son intéressant travail, etc.

Cet amendement est adopté.

— *M. Raciborski* présente un malade âgé de trente-quatre ans qui lui a été adressé par M. le docteur Saintard. Ce malade porte un foyer dans le poumon gauche au niveau de l'épine de l'omoplate en tirant vers la racine des bronches. Le poumon adhère aux parois du thorax et le foyer communique avec le tissu cellulaire sous-cutané. La peau de la région correspondante se laisse soulever à chaque quinte de toux et permet d'entendre à distance le bruit de gargouillement. La main appliquée alors sur le point correspondant éprouve un soulèvement bien manifeste, et reçoit la sensation de l'air et du liquide.

M. Raciborski considérant que l'altération est tout à fait circonscrite, se propose d'ouvrir l'abcès et de tenter sa cicatrisation au moyen d'une compression méthodique et quelques injections détersives. L'Académie sera informée du résultat de cette opération.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Il a été publié dans le n° du 22 mai de votre Journal, sur le traitement des aliénés, un article dans lequel il s'est glissé plusieurs erreurs ; je vous prie de vouloir bien insérer dans votre prochain numéro la *seule* réponse que je compte faire.

Avant d'attaquer une doctrine, il faut la connaître. Si au lieu de consulter un travail de quelques pages, ne contenant, pour ainsi dire, que des observations, M. Dagron se fût donné la peine de feuilleter le livre que M. Leuret lui a donné, il eût vu et pu faire voir à son collaborateur, M. Perrochaud, le passage suivant : « Contrairement à la doctrine généralement reçue, je considère le traitement moral comme le seul qui soit propre à guérir la fo-

ie ; et pour combattre cette maladie, le traitement physique; celui qui consiste dans l'emploi des saignées, des bains, des préparations pharmaceutiques, me semble aussi inutile qu'il pourrait l'être à celui qui, dans une discussion de philosophie et de morale, s'aviserait de les employer pour convaincre ses adversaires. Mais ici, il faut établir une distinction de la dernière importance. Parmi les aliénés, les uns ont seulement un dérangement de la raison, les autres ont en outre une lésion physique et présentent des symptômes qui tombent sous les sens, comme sont la paralysie, l'apathie, l'agitation, la loquacité, etc., etc. Contre ces symptômes, l'emploi de certains remèdes toujours indiqué est quelquefois efficace, il faut bien se garder de les négliger ; dans les simples dérangemens de la raison, au contraire, dans les cas où la folie existe seule sans complication, c'est le traitement moral qui convient, etc., etc. » (Leuret, *Traitement moral de la folie*, p. 5.) Cette courte citation suffit, je pense, pour répondre à ces messieurs qui, dans leur article, se demandent si le traitement moral convient dans tous les cas.

Le traitement préconisé par les élèves de M. Voisin est des plus simples et des plus faciles ; mais celui que M. Leuret met en usage exige un jugement droit, une volonté ferme, un dévouement sans bornes, et pour tous les praticiens zélés et consciencieux, autre chose est de faire un traitement moral régulier, ou bien de saisir au vol quelques points de ce traitement et d'en faire l'application.

M. Leuret, dites-vous, n'est pas l'inventeur du traitement moral. Non, sans doute : Arétée, Celse, Cœlius Aurelianus, qu'on ne lit plus guères assurément, l'ont préconisé il y a plus de quinze cents ans ; Pinel et Esquirol ont de nos jours commencé à le remettre en vigueur. Mais si M. Leuret n'est pas l'inventeur de ce mode de traitement, on ne saurait du moins lui refuser d'en avoir fait l'objet d'une étude plus approfondie qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, et surtout de l'avoir appliqué d'une manière systématique et générale.

Douches, affusions. On a mal interprété ce que j'ai écrit à ce sujet. J'ai dit que plusieurs de mes amis, internes à Bicêtre, et moi-même, nous nous étions fait administrer la douche à plusieurs reprises, et que nous l'avions toujours reçue avec plaisir. Mais je n'en ai jamais conclu que la douche ne fût pas douloureuse pour des malades. J'ai consigné ce que j'ai éprouvé, ce que j'ai ressenti, voilà tout. On a voulu en tirer des conclusions, on a eu tort.

MM. Perrochaud et Dagron se sont érigés en défenseurs du traitement de M. Voisin : eh bien ! j'affirme ici que malgré les sages précautions de mes collègues pour recommander avec *l'honorable* M. Ferrus l'usage modéré de la douche pendant l'hiver, M. le docteur Voisin l'emploie beaucoup plus *fréquemment* et bien plus *inutilement* que M. Leuret, puisqu'en tout temps, *même en hiver*, il se sert de la douche comme moyen de *punition*.

École, chant, travaux manuels, etc. En vérité, je ne sais si nos adversaires ont bien réfléchi au point sur lequel ils nous attaquent : les conseils qui leur ont été donnés à ce sujet sont bien perfides, je serais tenté de le croire. Faire chanter, dit-on, des malades riches et dans une haute position comme il s'en trouve à *Vanves, Ivry, Gorgen,* cela se conçoit : mais de pauvres malades, d'infortunés ouvriers, des gens illettrés, mieux vaudrait leur ouvrir des ateliers ! Comment, parce qu'ils appartiennent à la classe pauvre, nos malades ne pourraient pas apprendre à chanter? Sans parler ici de ces cours de chant, où, après leurs travaux, de nombreux ouvriers se rendent le soir de tous les quartiers de Paris, des cours de MM. Mainzer et Wilhem, que tout le monde connaît ; nous voyons dans un grand nombre de villes des départemens, fort arriérés peut-être sous d'autres rapports, depuis quelques années, s'établir des cours de ce genre.

Dans le Poitou, une de ces provinces du centre, et que la statistique a marqué de ses teintes les plus sombres, M. Rousseau, jeune artiste plein de zèle pour son art et de dévouement pour les classes pauvres de la société, vient de fonder, avec le concours d'un petit nombre de citoyens honorables, une école publique et gratuite de chant.

Depuis l'ouverture de ce cours, qui remonte au commencement de l'hiver dernier, les réunions se font, le soir, trois fois par semaine, et dans le plus grand ordre. Une cinquantaine d'ouvriers (tailleurs de pierre, bourreliers, taillandiers, etc.), les uns âgés de 18 à 20 ans, les autres d'un âge mûr, se rendent à cette école. Des ouvriers de la campagne, de simples compagnons, au lieu d'aller dépenser leur argent au cabaret, ne craignent pas de faire plusieurs lieues par les plus mauvais temps, pour assister à la leçon de leur jeune professeur. Plusieurs d'entre eux, même, ont loué en commun de petites chambres dans le voisinage, afin de ne pas revenir chez eux trop avant dans la nuit. Le lendemain ils retournent à leurs travaux en chantant en chœur les airs qui leur ont été enseignés la veille, et ces braves gens remportent ainsi dans leur famille de bonnes pensées, de généreux sentimens, si bien exprimés dans les beaux vers de Lamartine, des Victor Hugo, des Casimir Delavigne.

Dans nos départemens de l'Ouest, dans la Bretagne, un élève de Mainzer, M. Heugel, dirige également avec le plus grand succès un cours de chant public et gratuit, auquel sont admis des ouvriers de toute sorte. Plusieurs d'entre eux ne savent même pas lire !

Qui oserait soutenir, devant les fondateurs de ces utiles institutions, que ces exercices de chants en commun ne conviennent qu'à des hommes d'un esprit cultivé, et pour ainsi dire à l'aristocratie? Certes, les élèves de Bicêtre, quoique souvent sans instruction, sont pourtant, en général, dans des conditions bien supérieures à celles des élèves de ces cours de la Bretagne et du Poitou. Parmi eux se trouvent des membres de l'université, des professeurs, des artistes, des employés, etc. : ils peuvent donc bien, comme ces ouvriers, apprendre à chanter !

Mais si, pour MM. Perrochaud et Dagron, et par conséquent pour M. Voisin, l'école, le chant, etc., ne sont pour ainsi dire d'aucune utilité, pourquoi donc alors le médecin de la première section a t il copié tout ce qui a été fait par celui de la deuxième ? Pourquoi a-t-il, depuis quelque temps, un maître d'école, comme M. Leuret ? Pourquoi, depuis les premiers jours de mai 1841, a-t-il un maître de musique, le même que M. Leuret ? On s'est bien donné de garde de rien dire de ces innovations dans la note à laquelle nous répondons.

M. Voisin a sans doute appris par M. Falret, son co directeur à la Maison de Vanves, et médecin à la Salpêtrière, qu'à cet hospice, où l'on étoit loin d'admettre les idées de M. Leuret, les exercices de chant viennent d'être établis d'une manière régulière, et sont aujourd'hui en pleine activité. Peut-être n'ignore-t-il pas non plus qu'une séance solennelle a eu lieu dernièrement en présence de nobles étrangers et de membres du haut clergé, auxquels il a été même fait hommage du Recueil de chant à l'usage des élèves de l'école de Bicêtre.

Quant au parallèle fait entre les moyens thérapeutiques mis en usage dans la première et la deuxième section, il mérite peu de confiance en ce qu'il manque d'exactitude dans ses élémens. En effet, comment admettre que M. Voisin, malgré toute la sagacité que nous voulons bien lui prêter, puisse, en vingt ou vingt-cinq minutes, visiter plus de quatre cents malades, et apprécier avec discernement la diversité des caractères, les degrés de l'intelligence et faire reposer son traitement sur une base large et vraiment philosophique? Cela nous paraît difficile.

Pour ce qui est du traitement moral en lui-même, ces Messieurs en ont conclu qu'il ne peut que pousser les malades à l'évasion, à la dissimulation et peut être au suicide. Quant à ceux qui guérissent, ce sont presque tous des ivrognes ; ils auraient guéri spontanément, ou bien par l'emploi d'un vésicatoire. Le vésicatoire, dit-on, occupe l'attention du malade et le ramène temporairement à la raison de la même manière que les exercices de M. Leuret : à merveille ! mais une fois le vésicatoire sec, qu'arrive-t-il ? Eh bien, de l'aveu même de ces Messieurs, les hallucinations reparaissent, et ils appellent cela avoir gagné du temps.

Parmi les observations publiées dans cet article, celles qui sont empruntées au service de M. Leuret sont inexactes, notamment la deuxième et la troisième. Les malades sont encore à Bicêtre, on peut s'assurer de leur état.

Arrivons maintenant à l'argument qui, pour ces Messieurs, paraît être le plus grave. Ils ont publié un petit relevé statistique d'où il semble résulter que, dans la première section, le nombre des guérisons est plus considérable que dans la deuxième. Sans chercher à nous occuper de l'exactitude des faits, nous en attaquons les conclusions.

Il est un principe qu'il ne faut jamais perdre de vue dans ces sortes de statistique, et lorsqu'il s'agit d'apprécier l'efficacité de divers modes de traitement, c'est que les malades traités par chacun des systèmes se trouvent dans des conditions parfaitement égales, ou du moins que l'on tienne compte des différences qui se présentent dans chaque catégorie. Si les malades d'une de ces catégories se trouvaient dans des conditions parfaitement semblables à celles de l'autre, évidemment le chiffre des guérisons prouverait lequel des deux modes de traitement est préférable. S'il arrivait que l'on ne donnât à l'un des deux médecins que des malades incurables, il n'y aurait nullement lieu de s'étonner que, malgré tous ses efforts, ce médecin n'eût qu'un très petit nombre de guérisons ; et que l'autre, quel que fût d'ailleurs le traitement mis en usage par lui, et quand même il n'emploierait aucun mode de traitement quelconque, et que, sans se perdre dans des théories, il se contentât de faire de la médecine purement expectante, il n'y a nul doute, disons nous, qu'il n'obtînt un grand nombre de guérisons. Or, maintenant, sans nous borner à jeter un coup-d'œil sur le tableau qu'on nous présente, remontons à la source, consultons les élémens dont on s'est servi pour le former. Qu'y voyons-nous? C'est que chez M. Leuret on a fait entrer, dans une proportion plus forte, des paralytiques ou des démens ; et chez M. Voisin, au contraire, des lypémaniaques, des maniaques, des hallucinés, c'est-à-dire des malades qui offrent le plus de chances de guérison. Et pour ne citer qu'un seul exemple : sur *douze* malades atteints de démence sénile ou de démence avec paralysie, entrés du 1[er] au 25 décembre 1840, M. Leuret en a reçu *neuf*, et M. Voisin *trois* seulement. C'est un hasard, dit-on ; mais dans les circonstances actuelles, il est loin d'être défavorable à M. Voisin.

Les auteurs de l'article citent encore le nombre plus considérable d'évasions chez M. Leuret que chez M. Voisin (20 contre 16), comme une preuve de la terreur que M. Leuret inspire à ses malades par son traitement. Or, nous ferons remarquer que la partie des bâtimens attribuée à M. Leuret est presque complètement ouverte, et qu'il est si facile d'en sortir que plusieurs paralytiques y parviennent sans peine, et que l'un d'eux, nommé J..., s'est évadé jusqu'à trois fois ; chez M. Voisin, au contraire, il y a de hautes murailles, des grilles bien gardées, et c'est précisément dans ces bâtimens que M. Ferrus lui-même, lorsqu'il était seul médecin de l'hospice, confinait tous les malades qui faisaient ou que l'on soupçonnait vouloir faire des tentatives d'évasion.

Il est, nous le regrettons, un fait plus grave qu'une simple erreur de statistique, c'est celui qui se rapporte au décès d'un malade nommé V..., entré le 18 mars 1841 dans la première section. Lors de son arrivée, V... était fort agité et délirant ; outre son affection cérébrale, il avait un abcès par congestion. Le médecin de la première section, ne regardant pas ce malade comme aliéné, le renvoya au bout de quelque temps dans un hôpital de Paris ; il y mourut quinze heures après avoir quitté Bicêtre. Ce malade fut placé dans les salles de M. Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, où, de l'aveu même de ce chirurgien, il délira et troubla le repos des autres malades.

Ce transport de Bicêtre n'a eu sans doute aucun effet fâcheux ; toutefois, si des faits de ce genre se renouvelaient souvent, la statistique, pour ce qui concerne la mortalité dans les diverses maladies, mériterait assurément peu de confiance. A. Millet.

— M. le docteur Belhomme commencera lundi 7 juin, ses conférences sur les maladies mentales, et les continuera les vendredi et lundi de chaque semaine, à huit heures du soir, rue de Seine-Saint-Germain, 37. — Ce cours est public.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 5 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 69, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr ; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les rétentions d'urine entretenues par les maladies de la prostate.

(Suite du numéro 67.)

Si le gonflement de la prostate tient à l'hypertrophie de cette glande, il peut acquérir un degré considérable sans qu'il en résulte de bosselures, de reliefs bien notables soit dans la cavité de l'urètre, soit du côté du rectum. Souvent alors la prostate conserve sa forme primitive que l'on sent au dessus de l'anus sous la forme d'une tête de navet plus ou moins aplatie vers le milieu. Quelquefois cependant l'hypertrophie se concentre tantôt sur l'un des côtés, tantôt sur l'autre, plutôt qu'au milieu de l'organe ; de même chez certains sujets, c'est plutôt sur ce dernier point qu'elle apparaît. Il arrive encore que le développement anormal portant plutôt sur la base de la prostate qu'ailleurs, on trouve la partie antérieure du trigone vésical comme soulevée en forme de bourrelet. Quelquefois enfin, mais cela est assez rare, l'hypertrophie de la prostate se prononce, s'isole dans la cavité de l'urètre sous la forme d'un pli, d'une crête, d'une sorte de polype.

Les tumeurs par dépôt de matière étrangère qui s'établissent dans la prostate, diffèrent sous certains rapports, dans la forme qu'elles donnent à l'organe, de l'hypertrophie dont nous venons de parler. En effet, pouvant varier presque à l'infini par le nombre comme par le volume, ces tumeurs, qui ont leur siége tantôt très près de la membrane muqueuse urétrale, tantôt au voisinage de l'aponévrose prostatique, tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt à la base, tantôt au sommet de l'organe, donnent inévitablement à la masse totale une forme qui ne doit rien avoir de fixe. Du reste, il est rare que, promené dans le rectum, le doigt n'y trouve pas certaines bosselures globuleuses ou marronnées, plus prononcées d'un côté que de l'autre, disséminées d'une manière plus ou moins inégale dans la région antérieure de l'intestin. Cette forme globuleuse des corps fibreux de la prostate se portant aussi très fréquemment vers le col de la vessie, dévie dans certains cas la région prostatique de l'urètre d'une manière extrêmement prononcée. C'est à cette classe de tumeurs qu'appartiennent également la plupart des masses pédiculées qui obstruent l'entrée du canal excréteur de l'urine. De même que, dans les cas d'hypertrophie, ces tumeurs vues par la cavité de l'urètre, se rencontrent fréquemment à droite ou à gauche, au lieu d'exister toujours en bas, comme l'avait cru Everard Home.

Quoi qu'il en soit, de quelque manière qu'on envisage la nature des gonflemens de la prostate, qu'on les attribue tous à l'hypertrophie ou qu'on admette les distinctions que nous venons d'établir, toujours est-il que leur développement se fait avec une grande lenteur, et qu'il n'en résulte en général aucune dégénérescence de mauvaise nature. Des tumeurs cancéreuses, fongueuses, etc., surviennent sans doute dans la prostate comme partout ailleurs, mais ce sont là des productions d'un autre ordre, et qui ne doivent point être considérées comme une dépendance, une des périodes de transformation des engorgemens dont nous entendons parler ici. Aussi les engorgemens de la prostate ne sont-ils pas eux-mêmes le siége d'aucune sorte de douleurs, et abrégeraient-ils très rarement la vie, s'ils ne finissaient le plus souvent par troubler d'une manière mécanique une fonction importante.

Quelques-unes des bosselures mentionnées précédemment peuvent, sans aucun doute, causer à la longue de l'irritation, de l'inflammation même, se ramollir, se fondre, se transformer en une sorte d'abcès, et donner lieu à une caverne soit du côté du rectum, soit vers les voies urinaires. Mais, en général, ce n'est pas ainsi que la maladie se comporte. Le tissu de la tumeur est d'ordinaire aussi ferme, aussi élastique, d'un aspect aussi exactement fibro-lardacé après vingt ans d'existence qu'au bout de quelques mois, et il n'y a que peu d'exemples de décomposition de ces tumeurs, constatée par l'examen du cadavre chez les vieillards qui avaient plus long-temps souffert d'un engorgement de la prostate.

Toutefois, ces remarques, continue M. Velpeau, ne doivent s'appliquer qu'en partie aux reliefs pathologiques de l'intérieur de l'urètre. Dans ce dernier lieu, ce n'est pas seulement le tissu de la prostate, ou les corps fibreux formés dans le parenchyme de cette glande qui constituent les saillies qu'on y observe assez souvent, il y en a aussi qui dépendent de la membrane muqueuse et du tissu cellulo fibreux ou fibro-musculaire qui se trouve au-dessous. Celles-ci offrent des variétés assez nombreuses. J'ai vu, entre la portion membraneuse et la portion prostatique de l'urètre une sorte de repli mince et ferme tout à-la-fois, qui, dans deux cas, offrait sa concavité en avant et dans un autre la présentait en arrière. Dans ces trois cas, ce repli paraissait dépendre d'une disposition primordiale de l'organe et ne point constituer un état maladif. On conçoit cependant qu'en s'hypertrophiant, qu'en subissant là quelque dégénérescence, la membrane muqueuse y aurait bientôt formé une valvule capable de gêner toute espèce de cathétérisme dans les deux premiers cas, et de constituer un obstacle au cours des urines dans le troisième.

Assez souvent ces reliefs de la doublure urétrale de la prostate sont constitués par un *verumontanum* hypertrophié, dégénéré, malade d'une manière quelconque. La tumeur prend généralement alors la forme d'une crête tantôt fongueuse et saignante, tantôt assez ferme et plus ou moins arrondie. J'ai vu quelques cas où la végétation s'était renflée en champignon et comme pandiculée à sa racine, à la manière d'une bride longitudinale. Le plus souvent néanmoins c'est à la partie la plus reculée de l'urètre et sous forme de bourrelet transversal que s'établissent les reliefs de cet ordre. C'est dans ce point, en effet, c'est-à-dire au moment où le trigone vésical fait place à la racine de l'urètre, que le tissu fibro-musculaire et muqueux de la vessie est le plus intimement mêlé, le plus complètement entrecroisé avant d'éparpiller ses lames pour envelopper la prostate. C'est là aussi que les anciens anatomistes et quelques modernes ont cru pouvoir placer une sorte de *pylore* et une espèce de *luette*. Hé bien ! quand l'apparence de valvule dite pylorique prend un accroissement maladif, il en résulte, en effet, un bord concave en avant, qu'une pointe semble diviser en deux à la partie postérieure de son milieu, et qui se montre de la sorte sous forme de deux croissans divisés par la *luette* vésicale ou le *verumontanum* et dont le bord concave regarde en avant ; si c'est sur la *luette*, c'est-à-dire sur la colonne médiane que porte la maladie, on a des tumeurs ou fongueuses ou fibro-muqueuses en forme de crête longitudinale ou de champignon plus ou moins renflé, quelquefois pyriforme, à l'entrée de l'urètre du côté de la vessie.

Ces végétations urétrales étant exposées aux contusions, aux éraillures, aux irritations diverses du cathétérisme, à l'action incessante du contact immédiat des urines, ne se bornent pas à troubler mécaniquement les fonctions ; elles exposent encore à des hémorrhagies. Etant ulcérées, elles deviennent le siége de douleurs, de cuissons, parfois excessivement vives, soit dans les intervalles, soit au moment de l'émission des urines. On conçoit aussi qu'elles puissent dégénérer, se transformer en fongosités ulcéreuses de toute nature, et amener, à la fin, de véritables ulcères de mauvaise nature capables de faire périr par eux-mêmes les malades. Mais ce n'est pas précisément sous ce point de vue que nous voulons étudier ici les tumeurs de la prostate, nous ne nous sommes proposés que de les examiner dans leurs rapports avec les fonctions de la vessie et de l'urètre.

Sous le point de vue de la symptomatologie, il me paraît utile, dit M. Velpeau, d'établir deux classes de tumeurs de la prostate : l'une comprenant les tumeurs prostatiques, soit par dépôt de matière anormale, soit par hypertrophie ; l'autre embrassant toutes les tumeurs qui font relief dans la cavité de l'urètre. Les premières peuvent exister plus ou moins long-temps sans que le malade s'en doute. Rien n'en annonce d'abord la présence, si ce n'est un peu moins de force dans le jet de l'urine, une expulsion moins complète des dernières portions de ce liquide hors de la vessie ; si ce n'est aussi un peu plus de lenteur dans la sortie du premier jet qui franchit l'urètre. Plus

FEUILLETON.

TOUJOURS DU BÉGAIEMENT. — ENCORE UNE NOUVELLE MÉTHODE. — DE L'URÉTROPLASTIE, ETC.

Lu à la Société médicale du Temple, dans sa séance du 4 mai 1841 (1).

Voulant éviter à l'Académie de médecine l'embarras du paquet cacheté de rigueur, je viens prendre date dans ce journal pour une nouvelle découverte. L'opération du strabisme, on le sait, a fait son temps et s'il reste quelque chose de louche dans ses résultats, ce n'est point sa faute, car il est clair que la strabotomie, quand elle cessera d'être exploitée par nos opérateurs en pacotille, restera dans le domaine chirurgical.

Quant au bégaiement, c'est autre chose : il hésite encore et n'a pas dit, que je sache, son dernier mot ; je vais lui dire le mien : le *Journal des Débats*, nous le savons, est la cause involontaire du massacre des langues.

Le 2 février le colosse de la presse reproduit un article attribuant qui annonce que M. Dieffenbach vient de guérir le bégaiement par une nouvelle opération sur la langue, sans autre explication. Le tour était piquant et la difficulté grande pour le *pecus imitatorum*. Le temps pressait : Que faire pour ne pas rester en arrière ? On s'isole, on se recueille, on consulte les auspices, on interroge les oracles ; celui de Cos répond : *in extremis extrema*.

La réponse avait les qualités requises : son sens était indéterminé ; on l'interprète comme on peut, et aussitôt on raccole dans Paris, la banlieue, la province, bon gré malgré, tous les bègues, et on leur taillade au plus vite la langue en tous sens, à droite, à gauche, en dessus, en dessous, et toujours, remarquez le bien, avec le même succès.

Enfin, une révolution s'opère, le fer brille, le sang ruisselle, La torture interroge et la douleur répond ! Les choses allèrent au point que ceux qui avaient la moindre hésitation dans la parole n'osèrent plus dépasser le seuil de leur porte. La plupart même, tant leur frayeur était grande, vinrent confirmer le fameux aphorisme d'Hippocrate : *Ba bi ab alvi profluvio maximè corripiuntur longo*, « les bègues sont surtout sujets au flux de ventre chronique. » (Traduction de M. Pariset, sect. 6 aph. 32.)

La nouvelle conquête ramassant ses blessés et ses morts, lorsqu'arriva à Paris l'explication détaillée de l'opération germanique : elle consistait à enlever à la langue une espèce de coin, ressemblant, pour me servir de l'expression pittoresque de M. Velpeau, à une tranche de melon (*Gazette des Hopitaux*, n° 44).

Nos messieurs, qui avaient, en attendant, pratiqué l'incision, l'excision, la résection, la ligature de la langue, la section sous-cutanée, sous-muqueuse, par la bouche, par le cou, des muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, n'avaient pas songé à la tranche de melon !

Déconcertés un moment, ils se ravisèrent et se persuadèrent facilement que ceux qui avaient si heureusement tranché les difficultés de l'apophyse géni, en coupant ses muscles, ne pouvaient être dénués du... ... tact chirurgical. Tout le monde ne fut pas du même avis.

Enfin on en vint à s'ameuter, à réclamer, à s'injurier, à se provoquer, à crier à tue-tête ; l'un qu'il avait couvé cette pensée depuis long temps, l'autre qu'elle était éclose dans son cerveau avant de germer dans celui de son voisin, celui-ci qu'il avait eu l'idée-mère..... puis arriva, au sein de l'Académie, la triste et scandaleuse séance que vous savez ! (23 fév.)

C'est là, je crois, le fidèle historique de l'opération du bégaiement. Faut il dire maintenant que pas un de ses enthousiastes ne s'occupa de savoir si l'opération était, comme notre ex-république, *une et indivisible*; si le bégaiement n'avait pas, dans sa nature et ses causes, vingt principes différens ; si, en un mot, l'appareil producteur de la parole n'était pas très complexe. Je n'ai garde de rappeler ici les nombreux muscles mis en jeu dans cette fonction ; l'épée de Damoclès, ou plutôt le ténotome serait bientôt suspendu sur eux !

Le fait est que les médecins qui se sont occupés sérieusement de ce sujet, ont adopté un grand nombre de distinctions. M. Colombat admet un bégaiement labio choréique, et une seconde espèce appelée gutturo-tetanique, puis une douzaine de subdivisions ; M. Malbouche, si compétent dans les vices de la parole, établit des bégaiemens en haut, en avant, en arrière, etc. ; enfin, M. Achat s'est fait fort, dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine (2 fév.), de reconnaître les bègues à l'inspection de leur poitrine, et de les guérir par des procédés de respiration.

La cause première du bégaiement paraît être, en effet, le résultat du défaut de simultanéité entre le système nerveux et le système musculaire ; rétablir l'harmonie entre ces deux appareils, c'est guérir les bègues. On a vu par cette raison, quelques passions violentes qui dérivent de l'encéphale, telles que la joie, la peur, la colère, la crainte, la surprise, etc., donner aux bègues une guérison momentanée et même durable, ce qui explique les quelques mots plus ou moins clairement articulés qui ont suivi parfois les opérations pratiquées sur la langue ; la perturbation amenée par le bistouri donne l'explication du phénomène.

M. Guersant fils dit dans la *Gazette des Hopitaux* du 1er mai : « De l'aveu de tous les opérateurs qui nous ont communiqué le résultat de leurs travaux, on n'obtient que des *améliorations dans les cas les plus favorables, quel que soit d'ailleurs le procédé employé.* »

Des résultats plus beaux et moins chèrement achetés suivraient l'éducation, l'orthopédie des muscles phonateurs des bègues ; ainsi l'on sait qu'une dame de New-York, aussi étonnée qu'effrayée de rencontrer dans une jeune personne de dix huit ans, qu'elle affectionnait beaucoup, un bégaiement dont son sexe paraît être à l'abri, sans que l'on puisse en donner une raison sérieuse, entreprit et obtint sa guérison. Madame Leigh remarqua, par un examen de tous les instans, que sa jeune élève tenait, au moment de parler, la langue abaissée au-dessous de l'arcade dentaire inférieure, elle lui fit dès-lors comprendre qu'il ne fallait jamais parler sans que la langue fût appliquée sur la voûte du palais *derrière les dents supérieures*. Cette instruction, rigoureusement observée, fut suivie du succès le plus complet ; elle devint le germe de la méthode dite *américaine*, importée en Europe par M. Malbouche laquelle nous valut un savant rapport de M. Magendie et va valoir encore mon importante découverte, à laquelle j'arrive enfin ; voici :

Un mien client, bègue et nonobstant homme de bon ton, conséquemment grand fumeur, perdit, par suite de cette élégante habitude, consacrée par la mode, les deux incisives de la mâchoire supérieure. Quelque temps après, il remarqua que sa difficulté de parler allait chaque jour en diminuant ; il m'en fit part, et son observation fut pour moi la pomme de Newton.

Mon client avait un bégaiement causé, comme celui de la jeune Américaine dont il vient d'être question, par l'abaissemen

(1) Cet article, qu'il a été impossible d'imprimer plus tôt, est entre nos mains depuis le jeudi 6 mai. (*N. du Red.*)

tard, la sensation d'un poids vers le périnée ou l'anus, l'idée passagère d'un corps étranger dans cette région, l'expulsion moins facile des matières fécales, s'ajoutent à ces premiers phénomènes. A la longue, la sensation de pesanteur, la constipation augmentent; quelques gouttes d'urine s'échappent parfois involontairement; puis par intervalles, l'expulsion de ce liquide semble résister à la volonté du malade. Arrive enfin l'ischurie plus ou moins complète, puis la rétention, puis la paralysie de vessie, c'est-à-dire la rétention d'urine avec un certain degré d'incontinence. Tout cela a lieu cependant sans qu'il y ait eu de douleur réelle, d'état fébrile, de véritable réaction, de trouble manifeste dans les principales fonctions de l'économie.

Les accidens que nous venons de rappeler s'expliquent avec une extrême facilité: plus grosse que de coutume, la prostate gène nécessairement un peu les lamelles, les tissus qui l'entourent; de là la pesanteur vers le périnée, l'idée d'un corps étranger dont se plaignent certains malades. Soutenue par en bas, la glande ne peut se relever du côté des pubis sans refouler aussi dans ce sens la racine de l'urètre, il est tout simple dès lors que l'urine s'engage moins facilement, soit poussée avec moins de force dans ce canal, et qu'en résumé la vessie s'en débarrasse d'abord un peu moins complètement que de coutume. Plus tard, la tumeur acquérant un plus grand volume, relève de plus en plus le bord postérieur de la glande qui correspond au sommet du trigone vésical, et fait que le plan de ce trigone, qui était parallèle au plan de la paroi inférieure de l'urètre, finit par atteindre le niveau de la paroi supérieure de ce canal, si bien qu'il bouche dès lors le passage aux urines que la vessie cherche vainement à expulser; de là donc, rétention d'urine, affaiblissement ou paralysie de la vessie, et parfois sortie involontaire ou par regorgement de ce liquide.

Les tumeurs purement urétrales font naître des symptômes plus variés. Les simples crêtes, les brides longitudinales, les végétations de volume médiocre n'amènent presque jamais la rétention d'urine; mais elles occasionnent quelquefois un suintement sanguin capable d'en imposer pour une maladie de la vessie elle-même. Plus souvent il en résulte des cuissons qui s'accompagnent d'envies fréquentes d'uriner, d'un vrai ténesme vésical. Souvent encore les malades éprouvent dans la région affectée des douleurs excessivement vives, semblables à celles que produit une brûlure.

Si la crépitation acquiert plus de volume, on comprend facilement qu'elle finira par obstruer l'urètre et par donner lieu à la dysurie, à la strangurie, et à longue même à l'ischurie complète. Comme la tumeur, qui remplit ici pour ainsi dire les fonctions d'un bouchon, est souvent alors en avant du col de la vessie, le malade rend d'abord quelques gouttes d'urine, ne peut plus les expulser ensuite, et l'on voit souvent l'écoulement reparaître après la cessation des efforts.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de la tumeur, si elle existe au sommet du trigone vésical, ou tout à fait à la racine de l'urètre, elle se renfle plus particulièrement du côté de la vessie, et représente, dans ce cas, un véritable bouchon. Après avoir gêné plus ou moins l'émission des urines, elle cause une ischurie d'autant plus complète, que les malades font plus d'efforts pour uriner. Il n'y a dans aucun de ces cas, c'est-à-dire lorsque les tumeurs sont purement urétrales, de pesanteur bien manifeste au périnée, de gêne dans les garderobes.

Pour bien distinguer les deux ordres de tumeurs que nous venons d'examiner, c'est-à-dire celles qui sont constituées par un développement anormal de la prostate, et celles qui sont purement urétrales, on possède en outre la ressource des explorations directes. En effet, le doigt, porté dans le rectum à une certaine profondeur, permet bientôt de constater si la prostate est ou n'est pas gonflée. Si cette glande n'offre pas un volume véritablement anormal, et que le cours des urines soit troublé comme nous venons de le dire, c'est qu'il existe quelque relief pathologique dans l'urètre. En supposant qu'un gonflement très sensible soit reconnu, on saura qu'il cause à lui seul les accidens, lorsqu'une sonde grosse et courbée en arc de cercle dans son tiers vésical, pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle, sans causer de douleur, sans donner lieu à une hémorrhagie.

Si, au contraire, une grosse sonde entre moins facilement qu'une sonde de médiocre volume; si, en arrivant sous les pubis, l'instrument donne lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant; si, avant de pénétrer dans la vessie, la sonde semble arc-bouter contre une bride; si, arrivée dans la région prostatique, son bec doit être dévié, soit à droite, soit à gauche, pour pénétrer dans le réservoir urinaire; si de plus, une sonde à bec très court introduite dans la vessie et ramenée ensuite en forme de crochet latéralement, est arrêtée à une plus grande distance d'un côté que de l'autre; ce sont là tout autant de circonstances qui autorisent à croire qu'il y a dans la région prostatique de l'urètre ou au col de la vessie, soit une crête, soit une bride, soit une tumeur pédiculée, comme cause des troubles éprouvés par le malade dans l'accomplissement des fonctions urinaires. G. J.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

Sarcocèle tuberculeux. Castration.

Au n° 27 de la salle Saint-Augustin est couché le nommé Leclerc (Etienne), âgé de 40 ans, domestique. Cet homme a été admis dans le service de M. Jobert, le 4 avril 1841, pour être traité d'une tumeur des bourses présentant les caractères suivans :

Le testicule du côté droit est considérablement augmenté de volume; il est gros comme un œuf de dinde; il est inégal, présentant des points saillans, les uns ramollis et donnant une sensation de fluctuation; les autres durs et devenant sensibles sous l'influence de la pression. La peau qui recouvre cet organe est rouge, irritée, adhérente par places. On y remarque plusieurs cicatrices et une fistule sur la partie antérieure et supérieure, paraissant répondre à l'épidydime, que l'on ne peut distinguer du reste de la masse du testicule. Le cordon est sain; le testicule gauche présente un peu de gonflement à l'épidydime.

La santé générale du malade est mauvaise; depuis deux mois surtout, il assure avoir beaucoup maigri, quoique ses digestions se fassent assez bien.

Voici maintenant les renseignemens que nous avons recueillis sur les antécédens de ce malade. Né de parens sains, exempts d'affection cancéreuse ou tuberculeuse, il s'est lui même toujours bien porté. Il y a un an environ, à la suite d'un coït impur, il contracta une blennorrhagie assez intense, qui, comme on le dit vulgairement, tomba dans les bourses. Le testicule gauche fut d'abord atteint; il s'y développa une orchite qui, après peu de jours, disparut, et le testicule fut pris à son tour. A cette époque Leclerc souffrant beaucoup, fut admis dans un hôpital. On appliqua sur le scrotum un large vésicatoire qui, suivant lui, augmenta l'intensité de l'inflammation; car un premier abcès se forma, qui fut ouvert et guéri, puis plusieurs autres se montrèrent encore, et l'on donna de même issue à la matière purulente à l'aide d'incisions. Une de ces incisions ne se ferma pas et resta fistuleuse: c'est celle qui existe encore et dont nous avons précisé le siége.

Le chirurgien qui donnait ses soins à Leclerc lui proposa l'ablation du testicule malade. Cette opération fut acceptée, et allait être mise à exécution, lorsqu'un rhume violent se déclara, et fit craindre le développement de tubercules dans les poumons Cette considération fit différer la castration, et le malade sortit pour refaire sa constitution.

La bronchite disparut, mais la maladie du testicule ne fut point modifiée, et la suppuration, qui restait abondante, détermina l'apparition des symptômes généraux d'affaiblissement que nous avons déjà signalés.

Le diagnostic de cette tumeur n'était pas douteux, en considérant que d'une part il n'existe aucune douleur lancinante, aucun des caractères de l'induration squirrheuse, aucun des symptômes indiquant qu'on avait affaire à un cancer de n'importe quelle forme, tandis que, d'autre part, on reconnaissait l'aspect inégal et semé de ramollissement de la tumeur, la nature du pus blanchâtre, crémeux, n'ayant aucune mauvaise qualité, ni d'odeur, ni d'âcreté, on était naturellement porté à admettre l'existence d'un sarcocèle tuberculeux.

Quant au traitement, il était évidemment indiqué. La santé générale du malade était assez satisfaisante; à part l'amaigrissement, on ne trouvait aucune lésion organique soit du côté du ventre soit vers la poitrine; les digestions étaient bonnes, la respiration large et bien vésiculaire; on devait donc s'empresser de débarrasser le malade de ce testicule qui, conservé plus long-temps, pouvait entraîner de graves réactions générales et peut-être même la mort du malade.

Le 19 avril 1841, M. Jobert opéra la castration. Cette opération n'offrit rien de remarquable, nous dirons seulement que la ligature des artères du cordon fut faite séparément. M. Jobert n'est pas partisan de la ligature en masse du cordon; car lorsqu'on a recours à ce procédé, le fil de la ligature ne peut tomber que trente ou quarante jours après l'opération, ce qui retarde d'autant la guérison, tandis qu'en liant séparément chacune des artères, ces petites ligatures isolées se détachent peu de jours après.

Le testicule enlevé fut disséqué et l'on reconnut la justesse du diagnostic. Le tissu propre du testicule était presque complètement détruit; à peine en restait-il quelque trace vers la partie inférieure; le reste de la tumeur était formée par des foyers purulens; on y voyait des masses tuberculeuses à divers degrés de ramollissement, et l'on ne trouvait en aucun point des traces d'induration squirrheuse.

Aucun accident n'est survenu à la suite de cette opération. Le malade est actuellement guéri. Une heureuse influence s'est déjà fait sentir; la santé générale est très bonne, la nutrition se fait bien.

Nous noterons une circonstance qui pourra paraître intéressante. Depuis l'époque où il contracta la blennorrhagie, Leclerc ne s'est jamais livré au coït et jusqu'au jour de l'opération il n'a éprouvé aucune perte séminale

---

anormal de la langue; qu'il n'avait pu s'habituer à porter contre la voûte palatine, tandis que depuis la perte des deux incisives supérieures il dirigeait involontairement, et comme à son insu, la langue dans l'intervalle laissé par la perte des dents; l'on devine le reste. Ce que l'on ne devine pas, c'est que je propose l'*avulsion des dents comme moyen curatif du bégaiement.* J'en prends date, et déclare que je poursuivrai, suivant toute la rigueur des lois, les contrefacteurs, me réservant le droit que me donne mon privilége, d'arracher des dents, d'afficher et de publier à son de trompe les incontestables succès de la nouvelle méthode.

Pour rester dans le vrai, je dois ajouter qu'elle n'est pas *infaillible*, qu'elle ne convient pas à toutes sortes de bégaiement, mais seulement à celui que produit l'abaissement vicieux de la langue. Quant à celui, très commun, qui resulte de l'épaississement et de la brièveté du frein de la langue, je l'ai souvent fait disparaître par un coup de ciseaux, à l'exemple et sous les yeux de mon illustre maître, Dupuytren.

Sans crainte de se tromper, on peut prédire que l'opération, telle qu'elle a été inventée par le chirurgien allemand, ne restera pas dans la science; la section transversale de toute la musculature de la langue a déjà été suivie de terribles accidens, d'effroyables hémorrhagies, de la mort d'un jeune étudiant de Berlin. — La section des muscles génio glosses et autres trouvera quelquefois son application, et c'est une obligation de plus que nous aurons à M. Dieffenbach, auquel la science est déjà si redevable. On sait quelle heureuse direction, quelle utile impulsion, il a données à plusieurs de ses branches. Personne, sans doute ne contestera que l'illustre chirurgien de Berlin ne soit pour ainsi dire le créateur de l'autoplastie.

Pour moi, je ne saurais oublier que deux hommes bien placés dans la science, et qui tous deux m'honorent de leur amitié, doivent à M. Dieffenbach l'idée d'une opération qu'ils viennent d'exécuter avec un succès complet. MM. Ségalas et Ricord sont récemment parvenus à guérir des fistules urétrales qui avaient résisté à tous les moyens.

Je ne saurais mieux faire, pour terminer dignement cette notice, dont le début a dû se ressentir de la légèreté du sujet, que de relater succinctement les deux belles observations dont vient de s'enrichir la chirurgie autoplastique.

La première est rapportée dans un mémoire qui a pour titre: Lettre à M. Dieffenbach sur une urétroplastie faite par un procédé nouveau et suivie d'un plein succès (1). — En 1836, un homme âgé de quarante ans, d'une bonne et forte constitution, portant sur tous les traits l'expression de l'intelligence et d'une bonne éducation, va trouver M. Ségalas et lui montre, avec l'accent du desespoir, sous un paquet de linge imprégné d'urine et de pus, un pénis horriblement mutilé, et derrière un scrotum excorié, un périnée criblé d'ouvertures fistuleuses, couvert, entouré de tumeurs rouges, violacées, évidemment urineuses.

Un examen plus attentif fit reconnaître que l'urètre avait été détruit dans toute sa largeur à partir du scrotum jusqu'au gland. Cet affreux désordre, qui avait commencé en 18.5 à la Martinique, avait été combattu à Paris par sept célébrités chirurgicales qui avaient placé le malade dans un état plus grave, plus compliqué plus douloureux, que lors de son retour en France.

M. Ségalas songea à l'urétroplastie, y fit servir un phimosis dont était affecté le patient; et, après quinze mois de soins, eut le bonheur d'obtenir une guérison parfaite. Il donne dans le mémoire qui relate cette curieuse observation, le conseil de ne jamais essayer l'urétroplastie à la partie antérieure de l'urètre qu'après avoir pris la précaution d'ouvrir aux urines, dans la région profonde, une voie par laquelle elles puissent sortir sans approcher du siége de l'opération projetée.

Cette sage recommandation devait trouver son application entre les mains d'un chirurgien non moins habile. Mon excellent ami, le docteur Ricord a présenté, le 20 avril 1841, à l'Académie de médecine, le complément d'une observation remarquable dont il avait fait connaître la première partie dans la séance du 8 septembre 1840.

Il s'agit du nommé Tronson, qui, à l'âge de sept ans, se fit une division de l'urètre un peu au devant des bourses à l'aide d'un lien fortement serré. Cette division, qui coupait l'urètre dans toute son épaisseur, présentait deux moitiés complètement séparées: l'une balanique et l'autre vésicale, dont les orifices correspondans étaient un peu boursoufflés, la muqueuse renversée en dehors, et distante l'une de l'autre d'environ un centimètre et demi. Par suite de cette disposition, l'urine comme le sperme ne traversaient plus la moitié balanique du canal urétral, et bien que les érections fussent complètes, la portion balanique offrait beaucoup moins de tension et de turgescence que dans l'état normal, et la région dite fosse naviculaire ne semblait plus être l'aboutissant des sympathies urétrales. Le mode de développement de la blennorrhagie pour le traitement de laquelle Tronson se présenta dans le service de l'hôpital des Vénériens, et surtout les effets des moyens thérapeutiques employés, ont permis à M. Ricord de décider plusieurs questions importantes que nous n'examinerons pas ici, pour ne nous occuper que de la cure de l'hypospadias accidentel de son malade.

M. Ricord entre d'abord dans une discussion rapide des principales difficultés qui s'opposent à la guérison des fistules urétrales, parmi lesquelles difficultés il pose en première ligne les inconvéniens qui résultent du contact de l'urine venant baigner les parties sur lesquelles on vient de pratiquer des opérations autoplastiques. Ce principe, reconnu par M. Dieffenbach, lui fit indiquer comme possible l'établissement d'une ouverture artificielle près de la vessie, pour détourner momentanément l'urine; mais la crainte de voir cette espèce de contre-ouverture se transformer en fistule lui fit renoncer à ce procédé avant de l'avoir mis en pratique. Enfin, M. Ségalas, guidé par les principes de M. Dieffenbach, et profitant d'un trajet fistuleux qui venait aboutir au périnée pour introduire par là une sonde jusqu'à la vessie, put détourner l'urine de la partie antérieure de l'urètre, et obtenir la guérison que nous venons de relater. Par induction des théories de M. Dieffenbach et du fait offert par l'occasion à M. Ségalas, M. Ricord vient d'établir une loi chirurgicale que le succès le plus remarquable a déjà sanctionnée.

Le 3 novembre, un cathéter fut introduit dans la vessie par l'orifice de la moitié postérieure du canal, et une incision suivant la direction du raphé et commençant immédiatement en arrière de la région du bulbe, fut pratiquée au périnée dans une étendue d'environ deux centimètres. Un phimosis opéré favorisa le déplacement de la peau de la verge. Les bords de la fistule, avivés, furent mis en contact à l'aide de points de suture; mais l'urine vint les traverser et l'opération dut être reprise. Avant de la recommencer, M. Ricord crut devoir obtenir le passage de l'urine seulement par l'ouverture périnéale convenablement dilatée; la sonde métallique qui l'occupait fut remplacée par une sonde de gomme élastique, grossie tous les cinq à six jours. Alors l'urine ne vint plus s'échapper par la fistule, dont les bords rafraîchis se réunirent parfaitement à l'aide de la suture entortillée; la sonde périnéale fut enlevée et remplacée par une sonde introduite dans la vessie par l'urètre. Dès lors le succès fut complet, et quand le malade fut présenté à l'Académie, sa verge avait re-

(1) Chez Baillière, 1840 — *Voy.* mon compte rendu dans la Revue des spécialités et des inventions, t. I, n° 14.

pendant la nuit; mais depuis l'ablation du testicule le malade a eu trois éjaculations non provoquées pendant le sommeil.

En terminant, nous ferons encore remarquer la singulière étiologie de cette affection tuberculeuse succédant à une orchite vénérienne qui, avant de se fixer définitivement sur le testicule droit, avait préalablement intéressé le gauche.

Sous peu de jours le malade pourra quitter l'hôpital et, sans aucun doute, maintenant qu'il est débarrassé de cette suppuration continuelle qui le débilitait, son état général s'améliorera bien plus sensiblement encore lorsqu'il se trouvera dans un milieu plus sain.

Observation de bégaiement. Nouveau procédé opératoire.

Au n° 40 de la salle Saint-Augustin, est couché le nommé Jules Boban, âgé de vingt-quatre ans, forgeron; il était entré à l'hôpital le 3 mai, pour y être traité d'une affection syphilitique. Ce jeune homme était en outre atteint d'un bégaiement excessif dont il désirait vivement être guéri. Il bégayait sur tous les mots et spécialement sur les *s*, les *m* et les *t*. Sa langue présentait une particularité assez singulière: lorsqu'elle agissait elle s'arrêtait subitement, sa pointe restait immobile et le malade éprouvait un embarras insurmontable, ne pouvant articuler aucun son et ne terminant pas le mot commencé; du reste, les muscles de la face ne concouraient pas à cet état de la langue.

Quant à l'étiologie de cette affection, voici ce que nous rapporte le malade.

Jusqu'à l'âge de sept ans, il avait joui d'une bonne santé, sa prononciation était nette; rien, en un mot, n'indiquait le futur développement du vice de la parole. A cette époque il fut atteint d'une affection nerveuse épileptiforme. D'après son dire, des convulsions portant surtout sur les muscles de la mâchoire, survenaient pendant la nuit, et à son réveil, Boban sentait sa langue déchirée par des morsures profondes. Ce fut dès ce moment que se montra le bégaiement.

Avant de se décider à pratiquer une opération, M. Jobert fit plusieurs expériences pour reconnaître si l'on pourrait, sans couper les génio glosses, guérir le malade; mais le bégaiement n'éprouva aucune modification, soit qu'on lit parler le malade en lui fermant les yeux, soit qu'on l'exerçât à prononcer doucement, en mesure, et en régularisant les inspirations et les expirations.

M. Jobert, ayant bien reconnu la nécessité de l'opération, la pratiqua le mardi 25 mai, suivant le procédé qui lui appartient et qui nous paraît présenter le plus de simplicité, tout en éloignant toute crainte de danger. Ce manuel opératoire, qui a été mis en usage pour la première fois le 8 mars 1841, s'exécute de la manière suivante:

Deux instrumens sont nécessaires: le premier est une simple érigne portant sur sa tige une plaque mobile en ivoire; le second est le bistouri ténotome ordinaire, à lame courte, large, renversée à son extrémité sur son tranchant.

Avec l'érigne, l'opérateur saisit au-dessous de la langue le repli muqueux, puis, faisant glisser la plaque mobile d'ivoire, il la ramène jusque dessous l'organe, qu'elle maintient immobile et refoulé en arrière. Alors, abandonnant à un aide le soin de tenir l'érigne, le chirurgien glisse contre son doigt indicateur, qu'il place dans l'angle rentrant de la mâchoire inférieure, le bistouri ténotome, et il divise ainsi avec facilité, et en même temps en toute sûreté, l'attache des génio-glosses: ce temps s'exécute promptement, et la douleur est par conséquent peu vive; l'écoulement du sang est presque nul.

Nous pensons qu'en chirurgie, dans toutes les opérations délicates, on doit toujours donner la préférence au bistouri que l'on guide avec facilité, et qui, bien conduit, ne divise que les parties qui doivent être divisées; les ciseaux, au contraire, constituent une force aveugle qui ne peut pas être aussi bien dirigée, et l'opérateur n'est jamais aussi sûr en s'en servant, surtout quand il ne peut pas suivre le trajet que parcourent leurs extrémités.

Nous avons déjà vu cinq fois M. Jobert pratiquer la génio-glossotomie par son procédé, à l'hôpital Saint-Louis, et dans aucun cas il n'est survenu le moindre accident.

Quant à ce malade, le résultat a été immédiat; le bégaiement a subitement disparu, il n'est pas même resté d'hésitation. Depuis le jour de l'opération, la guérison s'est maintenue; dès le lendemain, le malade fumait et mangeait.

Nous ne prétendons pas assurer que la guérison sera durable; nous dirons seulement que chez le malade opéré le 8 mars, le bégaiement n'a pas reparu.

Boban a été présenté à la leçon clinique du mardi 1[er] juin, et il a pu répondre à haute et intelligible voix aux interrogations qui lui ont été adressées. Ce même jour deux autres opérations ont été pratiquées: l'une sur une jeune fille de 15 ans, nommée Adeline Masson, demeurant rue Folie-Méricourt, et avec un résultat aussi immédiat, et cependant le bégaiement était excessif; l'autre, sur un malade nommé Maag (Jacques), âgé de 22 ans, couché actuellement au n° 48 de la salle Saint-Augustin, où il est traité pour une plaie de la jambe.

Chez ce dernier malade, dont le bégaiement était compliqué d'un état convulsif de tous les muscles de la face, l'opération a produit une très grande amélioration, mais il n'y a pas eu cessation complète.

Un autre malade, couché dans les salles de M. Devergie, a été opéré sans résultats. Ainsi, sur cinq opérations faites à l'hôpital Saint-Louis, il y a eu trois guérisons complètes jusqu'à ce jour, un cas de grande amélioration et un cas d'insuccès.

Il est donc évident qu'il reste à définir les circonstances qui doivent faire reconnaître les cas dans lesquels il faut s'abstenir de la génio-glossotomie ou recourir à un autre traitement. C'est ce point important que M. Jobert se propose de traiter dans une leçon clinique spéciale dont nous rendrons compte. E. L.

---

pris sa forme et son intégrité, la plaie du périnée était fermée, les érections étaient faciles et régulières, et l'émission de l'urine normale.

Voilà, si je ne m'abuse, deux résultats magnifiques obtenus sur des lésions qui jusque-là avaient fait le désespoir des gens de l'art, et qui laissent bien loin en arrière les autoplastes de tous les temps. Honneur aux hommes qui les ont importés dans le domaine chirurgical!

L'autoplastie naquit en Italie; son père fut le fameux Tagliacot, l'historien le plus célèbre de l'art de restaurer les nez, celui aussi qui l'a mis le plus souvent en pratique.

La faculté de Bologne, dont il était professeur, fit dans son noble enthousiasme, élever en 1553, et placer dans son amphithéâtre, une statue à l'illustre rhinoplaste; Gaspard Tagliacot était représenté tenant un nez dans la main.

Si l'Italie, disons-le en terminant, rendit pareil honneur au NASIFEX de Bologne, au restaurateur d'un organe assez secondaire, il faut en convenir, quelles grandioses statues ne devons-nous pas aux habiles chirurgiens parvenus à rétablir un organe bien autrement important, puisqu'à lui est dévolue la fonction de re nouveler les êtres et de perpétuer l'espèce!

La seule difficulté, dans cette érection, serait de représenter MM. Ségalas et Ricord, tenant en main, comme Tagliacot, la partie restaurée! FÉLIX-LEGROS.

Inspections médicales dans toute la France.

Premier arrondissement. Corse, Algérie: MM. Moizin, inspecteur médecin; Soudan, chirurgien principal.

Deuxième arrondissement. De Lille à Brest: MM. Gasc, inspecteur médecin; Deloeve, chirurgien principal.

Troisième arrondissement. De Metz à Strasbourg, retour par Lyon: MM. Brault, inspecteur pharmacien; Choquet, chirurgien principal.

Quatrième arrondissement. Le Midi et les Pyrénées: MM. Pasquier, inspecteur chirurgien; Herpin, médecin principal.

Cinquième arrondissement. Hôpitaux et Ecoles militaires, prisons de Paris, Versailles, Saint-Germain, Saint Denis, etc.: M. le baron Larrey, inspecteur chirurgien; M. le baron Michel, médecin principal.

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Jeune homme de 14 ans. Tumeur sanguine du menton, faisant, en dedans de la lèvre inférieure, une saillie de la grosseur d'une petite noix. Excisions et cautérisations variées. Guérison; par M. AMUSSAT.

Le 9 avril dernier, est entré à la Maison de santé un jeune homme âgé de 14 ans, très sanguin. Il y a six ans, M. R. fit une chute sur le menton, qui demeura un peu proéminent de gauche à droite.

Louis R. continua à se livrer à ses études comme à l'ordinaire, lorsqu'il y a six mois il eut l'idée d'apprendre à jouer du cor, exercice auquel il se livra avec passion. Deux mois environ après, le malade vit son menton grossir avec rapidité, et en portant sa langue derrière la lèvre inférieure, il sentait une petite tumeur rénitente et circonscrite. Le docteur R... prit alors le parti d'aller recueillir les avis des médecins de Limoges. On ne fut pas d'accord sur l'essence de la maladie, que la plupart des hommes de l'art regardèrent cependant comme un kyste. Dans cette persuasion, un coup de lancette fut donné, et il en jaillit aussitôt un jet artériel assez abondant. L'hémorrhagie ne put être arretée qu'à l'aide de quelques points de suture. Les choses en demeurèrent là pendant un mois, après lequel M. R. se décida à venir à Paris consulter M. Amussat. La santé du malade a toujours été très bonne; nous devons dire cependant qu'il est habituellement constipé, il reste quelquefois huit jours sans aller à la selle; aussi la figure est fortement congestionnée; de plus, il ajoute avoir été sujet à des saignemens de nez qui ne se sont plus reproduits depuis quelque temps; il a rendu aussi pendant plusieurs années du sang par l'anus, et il porte actuellement encore des hémorrhoïdes, affection héréditaire dans la famille. Cet émonctoire a disparu depuis l'apparition de la tumeur. Nous ajouterons, en terminant ce commémoratif, que la mère du malade est tourmentée depuis de longues années par des battemens ayant leur siége dans l'aorte ventrale.

Ce jeune homme est, du reste, fortement constitué; organes en parfait état; menton faisant une saillie considérable, et dirigé obliquement de gauche à droite. En abaissant la lèvre inférieure on aperçoit derrière elle une petite tumeur de la grosseur de la deuxième phalange du pouce, dure et rénitente, et qui ne semble pas faire corps avec les parties molles entrant dans la composition du menton, qui est le siége de pulsations artérielles isochrones à celles du pouls. En comprimant les artères faciales, on voit cesser les battemens dans la tumeur, laquelle devient turgescente et violacée par suite des efforts d'expiration que fait le malade en fermant la bouche. D'après les symptômes dont nous venons de parler, il était difficile de méconnaître la nature de la maladie; aussi tout le monde fut-il d'accord que l'on avait affaire à une tumeur érectile; mais les avis furent partagés relativement à l'étendue de l'affection; les uns pensant que la tumeur était située seulement derrière la face externe de l'os maxillaire inférieur, sans ramifications vers la peau du menton; les autres, au contraire, croyant que cet organe était envahi. Il devenait très important d'éclaircir ce point de diagnostic, le procédé opératoire ne devant pas être le même dans les deux cas.

Voici le moyen auquel eut recours M. Amussat: le petit doigt introduit le plus profondément possible derrière la lèvre inférieure, et le pouce appliqué sur la peau du menton extérieurement, il put constater que celle-ci avait son épaisseur ordinaire. Tous les médecins présens à cette exploration partagèrent la même conviction; il ne pouvait donc plus rester aucun doute sur l'essence de l'affection et sur ses limites; mais de quelle manière devait-on opérer le malade? Fallait-il, dans la crainte d'une hémorrhagie difficile à arrêter, en venir préalablement à la ligature des deux artères faciales? Devait-on attaquer la tumeur de dehors en dedans, en fendant la lèvre inférieure dans toute son étendue? Ou bien était-il plus convenable de porter le bistouri dans la bouche? C'est au dernier parti que s'arrêta M. Amussat, basant sa conduite sur les raisons suivantes: en faisant, dit-il, la ligature des artères faciales, nous pratiquons deux opérations inutiles, puisque la compression peut suppléer à tout; nous croyons devoir, en outre, rejeter le second mode opératoire; car nous aurions une cicatrice sur la lèvre inférieure, que l'on doit chercher à éviter autant que possible.

Le 12 avril, M. Amussat procède à l'opération de la manière suivante: les commissures labiales étant comprimées par deux aides qui abaissent en même temps la lèvre inférieure, il dissèque la tumeur en évitant le plus qu'il peut de l'ouvrir. Malgré ces précautions elle est entamée sur quelques points; le sang jaillit aussitôt de tous les côtés; quelques artères sont tordues. M. Amussat excise ensuite la tumeur d'un seul coup de ciseaux; et, pour se rendre maître de l'hémorrhagie qui se fait en nappe, il porte à deux reprises un fer rougi à blanc sur toute la surface de la plaie. Le jeune malade seconde la manœuvre du chirurgien par une énergie au-dessus de son âge.

Anatomie pathologique. La pièce examinée offre un tissu aréolaire bien évident et des parois très épaissies. Le diagnostic, comme on le voit, avait été porté avec exactitude.

Des morceaux de glace sont continuellement en contact avec la plaie: le menton est également recouvert de compresses imbibées d'eau glacée. Deux jours se passent sans aucun accident; mais le troisième, il survient un frisson intense suivi bientôt de réaction. Le pouls est dur, vibrant et accéléré, la tête douloureuse, et la figure injectée; il existe un peu de toux; rien du côté du ventre ni de la poitrine. En examinant la gorge, nous trouvons le pharynx très rouge et les amygdales tuméfiées, surtout la droite, qui est le siége de quelques taches blanchâtres. Saignée de 250 grammes, gargarisme aluminé, cataplasmes sur le cou, bains de pieds sinapisés matin et soir, lavement purgatif. Grâce à l'emploi de ces moyens, ces légers accidens disparaissent pour ne plus revenir. Le menton étant toujours un peu saillant et la plaie ayant bourgeonné, M. Amussat a soin de détruire avec l'ongle la cicatrice qui se fait trop rapidement et d'interposer de la charpie sèche entre les lèvres de la solution de continuité, afin d'en empêcher l'agglutination; sans cela la maladie eût pu se reproduire et une nouvelle opération devenir nécessaire; ensuite il a recours à la potasse caustique en bâton, qui lui a jusqu'à présent procuré de beaux résultats dans des circonstances analogues.

Le 21 avril, deuxième cautérisation, en présence de M. Mayor (de Lausanne).

Le 26 avril, troisième cautérisation, affaissement des végétations. M. Amussat cautérise encore deux fois le jeune malade, qui sort dans les premiers jours de juin de la Maison de Santé, parfaitement guéri.

Le mode opératoire mis en usage par M. Amussat, mérite d'être signalé à l'attention des praticiens, car il évite des cicatrices toujours fort désagréables, d'autant plus que bien des opérateurs auraient, dans ce cas, fendu la lèvre inférieure dans toute son étendue, dans la conviction où ils auraient été que la peau du menton participait à la maladie.

Nous avons vu plusieurs fois M. Amussat obtenir de très beaux succès par l'emploi de la potasse caustique en bâton dans les tumeurs érectiles, mais ce moyen peut devenir dangereux, manié par des mains inexpérimentées. Il faut tapisser les parois latérales et le fond de la partie que l'on veut cautériser avec du coton ou de la charpie, puis injecter à grande eau après l'action du caustique, afin d'entraîner toutes les particules de potasse; sans cette précaution on s'exposerait à produire des perforations.

X.....

Nota. — Dans le compte-rendu de la dernière Conférence de M. Amussat (n° 67 - 1[er] juin), une transposition de texte qui défigure le sens a été faite. Les trois derniers alinéas doivent être placés avant les trois alinéas qui précèdent.

OBSERVATIONS SUR LES BONS EFFETS DU CHLORURE D'OXYDE DE SODIUM,

Administré à l'intérieur, dans le traitement des fièvres intermittentes, considéré surtout comme prévenant les rechutes.

J'ai lu, au commencement de cette année, dans un numéro du journal de la Société de médecine de Bordeaux, qu'on avait obtenu d'excellens résultats de l'emploi du chlorure d'oxyde de so-

dium, comme succédané du sulfate de quinine, pendant une épidémie de fièvre intermittente observée dans le département des Landes. Le journal dans lequel j'ai puisé ces détails ne précisait ni les doses auxquelles on l'avait employé, ni la manière d'en faire usage ; étant à cet égard dans l'incertitude, j'attendais des éclaircissemens plus précis, lorsqu'une occasion se présenta où je crus devoir essayer cette solution, dont je m'étais déjà servi à l'intérieur avec quelque avantage, dans le traitement de la fièvre jaune.

Voici le fait :

M. C., âgé d'environ quarante ans, d'une constitution vigoureuse, contracta une fièvre intermittente dans un voyage qu'il fit en 1837 à Cincinnati : combattue dans cette ville au moyen de force purgatifs, sulfate de quinine, etc., elle ne guérit qu'imparfaitement.

Le 13 novembre, il me fit appeler : il était souffrant encore de cette fièvre, qui datait du mois de septembre. Je le trouvai dans l'état suivant : maigre, teint jaune, faces exprimant la souffrance, langue naturelle, constipation; la fièvre revenait fréquemment, affectant les types tierce ou quotidien ; elle existait depuis plusieurs jours sous cette dernière forme.

En raison du bon état de la langue et de l'appétit, je crus pouvoir immédiatement lui administrer le sulfate de quinine; en conséquence, je le lui ordonnai en pilules de deux grains, une toutes les deux heures, pendant l'intermittence ; j'y joignis une boisson rafraîchissante et un régime convenable.

Après deux jours de ces moyens, la fièvre parut avoir entièrement cédé, et je cessai de le voir.

Sept mois après cette époque (le 12 juin 1838), M. C. m'envoya de nouveau chercher.

Je le trouvai avec la fièvre, compliquée de signes d'irritation générale, prononcés principalement vers le centre épigastrique, qui était douloureux au toucher. Il m'apprit que, depuis ma visite en novembre dernier, il avait eu plusieurs fois des accès de fièvre intermittente ; qu'alors il employait le sulfate de quinine de la même manière que je le lui avais administré. Les accès cessaient ; mais il rechutait quelque temps après par la cause la plus légère, ce qui lui arrivait maintenant pour la sixième ou septième fois.

En raison des signes d'irritation précités, j'ordonnai l'application immédiate de cinq-cinq sangsues à la région épigastrique, une limonade légère, et la diète.

Le 13. Il était sans fièvre, mais la langue était saburrale, symptôme joint à de la constipation. J'ordonnai un lavement émollient, la limonade de tamarin et la continuation de la diète.

Le 14. Il eut un fort accès de fièvre, qui, de même que les autres, fut précédé d'un frisson.

Le 15 au matin. Pas de fièvre, langue encore chargée et moins rouge ; je fais prendre *illico* un purgatif de sel d'Epsom, et en raison des rechutes qui ont suivi jusqu'à présent l'administration du sulfate de quinine, j'ordonne de commencer, demain matin 16, le chlorure d'oxyde de sodium intérieurement, à la dose de deux gros en deux fois, dans la journée, la première, le matin de très bonne heure ; la seconde à midi, dans un demi verre de tisane d'orge.

L'accès suivant n'eut lieu que le 17, et fut très léger ; il continua le chlorure jusqu'au 20 compris, et la fièvre ne reparut plus.

Jusqu'à présent, 12 septembre, M. C. s'est livré à ses occupations, qui l'obligent de s'exposer à l'ardeur du soleil une partie de la journée : il a même commis quelques excès sans le moindre signe de rechute ; tandis que, comme on l'a vu, la plus légère imprudence, le plus petit écart de régime, le faisaient rechuter après le traitement par le sulfate de quinine.

Deuxième observation. — Au mois de juillet, je fus appelé par M. F. B., shérif, pour donner mes soins à une de ses négresses, atteinte de fièvre intermittente.

Cette négresse, depuis déjà long-temps maladive et amaigrie, ne passait jamais un mois sans avoir des accès de fièvre intermittente tierce ou quotidienne, parfois très violens, et accompagnés d'accidens graves, tels que vomissemens, crises nerveuses, etc., qui avaient altéré notablement sa constitution, et amené l'amaigrissement.

A différentes reprises, j'avais été appelé pour elle, et, à l'aide de divers moyens, parmi lesquels figurait à peu près toujours le sulfate de quinine, je parvenais à faire cesser la fièvre ; mais elle revenait constamment au bout de quelques semaines, soit à la suite de quelque écart de régime, soit par toute autre cause, souvent très légère.

Cette dernière fois, la fièvre était intense, avec le type quotidien, et s'accompagnait de vomissemens pendant les accès ; la langue était rouge, même pendant l'intermittence ; la malade était effrayée de sa situation. Je commençai par une tisane rafraîchissante, la diète, et une application de sangsues à la région de l'estomac. Ce moyen ayant ramené le calme en deux jours, et fait cesser les signes d'irritation existans, je m'occupai de combattre la fièvre intermittente, dont les accès persistaient.

Ce fut alors que, me rappelant le succès que je venais d'obtenir sur M. C., de l'emploi du chlorure, je me décidai à l'administrer de nouveau dans ce cas. Après trois jours de son usage, donné de la même manière que précédemment, la fièvre disparut complètement, et, jusqu'à présent, elle n'est plus revenue ; en outre, la négresse a notablement engraissé, ce qu'on n'avait pas lieu autrefois, et a repris une vigueur qu'elle croyait à jamais perdue.

— Ces deux observations ne sont sans doute pas concluantes ; car il faudrait pour cela qu'elles fussent corroborées par un grand nombre d'autres. Cependant elles contribuent à prouver l'action fébrifuge, déjà signalée, du chlorure d'oxyde de sodium, et semblent particulièrement démontrer qu'il paraît agir *comme prévenant les rechutes*. Je n'ai vu citer nulle part cette propriété; si elle se confirme, elle le rendrait infiniment précieux dans la pratique, où nous ne connaissons pas encore, que je sache, de moyen assuré contre cet accident, quelquefois très grave, et beaucoup trop fréquent.

On voit, d'après ce qui précède, que le principal motif qui m'a déterminé, dans ces deux cas, à me servir du chlorure, fut l'inefficacité du sulfate de quinine, qui n'empêchait pas l'état maladif de persister, et la fièvre de reparaître, plus ou moins long-temps après son emploi.

A Dieu ne plaise, néanmoins, que je veuille en inférer que le premier de ces remèdes doive être généralement préféré au second, dont les vertus, comme fébrifuge et antipériodique énergique, sont si bien constatées depuis nombre d'années, mais, ainsi qu'on l'a vu par le titre même placé en tête de ces observations, et ailleurs, j'ai voulu fixer l'attention des médecins sur la propriété que semble avoir le chlorure de M. Labarraque, de prévenir les rechutes des fièvres intermittentes, propriété qu'il leur sera facile de confirmer ou d'infirmer plus tard, s'ils veulent bien prendre la peine de continuer avec moi les expériences à ce sujet.

C'est donc pour les y engager instamment, dans l'intérêt des fébricitans et de la science que j'ai cru devoir donner quelque publicité à deux observations, qui, sans cela, n'auraient présenté que bien peu d'utilité.

THOMAS, D.-M.-P.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 8 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 70, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces. 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

La classification des maladies de la peau n'offre rien de bien nouveau quant aux noms. La plupart de nos espèces remontent aux premiers âges de la médecine, et les anciens auteurs grecs, latins, arabes, les avaient décrites sous les dénominations de *psora*, *scabies*, *lepra*, *elephantiasis*, *herpes*, *exanthemata*, *impetigo*, *lichen*, etc., etc. Du reste, et surtout pour l'ère hippocratique, ces descriptions étaient faites sans méthode et sans ordre. Leur brièveté, le peu de rapports qui se trouvaient dans quelques-unes considérées dans divers auteurs, l'observation trop superficielle des médecins du moyen-âge, le mélange et la confusion des opinions populaires avaient fini par rendre très difficile l'application des noms anciens à des maladies bien déterminées, et ce n'est que de nos jours qu'on est parvenu à débrouiller assez complétement ce chaos.

Il y eut un épisode remarquable dans l'histoire des maladies cutanées, vers le milieu du règne de Claude : ce fut l'apparition de la *mentagre*, qui sévit à Rome d'une manière effrayante. Etait-ce une maladie nouvelle, ou cette épidémie contagieuse n'avait-elle point été décrite auparavant par les Grecs sous le nom de *sycosis?* Quoi qu'il en soit, cette maladie fut, dit-on, apportée d'Asie, où elle régnait alors, par un chevalier romain, qui la transmit ensuite par contagion à ses compatriotes. Elle ne causait que peu de douleur, et n'entraînait pas de danger pour la vie, mais elle amenait avec elle de hideuses difformités. Les femmes n'en furent point affligées, non plus que le peuple et même la classe moyenne, cependant elle se propageait rapidement chez les grands et les nobles par le baiser, qui était leur salut habituel. Cette affection, chez un grand nombre de sujets, ne se bornait pas au menton : elle envahissait encore le visage entier et s'étendait même au cou, à la poitrine et aux mains, qu'elle couvrait de hideuses écailles. On employa pour la détruire une cautérisation profonde, mais ce cruel traitement, apporté par des médecins d'Egypte, laissait après lui des cicatrices plus hideuses que le mal lui-même. *Pamphile*, qui est cité par *Aetius d'Amide*, se servit avec succès contre cette affection d'un topique vésicant, topique dans la composition duquel entraient l'oxyde de cuivre, l'orpiment, l'ellébore et les cantharides.

Vers le onzième siècle, les auteurs arabes signalèrent les fièvres éruptives, maladies inconnues à l'antiquité. Ils décrivirent aussi une maladie à peine indiquée jusque-là, et consistant dans un engorgement souvent partiel des vaisseaux lymphatiques. Malheureusement, ils l'appelèrent *elephantiasis*, et ce nom vint jeter de la confusion sur la maladie différente décrite chez les Grecs par Arétée et Paul d'Egine, et qu'ils avaient nommée de même. Cette confusion embrouilla les descriptions de quelques écrivains postérieurs, qui ne surent pas toujours distinguer cette affection connue aujourd'hui sous les noms de maladie glandulaire des Barbades, *elephantiasis des Arabes*, de l'affection tuberculeuse grave, envahissant plus ou moins vite toute l'étendue des tégumens, qui est proprement l'*elephantiasis des Grecs*, et que les modernes connaissent sous le nom de *lèpre tuberculeuse*.

Cette dernière affection, inconnue à l'ère hippocratique, ne se propagea vraisemblablement en Grèce qu'après les conquêtes d'Alexandre, lequel fut le premier Grec qui vit des éléphants dans les combats qu'il livra à l'Asie. Pompée rapporta le mal en Italie, après ses guerres en Asie et en Grèce; mais c'est surtout dans le moyen âge, et après les croisades, que l'*éléphantiasis tuberculeux* et les affections dites *lépreuses* se sont répandues en Europe, bien que cependant on en eût aperçu avant cette époque quelques cas, dont il faut trouver la cause dans les fréquens pélerinages qui avaient lieu de divers points de l'Europe chrétienne à la Terre-Sainte.

On comptait en France, au treizième siècle, jusqu'à 2000 léproseries.

L'origine de cette affreuse maladie lui donnait un caractère sacré, et faisait respecter par l'église et par les grands ceux qui en étaient atteints. Un ordre de chevalerie, celui de Saint-Lazare, avait été fondé à Jérusalem pour se consacrer exclusivement au soin des lépreux, et avait un lépreux pour grand-maître. Un ordre de femmes s'était voué au même but, dans la même ville. Chez nous, le roi Robert visitait sans cesse les hôpitaux qui leur étaient consacrés. Saint Louis les traitait avec une amitié toute fraternelle, les visitait aux Quatre-Temps et baisait leurs ulcères par humilité. Il demanda, un jour, à Joinville, ce qu'il aimerait mieux d'être lépreux ou d'avoir commis un péché mortel; et comme celui-ci répondait qu'il aimerait mieux avoir péché trente fois mortellement, le roi lui dit qu'il parlait comme un étourdi, et l'adjura, pour l'amour de Dieu et de lui, de changer d'opinion.

Mais peu à peu cette affection diminua d'intensité; le nombre des malades devenant de plus en plus rare, vers la fin du quinzième siècle elle était presque inconnue. L'invasion d'une nouvelle série de maladies de la peau, dues au vice syphilitique, vient signaler cette époque, et donner lieu dès lors, parmi les érudits, à des débats renouvelés de nos jours sur la question de savoir si la syphilis est, en effet, une maladie nouvelle et entièrement inconnue aux âges anciens, ou si elle offre de l'analogie avec les lésions génitales et les affections cutanées décrites par Hippocrate, Galien, Arétée, Avicenne, etc. En 1497, Léonicène, médecin de Vicence, démontre clairement: 1° que l'éléphantiasis des Grecs est une maladie différente de l'éléphantiasis des Arabes, et que ni l'un ni l'autre ne peuvent être confondus avec la maladie vénérienne; 2° que le nom de *lèpre*, donné par les écrivains de son temps à diverses maladies graves de la peau, et notamment à l'éléphantiasis, a été pris dans un sens tout différent de celui qu'il offre dans les écrits de la médecine grecque, où ce nom désigne une affection squammeuse particulière, qui règne encore de nos jours; 3° que le *lichen* des Grecs, qui, selon lui, est la même chose que l'*impetigo* des Latins barbares, n'offre, non plus que la lèpre et que plusieurs autres maladies cutanées qu'il mentionne d'après les écrivains antérieurs, aucune ressemblance avec les syphilides. Il est curieux, après cette dissertation raisonnée, de voir le même auteur s'efforcer néanmoins de trouver quelque ressemblance entre l'épidémie du quinzième siècle et les affections génitales signalées par Hippocrate comme épisode de certaines fièvres épidémiques.

J. Mercurialis, qui écrivait au seizième siècle, sépara les maladies de la peau en deux groupes principaux, savoir: les éruptions occupant la tête, et celles qui se montrent sur les autres parties du corps; puis il divisa ces deux groupes en divers ordres, suivant que les maladies altèrent seulement la couleur de la peau, qu'elles rendent sa surface inégale et hérissée d'aspérités, ou qu'elles forment des saillies plus prononcées. Il parle des affections exanthémateuses, de la vitilige ou alphos des anciens, du prurítus, du scabies ou psora des Grecs, de la lèpre, de la teigne, etc.; mais, ce qui est remarquable, il ne dit rien de l'herpès, mot qui est devenu plus tard un terme générique.

Lieutaud, en 1770, admit quatre espèces de dartres: la dartre volante, la dartre farineuse, la dartre miliaire et la dartre serpigineuse ou rongeante. A peu près dans le même temps, Sauvages en décrivait neuf espèces.

De nos jours Alibert, s'emparant du langage vulgaire, conserva les noms génériques de *teignes* et *dartres*, mais en y joignant des épithètes propres à caractériser les espèces et les variétés qu'il admit, et, tirant ses caractères du produit le plus apparent de l'affection locale, il reconnut ainsi sept espèces de dartres et cinq espèces de teignes. Il décrivit en outre trois espèces d'éphélides ou taches, fit un tableau comparé d'affections graves de la peau sous le nom de lèpre, et rangea enfin dans une classe à part les maladies cutanées entretenues par le vice vénérien, sous le nom de syphilides, dont il admit trois genres.

En même temps, en prenant une route opposée, Willan, marchant sur les traces de l'allemand Plenk, s'efforçait d'appliquer avec précision aux espèces de maladies cutanées connues de nos jours les noms en usage chez les anciens auteurs, et il prenait pour base de sa classification les formes élémentaires constantes sous lesquelles ces maladies se présentent. Le docteur Bateman publia dans un précis la doctrine de Willan, qui est devenue classique. Il

---

FEUILLETON.

ANECDOTE MÉDICALE DU DIX-HUITIÈME SIÈCLE.

JEAN-JACQUES ROUSSEAU A MONTPELLIER.

Vers les premiers jours d'octobre de l'année 1737, on vit arriver à Montpellier un jeune homme pâle, d'une taille moyenne, dont les yeux et les traits, régulièrement beaux, annonçaient la méditation et la mélancolie : c'était J.J. Rousseau, venant réclamer des remèdes pour son affection vésanique naissante, dont le professeur Lallemand a si ingénieusement déterminé la nature. Adressé à M. Fizes, qu'un touriste anglais nommait la grande lanterne de la médecine, il en reçut de sages conseils : ils consistaient dans l'usage d'un régime doux et restaurant, de sucs de plantes et d'eaux minérales ferrugino-gazeuses; on recommandait surtout la distraction et la gymnastique. L'exécution de tout cela fut confiée au docteur Fitz Moris, spirituel Irlandais, que l'excellence du climat, de la société et des vins avait fixé dans ce pays. Rousseau trouva chez ce médecin le logement et une table commune avec quelques étudians. Sa raideur patriotique et son caractère ombrageux semblaient le rendre peu fait pour une société de jeunes gens aussi bruyans et aussi expansifs : il s'accommoda cependant à leurs mœurs, et devint leur compagnon inséparable : ceux-ci conquirent dans peu de jours son attachement et son estime.

Leur chambre à manger dans une chétive maison (intacte encore rue Basse, n° 22) était précédée par une salle d'attente qu'un prince aurait enviée pour son palais : le plafond étincelait d'or et d'azur; une série de magnifiques tableaux de paysages en ornait le fond. Rousseau et ses nouveaux camarades allaient tous les jours, long-temps avant midi, attendre sur le plan de la Canourgue, alors complétement démasqué du nord-est au nord ouest, que toutes les cloches de la ville sonnassent l'Angelus et le dîner.

Après ce repas, auquel ne manquaient jamais l'appétit et la gaîté, les commensaux, ayant à leur tête leur président perpétuel, se rendaient au jeu de mail, où Jean-Jacques, se méfiant de son adresse et de ses forces, se contentait de suivre la partie, marchant sur le bord des champs et ramassant les boules *noyées*. Les vaincus régalaient la société à une guinguette champêtre, où l'on servait invariablement le fromage, les amandes sèches et la bouteille de clairette. La bonne humeur et l'esprit des convives assaisonnaient la frugale collation; et malgré l'agaçante tournure des servantes, Jean-Jacques avoue qu'on ne pouvait être plus décent que ces jeunes Asclépiades en goguette.

L'habitude qu'avait si facilement contractée Rousseau de vivre avec les étudians le conduisit aux leçons d'anatomie du docteur Fitz-Moris : d'abord elles étaient sur le marché de la pension; ensuite il désirait connaître la structure du cœur, où il s'imaginait porter un polype. L'odeur et la vue du cadavre le dégoûtèrent bien vite de l'amphithéâtre.

On doit regretter que la pruderie de Rousseau l'ait empêché de parler d'autres leçons que donnait aussi gratuitement, pour ses pensionnaires, le docteur irlandais, et qui formaient le cours le plus original que l'on ait jamais imaginé; une page du philosophe genèvois se confessant nous en eût plus appris que les sèches traditions médicales des contemporains.

Avant la fin du 18e siècle, Montpellier était entouré de remparts et de fossés; les bords de ceux-ci et le chemin de ronde procuraient à toute la classe ouvrière et à un grand nombre de bourgeois, un asile solitaire et tranquille où ils venaient déposer ce résultat fétide de la digestion dont le nom seul inspire du dégoût, mais que les médecins anciens étudiaient avec tant de soin, et que les chimistes les plus distingués n'ont pas dédaigné de soumettre à l'analyse. Fitz-Moris, escorté de ses disciples, enseignait, en se promenant, à la manière des péripatéticiens, à classer ces nombreux et singuliers sujets d'étude. D'abord, par une sorte de méthode d'exclusion, il laissait de côté ceux qui provenaient du sexe féminin, les règles du diagnostic, disait-il, ne lui étant pas applicables. Il négligeait aussi les cas rares, soit qu'il pensât, avec l'antiquité, qu'ils n'étaient pas du domaine de l'art (*rara non sunt artis*), soit qu'il ne se sentît pas assez d'esprit pour tenter de prouver la certitude de la science avec des faits au moins douteux. Mais quelle foule d'aperçus fins et délicats lui fournissait l'autopsie des autres extraits humanitaires! Par eux, il enseignait à reconnaître l'âge, le tempérament et les maladies de l'individu : il notait leur imminence, suivait leurs périodes, annonçait leur terminaison et en fixait les caractères; il distinguait aussi les chroniques des aiguës. De là, s'élevant dans les hautes régions de la science, le professeur voyait naître les constitutions médicales et les épidémies, et montrait leur diversité et leur cours. Ensuite, passant à un autre ordre d'idées, il exposait l'influence des passions de l'âme et le moyen de les distinguer.

Ce cours d'anatomo-psycho-pathologie aurait acquis, pour cette dernière partie, un tout autre intérêt, si l'orgueil précipité d'en haut était arrivé alors au dernier degré de sa chute : cette immense passion, quoique parvenue dans la région des lettrés philosophes, avait besoin de quelques années pour être transformée en politique populaire. S'il avait été donné au professeur d'anticiper, que d'observations instructives n'aurait-il pas recueillies, surtout aux époques électionnaires!

Les idées théoriques de Rousseau, éclairées par la pratique, auraient sans doute modifié son roman politique dont on connaissait déjà le dénouement par la vie et le poème d'Alghieri.

Jean-Jacques quitta Montpellier à la fin de novembre, insultant les médecins qui n'avaient pas connu son mal, et regrettant la douzaine de louis qu'il avait dépensés.

L. D.

(Gaz. méd. de Montpellier.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

M. Millet, élève de M. Leuret, vous a communiqué une petite note en réponse à notre article du 22 mai dernier, dans laquelle il cherche à relever quelques-unes des nombreuses erreurs qui s'y sont, dit-il, glissées.

Nous eussions voulu à notre tour ne pas y répondre, mais comme des faits graves et des allégations controuvées y ont été émises, nous vous prierons de vouloir bien encore nous accorder l'insertion de ces quelques lignes dans vos colonnes; nous vous déclarons, au reste, que ce sont les dernières, désireux que nous sommes de ne pas voir plus long temps dégénérer en question de personnes, un point qui n'eût jamais dû sortir des bornes d'une saine polémique.

Nous eussions dû, dit en commençant M. Millet, avant d'attaquer le traitement moral du docteur Leuret, méditer l'ouvrage qu'il a bien voulu donner à M. Dagron l'un de nous. Ce que nous recommande notre collègue nous l'avons fait, la citation qu'il veut bien nous faire, nous la connaissons, et c'est même ce qui fait que nous n'avons pas été peu étonnés de voir, contrairement à sa doctrine et dans la généralité des cas, l'auteur accorder une plus large part qu'il ne le dit aux moyens hygiéniques et pharmaceutiques, et rentrer ainsi malgré lui dans la méthode de traitement suivie par ses prédécesseurs, sentant sans doute

divise en huit ordres, correspondant aux formes principales que l'observation a fait connaître, les divers groupes de maladies de la peau. Ces huit formes premières et caractéristiques sont : les *papules*, les *squames*, les *exanthèmes*, les *bulles*, les *pustules*, les *vesicules*, les *tubercules* et les *taches*.

Alibert, jaloux peut-être de la classification anglaise, bouleversa la sienne pour en former une nouvelle qu'il appela *naturelle*. Les maladies cutanées y prennent le nom de dermatoses et sont disposées en douze groupes qui ne sont que les branches primitives d'un arbre généalogique qui porte de nombreux rameaux.

Cette classification est vicieuse en ce qu'aucune règle n'a présidé à la formation des groupes qu'elle renferme, d'où il résulte qu'ils ne sont unis entre eux par aucun lien. En effet, ils tirent leur caractère tantôt de l'apparence inflammatoire, tantôt de considérations théoriques, tantôt de la cause prochaine du mal, ou bien encore d'une acception banale donnée à un nom vulgaire, etc.

La classification anglaise, au contraire, prenant pour base la forme élémentaire, offre un tout dont les parties sont exactement liées ensemble, puisque c'est toujours le même principe, tiré de l'observation naturelle, qui a présidé à la création des huit ordres dont elle se compose. Elle est donc infiniment plus claire et plus facile, en même temps qu'elle est plus philosophique et plus naturelle, aussi l'adopterons-nous de préférence à toute autre.

Le sirop de deuto-iodure de mercure (indiqué dans la *Gazette* du 25 mai dernier) a été employé avec succès chez un certain nombre de malades traités dans les salles de l'hôpital Saint-Louis.

Dès l'année 1821, le docteur Coindet, de Genève, avait appliqué les préparations iodurées au traitement des affections scrofuleuses.

Peu de temps après le docteur Brera, de Padoue, en essayait aussi l'emploi contre les affections vénériennes.

A peu près à la même époque que Brera, Biett, lui-même, fit, à l'hôpital Saint-Louis, des essais thérapeutiques sur les préparations d'iode ; mais ce praticien distingué s'en tint presque exclusivement à l'emploi du proto-iodure de mercure, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Cependant, en 1826, un élève en médecine attaché à l'un des services de cet hôpital, vanta le deuto-iodure de mercure ; mais ce médicament n'avait été employé que sous forme de topique, soit comme caustique, soit comme cathétérique.

Le deuto-iodure de mercure est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour donner naissance à un iodure double de mercure et de potassium. C'est avec ce médicament que M. Boutigny pharmacien de Paris, a composé un sirop dont voici la formule :

Pr Deuto-iodure de mercure,	1	gramme.
Iodure de potassium,	50	
Eau,	50	
Dissolvez, filtrez au papier, puis ajoutez sirop de sucre blanc marq. 30°, froid,	2400	

Le sirop ainsi obtenu est inaltérable et facile à administrer. L'iodure de potassium, qui s'y trouve en excès, remplit le double but d'assurer la solubilité et l'exacte combinaison du deuto-iodure de mercure, et d'agir lui même directement contre les maladies auxquelles on oppose avec succès le deuto-iodure. En effet, on sait, surtout depuis les expériences du docteur Brera, que l'iode et l'iodure de potassium jouissent d'une grande efficacité dans le traitement des affections scrofuleuses et syphilitiques.

Le sirop de deuto-iodure ioduré se donne ordinairement à la dose d'une cuillerée représentant 25 grammes de liquide.

Ce remède, précieux dans le traitement des deux classes d'affections que nous venons de citer, excelle surtout à combattre les syphilis invétérées, et qui ont résisté aux médications ordinaires. L'exemple le plus remarquable qu'on en puisse citer, est celui d'une femme offrant au front et à la racine du nez des tubercules largement ulcérés, une périostose, des exostoses, inutilement combattues depuis plus de deux ans par des traitemens mercuriels et sudorifiques. En moins de trois semaines l'emploi du sirop de deuto-iodure ioduré amenait la cicatrisation des ulcères et un commencement de résolution des exostoses. Au bout de trois mois la guérison était complète, et tout fait espérer qu'elle sera durable.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MALGAIGNE.

Fractures du col du fémur.

La première mention des fractures du col du fémur se trouve dans Ambroise Paré. Les anciens les confondaient, en général, avec les luxations de l'articulation coxo-fémorale, et l'opinion sur la fréquence des récidives de ces luxations est un résultat de cette confusion. L'Académie de chirurgie ne fit en quelque sorte qu'ébaucher l'histoire des fractures du col fémoral, elle s'en tint à des données générales, et n'admit point de variétés. C'est à l'école anglaise, et particulièrement à A. Cooper, dont les travaux sont en grande partie fondés sur l'anatomie pathologique, qu'on doit l'établissement des trois variétés suivantes :

1° Fractures intra-capsulaires ;

2° Fractures extra-capsulaires ;

3° Fractures de la diaphyse fémorale immédiatement au-dessous des trochanters.

Cette distinction était d'une grande valeur pour le pronostic ; car A. Cooper disait que si le périoste était rompu en dedans de la capsule, on ne pouvait obtenir de cal osseux. On comprend, en effet, que dans ces cas la tête ne recevant qu'un très petit nombre de vaisseaux par le ligament rond, ne conserve presque plus de vitalité, et ne peut suffire au travail de consolidation, on sait même qu'elle subit assez souvent une atrophie notable.

Dans certains cas on obtenait un cal fibreux ; on avait en affaire alors à des fractures dans lesquelles le périoste n'avait pas été complètement rompu, et les fragmens ne s'étaient point complètement abandonnés. La tete recevait assez de nutrition pour contribuer un peu au travail de consolidation, qui, trop faible cependant, s'arrêterait à la période fibreuse.

Quelques cas cependant montraient qu'il peut y avoir formation d'un cal osseux malgré la rupture du périoste et de la capsule ; mais ces rares exceptions ne détruisaient point la règle.

Lorsque la fracture était extra-capsulaire, on pouvait, au contraire, espérer la consolidation osseuse. Il en était de même des fractures situées au-dessous des tubérosités. Ces dernières avaient été rapprochées des fractures du col proprement dit, à cause de l'analogie des symptômes.

Il résultait de ces doctrines que, puisque la consolidation des fractures intra-capsulaires était presqu'impossible à obtenir, il était inutile d'assujétir le malade à l'usage des moyens destinés à favoriser cette consolidation, c'est-à-dire le repos et l'appareil contentif. Aussi, A. Cooper faisait-il marcher ses malades à l'aide de béquilles dès les premiers jours de l'accident, et disait-il que s'il était lui-même atteint d'une fracture intrà-capsulaire, il se traiterait de cette manière.

Cette idée a eu ses adhérens dans les hôpitaux de Paris ; mais, moins audacieux que le chirurgien anglais, ils n'ont pas osé faire marcher les malades dès les premiers jours, et se sont contentés de ne point appliquer d'appareil.

Pour les fractures extra-capsulaires, A. Cooper se servait d'un appareil ; mais M. Malgaigne ne connaît aucun moyen de reconnaître si la fracture siége en dedans ou en dehors de la capsule. Il n'y a guère que quelques moyens subsidiaires, tels que la considération de l'âge ; ainsi, la fracture ayant lieu après cinquante ans, il y aura plus de chance pour qu'elle soit intra-capsulaire. Quant aux signes donnés par l'école anglaise, le seul qui soit capital, c'est le raccourcissement beaucoup plus considérable, dans les fractures intra-capsulaires que dans les extra-capsulaires. A. Cooper était arrivé à ce résultat en se guidant sur l'empirisme baconien ; mais en France on est arrivé, par l'expérience et par le raisonnement, à un résultat entièrement opposé. Ainsi, M. Serres (d'Alais) a posé ce principe : qu'on reconnaît la fracture extra-capsulaire par un chevauchement énorme des fragmens. On comprend, en effet, que tant que la capsule n'est point rompue, elle s'oppose au chevauchement dans les fractures intra-capsulaires, tandis que dans les extra-capsulaires, à moins que les fragmens ne soient engrenés, rien ne s'oppose à l'action puissante des masses musculaires qui tirent sur le fragment inférieur.

L'observation a montré, du reste, des faits favorables aux deux théories. M. Malgaigne nous montre un cas de fracture intra-capsulaire, dans lequel le déplacement est de huit lignes tout au plus ; et A. Cooper lui-même a admis de ces fractures dans lesquelles il n'y avait point de déplacement. Ces faits suffisent pour ôter toute valeur au signe posé par ce chirurgien.

M. Malgaigne doute encore qu'il y ait des fractures, siégeant sur le col proprement dit, qui soient uniquement extra-capsulaires. En effet, la capsule descend jusqu'à la racine du trochanter, et l'espace qui la sépare de ce dernier est véritablement linéaire ; il faudrait cependant que la fracture suivît exactement cette ligne pour être extra-capsulaire. M. Malgaigne n'en a jamais vu qui méritassent ce nom ; et dans tous les cas, elles étaient à la fois intra et extra-capsulaires.

Le diagnostic des fractures du col proprement dites, des fractures de la diaphyse immédiatement au dessous des tubérosités, est plus facile à établir. Le signe capital est fourni par la position du trochanter, qu'on trouve considérablement remonté dans les fractures du col, parce qu'il tient au fragment inférieur tiré en haut par les muscles.

Quant à la crépitation, elle est très difficile à sentir dans ces fractures. M. Lisfranc a eu l'idée de la rechercher à l'aide du stéthoscope ; mais cette idée est plus ingénieuse qu'utile, parce que c'est beaucoup moins avec l'oreille qu'avec la main qu'on perçoit la crépitation dans les fractures, comme J.-L. Petit l'avait déjà déclaré. Lorsque les fractures sont avec esquilles, on ne peut pas reconnaître exactement ses caractères ; les auteurs n'ont pas même

---

combien peu il est facile de distinguer s'il y a ou non affection de l'encéphale.

Au reste, jamais, ce nous semble, nous n'avons nié l'influence d'un traitement moral bien entendu, puisque, avons nous dit, il est mis en pratique par M. Voisin : ce que nous avons condamné, ce que nous avons cherché à signaler au monde médical, ce sont les moyens extrêmes employés par M. Leuret, sans choix de personnes, et sans appréciation des divers degrés d'intelligence.

Passant ensuite par dessus l'innovation qu'on veut bien ne point accorder au médecin de la deuxième section, on arrive aux divers moyens mis en usage par lui.

Pour la douche, dit on, nous avons eu tort de conclure qu'elle n'est point douloureuse ; quelle conclusion fallait il donc tirer du passage des Archives, où l'auteur, après avoir témoigné du plaisir qu'elle lui fit éprouver, ajoute même que ce jour il s'est trouvé plus dispos au travail ?

Quant à la fréquence de son administration dans les deux sections, il faut fermer les yeux à l'évidence, ou ne pas être élève de Bicêtre pour avancer que M. Voisin l'emploie plus que M. Leuret.

Que dans ces derniers temps, M. Leuret se soit un peu ralenti de son ardeur première, nous n'avons pas de peine a le croire ; mais toujours est il que ce fut pendant notre séjour dans son service, son principal levier, que non-seulement il les administrait lui-même, mais nous engageait à y recourir dans le jour, si nous trouvions nos malades en défaut ; et que nous nous rappelons encore avoir vu retirer du bain quelques malades étourdis de la commotion qu'on avait voulu leur donner, assez même pour inquieter pendant quelques instans.

Pour l'école, le chant surtout, M. Millet se désole sur les conseils bien perfides qui nous ont été, dit-il, donnés à ce sujet ; que l'auteur se rassure, ces conseils nous eussent sans doute été refusés si nous les eussions demandés. Puis il ajoute : « Quoi ! parce qu'ils appartiennent a la classe pauvre, parce qu'ils ne peuvent entrer dans les maisons de Vanves, Ivry, etc., les laisser dans l'ignorance, ne pas leur apprendre a chanter ! » Ici même se remarquent une longue digression sur la propagation de l'instruction dans les classes pauvres du Poitou, de la Bretagne ; et des éloges accordés à MM. Rousseau, Mainzer, amis sans doute ou de M. Leuret ou de l'auteur.

On nous a mal compris, nous aimons à le croire, ou plutôt on n'a pas voulu nous comprendre.

Nous sommes, en effet, bien loin de rejeter, comme si libéralement on nous le prête, les écoles, le chant, etc. Ce que nous rejetons, ce que nous voudrions voir rejeter, c'est l'instruction par la force, sans songer que nous avons affaire à de pauvres malades dont on ne peut exiger la même présence d'esprit, la même puissance d'attention que du dernier des Bretons.

Oui, nous le répétons, mieux vaudrait, dans certains cas, fonder des ateliers que forcer des malades par des douches, des affusions, a lire quelques vers, à chanter quelques cantique, pour ensuite les donner en spectacle non pas au monde médical, qui lui-même pourrait apprécier, mais à des gens étrangers a l'art de guerir.

Quant à cet esprit d'imitation qu'on attribue à M. Voisin, M Voisin n'a en rien imité M. Leuret, ce que certes il n'eût pas répugné a faire, si dans sa doctrine, il eût trouvé autre chose de neuf que les moyens de coercition ; s'il n'a son école que depuis quelques jours, ce n'est pas faute de l'avoir demandée : il l'eût même établie dès son entrée à Bicêtre, si, contrairement aux ordres du conseil qui ordonnait la division du service et de son materiel, M. Leuret n'eût fait enlever pour ainsi dire par la force les tables et tableaux comme étant siens par droit d'ancienneté.

En fondant d'ailleurs une école, M. Voisin ne déroge point à ses principes : c'est un lieu de rendez-vous pour les malades convalescens, et jamais, nous aimons à le croire, on ne le verra, pour un refus de s'y rendre, faire porter les malades sous la douche.

M. Leuret, au reste, n'a-t-il point lui-même imité ses prédécesseurs ? N'y avait-il point, avant même qu'il ne fût a Bicêtre, une école dans le service des idiots a la Salpêtrière où plus tard furent admises des malades atteintes de manie aiguë ?

Quant à la différence de temps consacré aux visites dans les deux sections, il faut savoir d'abord qu'elles sont de beaucoup plus longues qu'on ne le dit, et qu'alors encore M. Voisin n'avait point d'école, et avait, conformément au désir du conseil, abandonné les infirmeries à son adjoint ; or, M. Leuret ne voulant, lui se dessaisir de rien, nous demanderons si ce ne sont point les deux parties du service qui le retiennent le plus long-temps à Bicêtre ?

Arrivant ensuite aux observations ; à la statistique, on passe légèrement sur les premières pour arriver a celles-ci.

Les observations sont, dit-on, inexactes ; encore est-il qu'on aurait dû tout au moins en faire ressortir les points saillans : est-ce sous le rapport du balai, du bouchon de paille qu'on les taxe d'inexactitude ; nous ne le pensons pas, l'auteur lui-même a pu être témoin des faits

Veut on dire que les malades sont maintenant dans un état plus satisfaisant, nous voulons bien l'admettre, mais depuis long-temps on ne les douche plus, on ne les affusionne plus ; du reste, nous nous en rapportons a ce qu'on dit sur ce point, car nous n'avons pu vérifier par nous-même. M. Leuret, en effet, craignant que la publicité ne s'introduise dans son service en a fait fermer l'entrée a tout ce qui ne lui est pas dévoué.

Quant a notre statistique, nous voulons bien ne pas y attacher trop d'importance. Mais, en vérité, l'auteur de la méthode d'intimidation n'a sans doute pas communiqué a son défenseur ce que produisit sur lui le seul bruit d'un chiffre un peu plus avantageux. N'entrons pas a ce sujet dans trop de details, et contentons-nous de dire que M. Voisin a montré dans le partage des malades assez de désintéressement pour n être pas soupçonné de gagner les employés.

Quant aux quelques démences séniles dont on a parlé, on eût dû faire un relevé général ; car si ce mois a été peu favorable à M. Leuret, qui sait si le mois suivant, il n a pas poursuivi M Voisin. Du reste, il lui aura fallu bien des mois aussi avantageux que celui qu'on a cité, pour recomposer son service qui, par suite de ses condescendances dans le partage était dépourvu de tout intérêt.

On nous attaque, du reste, sur des chiffres, et on nous en cite d'autres, c'est etre peu conséquent.

Le chef du service de la deuxième section a d'ailleurs à sa disposition un relevé fait avec soin, et qui devait prouver que, par un hasard bien malheureux la vieillesse se donnait rendez vous dans ses salles ; nous en connaissons le résultat, et pouvons avancer, sans craindre un démenti, que les vieillards sont en plus grand nombre chez M. Voisin.

Qu'on ne cherche donc point à rejeter sur une fraude impossible l'échec d'une doctrine ; qu'on dise plutôt que le sort n'a point été favorable.

Quant au nombre des décès, des réintégrations, le sort ici semble encore poursuivre la deuxième section ; nous eussions voulu même en publier la statistique, mais nous attendrons, pour qu'elle soit irréprochable, que M. Leuret veuille bien nous autoriser à parcourir ses folios, le directeur de Bicêtre s'y étant opposé, comme si le système d'intimidation s'étendait jusqu'à lui.

J. DAGRON, P. PERROCHAUD.

essayé d'en donner. Tout ce qu'on peut savoir, c'est que la fracture est multiple.

Quant à la rotation du membre en dehors, qu'on observe le plus souvent dans les fractures du col, M. Malgaigne a le premier fait voir qu'elle n'était point due à l'action musculaire, mais au poids du membre. D'ailleurs, il existe un certain nombre de cas dans lesquels la rotation a lieu en dedans; et M. Mercier a expliqué ce fait par la position que les infirmiers ou les personnes qui transportent le malade après l'accident, donnent au membre malade.

Il existe un phénomène remarquable à la suite des fractures du col fémoral, c'est que les mouvemens de l'articulation s'exécutent lorsqu'on agit directement sur le membre et qu'on fait fléchir et étendre la cuisse; mais lorsque le malade, réduit à ses propres forces, essaie de marcher, il ne se passe plus de mouvemens dans l'articulation, parce que le levier de rotation n'existe plus.

Quant au traitement des fractures du col fémoral, M. Malgaigne blâme le système qui consiste à abandonner le malade à lui-même, et pose en principe qu'il faut toujours appliquer l'appareil. L'appareil qu'il recommande est le double plan incliné, qu'il pose dès les premiers jours.

Deux malades du service de M. Malgaigne, à Bicêtre, ont été soumis pendant l'hiver dernier à ce traitement. Chez l'un et l'autre l'appareil a été mis dès les premiers jours qui ont suivi l'accident; mais M. Malgaigne, au bout de quelques jours, ne trouvant plus de raccourcissement a pensé qu'il aurait bien pu n'exister dans les deux cas qu'une simple contusion. L'appareil a été enlevé le même jour chez les deux malades; mais un raccourcissement d'environ deux pouces s'est bientôt montré dans les deux cas. L'appareil a été replacé le même jour chez les deux individus; mais l'un, plus docile y a été maintenu environ vingt jours de plus que l'autre, et lorsque l'appareil a été définitivement levé, il n'existait qu'un pouce de raccourcissement; c'est ce que nous avons retrouvé depuis à toutes les mensurations. L'autre malade a présenté, au contraire, à la levée de l'appareil, un raccourcissement d'un pouce et demi.

Mais, par une sorte de compensation, le malade chez lequel l'appareil a été levé le premier, marche aujourd'hui beaucoup plus facilement que l'autre, et on remarque qu'il se passe beaucoup plus de mouvement dans l'articulation coxo-fémorale et dans l'articulation du genou.

Aussi M. Malgaigne pense que si l'appareil n'avait pas été levé la première fois, on n'aurait eu qu'un très léger raccourcissement dans les deux cas, mais peut être la raideur des articulations serait-elle encore plus considérable qu'elle n'est.

Il y a donc deux écueils à éviter: le raccourcissement, combattu par le double plan incliné; la raideur des articulations, qui résulte de l'immobilité et du séjour prolongé dans l'appareil.

C'est pourquoi M. Malgaigne pose les principes suivans, qu'il applique à toutes les fractures dans lesquelles le grand trochanter n'a pas subi de déplacement et qui toutes étant entièrement ou partiellement intra-capsulaires ne pourront être suivies en général que d'une réunion fibreuse.

1° Poser l'appareil dès le premier jour qui suit l'accident.

2° Maintenir l'appareil de quarante-cinq à cinquante-cinq jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que les liens fibreux qui réunissent les fragmens soient assez solides.

3° Dès ce moment faire exercer graduellement des mouvemens.

Dans cette troisième période du traitement, M Malgaigne conseille de faire exécuter les mouvemens pendant le jour et de remettre l'appareil pendant la nuit, afin que le raccourcissement soit combattu jusqu'à la fin traitement.

Th. ROUSSEL.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Purpura hemorrhagica (*morbus maculatus*, de Werlofz)
Considérations sur la nature de cette maladie.

Le cas dont nous allons vous entretenir est un des plus curieux et des plus intéressans pour les méditations du médecin, de celui surtout qui s'occupe de philosophie médicale. Mais avant de passer à l'histoire du malade, nous croyons utile de vous rappeler qu'il y a quelques années à peine, tous les médecins étaient solidistes. Bichat était de ce nombre; Pinel partageait une opinion moins exclusive à cet égard; mais il était réservé à Broussais de pousser la doctrine du solidisme jusqu'à l'exagération, et de ne considérer les altérations des fluides que comme étant consécutives à celles des solides.

Les fluides peuvent être primivement malades; ce fait est aujourd'hui démontré pour nous, que nous en avions fait jadis une proposition d'organicisme.

Notre malade est âgé de vingt-trois ans: il est fort de constitution, et ses membres sont bien développés. Au milieu d'une santé parfaite, il a vu inopinément apparaître, il y a huit jours, à la surface du corps, une multitude de taches vineuses siégeant d'abord sur les extrémités pelviennes, et qui bientôt ont augmenté en nombre avec une grande rapidité. Aux cuisses ces taches sont discrètes, et offrent la dimension de piqûres de puces; la peau est saine dans les intervalles qui séparent ces mêmes piqûres. Aux jambes, les taches, qui sont confluentes, constituent en quelque sorte des plaques plus ou moins étendues. Un caractère important de ces taches, c'est qu'elles ne disparaissent pas à la pression; en outre, elles existent sans saillie de l'épiderme; mais cette circonstance s'observe quelquefois.

Ces pétéchies, car c'est là leur véritable nom, ces ecchymoses, en d'autres termes, ou extravasations de sang sous-épidermique, existaient depuis deux ou trois jours, lorsque le malade a été pris d'un saignement de nez très abondant, qui l'a obligé de venir chercher du secours à l'Hôtel-Dieu, où l'écoulement du sang n'a pu être arrêté qu'au moyen du tamponnement.

Aujourd'hui, la peau du visage est livide, un peu cyanosée; un léger coup reçu à l'œil a donné lieu à la formation d'un ecchymose des paupières assez étendu; ce qui dénote encore chez cet homme un grande tendance aux extravasations sanguines.

Les gencives sont légèrement saignantes, mais on n'y remarque pas de taches violettes; la membrane muqueuse buccale n'est pas ecchymosée. Pas de douleur abdominale, pas de selles, ni d'urines sanguinolentes. Les digestions se font bien.

La respiration n'est pas gênée; mais la peau est chaude; le pouls, chose remarquable, est dur et bat 108 fois par minute.

L'intelligence et les sens sont intacts.

Comment se fait-il qu'un sujet, dont la surface du corps est légèrement cyanosée et parsemée de nombreuses ecchymoses, puisse simultanément présenter des signes d'hypersthénie? Il existe, en effet, un désaccord frappant entre les phénomènes que nous venons d'indiquer et le degré de réaction qui se traduit par la dureté, la fréquence du pouls et l'augmentation de la chaleur. Ajoutons que le malade ayant été saigné, nous avons obtenu un sang très plastique, très coagulable. Voyez comme ces faits sont contraires à la doctrine qui insinue que l'affection qui nous occupe consiste essentiellement dans un défaut de fibrine.

Quoi qu'il en soit, les phénomènes d'hypersthénie étaient tellement prononcés, que nous avons jugé convenable d'avoir recours à la saignée: nous venons de vous signaler les caractères que le sang extrait de la veine a présentés. Nous nous sommes donc totalement éloignés du traitement que l'on dirige généralement contre le scorbut.

Voyons si, en effet, il peut y avoir identité entre le *purpura hemorrhagica* et le scorbut de terre. Dans le scorbut de terre, les plaques violettes sont plus considérables, et occupent de préférence la partie déclive des jambes; les gencives sont boursouflées, l'haleine fétide, la peau d'une coloration jaune paille, décolorée; ajoutons à ces caractères l'hyposthénie générale. Le scorbut de terre exige une médication essentiellement tonique, le vin, le raifort et les crucifères en général.

La différence des deux maladies réside principalement dans les phénomènes généraux: chose importante à distinguer; car il s'agit ici d'une véritable dicotomie, et de l'emploi de deux traitemens diamétralement opposés.

Voilà donc une maladie où les fluides sont probablement altérés primitivement, et dans laquelle une disposition particulière du sang se traduit par l'ensemble des phénomènes que nous venons d'examiner. Ces considérations, en quelque sorte préliminaires, nous mèneraient à l'étude des maladies du sang; ce serait là la partie philosophique de notre sujet; mais le défaut de temps et le but de nos conférences nous imposent de nous limiter, quant à présent au moins, à l'histoire de notre malade.

Méningite avec marche probable vers le centre.

Au n° 24 de la salle Sainte-Jeanne a été couché hier, 7 mai, un jeune homme âgé de vingt-huit ans. Les renseignemens relatifs au début de la maladie ont été fournis par le frère du malade qui l'a accompagné, ce dont nous avons à nous féliciter en ce sens que déjà l'intelligence du malade était trop profondément altérée pour qu'il nous fût permis de retirer quelques lumières de ses réponses. Voici ce que nous avons appris:

Cet homme accusait depuis quelque temps un mal de tête. Le lundi 3 mai, il but d'une manière extraordinaire et au point de s'enivrer. Le mardi 4, il se sentit plus malade que d'ordinaire et cessa de travailler; la céphalalgie était toujours le phénomène prédominant. Je dois faire ici une remarque de la plus haute importance, savoir: que la céphalalgie est un des symptômes les plus constans de la méningite, et qu'il est excessivement rare qu'on n'ait pas occasion de la noter dans cette maladie. Il ne paraît pas avoir eu de frisson initial. Le 5 et le 6 il eut beaucoup de fièvre, de la fatigue dans les membres, un vomissement et la céphalalgie devint violente. Il a été saigné une fois et est entré ici, avons-nous dit, le vendredi 7 mai.

Le samedi 8, au matin, au moment de la visite, nous l'avons trouvé ratatiné dans son lit, passez-nous l'expression, ramassé en quelque sorte sur lui-même, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que nous sommes parvenu à lui faire prendre une autre position: la voix était plaintive, la parole embarrassée.

Du côté de la tête, nous avons constaté: céphalalgie générale très intense; tintemens à l'oreille gauche; il n'accusait rien du côté de la vue, mais dès lors nous avons remarqué un léger degré de strabisme qui a augmenté depuis. Le globe oculaire droit était dirigé et est encore dirigé en haut et en dedans; la pupille gauche était un peu plus dilatée que la droite. Il paraissait bien entendre nos questions, mais ses réponses étaient tardives, incohérentes. Notons que dans les deux jours précédens, il avait eu du délire; donc nous avions affaire à une méningite avec délire. Est-ce à dire pour cela que la méningite occupait la convexité du cerveau, ou bien la pulpe cérébrale participait-elle de l'état phlegmasique? Cette dernière opinion nous paraît la plus probable; il n'y a pas d'altération du mouvement à la vérité, mais nous avons dit qu'il existe un degré de strabisme assez prononcé, qui n'est, en définitive, que le résultat d'une altération de la contractilité musculaire. Or, dans un cas analogue que nous avons observé à la Pitié, d'après l'existence d'un pareil phénomène, il nous est arrivé de diagnostiquer une méningo-céphalite dont l'existence fut bientôt confirmée par l'examen cadavérique.

D'ailleurs, nous avons, dans ce cas, une nouvelle confirmation de la perversion des mouvemens, dans l'existence de mouvemens spasmodiques des muscles de la face. Pour ce qui est de la sensibilité, elle nous a paru obtuse, diminuée. Il n'y a pas encore de soubresauts des tendons, ni de carphologie; mais d'autre part, l'insomnie est complète.

Relativement au reste de l'organisme, il faut noter, d'abord du côté de la circulation, 80 pulsations par minute. Ce défaut de fréquence de la circulation est un caractère qui distingue jusqu'à un certain point la fièvre typhoïde affectant la forme encéphalique, qui rarement existe avec moins de 100 pulsations par minute, de la méningite légitime, c'est-à-dire existant seule et exempte de toute sorte de complication. Du reste, chez notre malade, le pouls est dur et plein.

Les respirations sont au nombre de 24 par minute: les phénomènes de percussion et d'auscultation sont nuls.

Si nous passons à l'examen des fonctions digestives, nous trouvons qu'il y a eu un vomissement initial. Il ne faut pas abuser sur la valeur de ce phénomène, dont l'existence n'est pas rare au début des affections graves, et qui n'entraîne pas nécessairement l'admission d'une gastrite aiguë. C'est là, en quelque sorte, un effort salutaire de la nature, tendant à débarrasser les premières voies digestives de substances qu'elles ne sont plus en état d'élaborer convenablement; ajoutons que les selles sont normales, et que jusqu'hier matin il n'y avait pas eu de déjections involontaires.

La parole est embarrassée, et dès hier l'articulation des sons était difficile; cependant les mouvemens de cet organe sont libres; sa surface est recouverte d'un enduit qui ne présente rien de caractéristique. Les urines sont normales, et depuis hier, avons-nous dit, il existe des selles involontaires.

La peau est pénétrée d'une chaleur âcre au toucher.

Le diagnostic est facile et non douteux dans le cas qui nous occupe, car l'absence de toute complication du côté de l'intestin et du poumon est de nature à éloigner toute sorte d'incertitude. Donc, sous aucun prétexte, il n'est permis de considérer les accidens cérébraux comme un phénomène sympathique.

Hier, nous nous sommes hâté de prescrire trois saignées, car il est toujours urgent d'arrêter le progrès de la méningite, et de l'attaquer tandis qu'elle est encore à la période d'irritation. Il est de la plus grande importance de prévenir les altérations des organes ou leur ramollissement: car une fois accomplis, le mal reste sans ressources.

Mais déjà, chez notre malade, c'était trop tard: c'était au début de la maladie, c'était dans les jours précédens que le malade a passés chez lui, qu'il eût fallu agir avec cette énergie devenue déjà trop tardive. Aussi, notre pronostic a-t-il tout d'abord été grave, sans attendre pour le porter le résultat des émissions sanguines que nous avions ordonnées, et sur l'effet desquelles nous ne comptions plus que faiblement.

Néanmoins, sans rien négliger, nous avons agi dans l'hypothèse d'une guérison possible. Partant, les révulsifs intestinaux ont été associés aux émissions sanguines; mais la crainte de les voir provoquer le vomissement, manifestement nuisible dans ce cas, par suite de la congestion sanguine qu'il provoque vers l'encéphale, nous a déterminé à les administrer par l'extrémité inférieure du canal alimentaire.

Les irrigations continues d'eau froide seront employées. Notre expérience personnelle nous les fait considérer comme préférables à la glace.

Toutefois, nous conservons peu d'espoir: depuis hier encore la maladie a progressé, et probablement elle progressera encore; nous entrevoyons une terminaison funeste. Loin de nous arrêter cependant, nous avons prescrit pour aujourd'hui deux nouvelles saignées.

Comme il est malheureusement presque démontré pour nous que la maladie se terminera par la mort, nous croyons devoir vous rappeler, en attendant la marche des choses, que nous avons diagnostiqué une méningite avec marche probable vers le centre.

K.....

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Service de chirurgie.

Taille bi-latérale. Guérison définitive. (*V.* le n° du 18 mai.)

Nous terminerons en quelques mots l'histoire de ce petit malade, qui était couché au n° 5 de la salle Saint-Côme, et qui avait subi l'opération de la taille. Sans revenir ici sur tous les détails de ce fait, nous rappellerons seulement l'état précaire de sa santé et la mauvaise physionomie que présentait la plaie au moment où il sortit pour aller se rétablir en ville près de ses parens.

Après avoir persisté quelque temps encore dans un état qui ne laissait pas d'imposer quelque crainte, une amélioration s'est enfin montrée, tant dans l'état général que dans l'état de la plaie, qui depuis a marché sans interruption vers la cicatrisation, qui est achevée déjà depuis plusieurs jours. Les choses se sont donc terminées

mieux que nous n'osions l'espérer au moment de la sortie du malade de l'hôpital, grâce sans doute aux meilleures conditions physiologiques au milieu desquelles l'enfant s'est trouvé depuis, grâce surtout à la satisfaction qu'il a éprouvée en se voyant rendu à ses parens, dont il avait été séparé en quelque sorte malgré lui. Nous vous en entretenons aujourd'hui pour la dernière fois.

Cancer colloïde du genou droit. Amputation de la cuisse; guérison (*V.* le n° du 18 mai.)

L'amputation de cuisse que nous avons pratiquée chez la petite fille du n° 4, salle Sainte-Thérèse, par suite du développement au genou d'un cancer colloïde, est arrivée à bonne fin, malgré l'état de délabrement dans lequel était tombée la constitution de la petite malade. Déjà, le 27 mai, nous vous annonçions que la cicatrisation était presque complète, et que le moignon n'était pas douloureux. Aujourd'hui (4 juin) il ne reste plus qu'une petite ouverture au centre du moignon, qui ne dépend assurément pas d'une nécrose de l'extrémité de l'os scié : ce point ne tardera sans doute pas à se cicatriser.

D'autre part, nous voyons la constitution de cette enfant s'améliorer tous les jours, et bientôt nous signerons sa sortie, afin de la soustraire aux influences morbifiques de l'hôpital.

Chute de la membrane muqueuse urétrale. Affaissement progressif. Mort. (*V.* le n° du 18 mai.)

Nous avons à vous annoncer la mort de la petite fille âgée de 8 ans, qui était couchée au n° 19 de la salle Ste-Thérèse, et chez laquelle nous avions pratiqué, il y a trois semaines, une petite opération par suite de la chute de la membrane muqueuse de l'urètre. Ce serait commettre une erreur que de mettre sur le compte de l'opération la mort de cette malade; celle-ci reste suffisamment expliquée par l'état de marasme dans lequel la petite fille se trouvait déjà antérieurement à l'opération.

Quoi qu'il en soit, l'opération n'a d'abord été suivie que d'une légère inflammation, à laquelle nous avions opposé des applications d'eau froide. Mais nonobstant cela l'inflammation s'est étendue, une vulvite est survenue et la malade a présenté un léger mouvement fébrile soir et matin. Elle n'avait pas de diarrhée; on nous assura qu'elle n'avait pas de toux, ce qui nous rassura en quelque sorte contre l'existence de tubercules pulmonaires, dont les signes sthétoscopiques manquaient également. Toutefois, l'inflammation prit bientôt le caractère gangreneux et prit le teint noirâtre qu'affectent avec tant de facilité les inflammations de la vulve. L'affaissement a continué à faire des progrès et la malade s'est éteinte hier dans la journée.

Voici les résultats de l'autopsie : les poumons sont farcis de tubercules à l'état de crudité; les ganglions mésentériques sont également tuberculeux et les intestins présentent plusieurs ulcérations. Les reins et la vessie ne renferment point de calcul dont la présence aurait pu expliquer le prolapsus de la membrane muqueuse de l'urètre; la vessie n'offre pas la moindre trace d'inflammation, d'où nous sommes encore amené à conclure que la chute de la membrane muqueuse était le résultat du relâchement que tous les tissus, du reste, présentaient généralement.

Extirpation d'un ganglion lymphatique engorgé siégeant derrière la branche de la mâchoire droite. Symptômes de paralysie faciale. Craintes relatives à une affection de la colonne cervicale.

Jeudi dernier vous nous avez vu faire l'extirpation d'une glande lymphatique siégeant derrière la branche de la mâchoire droite, chez la petite fille âgée de onze ans couchée au n° 19 de la salle Sainte-Thérèse. (*V.* le n° du 18 mai.) L'opération a été assez laborieuse, d'abord parce que la veine jugulaire superficielle, qui croisait inférieurement la tumeur nous a empêché de prolonger l'incision dans toute la longueur de celle-ci, ensuite parce que nous avions à ménager des parties importantes dans cette région délicate. Trois ou quatre petites artérioles ont fourni un écoulement de sang qui s'est bientôt arrêté de lui-même.

La réunion par première intention n'a pas réussi; néanmoins la plaie n'a pas tardé à prendre un aspect rosé et à se couvrir de bourgeons qui indiquaient une cicatrisation qui marchait régulièrement. L'inflammation n'était pas trop vive; il n'y avait pas de fièvre.

Jusqu'alors les choses marchaient avec régularité; mais aujourd'hui nous avons observé de nouveaux phénomènes qui nous paraissent très graves : ainsi, la tête est inclinée à gauche, et la bouche présente une légère déviation de ce même côté; cependant, ni d'un côté ni de l'autre du cou, il n'existe de douleur : on donne lieu à la douleur lorsqu'on essaie de redresser sa tête.

Comment expliquer ces phénomènes? Les muscles du cou ne sont pas tendus à gauche, côté vers lequel la tête est inclinée. Est-il possible d'admettre une lésion de la septième paire, ou serait-il plus rationnel de considérer les phénomènes indiqués comme étant l'expression d'une affection vertébrale commençante? Cette dernière manière de voir nous paraît être celle qui réunit plus de probabilités. Au demeurant, il y a jusqu'à présent absence de fièvre; il n'existe qu'une légère douleur, et comme le vésicatoire enlève très souvent les douleurs de cette nature, ce sera le premier moyen que nous emploierons dans ce cas.

Carie des 5me, 6me et 7me vertèbres cervicales. Autopsie.

Le petit garçon, âgé de huit ans et demi, qui était couché salle Saint-Côme, et qui était atteint d'une carie vertébrale, siégeant à la région cervicale, que nous avions traitée par les cautères, a succombé hier. Voici les derniers phénomènes que le petit malade a présenté dans les derniers temps de la maladie. La tête était fléchie en avant, de sorte que le menton touchait au sternum; les mouvemens de latéralité étaient impossibles, le malade se tournait d'une seule pièce; la voix était altérée; la déglutition difficile; vomissemens assez fréquens; œdème surtout des membres inférieurs; diminution générale du mouvement.

A l'autopsie, voici ce que l'on a observé :

Derrière le larynx existe un abcès par congestion, qui repousse cet organe en avant. Nous reviendrons dans un instant sur les caractères de cette poche purulente. Les cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales sont cariées; la sixième surtout est détruite au tiers; la carie porte principalement par la moitié antérieure du corps de chacune de ces vertèbres. Le fibro-cartilage correspondant à la cinquième et à la sixième vertèbre, est totalement détruit : celui qui correspond à la face supérieure du corps de la cinquième vertèbre, et celui qui est entre la sixième et la septième, le sont presqu'en totalité. Par suite de la destruction des cartilages, le pus s'est fait jour dans le canal vertébral, et baigne la moelle et ses enveloppes; aussi des symptômes de compression de la moelle ont précédé la mort. Le ligament vertébral antérieur est soulevé; tous les muscles vertébraux et cervicaux antérieurs sont détruits; on ne trouve que quelques vestiges du muscle long du cou; leurs gaînes paraissent avoir concouru, avec le ligament vertébral antérieur, à la formation des abcès. Toujours est-il que la région ne présente plus aucune trace normale sous le rapport des muscles et de leurs dépendances. La poche purulente, dont l'existence avait été soupçonnée, mais non constatée pendant la vie, s'étendait de la cinquième vertèbre cervicale jusqu'à la première dorsale. C'était la présence de cette poche qui, mécaniquement, déterminait l'altération de la voix par la compression sur le larynx, les difficultés de la déglutition, le vomissement. L'anatomie pathologique n'a pas fourni la raison suffisante de l'œdème général, qu'il paraîtrait raisonnable de faire dépendre de l'état de faiblesse générale et conséquemment du système veineux. Au niveau de la septième vertèbre cervicale, le pus a fusé entre le ligament vertébral postérieur et le corps de la vertèbre, d'où est résulté la diminution du calibre du canal vertébral sur ce point; circonstance qui explique encore la diminution de la myotilité générale. M...

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 7 juin.

M. Dumas lit un mémoire sur un travail qu'il a fait en commun avec M. Boussingault, et relatif à la composition physique de l'air atmosphérique; nous en ferons connaître les résultats.

— M. le professeur Lallemand envoie, par l'intermédiaire de M. Milne Edwards, un travail manuscrit intitulé : Observations sur le développement des zoospermes de la raie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

{ 10 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 71, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

CIVILS ET MILITAIRES.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Fistule lacrymale congénitale. Absence probable du canal nasal. Emploi de la methode de Woolhouse. Première opération inutile. Deuxième opération suivie de guérison. Quelques considérations sur cette méthode de traitement de la fistule lacrymale.

Frédéric Leclerc, domestique, âgé de vingt-un ans, né à Chaumes (Seine-et-Marne), entra à l'hôpital Necker le 19 octobre 1840 pour y être traité d'une fistule lacrymale qu'il portait depuis sa naissance à l'angle interne de l'œil droit. Ce jeune homme, d'un tempérament un peu lymphatique, a toujours joui d'une très bonne santé, excepté à l'âge de onze ans, époque à laquelle il fut pris d'une variole, qui se termina assez heureusement.

Il a un frère, plus âgé que lui de dix-huit mois, qui, dès les premiers jours de sa vie, présenta de même au grand angle de l'œil une tumeur qui disparut spontanément sans abcès ni fistule.

Voici maintenant quels sont les renseignemens que Leclerc peut fournir sur sa maladie.

Trois ou quatre jours après sa naissance, on vit paraître à l'angle interne de l'orbite du côté droit une tumeur oblongue et molle, non douloureuse, qui augmenta insensiblement de volume, devint rouge, et finit plus tard, à une époque inconnue au malade, par s'ulcérer en trois points différens, qui donnèrent passage au liquide qui distendait cette tumeur. Au bout d'un certain temps, deux de ces ouvertures s'oblitérèrent, tandis que la troisième, située à peu près vers la partie moyenne de la tumeur, persista jusqu'à ce moment.

Etat du malade à son entrée dans le service. Cet orifice anormal laisse, pendant le jour, écouler au dehors un liquide parfaitement limpide et transparent, qui ne diffère pas sensiblement de celui que sécrète la glande lacrymale. Le matin, au réveil du malade, le doigt, porté à l'angle interne et inférieur de l'orbite, fait refluer par l'ouverture fistuleuse et les points lacrymaux un liquide formé le plus souvent par un mélange de larmes et de mucosités purulentes. Cet épiphora augmente considérablement lorsque l'œil se trouve exposé au froid ou au grand air.

Les follicules irrités de Meïbomius sécrètent un fluide sébacé qui encroûte chaque matin les paupières, le bord libre de ces deux voiles membraneux est rouge et privé de cils, surtout à l'inférieur, où ce phénomène est beaucoup plus marqué qu'au supérieur. La conjonctive palpébrale participe un peu à cette rougeur; du reste, pas de douleur dans les parties voisines

La narine du meme côté est dans un état de sécheresse qui approche beaucoup de celui de la peau extérieure; la membrane pituitaire ne devient dans cette partie le siége d'aucune sécrétion, quelles que soient les causes irritantes auxquelles elle peut se trouver soumise. Ce même état persiste lorsque le malade est affecté de coryza, et le tabac respiré par cette narine, s'y dessèche assez promptement, sans stimuler cette partie muqueuse des fosses nasales.

Si on introduit par l'orifice de la fistule un stylet mousse, celui-ci pénètre directement en arrière à une profondeur de 25 millimètres environ, et semble glisser le long du plancher de l'orbite. Conduit au contraire suivant la direction connue du canal nasal, le stylet s'arrête à une profondeur de 5 millimètres environ de l'orifice.

En présence de cette fistule, comme du reste il a l'habitude de le faire ordinairement, M. Bérard eut recours de prime-abord au cathétérisme et aux injections pratiqués à la manière d'Anel et de Laforest; c'est-à-dire par les points lacrymaux et l'orifice de la fistule d'une part, et par l'extrémité inférieure du canal nasal d'autre part. Ces tentatives, renouvelées plusieurs jours de suite, ne produisirent aucun résultat avantageux : en effet, dans le premier cas, le liquide refluait par l'ouverture fistuleuse; tandis que dans le second, il a toujours été impossible de pénétrer dans l'orifice inférieur du canal nasal.

Alors, la méthode de la dilatation fut mise en usage : on plaça dans le cul-de-sac qui remplaçait la gouttière lacrymale, des algalies qui furent introduites par l'ancien orifice de la fistule, puis plus tard par une ouverture artificielle pratiquée avec le bistouri, suivant la méthode de J.-L. Petit; mais ces nouvelles manœuvres ne réussissant pas mieux que les premières, et le malade se trouvant d'ailleurs sous l'imminence d'un érysipèle de la face, on cessa pendant quelques jours l'emploi de tous ces moyens, avec l'attention de recourir plus tard à la méthode de Woolhouse, nous voulons parler de la création d'une voie artificielle à travers l'os unguis.

L'opération, fixée au 24 décembre, fut pratiquée de la manière suivante :

Le chirurgien, placé en face du malade, incisa la peau dans une étendue de 10 à 12 millimètres environ, suivant la direction d'une ligne oblique qui, partant du bord inférieur de l'orbite à 8 millimètres de l'angle inférieur et interne de cette cavité, allait aboutir au bord inférieur de l'extrémité interne du tendon direct du muscle orbiculaire des paupières. Un trocart dirigé obliquement de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière, fut ensuite introduit par cette ouverture, de manière à perforer la paroi interne de l'orbite, et remplacé aussitôt par une canule en argent, renflée à ses deux extrémités et d'une longueur d'un centimètre environ.

Afin de s'assurer si la canule était convenablement placée, le chirurgien ferma, comme le faisait toujours Dupuytren dans les cas où il mettait une canule dans le canal nasal, le chirurgien ferma, dis-je, les orifices de la bouche et des narines, et engagea le malade à faire un effort soutenu d'expiration, comme pour se moucher. L'air s'introduisit naturellement dans la canule par son orifice interne, et ressortit aussitôt, avec un sifflement très marqué, par l'ouverture faite au sac lacrymal, en chassant en même temps une gouttelette de sang.

Une simple bandelette de diachylon fut placée sur la plaie du bistouri: le malade n'éprouva qu'un peu de céphalalgie pendant la nuit qui suivit l'introduction de la canule. Cette dernière ne lui fit éprouver aucune sensation qui pût l'avertir de sa présence dans la narine. Trois jours après l'opération, la petite plaie était entièrement cicatrisée, et la narine devenue humide.

Le 4 janvier, un stylet mousse introduit par l'ouverture fistuleuse indiqua la présence de la canule.

Le 13, Frédéric Leclerc, après être sorti de l'hôpital pour des affaires de famille, rentra atteint d'un nouvel épiphora. La canule n'était plus sensible au cathétérisme pratiqué avec le stylet, en même temps que le doigt, porté à l'angle interne de l'orbite, faisait, par la pression, refluer une gouttelette de liquide qui s'échappait par l'orifice fistuleux. Administration du collyre suivant :

Pr. Sulfate de zinc, 10 centigrammes.
Eau distillée de roses, 30 grammes.

Frictions avec l'onguent napolitain; cautérisations de l'orifice de la fistule avec le nitrate d'argent; injections par cette ouverture, d'eau tiède et de décoction de racine de guimauve, injections qui ne pénètrent nullement dans la narine. Ces moyens, continués pendant cinq semaines, n'amenèrent aucune amélioration dans l'état de la fistule.

Craignant que la canule ne fût, à l'insu du malade, tombée dans la gorge ou rejetée en dehors, et par suite la plaie de l'os unguis refermée, M. Bérard plaça, le 20 février, une nouvelle canule à la paroi interne du sac lacrymal; mais cette fois un peu plus en avant et en haut que la première fois; car, immédiatement après avoir, comme précédemment, incisé la peau, il reconnut la présence de la première canule, qui semblait placée derrière la paroi profonde du sac lacrymal. Cette seconde canule différait un peu de la première par ses extrémités un peu plus renflées.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, des injections émollientes furent pratiquées dans le sac lacrymal; injections qui toutes revinrent par la narine du côté malade. Au bout de 15 jours, la plaie, résultat de l'incision, était cicatrisée; il ne restait plus que l'orifice premier de la fistule, qui ne livrait passage à aucun liquide. La peau, un peu amincie à son pourtour, se trouve immédiatement en rapport en arrière avec la canule, que l'on sent facilement à travers son épaisseur. C'est probablement à ce rapport intime qu'il faut attribuer la persistance de cette ouver-

FEUILLETON.

LEÇONS SUR L'HISTOIRE ET LA PHILOSOPHIE DE LA CHIRURGIE,

FAITES PAR M. MALGAIGNE A L'ÉCOLE PRATIQUE.

Messieurs,

Je viens, le premier dans l'Ecole de Paris, instituer un cours d'histoire et de philosophie de la chirurgie. Depuis long-temps, j'en avais formé le projet; et cependant, ce n'est pas sans de longues et profondes hésitations que je me suis déterminé à le mettre à exécution. L'histoire seule de la chirurgie, telle qu'on l'a connue jusqu'à présent, serait déjà une bien lourde tâche, qui n'a pu même être accomplie entièrement par aucun de ceux qui s'en sont occupés. Pour ne laisser en arrière aucune lacune notable, il faudrait envisager à la fois l'histoire des hommes, ou la biographie; l'histoire des livres, ou la bibliographie; l'histoire des institutions, ou de l'état social et politique des chirurgiens; et enfin l'histoire des doctrines, ou la science même. Or, lors- [illegible] haute antiquité et de descendre [illegible] en passant par cette foule de peuples si [illegible] urs et par le langage, Egyptiens, Hébreux, [illegible] ns, Arabes; sans parler de l'obscurité confuse du moyen-âge, et des difficultés plus grandes encore amenées par la multiplicité des langues modernes, vous comprenez de quelle érudition immense il serait besoin pour rassembler dans un vaste ensemble tous les faits de détail empruntés à des sources si nombreuses et si variées. Et cependant, Messieurs, grâce aux travaux de nos devanciers, la voie est déjà largement préparée : pour la biographie, nous avons de nombreux dictionnaires historiques; pour l'étude des livres, il existe des recueils bibliographiques d'une valeur réelle, au premier rang desquels je mettrai la Bibliothèque chirurgicale de Haller; Dujardin et Peyrilhe ont traité d'une manière remarquable l'histoire de la chirurgie chez les anciens; et, dans les histoires générales de la médecine, Leclerc, Schultz, Freind, Sprengel, ont bien été obligés d'aborder de temps à autre le domaine chirurgical; moi même enfin, j'ai peut-être jeté quelque lumière sur cette époque difficile du moyen-âge; en un mot, sans avoir ni l'espoir ni la prétention d'épuiser la matière, il ne manque pas de matériaux pour en tracer du moins une esquisse satisfaisante.

Ce n'est pas là, Messieurs, ce qui me tenait préoccupé. Et quelle que soit l'importance que j'attache pour mon propre compte aux études historiques, je ne me serais point détourné de mes autres travaux si je n'avais eu à vous présenter ici que des récits plus ou moins propres à exciter votre intérêt et votre curiosité. Tous ces écrivains que je viens de citer, et bien d'autres qui tiennent près d'eux une place honorable, je les avais lus attentivement, et je trouvais qu'avec une étude bien consciencieuse de leur sujet, ils ne m'en donnaient pas cependant l'intelligence. C'étaient bien là les faits, mais il n'y avait pas de lumière : c'était un tout complet en apparence; mais je sentais qu'il y manquait la vie. Et, pour me servir d'une comparaison qui sort bien moins de mon sujet que vous ne seriez tenté de le croire, vous vous rappelez cette sombre vision d'Ezéchiel, transporté par l'Esprit dans un vaste désert tout parsemé d'ossemens; il prophétise, et ces os se rejoignent; ils se rhabillent de chair, ils se couvrent de peau; ce sont déjà des corps, ce ne sont pas encore des hommes. Il faut qu'il prophétise de nouveau, qu'il appelle l'Esprit des quatre points cardinaux : l'Esprit souffle, et tous les morts se raniment et marchent.

Eh bien! voilà peut-être une fidèle image de ce qu'ont fait jusqu'ici nos historiens, et de ce qu'ils ont laissé à faire. Ils ont laborieusement rassemblé les faits épars, les ossemens dispersés; ils les ont rejoints, agencés, rhabillés; ils ont oublié le souffle de vie. Voyez, par exemple, le plus laborieux, le plus consciencieux et le plus intelligent de tous, Haller! Il a pris la chirurgie à sa naissance, et il l'a menée ainsi jusqu'au-delà de la première moitié du 18e siècle. Il avait bien compris cependant que cette longue chaîne n'était point formée d'anneaux tout semblables; que la chirurgie d'une époque ne pouvait être confondue avec celle d'une autre; qu'il y avait des points de contact et des points de dissemblance. Il a donc cherché à distinguer plusieurs époques; et, dans les trois premières, il range en bloc les Grecs, les Arabes, les Arabistes, division dont ses prédécesseurs lui avaient déjà donné l'exemple. Mais, arrivé aux époques modernes, il ne sait plus à quel fil se rattacher; il se plaint quelque part qu'il n'y ait pas, en chirurgie comme dans les autres branches de la médecine, de ces grandes personnalités, de ces chefs de secte qui entraînent après eux une longue et nombreuse école. Et en conséquence, obligé, dit il, de choisir d'autres points de ralliement, il partage l'époque moderne à partir de l'an 1500, en cinq époques secondaires : les *restaurateurs*, l'*école italienne*, la *chirurgie française*, la *chirurgie perfectionnée* et les *contemporains*. Il est impossible de rien imaginer de plus confus. Ainsi Rousset et Guillemeau, Félix Wurtz et Fabrice de Hilden, Français et Allemands, sont classés dans l'école italienne, à laquelle on peut affirmer sans crainte qu'ils n'appartiennent ni les uns ni les autres; et, presque à chaque page, se trouveraient des disparates de ce genre. Aussi de l'histoire ainsi faite, quel bénéfice pouvait-on attendre? Je ne dirai pas que le bénéfice était nul; mais, en vérité, les résultats étaient bien peu de chose à côté du travail qu'ils exigeaient pour les recueillir; et je ne m'étonne nullement si la publication des bibliothèques de Haller, que l'on aurait cru devoir favoriser les études historiques en médecine comme en chirurgie, sembla au contraire, sinon la cause, au moins le signal de leur plus grand discrédit.

Toute histoire qui ne donne pas l'intelligence du passé est inutile et mal faite; et l'intelligence du passé n'est bien entière que quand elle aide à comprendre le présent, et, jusqu'à un certain point, à prévoir et diriger l'avenir.

Pour savoir d'où viennent ces différences capitales entre la chirurgie du 16e siècle, par exemple, et celle du 18e, il fallait chercher comment les chirurgiens procédaient. On aurait vu que la chirurgie, science secondaire, recevait l'impulsion de plus haut; qu'elle était dirigée à son insu par la philosophie régnante, et qu'elle en subissait toutes les révolutions. C'est ainsi que, dans les temps héroïques, lorsque l'idée de l'influence des Dieux dans les choses de ce monde est à son plus haut point d'exagération, la chirurgie, comme la médecine, se tient en respect devant les affections de cause interne, et ne s'arrête guère qu'aux lésions mécaniques. Lorsque les grandes époques scientifiques commencent, Socrate donne le premier un but positif à la philosophie; Hippocrate le suit de près, instituant ce que j'appellerais volontiers la chirurgie socratique. Plus tard, dans l'école d'Alexandrie, ce sont les idées *à priori* de Platon, mais surtout la dialectique d'Aristote, qui triomphent; Galien marche dans cette voie nouvelle, et fonde la chirurgie aristotélique. Celle-ci régnera plus long-temps qu'aucune autre; c'est que la soumission à l'autorité, commandée d'abord par le despotisme des empereurs, s'élève à la hauteur d'un dogme religieux et dans le christianisme et, plus tard, dans l'islamisme. Treize siècles vont adopter les mêmes doctrines, bien que l'autorité semble se déplacer; et, chose curieuse pour qui veut suivre ce parallélisme, de même qu'en matière religieuse on voit à l'Evangile succéder les Pères

ture malgré tous les moyens employés pour obtenir sa cicatrisation. Parmi ces derniers, nous devons surtout citer les cautérisations avec le nitrate d'argent fondu et l'application trois fois répétée du cautère rougi à blanc

Le 22 mai, le malade demande à s'en aller ; il quitte l'hôpital parfaitement guéri de l'épiphora, mais il porte encore au grand angle de l'œil l'ancien orifice de la fistule, qu'il cache sous une mouche de taffetas rose.

Le 4 juin nous avons revu le malade, qui se trouve dans le même état qu'à sa sortie des salles.

— L'établissement d'un nouveau canal à travers l'os unguis remonte à une époque très éloignée.

Pour les anciens, qui ne connaissaient nullement l'anatomie et la physiologie des voies lacrymales, la tumeur et la fistule lacrymales n'étaient qu'un simple abcès se terminant par un ulcère fistuleux dont la persistance était attribuée à une carie de l'os unguis. Cette erreur étiologique devait nécessairement conduire à une erreur dans le traitement de la fistule ; c'est ainsi qu'on fut amené à exciser toute la cavité du sac lacrymal, que l'on cautérisait ensuite avec le fer rouge. D'autres praticiens, cherchant à remplir la même indication, employaient différens topiques caustiques ; plusieurs autres préféraient même le plomb fondu, comme cautérisant plus profondément l'os malade. Les succès obtenus de cette manière peuvent être attribués à deux causes différentes : la première est la création d'une voie artificielle à travers l'os unguis, qui s'exfoliait presque toujours à la suite de l'application du cautère, et livrait ainsi passage au fluide lacrymal. La seconde est l'oblitération de l'orifice des conduits lacrymaux dans le sac lacrymal, résultat de leur cautérisation, recommandé spécialement par quelques chirurgiens, et entr'autres par Severus.

Presqu'entièrement oubliée pendant plusieurs siècles, cette méthode fut remise en honneur par Woolhouse, oculiste anglais, qui lui fit subir d'importantes modifications. Ce dernier, rejetant complètement l'emploi du caustique, faisait, au grand angle de l'œil, une incision semi-circulaire, fendait le sac lacrymal, qu'il enlevait ensuite complètement, et à l'aide d'une tige pointue perforait l'os unguis. Pendant les premiers jours, une petite tente de charpie était placée dans cette ouverture, pour l'empêcher de se refermer ; puis, quand la plaie était bien nétoyée, il remplaçait la mèche par une canule en or, en argent ou en plomb, d'une longueur de six à huit lignes, suivant la conformation du nez. Cette canule, que l'on mettait en place à l'aide d'un stylet, était légèrement conique, et munie à son orifice extérieur d'un rebord large pour affaisser les chairs qui auraient pu s'élever dans le sac lacrymal. Quand les larmes commençaient à suivre cette voie, il substituait à cette première canule une seconde de même longueur, également conique, mais sans rebord à son ouverture, puis il cicatrisait la plaie extérieure, et pendant quelques mois il faisait porter à ses malades un compresseur destiné à maintenir la canule en place.

Saint Yves, qui vivait en même temps que Woolhouse, avait aussi recours, dans le commencement de sa carrière, à la perforation de l'os unguis à l'aide de la cautérisation; mais il n'employait cette dernière que quand les antiphlogistiques, la compression, les collyres excitans ne réussissaient point à guérir la fistule lacrymale. Il paraît être un des premiers qui aient placé dans cette ouverture artificielle un corps étranger destiné à la maintenir béante. Plus tard, vers la fin de sa vie, ayant eu connaissance des procédés de Woolhouse, il employa l'instrument tranchant, et préféra faire l'incision dans le grand angle de l'œil, de manière à éviter la section du tendon du muscle orbiculaire des paupières, section qui était presque constamment suivie d'éraillement ou de rétrécissement de ces dernières. Au lieu d'une canule, il se servait d'une petite tente de bois, de plomb ou de linge ciré.

Monro, en Angleterre, employait une alêne de cordonnier pour perforer la partie malade de l'os, qu'il enlevait ensuite avec de petites tenailles. Il maintenait béant cet orifice au moyen d'une tente ou d'un séton introduit de bas en haut.

Heister, en Allemagne, regardait comme inutile l'extirpation du sac lacrymal, perforait largement la partie de l'os altérée, et laissait à demeure une canule plus longue et plus large que celle de Woolhouse.

J.-L. Petit conseille de découper l'os unguis en petits fragmens avec un burin et cela le plus bas et le plus obliquement possible.

G. Pellier père, employait aussi la canule de Woolhouse, aux extrémités de laquelle il ajoutait deux bourrelets circulaires, afin que, les parties se resserrant dans leur intervalle, l'instrument fût fixé d'une manière immobile.

Poit, en Angleterre, dans les cas de carie seulement, perforait l'os unguis avec un trocart courbe, introduisait pendant les premiers jours de cette ouverture une tente de linge. Lorsque ses bords paraissaient vouloir se cicatriser, il mettait une canule de plomb autour de laquelle la cicatrice se formait, et qu'il n'enlevait qu'après la consolidation de celle-ci.

J. Hunter se servait d'une canule d'acier semblable à l'emporte-pièce des bourreliers, et d'une plaque en corne ou en ébène, recourbée de manière à pouvoir être portée dans le méat moyen des fosses nasales et destinée à servir de point d'appui à l'emporte-pièce.

Scarpa est presque le seul qui soit, de nos jours, revenu à l'emploi du cautère actuel d'après les vues de Saint-Yves. Il portait à la partie inférieure et interne du sac lacrymal une tige métallique chauffée à blanc, avec laquelle il pénétrait dans le nez. Il garantissait les parties voisines à l'aide d'une canule conique à parois très épaisses et supportées par un manche long de plusieurs pouces.

Appréciation. Tous les chirurgiens s'accordent maintenant à rejeter comme méthode générale de traitement de la fistule lacrymale cette création d'une voie artificielle à travers l'os unguis. Cette opération est, en effet, plus longue, plus féconde en accidens et moins sûre dans ses résultats que celle qui consiste à rétablir et à maintenir également à l'aide d'une canule l'intégrité des voies lacrymales. Mais si, dans la majorité des cas, on doit se garder d'employer cette méthode, il en est cependant un certain nombre, peu considérable à la vérité, où l'on doit y avoir recours, c'est lorsque l'os unguis est en partie détruit par la carie, ou bien lorsqu'il existe dans le canal nasal un obstacle absolument insurmonable occasionné ou par une exostose, ou par une déviation du canal ou son oblitération complète. (Marjolin, *Dictionn.* en 21 vol., t. IX, pag., 135.) Ajoutons encore les cas d'absence congéniale de canal nasal.

Nous n'ignorons pas, il est vrai, que quelques chirurgiens conseillent d'imiter Dupuytren, qui taraudait l'os maxillaire supérieur dans la direction connue du canal. Mais si celui ci est obstrué par une colonne osseuse qui en occupe toute l'épaisseur, comment espérer que le foret agira sur cette colonne compacte, sans dévier de côté ou d'autre, chose d'autant plus facile que sur le côté du canal il ne rencontrera aucune résistance ? Si, au contraire, le canal est détruit par le rapprochement de ses parois, comme cela a lieu pour les alvéoles vides, comment en creuser un nouveau dans le même sens, puisque les parois y manqueront ? Et enfin, si le canal est simplement oblitéré par l'adhésion de ses parois muqueuses, à quoi bon un foret pour percer des parties molles ? et enfin, dans tous les cas, qui peut dire que l'instrument ne s'égarera pas ? (Malgaigne, *Manuel de méd. opérat.*, 3e édit., p. 390.)

Samuel Cooper, dans son *Dictionnaire de chirurgie*, rejette entièrement cette méthode. Je n'ai jamais trouvé, dit-il, un cas où j'aie cru qu'il pût être nécessaire d'établir un passage artificiel entre le sac lacrymal et la narine, et on peut croire que la nécessité de pratiquer ces opérations est très rare, d'après ce qu'a fait observer Travers, qui ne croit pas que la perforation de l'os unguis soit jamais indiquée réellement. (*A synopsis of the diseases of the eye*, p. 379, in-8°. London, 1820.)

Beer se prononce aussi contre cette pratique. Il n'a pas été témoin d'un seul cas, soit dans sa propre pratique, soit parmi les malades qu'il a eu l'occasion de voir sous d'autres praticiens, où la perforation de l'os unguis ait eu un heureux résultat. Au contraire, chez un jeune garçon bien portant, l'opération, qui avait été faite par un chirurgien très expérimenté, fut suivie de la destruction de l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur, de l'un des os du nez et de tous les os contribuant à la formation de la commissure de l'orbite dans le nez. (*Voy.* Lehre., *Van den augenkrankheiten*, t. II, pag. 18, in-8°. Wienn. 1813 - 18 7.) Beer préfère abandonner la fistule à elle-même ; il n'admet la voie nouvelle à travers l'os unguis que dans le cas d'oblitération simultanée des points et conduits lacrymaux et du canal nasal.

Malgré l'opinion de ces chirurgiens, nous pensons, avec M. Marjolin, qu'il est des cas où l'on doit recourir à la perforation de l'os unguis. Ceci une fois admis, l'on est conduit naturellement à se demander quel procédé l'on doit suivre, c'est-à-dire quel est le procédé qui offre le moins de chance de récidive. La réponse à cette question se trouve dans l'examen des causes qui peuvent amener l'occlusion du trou pratiqué à l'os unguis

Ces causes sont au nombre de trois (Malgaigne, *Thèse de concours*, 1835) : 1° la muqueuse du sac lacrymal qui se gonfle ou laisse pulluler des bourgeons qui bouchent l'ouverture ; 2° la muqueuse nasale qui est bien plus épaisse et bien plus disposée à la tuméfaction ; 3° enfin, toutes les pertes de substances artificiellement faites à nos tissus, surtout quand elles ont une forme ronde, tendent à se rétrécir continuellement ; le tissu osseux n'est pas même exempt de ce travail intestin qui rétrécit jusqu'aux couronnes de trépan sur le crâne.

Il n'y a que deux moyens de prévenir cette oblitération ; le premier consiste à détruire à peu près toute la paroi interne du sac, c'est ce que conseille M. Gerdy. (*Voir* Journal des Connaissances médic.-chirurg., 1836. T. 1er, pag. 112.)

Le second, qui est certes le plus avantageux de tous, consiste dans l'emploi de la canule de Woolhouse telle qu'elle a été modifiée par Pellier. Les deux renflemens qu'elle présente la maintiennent invariablement en place en l'empêchant soit de tomber dans les fosses nasales, soit de se porter du côté du sac et de soulever sa paroi externe.

---

de l'Eglise et les conciles, aux conciles les papes et les théologiens ; de même, en chirurgie, l'autorité passe d'Hippocrate à Galien, de Galien aux Arabes et des Arabes aux Arabistes. Au 16e siècle, éclate enfin une première réforme : Luther secoue le joug des autorités récentes, et ne veut plus obéir qu'à l'Evangile ; Ambroise Paré reniera les Arabes et les Arabistes pour remonter à Hippocrate même par-dessus Galien. Suivez ce progrès : l'esprit humain n'a fait encore que changer de maîtres. Voici Descartes qui fera table rase pour tout réédifier sur des bases nouvelles ; la chirurgie marche à la suite ; et, comme tout à l'heure Paré avait cessé de citer les Arabes et les Arabistes, Mauriceau, Dionis et surtout J.-L. Petit, le premier représentant de la chirurgie cartésienne, ne citeront ni anciens, ni modernes, du moins parmi leurs prédécesseurs. Tout à côté de cette nouvelle philosophie, et même le premier par les dates, Bacon en avait élevé une autre, bien supérieure sans aucun doute, mais trop forte pour son époque ; il fallait attendre son tour. Son tour viendra au 18e siècle, dans la patrie même de Bacon, où ses idées seront mieux comprises ; et c'est par-là que l'école anglaise, avec John Hunter à sa tête, a pris tout à coup un si magnifique élan qu'elle a un moment dépassé l'école française, et que celle-ci n'a pu rejoindre sa rivale qu'en adoptant pour règle une sorte de mélange des idées de Descartes et de Bacon.

Tel est donc le vaste tableau que nous aurons à peindre ; mais, dans cette succession de dynasties philosophiques, dans ces bouleversemens de la science qui a vu quelquefois son sol balayé tout entier, resterons-nous oisifs spectateurs sans remonter enfin aux causes de ces grands événemens, sans rechercher comment les dogmes philosophiques eux-mêmes ont eu légitimement leurs jours de triomphe, et ont légitimement succombé ? Sans rejeter la Providence, je pense que les destinées humaines ont cependant aussi leur fatalité, et que beaucoup de faits accomplis n'auraient pas pu ne pas s'accomplir. L'esprit humain a ses jours de force et de faiblesse, d'accroissement et de déclin ; toute philosophie vient à son heure : quand les esprits sont mûrs pour elle, on l'accepte ; si elle vient trop tôt, elle risque d'être incomprise, et il lui faut attendre. D'ailleurs, il ne faut pas croire, parce que nous les répudions chacune à leur tour, qu'elles soient absolument mauvaises et fausses ; l'esprit humain ne se laisserait pas prendre à une complète erreur. Il y a dans chacune une portion de vérité qui a légitimé son triomphe, et qui a servi plus ou moins au progrès de la science ; c'est ainsi qu'à chaque époque nous aurons à montrer quelle a pu être l'utilité du dogme triomphant, comme aussi quelle a été la fâcheuse influence.

Jusque là, Messieurs, et en nous bornant aux époques écoulées, le péril est peu de chose, ou plutôt il n'y en a pas d'autre que de nous montrer au-dessous de notre mission ; mais nous aurons à aborder l'époque tout à fait moderne, la chirurgie contemporaine ; et, pour celle-ci comme pour les autres, il faudra bien rechercher sur quels fondemens elle repose, à quelle philosophie elle obéit, et si cette philosophie est la meilleure, même pour notre temps. Personne parmi vous, je le suppose, ne pense que la science a atteint de nos jours le plus haut point d'élévation et de progrès où elle puisse atteindre, que l'avenir se trouve déshérité par le présent. Sans parler des grands changemens apportés déjà par l'école anglaise à la chirurgie de J. L. Petit et de son école, vous voyez, chaque jour et par un travail incessant, certaines questions éclairées davantage, certains dogmes ébranlés ou même remplacés par d'autres. Or, quand nous aurons étudié pour chacune des époques précédentes les causes de progrès et de déclin, comment pourrions-nous éviter ce même travail pour l'époque actuelle ? Seulement, vous comprenez avec quelle réserve nous serons contraint de procéder, surtout si par hasard, ce qui n'est pas impossible, l'étude sévère, rigoureuse, inflexible des faits nous obligeait à renoncer à certaines théories, même les plus généralement admises, à brûler quelques idoles, même universellement adorées. Du reste, nous tâcherons, en entrant dans cette voie périlleuse, d'assurer toujours notre terrain autant qu'il sera possible ; nous exposerons fidèlement tous les faits ; et vous-mêmes, avant nous, vous serez en mesure de les apprécier et d'en tirer le corollaire.

C'est là, Messieurs, ce que j'appellerai la philosophie de la chirurgie, qui ne peut pas plus se passer de l'histoire que l'histoire ne peut se passer d'elle. Dire ce que c'est que notre science, non pas seulement par des paroles, mais par des faits ; la montrer dans son origine, dans ses progrès, dans ses retours, dans ses révolutions ; en mettre à nu les fondemens et nous assurer s'ils sont solides : voilà ce que je me propose de faire avec vous. Souvenez-vous seulement d'une chose, que nous aurons soin de vous rappeler dans toutes les parties de ce cours : c'est que nulle autre étude n'apprend aussi bien que celle de l'histoire à concilier le respect et l'admiration pour les maîtres avec le libre examen des doctrines.

Qui suis-je cependant, continue le professeur, pour venir vous entretenir de matières aussi graves, pour fouiller et remuer les fondemens de la science ? Messieurs, je ne suis rien ; la science et la vérité seules sont quelque chose. Si ma parole pouvait avoir ici quelque autorité, je commencerais par vous dire : Méfiez-vous de ma parole. Je désire que vous ne voyiez en moi qu'un homme qui a quelque peu étudié ce sujet, et qui vient vous faire part du résultat de ses études. Je ne viens point pour détruire, et j'aimerais assurément beaucoup mieux édifier ; mais, avant tout, Messieurs, je viens pour vérifier.

— Après ce préambule, un peu long peut-être, mais nécessaire pour expliquer nettement le but et le plan de son cours, M. Malgaigne est entré en matière. Nous allons le suivre recherchant les premières origines de l'art dans ce qu'on a appellé les temps héroïques.

De la chirurgie des temps héroïques.

Les temps héroïques comprendront pour nous un millénaire entier, du 16e siècle avant J.-C. jusqu'au 6e siècle, c'est-à-dire depuis Moïse jusqu'à la captivité de Babylone. Le professeur avait dessein d'abord de negliger cette partie de l'histoire, sur laquelle nous avons fort peu de documens ; mais en relisant ce qui a été écrit par Leclerc, Schultz, Sprengel et autres, il y a trouvé le peu de faits comme tellement défigurés et compliqués de fables étrangères, qu'il s'est résolu à les rétablir. D'ailleurs, n'est ce pas une occasion toute naturelle de nous montrer dès le début comment il compte procéder et dans le choix, et dans la critique, et dans la mise en œuvre des faits ?

Laissons dans l'oubli la chirurgie des Scythes, des Celtes, des Chinois et des Japonais. Tout ce que nous en savons se réduit à très peu de choses ; et ce peu de choses nous arrivant par des auteurs ou des voyageurs fort modernes en comparaison des époques auxquelles on voudrait rattacher les faits, ne nous apporte aucune garantie d'authenticité. Or, sans authenticité des faits, il n'y a ni histoire, ni science.

Une nouvelle raison vient, d'ailleurs, prêter son secours à ce motif d'exclusion. La chirurgie actuelle, comme la civilisation actuelle, descend en droite ligne de ces deux civilisations antiques, la grecque et la juive, qui se rattachent comme à une souche commune à la civilisation égyptienne. Ce sont là, si nous pouvons ainsi dire, les grands courans de l'histoire : les Chinois et autres n'y ont presque rien fourni ; et si quelques voyageurs modernes ont rapporté du Japon, par exemple, le moxa et l'acupuncture, ce sera comme un petit affluent dont nous tiendrons compte en son lieu, c'est-à-dire au commencement du 18e siècle.

Une quatrième cause qui s'oppose à la guérison de la fistule a été développée par J.-L. Petit dans son *Traité des maladies chirurgicales*, elle est inhérente à la méthode elle-même. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« J'ai, moi-même, fait cette opération ; j'étais bien persuadé que le nouveau conduit que j'avais pratiqué s'était conservé, puisque, après la guérison de la fistule, le malade, en se mouchant, faisait sortir l'air par les points lacrymaux ; cependant je n'eus point la satisfaction de voir cesser le larmoiement. Ayant réfléchi sur ce fait, je me persuadai que pour que les larmes coulassent librement dans le nez un canal quelconque ne suffisait pas ; et qu'il en fallait un tel que nous l'avons reçu des mains de la nature. En effet, en perçant horizontalement un trou à la hauteur des points lacrymaux, le nouveau canal abolit la fonction du syphon lacrymal ; la longue branche de ce syphon devient inutile, et les larmes perdent la pente qui les conduit au nez. »

Pour bien comprendre ce passage, il faut se rappeler que, suivant J.-L. Petit, les voies lacrymales représentent un syphon destiné à pomper les larmes dans le sac lacrymal et à les transverser dans les fosses nasales. Deux choses sont essentielles à ce syphon pour l'exercice de ses fonctions : la première qu'il soit plein de fluide, et la seconde que la branche qui trempe dans le fluide soit plus haute que celle qui la dépose.

Y...

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Opération de cancer mammaire datant de huit ans. Plusieurs repullulations. Traitement autoplastique.

La femme qui est devant vous portait, il y a huit ans, un cancer ayant envahi la totalité du sein gauche, dont elle fut débarrassée par Dupuytren. Deux ans après l'opération pratiquée à l'Hôtel-Dieu, la malade vint me voir à l'hôpital Beaujon, où je constatai sous la cicatrice deux petits tubercules de nature carcinomateuse, que j'enlevai sur-le-champ. Elle revint encore me voir deux ans plus tard, portant alors un plus grand nombre de tubercules de même nature, qui envahissaient la totalité de la cicatrice ; quelques-uns même s'étaient développés dans les parties voisines restées saines jusqu'alors. En présence de semblables circonstances, je songeai à faire autre chose que la simple ablation des tubercules. Ceci arrivait à l'époque où, à l'occasion d'un concours à l'Ecole, j'avais fait ma thèse sur l'autoplastie, j'avais examiné avec attention ce qui avait été dit en faveur des opérations autoplastiques à la suite des extirpations de cancers, et les faits, surtout de M. Martinet, de la Creuse, me paraissaient concluans. Je me demandai donc si, à l'aide d'une semblable opération chez cette femme, je ne parviendrais pas à prévenir une nouvelle répullulation du cancer. Si cette pratique avait été suivie de succès, nous en aurions pu tirer des présomptions en faveur de cette opinion, qui fait considérer l'autoplastie comme une opération capable de modifier les conditions de nutrition de la région même sur laquelle on la pratique, par suite de la nécessité dans laquelle celle-ci se trouve, de fournir des matériaux à l'entretien des lambeaux de peau greffés sur elle. On conçoit, en effet, en principe, qu'en forçant une région quelconque, qui jusqu'alors s'était trouvée dans des conditions pathologiques à fournir aux frais de nutrition d'un lambeau sain, ce phénomène de nutrition puisse se modifier, chose très importante dans toute opération qui a pour premier but de débarrasser l'économie d'un cancer, et l'autre, non moins essentiel, de diminuer, de faire descendre, de faire cesser même les phénomènes de modification morbide.

Déjà, je le répète, des faits de cette nature avaient été rapportés par M. Martinet, de la Creuse, ainsi que par d'autres opérateurs ; et moi-même j'avais à me féliciter de l'emploi de l'autoplastie employée comme moyen préventif de la repullulation du cancer, dans un cas de rhinoplastie nécessité par un carcinome du nez tellement étendu, que M. Marjolin même avait pu avoir un moment d'incertitude relativement à l'opportunité d'une opération qui lui paraissait réunir en sa faveur bien peu de chances de succès. Je n'enlevai que tout juste le tissu dégénéré ; le lambeau que j'empruntai au front se greffa parfaitement sur la région nasale, et le cancer ne repullula point.

Chez la femme que je vous présente, le lambeau qui a été fourni par la région épigastrique, se greffa bien partout, excepté à son sommet, qui fut sphacélé, parce que l'expérience ne nous avait pas encore démontré qu'il ne faut le terminer trop en pointe ; mais, au total, l'opération eut, comme vous voyez, un heureux résultat.

Cette malade nous revient encore aujourd'hui par suite d'une nouvelle repullulation du cancer, peu considérable à la vérité, puisque le mal ne fait même pas de progrès depuis trois ans, ce qui tendrait à faire croire, au moins, que si l'autoplastie n'a pas eu le pouvoir d'empêcher la repullulation du cancer, elle en a singulièrement retardé la marche.

Une chose importante à noter, c'est que des points cancéreux se montrent sur le lambeau lui-même, ce qui prouve assurément que les portions de peau saine que l'on greffe sur les plaies résultantes de l'extirpation de cancers, ne sont pas ultérieurement à l'abri de l'infection cancéreuse, quand la reproduction du mal doit avoir lieu.

Du reste, la constitution de la malade n'a aucunement ressenti, jusqu'à ce jour, l'influence de l'affection cancéreuse ; d'autre part, elle ne tousse pas, et il n'y a pas de glandes engorgées dans l'aisselle. Ce défaut de généralisation de la maladie, et les autres bonnes conditions dans lesquelles cette femme se présente, permettent de tenter encore chez elle une nouvelle opération.

K...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 8 juin.

La correspondance comprend : 1° Une lettre de M. Motard, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène : il envoie la liste de ses titres et un exemplaire de ses ouvrages ; 2° Lettre de M. Leuret, qui rectifie quelques faits qui avaient été avancés dans la discussion. La lecture de cette lettre n'a point été autorisée, malgré l'appui qu'elle a trouvé de la part de MM. Louis et Ferrus. MM. Gerdy et Dubois d'Amiens ayant fait remarquer qu'une pareille lecture était contraire aux usages de l'Académie, on a passé à l'ordre du jour (1).

— *M. Castel* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. N'ayant pas été présent à la dernière séance, il n'avait pu prendre part à la discussion sur l'aliénation mentale. Il soutient, comme M. Leuret, qu'il existe des folies sans lésion organique ; il cite pour exemple l'ivresse, qui constitue une sorte de folie, et qui existe sans lésion organique. La folie sénile se trouve dans le même cas. Le stimulus moral agit dans beaucoup de cas comme l'alcool, produit instantanément la perte de la raison sans altérer matériellement les organes.

Plusieurs membres demandent à combattre cette opinion ; mais l'Académie consultée passe à l'ordre du jour.

Narcotisme, névralgies. — M. Levrat aîné, ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit un travail intitulé : « Des heureux effets du narcotisme dans quelques cas de névralgie réfractaire aux autres moyens. » L'auteur rapporte cinq observations, dont trois de sciatique chronique accompagnée d'atrophie du membre, et deux de névralgie faciale ; il a administré 10 à 30 centigrammes (2 à 6 grains) d'opium par jour, et il a déterminé par là des symptômes de narcotisme assez graves pour réclamer l'usage des saignées, des émétiques et des boissons acides. Durant cette espèce de lutte entre les symptômes de l'opium et les agens antiphlogistiques, la névralgie s'est dissipée après un mois ou six semaines de traitement, et les malades ont été radicalement guéris (Commissaires : MM. Jolly et Bricheteau.)

Trachéotomie, croup. — M. Maslieurat lit deux observations de croup, dont l'une sur un enfant âgé de vingt-cinq mois, l'autre sur un enfant de deux ans ; et sur lesquels il a pratiqué la trachéotomie. Tous les deux étaient mourans au moment de l'opération. M. Maslieurat a été assez heureux pour sauver le premier. N'ayant pas de canule à sa disposition pour entretenir béans les bords de l'ouverture, M. Maslieurat a fiché dans chaque côté une épingle qu'il a pliée en crochet comme un hameçon, et à ces deux épingles, il a attaché deux fils qu'il a passés autour du cou et liés à la nuque ; l'ouverture est restée parfaitement béante, et la respiration s'est faite librement. L'un des opérés a rejeté une fausse membrane canaliculaire parfaitement organisée, que l'auteur a montrée à l'Académie. (Commissaires : MM. Guersant, Blandin et Bérard.)

Magnétisme animal. — M. Gerdy lit un mémoire intitulé : Remarques sur la vision des somnambules et des magnétiseurs. (Mouvement de curiosité et d'hilarité ; attention générale.) Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de démontrer que le magnétisme animal, la vision des somnambules et des magnétiseurs, n'est que de la jonglerie (textuel). Pour cela, il a raconté d'abord ce qu'il a observé aux séances données par mademoiselle Pigeaire et par M. Frappart, et expliqué comme quoi tous les somnambules qu'on lui a présentés comme infaillibles se sont trouvés en défaut devant lui, n'ayant vu que lorsqu'ils ont pu, par des grimaces et des mouvemens grotesques, déplacer le bandeau et les autres corps opaques pour permettre à quelques rayons de lumière d'arriver jusqu'à leurs yeux.

M. Gerdy a fait des expériences sur lui-même et sur d'autres personnes, en se couvrant les yeux exactement comme mademoiselle Pigeaire et comme les somnambules de M. Frappart, et, à force de contracter les muscles des paupières et de la face, il a fini par faire pénétrer de la lumière et par voir, jouer aux cartes et lire, bien que les yeux paraissent parfaitement bouchés par l'appareil. Les personnes que M. Gerdy a soumises à la même épreuve sont arrivées au même résultat, et l'une d'entre elles était devenue assez habile pour se faire prendre pour somnambule-lucide par des personnes croyantes au magnétisme. M. Gerdy a expliqué expérimentalement le prétendu miracle magnétique et la source des jongleries somnambuliques (textuel). Arrivant ensuite à des considérations générales, l'auteur a hautement intéressé l'Académie en rappelant surtout, d'une part les prospectus pompeux des magnétiseurs, d'autre part l'échec qu'ils ont tous éprouvé devant le prix de 3000 francs fondé par M. Burdin, prix qui est resté pendant trois années comme un défi permanent, et qui a confondu, réduit au néant les magnétiseurs et le magnétisme. M. Burdin, cependant, leur demandait beaucoup moins que ce qu'ils promettaient ; il ne leur demandait que le plus faible degré de clairvoyance, la lecture à travers une feuille de papier opaque. Assurément on ne peut pas dire des magnétiseurs : Qui peut plus, peut moins !

La discussion générale à la prochaine séance.

Séance levée à cinq heures.

(1) *Voir* cette lettre plus loin.

C'est donc, pour nous, à l'Egypte que tout commence, l'Egypte qui, en se taisant elle-même, parle si hautement dans ses deux créations la Judée et la Grèce. Or, du 15e au 10e siècles de Moïse à Homère, nous ne savons rien sur l'Egypte que par les livres des Hébreux, et cela est si peu important que nous le comprendrons dans ce que nous avons à dire des Hébreux même.

Dans la civilisation juive il n'y avait pas de médecine. On lit, à la vérité, dans la Genèse, que Joseph fit embaumer son père par ses serviteurs *médecins*. Mais peut-on affirmer que le mot ainsi traduit avait cette signification ? et ensuite, doit-on regarder l'embaumement comme un acte appartenant à la médecine ? Du reste, la question est facile à éclairer si nous nous demandons quelle était la physiologie de ces temps reculés. L'homme avait été formé de limon ; ce cadavre formé, Dieu l'avait animé en lui envoyant dans les narines un souffle de vie. La vie était donc ce souffle ; c'était l'ame qui, aux yeux de Moïse, avait son siége dans le sang ; aussi le législateur défendait-il aux Hébreux de manger le sang des différens animaux. Et cette idée d'un souffle qui, par les narines, arrive dans le sang, nous la retrouvons apportée par la tradition peut-être dans les écrits d'Hippocrate et de Gallien. L'ame étant donc confondue avec le souffle, disparaissait avec lui. C'est au temps de Daniel seulement qu'il est parlé, dans la Bible, *de la vie éternelle* ; et, en conséquence, il n'y avait d'autre sanction aux lois divines que les châtimens durant la vie terrestre. Aussi toute la religion, toute la législation de Moïse ne reposent que sur les menaces répétées de ces châtimens, et, parmi les plus communs et les plus directs, il faut compter pour le peuple les épidémies, pour les individus les maladies sporadiques. C'est Dieu qui envoie toutes les maladies ; Dieu seul peut les guérir, aussi s'adresse-t-on toujours à lui seul.

En vain on a avancé que Moïse était un médecin ; en vain on a imaginé que les sacrificateurs avaient été institués pour guérir la lèpre. Telle n'était pas leur mission : ces sacrificateurs étaient de véritables officiers d'une certaine police médicale. Ils faisaient venir le malade ; ils l'enfermaient pendant sept jours, et si, après ce premier septenaire, le diagnostic n'était pas certain, le patient était encore séquestré pendant sept jours. Jamais il n'est fait mention de la moindre tentative de thérapeutique. Cette loi, qui se reproduit dans les temps même postérieurs, était suivie avec la plus grande sévérité, et la séquestration d'Osias nous en offre un exemple bien frappant : c'était un roi de Judas ! Avec la complaisance la plus exercée, il est impossible d'envisager cette mesure sous un autre rapport que sous celui de l'Hygiène. Du reste, ce n'est pas la seule de ce genre qui eût appelé l'attention du grand législateur. Toutes les purifications prescrites aux Juifs n'avaient pas seulement pour objet de les accoutumer à l'obéissance ; mais elles se proposaient encore d'entretenir la santé et de prévenir les maladies. Convaincu que la propreté est impérieusement commandée dans les pays chauds, Moïse avait ordonné aux soldats en campagne de quitter le camp toutes les fois que les besoins de nature se feraient sentir. Eux-mêmes, ils devaient creuser une fosse ; eux-mêmes, il devaient la recouvrir. Aujourd'hui les réglemens sanitaires de nos armées ne sont certainement pas plus sévères. Tous ces faits nous prouvent jusqu'à l'évidence que Moïse attachait la plus grande importance aux précautions hygiéniques ; mais aucun texte ne signale le moindre acte médical. Bien qu'il connût les ulcères, quelques maladies de la peau, les hernies (1), certaines gibbosités, les claudications, les hémorrhoïdes et le *flux de chair chez l'homme* (2), nous ne trouvons nulle part indiquée l'administration d'un moyen curatif. C'est toujours à Dieu qu'il fallait s'adresser. Du reste, il en était de même parmi les nations voisines, et nous en voyons un frappant exemple chez les Phéniciens ou Philistins, alors florissans. Pour se délivrer d'une épidémie de diarrhée qui exerçait les plus terribles ravages, ils ne consultent aucun médecin, mais seulement leurs prêtres, et ceux-ci décident que, pour apaiser le Dieu des Juifs offensé, on lui offrira des espèces d'*ex voto*, au nombre desquels figuraient cinq fondemens en or, représentation de la partie souffrante.

La première fois que les médecins furent consultés, ce fut pour le roi Asa, c'est-à-dire 700 ans après Moïse ; et il est à noter que, alors même, l'écrivain sacré s'indigne contre l'intervention des hommes dans des cas qui relèvent de Dieu seul.

Ainsi donc, la médecine interne ne se développa que très tard ; tandis que la chirurgie existait déjà depuis long-temps. Cela peut se comprendre aisément : les maladies internes, venant de Dieu, ne pouvaient être guéries que par Dieu ; les lésions traumatiques, venant des hommes, appelaient naturellement le secours des hommes. Pour ces plaies, il y avait des panseurs ; et c'est probablement à cause des bandages dont on entourait les momies, que les serviteurs de Joseph ont été appelés du nom des seuls guérisseurs d'alors. Toutefois, même avant la naissance de Moïse, on signale trois opérations : la circoncision et deux procédés de castration, soit par froissement des testicules, soit par incision. L'époque de la fièvre traumatique qui survient après la circoncision est assez bien indiquée : les enfans de Jacob attendent au troisième jour de l'opération pour attaquer les Sichimites qui s'étaient fait circoncire. Mais ces connaissances chirurgicales n'allaient pas bien loin : et, pour des plaies un peu compliquées, telles que des morsures de serpens, Moïse ne trouve d'autre remède que d'invoquer le secours de Dieu, et de faire élever un serpent d'airain dont la seule vue devait guérir tous les blessés.

Si, chez les Hébreux, la chirurgie ne jouait pas encore un rôle, l'art des accouchemens était assez avancé. Nous pouvons juger de son état en suivant les détails que donne l'Ecriture sur l'accouchement de Rebecca et sur celui de Rachel, qui fut mère de Joseph, et mourut en donnant le jour à Benjamin. Pharaon parle d'une chaise particulière qui était destinée aux accouchées ; et il est facile de s'assurer que leur régime est admirablement noté par Moïse.

En parlant du roi Asa, nous avons vu pour la première fois des médecins appelés auprès du malade ; cette époque remonte à l'an 916 avant J.-C. Ces médecins, suivant toutes les probabilités, venaient d'Egypte : car Homère, qui vivait en l'an 900 avant J.-C., dit positivement que l'*Egypte est le pays du monde où les médecins sont les plus habiles*. Mais là encore, il ne devait s'agir que de médecine externe ; en effet, le roi Asa souffrait d'un mal de jambe ; et nous verrons qu'au temps d'Homère, les Grecs, qui avaient déjà pu puiser chez les Egyptiens, ne connaissaient encore que la chirurgie.

Laborde de Condom.

(1) Les détails que l'écrivain sacré donne sur la mort de Johram, permettent de l'attribuer à l'existence d'une hernie étranglée.

(2) Il est impossible de décider si ce flux de chair, chez l'homme, était la gonorrhée ou la diarrhée.

Lettre à M. le Président de l'Académie de médecine.

Monsieur le Président,

Le rapport de M. Double, lu dans la dernière séance de l'Académie de médecine, a donné lieu à de nombreuses objections de la part de plusieurs membres de cette compagnie contre la doctrine que je professe sur le traitement de l'aliénation mentale.

On a prétendu :

2° Que je négligeais l'emploi des moyens physiques pour me servir exclusivement des moyens moraux.

J'ai, au contraire, déterminé positivement quels sont les cas où ce mode de traitement était applicable ; j'ai dit qu'il convenait quand la folie n'est pas compliquée de symptômes physiques, et j'ai prouvé par des exemples qu'il guérit des aliénés dont la maladie a résisté à l'action des médications ordinaires.

2° Que j'usais, envers les aliénés, de rigueurs inutiles.

Cette accusation dont on me poursuit, je ne m'attendais pas à ce qu'elle fut reproduite devant l'Académie, et surtout en présence de la commission qui a visité mon service et vu mes malades. Je dirai, pour y répondre, que par l'emploi de quelques douches, dont la durée n'a jamais été au-dela de trente secondes, et à l'aide de tracasseries suscitées à propos, j'ai détruit des idées délirantes chez un homme qui, précédemment et avec un médecin partisan des méthodes usitées, avait résisté à des douches d'une demi heure et à trois applications de fer rouge sur la tête et à la nuque.

3° Que j'avais modifié mon opinion sur l'emploi du traitement moral contre les hallucinations.

J'ai, en effet, modifié mon opinion sur ce point. Je regardais, avec tous mes confrères et mes maîtres, les hallucinations comme étant un symptôme purement physique, devant être combattu par des moyens physiques ; mais, voyant l'insuffisance de ces moyens, j'ai eu recours au traitement moral, et la première fois que je l'ai fait, ayant obtenu en un seul jour la guérison d'un halluciné qui, traité depuis trois mois, par les moyens ordinaires, avait conservé toutes ses hallucinations, j'ai étendu aux hallucinés l'emploi du traitement moral.

4° Quoi j'obtenais moins de guérisons que mes confrères.

Je vais répondre par des chiffres. Au mois de juillet dernier, j'ai été nommé médecin en chef de l'une des sections d'aliénés de Bicêtre et à dater de cette époque, j'ai dressé des tableaux statistiques pour les malades de ma section.

Depuis le 1er juillet jusqu'au 31 décembre, j'ai reçu 132 individus, dont 4 doivent être retranchés parce qu'ils simulaient la folie, et 14 autres parce qu'ils étaient épileptiques non aliénés. Le nombre est de 114 pour les aliénés et les imbéciles admis pendant le dernier semestre de 1840. Pendant le même temps, j'ai eu 59 guérisons et 5 améliorations assez notables pour que les malades pussent être rendus à leur famille. 59 est à l'égard de 114, comme 1 est à 1,93, c'est-à-dire un peu plus de la moitié. J'ai donc guéri un peu plus de la moitié de mes malades.

Plusieurs médecins d'aliénés, en rédigeant leurs statistiques, ont retranché du nombre des aliénés mis en traitement ceux qui sont évidemment incurables. Or, les individus en démence sénile et ceux qui sont atteints de paralysie générale sont regardés comme incurables ; j'en ai reçu 38 qui, retranchés de 114 nombre des aliénés entrés, laissent 76 malades en traitement (notez que parmi ces 76 je compte encore des imbéciles). Or, 59 guérisons sur 76 entrées, c'est une guérison sur 1,29 centièmes de malades entrés.

A ceux qui ne trouveraient pas satisfaisante cette proportion dans les guérisons comparées aux entrées, j'opposerais une statistique de Bicêtre, publiée par M. Ferrus dans l'ouvrage intitulé *Des Aliénés*. A la page 172 de cet ouvrage, on lit que pendant les années 1831, 32 et 33, la proportion entre les guérisons et les admissions, a été, pour les malades curables, de 1 sur 2,55 ; pour les malades réputés incurables, de 1 sur 73,66 ; et pour tous les malades réunis, de 1 sur 3,80, presque 1 sur 4. Or, si M. Ferrus n'a guéri que le quart de ses malades, et que je guérisse la moitié des miens, et cela dans le même hôpital, pourra-t-on dire que le mode de traitement que j'ai suivi soit inferieur à celui de mes prédécesseurs et de mes confrères ? Non, assurément ; et je prendrais volontiers pour juge, dans cette question, M. Ferrus lui-même.

5° Enfin, on a avancé que tous ceux dont j'avais annoncé la guérison étaient retombés malades.

Sur 27 cas qui ont été publiés soit par moi, soit par un de mes élèves, M. Millet, il y en a un où l'effet du traitement a été nul, six où la guérison m'a paru douteuse, deux qui ont eu des rechutes, l'un après plus d'un an de bonne santé, l'autre après quelques semaines tout au plus (ce dernier est un ivrogne) : reste donc 18 guérisons sur la solidité desquelles j'ai lieu de compter. Parmi les guérisons douteuses, j'ai placé deux cas qu'il eût peut-être été plus convenable d'appeler des natures douteuses ; car il est des hommes bizarres qui, devenant aliénés, ne peuvent être guéris que de leur aliénation, et qui conservent après la guérison l'étrangeté de leur manière d'être habituelle.

L'un était l'époux de la duchesse de Berry, il ne l'est plus ; on lui devait 500,000 francs, on ne les lui doit plus ; il a vociféré pendant huit ou dix ans, il ne vocifère plus ; mais il a encore des idées fausses, des prétentions exagérées, il écrit sur la politique des choses décousues, soit ; mais ne le faisait-il pas avant d'être réputé aliéné ? et tous ces changemens heureux qui se sont opérés en lui ne sont-ils pas le résultat du traitement moral ?

L'autre était l'Alcyon des hommes, Napoléon, etc., etc., il est simplement M. tel ; il appelait Paris la ville de Langres, c'est maintenant Paris ; il regardait tous les hommes comme des femmes déguisées, il distingue, sans se tromper jamais, les hommes des femmes ; il était incapable d'attention, il est attentif, réfléchi, calculateur ; il a composé des comédies et des contes, et passe une partie de son temps dans les bibliothèques publiques, où il compulse les ouvrages anciens ; il ne voulait pas avoir été militaire, il sait si bien l'avoir été qu'il a demandé un secours au ministre de la guerre, secours qui lui a été accordé ; il ne reconnaissait à l'argent aucune valeur, et il compte sous par sous son petit pécule ; il économise si bien aujourd'hui qu'on pourrait l'appeler avare. Mais il a encore des bizarreries, il fuit la société, il est égoïste, soit ; mais ne l'était-il pas avant d'être aliéné, et toutes les convictions délirantes qu'il n'a plus, convictions que les traitemens ordinaires mis en usage pendant quinze ans n'ont pas empêché de s'aggraver ou de se multiplier, par quels moyens ont-elles été détruites ? Par des moyens moraux.

Je n'accepte donc comme valable aucune des objections qui ont été faites contre le traitement moral de la folie ; ce traitement est basé sur la raison, il a déjà pour lui la sanction de l'expérience, et le temps n'est peut-être pas éloigné où l'on s'étonnera de l'opposition qu'il rencontre aujourd'hui.

Veuillez, M. le président, me pardonner la longueur de ma lettre et agréer l'hommage de mes sentimens respectueux,

8 juin 1841. LEURET.

Remède contre la cocote des bêtes à laine ; par M. MALINGIÉ.

Ce moyen consiste à faire passer les animaux dans un lait de chaux, de manière à ce que leurs pattes seules trempent dans le remède. On se sert pour cela de deux caisses en bois blanc, bien jointes, mises à la suite l'une de l'autre, et placées à la porte des bergeries. Ces caisses ont chacune 0 m. 974 (3 pieds) de largeur sur 1 m, 299 de longueur et 0 m, 162 de profondeur. On les met bien de niveau à l'aide d'un peu de fumier, on les remplit d'eau à la hauteur de 0 m, 108, et on y délaie de *l'hydrate de chaux* à la quantité d'un sceau d'eau ordinaire. On place une claie de chaque côté des caisses, et l'on force les animaux les à traverser. Ils font d'abord quelques difficultés, mais on en vient à bout avec de la patience, et bientôt le passage s'effectue très facilement. Il est bon, les premières fois, de jeter un peu de paille sur les caisses, afin de dissimuler le liquide qu'elles contiennent. Les deux caisses sont indispensables à la suite l'une de l'autre ; les animaux sauteraient, s'il n'y en avait qu'une, et, d'un autre côté, une caisse de plus de 1 m, 209 de longueur est peu maniable et peu solide ; deux de 1 m, 299 sont donc préférables. Les deux premiers jours, on fait passer les animaux trois ou quatre fois dans le bain ; plus tard, une fois suffit. Il est bon cependant, vu la tenacité de la maladie et son caractère contagieux, de continuer le remède pendant un certain temps ; il est du reste facile, si peu coûteux, si expéditif, qu'il ne répugne ni aux maîtres, ni aux bergers.

L'hydrate de chaux n'est autre chose que de la chaux fondue dans une fosse ou un baquet, à la manière des maçons, et réduite en consistance de bouillie.

Je m'étais d'abord servi d'acide sulfurique du commerce que j'étendais de cinq fois son volume d'eau ; ce remède est parfait, mais beaucoup plus coûteux que la chaux, et plus désagréable à employer. Quelques bêtes résistent au traitement ; ce sont celles chez lesquelles quelques dispositions de la corne du sabot, ou quelque obstacle matériel s'opposent à l'entrée du remède. On visite ces animaux, on coupe la corne, on met le mal à nu, et bientôt il guérit, en passant dans le bain.

Sur 500 moutons malades, 2 ou 3 pour 100 au plus boitaient encore après trois jours de ce traitement.

Il est toujours utile de faire nettoyer les bergeries, et de renouveler souvent la litière.

Je présume que le même moyen amènerait le même résultat chez les porcs et les bœufs ; mais ces derniers sont trop lourds et rarement réunis en assez grand nombre, pour qu'il puisse être avantageux de l'essayer. (*Le Cultivateur.*)

Nous recommandons à nos lecteurs les Etudes hygiéniques sur les femmes, par le docteur V. Raymond (*voir* l'annonce du 8 juin). Ce livre, qui s'adresse aux médecins et aux gens du monde, se recommande autant par les idées philosophiques qui y sont exprimées sur la condition des femmes, que par les principes d'hygiène. — 1 vol. grand in-18 ; prix 3 fr., par la poste 3 fr. 50 c. — Chez Desloges, éditeur, rue Saint-André-des-Arts, 39.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 12 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 72, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

LEÇONS SPÉCIALES SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.

Troisième leçon. — *Considérations séméiotiques. Paralysie.*

La paralysie est sans contredit le phénomène le plus intéressant que nous fournit la séméiologie des affections cérébrales; car le mouvement est la fonction la plus facile à apprécier, celle qui tombe le plus facilement sous nos sens.

D'abord, en commençant, je rappellerai votre attention sur les propositions que nous avons énoncées dans la première leçon. Sur elles, nous nous sommes appuyés dans la solution de ce problème : *le cerveau est-il un organe simple?* et nous avons, sur ce point, développé nos idées dans la dernière séance. Nous croyons donc maintenant suffisamment démontré que le cerveau, exerçant plusieurs fonctions, doit renfermer tout autant de parties qui correspondent à chacune d'elles. Ainsi, il doit en exister une pour l'intelligence, une autre pour le mouvement, une troisième pour le sentiment, d'autres pour les sensations, une autre enfin pour la voix et la parole; et, si même nous nous rangions à l'opinion de quelques physiologistes, nous admettrions peut-être un sixième organe présidant au sommeil. Là encore l'observation pathologique nous est venue en aide; elle nous a appris que souvent ces fonctions pouvaient être lésées indépendamment les unes des autres, souvent aussi simultanément. Quant à leur exercice, il est hors de doute qu'elles peuvent agir tantôt plusieurs ensemble, tantôt, au contraire, séparément.

Mais, à toutes les assertions que nous avançons ici, je prévois une question qui en découle naturellement, qui leur est entièrement liée, et pour la solution de laquelle il nous sera impossible de nier notre ignorance; c'est celle-ci : *quel est, dans le cerveau, le siége spécial à chacune de ces fonctions?* Nous allons tâcher d'y répondre, autant toutefois que l'état actuel de la science nous en fournira les moyens.

D'abord on peut dire que, pour le sentiment et le mouvement, les organes qui y président doivent avoir un siége presque identique, ou du moins peu éloigné l'un de l'autre; car il est extrêmement rare de ne pas les voir s'exercer simultanément. On a admis dans ces derniers temps qu'il existait des nerfs destinés au mouvement et au sentiment; que dans la moelle les racines postérieures servaient à la transmission de la seconde de ces fonctions, et les racines antérieures, au contraire, à celle de la première. C'est de là que l'analogie a porté à reconnaître dans le cerveau deux parties chacune pour l'une de ces fonctions.

Pour moi, il n'y a d'autre différence entre ces deux ordres de nerfs que celle que je me forme quand je considère les uns comme nerfs afférens, les autres comme efférens, différence exactement semblable à celle qui existe entre les artères et les veines. Quoi qu'il en soit, d'après même l'idée qu'on a pu se former de l'existence de deux espèces de nerfs, il n'est pas absolument nécessaire d'admettre deux centres auxquels ils aboutissent; de même qu'il n'existe pas deux centres pour le système vasculaire, mais bien un seul, le cœur.

MM. Foville et Delaye, pensant que l'intelligence et le mouvement ne pouvaient s'exercer dans le même point du cerveau, cherchèrent la solution de ce problème dans l'anatomie pathologique. Ils s'efforcèrent de démontrer que dans un cas de lésion de l'intelligence, on trouvait constamment une lésion quelconque dans la portion corticale du cerveau; qu'au contraire, dans un cas de perversion du mouvement, c'était la matière blanche qui se trouvait attaquée. Mes propres observations m'ont souvent prouvé le mérite de ces assertions; ainsi, dans tous les cas d'altération à la circonférence du cerveau, j'ai assez constamment trouvé un trouble dans l'intelligence.

Nous nous résumerons donc ici en disant, et jusqu'à présent c'est là mon opinion bien fondée, que la partie extérieure du cerveau est dévolue plus particulièrement à l'intelligence, et le centre, ou partie blanche, au mouvement.

Aussi, en m'appuyant sur ces données, me voyez-vous dire souvent au lit du malade : « Il y a là une lésion superficielle du cerveau tendant à devenir plus profonde. »

Paralysie. Par paralysie, on entend la diminution ou l'abolition complète du mouvement, et quelquefois du sentiment aussi; mais le plus souvent du mouvement seul. Il peut arriver cependant que la sensibilité seule se trouve abolie sans qu'il y ait perte du mouvement; mais ce dernier cas est excessivement rare.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous montrer quel pas immense nos propositions sur l'organicisme ont fait faire aux progrès de la science; et la paralysie en est la preuve la plus frappante, l'application la plus sûre. Bichat ne voyait dans la paralysie que les propriétés vitales lésées. Il employait alors tous les excitans possibles, tant externes qu'internes, afin de remonter, de ramener les propriétés vitales à leur état normal. Et voilà les erreurs funestes dans lesquelles va nous jeter l'admission des propriétés vitales. Pinel aussi considérait la paralysie comme une maladie essentielle; toutefois il admet, comme par exception, que dans quelques circonstances on rencontre des lésions locales dans le cerveau et la moelle épinière. Ainsi, malgré l'admission de ses principes, malgré les moyens qu'il employait pour combattre la paralysie, la vérité se montrait à lui.

Aujourd'hui nous disons que cette localisation existe presque toujours dans le cerveau, et nous faisons ici la part des paralysies des extrémités nerveuses et des nerfs eux-mêmes. On a été jusqu'à admettre des paralysies sans matière, sans lésion locale; c'est une erreur : et si dans une hémiplégie existant depuis long-temps on ne trouve rien à l'autopsie du crâne, il ne faut pas pour cela rejeter l'existence d'une lésion, mais dire seulement qu'on n'a rien trouvé d'appréciable. Car, véritablement, il ne peut pas ne rien y avoir.

Ainsi, dans la paralysie saturnine aucune altération locale ne tombe sous nos sens; mais oserons-nous dire par cela même qu'elle n'a point de siége?

Ce que je viens de dire de la paralysie saturnine s'applique à d'autres paralysies également en apparence sans matière; ainsi celle qui est produite par l'électricité, la foudre, etc., etc. Les mêmes remarques s'appliquent aux tremblemens mercuriels et sénils.

La paralysie avec localisation doit être étudiée dans son siége, dans son intensité, son étendue, sa marche et sa durée. Ainsi,

1° Elle peut être universelle, c'est-à-dire affecter toute l'économie entière;

2° Hémiplégique, c'est-à-dire dans toute une moitié du corps soit droite, soit gauche;

3° Paraplégique, c'est-à-dire affectant les deux membres pelviens, souvent aussi toutes les parties sous diaphragmatiques, y compris la vessie et le rectum;

4° La paralysie peut être croisée, c'est-à-dire frappant le bras droit et la jambe gauche *et vice versâ;*

5° Localisée sur le larynx, la langue, le pharynx, la vessie, le rectum, etc., etc.;

6° Enfin, les sens eux-mêmes peuvent être frappés de paralysie : on la voit souvent tomber sur la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher.

Et maintenant nous nous demanderons : Dans quelles maladies arrive la paralysie? En général, dans toutes les affections cérébrales.

Dans la congestion, l'hémorrhagie, le ramollissement, l'encéphalite, la méningite, l'hydrocéphalie, l'anémie cérébrale, les tumeurs des enveloppes du cerveau, en général dans toutes les maladies chroniques de cet organe. Nous pourrons même comprendre ici certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Pour ce qui est de la valeur diagnostique de ces différentes paralysies, nous nous demandons quelles sont les lésions qui leur correspondent?

Voici les résultats que nous donne l'anatomie pathologique : Toutes les fois que la paralysie est générale, la totalité du cerveau est prise; or, cela peut dépendre ou d'une congestion forte, ou d'une suffusion séreuse considérable, ou enfin d'une encéphalite générale. Dans quel-

FEUILLETON.

Sur la dissolution des calculs urinaires;

PAR M. LE DOCTEUR LEROY-D'ÉTIOLLES.

Il y a trois ans, la question de la dissolution des calculs urinaires, réveillée par l'un des médecins de Vichy, fut présentée à l'examen de l'Académie de médecine, et le rapport qui s'en suivit la laissa irrésolue; pourtant, il est indispensable qu'elle reçoive une prompte solution, car s'il était vrai que des boissons et des bains pussent guérir de la pierre, nous serions coupables de continuer à l'enlever par des opérations chirurgicales; si au contraire ce traitement est généralement inefficace, il importe de ne pas laisser perdre un temps précieux à poursuivre des espérances illusoires. Examinons donc de nouveau cette question avec un esprit exempt de prévention.

Premier point. — *Le problème de la dissolution des calculs urinaires est-il résolu par l'administration à grandes doses des alcalis en boissons et en bains?*

Parmi les innombrables remèdes auxquels on a supposé la vertu de dissoudre les calculs urinaires, les alcalis tiennent le premier rang. Depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, ils ont, à des intervalles plus ou moins rapprochés, ils ont conquis, perdu et recouvert leur réputation de lithontriptiques, expression devenue inexacte depuis la découverte de la lithotripsie, et que l'on pourrait remplacer par celle de lithodialutique, plus longue, mais plus correcte.

Il y a aujourd'hui cent ans, Morand, chirurgien célèbre, faisait à l'Académie des sciences un rapport sur les effets du fameux remède de mademoiselle Stephens dans la composition duquel entraient la chaux et la soude, et il arrivait à cette conclusion que ce remède est *ordinairement* inefficace comme dissolvant, mais que pour quelques malades il avait produit un soulagement plus ou moins durable, assez prolongé chez un petit nombre pour faire croire à la guérison pendant plusieurs années. Il ajoute même que sur quelques-uns la sonde n'avait plus fait rencontrer de pierre.

Quant aux eaux minérales alcalines, la dissolution de la pierre a de tout temps été comprise dans l'énumération de leurs vertus, et cependant il a fallu toujours en revenir à la triste ressource des opérations chirurgicales.

Nous n'aurions donc pas à nous occuper d'une question qui semble décidée par une aussi longue expérimentation, si elle n'était présentée sous une forme tant soit peu nouvelle.

Les partisans modernes de la dissolution par les alcalis, et surtout l'un des médecins de Vichy, disent que si les eaux alcalines n'ont pas produit tout l'effet que l'on en peut attendre, cela tient à deux causes : 1° le défaut d'appréciation de leur mode d'action; 2° les faibles doses auxquelles on les avait précédemment administrées.

La théorie sur laquelle s'appuie M. Petit est la suivante : supposons le calcul formé d'acide urique : le bi-carbonate de soude arrivé dans la vessie sans altération, se décompose, la soude se combine avec l'acide urique pour former un urate acide de soude soluble qui est entraîné par l'urine.

Ce n'est pas tout à fait ainsi que les choses se passent. Je ferai observer :

1° Qu'il résulte des expériences de MM. Wœhler et Henry que le sel de soude n'arrive pas dans la vessie à l'état de bicarbonate, mais à celui de sesqui-carbonate, ou même de sous-carbonate. Ces derniers ont, je le sais, une action au moins égale à celle du bicarbonate; aussi, je ne veux pas présenter ce fait comme un argument contraire au traitement alcalin, mais seulement pour montrer que la théorie n'est point basée sur une appréciation exacte des phénomènes chimiques.

2° Il se peut, comme le disent les dissolutistes, que l'urate de soude observé à la surface des calculs d'acide urique provienne de la combinaison de la soude avec la couche externe de la pierre; mais il est plus probable encore que c'est l'urine qui d'abord le fournit; car l'acide urique et la soude étant dissous dans ce liquide, et se trouvant en présence, doivent, d'après les lois les plus simples de la chimie, s'unir plus facilement que dans le cas où l'une des deux substances est à l'état solide. La combinaison avec la surface du calcul ne doit par conséquent avoir lieu que lorsque tout l'acide urique dissous dans l'urine a été saturé.

3° Le sel qui se forme à la surface des calculs d'acide urique soumis au contact du carbonate de soude, qu'il soit produit aux dépens de l'urine ou de la pierre, est le plus ordinairement, non pas un simple urate, mais un urate double de soude et d'ammoniaque, beaucoup moins soluble que l'urate simple.

4° L'urate de soude se trouve à l'état d'urate neutre, et non pas à l'état d'urate acide; l'on sait en effet que les urates alcalins en dissolution, dans lesquels on fait passer un courant d'acide carbonique, se déposent à l'état d'urate neutre; il est donc évident que l'acide urique, lorsqu'il est saturé de soude pour former l'urate neutre, ne peut plus décomposer le carbonate pour former un urate acide : or, l'urate neutre de soude est tout aussi peu soluble que l'acide urique.

L'urate de soude entre comme partie constituante dans certains calculs urinaires; plusieurs chimistes l'ont rencontré. J'ai moi-même extrait, depuis deux ans, par l'opération de la taille, deux pierres volumineuses et si dures, que les instrumens lithotribes, aidés de la percussion, n'avaient pu les entamer; toutes deux contenaient une proportion notable d'urate neutre de soude, suivant l'analyse qu'en a faite M. Bourson. L'un de ces malades est M. Desaugiers, littérateur, frère du chansonnier, qui lui-même subit, il y a quinze ans, l'opération de la taille; l'autre est M. Duvivier, juge-de-paix dans le département de l'Indre, sur lequel M. Ségalas avait fait trois tentatives infructueuses de lithotritie; tous deux ont guéri en moins de vingt jours.

Mais, dira-t-on peut-être, l'urine est alcaline; cet état alcalin est dû à de la soude en excès, laquelle s'unissant au sel neutre, le fait devenir bas que et augmente sa solubilité. Oui; l'urine, après l'usage du bicarbonate de soude, devient alcaline, mais elle n'est pas rendue telle par de la soude mise en liberté; c'est par le carbonate neutre de soude, qui, lui aussi, a la propriété de ramener au bleu le papier rougi du tournesol.

5° Que l'action des carbonates alcalins sur les pierres d'acide urique produise un urate acide ou un urate neutre, ou, comme l'a observé M. Pelouse, que l'acide urique soit fréquemment séparé seulement du mucus sans altération chimique, toujours est-il que l'on retrouve au fond des vases dans lesquels se font les expériences, le détritus provenant de la pierre; en sorte que même pour les concrétions d'acide urique, il n'y aurait point dissolution, mais seulement séparation des molécules et précipitation à l'état pulvérulent. Cette uniformité d'action des alcalis sur les différentes espèces de pierre, bien qu'elle ne soit pas conforme aux explications données par les dissolutistes, est cependant favorable au traitement, car elle écarterait une grande difficulté; à savoir, la nécessité de connaître la nature des calculs afin de leur appliquer le dissolvant qui peut leur convenir, difficulté que Fourcroy et Vauquelin n'avaient pu résoudre.

Toutefois, comme les acides azotique, oxalique, chlorhydrique et lactique ont plus d'action sur les phosphates que les alcalis;

ques cas un seul hémisphère est malade ; mais alors il en résulte une compression de l'hémisphère sain. Dans ces cas, la paralysie a dû commencer par un seul côté.

Une hémorrhagie, une altération centrale peuvent ainsi donner lieu à une paralysie générale ; mais il est excessivement difficile de distinguer tous ces cas, sauf cependant ceux-ci la paralysie a d'abord été partielle. Je fais ici abstraction de la paralysie de la syncope, de celle qui accompagne le narcotisme, l'ivresse, l'asphyxie, certaines névroses ; paralysies qui sont d'ailleurs faciles à distinguer.

Passant à l'étude de la paralysie locale, c'est l'hémiplégie qui nous occupera tout d'abord. Depuis Galien, on sait que quand il y a paralysie d'un côté, la lésion a son siége dans l'hémisphère du côté opposé. Gall, dans ces derniers temps, a remis en lumière cette doctrine qui était généralement oubliée, et qui, depuis acceptée en quelque sorte sans contrôle, a passé dans la science comme une monnaie courante. Frappé de ce grand axiome, j'étais tellement convaincu de sa réalité, que malgré plusieurs cas offerts à mon observation dans l'hôpital de la Salpêtrière, et qui me montraient évidemment la fausseté de cette règle générale, je n'osais encore croire à ce que je voyais, me figurant me tromper. Mais, évidemment, non : car, depuis, des observations de ce genre se sont multipliées ; et encore dernièrement ici, un de ces cas s'est présenté à notre observation ; de sorte qu'aujourd'hui nous en comptons dans la sience huit ou neuf qui suffisent pour nous montrer que souvent la paralysie peut résider du même côté que l'hémorrhagie.

Pour expliquer les faits de cette nature qui paraissaient être en contradiction avec sa doctrine, Gall n'avait pas manqué de faire des recherches pour donner l'explication de ces exceptions.

Il admit que dans les cas où la paralysie occupait le même côté que l'hémorrhagie, celle-ci siégeait à la partie postérieure du cerveau. Or, des dissections cérébrales lui avaient démontré, disait-il, que l'entrecroisement des fibres nerveuses qui existe incontestablement à la partie antérieure du cerveau, n'existe pas par contre à la partie postérieure. Mais cette explication ne fut point admise généralement. Ajoutons enfin, que dans le cas auquel nous faisions allusion il n'y a qu'un instant, qui s'est présenté dernièrement à la clinique, et dans lequel la paralysie siégeait du même côté que l'hémorrhagie, celle-ci occupait la partie antérieure du cerveau.

Toutefois, nous nous résumerons en disant que, règle générale, les lésions cérébrales sont dans leur siége opposé à celui de la paralysie.

Ordinairement le bras et la jambe du même côté sont simultanément paralysés ; souvent le bras l'est isolément. Disons encore qu'ils peuvent l'être indépendamment l'un de l'autre ; d'où l'on est nécessairement conduit à admettre que le bras, de même que le membre pelvien, ont chacun un organe cérébral distinct présidant à leurs mouvemens respectifs.

Cherchant à établir d'une manière en quelque sorte incontestable, quel était dans le cerveau le siége précis de la partie présidant au mouvement du membre thoracique aussi bien que du membre pelvien, MM. Foville et Pinel-Grandchamp sont arrivés à cette conclusion, que la couche optique présidait au mouvement du bras, le corps strié à ceux du membre abdominal ; puisque l'hémorrhagie dans la couche optique entraînait la paralysie du bras, et l'hémorrhogie du corps strié celle du membre pelvien.

Pour ce qui me concerne, j'ai trouvé dans la majorité des cas que la doctrine de MM. Foville et Pinel-Grandchamps était d'accord avec l'observation ; toutefois, d'assez nombreuses exceptions se sont présentées à cet égard.

Cependant on est obligé d'admettre en principe que deux points distincts existent dans le cerveau tenant sous leur dépendance les mouvemens du bras d'une part, d'autre part ceux du membre pelvien, car sans cela on se trouverait en contradiction flagrante avec ce principe déjà admis, que le cerveau n'est point un organe unique ; on comprend du reste que s'il était tel, les mouvemens des membres ne pourraient pas être autrement que simultanément lésés.

Au demeurant, la doctrine de MM. Pinel-Granchamp et Foville ne repose pas encore sur des bases assez solides pour pouvoir été considérée comme démontrée. Que penser après cela de ceux qui, poursuivant jusque dans ses dernières limites l'idée de la localisation, prétendent assigner un siége à la mémoire ou à telle ou telle autre disposition morale ou intellectuelle.

Un médecin distingué a dit que, quand la paralysie commence par les membres pelviens, il faut en chercher la raison anatomo-pathologique dans la moelle épinière. Mais s'il n'y avait qu'hémiparaplégie, la lésion, étant dans la moelle, ne devrait occuper que sa moitié ; or, comment admettre qu'une lésion puisse n'occuper qu'une des moitiés de la moelle ? Et, dans ce cas, comment cet organe, logé dans une cavité à parois inextensibles, ne serait-il pas bientôt comprimé dans sa totalité par la partie malade ? Convenons du moins que si dans quelques cas les choses se passent réellement ainsi, cet état doit persister pendant fort peu de temps. Au contraire, quand l'hémiparaplégie est persistante, il faut en chercher la lésion dans le cerveau. Une femme de la Salpêtrière accusait un engourdissement d'un des membres pelviens : nous diagnostiquâmes une lésion de l'hémisphère cérébral opposé en nom. La marche de la maladie fut longue, lente, mais ne changea jamais de siége et resta toujours locale, jusqu'à ce qu'enfin le membre thoracique du même côté se prit à son tour. La malade étant morte, nous trouvâmes à l'autopsie un cancer du cerveau occupant le lobule antérieur de l'hémisphère opposé au côté hémiplégique.

Mais, dans le cas de paraplégie, le diagnostic d'une lésion cérébrale que l'on présumerait lui correspondre devient beaucoup plus difficile et incertain, car il faudrait nécessairement admettre une double lésion occupant le même point dans chacun des deux hémisphères. Mais rencontrer une semblable symétrie dans la disposition des parties lésées est chose excessivement rare.

Quand la paralysie est croisée, il y a nécessairement deux lésions dans le cerveau.

Nous bornerons là ces considérations générales sur la paralysie, car l'obscurité augmente lorsque l'on veut pénétrer les mystères pathologiques sous l'influence desquels arrivent les paralysies de certains organes, telle que celle du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rectum, de la langue, qui n'ont point encore de siége déterminé dans le cerveau. Nous devons dire à l'égard de cette dernière que MM. Bouillaud et Foville en établissent le siége, le premier dans le lobule cérébral antérieur, le second dans la partie postérieure du cerveau ; doctrines opposées en apparence, mais que l'on peut faire concorder si l'on considère que le premier de ces médecins veut parler de l'organe législateur de la parole, et le second de l'organe du mouvement de la langue, ce qui est bien différent

Pour ce qui concerne l'intensité et le siége de la paralysie, nous devons dire, et c'est par-là que nous terminerons, que l'une et l'autre donnent la mesure de l'étendue et du siége de la lésion, mais qu'elles n'en font pas connaître la nature. Cette nature de la lésion se trouve d'ordinaire mieux éclairée par la marche de la maladie. Ainsi, par exemple, tandis que cette marche est croissante dans le ramollissement, elle est souvent décroissante dans l'hémorrhagie, dans la congestion ; elle s'accomplit avec lenteur dans le cancer du cerveau et autres tumeurs intra-crâniennes, et marche avec rapidité dans les maladies aiguës de l'encéphale.

N. Manzini et A. Yvonneau.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Céphalœmatome.

M. P. Dubois, ainsi qu'il l'avait promis dans une des précédentes séances, a exposé aujourd'hui l'histoire du céphalœmatome.

Ce mot sert à désigner dans sa plus simple acception une certaine tumeur sanguine de la tête dont la description sera faite plus bas. Le cas observé ces jours derniers dans les salles de la Clinique est le premier de cette année ; par conséquent le céphalœmatome est une affection rare, Nœgelé, dans une une pratique de vingt ans, ne l'a rencontré que dix-sept fois. D'autres accoucheurs disent que le nombre des cas de ce genre est assez restreint. On l'a rarement constaté à la Maternité ; mais comme les enfans nouveau-nés ne restent pas dans la maison, il est possible que cette maladie, qui n'apparaît que vers le quatrième jour de la naissance, n'ait pas été aperçue. A l'hospice des Enfans-Trouvés, M. Baron, sur cinq cents enfans ne l'a vu qu'une seule fois.

Chez l'enfant de la Clinique, on ne s'est aperçu de la tumeur qu'il portait à la tête que plusieurs jours après l'accouchement, et, dans le plus grand nombre des cas, il en est ainsi. C'est ordinairement trois ou quatre jours après la naissance qu'elle devient apparente. Osiander assure que le céphalœmatome peut exister avant la rupture des membranes, et que, dans ce cas, la présence d'une tumeur plus molle que la tête pourrait être prise par l'accoucheur pour une autre partie du fœtus. Nœgelé partage cette opinion.

Le céphalœmatome se présente sous forme d'une tumeur indolore, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, molle, élastique, fluctuante, occupant le plus souvent le pariétal droit, quelquefois celui du côté opposé. Solitaire ou unique ; il en existe dans certains cas plusieurs : alors elles peuvent avoir leur siége sur les deux pariétaux et même l'occipital. Cette tumeur résulte, non pas d'une infiltration séro-sanguine dans les tissus, mais dune collection de sang qui se fait entre l'os et le péricrâne. Elle présente, mais très rarement, des pulsations ; ce signe a même été considéré, bien à tort sans doute, par quelques auteurs, comme pathognomonique. A sa base l'on trouve une sorte d'induration du péricrâne qui en a imposé à quelques accoucheurs pour un rebord osseux et, dans cette opinion, ceux-ci pensaient que cet anneau était formé par l'os du crâne, lequel avait été usé par la tumeur sanguine. Il n'en est rien ; ce rebord est formé par le périoste de la base de la tumeur, qui est soulevé et résistant. Ce soulèvement du péricrâne, qui existe dans la grande majorité des cas, n'occupe, dans certaines circons-

---

comme d'ailleurs la puissance des dissolvans sur l'oxalate de chaux est extrêmement faible, il n'est pas indifférent de savoir quelle espèce de pierre est contenue dans la vessie ; or, cette notion, la lithotritie peut seule la fournir d'une manière certaine.

Les effets du traitement alcalin par absorption *n'ont donc pas été appréciés par ses partisans d'une manière exacte.* Mais, pourrait-on répondre, qu'importe l'explication, si les faits sont positifs ? C'est ce que nous allons examiner. Ces faits sont de deux sortes, et peuvent se diviser en deux catégories : dans la première, viennent se placer les expériences faites en plongeant des calculs et des portions de calculs dans les sources alcalines, ou dans de l'eau de ces sources, ou dans des solutions alcalines : il en est résulté que de simples fragmens présentant simultanément les tranches de leurs stratifications au dissolvant, n'ont pu être détruits par une immersion de trente à quarante jours dans les sources de Vichy, au milieu d'une masse énorme d'eau alcaline sans cesse renouvelée et soumise à une vive effervescence produite par le développement du gaz acide carbonique.

De tels résultats ne sont pas de nature à faire concevoir de grandes espérances pour la guérison des pierres contenues dans la vessie ; car jusqu'ici l'on avait pensé que l'action chimique était plutôt entravée que favorisée par l'intervention du principe vital, et que les dissolutions s'opéraient moins bien dans les organes vivans que dans des vases inertes ; mais enfin si, dans cette circonstance, il en était autrement il n'y aurait rien à répliquer. Examinons donc les applications récentes faites à l'homme du traitement alcalin à haute dose, et voyons si leurs résultats sont plus satisfaisans que ceux annoncés à d'autres époques.

Pour éviter toute méprise, *il importe de ne pas confondre la gravelle avec la pierre*, et de ne point voir des exemples de dissolution là où il n'y a eu en réalité qu'issue spontanée de graviers plus ou moins volumineux, peu ou point altérés par les dissolvans. C'est pour cette raison que la commission nommée par l'Académie de médecine n'a point considéré, dans son rapport, comme des cas de dissolution les faits relatifs à MM. de Lonperrier, de Montenon, Fray-Fournier, Valérix et quelques autres, mais simplement comme des exemples de graviers, dont l'expulsion aurait été favorisée par l'abondance des boissons et peut-être par la couche légère d'urate qui existait sur la surface de plusieurs d'entre eux. Dans la même catégorie me paraissent devoir être rangés le fait rapporté à la fin de la brochure de M. Petit sur la goutte, en 1840, et celui de M. Robiquet, insérée dans le Bulletin de Pharmacie, en 1826. Ce dernier fait est sans contredit le plus remarquable de tous ceux que l'on a cités, par l'ancienneté de la douleur et par la constatation d'un corps étranger avec la sonde. Eh bien ! pendant trois mois qu'a duré le traitement, le malade a pris seulement un gramme de bicarbonate par jour, c'est-à-dire la valeur d'un peu moins d'un verre d'eau de Vichy. Qu'attendre d'une dose aussi faible ? Lui attribuer une guérison, n'est-ce pas forcer les conséquence ? J'ajouterai que lors de la publication de ce fait, peu de temps s'était écoulé depuis la cessation des symptômes, et que l'absence du calcul n'a pas été constatée. Le malade avait alors soixante-quatorze ans.

Il faudrait, ce me semble, une grande prévention pour admettre que des concrétions du volume d'un pois, expulsées après cinq, dix, dix-sept jours au plus de l'usage des eaux, étaient des noyaux de calculs provenant de pierres dissoutes, lorsque l'on se rappelle la lenteur de l'action des eaux alcalines dans les expériences par immersion citées plus haut, et lorsque l'on voit des malades porteurs de pierres d'acide urique suivre le traitement, sous les yeux de M. Petit, pendant trois et quatre ans, sans être guéris, comme nous le dirons tout à l'heure. Puisque l'action des carbonates alcalins sur les calculs est, dit-on, purement chimique, il faut bien admettre qu'elle ne saurait être vingt fois, cent fois plus énergique dans la vessie que dans un vase inerte. M. Pelouze a sur son bureau, depuis huit mois, un calcul d'acide urique plongé dans une dissolution de bicarbonate de soude, qu'il renouvelle tous les trois ou quatre jours ; ce calcul est loin d'être détruit ; et l'on voudrait nous faire admettre qu'un ou deux hectogrammes du même sel, pris en boisson réduisent, en *quinze jours*, une pierre d'un certain volume à la grosseur d'un pois, dont l'expulsion a lieu ensuite naturellement !

On connaît par centaines des exemples de graviers plus volumineux que ceux dont parle M. Petit, expulsés sans que les malades eussent fait usage de dissolvans d'aucune espèce. Pour ma part, j'en ai observé plus de vingt. Quant aux sables qui, pendant le traitement alcalin, sortent *sans altération aucune*, avec la couleur jaune, rougeâtre ou briquetée propre à l'acide urique, rien n'est plus commun ; c'est l'histoire de la plupart des malades qui prennent les eaux alcalines à Vals, les plus riches de toutes en bicarbonate de soude ; à Vichy, Contrexeville, Pougues, Evian, etc., ou qui font usage de solutions alcalines.

Au moment où j'écris ces lignes, un coutelier que j'ai vu en consultation avec MM. Hauregard et Leger, m'apporte une petite pierre d'acide urique qu'il a rendue sans la moindre altération à la surface, ainsi que M. Pelouze a pu s'en assurer après l'avoir reçue du malade.

Deuxième fait.— M. Genuis, marchand de bouteilles, rue de Provence, éprouvait depuis un mois des coliques néphrétiques, lorsqu'il me fit appeler. Après avoir calmé les premiers accidens par des applications de sangsues et des bains, j'administrai, de concert avec son médecin, l'eau de Vichy à aussi grande dose qu'il pourrait la supporter, et les bains rendus alcalins par l'addition de 250 grammes de bicarbonate de soude. Après deux mois de ce traitement, un gravier fut expulsé ; il avait neuf lignes de long ; il était noirâtre, formé par de l'oxalate de chaux, entre les mamelons duquel était déposée une couche blanche formée d'urate et de carbonate de chaux. Ici, non seulement il n'y a point eu diminution du gravier, mais il est évident *qu'il avait plutôt une tendance à s'accroître.*

De ce qu'une concrétion urinaire a été reconnue par la sonde, il n'en résulte pas qu'elle dût avoir un volume suffisant pour constituer une pierre ; il en est de même de la proposition faite à un malade de broyer ce gravier pour favoriser sa sortie. A la fin de toutes les opérations de lithotritie, lorsqu'il ne reste plus que des fragmens de pierre du volume d'un pois, et que les seuls efforts de la nature sont impuissans pour les expulser, n'est il pas d'une sage pratique, après quelques jours d'attente, d'aller les saisir et de les briser ?

Cette proposition prouve seulement que la lithotritie, faite avec les précautions qu'elle exige dans une vessie saine et pour une petite pierre, me semble une opération innocente dans l'acception chirurgicale de ce mot. Veut-on des exemples d'opérations de broiement pratiquées pour des pierres jugées très petites, et dépassant à peine le volume d'un gravier ? En voici un dans lequel le malade, tout aussi bien que l'opérateur, était à même d'apprécier l'opportunité de l'opération : c'est celui d'un chirurgien qui a pratiqué environ cinq cents opérations de taille dans sa vie, de M. le professeur Viguerie, de Toulouse. Depuis trois mois seulement il ressentait les symptômes de la pierre, lorsqu'il se rendit à Vichy pour y prendre les eaux. C'était vers la fin de la saison ; il ne put y rester que peu de jours, et vint à Paris me demander de le débarrasser, ce que je fis avec une telle facilité, que la pierre, grosse comme une aveline, était brisée, ses fragmens écrasés, alors que M. Viguerie pensait que nous en étions encore à la rechercher. Cette seule séance, qui n'a pas duré deux minutes, a suffi pour le guérir.

La réunion complète des symptômes de la pierre ne suffit pas

tances, qu'une partie seulement de la circonférence du céphalœmatome ; d'autres fois il manque complètement.

Le diagnostic de cette maladie est en général facile, cependant il peut quelquefois présenter quelques difficultés. Ledran observa sur la tête d'un enfant nouveau-né une tumeur qu'il prit pour une hernie du cerveau, et qui n'était autre chose qu'un céphalœmatome. Le rebord qui se trouvait à la base de cette tumeur lui en avait imposé pour un rebord osseux.

Voici quels sont les caractères différentiels de ces deux affections. Le céphalœmatome a son siége ordinaire sur les os et sur l'un des pariétaux surtout ; la hernie congénitale du cerveau a le sien au contraire sur le trajet des sutures ou des fontanelles. Ce signe distinctif servira dans la plupart des cas, mais il est vrai de dire qu'il n'est pas d'une valeur absolue. En effet, deux tumeurs sanguines développées sur chacun des pariétaux peuvent se rapprocher, se mettre en contact, et recouvrir la suture sagittale qui les sépare, et, d'un autre côté, l'encéphalocèle congénitale peut s'être faite entre des pièces osseuses dont la soudure est normalement opérée long-temps avant la naissance et semble, par conséquent, avoir traversé la substance même des os. C'est ce que l'on voit surtout quand l'encéphalocèle se fait entre quelques-unes des diverses pièces élémentaires dont l'occipital se compose pendant une partie de la vie fœtale. Des faits de ce genre ne sont pas très rares, et il s'en est présenté un dans les salles de la Clinique, il y a quelques années.

La hernie congénitale du cerveau offre ordinairement un mouvement pulsatif; ce phénomène n'est pas ordinaire dans le céphalœmatome. La première s'affaisse par la pression et disparaît souvent en partie, et si la pression est plus forte ou quelque temps soutenue, elle peut déterminer des convulsions, des vomissemens, de la somnolence. Ces phénomènes sont d'autant plus apparens que l'ouverture qui donne passage à l'encéphalocèle est plus considérable. La tumeur sanguine ne disparaît ni ne diminue par la pression, et celle-ci ne donne lieu à aucun des accidens qui viennent d'être énumérés. Les cris et les efforts de tout genre déterminent, pour la hernie du cerveau, une augmentation de volume, et sont sans effet sur le céphalœmatome. Enfin, l'encéphalocèle n'offre aucune fluctuation, tandis que celle-ci est évidente dans les tumeurs sanguines dont il est ici question.

Toutefois les caractères différentiels qui existent entre ces deux espèces de tumeur ne sont pas si tranchés qu'on ne puisse quelquefois être induit en erreur. Ainsi, les mouvemens pulsatifs, caractère propre à l'encéphalocèle, s'observent quelquefois dans le céphalœmatome ; celui-ci peut se trouver placé sur des os mous, flexibles et facilement dépressibles, en sorte que la compression exercée sur lui pourra produire des phénomènes convulsifs et apoplectiques analogues à ceux que l'on détermine par la compression de la hernie du cerveau. Enfin, cette dernière maladie peut être compliquée de la présence d'un peu de liquide ; de là, fluctuation comme dans le céphalœmatome ; mais toutes ces circonstances se rencontrent peu communément, en sorte que le diagnostic de ces deux maladies sera, en général, facile. Il faut ajouter une dernière considération, c'est que l'encéphalocèle est beaucoup plus rare que le céphalœmatome.

Le céphalœmatome peut être confondu avec la tumeur sanguine proprement dite (fongus, tumeurs érectiles); mais celle-ci est molle, diminue par la compression, se gonfle au contraire sous l'influence des cris ou des efforts de l'enfant; sa surface est ordinairement parcourue par des veinules flexueuses assez développées, qui lui donnent une couleur violacée caractéristique.

Quant à la tumeur œdémateuse séro-sanguine, on la distingue du céphalœmatome en ce qu'elle succède constamment à un accouchement laborieux, qu'elle occupe les parties qui se présentent les premières au vide du bassin ; toujours unique, elle est moins circonscrite que le céphalœmatome ; empâtée, conservant l'impression du doigt qui la déprime, elle présente quelquefois de la fluctuation, mais celle-ci est beaucoup plus superficielle que dans le céphalœmatome ; car ici, la collection sanguine se fait entre l'os et le péricrâne, tandis que l'épanchement a son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans ce dernier cas, il y a de l'empâtement autour de la tumeur ; dans le céphalœmatome, au contraire, il existe une saillie annulaire qui souvent sert à le caractériser. Au reste, il y aurait peut-être peu d'inconvénient à confondre entre elles ces deux affections.

Causes. Quelques auteurs, et Osiander en particulier, pensent que cette affection est le fait de violences exercées sur la tête du fœtus pendant le travail de la parturition ; soit que celles-ci aient été déterminées par les frottemens de la tête sur les parties osseuses du bassin, soit qu'elles aient été produites par l'emploi du forceps, dans le cas où cet instrument a été nécessaire pour la terminaison de l'accouchement. Cependant il est difficile de rapporter à une semblable cause l'apparition du céphalœmatome, si l'on considère que cette maladie s'observe après des accouchemens très faciles, durant lesquels la tête du fœtus n'avait éprouvé aucune pression notable ; bien plus, Nœgelé l'a rencontrée une fois chez un enfant né par les pieds : d'où il faut conclure que les violences exercées sur la tête du fœtus sont tout à fait étrangères à la production du céphalœmatome.

Une autre opinion professée par Michaëlis et Paletta, et fondée sur l'observation nécroscopique de plusieurs faits, c'est que le céphalœmatome était le résultat d'une altération de l'os antérieure à la naissance ; que le cercle dur qui environne la base de la tumeur dépendait de l'absence ou de la destruction de la surface externe de l'os ; que le diploé se trouvait à nu, et que ses vaisseaux détachés fournissaient le sang épanché : qu'ainsi l'épanchement sanguin n'était qu'un symptôme ; la maladie réelle, c'était l'altération de l'os. Les faits observés par ces auteurs sont sans doute exceptionnels ; car plusieurs accoucheurs, et M. P. Dubois lui-même, ont rencontré des céphalœmatomes sans aucune altération des os. Plus tard, l'on verra jusqu'à quel point cette opinion est fondée.

Une autre opinion est celle de Nœgelé. Cet accoucheur distingué pensa que la rupture de quelques vaisseaux sanguins qui pénètrent les os du crâne, rupture dépendant peut-être du développement anormal des os, pouvait donner lieu à un épanchement, et que, plus tard, l'établissement de la respiration et l'activité nouvelle imprimée à la circulation chez l'enfant nouveau-né contribuaient à en accroître la saillie et l'étendue. Mais cette hypothèse de Nœgelé ne paraît ni suffisamment expliquée, ni aussi explicable qu'on pourrait le désirer. Ainsi la question de savoir à quelle cause l'on doit attribuer le développement du céphalœmatome n'est pas résolue d'une manière positive.

M. P. Dubois pense que ces diverses opinions peuvent se concilier. Quand on examine avec attention, dit le professeur, la structure des os du crâne chez l'enfant naissant, celle des pariétaux surtout, l'on remarque que l'ossification encore incomplète de ces enveloppes se présente sous forme de filamens placés à côté les uns des autres, et qui, partant des bosses pariétales comme d'un centre commun, se portent en divergeant vers la circonférence de l'os. Entre ces filamens restent de petites fentes longitudinales n'occupant pas toute la longueur ni toute l'épaisseur de l'os, et qui sont très nombreuses. Ainsi constitués, les pariétaux offrent les caractères d'un corps spongieux, et ils paraissent imbibés et comme pénétrés d'une grande quantité de sang, à tel point que quand on comprime l'une de leurs faces, la dure-mère et le péricrâne ayant été enlevés, l'on voit le sang sortir en abondance, et sourdre, pour ainsi dire, par les porosités et les fentes du côté opposé. Le sang, pendant la vie, semble donc renfermé dans les mailles des os par le périoste et la dure-mère qui en tapissent les deux faces ; et il faut ajouter que l'appareil vasculaire, artériel surtout, de ces membranes, paraît avoir, avec la circulation dans l'épaisseur des os, des rapports analogues à ceux qui existent entre la circulation dans un tissu caverneux et les vaisseaux qui s'y rendent et qui l'alimentent. Aussi quand on injecte un liquide coloré par une des branches de l'artère méningée moyenne, la dure-mère conservant ses rapports avec la face interne de l'os, et le péricrâne, au contraire, ayant été enlevé, on voit le liquide injecté suinter en abondance et quelquefois jaillir par les porosités et les fentes nombreuses de la face externe. Il est donc évident que la dure-mère d'une part, et le péricrâne d'une autre part, déterminent les limites dans lesquelles s'exerce la circulation abondante qui se fait dans l'épaisseur de ces os, et que le moindre décollement de l'une ou de l'autre de ces deux membranes doit facilement favoriser un épanchement de sang dont l'étendue sera déterminée par la portion qui aura été décollée. Et pour que notre idée soit parfaitement comprise, ajoute M. P. Dubois, qu'on nous permette d'ajouter que l'effet de ce décollement possible est analogue, sauf la différence que doit apporter le volume des vaisseaux et l'importance de la circulation, à celui qui résulte du décollement du placenta pendant la grossesse ; le péricrâne et la dure-mère fermant pour ainsi dire les ouvertures de la surface externe ou interne des os du crâne, comme le placenta ferme les orifices vasculaires qui s'ouvrent sur le point de la cavité utérine qu'il occupe. La comparaison sera plus exacte encore, si l'on suppose une portion centrale du placenta décollée, et une petite quantité de sang épanchée et maintenue dans les limites du décollement. »

C'est là probablement la véritable cause du céphalœmatome ; maintenant il s'agit de rechercher les circonstances qui peuvent produire le décollement. Et d'abord, l'on doit concevoir qu'elles sont très diverses. Ici viennent se ranger tout naturellement les différentes causes assignées par les auteurs à la production de la maladie dont il est ici question. Ainsi, l'on conçoit parfaitement que des violences exercées sur la tête du fœtus, que des maladies des os, ou des anomalies dans leurs structures, donnent lieu au céphalœmatome, en déterminant le décollement du péricrâne dont parle M. Dubois.

Pronostic. Il varie comme la cause qui a déterminé la maladie. Quand le céphalœmatome dépend d'une affection organique des os, il pourra, dans ce cas, devenir fatal au petit malade. L'on a vu, dans certaines circonstances, la tumeur sanguine occasionner l'altération des os, puis leur perforation, et les auteurs ont signalé des encéphalocèles consécutives à cette perforation. D'autres fois la tumeur

---

pour affirmer qu'il en existe une. Il est indispensable que le cathétérisme ait démontré la présence du corps étranger avant le traitement, et son absence plus tard ; ne sait-on pas, en effet, que dans le rhumatisme et les affections de la prostate, dans les névralgies vésicales, les maladies des reins, il n'est pas très rare de trouver réunis tous les signes rationnels de la pierre, sans qu'il y ait cependant aucun corps étranger dans le réservoir urinaire? Le cathétérisme peut donc seul donner la preuve de l'existence d'une concrétion dans la vessie. Il est également nécessaire de vérifier avec la sonde l'absence de la pierre pour avoir la certitude de la guérison, car les exemples sont nombreux de suspension complète des symptômes, soit à la suite d'un traitement, soit même sans cause appréciable.

Nous devons, en conséquence, tenir compte des seuls malades dont la vessie a été explorée avant et après avec la sonde par une main exercée. Cette exploration a eu lieu sur plusieurs calculeux soumis au traitement alcalin à haute dose ; les uns n'ont point éprouvé de soulagement ; d'autres, après une amélioration temporaire, ayant vu les symptômes reparaître, ou même leur état s'étant aggravé, se sont soumis à une opération chirurgicale ; il en est dont les souffrances avaient disparu depuis assez longtemps pour faire croire à leur guérison, qui, ayant succombé à une maladie étrangère en apparence à l'affection calculeuse, ont été trouvés porteurs de pierres volumineuses ; quelques-uns enfin, après trois années de traitement à Vichy même, ne sont pas encore guéris.

Troisième fait. — Dans la première catégorie, comprenant les malades dont l'état s'est aggravé pendant le traitement, je citerai M. le docteur Lousier, de Vendôme, qui, après avoir pris les alcalis en bains et en boissons pendant deux années, vit son état tellement s'aggraver, et ses douleurs devenir si intolérables, que l'opération de la taille dut être pratiquée par moi sans retard ; la cicatrisation s'est opérée promptement, et les symptômes dont les organes urinaires étaient le siége ont disparu ; mais les digestions étaient rendues presque impossibles par une gastrite chronique ; l'intelligence se perdit complètement, et neuf mois après l'opération le malade succomba. On a prétendu que M. Lousier n'avait pas pris les alcalis en assez grande abondance, parce que le mauvais état de son estomac s'y opposait ; il est vrai que plusieurs suspensions ont eu lieu pendant les deux ans qu'a duré le traitement ; mais il a été suivi des mois entiers sans interruption ; ainsi, peu de temps avant l'opération de la taille, M. Lousier a pris, dans l'espace de soixante jours, cinquante-six bains alcalins, et bu cent-dix litres d'eau de Vichy.

Quatrième fait. — M. le docteur Martinet, de la Creuse, vint à Paris en 1838, et se confia aux soins de M. Civiale, qui, l'ayant sondé sans trouver de pierre, le traita pour une névralgie de la vessie. A la même époque, je sondai une fois M. Martinet, et j'avoue que je ne sentis pas de corps étranger.

De retour à Bourganeuf, où il habite, notre confrère se mit à l'usage de l'eau de Vichy et du bicarbonate de soude ; bientôt les souffrances, déjà très vives, devinrent intolérables. M. Martinet revint à Paris en 1840, et après deux mois de traitement infructueux, il me pria d'aller le voir ; je le trouvai dans un état d'exaltation et de désespoir difficiles à décrire : je pratiquai le cathétérisme explorateur avec la sonde à courbure courte et brusque, et tout d'abord je sentis une pierre placée dans le bas-fond très déprimé de la vessie. M. Martinet m'ayant demandé avec instance de pratiquer immédiatement la lithotritie, dans le même moment la pierre fut saisie et brisée ; sa destruction complète a demandé cinq séances, qui ont eu lieu en présence de plusieurs médecins.

Cinquième fait. — M. Julien est cité dans le rapport de la Commission de médecine, comme éprouvant une amélioration très notable par l'effet de l'eau de Vichy ; on supposait même, à cette époque, que le calcul *avait diminué au point de s'introduire dans le col de la vessie et d'arrêter le jet de l'urine.* Mais cette amélioration dans les symptômes fut d'une si courte durée, que le malade prit la détermination de se faire débarrasser de la pierre par la lithotritie; elle donnait, entre les branches de l'instrument, un diamètre de 54 millim. ; la dureté nécessita l'emploi du marteau, et sa destruction exigea un grand nombre de séances : l'opération fut faite par M. Amussat.

Sixième fait. — M. B..., ressentant les symptômes de la pierre, se rendit à Vichy en 1835, pour y prendre les eaux alcalines; il en éprouva d'abord un tel soulagement, qu'il se crut guéri. Cependant il en continua l'usage encore quelque temps ; mais au bout de deux mois de retour chez lui, les douleurs reparurent plus violentes, l'urine devint muqueuse et catarrhale. Au commencement de 1840, je pratiquai la lithotritie à la Maison de Santé et de Médecine opératoire ; la vessie ne se vidait qu'au tiers ; elle ne pouvait, par ses seuls efforts, expulser les débris, et je dus en faire artificiellement l'extraction. La pierre était formée d'oxalate de chaux recouvert de phosphate triple ; elle devait donc, par sa nature même, résister à l'action des alcalis. (Voyez *Gazette des Hopitaux*, 1840.)

Septième fait. — M. de B..., âgé de dix-huit ans, ressentait depuis plusieurs années les signes de la pierre. Les symptômes étant devenus plus intenses, il se rendit à Vichy en 1840 ; il y séjourna deux mois juste, et, pendant ce temps, il but chaque jour douze à quinze verres d'eau ; chaque jour également il prenait un bain ; il subit, en outre, dix-neuf irrigations avec la sonde à double courant. Ce traitement n'ayant eu d'autre résultat qu'un développement de catarrhe de la vessie, madame de B... amena son fils à Paris, où je l'opérai par la lithotritie. La pierre avait 45 millimètres de largeur, dans le sens où elle fut saisie la première fois ; l'opération fut simple, facile, sans douleur, et demanda huit séances. M. Pelouze, qui assistait à l'une d'elles, recueillit des débris de la pierre qui venait d'être expulsée, et il put s'assurer que la surface en était lisse et sans aucune trace d'altération. L'élément principal de cette pierre était, d'après l'analyse de M. Pelouze, l'urate d'ammoniaque ; quelques fragmens étaient composés d'oxalate de chaux, et provenaient sans doute du noyau ; la surface était recouverte d'une couche de phosphate d'ammoniaque et de magnésie.

Huitième fait. — M. Hautreux, de Saumur, fut débarrassé d'une pierre au moyen de la lithotritie, en 1839, par M. Miraut, d'Angers ; mais sa vessie en contenait une autre enchâtonnée dans le bas-fond, que des tentatives répétées ne purent déloger. Le malade prit alors du bicarbonate de soude à la dose de quatre grammes par jour. Au bout d'un an, les douleurs allant en augmentant, il vint, sur la recommandation de M. Miraut, se confier à mes soins. Pour déloger le calcul, j'engageai le bec de ma sonde entre lui et le bord de la cellule ; puis, par un mouvement de rotation imitant un tour de clé, je la fis sauter du premier coup ; la pierre fut brisée sans difficulté en six séances. M. Pelouze, qui assistait à l'une d'elles, put, en examinant les débris, s'assurer qu'ils ne présentaient aucune trace d'action. (*Gazette des Hôpitaux*, 1840.)

Neuvième fait. — Dans l'année 1838, je sondai, à Vichy, plusieurs malades qui s'y trouvaient en traitement. L'un d'eux, nommé Pirel, habitant Job, près Ambert, est cité dans le rapport à l'Académie de médecine. L'exploration fut faite avec le lithotribe, je saisis la pierre à plusieurs reprises : la première fois elle présenta 27 millimètres de diamètre, et la seconde 11 millimètres seulement ; par conséquent, elle était très plate, circonstance favorable à la dissolution. J'en brisai une partie dans cette dernière exploration ; mais, à la demande de M. Petit, je la lâchai sans la rompre davantage, et je ne poursuivis point l'opéra-

sanguine constituant le céphalœmatome s'enflamme, suppure ; il s'établit un écoulement de pus souvent fétide et ichoreux, qui entraîne la débilité de l'enfant, le marasme et la mort. Mais dans la grande majorité des cas, cette affection est peu grave et guérit par les moyens les plus simples.

Traitement. Les moyens à employer diffèrent suivant le but qu'on se propose, suivant que l'on veut tenter la résolution ou provoquer la suppuration ou l'évacuation du liquide contenu dans la tumeur. Il y a donc trois modes de traitement.

Tenter la résolution est chose facile, même tellement facile que, dans le plus grand nombre des cas, c'est le fait de la nature qui, par ses seuls efforts, peut souvent amener cette terminaison de la maladie. Les moyens que l'on emploie dans ce but sont les substances résolutives, excitantes ; les plus usitées sont les infusions vineuses, principalement celle de roses de Provins ; l'on a quelquefois recours à l'eau-de-vie camphrée ; mais l'odeur du camphre inspire à certains médecins quelques inquiétudes par l'influence qu'elle peut avoir sur les nourrices.

Une femme a vu la sécrétion de son lait tarie sous l'influence de cette odeur. Il faut croire que ce phénomène assez curieux était dû à l'impressionnabilité de cette femme.

Provoquer la suppuration. Il y a deux manières d'exécuter ce mode de traitement : 1° par le séton ; 2° par le caustique. L'emploi du séton, préconisé par Paletta, consiste à traverser la tumeur de part en part avec une aiguille ou un bistouri, et à laisser dans ce trajet une bande de toile étroite dont les bords sont effilés, et enduite d'un peu de cérat ; il s'établit au bout de quelques jours une suppuration de bonne nature qui ne tarde pas à se tarir.

La deuxième manière de provoquer la suppuration était particulièrement employée par Gœlis ; elle consiste à appliquer sur le sommet de la tumeur un morceau de pierre à cautère, dont on surveille l'action de manière à ce qu'elle n'agisse que sur l'épiderme et le soulève sans compromettre les parties sub-jacentes. On ne sait trop pourquoi Gœlis, dans le but d'obtenir un simple effet vésicant, employait la pierre à cautère de préférence au vésicatoire.

L'usage du séton et du caustique offre de graves inconvéniens, et Gœlis lui-même a vu succomber deux enfans qu'il traitait par ce moyen ; aussi suffit-il de les indiquer ici.

Incision. C'est un mode de traitement auquel on a recours dans un certain nombre de cas. On procède à cette opération de plusieurs manières : ou l'on se contente de la simple ponction à l'aide d'une lancette, après laquelle on exprime le sang contenu dans la tumeur, et l'on favorise la guérison par l'emploi des fomentations résolutives ; ou bien l'on pratique une incision longitudinale assez étendue, pour que le sang s'écoule immédiatement et tout à la fois. L'incision cruciale conseillée par Levret, est tout à fait abandonnée. Cette incision doit être pratiquée dans le début de la maladie, suivant l'avis de quelques chirurgiens, pour empêcher que le contact du sang sur les os n'altère leur tissu ; cette crainte n'est nullement fondée. Nœgelé professe cette dernière opinion ; et en cela il n'est pas conséquent avec lui-même, puisqu'autre part il dit que l'on doit d'abord essayer les résolutifs ; or, si l'on essaie les résolutifs, l'on ne peut pratiquer l'incision immédiate. D'autres chirurgiens pensent qu'il ne faut recourir à cette opération qu'après avoir préalablement employé pendant quelque temps les résolutifs ; ce n'est que lorsque cette tentative aura échoué, qu'il conviendra d'inciser. Ce conseil est sage ; en s'y conformant, on évitera les désagrémens d'une opération et les accidens qu'elle peut, dans certaines circonstances, occasionner. Le résultat obtenu sur l'enfant qui est resté quelque temps dans les salles de la Clinique, prouve mieux que des assertions les avantages de cette méthode, contre-indiquée seulement dans les cas où la tumeur est par trop volumineuse pour que l'on puisse en attendre la résolution.

Avant de pratiquer cette incision, l'on rase les cheveux qui recouvrent la surface de la tumeur, puis on incise celle-ci d'un seul coup, comme un abcès ; l'incision doit avoir une étendue assez considérable pour que le sang soit facilement évacué. Les Allemands sont entrés dans de minutieux détails sur la direction à donner à l'incision et sur la profondeur que celle-ci doit avoir. Il faut, disent-ils, pénétrer jusqu'à l'os, avec la précaution toutefois de ne pas en traverser l'épaisseur, et pour cela ils dirigent l'instrument dans un sens opposé à celui des fibres osseuses. Une fois le sang évacué, l'on rapproche les bords de la plaie que l'on maintient écartés à l'aide de quelques brins de charpie, afin que l'écoulement du pus qui devra résulter du travail inflammatoire subséquent se fasse avec facilité ; car si le liquide restait en contact avec les os, il pourrait les altérer et déterminerait de la sorte des accidens que l'on prévient en maintenant les lèvres de la plaie écartées. L'on peut aussi, avec avantage, exercer une compression légère sur la tumeur à l'aide de quelques compresses et d'un petit bonnet maintenu avec une mentonnière. L'on peut encore, si on le juge utile, recourir à l'emploi des résolutifs.

— Dans le numéro du 20 mai, article de M. P. Dubois, dernier alinéa, deuxième ligne ; *au lieu* de symptôme douloureux, *lisez :* symptôme *douleur.*

tion, afin de laisser le malade dans des conditions propres à rendre l'expérience plus complète. Pirel continua l'usage de l'eau alcaline ; il passa à Vichy les deux étés de 1839 et 1840; le reste de l'année, il buvait de l'eau de la source des Célestins. A son retour chez lui, il fut sondé, au mois d'octobre 1840, par M. Fleury de Clermont, qui constata encore la présence de la pierre, après trois ans de traitement.

Dixième fait.— Un autre calculeux avait précédemment rendu de petites pierres, qui n'avaient pu être examinées, attendu qu'elles avaient passé par la bonde de la baignoire dans laquelle leur expulsion avait eu lieu. Cet homme se disait guéri, quoique les urines fussent muqueuses et que les besoins d'évacuer ce liquide fussent très fréquens. Je le sondai en présence de M. Petit, et nous trouvâmes dans sa vessie plusieurs calculs qui m'ont semblé assez peu volumineux pour être évacués spontanément. J'ignore ce que ce malade est devenu.

Onzième fait.— M. Gaudin, de Montauban, éprouvait depuis quatorze ans les symptômes de la pierre ; mais pendant longtemps, ils demeurèrent supportables, et il s'occupa peu des soins de sa santé. En 1834, il prit les eaux de Luchon ; en 1835, celles de Lapreste, dans les Pyrénées-Orientales, pendant trente-cinq jours. En 1838, il passa un mois à Vichy, prenant chaque jour un bain et buvant *de 30 à 40 verres d'eau alcaline*. Le reste de l'année, il faisait usage en abondance de bicarbonate de soude. Malgré ce traitement, les symptômes n'ont fait qu'accroître en acuité jusqu'en 1841. Alors MM. Viguerie et Roland, ayant de nouveau sondé M. Gaudin, et trouvant la pierre volumineuse, lui donnèrent le conseil d'aller à Paris se confier à mes soins. Je pratiquai la première séance de lithotritie le 13 mai : la pierre donnait 56 millimètres d'écartement à l'instrument. Aujourd'hui, après huit séances, la guérison est complète.

J'ai rapporté, dans une lettre à l'Académie de médecine, publiée l'an dernier, l'histoire de cinq autres malades affectés de pierre, qui avaient fait usage du traitement alcalin pendant un temps plus ou moins long, et que j'ai ensuite guéris par la lithotritie. Je ne reproduirai point ces faits, dont le nombre serait beaucoup plus grand encore si je pouvais y joindre ceux que d'autres chirurgiens ont certainement observés.

Voici maintenant l'histoire d'un malade qui a pris des eaux alcalines, et qui, après avoir éprouvé un soulagement durable, a succombé à d'autres affections. L'autopsie a fait voir qu'il n'était pas guéri.

Douzième observation. — M. Fournier, habitant à quelques lieues de Vichy, près de Gannat, avait dans la vessie une pierre dont l'existence fut constatée par la sonde en 1838. Dès la première saison, M. Fournier se trouva tellement soulagé, qu'il se crut guéri ; M. Petit le croyait également, mais sans avoir pu s'en assurer. Désirant être fixé sur ce point, je me rendis auprès du malade, et, l'ayant sondé, je trouvai une pierre d'un pouce de diamètre environ. M. Fournier retourna à Vichy et y resta trois semaines ; après ce laps de temps, un habile chirurgien explora la vessie sans rencontrer de corps étranger ; alors M. Petit amena le malade à Paris pour le présenter à l'Académie de médecine ; mais, auparavant, il voulut me le faire sonder. L'exploration que je fis trompa notre attente, car je reconnus tout d'abord que la vessie contenait encore une pierre. Depuis lors deux années se sont écoulées sans que le malade ait été grandement incommodé. Il vaquait à ses affaires et pouvait même monter à cheval ; mais, au mois d'août 1840, il fut pris tout à coup de fièvre pernicieuse et succomba en peu de jours. (C'est ainsi que beaucoup de calculeux finissent.) L'autopsie fit reconnaître à M. le docteur Boudant, de Gannat, qu'il existait dans la vessie une pierre du volume d'une amande.

Le remède de mademoiselle Stephens avait aussi produit des guérisons apparentes il y a plus d'un siècle. Nous avons vu dans le rapport de Morand que chez beaucoup de malades cette suspension de la douleur a lieu sans qu'ils aient pris aucun médicament.

Les faits rapportés par M. Petit ne montrent donc aucun exemple de guérison bien constatée, non pas de graviers mais de pierres véritables ; et de ceux que je viens de relater il résulte *que le traitement alcalin, même à haute dose, est généralement insuffisant, comme tous les autres dissolvans connus, lorsqu'il est borné à l'action indirecte ou par absorption, c'est-à-dire par les boissons et les bains.*

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 15 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 73, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les rétentions d'urine entretenues par les maladies de la prostate.

(Suite du numéro 69.)

Eu égard aux maladies de la prostate, M. Velpeau n'accorde pas à l'état des urines autant d'importance que quelques autres chirurgiens. Le dépôt de matière filante, ditil, poisseuse, épaisse comme de la térébenthine, qui s'attache au fond du vase, avait fixé toute mon attention, et tout d'abord j'avais cru voir là, comme beaucoup d'autres, un fait d'une assez haute valeur. Cependant, à mesure que mes observations sur ce point se sont multipliées, j'ai cru m'apercevoir, ainsi qu'on l'a dit d'ailleurs avant moi, que certains états morbides de la vessie provoquaient la formation de cette matière aussi bien que les affections de la prostate. On comprend, en outre, que le mucus, le pus, le sang, etc., qu'on trouve quelquefois dans les urines, n'indiqueront pas plus une lésion de la région prostatique de l'urètre, que les altérations diverses des voies urinaires en général.

Le pronostic des tumeurs de la prostate est toujours grave, quoiqu'à des degrés variés. S'il s'agit d'une végétation de la surface muqueuse de l'organe, il en résulte d'abord, dans le cours des urines, une gêne qui peut arriver jusqu'à la rétention complète, et compromettre, dans l'espace de quelques mois, la vie du malade. Si la tumeur s'excorie, s'ulcère, des hémorrhagies surviennent, se répètent, et déterminent à la longue un affaiblissement, un étiolement qui a ses dangers. Se transformant en fongus cérébroïde, ou faisant place à des excavations putrilagineuses, ces productions peuvent acquérir la même gravité que les cancers en général, et déterminer des infiltrations, des foyers urineux du côté du périnée et de l'anus. En supposant que les tumeurs de la prostate ne dégénèrent point, ou qu'elles restent dans le tissu de cette glande, elles finissent, au moins, si elles offrent un volume tant soit peu prononcé, par amener la rétention, et par suite même l'incontinence des urines. Comme cet accident fatigue plus ou moins la vessie, il expose ainsi à la cystite, dont on connaît toute la gravité. Qu'on n'oublie pas, au surplus, que les urines, même chez les malades qui les rendent encore avec une certaine facilité, séjournent en partie, stagnent d'une évacuation à l'autre derrière la prostate, dans une espèce d'excavation que présente dans cet endroit leur réservoir naturel. Or, devenant par ce seul fait ammoniacales, âcres, très irritantes, elles ne tardent pas à provoquer le catarrhe vésical, et concourent aussi à faire naître la cystite. Il est inutile d'ajouter que, retenues dans la vessie, les urines s'accumulent aussi dans les uretères et dans les cavités des reins, et qu'elles peuvent, par conséquent, donner lieu à l'urétrite, à la néphrite. On le voit donc, les gonflemens de la prostate, les tumeurs de la région prostatique, de l'urètre, forment une classe de maladies très dangereuses, et d'autant plus dangereuses, qu'abandonnées à elles-mêmes, il est excessivement rare qu'elles se dissipent ou même qu'elles restent stationnaires. Ajoutons, en outre, que les ressources thérapeutiques, soit médicales, soit chirurgicales, sont loin d'être souvent satisfaisantes. Examinons cependant ce qu'il est permis de tenter et d'espérer en pareil cas.

Quelle que soit la variété de la tuméfaction, quel que soit le degré de la maladie, dès qu'il y a rétention d'urine, la première indication qui se présente, c'est de remédier à cet accident. Tout ce que nous avons dit précédemment doit avoir mis sur la voie de la nature du mal. Le malade sent le besoin d'uriner, et malgré tous ses efforts il ne le peut pas. Ce n'est que dans le moment d'abattement qu'il rend quelques gouttes d'urine. Il est des sujets qui éprouvent vivement le besoin de vider leur vessie, et qui se plaignent de douleurs aiguës après huit, dix, douze heures de rétention. Il en est d'autres qui restent quinze, vingt, trente, trente-six heures même, sans être réellement tourmentés. Mais il est une particularité qu'il importe de ne point oublier dans la pratique; ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des personnes affectées de ce genre de rétention, qui, étant parvenues à rendre quelques cuillerées d'urine, croient avoir vidé complètement leur vessie, tandis que celle-ci se trouve encore pleine. Plusieurs faits de ce genre se sont présentés dans la Clinique. Il en est un entr'autres qui mérite d'être connu.

Dans le courant de l'hiver de 1838, un homme âgé d'environ cinquante ans se présente à la consultation de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, se disant affecté d'une rétention d'urine depuis quelques années. Il dit avoir uriné quelques heures auparavant. Après un court examen, M. Velpeau lui annonce que la vessie est encore pleine, et qu'il va lui retirer une pinte d'urine. En effet, une sonde est introduite dans le réservoir urinaire, et donne issue à plus d'un litre de liquide, au grand étonnement du malade.

Il importe donc, ajoute M. Velpeau, de ne pas s'en tenir au dire des malades sur ce point; il faut explorer avec soin l'hypogastre et s'assurer de l'état des parties. Quand la main trouve dans cette région une tumeur arrondie, ovoïde, qui plonge vers le bassin, on peut être sûr que la vessie ne s'est pas vidée, et que la portion d'urine rendue par le malade n'est sortie que par regorgement. Il faut alors sonder le malade.

C'est ici qu'une fausse idée sur la nature du mal peut créer de nombreux obstacles. En effet, si, imbu de la pensée d'un rétrécissement de l'urètre, on veut arriver dans la vessie au moyen d'instrumens déliés, on échoue le plus ordinairement. Les bougies, soit cylindriques, soit coniques, en corde à boyau ou en caoutchouc, et même les bougies emplastiques, arrivées sous l'arcade des pubis, manquent rarement de s'y arrêter. Il en est de même des sondes droites, quels qu'en soient le volume et la nature.

Les sondes de petit volume, à longue courbure, plutôt angulaires qu'en arc, éprouvent également d'assez grandes difficultés pour pénétrer. Ajoutons cependant que, dans tous les cas, les difficultés du cathétérisme sont loin de dépendre de la même cause mécanique. Ainsi, s'il s'agit de fongosités, de crêtes longitudinales de la paroi inférieure de la région prostatique de l'urètre, tous les genres de sondes et de bougies exposeront presque au même embarras.

Lorsqu'il n'existe que des tumeurs polypiformes, fortement renflées vers la pointe du trigone vésical, les bougies souples et coniques, de même que les sondes d'un petit volume, pénètrent avec assez de facilité. Si le gonflement de la prostate occupe particulièrement un des côtés de cette glande, et que la racine de l'urètre en soit fortement déviée, il n'y a guère que les bougies et les sondes élastiques dépourvues de mandrin qui puissent pénétrer en suivant les tortuosités du canal. Mais dans les cas de brides transversales, des bourrelets vasculaires, comme celui qui existe si souvent à l'union du col de la vessie avec la racine de l'urètre, les bougies pointues ou grêles, les instrumens dont la courbure ne se continue pas jusqu'au bec, ne pénètrent point ou ne pénètrent que par hasard. Les difficultés même de l'opération, et cela se devine du reste, fortifient en pareil cas l'erreur du chirurgien, et lui donnent la conviction qu'il existe dans l'urètre un rétrécissement externe.

Pour réussir en pareil cas, il importe d'avoir un instrument assez régulièrement courbé du côté de son bec, et assez volumineux pour qu'il n'abandonne point la paroi supérieure de l'urètre en passant sous l'arcade des pubis. La courbure ici, continue M. Velpeau, est d'un avantage dont on se fait à peine l'idée. On le comprendra néanmoins en remarquant que la plupart des sondes fournies par les fabricans, bien que fortement courbées vers le talon, n'en sont pas moins à peu près droites dans l'étendue de deux à trois centimètres près du bec; or, cette direction du bec fait précisément qu'en traversant la prostate, la sonde la plus courbée agit à peu près comme si elle était droite d'un bout à l'autre. Son extrémité, nécessairement refoulée sous le bourrelet de la paroi uretrale, s'engage là comme dans un cul-de-sac, le soulève, le refoule, le repousse plus ou moins en arrière, mais n'arrive point dans la vessie. Si au contraire, la courbure de la sonde se continue en arc jusqu'au bout, quand même cette courbure ne porterait que sur quatre à six centimètres de la longueur de l'instrument, cette disposition permet d'éviter cet obstacle dans la plupart des cas. Sous cette forme, le bec de la sonde, arrivé au bord de la symphise des pubis, s'engage au-dessous et se relève aussitôt en arrière, de telle sorte qu'il élude assez facilement le bourrelet pathologique et entre en plein dans la vessie.

Une difficulté du cathétérisme dans ces cas graves, continue M. Velpeau, et qui n'a pas été suffisamment étudiée, ou qui n'est pas assez bien connue, tient à la situation que prend la vessie dans le bas-ventre. On croit assez généralement que la vessie distendue par l'urine remplit bientôt toute l'excavation du bassin, et que son bas-fond s'abaisse d'autant plus vers le périnée, presse d'autant plus sur le rectum et l'anus, qu'elle proémine davantage dans la région hypogastrique. Or, c'est là une erreur que j'ai depuis long-temps signalée et qu'il importe de détruire.

Le plus souvent, le doigt porté dans le rectum d'un malade affecté de rétention d'urine arrive bientôt dans une sorte de caverne, de vide qui étonne. Ce n'est qu'en le recourbant en avant, en le portant le plus loin, qu'on finit par rencontrer la poche urinaire distendue: c'est qu'au lieu de s'être étalée dans le petit bassin, la vessie s'est au contraire échappée de l'excavation pour se mettre en quelque sorte à l'aise dans l'abdomen. C'est là un fait que j'ai fréquemment constaté, et qui s'explique d'ailleurs tout naturellement. En effet, dans l'état normal, la vessie modérément distendue reste en toute liberté dans l'excavation pelvienne; mais si l'accumulation des urines double au triple son volume, elle cesse de pouvoir être contenue dans cette cavité, et se trouve bientôt forcée de remonter dans l'hypogastre; grossissant de plus en plus, elle ne tarde pas d'offrir sa partie renflée par en haut, et le détroit supérieur du bassin la retenant bientôt à la manière d'un collet, lui donne à peu près la forme d'une bouteille dont le goulot ou le sommet regarde en bas. La vessie se comporte du reste, ici, comme l'utérus dans l'état de grossesse, qui se maintient sans difficultés pendant trois mois dans la cavité du bassin, qu'il est obligé ensuite d'abandonner pour s'épanouir dans le ventre.

Il résulte de cette particularité, que la racine de l'urètre peut être retirée à une grande profondeur et à une assez grande hauteur dans l'intérieur du bassin derrière les pubis; il en résulte surtout que la région prostatique de ce canal offre alors une courbure à concavité antérieure plus prononcée que dans l'état normal; de là aussi la raison du succès qu'obtient la courbure en arc des algalis.

Une manœuvre qui est parfois d'un grand secours dans le cathétérisme dont nous parlons, consiste à porter le doigt dans le rectum à une certaine profondeur, à en ramener la pulpe sous forme de crochet en avant, de manière saisir le sphyncter, qu'on attire vers la racine des bourses en le faisant glisser sur la sonde, qu'on tâche d'introduire avec l'autre main le long de la face postérieure des pubis jusque dans la vessie. Cette action du doigt transformé en crochet diminue manifestement l'élévation et la longueur de la paroi inférieure de l'urètre dans sa portion déviée. Par ce procédé, il arrive souvent que le bourrelet, la bride ou la tumeur contre lesquels l'instrument arcboutait, se dégage, s'efface pour ainsi dire, en laissant toute liberté au cathétérisme.

J'ai dit que des sondes volumineuses, toutes choses égales d'ailleurs, pénétraient plus facilement dans les cas qui nous occupent, que les sondes grêles. C'est qu'en effet une grosse sonde arrivée dans la région prostatique de l'urètre ne pourra point être arrêtée par de minces valvules, par de faibles plis de la membrane muqueuse, comme le seraient de petits instrumens. Les grosses sondes étalent, déplissent le canal avec d'autant plus de facilité qu'elles le remplissent plus complètement. Il est évident, en outre, que, dans les cas où le bourrelet antérieur du trigone vésical est considérable, ces grosses sondes, dont le bec est trop renflé pour se cacher au-dessous, pénètrent encore assez facilement dans la vessie. En résumé, l'urètre étant ici plutôt dévié, obstrué, plissé, que resserré, on comprend facilement qu'un instrument qui le remplit bien le traversera mieux qu'une tige grêle, susceptible de s'arrêter dans tous les replis, dans toutes les lacunes, dans toutes les excavations qui peuvent se rencontrer sur son passage.

Lorsque, il y a quelques années, un chirurgien distingué de Lausanne, M. Mayor, vint parmi nous soutenir que, pour vaincre un rétrécissement de l'urètre, il faut employer une sonde d'autant plus forte que le rétrécissement est plus considérable, il y eut grand émoi dans les hôpitaux de la capitale; quant à moi, je suis convaincu qu'il suffit de changer quelques mots à la proposition de M. Mayor pour lui donner complètement raison ou complètement tort. Qu'on applique en effet aux rétentions d'urine par maladie de la prostate l'axiome de M. Mayor, et on aura un précepte de pratique parfaitement exact, tandis qu'il sera de toute fausseté, et pourra même être fort dangereux, si on en fait l'application aux rétrécissemens proprement dits de l'urètre. C'est probablement pour être tombé dans la même confusion qu'un chirurgien remarquable de Bordeaux, M. Chaumet, et beaucoup d'autres praticiens, sont venus après le chirurgien de Lausanne vanter le cathétérisme avec de grosses sondes dans les rétrécissemens de l'urètre.

Ajoutons qu'il est des cas dans lesquels la rétention d'urine par maladie de la région prostatique de l'urètre ne rend pas le cathétérisme plus difficile que chez les sujets qui se portent bien: c'est lorsque cette rétention dépend d'une tumeur polypiforme ou globuleuse, d'une crête ayant la racine dirigée dans le sens antéro-postérieur. Toute espèce d'instrument pénètre alors à peu près avec la même facilité. La sonde passe à droite ou à gauche du pédicule de la tumeur, qu'elle aplatit plus ou moins, et entre ainsi sans obstacle dans la vessie. En pareil cas, le mécanisme de la rétention d'urine est aussi facile à expliquer que la facilité du cathétérisme. En effet, renflée du côté de la vessie, la tumeur, poussée en avant comme pour sortir des organes, s'engage dans la racine de l'urètre à la manière d'un bouchon qui ferme bientôt toute issue aux urines, et cela d'autant plus hermétiquement que la vessie fait plus d'efforts pour le chasser. D'un autre côté, la sonde, qui marche d'avant en arrière, qui passe du sommet vers la base et sur le côté de ce bouchon, ou le refoule, ne peut pas être arrachée par lui, et pénètre sans peine jusqu'au foyer des urines.

Tout cela étant bien compris, continue M. Velpeau,

toutes les précautions précédemment indiquées étant bien prises, on ne sera que rarement exposé à la nécessité de pratiquer la ponction de la vessie, à déchirer l'urètre, à faire de fausses routes dans la prostate, à pénétrer au travers du trigone vésical de la valvule pylorique, à produire de véritables dégâts sous l'arcade des pubis, dans la région prostatique de l'organe excréteur des urines, comme il arrive si souvent à ceux qui confondent les rétentions d'urine par maladie de la prostate avec celles qui dépendent d'une coarctation réelle de l'urètre.

La rétention d'urine étant surmontée, on fait disparaître un des accidens des tumeurs prostatiques; mais le mal véritable n'en persiste pas moins. Reste donc à savoir s'il y a moyen de l'attaquer, et quel est le degré de confiance que doivent inspirer les ressources de l'art en pareil cas.

G. J.

(La suite à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Erysipèle de la jambe. Considérations anatomiques et thérapeutiques sur l'érysipèle.

L'homme couché au nº 29 de la salle Saint-Jean, qui est entré avec un érysipèle de la jambe, a été d'abord soumis à la formule de traitement que nous employons contre cette maladie; puis l'état d'adynamie dans lequel il était tout à coup tombé coïncidant d'ailleurs avec une certaine amélioration, nous avait engagé à ne pas pousser plus loin l'emploi des saignées locales. C'était en quelque sorte contre notre persuasion, et bientôt l'aggravation de l'état général et local du malade nous a fait regretter d'avoir, d'une manière trop hâtive, abandonné l'usage des évacuations sanguines. La fièvre n'a pas tardé à augmenter, et quelques troubles s'étaient manifestés du côté du cerveau. Nous nous sommes alors empressé de revenir aux évacuations sanguines, ce dont nous avons eu à nous féliciter; car, depuis, la marche du mal s'est arrêtée, les phénomènes d'angioleucite ont diminué, ainsi que le délire.

Je dois aujourd'hui, une fois pour toutes, insister sur le traitement que j'emploie contre l'érysipèle, et vous faire comprendre les motifs de notre conduite. Il nous faudra commencer par quelques considérations sur les caractères anatomiques de l'érysipèle.

Dans l'érysipèle, il n'y a pas simplement cutite: l'inflammation de la peau ne constitue pas l'élément le plus important de la maladie, quoique ce soit d'elle que celle-ci tire sa dénomination. Avec la cutite, il existe en même temps une inflammation des vaisseaux lymphatiques. Ce sont là les conditions anatomiques ordinaires de l'érysipèle qui se trouvaient réunies, du reste, chez notre malade, ainsi que vous avez pu le voir par les traînées ou stries rouges se dirigeant de la jambe vers la cuisse, pour aller aboutir aux ganglions lymphatiques de l'aine, qui, de leur côté, étaient tuméfiés et douloureux, quoique très éloignés du siége de la cutite. La double inflammation qui constitue l'érysipèle était donc très bien caractérisée ici, ce qui n'a pas toujours lieu d'une manière aussi évidente.

Dans tout érysipèle, il y a donc cutite et angioleucite en même temps; mais une distinction qu'il importe bien de faire et qui explique pourquoi l'érysipèle par cause interne ne présente pas autant de gravité que l'érysipèle par cause externe, c'est que, dans ce dernier, la prédominance de la participation du système lymphatique à l'inflammation est encore peu marquée.

Il était nécessaire de mentionner les conditions anatomiques de l'érysipèle, et les différences qui séparent celui par cause interne du traumatique, pour mieux comprendre pourquoi, en médecine, l'érysipèle est considéré comme peu grave, tandis qu'en chirurgie, il constitue une des plus graves complications que l'on ait à redouter.

Nous arrêterons là nos considérations, notre but aujourd'hui étant de nous occuper du traitement, principalement en ce qui nous concerne.

On a compris de tout temps que cette inflammation devait être traitée par les antiphlogistiques, et la première pensée que l'on a dû avoir à ce sujet a dû être celle de les employer sur la surface enflammée elle-même, pour en obtenir des résultats plus efficaces, plus directs. Toutefois, on s'aperçut bientôt qu'une telle pratique était peu convenable, et qu'en s'y conformant on ne parvenait pas à juguler la maladie. On en était arrivé même à un point, que l'emploi sans méthode des évacuations sanguines était considéré comme nuisible, tant étaient défavorables les résultats que l'on en obtenait. Je me rappelle que telle était, en particulier, l'opinion de Boyer. C'était, du reste, de cette inefficacité bien reconnue des évacuations sanguines, qu'avaient pris naissance toutes les autres méthodes de traitement que l'on a inventées pour combattre l'érysipèle.

Il est positif que l'on avait trop légèrement proscrit, en général, l'usage des émissions sanguines, car elles constituent un agent thérapeutique bon par lui-même en pareil cas; seulement il fallait en régulariser l'emploi, préciser leur mode d'application. Chose non indifférente, sans doute; car s'il est utile de savoir que dans la métrite, par exemple, ce ne sont pas des sangsues qu'il convient d'appliquer, soit sur le col utérin, soit à la vulve, soit à la partie interne des cuisses, mais bien des petites saignées au bras, à juste titre appelées révulsives, puisque, plutôt que d'agir comme moyen spoliatif du système sanguin, elles empêchent le sang d'affluer en aussi grande quantité qu'auparavant vers l'utérus; de même il importe de savoir au juste, comment et où les évacuations sanguines doivent être pratiquées dans l'érysipèle pour en retirer tous les bienfaits possibles.

Vous devez pressentir, d'après ce que nous avons dit des caractères anatomiques de l'érysipèle, que ce n'est pas sur la surface cutanée enflammée elle-même que les sangsues doivent être appliquées. Souvenons-nous qu'il y a angioleucite en même temps que cutite; de plus, qu'il y a prédominance de cette dernière, laquelle, par suite de la tendance à cheminer, s'étend toujours plus loin que la première. Or, appliquer les sangsues sur la rougeur elle-même de l'érysipèle, c'est combattre avant tout la cutite, c'est-à-dire celle des deux inflammations qui est susceptible de se maintenir le plus long-temps dans des limites modérées, sans devenir grave; c'est permettre en même temps à la lymphyte de marcher et de revêtir cette gravité dans ses phénomènes, qui lui donne tant de ressemblance avec la phlébite interne; c'est laisser le temps aux élémens d'infection de se mêler et d'altérer les fluides en circulation.

Appliquer les sangsues sur la peau enflammée, c'est donc les appliquer derrière le mal; on n'empêche pas la tête de celui-ci de marcher, et l'élément le plus grave de la maladie de s'affecter davantage. C'est donc l'élément lymphatique qu'il est le plus urgent de traiter, puisque c'est lui qui est en grande partie la condition nécessaire du progrès du mal. De là la nécessité de porter le remède au-dessus du mal; car, si on parvient à arrêter les progrès de la lymphite, assurément la cutite tombe aussitôt. Sans cette condition, la maladie continue à faire des progrès; bientôt se manifestent les symptômes ordinaires de l'inflammation des vaisseaux concentriques, et les malades succombent après avoir présenté l'ensemble d'un état typhoïde des plus prononcés.

C'est donc pour porter de la certitude et de la clarté dans l'emploi des sangsues contre l'érysipèle, que nous en avons ainsi formulé le traitement; appliquer les antiphlogistiques au-dessus du mal. Car c'est au dessus du mal que se présentent, du reste, ces traînées rouges dont nous avons déjà fait mention, et que vous avez été à même d'observer; traînées ou stries rosées qui dénotent même au chirurgien le parcourt futur de la maladie, la direction qu'elle doit suivre dans sa marche, et dont elles sont les signes avant-coureurs. Nous nous conformons aujourd'hui strictement à cette conduite; aussi lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un érysipèle de la jambe, au lieu d'appliquer les sangsues sur ce membre, les faisons-nous appliquer sur les ganglions lymphatiques de l'aine. En agissant de la sorte, nous sommes parvenu plus d'une fois à faire disparaître l'érysipèle au début. Il ne faut jamais perdre de vue cependant que les conditions de succès résident dans l'énergie et dans la persistance que l'on apporte au traitement.

Le malade du nº 29 sera pour vous un enseignement complet. Ayant suspendu trop tôt les applications de sangsues, animés que nous étions par la crainte de trop l'affaiblir, le mal a bientôt repris une nouvelle intensité, qui elle-même a cédé à une nouvelle application de sangsues. Les traînées rouges ont cessé de faire des progrès; la fièvre est moindre, de même que l'agitation; le délire disparaît. Nonobstant cela, nous nous garderons bien de retomber dans la même erreur, et de cesser trop tôt l'emploi des sangsues. On en fera aujourd'hui une nouvelle application; car l'état du mal l'indique encore, et de plus le sujet est jeune et fort.

A ce traitement, dirigé en quelque sorte contre l'angioleucite, nous associons un autre moyen qui agit plus spécialement sur la cutite; nous voulons parler des onctions grasses, qui agissent comme simple topique, et qui ont encore l'avantage de soustraire la surface enflammée au contact de l'air. C'est là la méthode conseillée par M. Lisfranc, qui emploie l'axonge; persuadé que nous sommes qu'elle n'agit que comme corps gras, nous lui substituons le cérat, que nous avons plus facilement sous la main, et dont nous nous trouvons également bien. Nous sommes bien persuadé, du reste, que les onctions mercurielles n'ont pas d'autre efficacité, qu'elles font d'ailleurs payer bien cher quelquefois, en provoquant l'explosion des effets ordinaires des préparations mercurielles; accidens que, dans plus d'un cas, nous avons vu devenir mortels.

L'application des sangsues, faite conformément au mode qui nous avons indiqué, n'est malheureusement pas possible dans toutes les régions du corps; les membres sont les parties qui s'y prêtent le mieux; mais à la poitrine, au sein, par exemple, le même résultat n'est pas aussi facilement obtenu. Aussi, réussissons-nous là moins souvent qu'aux membres; car où appliquer les sangsues, puisque les vaisseaux lymphatiques de cette région, loin d'aboutir tous au même point, aux ganglions de l'aisselle, par exemple, vont se rendre en partie à ceux-ci, en partie aux ganglions inter costaux, cervicaux, etc. Néanmoins ce n'est pas encore là la région la plus réfractaire à notre méthode de traitement, et les sangsues, appliquées sur les ganglions axillaires, réussissent encore assez souvent.

Nous avons à peine besoin de dire que l'érysipèle, pour céder facilement au traitement indiqué, doit être attaqué en temps convenable. Chez notre malade du nº 29, le mal était déjà trop avancé pour espérer d'obtenir un résultat promptement favorable; les traînées rouges s'étendaient déjà jusqu'à l'aine, dont les ganglions étaient eux-mêmes tuméfiés et douloureux, peut-être même la lymphite s'étendait-elle plus loin, ce qui nous paraît d'autant plus probable, qu'au moment de l'arrivée du malade dans le service, on remarquait déjà quelques symptômes d'infections purulente. Nous devons dire toutefois que ces symptômes étaient à peine marqués; et, du reste, il fallait agir quand même.

Phlébite externe. Remarques sur le diagnostic différentiel de la phlébite intérieure et de la phlébite extérieure.

Nous rapprochons à dessein ces deux malades, car tous deux ont des inflammations vasculaires. Le malade du nº 32 *bis*, salle Saint-Jean, est entré pour un panaris assez profond du doigt médius, déjà assez avancé pour que nous ayons eu à l'ouvrir dès l'arrivée du malade dans le service. Cet homme, en outre de son panaris, présentait au même bras des traînées rouges sur le trajet de la veine céphalique. Evidemment il y avait là quelque chose d'inflammatoire, peut-être, dirons-nous, une inflammation de la gaîne de la veine céphalique, dont l'une des principales causes nous paraissait résider dans la flexion permanente et prolongée de l'avant-bras sur le bras: aussi son extension était-elle douloureuse.

Il était donc presque démontré pour nous qu'il s'agissait ici d'une inflammation de la veine céphalique, dont le point de départ était à la main; il ne nous paraissait même pas impossible que l'inflammation eût été transmise à la veine par les vaisseaux lymphatiques, si abondans d'ailleurs sur sa gaîne ainsi qu'à la main. Il se pouvait du reste que, limitée entièrement aux lymphatiques, l'inflammation n'eût pas envahi les parois de la veine elle-même.

Au point de vue de ce diagnostic, c'est-à-dire en admettant le cas le plus grave, l'inflammation de la veine céphalique, il nous restait une chose non moins importante à nous demander, savoir: cette inflammation siége-t-elle à l'intérieur ou seulement à l'extérieur du vaisseau. Voici, comment nous avons porté du jour dans cette question. Si la phlébite eût été intérieure, la circulation se fût arrêtée dans ce vaisseau; plus tard se seraient manifestés des phénomènes d'infection, et dans le cas le plus favorable la veine se fût oblitérée. Nous verrons dans un instant que rien de semblable n'a été remarqué chez notre malade. Pour mettre en regard des symptômes qui précèdent, ceux de la phlébite extérieure, nous dirons que, peu grave dans sa marche, s'accompagnant des phénomènes observés chez le nº 32 *bis*, elle se termine par des abcès dans les cas les plus graves. La phlébite intérieure, par contre, est presque inévitablement mortelle. Or, jamais un seul instant, le malade n'a présenté dans ses phénomènes tant locaux que généraux, rien qui fût capable de nous faire appréhender une telle issue: jamais le moindre symptôme d'infection purulente ne s'est montré, quoique la rigidité de la veine s'étendît jusqu'au pli du coude.

Un dernier signe, pathognomonique du reste, et qui était de nature à résoudre toutes les difficultés, était le suivant: la veine céphalique était rigide, mais il n'existait pas de signes annonçant une gêne de la circulation veineuse; les veines tributaires de la veine céphalique, n'étaient pas distendues. Si la phlébite eût été interne, l'arrêt de la circulation dans l'intérieur de cette veine eût amené une gêne dans la circulation des autres veines, qui auraient été distendues.

Chez le nº 32, la veine céphalique va rester raide pendant quelque temps, mais cette raideur disparaîtra sous l'influence des frictions mercurielles sur le trajet du vaisseau. Le malade peut déjà étendre un peu le bras, en sorte que sa guérison nous paraît assurée.

K....

HOPITAUX DE DUBLIN.

Rétrécissement du méat urinaire, guéri à l'aide d'une nouvelle méthode (méthode de M. Colles); par M. Williams.

Dans son Traité des Maladies vénériennes, p. 95, M. Colles a dit avec raison: « Les rétrécissemens du méat urinaire sont absolument incurables par les moyens ordinaires de traitement des rétrécissemens de l'urètre. » Un peu plus bas, il ajoute: « Je suis heureux de pouvoir dire que j'ai dernièrement découvert un mode de traitement de ce rétrécissement, que j'ai appliqué avec un succès complet dans plusieurs cas où je l'ai mis en pratique. Ce mode de traitement consiste dans l'opération suivante: j'ai détaché la peau de l'extrémité de l'urètre, à laquelle ce canal adhère intimement; j'ai divisé l'urètre en dessous, dans la longueur de plus d'un demi-pouce; j'ai relevé la muqueuse de chaque lèvre de l'incision, puis j'ai excisé une portion du corps caverneux dénudé, dans une étendue convenable pour couvrir la plaie de la portion de muqueuse que j'avais soulevée; j'ai cousu cette membrane sur le corps caverneux, et j'ai surveillé les parties pour empêcher une nouvelle coarctation. Le tout s'est bien réuni, et l'ouverture de l'urètre est restée aussi large que dans l'état naturel. » Telle est la méthode que M. William vient de remettre en pratique avec succès dans les deux cas suivans;

Premier fait. William German, âgé de vingt-six ans, a été reçu à l'hôpital de la ville (city of Dublin hospital), le 2 novembre 1840, pour être traité d'une syphilis secondaire, d'une hernie humorale (hydrocèle, probablement) et de deux rétrécissemens à l'urètre. L'un de ces rétrécissemens était placé immédiatement au-devant du bulbe, l'autre à l'orifice de l'urètre.

Outre l'affection syphilitique, le malade avait eu plusieurs attaques de fièvre urinaire (urinary fever), et trois fois les testicules gonflés par un travail inflammatoi-

re; plusieurs fois il avait été menacé d'abcès au périnée. Le rétrécissement profond de l'urètre existait depuis plusieurs années; celui du méat avait été occasionné par un chancre dans cette ouverture, et datait de six mois. L'orifice urétral était contracté, entouré d'une cicatrice dure, et permettait à peine l'entrée d'une petite plume de corneille (mall crow quill); le prépuce cependant n'offrait aucune adhérence morbide au gland.

M. William l'a opéré le 21 janvier 1841. « Il est inutile, dit-il, de répéter la description de l'opération. Quelque hémorrhagie est survenue vers le soir, laquelle a été occasionnée par le malade qui a tiré le prépuce en arrière, de manière à étrangler le pénis derrière le gland; elle a cessé aussitôt après que le prépuce a été avancé. La fréquence et les efforts d'uriner avaient beaucoup diminué; mais plus tard un abcès s'est formé au périnée, qui s'est ouvert le 30; alors les fils sont tombés. Le 4 février, le malade était dans l'état suivant. La plaie à l'orifice de l'urètre est cicatrisée; le méat est plus large que dans l'état naturel, mais pas aussi large qu'on aurait pu le croire d'après la division qui avait été faite à l'urètre; le malade urine librement, sans douleur et sans efforts, et n'est appelé par le besoin d'uriner chaque nuit que deux fois au plus. Il paraît, d'après cela, que la désobstruction de l'orifice de l'urètre a diminué singulièrement les angoisses urinaires, malgré la persistance de l'ancien rétrécissement profond. Ce rétrécissement cependant a été promptement dissipé à l'aide des sondes. Le malade a fait remarquer qu'avant la formation du rétrécissement du méat, celui du fond était beaucoup plus avancé; il paraîtrait donc qu'il aurait diminué, puisque les sondes qu'on a pu y faire passer étaient beaucoup plus grosses que celles dont on se servait autrefois. »

Deuxième fait. John Develin, âgé de dix-huit ans, a été reçu à l'hôpital le 26 décembre 1840, pour être traité d'une syphilis secondaire et d'un rétrécissement du méat urinaire, précisément semblable à celui du cas précédent; seulement l'ouverture était beaucoup plus étroite, malgré que le chancre qui l'avait rétrécie n'avait existé que depuis deux mois et ne s'était cicatrisé que depuis un mois. L'opération a été pratiquée le 26 février; elle n'a rien présenté d'extraordinaire, si ce n'est que la plaie a été long-temps à se cicatriser, la santé générale n'étant pas encore complètement rétablie. Le 9 mars le malade a eu son *exeat*, l'orifice urétral étant revenu à sa grandeur naturelle ou un peu plus, et le passage de l'urine étant parfaitement libre.

Depuis lors ces deux malades ont été revus par M. William, et leur guérison persistait au même degré, ce qui lui fait penser que l'invention de M. Colles doit être considérée comme une véritable acquisition pour l'art.

(*Dublin Medic. Press.*, 28 avril.)

Traitement des tumeurs chroniques des bourses muqueuses et des gaînes des tendons à l'aide de l'incision sous-cutanée; par le même.

Une jeune femme, âgée de dix-huit ans a été reçue à l'hôpital de la ville pour être traitée d'une grosse tumeur de la bourse muqueuse du genou. Il y a deux mois, elle était tombée sur le genou droit en montant un escalier; le lendemain, le genou était douloureux et gonflé en avant. Quelques jours après, la malade s'est présentée à un dispensaire, où l'on a reconnu que la bourse rotulienne était distendue par un liquide, et douloureuse à la pression. On lui a prescrit des lotions froides, puis des vésicatoires et des linimens stimulans, ce qui n'a pas changé l'état des choses.

A son entrée à l'hôpital, la malade a offert l'état suivant: Tumeur au-devant du genou, de trois pouces de diamètre, très proéminente, de forme presque hémisphérique, fluctuante, élastique, chaude et douloureuse au toucher. On prescrit le repos absolu du membre, vésicatoires, linimens stimulans, frictions de mercure et d'iode. Pas d'amélioration. On ponctionne le sac à trois reprises, et l'on fait sortir le liquide qui est du sérum rouge; on comprime exactement chaque fois.

Le 12 novembre, cinq jours après la troisième ponction, la tumeur s'est reproduite, et est des trois quarts plus volumineuse qu'auparavant; l'épaisseur du sac paraissait aussi considérablement augmentée. Une aiguille à cataracte a été alors plongée dans la poche, et l'on a divisé avec elle le sac plusieurs fois par des incisions longitudinales et parallèles. Une portion du liquide s'est répandue dans le tissu cellulaire; mais une grande partie s'est échappée au dehors à travers la piqûre. Le genou a été enveloppé de bandelettes adhésives, et fixé dans le repos.

Le 16 mars la région a été examinée soigneusement; aucun retour de la tumeur n'a été trouvé; la guérison a été jugée complète et solide.

Dans un autre cas, la tumeur existait depuis plusieurs années sur le dos du pied; son volume excédait celui d'une grosse noix, et elle avait résisté à tous les résolutifs ordinaires. M. William a pratiqué le hachement sous-cutané du sac, et la guérison a été prompte et sûre.

Le docteur Brabazon a traité également avec succès, par la même méthode, une de ces tumeurs qu'on appelle ganglions au poignet. L'écrasement n'avait pu être effectué dans ce cas, le kyste étant trop résistant. Dans aucun de ces cas il n'est survenu d'inflammation.

M. Houston l'a pareillement essayé avec succès dans un cas de kyste muqueux à la rotule; la tumeur existait depuis plusieurs années, et était fort volumineuse; elle s'étendait depuis la rotule jusqu'au tubercule du tibia. Il a pratiqué avec l'aiguille six incisions radiées dans chaque côté du sac. Après l'opération il s'est écoulé une cuillerée à thé de liquide par la piqûre, le reste s'est répandu sous la peau; le lendemain plus de gonflement ni de douleur. Guérison.

Hématurie grave guérie à l'aide du sulfate d'alumine et de potasse à haute dose; par M. Martin Hamilton Lynch.

Un homme âgé de trente-sept ans était depuis cinq mois affecté d'hématurie. On l'avait saigné, ventousé plusieurs fois, soumis à l'usage de l'*uva ursæ*, de la térébenthine, de la *pareira brava*, etc., sans avantage. Plus tard il a pris pendant long-temps trois grains par jour d'acétate de plomb dans une potion de huit onces laudanisée, et une drachme de vinaigre, sans plus d'avantage; cette potion a même produit des accidens. L'hématurie continuait et le malade était réduit à une faiblesse extrême: hoquet, coliques, tremblemens saturnins. M. Lynch lui a administré la potion suivante:

Pr.	
Sulfate d'alumine et de potasse,	75 centig. (15 grains).
Acide sulfurique délayé,	30 gouttes.
Sulfate de magnésie,	4 grammes (1 gros).
Infusion de rose,	32 grammes (1 once).

à prendre en trois fois dans la journée.

On augmente graduellement la dose de l'alun jusqu'à deux grammes et demi par jour. Six jours de ce traitement ont suffi pour dissiper l'hématurie; l'urine est devenue claire, l'appétit et les forces ont reparu. Quelques jours après, une récidive a eu lieu; on l'a combattue de la même manière. (*Dublin médical Journal.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 14 juin.

Surdi-mutité; magnétisme animal. — M. Magendie fait, au nom d'une commission composée de MM. Becquerel, Breschet et Magendie, un rapport sur une annonce faite à l'Académie, dans le mois de février dernier, de guérison de sourds-muets à l'aide du magnétisme animal, par M. Dupotet. L'auteur présentait un sujet qu'il prétendait avoir guéri de la surdi mutité à l'aide de ce moyen. La commission ne pouvant tenir aucun compte de cette présentation, puisqu'elle ignorait si le sujet était auparavant sourd-muet, a dû soumettre M. Dupotet à l'épreuve en le faisant opérer sur trois jeunes élèves de l'Etablissement des Sourds-Muets, dont l'état a été bien constaté d'avance; M. Dupotet les a acceptés, et s'est engagé à les présenter guéris dans l'espace de huit jours; la commission lui a accordé quinze jours, ou plus long-temps s'il voulait.

Au bout de ce temps, M. Dupotet les a déclarés guéris; la commission cependant a trouvé qu'ils ne l'étaient pas; et trois mois plus tard ils avaient été abandonnés par M. Dupotet, et étaient tout aussi sourds et muets qu'avant son traitement.

« Notre conclusion est, disent en terminant MM. les commissaires, que la cure de la surdi-mutité, annoncée à l'Académie par M. Dupotet n'est point fondée, et qu'elle ne mérite en aucune manière son attention. »

Intoxication arsenicale. — M. Regnault fait au nom d'une commission, composée de MM. Dumas, Thenard, Boussingault et lui, un rapport sur plusieurs mémoires et communications concernant l'appareil de Marsh dans les recherches médico légales, par MM. Danger et Flandin, etc. Nous le publierons en entier.

M. Magendie dit que le fait du passage de l'arsenic dans les organes par l'absorption est connu depuis long-temps; lui-même il l'a vérifiée dans ses cours il y a quinze ans par des expériences positives.

M. Serre trouve que le rapport a été trop exclusif, en éliminant en quelque sorte l'appareil de Marsh dans les recherches médico-légales. Il adopte la manière de voir des commissaires pour les empoisonnemens aigus; là les procédés anciens suffisent, en agissant sur la matière trouvée dans l'estomac et les intestins; mais dans les empoisonnemens chroniques, l'appareil de Marsh lui paraît très utile.

M. Dumas répond que cela rentre dans les cas exceptionnels. Dans les cas ordinaires, dans les cas les plus fréquens, l'appareil de Marsh est inutile; les procédés anciens suffisent pour découvrir aisément le poison.

M. Roux soutient les avantages de l'appareil de Marsh dans beaucoup de cas.

M. Pelletier. M. le rapporteur a voté des remercîmens à MM. Flandin et Danger, à M. Lassaigne et à deux autres personnes qui ont écrit sur l'appareil de Marsh, et il n'en a pas voté à M. Orfila qui a opéré en présence de la commission et qui a fait d'importans travaux sur la matière. Je demande qu'une lettre de remercîmens soit aussi adressée à M. Orfila.

M. le rapporteur répond qu'il n'avait rien à adresser à M. Orfila, parce que ce chimiste n'avait pas envoyé ses travaux à l'Académie pour être jugés, comme les savans mentionnés dans les conclusions du rapport.

— Dans la séance du 7 juin, M. Dumas a lu un mémoire sur un travail qu'il a fait en commun avec M. Boussingault, sur la composition physique de l'air atmosphérique.

Dans ce premier mémoire, les auteurs ont analysé l'air dans sa plus grande pureté, ou, pour mieux dire, après l'avoir purifié du carbone et de toute humidité en le faisant passer à travers des tubes remplis, les uns de potasse, les autres d'acide sulfurique concentré. Dans un autre travail, ils promettent de s'occuper de l'air mélangé de différentes substances.

Ils commencent par peser en fait, en se basant sur de nombreuses expériences, que l'oxygène et l'azote, qui constituent essentiellement l'air atmosphérique, existent à l'état de simple mélange, mais de mélange constant, fixe, invariable, et non de combinaison chimique comme on l'avait cru dans ces derniers temps Toutes leurs expériences ont eu pour but d'isoler et de peser exactement les deux élémens; c'est ce qu'ils ont fait à l'aide d'un grand appareil très simple qu'ils ont montré à l'Académie. Dans leur décomposition, ils ont agi sur 25 grammes d'air à la fois (près d'une once); l'oxygène est resté combiné à du cuivre en poudre; pesé avant et après l'expérience; tandis que l'azote a été recueilli dans un ballon, pesé également avant et après l'opération. Les proportions en poids et en volume qu'ils ont obtenues confirment les analyses faites par des chimistes et des physiciens français depuis quarante ans.

Le fait le plus général et le plus curieux qui résulte de cet admirable travail pour la médecine, c'est que les proportions de l'oxygène et de l'azote sont invariables quel que soit l'endroit où l'air est puisé, à la campagne comme à la ville, à la surface du sol comme aux hauteurs les plus considérables; dans les lieux encombrés comme dans les lieux déserts et aérés, etc.

Les auteurs soutiennent que tous les encombremens d'hommes et d'animaux sont incapables de vicier l'atmosphère, pourvu que des courans puissent en mélanger les différentes couches. La source de cette invariabilité est dans les plantes qui absorbent le carbone et exhalent l'oxygène, ce qui compense les pertes causées par les hommes, les animaux et la fermentation.

Citons textuellement le passage le plus remarquable de ce mémoire:

« Si nous pouvions mettre l'atmosphère toute entière dans un ballon et suspendre celui ci à une balance, il faudrait, pour lui faire équilibre, dans le plateau opposé, 4,000 cubes de cuivre d'une lieue de côté, ou plus exactement 581,000 cubes de cuivre d'un kilomètre de côté. Supposons maintenant avec Prevost que chaque homme consomme un kilogramme d'oxygène par jour, qu'il y ait mille millions d'hommes sur la terre, et que par l'effet de la respiration des animaux ou par la putréfaction des matières organiques, cette consommation attribuée aux hommes soit quadruplée; supposons de plus que l'oxygène dégagé par les plantes vienne compenser seulement l'effet des causes d'absorption d'oxygène oubliées dans notre estimation, ce sera mettre bien haut à coup sûr les chanches d'altération de l'air. Eh bien, dans cette hypothèse exagérée, au bout d'un siècle, tout le genre humain réuni et trois fois son équivalent n'auraient absorbé qu'une quantité d'oxygène égale à 15 ou 16 cubes de cuivre d'un kilomètre de côté, tandis que l'air en renferme près de 134,000.

» Ainsi, prétendre qu'en y employant tous leurs efforts, les animaux qui peuplent la surface de la terre, pourraient, en un siècle, souiller l'air qu'ils respirent au point de lui ôter la huit millième partie de l'oxygène que la nature y a déposé, c'est faire une supposition infiniment supérieure à la réalité. Rien de plus facile à vérifier que cette conclusion dans ce qu'elle a de général. La respiration des animaux produit de l'acide carbonique; les plantes le détruisent en s'emparant du carbone et restituant l'oxygène à l'air. Les modifications que l'air peut éprouver sous le rapport de l'oxygène, seront donc tout au plus du même ordre que les modifications qu'on observe dans l'air sous le rapport de l'acide carbonique. Or, il est facile d'estimer rigoureusement le poids de l'acide carbonique contenu dans l'air, etc. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 6 mai 1841.

A trois heures, M. Rousseau, vice-président, occupe le fauteuil. — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance. — Correspondance: Envoi de la Gazette médicale de Montpellier, rédigée par M. Chrestien, remercîmens.

A propos d'un passage du procès-verbal où il est parlé de plusieurs opérations pratiquées sur des bègues par M. Guersant, M. Belhomme demande si on a mis en usage le procédé de M. Bonnet, de Lyon. Il pense qu'il y a beaucoup à faire avant de rendre cette opération profitable; qu'il faudrait pour cela tenir compte de l'action nerveuse; bien distinguer les causes diverses qui donnent lieu chez ces malades à tant de phénomènes variés. Le bégaiement cesse, en effet, chez les uns lorsqu'ils chantent ou qu'ils déclament; ceux-ci ne peuvent prononcer les lettres labiales, ceux-là les gutturales; ce sont des maladies différentes auxquelles il est rationnel d'appliquer le même remède.

M. Guersant: Je crois effectivement que nous ne sommes pas dans une bonne voie; j'ai fait quinze opérations de ce genre, et je les ai faites avec inquiétude; mais je voulais savoir à quoi m'en tenir. D'autres ont eu des succès, mais pour moi je m'abstiendrai jusqu'à ce que je puisse voir de mes propres yeux ces résultats. J'ai d'ailleurs opéré la plupart de mes malades en suivant le procédé de M. Amussat, en divisant successivement le filet, la muqueuse entre les deux glandes sub-linguales, et en incisant ensuite lentement ou d'emblée les muscles génio glosses à leur insertion à la mâchoire, et c'est en usant de ce dernier procédé que j'ai obtenu chez un malade plus de succès que chez les autres. Un des derniers opérés avait la langue très longue, maintenant il ne peut plus la tirer hors de la bouche; il bégaie tout autant qu'auparavant. Chez un autre il s'est déclaré une hémorrhagie inquiétante, et j'ai été obligé de recourir pour la réprimer à de fréquentes applications du cautère actuel, à l'eau glacée alumineuse; j'ai aussi fait usage de l'eau de Brocchieri.

M. Serrurier demande si on peut attribuer à l'usage de l'eau de Brocchieri la cessation de l'hémorrhagie.

M. Guersant répond qu'il a appliqué sept fois le feu, et que c'est bien à ce moyen qu'il faut attribuer la cessation de l'hémorrhagie: mais qu'à la chute des eschares il est survenu un suintement sanguin inquiétant qui n'a cédé que par l'usage de l'eau alumineuse et à celui de l'eau glacée, l'eau de Brocchieri aidée du tamponnement n'ayant pas suffi.

M. Sorlin: Je suis parfaitement de l'avis de ces messieurs sur les causes qui ont entravé le succès de ces opérations Il y a complexité dans l'acte du bégaiement, comme on peut s'en convaincre par ce qui arrive dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, le malade est soumis à une vive émotion, l'état du cerveau paraissant agir, mais comment? C'est une grave question contre laquelle le bistouri du chirurgien doit échouer.

D'autres fois le mal est local, et, dans ce cas, attaquable par les moyens directs.

Nous avons été tentés par la ténotomie. On s'est attaqué aux tendons, aux muscles, à ceux de l'œil et à ceux de la langue, mais ici, il n'y a point analogie complette; il n'est point évident que le bégaiement soit dû à la contraction des génio-glosses.

On a aussi, pour guérir du bégaiement, essayé de l'éducation des muscles, et on a obtenu des succès. C'est de la réunion de tous ces faits consciencieusement recueillis et examinés qu'on pourra porter un jour un jugement utile propre à guider le praticien.

M. Belhomme dit qu'il a oublié de dire, en parlant de la méthode d'opérer du chirurgien de Lyon, que ce praticien a vu souvent, après l'incision des génio-glosses, la langue se porter en arrière et menacer le malade de suffocation, et qu'il est bon de joindre aux autres inconvéniens celui-ci, qui n'est pas un des moindres; que Dieffenbach, dans sa méthode d'opérer, semble

avoir pensé à la complication nerveuse dont on vient de parler, car non-seulement il retranche un coin de la langue, mais il coupe encore tous les nerfs de cet organe, et comme de tous les praticiens c'est celui qui compte le plus de succès, il est probable qu'en incisant les nerfs, il modifie l'action des muscles.

— *M. Souberbielle* fait passer sous les yeux des membres de la Société plusieurs pierres qui ont été extraites par lui de la vessie d'un vieillard âgé de soixante-quatorze ans. Cette taille hypogastrique a présenté de grandes difficultés à raison de l'obésité énorme de ce malade. Ce n'est qu'après des efforts réitérés qu'on a pu faire parvenir la sonde à dard au dessus du pubis. Aussi M. Souberbielle a-t-il pris la résolution, si un cas semblable se présentait jamais à lui, de commencer par la taille périnéale, sauf à recourir plus tard à l'hypogastrique, s'il ne pouvait extraire facilement les calculs par la première ouverture. Grâce à la section du périnée; on obtient plusieurs pouces : il devient facile alors de porter la sonde au dessus du pubis.

Ce malade a succombé le onzième jour après l'opération. Mais à l'ouverture du corps, on n'a pu constater aucune apparence de péritonite ; point de sérosité ni de fausses membranes. La vessie était en voie de cicatrisation ; mais dans l'espace de plusieurs centimètres, le canal intestinal était bleuâtre, la muqueuse enflammée. Le malade est mort d'une entérite chronique.

M. Souberbielle parle ensuite de deux tailles qui ont été pratiquées tout récemment. Dans la première, faite par la méthode latérale, l'écartement du lithotome n'ayant point été en rapport avec le volume du calcul, il a fallu, pour l'extraire, se livrer pendant plus de dix minutes à de pénibles efforts; on a meurtri la prostate, les bords de la plaie ; le rectum a été divisé, et le malade, âgé de vingt-trois ans seulement, est dans un tel état de faiblesse que la mort paraît inévitable. Chez le second malade, âgé de neuf ans, l'opération pratiquée par la méthode bi latérale, a eu des suites plus fâcheuses encore ; l'opérateur, au lieu de retirer le lithotome horizontalement comme faisait frère Côme, et comme le recommande Basillac, a fait subir à l'instrument deux mouvemens, l'un d'élévation, l'autre d'abaissement, et le résultat de cette manœuvre a été, ainsi que l'a prouvé l'autopsie, la section de l'uretère gauche, d'une portion de la vessie et du rectum. Un épanchement d'urine s'était fait derrière la vessie ; les tissus étaient blanchâtres et comme macérés. Il est évident, enfin, que le malade a succombé à une péritonite, à une gangrène qu'on pourrait appeler urineuse.

Mauvaise opération que la taille bilatérale, ajoute M. Souberbielle ; la double incision isole le *verumontanum* de la prostate qui peut être arrachée, ou qui du moins est meurtrie pendant l'extraction souvent laborieuse du calcul. Il est aussi un autre inconvénient que le premier j'ai signalé, c'est la section des canaux excréteurs ; ils se cicatrisent, dira-t-on, mais la cicatrice peut causer l'oblitération de ces canaux et amener ainsi un obstacle irrémédiable à la reproduction.

— *M. Tanchou* communique quelques réflexions sur le cancer, et celui du sein principalement. Il dit qu'on se hâte trop souvent d'enlever des glandes qui sont à peine squirrheuses ; que le bistouri est l'*ultima ratio*, et qu'on ne doit s'en armer que lorsque la médecine a épuisé toute les ressources, ce qu'on est bien loin d'avoir fait, en général, quand on opère. M. Tanchou pense aussi que les opérations, dans ce cas, sont beaucoup plus nuisibles qu'utiles, par la fièvre, le trouble qu'elles portent dans l'économie, et que beaucoup de malades auraient pu vivre longtemps ou leurs glandes devenir stationnaires, si elles n'avaient pas été enlevées. Il rapporte des faits où des malades opérés par lui dans ce qu'on appelle les conditions les plus avantageuses, sont pourtant redevenus malades peu de temps après ; par contre, il rapporte d'autres observations où les femmes ont été traitées médicalement, et chez lesquelles, sans recourir à l'opération, il est parvenu à arrêter le développement du mal. Je suis résolu, dit M. Tanchou, à n'opérer désormais que lorsque j'aurai affaire à une tumeur énorme et gênante, ou dans le cas où une suppuration abondante et fétide pourrait épuiser la malade ou causer une sorte d'empoisonnement.

A cette occasion M. Tanchou fait connaître sa doctrine sur le cancer ; il ne croit point qu'il soit le résultat de l'irritation, comme le voulait l'école physiologique. Sans nier que le cancer puisse être fait de toutes pièces, il croit que cette maladie résulte d'une modification de toute l'économie dont il place la cause primitive dans le système nerveux. Cette idée n'est pas nouvelle, M. Tanchou le sait, mais il croit qu'on n'a pas tiré de cette idée tout ce qu'on pouvait en obtenir. Du reste, ce n'est pas dans le fluide nerveux, comme disaient les anciens auteurs, ni dans un virus particulier qui irait affecter les nerfs, que M. Tanchou place la cause qu'il indique. Le cancer, selon lui, résulte d'une multitude de choses inappréciables qui modifient le système nerveux de la vie organique, ce qui fait dire surtout à notre confrère que le cancer est héréditaire ; car, observe-t-il, il n'y a que les maladies qui siégent sur les tissus élémentaires et constitutifs de l'organisme qui soient transmissibles par la voie de la génération. Cette observation importante, capitale, mérite de fixer l'attention des observateurs.

M. Léger : Dans le mémoire fort intéressant d'ailleurs que nous venons d'entendre, il a été question d'un traitement à opposer à la maladie qu'il décrit, chose fort importante, puisque le traitement chirurgical ne paraît pas devoir être conservé, et nous ne voyons point arriver ce *traitement* : ce sera probablement dans la seconde partie. On a parlé de l'hérédité du cancer ; sans la nier, je ne pense pas qu'il soit plus transmissible par la voie de la génération que beaucoup d'autres maladies, et je serais porté à croire qu'il l'est peut être moins.

M. Tanchou : L'hérédité est un fait que ne mettent en doute ni ceux qui ont observé le cancer, ni ceux qui ont écrit sur cette maladie. L'opérateur espère d'autant moins que des membres de la famille ont été affectés de squirrhe. Quant à mon opinion sur la nature du cancer, je l'exprime sous forme de doute, mais enfin je pense que la cause n'est point dans le sang, que c'est une modification imprimée au système nerveux : dans une de nos prochaines réunions je me propose de parler du traitement que j'oppose à cette maladie.

M. Sorlin : On fait un reproche à la théorie d'être trop chirurgicale, de mettre sa confiance dans les opérations ; on se plaint que jusqu'à ce jour on n'a point cherché quelque remède; mais on l'a fait depuis long-temps, sans succès, il est vrai. Aussi a-t-il fallu de toute nécessité que le traitement retombât dans le domaine de la chirurgie. Si l'on veut être juste, on avouera qu'après l'opération il n'est point rare de voir survenir de fâcheuses récidives, mais qu'on a souvent vu aussi des glandes cancéreuses enlevées, et la malade radicalement guérie ; c'est peut-être avec raison qu'on a établi des cancers locaux et des cancers généraux : dans le premier cas, la maladie est guérissable, dans le second elle ne l'est pas.

M. Cheneau : Les idées émises par M. Tanchou sur le rôle que joue l'influx nerveux dans les dégénérescences organiques sont celles que je professe depuis 1839 (*M. Tanchou* : J'en suis charmé.) dans mes cours sur la phthisie pulmonaire, celles que j'ai consignées dans un mémoire lu à l'Académie des sciences sous le titre de : « Introduction à des recherches nouvelles sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. » Je revendique donc ces idées comme miennes. Il est bien vrai que M. Double, rapporteur de mon mémoire, a prétendu avoir émis de pareilles idées dans un mémoire fait il y a trente ans, sous le titre : « De l'état nerveux dans l'imminence des maladies ; » mais il n'a pas compris que je ne voulais point parler de l'augmentation ou de la diminution de la sensibilité, mais bien d'un trouble d'une puissance supérieure inconnue, qui tient sous sa dépendance toutes les facultés organiques.

M. Eguisier observe qu'il a dans sa bibliothèque un ouvrage où les mêmes opinions sont consignées.

M. Belhomme : Lorsque, dans la dernière séance, je m'expliquais devant vous sur l'influence du système nerveux, je ne m'attendais point à voir paraître un mémoire qui viendrait à l'appui. Il est certain qu'on a pris pour des inflammations des névropathies. Sous le rapport pathologique, qu'arrive-t-il ? Si un coup est porté sur le sein, il survient de la douleur, la sensibilité se développe, et l'engorgement, le squirrhe, l'infection générale et la mort, qui peuvent suivre ne sont pourtant que le résultat de l'accroissement, de la modification de la sensibilité.

M. Charles Masson : Lorsqu'il y a six ans j'ai assisté, comme secrétaire-rapporteur, aux consultations gratuites que vous donniez au Cloître Saint-Méry, je vous ai lu un grand nombre d'observations d'hypochondries guéries par l'application d'un vésicatoire placé le long du rachis, moyen dont je m'explique l'efficacité par les modifications qu'il fait subir à la moelle épinière et aux nerfs qui s'anastomosent avec elle.

Ce n'est pas le moment d'entrer dans de grands développemens je vous rappellerai seulement que dans ces observations, que M. le secrétaire-général doit avoir entre les mains, je disais : que dans la plupart des cas, l'hypochondrie tenait à un trouble de l'innervation, surtout de l'innervation sous-cérébrale ; que ce trouble dérangeait cette loi admirable de la nutrition, qui fait qu'à la place d'un atome absorbé vient se déposer un atome absolument semblable, et qu'il doit survenir dans ce cas des produits monstrueux, autrement dits des altérations organiques. Ce sont les conséquences, et non les causes du trouble nerveux. Ainsi un hypochondriaque se présente à un médecin qui le palpe, et ne trouve rien ; ce malade revient une ou plusieurs années après, on trouve un squirrhe à l'estomac, et on croit avoir découvert cette fois la cause de l'hypochondrie. C'est une erreur funeste ; car, si on eût traité convenablement le malade à sa première visite, ce produit pathologique ne se serait plus développé.

Ce sont, vous le voyez, des théories qui diffèrent peu de celles que vous ont présentées mes honorables confrères Tanchou et Cheneau.

— La séance est levée à cinq heures.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le spapadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la maindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 17 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 74, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des enfans à la mamelle.)

Méningite granuleuse. (Suite du n° du 3 juin.)

On peut reconnaître trois périodes dans la fièvre cérébrale. Dans la première, l'enfant est pris de fièvre erratique simulant une fièvre intermittente à type quotidien. Dans cette période, le pouls est toujours élevé. Puis la maladie prend une forme spéciale qui la rend alors reconnaissable : l'enfant paraît plus endormi qu'à l'ordinaire, il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse; il n'accuse aucune douleur; la peau n'est plus chaude, son pouls est plus lent; c'est la deuxième période, qu'on pourrait appeler période de stupeur, quoique cette expression ne soit pas très exacte.

Arrive ensuite la troisième période, celle des convulsions éclamptiques qui s'accompagnent de congestion vers la face et le cerveau, et que les parens reconnaissent facilement. Les yeux s'entr'ouvrent et se renversent; il y a des paralysies partielles, erratiques, occupant plus particulièrement les paupières, les doigts, rarement tout un côté du corps. Les attaques deviennent de plus en plus fréquentes, à mesure que la maladie approche de son terme, qui est presque toujours fatal.

Vous voyez donc que si la fièvre cérébrale est facile à reconnaître dans la deuxième, et surtout dans la troisième période, il n'en est pas de même dans la première, à moins que l'on connaisse particulièrement la famille de l'enfant, et qu'ainsi l'on ait de fréquentes occasions de voir celui-ci.

Mais si c'est là la forme la plus commune de la fièvre cérébrale à son début, il peut se faire néanmoins que cette affection apparaisse quelquefois d'une manière différente, ainsi que va le prouver l'exemple suivant :

La petite fille d'un boucher de Paris est prise d'une fièvre qui paraît rémittente, avec frisson, chaleur et sueurs; la langue est rouge à sa pointe; il y a de la diarrhée et un peu de céphalalgie, symptômes qui font croire à une fièvre typhoïde à son début. Cependant la diarrhée continue, la fièvre prend le caractère rémittent sans période de frissons. Nous sommes appelé en consultation au bout de quelques jours (la diarrhée avait cessé depuis quarante-huit heures); le médecin nous raconta lui-même ce qu'il avait constaté avant notre première visite.

En examinant la petite malade, nous trouvons que les conjonctives sont fortement injectées, qu'elle est très abattue et comme plongée dans la stupeur, ce qui pouvait bien se rapporter à une fièvre typhoïde; mais la langue est humide; il n'existe point de vésicules miliaires à la peau, point de taches typhoïdes, point de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Nous restons indécis pendant quelques jours. Cependant bientôt l'enfant est prise de convulsions, elle renverse les yeux, pousse des cris que Coindet appelle hydrencéphaliques, et elle meurt le lendemain.

Cette forme de la fièvre cérébrale est certainement la moins fréquente.

Pour nous résumer, nous dirons qu'il y a trois périodes dans la méningite granuleuse. Au début, léger trouble dans les appareils des sens; puis période apyrétique, diminution de la fréquence du pouls, tendance au sommeil; enfin la troisième période, convulsions éclamptiques, jetées de sang vers la tête, etc. Avec tout cela, aurait-on observé trente enfans atteints de fièvre cérébrale, qu'au trente-unième l'on tomberait encore dans l'erreur; et cela arrive aux médecins les plus instruits, tant il est difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître, à son début, la maladie qui nous occupe, à moins d'avoir quelques antécédens de famille. Quand, en effet, un frère ou une sœur de l'enfant auquel on est appelé à donner des soins a succombé à une fièvre cérébrale, l'on doit craindre la même maladie chez cet enfant, quand les premiers symptômes qu'il présente ressemblent à ceux observés au début de l'affection qui a conduit son frère ou sa sœur au tombeau.

Pourtant il nous est arrivé de nous tromper chez la petite sœur de mademoiselle D....., qui fut prise tout à fait de la même manière que celle-ci, et chez laquelle les accidens disparurent complètement en sept jours. Bien que sa sœur ait succombé à une fièvre cérébrale, nous étions fort embarrassé de nous prononcer sur la nature de la maladie que nous observions et qui paraissait n'être qu'à son début.

— Le pronostic porté par M. Trousseau, sur l'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, vient de se réaliser. Avant-hier matin cette petite malade semblait être un peu mieux, elle paraissait reconnaître sa mère; quelques instans auparavant elle avait fait quelques efforts pour prendre le sein et avait bu assez volontiers. Mais quoique ses yeux fussent ouverts elle ne pouvait suivre du regard une montre que l'on approchait de son visage; ce qui ne tenait pas à son jeune âge, puisque la même chose, répétée chez des enfans de dix mois, ceux-ci ne cessèrent de regarder attentivement la montre que l'on promenait devant leurs yeux. Il y avait donc là quelque chose qui empêchait cette enfant de se mettre en rapport avec les objets extérieurs.

Dans la nuit du 30 au 31 janvier, elle eut deux attaques d'éclampsie. Dans la journée du 31, elle était un peu mieux quand, vers sept heures du soir, elle fut prise de mouvemens convulsifs qui devinrent beaucoup plus énergiques vers minuit. Le 1er février, vers deux heures du matin, elle perdit connaissance; il se manifesta une raideur convulsive dans les membres, et l'enfant succomba. Chez elle la vie s'est terminée par une attaque d'éclampsie.

Ainsi pour nous résumer, dit M. Trousseau, cette enfant tombe malade le 22, elle a pendant quatre jours des vomissemens; le 26 elle est prise de somnolence, et de temps en temps d'espèce d'extase; elle cesse d'uriner et d'aller à la garderobe. Elle entre ici avec de fréquentes attaques d'éclampsie, paraît revenir un peu à elle, puis elle prend une nouvelle attaque d'éclampsie et meurt sans période fébrile, au dixième jour de la maladie.

Voici ce que l'autopsie a démontré : Epaississement considérable de la pie-mère dans toute son étendue et surtout vers la base, au moment où celle-ci s'enfonce dans les scissures de Sylvius pour former les plexus; infiltration dite tuberculeuse de cette membrane. Quelques mots d'explication à ce sujet.

Dans l'épaisseur de la pie-mère, peut-être bien aussi à sa partie interne ou externe (chose qu'il est impossible de déterminer à cause du peu d'épaisseur de cette membrane) l'on trouve des granulations d'un blanc jaunâtre, de la grosseur d'un grain de millet disséminées dans toute l'étendue de cette membrane, plus confluentes dans certains points où elles se rapprochent et présentent l'aspect des fausses membranes que l'on rencontre dans la plèvre et dans le péritoine à la suite d'inflammations de ces parties. Si l'on coupe ces granulations dans les points où elles sont réunies, on voit qu'elles sont constituées par un tissu jaunâtre, friable, homogène, mais ne ressemblant en rien au tissu tuberculeux.

Sont-ce là des tubercules ou bien des produits de nouvelle formation, résultant d'un dépôt de fibrine dans la pie-mère à la suite de l'inflammation de cette membrane, ainsi que cela s'observe pour les plèvres, le péricarde et le péritoine? Pour répondre à cette question, il nous faut recourir à des exemples pris dans les phlegmasies de ces dernières membranes séreuses.

Lorsqu'on trouve des granulations dans le péritoine, et plus particulièrement dans l'épiploon (c'est dans ce point surtout qu'elles ont plus d'analogie avec celles de la pie-mère), celles-ci coïncident presque toujours avec des lésions tuberculeuses soit de l'intestin, soit du mésentère, sous l'influence desquelles l'on voit survenir des péritonites regardées par les auteurs comme de nature tuberculeuse et dont la forme est toujours chronique.

Pour la plèvre, c'est la même chose, ces sortes d'altérations se présentent encore chez les tuberculeux et revêtent toujours les caractères de chronicité.

Ainsi donc, comme point d'analogie, nous voyons que la lésion organique est la même, soit qu'on l'observe dans

---

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR QUELQUES MALADIES DU SYSTÈME MÉDULLAIRE DES OS;

Par M. Rognetta, d.-m.-p. (1)

Au commencement du 18e siècle, l'Académie des sciences de Paris ayant senti la lacune qui existait concernant la structure, les fonctions et les maladies du système médullaire des os, chargea l'un de ses membres les plus distingués, Duverney, de la remplir. (Hist. de l'Acad. des sciences, 1700, pag. 202.) Les recherches de Duverney ne s'étendirent pas au-delà de l'anatomie et de la physiologie normales.

Vers la fin du même siècle (1785, 1786), la Faculté de médecine de Paris proposa deux fois un prix à la meilleure dissertation sur les maladies de la moelle des os. Ce prix fut décerné à un médecin de Lyon, le docteur Moignon. Son travail, écrit en latin, est intitulé : *De Medullæ ossium morbis tentamen* (broch. in-8., de 96 pag. Lugduni, an. III.) Il est remarquable surtout pour avoir été le premier à appeler l'attention sur ce point de pathologie. L'auteur répéta les expériences de Duverney sur la sensibilité de la moelle des os, et fit des remarques physiologiques judicieuses; il décrivit l'inflammation de l'organe médullaire, la suppuration, la gangrène, l'induration squirrheuse et sarcomateuse, et les dégénérescences qu'il nomme acides et acrimonieuses. L'imagination cependant, plutôt que l'observation directe, paraît avoir fait les frais de la plupart de ses descriptions.

Entièrement absorbés par l'étude des lésions des autre organes, nos grands maîtres en anatomie pathologique ont pour ainsi dire oublié que le système médullaire des os pouvait, comme tous les autres, offrir des altérations plus ou moins importantes. Les ouvrages de Bonnet, de Morgagni et de la plupart de leurs successeurs sont presque muets sur ce point. Le seul Ruysh, parmi les auteurs des deux derniers siècles, nous a laissé quelques lignes sur ces maladies; il a décrit le cas d'une dégénérescence suppurative de la moelle d'un tibia, chez une fameuse courtisane d'Amsterdam, dont il conservait la pièce dans son cabinet avec cette piquante étiquette : *imis hæret amor medullis* ! (L'amour gît au fond de la moelle!) (*Opera omnia, Ruyschii.*)

On trouve, il est vrai, dans Avicenne, dans Marc A. Séverin, dans Sandifort et dans plusieurs collections de thèses ou d'ouvrages périodiques de différentes époques quelques faits relatifs à des altérations organiques de la moelle des os, mais ces faits ont été décrits comme des altérations de toute autre nature.

Je dois pourtant en excepter Boerhaave. Dans son livre intitulé : *De morbis ossium*, commenté par Van Swieten, il nous a laissé quelques aphorismes remarquables sur l'inflammation et la suppuration de la moelle. Parmi les auteurs modernes nous devons aussi citer Desault, qui, au dire de Gavard (Ostéologie), s'est occupé d'expériences physiologiques sur la moelle. Troja, qui nous a transmis un ouvrage précieux sur les effets de la destruction artificielle de la moelle; Boyer et Monteggia, qui ont étudié le spina-ventosa; sir A. Cooper, qui a décrit le fongus de la membrane médullaire, sous le nom d'exostose médullaire; J. Hunter, Béclard et Lobstein, et le docteur Phillips (de Londres), qui ont observé la myélite suppurative, enfin M. Lallemand (de Montpellier), qui a publié quelques faits intéressans sur la matière. Je crois cependant que ce sujet est encore vierge et qu'il mérite une étude approfondie.

§ I. Remarques anatomiques.

Bichat et Mascagni admettent deux sortes de membranes médullaires; le grand système médullo-canaliculaire (moelle proprement dite), et le système médullo-cellulaire, propre à la substance spongieuse ou diploïque des os non cylindriques (Anat. gén., t. III, Prodromo della grande anatomia, in-folio). Dans l'étude de ce double système, il faut considérer à part la graisse et l'huile médullaire. La graisse et l'huile étant le produit de la sécrétion des deux toiles vasculaires du même nom, ne s'altèrent qu'autant que leurs organes sécréteurs sont eux-mêmes lésés.

La membrane médullo-canaliculaire des os a été comparée à la pie-mère sous le point de vue de sa finesse. C'est une sorte de toile extrêmement fine, qui exige une préparation particulière pour être bien observée. Les anatomistes savent que ce n'est que sous l'influence d'un certain degré de chaleur, ou de quelque acide minéral, capables de la raccornir et de la détacher de l'intérieur du canal médullaire, qu'on peut la bien voir à l'œil nu. On l'appelle périoste interne. Elle n'est cependant ni fibreuse comme le périoste externe, ni séreuse ni muqueuse. Elle trouve peut-être son analogue dans la structure de l'épiploon seulement; elle est, au reste, essentiellement vasculaire (Clopton Havers, Obs. de ossib., Amsterdam 1731 p. 184; Béclard, Anat. gén., p. 174).

Dans ses expériences sur la moelle des os, Duverney démontre d'une manière péremptoire que la membrane médullaire est douée d'une sensibilité exquise. Jusqu'à Mascagni, cependant, personne n'avait fait voir directement les nerfs de cet organe. A l'aide de ses fines dissections et du microscope, ce célèbre anatomiste a découvert et fait dessiner plusieurs plexus nerveux extrêmement déliés, qui accompagnent l'artère nourricière, se divisent et se subdivisent avec elle dans l'intérieur du canal (*l. c.*, p. 125). Cette découverte a été confirmée par Béclard (*l. c.*, p. 175), par M. Cruveilhier (Anat. descr., t. I. p. 45), et par d'autres (Isenflamm et Rosenmuller, Uber das Knochenmark, Leipsig, 1803).

L'on s'explique par ces premières notions : 1° pourquoi la moelle des os est au nombre des parties les plus sensibles de l'économie : « L'appareil médullaire, dit Lobstein, l'emporte en vitalité sur toutes les autres parties du système osseux; il est bien plus sensible aux influences atmosphériques et aux irritations spécifiques, telles que celles qui dépendent de l'arthritis, de la syphilis, du cancer; c'est vers lui qu'aboutissent les métastases; il s'enflamme plus facilement que la substance spongieuse, et les inflammations y sont plus aiguës. » (Anat. path., t. II, p. 47.) 2° Pourquoi cette sensibilité existe au plus haut degré vers le milieu des os cylindriques. C'est en effet vers cette région que les nerfs médullaires entrent dans le canal, et que leur quantité est par conséquent plus considérable. 3° Pourquoi, lorsqu'on ampute la cuisse dans son quart supérieur ou inférieur, la douleur que le malade éprouve par la section de la moelle est beaucoup moindre que lorsqu'on opère vers le milieu, soit chez l'homme, soit chez les animaux : « Lorsqu'on pratique sur le tibia d'un chien une ouverture, et qu'on y introduit un stylet pour détruire la moelle, un phénomène curieux qu'on y observe, c'est, dit Lobstein, que l'animal donne des signes d'une violente douleur si on porte l'instrument de bas en haut, et qu'il ne paraît pas souffrir quand on l'enfonce dans la partie inférieure de l'os. » (Lobstein, Anat. path., t. II, p. 247.) 4° Pourquoi enfin certaines douleurs ostéocopes, dont le siége est dans la moelle, se manifestent plutôt

(1) Ce travail avait été composé, il y a trois mois, pour être lu à la Société médicale d'Emulation. Les occupations de cette assemblée ne m'ayant pas permis jusqu'à présent un tour de lecture, je n'ai pas cru devoir en différer plus long-temps la publication.

le péritoine, la plèvre ou la pie-mère; mais remarquez qu'il y a une énorme différence quant à l'ordre dans lequel les phénomènes morbides se produisent. Ainsi dans la plèvre et le péritoine nous avons toujours des accidens chroniques; dans la pie-mère, c'est différent. La méningite tuberculeuse se présente sous la forme aiguë, et jamais elle n'offre le caractère de chronicité propres aux péritonites et aux pleurésies tuberculeuses; de sorte que, s'il y a parité de lésion, il existe une différence essentielle dans la marche des accidens et dans le développement des produits organiques.

Faisons mieux comprendre cette différence par des exemples :

Si un enfant bien portant, sans mal de tête, est pris subitement d'accidens cérébraux et meurt en quatre, six, huit ou dix jours, il est difficile de penser que la cause qui a produit de pareils effets existe depuis un mois, six semaines; il est probable qu'elle se serait manifestée par quelques symptômes et tout caractère de chronicité doit être exclu. Au contraire, dans la péritonite tuberculeuse l'on observe toujours une diarrhée chronique, un épanchement abdominal existant depuis long-temps, des douleurs anciennes et quelques autres symptômes concomitans. Dans la pleurésie tuberculeuse, il y a épanchement dans la cavité des plèvres, douleurs thoraciques généralement fortes, difficulté de respirer, tous symptômes dont l'apparition remonte à une époque plus ou moins éloignée, de sorte qu'il est facile, à la marche des accidens, d'en reconnaître la nature; tandis que, pour la fièvre cérébrale vous n'observez rien qui ait quelque analogie avec ce que l'on rencontre dans la péritonite et la pleurésie tuberculeuse.

Maintenant que nous comprenons parfaitement que les granulations des méninges s'accompagnent toujours d'accidens aigus, nous allons examiner si les granulations sont ou non de nature tuberculeuse.

Or, quand on rencontre la pie-mère épaissie et infiltrée de granulations, est-il possible de supposer qu'une pareille altération puisse venir à la sourdine? Peut-on imaginer que ces granulations soient tuberculeuses, quand elles n'existent que depuis quatre jours seulement? Evidemment, non; elles sont le produit d'une inflammation aiguë; et ceci se comprendra bien mieux encore quand on verra combien sont molles ces granulations, et combien elles offrent d'analogie avec ce que l'on rencontre dans la plèvre à la suite d'une phlegmasie aiguë de cette membrane.

Si, chez l'enfant du n° 3 de la salle Sainte-Julie, l'on considère plus attentivement la pie-mère, l'on voit que les granulations sont plus confluentes dans un point, et qu'elles sont d'autant plus disséminées que l'on s'écarte de ce premier point. C'est encore une autre raison qui milite en faveur de notre opinion : à savoir, que ces granulations sont le produit d'un travail phlegmasique.

Nous sommes loin de vouloir prétendre qu'il ne puisse pas y avoir de tubercules dans les méninges. En effet, l'on rencontre quelquefois dans ces membranes de petits corps durs, homogènes, etc., qui sont, à n'en pas douter, de véritables tubercules; aussi sommes-nous porté à croire qu'on a confondu la méningite tuberculeuse avec la méningite granuleuse, affection à laquelle a succombé l'enfant de la salle Sainte-Julie.

Recherchons enfin si, chez cette enfant, il n'y avait pas de disposition scrofuleuse. En examinant les ganglions bronchiques, nous en avons trouvé quelques-uns tuberculeux et en suppuration. Dans le poumon, il y avait un gros tubercule cru, comme on en rencontre souvent dans le mésentère.

Disons, en finissant, que c'est ordinairement là la forme de la méningite chez les enfans, sans que ce soit pour cela une méningite tuberculeuse. Notons encore que dans la méningite granuleuse les symptômes sont les mêmes que dans la méningite simple; que ces deux affections diffèrent entr'elles seulement par les lésions pathologiques qu'elles laissent après elles. Toutefois, il est vraisemblable que si l'enfant portait un gros tubercule dans le cerveau, il présenterait des symptômes propres à cette espèce de lésion.

— Le lendemain de l'autopsie de cet enfant, nous avons fait l'autopsie de la femme du n° 4 de la salle Sainte-Anne, morte également à la suite d'une fièvre cérébrale; et, ce qui est digne de remarque, bien que cette femme fût tuberculeuse, nous n'avons trouvé que de l'injection de la pie-mère, et aucune granulation.

Rappelons en quelques mots l'histoire de cette femme.

Elle est entrée à l'hôpital se plaignant de vives douleurs de ventre, et ayant une hydropisie qui datait de trois mois et survenue d'une manière aiguë. Nous crûmes à une péritonite tuberculeuse, et nous prescrivîmes des frictions avec l'onguent napolitain et des cataplasmes de cigue

Nous avons obtenu la résolution de l'hydropisie; mais comme les intestins paraissaient agglomérés et former une espèce de paquet, nous pensâmes qu'ils étaient soudés entre eux. Du reste, la guérison des péritonites ne s'obtient le plus souvent qu'à ce prix.

Plus tard, cette femme se plaint de nouvelles douleurs dans la région hypogastrique, et d'une assez grande difficulté à uriner. Nous la touchons, et nous constatons d'abord la virginité, puis nous trouvons le col utérin très allongé, piriforme et douloureux. Quand, à l'aide du doigt, nous soulevons l'utérus et le portons contre les parois du bassin, la douleur devient encore plus vive. Nous croyons à une métrite et à une péritonite chroniques.

Cinq jours avant sa mort, cette femme fut prise de fièvre intense et de délire; elle ne faisait entendre que quelques grognemens. Voici ce que l'autopsie nous a permis de constater : comme effets thérapeutiques, la résolution de l'épanchement abdominal et la soudure des intestins (soudure que nous avons déjà reconnue avant la mort); puis nous trouvons un épiploon prodigieusement induré, présentant environ l'épaisseur du doigt, et rempli de granulations semblables à celles que l'on rencontre dans la pie-mère d'enfans morts avec une méningite granuleuse. Dans le bassin et à la partie supérieure de l'utérus, une masse de pus concret ressemblant assez bien à des ganglions lymphatiques suppurés, dont la partie liquide aurait été résorbée. En divisant l'utérus, l'on trouve un corps fibreux implanté dans le tissu même de cet organe. La cavité utérine contient une quantité notable de muco-pus semblable à celui du bassin. Le col est fermé, la membrane qui tapisse l'intérieur de la matrice présente un aspect tomenteux, et ressemble assez bien à la chaire de figue. Nous avons donc là une métrite chronique, métrite déterminée peut être par le corps fibreux dont il vient d'être question. Les épiploons étaient recouverts de granulations qui n'exisaient que dans cette partie du péritoine. Il y avait aussi des tubercules dans les deux poumons, dont nous avons pu, du reste, reconnaître l'existence pendant la vie.

Enfin, nous avons constaté l'état de mollesse de tout l'encéphale, l'injection très notable de la substance grise, le ramollissement de la voûte à trois pilliers et du septum-médian, qui étaient presque réduits en bouillie; un épanchement abondant de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde.

Voyons maintenant les symptômes que cette femme a présentés : pas de paralysie, pas de contracture; la parole est restée jusqu'à la mort, mais état de prostration générale, et espèce de demi-paralysie difficile pourtant à bien apprécier, par cela seul que le point de comparaison manquait. Nous n'avons point trouvé de granulations dans la pie-mère. Si la maladie avait duré quinze jours ou trois semaines, peut-être en aurait-il existé alors. Toutefois, nous constatons ce fait, qu'en même temps qu'il y a dans un point du péritoine péritonite non tuberculeuse, nous rencontrons des granulations dans l'épiploon.

— *Errata*. Dans le numéro du jeudi, 3 juin, 1[re] page, 3[e] colonne, ligne 40, *au lieu* d'hémiplégie, *lisez* hémiopie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Abcès du cerveau s'étant traduit pendant la vie par les seuls symptômes d'une méningite partielle à sa période d'excitation, et sans aucune altération dans les organes du mouvement et du sentiment; par le docteur PEDELABORDE.

Louis Sippon, âgé de vingt-quatre ans, d'origine suisse, valet-de-chambre, était d'un tempérament éminemment sanguin et d'une constitution athlétique. Il avait fait, il y a trois ans, une maladie qu'il appelait fièvre chaude, et qui lui occasionna un délire tel qu'on dut le contenir dans une camisole de force. On le mit, dit-il, dans des bains de glace, et on le saigna.

Ces renseignemens, bien incomplets sans doute, permettent de croire que cette maladie était une méningite.

Depuis cette époque, 1838, il avait joui d'une brillante santé, lorsque le 16 mai dernier, 1841, il donna, en se relevant, de la tête contre le manteau d'une cheminée. Le coup ne fut pas assez violent pour lui faire perdre connaissance; mais il s'assit à l'instant en prenant sa tête dans ses deux mains, et en accusant une vive douleur qui ne dura que quelques instans, au bout desquels il reprit son ouvrage.

Il passa quinze jours sans se ressentir en aucune manière de cet accident, puisqu'il ne s'en était plaint à personne, et que, lui ayant demandé s'il avait reçu quelque coup, il répondit négativement.

« Je dois dire que le malade a toujours déclaré n'avoir reçu aucune violence extérieure, et que je n'ai été instruit de la circonstance que je viens de rapporter, que par un de ses camarades qui en avait été témoin. »

Le seizième jour environ, c'était le 1[er] juin, Louis Sippon fut pris de céphalalgie légère qui ne l'obligea point d'interrompre sa besogne, et pour laquelle céphalalgie il resta trois jours sans rien faire pour la combattre. Cependant, voyant son mal augmenter, il me fit appeler le 3 juin 1841.

Etat actuel. Le malade se plaint d'un mal de tête assez violent, auquel il n'assigne point de région spéciale. Il n'a fait aucun excès, il ne s'est point exposé au soleil, il n'a point reçu de coup (j'insiste sur cette dernière déclaration, eu égard à la terminaison de la maladie); l'appétit est nul,

---

vers le milieu que vers les extrémités du canal médullaire.

Duverney pensait que le parenchyme des os devait être pourvu de nerfs, puisque les bourgeons charnus qui émanent de la surface d'un os dénudé ou scié sont extrêmement sensibles. Cette observation cependant, ne paraît pas bien concluante, car les bourgeons émanent à la fois de l'os et des parties molles adjacentes, y compris quelquefois la membrane médullaire. S'il est vrai que la vie du parenchyme osseux est sous la dépendance des deux périostes, surtout de la membrane médullaire, dont la destruction entraîne constamment la nécrose, il n'est pas nécessaire de lui supposer des nerfs que l'anatomie n'a pas démontrés jusqu'à ce jour. Ne voit-on pas l'analogue de cette organisation dans la structure de l'ongle dont la matrice est très pourvue de nerfs, tandis que l'ongle lui même est tout à fait insensible?

Un autre point digne de méditation est la vascularité abondante du système médullaire. Indépendamment de l'artère nourricière qui quelquefois est double ou triple, surtout dans les membres à un os, comme à la cuisse et au bras, deux autres ordres de vaisseaux arrosent l'organe médullaire; savoir, les vaisseaux périostaux et les vaisseaux articulaires. Ces deux nombreuses familles d'artères et de veines percent, comme on sait, le parenchyme osseux dans tous les points de sa surface, et établissent des anastomoses multiples avec les diramations des vaisseaux nourriciers. Cela est si vrai, que, lorsque l'artère nourricière est détruite ou oblitérée soit par une amputation pratiquée au-dessus du trou nourricier, soit par une fracture, ou bien par une exostose, une nécrose, etc., l'organe médullaire continue à vivre par le sang que ces deux ordres secondaires de vaisseaux lui envoient. Dans une injection heureuse des vaisseaux de la jambe, malgré que l'artère nourricière de la moelle du tibia fût complètement oblitérée et convertie en ligament par l'action d'une masse cartilagineuse, Bichat trouva la moelle du même os et tous les rameaux intra-canaliculaires de cette artère parfaitement remplis par l'injection.

La membrane médullaire est donc richement pourvue de vaisseaux sanguins. Sa couleur rougeâtre d'ailleurs l'a fait placer par Mascagni au nombre des membranes essentiellement vasculaires. On prévoit par là que cette membrane puisse être sujette à s'enflammer, à suppurer, à s'ulcérer, à s'hypertrophier, à devenir anévrismatique, fongueuse, cancéreuse, etc. C'est ce que nous aurons l'occasion de voir.

On a agité la question de savoir si les vésicules de la masse médullaire communiquaient entre elles comme celles de l'éponge hyaloïdienne. Moignon a soutenu l'affirmative; il veut même que cette communication d'une vésicule à une autre se fasse au moyen d'un sphyncter (ouv. c., p. 6). Duverney et Winslow avaient déjà soutenu la même opinion, aux prétendus sphyncters près; et Bichat lui même avait été du même avis. Cependant Mascagni, qui soutient le contraire, fait remarquer avec raison que s'il était vrai que les cellules médullaires communiquaient entre elles comme celles du corps vitré, on devrait voir après les amputations le suc médullaire couler continuellement à la surface du moignon, ce qui n'a jamais été observé; et l'on comprend à peine comment Galien ait pu dire que la nature n'avait assigné d'autre office aux épiphyses que de servir de bouchons au canal médullaire, afin d'empêcher le suc de ce nom de se répandre au loin (Severini, De abscessum recondita natura, cap. IV, p. 10, Naples, 1832, in-4°).

On croit assez généralement que l'organe médullaire est circonscrit dans les limites du canal osseux qu'on voit sur le squelette sec. Ce canal ne se voit là qu'à la partie moyenne des os longs; il s'arrête à une distance plus ou moins longue des épiphyses; il en est autrement sur les os frais. Là le canal médullaire s'offre sous la forme d'un tube irrégulier cloisonné par une infinité de lamelles osseuses, et dont l'entrecroisement varié forme des mailles de plus en plus serrées à mesure qu'on s'approche des extrémités articulaires. La membrane médullaire envoie à travers ces mailles des prolongemens de sa substance, de sorte que, suivant ma manière de voir, l'organe médullaire n'a de limites véritables, chez l'homme adulte, qu'à quelques lignes des cartilages articulaires. L'on comprend par là comment la myélite chronique, dont le siége est dans ces prolongemens extrêmes, peut donner lieu à ces gonflemens articulaires qu'on observe chez les sujets rachitiques, et à ces abcès caverneux des extrémités des os longs que Marc-Aurèle Séverin a décrits sous le nom de pédarthrocace.

Si l'on considère dans son ensemble le système médullaire canaliculaire d'un squelette frais, l'on est frappé de ce fait important, que sa masse proportionnelle augmente à mesure qu'on passe des grands aux petits os; ce qui veut dire que sa proportion relative est pour chaque os en raison inverse de son volume. Ainsi, par exemple, le péroné, qui est plus petit que le tibia, contient une plus forte quantité de moelle relativement à ce dernier. On remarque le même fait dans le tibia par rapport au fémur, et dans chaque os de l'avant-bras par rapport à l'humérus. Mais c'est surtout dans les os cylindriques de la main et du pied que cette loi devient extrêmement patente. En comparant ces os au fémur et à l'humérus, on peut se convaincre que la quantité relative de moelle est au moins triple dans les premiers. Ne voit-on pas maintenant pourquoi les maladies de la moelle sont en général beaucoup plus fréquentes dans les petits os cylindriques que dans les grands?

La quantité absolue de la moelle est, comme on sait, dans l'état sain, en raison directe de l'âge. Plus on est vieux, plus la quantité absolue de la moelle est considérable. Les canaux médullaires deviennent de plus en plus spacieux, et leurs parois de plus en plus minces. Ce fait, qui donne la véritable raison de la fragilité des os chez les vieillards, et que quelques personnes croient avoir découvert depuis peu, est connu depuis fort longtemps (Léveillé, Nouv. doct. chir., t. IV, p. 316); il se rattache lui-même à une autre condition importante de la membrane médullaire, la diminution de sa vascularité artérielle et l'atrophie du parenchyme osseux, qui en est la conséquence. Or, notez bien cette remarquable coïncidence organique : la membrane médullaire est, chez le vieillard, moins vascularisée, et par conséquent moins susceptible de maladies, et pourtant, la graisse qu'elle sécrète est fort abondante. C'est précisément le contraire de ce qui existe dans le jeune âge.

Chose remarquable! dans le jeune âge, le système adipeux général est très développé, la membrane médullaire est rouge, très vascularisée, la graisse médullaire, au contraire, très peu abondante (Bichat, Anat. gén., t. III, p. 10, édit de Béclard); tandis que chez le vieillard on rencontre précisément les conditions opposées. On voit par là pourquoi les maladies de la moelle sont propres à l'enfance, moins à cause de l'étendue de cet organe que de ses conditions anatomiques.

Disons à présent quelques mots du second système médullaire, et qui est propre aux os non-cylindriques. Ce système est surtout très développé dans le tissu diploïque de certains os plats, comme ceux du crâne, des mâchoires et du pelvis; il est presque nul dans l'enfance. Boerhaave admettait l'existence d'une membranule extrêmement fine dans chaque cellule diploïque (1). Winslow avait partagé cette opinion (Anat., in-4°, p. 122). Bichat n'a

(1) « Nam interstitia horum (ossium) vestiuntur membranula » eodem vasorum genere instructa, iisdem liquoribus perpetuo » allatis humectata, ac illæ. » (Boerhaave, aph. 513, t. I, p. 905, et aph. 518.)

la soif modérée, et la chaleur générale peu augmentée. Le pouls est dur, développé, plein. La face est rouge, animée ; les yeux sont peu injectés. La myotilité et la sensibilité générales sont dans l'état normal. Le malade ne dort pas. Nul dérangement, d'ailleurs, du côté des voies respiratoires et digestives.

Cet ensemble de symptômes, et l'absence de ceux propres à une simple congestion cérébrale, le souvenir de sa maladie antérieure, le tempérament, l'âge et la constitution du malade, me font craindre que les membranes du cerveau ne se prennent d'inflammation. En conséquence, je lui pratique une saignée du bras de 500 grammes (une livre); je lui fais couvrir la tête d'eau de pompe ; je le soumets à une diète absolue, au repos au lit, avec défense de recevoir personne. Limonade citrique pour boisson.

4 juin. Le sang de la saignée est pris en un caillot, sans trace de sérosité ni de couenne. Les symptômes généraux sont les mêmes que la veille. La céphalalgie serait plutôt augmentée que diminuée, dit le malade ; cependant il ne se trouve pas plus mal. *La douleur de tête est encore générale* ; le mouvement et le sentiment sont toujours intacts. Le malade est plus pâle ; il paraît un peu plus abattu. Le pouls, moins plein, est toujours dur ; il est plus fréquent ; la chaleur paraît un peu augmentée. Saignée de trois palettes; bouteille d'eau de Sedlitz à 8 gros avec un litre de bouillon aux herbes ; continuation des autres moyens de la veille.

La journée se passe ainsi jusqu'au soir, où la céphalalgie parut augmentée. L'eau de Sedlitz n'a provoqué aucune garderobe.

5 juin, sept heures du matin. Symptômes généraux toujours les mêmes ; ils sont un peu plus augmentés d'intensité, mais rien n'indique encore que le mal fasse des progrès. Jusqu'à ce moment, Louis n'a eu ni délire, ni coma. Pour la première fois il dit que son mal de tête est atroce et qu'il est tout borné à l'hémisphère droit, pendant que le côté gauche lui paraît indolent. Je reviens de nouveau sur la question de quelque coup qu'il aurait pu recevoir : même réponse négative. Rien ne décèle que le cerveau soit comprimé en un point quelconque : la sensibilité, le mouvement, l'intelligence sont intègres ; sa céphalalgie atroce et bornée à un seul côté est encore le seul symptôme appréciable. Cependant je redoute déjà que le cerveau ne s'enflamme, ou qu'il ne survienne un raptus qui compromette les jours du malade. Dès ce moment, et pénétré de ces craintes, j'allais mettre en usage une thérapeutique capable d'enrayer la marche du mal, si toutefois la chose était possible ; j'étais encore loin de désespérer de mon malade. Saignée de 400 grammes (12 onces), 30 sangsues derrière les oreilles, lavement drastique, sinapismes promenés sur les membres inférieurs pendant toute la journée, vessie pleine de glace constamment maintenue sur la tête. Ces moyens devaient être mis en pratique jusqu'à quatre heures.

Quatre heures. A mon grand mécontement, on n'a pas pu faire prendre les sangsues.

Le malade a eu vers midi un tel accès de délire, qu'il ne connaissait personne et que six bras avaient peine à le contenir. A mon arrivée, il est assez calme, mais il accuse une douleur atroce et toujours dans le seul côté droit de la tête. Il lui semble qu'on lui darde le cerveau à coups de lance. La douleur, quoique continue, revient néanmoins beaucoup plus forte par intervalles, et à chaque accès d'un délire furieux succède un calme qui jette la consternation dans l'esprit des assistans. Au milieu de ces alternatives, l'intelligence reste nette.

Quelle que soit sa douleur, il répond toujours avec précision à mes questions. Son coma n'est jamais si fort qu'il ne tourne ses yeux vers moi quand je lui adresse la parole. Ses réponses sont brèves, et difficiles à se faire ; la face est altérée ; ses traits contractés témoignent une douleur profonde. Il supplie qu'on lui serre la tête, qui va se fendre ; il ne sait où la reposer. Sa respiration est normale. Le pouls est d'une rareté effrayante ; il ne bat pas plus de 30 fois par minute. Les pulsations sont très brusques.

Je crains une fin prochaine, et pour la retarder, sinon pour la prévenir, j'applique moi-même 30 sangsues derrière l'oreille droite ; elles prennent bien. J'allais couvrir le cou de ventouses scarifiées et tout le crâne d'un vésicatoire, lorsque les amis du malade, craignant de ne pouvoir bien le soigner, m'exprimèrent le désir de le transporter dans une maison de santé. Je l'adresse à la Charité. Au moment de le mettre sur le brancard, il est pris d'un délire qui dure un quart d'heure, et auquel succède un calme qui ne s'est pas démenti tout le temps du trajet. Il est arrivé à neuf heures dans la salle de M. Cruveilhier : il avait encore les sangsues derrière l'oreille. On essaie de le saigner, mais en vain ; un nouvel accès le prend, il s'agite de tous ses membres et saute sur son lit ; il demande la porte ; et deux heures après, il avait cessé de vivre.

Nécroscopie 24 heures après la mort, et sous les yeux de M. Cruveilhier. — La boîte crânienne est enlevée, et les enveloppes crâniennes n'offrent aucune trace d'inflammation ; quelques veines assez volumineuses et gorgées de sang rampent à leur surface latérale droite. On enlève ces membranes, et l'on voit aussitôt sur la convexité de l'hémisphère droit, à 5 centimètres de l'extrémité antérieure, et 4 centimètres de la commissure, la substance corticale légèrement soulevée et formant une tumeur arrondie. Les circonvolutions sont entr'ouvertes : en ce point la substance cérébrale est d'un jaune foncé qui va se perdre sur les parties latérales de cette tumeur dans l'étendue de 3 centimètres de circonférence. Un bistouri est porté par son tranchant sur le centre de la tumeur, et, parvenu à deux ou trois lignes de profondeur, il donne issue à 4 onces environ d'un pus jaunâtre, bien lié, inodore, homogène, parsemé de quelques stries de sang, présentant en un mot tous les caractères physiques de la suppuration phlegmoneuse. Aux parois de l'abcès vidé, la substance cérébrale, plus dense, offre çà et là un pointillé noirâtre dû probablement à des globules sanguins. On y remarque aussi des plaques d'un très beau jaune-serin.

M. Cruveilhier ayant voulu faire dessiner cette pièce anatomo-pathologique, on n'a pas suivi plus loin l'investigation.

Je pense d'ailleurs que cette observation intéressante sera complétée par les réflexions judicieuses de cet habile praticien.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 15 juin.

Correspondance. — La correspondance manuscrite comprend :

1° Lettre de M. Mélier, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale.

2° Lettre de M. Quesneville, accompagnée d'un grand nombre de documens envoyés par des pharmaciens de province, par lesquels ils protestent contre le projet de loi actuel relatif à l'exercice de la pharmacie.

M. Bouillaud dépose sur le bureau un autre faisceau de documens pareils qui lui ont été remis par M. Quesneville, au nom de ses confrères de province.

3° Lettre de M. Frapart, qui proteste contre les attaques dont il a été l'objet de la part de M. Gerdy (1), et qui demande en même temps une commission pour démontrer un fait extraordinaire, un cas de vision à travers les corps les plus opaques. L'auteur prétend que les conditions des corps opaques ne sont pas encore suffisamment connues, et c'est pour éclaircir cette question de physique qu'il demande à faire constater le fait.

M. Londe appuie la demande de M. Frapart, et engage l'Académie à nommer une commission ; il ne s'agit pas de magnétisme, dit-il. M. Frapart ne magnétise pas pour de l'argent.

Le bureau s'est refusé formellement à donner suite à cette demande, en s'appuyant sur une décision prise il y a quelques mois par l'Académie ; savoir, qu'elle ne s'occuperait plus désormais de magnétisme animal.

Propositions réglementaires. — *M. le Secrétaire* donne lecture du procès-verbal d'une des séances du mois de septembre, dans lequel il est dit que l'Académie a arrêté qu'après la clôture du prix Burdin, elle ne s'occupera plus de magnétisme animal.

M. le Président met aux voix cette décision : l'Académie adopte. En conséquence, dit M. le Président, la discussion projetée sur le magnétisme n'aura plus lieu ; je passe à l'ordre du jour, et j'appelle M. Adelon à la tribune.

M. Gerdy : L'Académie ne peut se contredire ainsi du jour au lendemain. Dans la séance dernière, elle a écouté mon travail avec bienveillance, et elle a décidé que la discussion aurait lieu aujourd'hui. Je tiens à ce que des objections me soient faites, à être combattu s'il y a lieu. Evidemment l'Académie n'a pas compris ce qu'elle faisait en votant la proposition du président ; la question a été mal posée.

M. le Président maintient le vote, et veut absolument passer à l'ordre du jour.

(Echange de phrases piquantes entre M. Gerdy et M. Roux ; on rit).

M Gerdy : Oui, l'Académie a adopté l'ordre du jour, mais l'ordre du jour n'est pas celui qu'indique M. le Président ; l'ordre du jour arrêté, fixé d'avance par l'Académie elle-même, est la discussion sur mon mémoire. (Hilarité.)

M. Bouillaud parle dans le sens de M. Gerdy. Assurément, dit il, on ne me croira pas un défenseur du magnétisme animal ; mais il ne faut pas confondre ce prétendu fluide avec certains phénomènes généraux qui appartiennent à la physiologie, et qui rentrent dans le domaine de la science. Ces phénomènes méritent d'être discutés ; l'Académie doit s'en occuper. L'arrêté de l'assemblée ne porte que sur la première partie, je veux dire sur ce que j'appelle les préjugés magnétiques. Or, les faits exposés par M. Gerdy appartiennent à la catégorie des phénomènes positifs, nous devons les discuter ; je les approuve pour mon compte, et j'appuie les remarques qu'il vient de nous présenter.

M. Jules Cloquet déclare que la décision prise par l'Académie est anti-philosophique. Il existe des faits incontestables de magnétisme : nous ne pouvons sans doute les expliquer ; mais ces faits ne sont pas les seuls inexplicables dans les sciences : vous ne pouvez préjuger ainsi l'avenir. N'y a-t-il pas un somnambulisme naturel ? Pouvons-nous l'expliquer ? Il n'est donc pas philosophique, convenable à un corps savant comme l'Académie, de s'inscrire ainsi contre des faits, et de mettre une sorte de *veto* absolu à l'examen ultérieur. Je m'inscris contre cette décision.

M. Rochoux n'adopte pas cette manière de voir. Il est des absurdités en opposition directe avec toutes les vérités connues, contre lesquelles on peut opposer un *veto* absolu sans rien compromettre. Cependant, si l'Académie veut aujourd'hui revenir de ses décisions, elle doit commencer par discuter le rapport de M. Husson.

M. Adelon appuie les considérations de M. Cloquet.

M. Londe parle dans le même sens et revient à la nomination de la commission pour constater les faits qu'il a vus chez M. Frapart.

M. Bouvier appuie les remarques de M. Gerdy et rappelle que l'Académie a décidé la discussion du travail de M. Gerdy pour aujourd'hui.

M. Breschet au président : Vous violez un arrêté pris par l'Académie en refusant la parole aux orateurs inscrits pour parler sur le mémoire de M. Gerdy. Non, il n'est pas antiphilosophique de mettre un *veto absolu* sur certaines questions : l'Académie des sciences vous en a donné l'exemple dans les questions de la quadrature du cercle et du mouvement perpétuel.

(Bruits étourdissans, tumulte interminable ; on n'entend qu'à peine la sonnette que le président agite sans cesse.)

Aux voix, aux voix : l'ordre du jour !

M. Gerdy formule ainsi la proposition à mettre aux voix : L'ordre du jour se composera t-il de la discussion sur le mémoire de M. Gerdy, ou bien de la lecture de M. Adelon sur le réglement de la pharmacie ?

On vote : 32 voix pour M. Gerdy et 28 pour M. Adelon.

En conséquence, la discussion sur le magnétisme a lieu. (Hilarité prolongée.)

Magnétisme animal. — *M. Gerdy* monte à la tribune.

M. Rochoux adopte complètement les faits et les conclusions contenus dans le mémoire de M. Gerdy. Il déclare en même temps que le magnétisme animal est une absurdité, car ses partisans le font consister dans des hypothèses qui sont en opposition avec la logique. Ils supposent en effet que les magnétisés peuvent voir sans yeux, et que la volonté du magnétiseur peut exercer un empire sur celle du magnétisé. Voir par l'occiput, par l'épigastre, par l'ombilic, par le ventre, c'est admettre une fonction sans organe, un effet sans cause. A un magnétiseur qui viendrait me débiter de pareilles choses, je lui dirai : « Puisque vous pouvez voir sans yeux, à quoi vous servent les yeux naturels ? permettez-moi de vous les crever. (Hilarité.) On suppose que la volonté peut s'exercer en dehors de nous : c'est une erreur. Arrêtez donc par la seule volonté un papillon qui voltige autour de vous, une souris qui se promène sous vos yeux ? Vous

(1) Nous avons reçu une lettre de notre honorable confrère, M. Al. Lebreton, qui tout en approuvant les attaques de M. Gerdy contre le magnétisme animal, s'attachait à défendre la bonne foi de M. Frapart. Personne ne l'a jamais mise en doute, et nous ne pensons pas que M. Gerdy lui-même ait une autre idée d'un confrère qui n'a jamais fait du magnétisme une spéculation, et qui, dans toutes les époques de sa lutte magnétique, n'a aspiré qu'à un résultat : celui de confondre les magnétiseurs. La personne de M. Frapart nous parrît donc ici complètement hors de cause. (*Note du Rédacteur.*)

---

pu s'empêcher de reconnaître que chaque alvéole des os spongieux est revêtu d'un réseau de vaisseaux sanguins extrêmement déliés ; mais, selon lui, ce réseau ne forme pas une véritable membrane (*l. c.*, p. 138). Mascagni pourtant s'est assuré par ses belles injections capillaires et sa grande habitude au microscope, que chaque cellule de la substance des os non cylindriques, est tapissée d'une double couche de vaisseaux, formant une véritable membrane extrêmement fine et observable seulement au microscope. De ces deux couches, l'antérieure, celle qui donne à chaque cellule la couleur rosée, serait entièrement formée de vaisseaux sanguins ; l'autre, celle qui est en contact immédiat avec le tissu osseux, serait formée de vaisseaux lymphatiques (*l. c.*). Cette manière de voir a été adoptée par Lobstein (ouv. c., t. II, p. 262). Mascagni ajoute que tant dans ces cellules que dans le canal médullaire des os cylindriques, chaque vaisseau quitte sa tunique cellulaire extérieure, laquelle s'épanouit et forme une sorte de canevas celluleux, frangé, dans les mailles duquel les vaisseaux marchent à nu ; disposition remarquable qui trouve son analogue dans l'épiploon, comme on sait, et que le commentateur de Boerhaave avait parfaitement connue (1).

S'il est vrai, ainsi que cela paraît incontestable, que, sous le microscope, le parenchyme injecté des os non-cylindriques, chez les jeunes sujets, présente dans chaque cellule une membranule essentiellement vasculaire, il ne sera plus difficile de concevoir le premier point de départ, le siége précis de la plupart des lésions organiques du système osseux. Depuis l'ostéite adhésive, qu'on observe dans le travail du cal et dans certains hypérostoses jusqu'à l'abcès du parenchyme osseux ; et depuis l'ostéocèle creuse (exostose remplie de matière pultacée ou fongueuse) jusqu'à la dégénérescence cancéreuse (ostéosarcome), il serait difficile de placer autre part le siége principal de l'affection, que dans les membranules en question.

L'on conçoit en effet que dans le parenchyme d'un os non cylindrique, la logique ne trouve que cette espèce de plexus vasculaire qui fût susceptible d'inflammation (ostéite), de suppuration (abcès), de gangrène (nécrose enkystée), de perversion sécrétoire (tubercules des os, exostoses creuses), d'ulcération (carie), d'hypertrophie spéciale (rachitis, ostéomachie), de dégénérescence fongueuse (exostose fongueuse de sir A. Cooper), etc., etc. Comment pourrait-il en être autrement, puisque, des trois élémens qui constituent le parenchyme osseux, les sels calcaires sont inorganiques ; le fibro cartilage qui en forme le canevas est lui-même incapable de s'enflammer, vu sa vitalité fort obscure et sa dépendance absolue de l'élément vasculaire qui forme les membranules, seule partie réellement vivante dans les os. Van-Swiéten va même plus loin : suivant lui, la reproduction du périoste externe, dans certains cas d'ablation d'une portion de l'épaisseur d'un os, ne serait due qu'aux membranules en question (Comm. in Boerh., aph. 513, t. I, p. 907).

Dans le jeune âge, avons nous dit, les membranules cellulo-médullaires des os non cylindriques sont peu développées en apparence, mais elles n'existent pas moins au fond, puisque les injections heureuses donnent aux cellules une couleur rosée très prononcée. (Scarpa, *De penitiori ossium structura.*) Il existe en outre a cet âge un autre système membraneux et vasculaire dans ces os, c'est le système canaliculaire de Howship (Microscopie observations on the stucture of bones. In med. chir. Trans., t. IV, VII), système déjà signalé par Alex. Monro (Ostéologie), et vérifié dans ces derniers temps par plusieurs anatomistes, entre autres par M. Gerdy. Or, ces membranes canaliculaires sont elles-mêmes susceptibles de dégénérescences et fournissent une autre raison de la fréquence de ces maladies dans le jeune âge.

Dans l'âge adulte, les membranules cellulo-médullaires offrent le plus grand développement dans l'os frontal et dans la mâchoire inférieure ; cette circonstance explique pourquoi on observe le plus souvent ces végétations sarcomateuses qu'on a, jusqu'à ces derniers temps, confondues avec les fongus de la dure-mère, et qui, en origine, sont tout à fait extrinsèques à cette membrane, et pourquoi l'exostose fongueuse de sir A. Cooper s'observe le plus souvent à la mâchoire inférieure. N'avait-il pas raison, le grand A. Paré, de comparer le tissu diploïque des os du crâne à de la chair vivante ?

« D'avantage, dit-il, faut que le chirurgien sçache qu'au crâne sont deux tables entre lesquelles est le diploé, qui est une substance spongieuse, où s'insèrent plusieurs veines et artères, et quelques similitudes de chairs. » (Liv. 5, p. 164, 1614.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) « Arteriæ enim ad medullam tendentes, simul ac in ossis » cavum pervenerunt, deposi is, ut videtur, callosis tunicis, adeo » pulposæ et molles evadunt. » (Van-Swieten in Boerh. comm., t. I, aph. 526, p. 917.)

voyez que les deux bases principales du magnétisme animal sont complètement fausses, et que le magnétisme animal lui-même est une absurdité. (Hilarité.)

M. Bouvier approuve également le fond des idées de M. Gerdy, mais il a cru voir dans sa lecture une certaine tendance, ainsi que dans le livre de MM. Burdin et Dubois (d'Amiens), à rejeter indistinctement tous les faits, même ceux qui rentrent dans la physiologie ordinaire. Aussi demande-t-il la permission de mettre en évidence la valeur de quelques uns de ces faits. Il existe, dit-il, deux espèces de sommeil : le sommeil parfait, dans lequel tout le système nerveux dort, est assoupi, et le sommeil imparfait, sommeil que j'appellerai partiel et dans lequel une partie du système nerveux est éveillée, sensible aux impressions ; c'est ce qui a lieu lorsqu'on rêve, lorsqu'on parle dans le sommeil et qu'on est par conséquent dans un état de *somniloquisme*, ou lorsqu'on se promène en dormant, qu'on est somnambule en un mot. Le sommeil est lui-même spontané ou provoqué ; ce dernier pourrait être appelé artificiel. Le sommeil artificiel ou provoqué peut, comme le naturel, être parfait ou imparfait et offrir les mêmes variétés. Qu'il soit possible de provoquer le sommeil, vous pouvez vous en convaincre en vous promenant un soir dans une salle d'hôpital ; vous trouverez les malades, les uns endormis, les autres pas ; faites à ces derniers quelques passes ; vous les endormirez de suite, et plusieurs établiront des conversations avec vous s'ils sont endormis imparfaitement. Comment les passes procurent-elles le sommeil ? Par l'uniformité de leur action répétée devant les yeux, uniformité qui produit de l'ennui, de la fatigue, de la pesanteur et endort comme un discours, une lecture monotones, etc. Il est des individus qui éprouvent plus tard que d'autres un pareil effet, ce qui tient à l'état de leur système nerveux. Sans doute qu'on peut simuler le sommeil, comme cela a eu lieu chez quelques magnétisés, mais il est facile de s'en assurer par l'examen de la respiration qui est très différente dans la veille et dans le sommeil. Autrefois, lorsque j'étais à l'hôpital Saint-Louis, je me suis beaucoup occupé de ces expériences, et j'ai souvent produit le somnambulisme. Je ne crois pas avoir été mystifié.

Il m'a semblé que M. Gerdy n'avait voulu s'occuper principalement que des cas dans lesquels il y avait eu mystification. Voici l'explication que j'ai pu faire une fois de ces faits curieux. Il y avait dans nos salles, à l'hôpital Saint Louis, une jeune fille cataleptique, dont les accès se répétaient à chaque instant, peut-être cent fois par vingt-quatre heures ; elle ne pouvait ni dormir ni reposer à cause de la répétition de ces accès qui l'avaient réduite dans un état de marasme. J'ai eu l'idée de la magnétiser ou pour mieux dire de l'endormir à l'aide de *passes* ; elle s'est endormie et est restée pendant deux heures dans un sommeil réparateur ; j'ai répété la même opération et je suis parvenu ainsi à éloigner de beaucoup les accès et à améliorer singulièrement l'état de la malade. Tout cela rentre dans la physiologie normale, et n'offre rien de merveilleux. On peut en dire autant de cet effet surprenant que produisent les attouchemens à la plante des pieds, avec les doigts, et qu'on appelle chatouillement. Ne pourrait-on pas comparer l'action des passes sur les yeux à celle du chatouillement ? Je me résume en disant : qu'il ne faut pas confondre les faits physiques ou physiologiques dont je viens de parler avec les phénomènes réputés magnétiques, que M. Gerdy a voulu stigmatiser avec raison.

M. Castel déplore une pareille discussion et désire que l'Académie se tire avec honneur de la lutte dans laquelle elle s'est engagée imprudemment. Selon lui, il aurait mieux valu laisser le magnétisme mourir d'inanition. Selon lui, M. Gerdy a eu tort de réveiller une pareille matière, de venir surtout lire sa correspondance avec M. Frapart. Personne d'entre nous ne doutait que M. Gerdy ne fût un homme de cœur et d'esprit ; personne ne doutait surtout qu'il ne fût un stoïcien parfait ; la correspondance en question devenait donc inutile, superflue ; les magnétiseurs s'en prévaudront à leur avantage. L'auteur explique le somnambulisme naturel par la sensibilité qu'il appelle concentrée.

M. Londe déclare que les faits de M. Frapart dont M. Gerdy a parlé dans son mémoire ont été observés par cinq cents personnes, ainsi que par lui-même, et que M. Gerdy avec quelques autres personnes sont les seuls qui aient cru voir autrement que tout le monde. M. Londe assure que la somnambule de M. Frapart voit réellement à travers les corps opaques.

M. Ferrus appuie la distinction importante de M. Bouillaud, des faits de physique générale ou de physiologie, de ceux qui appartiennent proprement au magnétisme. Loin de se compromettre, l'Académie rend service à la science en s'occupant des uns et des autres. Pour son propre compte, M. Ferrus croit aux uns et aux autres, parce qu'il a, non-seulement vu des faits incontestables de magnétisme, mais encore il a pu en produire lui-même. Il a observé des faits magnétiques, et un cas de somnambulisme naturel extrêmement remarquable, aujourd'hui même. Qu'on dise tout ce qu'on voudra, qu'on me prenne pour un mystifié, on ne m'accusera pas de mauvaise foi ; je parle d'après ma propre conviction. Il est clair que, quant aux faits magnétiques, toute discussion est impossible, attendu que les uns affirment, les autres nient absolument. Il faut donc, pour le moment, se contenter d'enregistrer les faits.

Plusieurs Membres : Racontez le fait magnétique que vous venez d'observer.

M. Ferrus : C'est le fait de M. Rostan. La magnétisée a pu reconnaître l'heure d'une montre que j'ai placée derrière son occiput et dont j'avais tourné les aiguilles à son insu ; elle ne s'est trompée que de cinq minutes.

M. Rochoux : Puisqu'elle s'est trompée, il est clair qu'elle n'a pas vu, et que ce fait ne prouve rien. (On rit.)

M. Bouillaud : Je dois déclarer d'abord que ce que j'ai à dire est parfaitement conforme aux idées que j'ai émises autrefois sur le magnétisme, et que la distinction que je vais établir ne doit aucunement être prise par les magnétiseurs pour une concession en leur faveur. Je distinguerai donc dans le magnétisme, ainsi que je l'ai dit, les faits généraux, de pure physiologie ou de physiologie pathologique, des faits particuliers dont font usage les magnétiseurs de profession, et que j'appellerai volontiers préjugés magnétiques, abus, fraudes magnétiques. Dans la première catégorie sont le somnambulisme naturel et les autres faits dont a parlé M. Bouvier ; dans la seconde sont la vision sans yeux, la clairvoyance occipitale ou épigastrique, l'empire de la volonté sur les magnétisés, les magnétiques-médecins, que plusieurs personnes exploitent si habilement, etc. Les premiers faits sont seuls dignes de l'attention de l'Académie ; les seconds sortent des domaines de la science, et j'adopte à leur égard les opinions exprimées par M. Gerdy.

A la première catégorie appartiennent aussi une foule de phénomènes nerveux extraordinaires que j'ai souvent observés, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je me contenterai d'en citer un seul, qui a de la ressemblance avec celui dont vient de parler M. Bouvier. Il existait dans mon service à la Charité une jeune personne cataleptique dont les accès étaient extrêmement fréquens : je n'ai pas eu besoin pour couper les accès de la soumettre à l'usage des *passes* ; je lui ai déclaré en présence de M. Capuron et des élèves que si elle ne faisait pas des efforts pour surmonter le retour des accès, je la renverrais de l'hôpital. Les accès ont été coupés. Les magnétiseurs auraient fait des *passes*, et auraient crié au miracle !

M. Gerdy. (Attention, mouvement de curiosité.) Des reproches m'ont été adressés par M. Castel : je lui répondrai qu'on ne se compromet jamais quand on ne cherche que la vérité. J'ai fait des expériences neuves, j'ai cru rendre service à la société en démontrant la véritable source de la prétendue vision magnétique, et par conséquent la supercherie de certains industriels qui abusent étrangement de l'ignorance et de la crédulité publique. J'ai dû citer M. Frapart, par la raison que chacun de vous a reçu dans la séance dernière un imprimé de ce médecin dans lequel il parle des faits observés par moi, mais en omettant plusieurs circonstances essentielles que j'ai dû signaler dans l'intérêt de la vérité.

Le cheval de bataille de certains hommes est la presse, mais la mauvaise presse, la presse menteuse qui fait des dupes, et que les imposteurs exploitent en grand. Cette mauvaise presse doit être stigmatisée dans l'intérêt général ; j'ai donc rempli un devoir en abordant de pareilles matières. (Marques d'approbation.) Il importait d'ailleurs d'attaquer de front les magnétiseurs, comme il convient de le faire à l'égard des homœopathes, etc., parce que leur plus fort argument, dans les publications à l'aide desquelles ils répandent leur industrie, c'est que les Académies se refusent à reconnaître les grandes vérités et persécutent les hommes qui les cultivent comme les Galilée, les Harvey, etc. Mensonge, calomnie que tout cela. Jamais les corps savans ne se sont refusés à admettre les vérités qui leur ont été démontrées. Les magnétiseurs ont-ils jamais rien prouvé, rien démontré ? Jamais. Galilée a eu le malheur d'être victime d'un clergé ignorant, mais la vérité s'est bientôt fait jour ; Harvey n'a pas trouvé d'opposition dès le moment qu'il a démontré la vérité ; Asellio, ce grand anatomiste napolitain qui a découvert les vaisseaux lymphatiques, n'en a pas trouvé davantage du moment qu'il a pu démontrer ce qu'il avançait. Le quinquina dans les fièvres, l'émétique dans la pneumonie, ont été adoptés dès l'instant que les faits ont parlé clairement aux yeux de tout le monde ; l'électricité, le galvanisme, etc., se trouvent dans le même cas. Il est donc faux de dire avec les magnétiseurs que les grandes vérités trouvent obstacle à percer, à être adoptées ; elles ne peuvent en trouver que jusqu'au moment de leur démonstration. Les cabalistes, les sorciers, les pythonistes et d'autres imposteurs se servaient aussi des mêmes argumens ; ils criaient comme les magnétiseurs, à l'envie, à la jalousie qui les persécutaient. Examinez les faits des magnétiseurs : que trouvez-vous ? Mystification, imposture. Voyez cette mademoiselle Prudence, si malheureuse dans ses essais à Paris, faire aujourd'hui des merveilles dans la ville de Troyes. (L'orateur raconte plusieurs traits fort piquans de cette somnambule et qui excitent une hilarité prolongée.) Il termine en déclarant que, selon lui, le magnétisme animal constitue une de ces impostures du jour que tous les hommes éclairés devraient montrer au doigt. (Applaudissemens généraux.)

Séance levée à cinq heures.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Le compte-rendu officiel de la Société de Médecine pratique, inséré dans votre dernier numéro, contient quelques inexactitudes que je crois devoir corriger parce qu'elles ne sont pas de mon fait, et qu'on pourrait croire que je parle de choses dont je ne suis pas bien informé.

C'est dans la première des opérations de taille dont j'ai parlé, celle faite par la méthode latérale, que les mouvemens d'élévation du manche du lithotome, puis celui d'abaissement, ont eu lieu contrairement à la pratique de frère Côme et au précepte de Baseilhac, qui n'ont pas pu s'occuper de la taille bi-latérale, comme le procès-verbal semblerait le dire. Sur le deuxième sujet taillé, l'urètre a été coupé, mais non le rectum.

Depuis cette communication, l'ouverture du corps du sujet de la première opération a fait voir une infiltration urineuse et purulente remontan très haut dans le petit bassin, ayant circonscrit toute la vessie jusqu'à perforer le péritoine sur plusieurs points du côté des pubis ; le rectum était perforé dans le voisinage de la portion membraneuse de l'urètre, soit que cette lésion ait été produite au moment de l'opération, ou qu'elle ait été le résultat de la gangrène consécutive aux efforts que l'extraction du calcul a exigés.

Agréez, etc., Souberbielle.

— MM. Baudens, chirurgien principal, Delmas, Boudier et Bertrand, chirurgiens aides-majors, Pasquier et Zandick, chirurgiens sous-aides, Tripier, pharmacien-major, et Artigues, adjudant d'administration en premier du service des hôpitaux, ont été cités avec éloges dans le rapport de M. le gouverneur général de l'Algérie, en date du 13 mai dernier.

— MM. Rulh, médecin adjoint, et Recco, pharmacien aide-major, sont décédés.

— Nous apprenons la mort de M. Bernard Menon, pharmacien à Tonneins, correspondant de l'Académie de médecine, et connu par d'utiles travaux scientifiques.

— Le ministre a décidé que l'inspection médicale du service de santé des armées, en 1841, commencerait le 1er juin, pour être terminée le 31 août prochain.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 19 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 75, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Accouchement. Applicaton du forceps. Fièvre puerpérale. Mort.

Dans la matinée du 5 mai, M. P. Dubois eut recours à l'application du forceps pour terminer un accouchement; voici dans quelle occasion. Une femme est amenée à la Clinique le 4 mai au matin, ressentant depuis déjà quelque temps les douleurs de l'enfantement. Dès le soir du même jour, les membranes se rompent, l'eau de l'amnios s'écoule; mais à partir de ce moment, le travail ne fait point de notables progrès. Dans cette circonstance, M. P. Dubois pensa qu'il était urgent de secourir cette femme. Il y avait à choisir entre ces deux moyens: 1° l'emploi du seigle ergoté, car les contractions utérines s'étaient ralenties; 2° l'application du forceps.

L'ergot de seigle, M. P. Dubois se soucie fort peu d'y recourir, car il ne croit pas que son emploi soit sans danger, et ce n'est pas là une opinion fondée seulement sur le raisonnement; des faits, même assez nombreux, viennent justifier cette crainte du professeur. Il y a peu de temps, en effet, que deux femmes sont accouchées dans les salles de la Clinique, à la suite de l'administration de l'ergot du seigle, d'enfans morts. Les contractions comme tétaniques de l'utérus que détermine l'action de ce médicament, expliquent parfaitement, du reste, ce résultat fâcheux.

Restait donc le deuxième moyen: l'application du forceps, à laquelle M. P. Dubois a dû procéder; mais il y eut quelques complications dans le mode opératoire, résultant des diverses manœuvres auxquelles il fallut se livrer, manœuvres que l'on se permettrait difficilement dans la pratique civile, et bien à tort sans doute, car elles n'ont rien que de très rationnel, ainsi qu'on va le voir.

La tête se présentait au détroit supérieur dans la position occipito-postérieure droite; et, quoique dans ces conditions l'accouchement soit possible, néanmoins il s'accomplit avec beaucoup de difficulté, circonstance dont la théorie rend parfaitement compte. Aussi tout accoucheur doit-il, dans ce cas, ramener la tête dans une position occipito-antérieure. Une première branche fut introduite à gauche et en arrière, et la deuxième à droite et en avant. Mais au lieu de saisir la tête dans son petit diamètre, elles se trouvèrent appliquées la première sur le front, la deuxième sur l'occiput, c'est-à-dire dans le grand diamètre de la tête, dont elles augmentaient l'étendue. De là des difficutés contre lesquelles M. Dubois crut ne devoir pas lutter, dans la crainte, en comprimant la tête et le bassin de compromettre la vie de la mère, mais surtout celle de l'enfant.

Les branches de forceps furent donc retirées pour être réappliquées de nouveau. Cette fois, à la facilité avec laquelle elles s'articulèrent, M. P. Dubois reconnut qu'elles étaient bien appliquées, c'est-à-dire qu'elles saisissaient la tête dans son diamètre transversal.

Il fallait donc alors, ou engager la tête dans le bassin, en laissant l'occiput dirigé en arrière, ou bien lui faire opérer un mouvement de rotation, et le ramener ainsi dans la position occipito-antérieure droite, parti que prit le professeur, à cause des difficultés qui compliquent l'accouchement dans les cas où l'occiput se trouve placé en arrière dans la concavité du sacrum. Le mouvement de rotation opéré, le forceps ne se trouvant plus convenablement placé (la concavité de ses branches regardant en arrière), on fut dans la nécessité de le réappliquer une troisième fois; l'on put alors pratiquer des tractions faciles. Il survint un fâcheux incident qui aurait pu compromettre la vie de l'enfant sans une circonstance particulière: le tronc n'a pas suivi le mouvement de rotation imprimé à la tête, ainsi que cela a lieu ordinairement: fort heureusement pour le fœtus que ce mouvement de rotation ne fut pas complet. La tête, une fois dégagée des branches du forceps, a repris ses rapports ordinaires avec le tronc. Il y eut encore dans ce cas cette particularité que le tronc opéra son mouvement de rotation quand déjà les épaules s'étaient engagées dans le bassin.

L'enfant est né vivant, mais il présentait quelque chose de curieux; c'était une paralysie occupant tout un côté de la face, et dépendant, non pas d'une compression du cerveau, mais seulement d'une contusion du nerf facial à sa sortie du trou styloïdien, par une des branches du forceps. C'est une affection purement locale qui ne tardera pas à disparaître; cependant, pendant quelque temps encore, l'on apercevra chez cet enfant un peu de paralysie qui sera plus sensible dans les cris que celui-ci poussera.

Deux jours après son accouchement, le 7 mai, cette femme se trouvait dans des conditions de nature à donner quelques inquiétudes. Il y avait de la fièvre; le ventre était ballonné et douloureux; le pouls fréquent, mais dépressible; il n'y avait ni diarrhée, ni vomissemens, ni altération de la face; néanmoins, la position de cette femme n'était rien moins que rassurante. 30 sangsues furent appliquées sur le ventre.

Cependant les accidens généraux s'aggravèrent d'une manière très notable, sans que l'affection locale parût devenir plus intense; et cette femme ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, le ventre ne présentait pas de bien graves altérations; il y avait dans la cavité du péritoine quelques flocons albumineux, un peu de sérosité purulente mêlée de sang. L'utérus était un peu plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement quatre jours après l'accouchement; à la surface externe, l'on apercevait dans le tissu cellulaire, près du col, une légère infiltration purulente; son tissu était plus mou que d'habitude. Les autres organes ne présentaient aucune altération. L'autopsie peut-elle ici expliquer la mort? Non, sans doute; il y avait chez cette femme quelque chose de plus générale que le scalpel ne peut révéler.

Choléra sporadique. Guérison.

Une femme, nourrice dans la maison, a présenté dans les premiers jours du mois de mai une véritable atteinte de choléra, caractérisé par des vomissemens, de la diarrhée, de la cyanose; le refroidissement de toute la périphérie, la suppression des urines Elle fut immédiatement apportée dans les salles de la clinique et couchée au n° 6. Les yeux étaient profondément excavés, les conjonctives colorées en bleu; l'anxiété était excessive; la respiration très gênée. M. Dubois pensa un moment que cette femme était perdue.

Cependant, comme la cause de ces accidens n'était point épidémique, ce cas s'est trouvé curable, et les seuls efforts de la nature ont suffi pour amener la guérison. On s'est contenté d'appliquer des ventouses sèches le long de la colonne vertébrale, des sinapismes aux extrémités inférieures, et de la glace a été donnée à l'intérieur.

Quelque temps après l'emploi de ces moyens, la chaleur à la peau est revenue, qui a été suivie de sueurs abondantes. Il y avait à craindre une réaction trop vive, et des phénomènes de congestion vers le cerveau; mais bientôt toute inquiétude avait cessé, la réaction a été bien naturelle.

Cette femme, qui nourrissait, avait les seins gonflés lors de l'invasion des premiers accidens; mais une fois les mamelles dégorgées, le lait ne s'est plus renouvellé, la sécrétion en était tarie; il est probable qu'il ne se renouvellera plus. Les seins n'accompliront plus leurs fonctions, ou au moins ils ne l'accompliront plus avec leur première énergie.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Malgaigne.

De l'inflammation et de l'étranglement dans les hernies. Différence du traitement dans les deux cas. Des indications et contre-indications de l'opération.

L'autopsie vient de compléter une observation curieuse et pleine d'instruction, qui a été déjà publiée avec détails dans le numéro du 25 avril dernier, du journal *l'Esculape*. Il s'agissait d'une hernie inguinale ancienne, ayant présenté, à la suite d'une indigestion, tous les phénomènes attribués à l'étranglement chronique ou par engouement, et

FEUILLETON.

Sur la dissolution des calculs urinaires;

PAR M. LE DOCTEUR LEROY-D'ÉTIOLLES.

(Suite du numéro 71.)

Avant d'examiner le second point de la question de la dissolution des calculs urinaires, je rappellerai les conclusions du premier article: il resulte des faits que nous venons de relater *que le traitement alcalin, même à haute dose, est généralement insuffisant, comme tous les autres dissolvans connus, lorsqu'il est borné à l'action indirecte ou par absorption, c'est-à-dire par les boissons et les bains.*

Second point. — *Le traitement par absorption à haute dose est-il toujours inoffensif? Effets divers et notables de ce traitement. Production de la pierre.*

Maintenant se présente une autre question. En admettant, comme cela ressort de tout ce qui précède, que le traitement alcalin, indirect, ou en bains et en boissons, à hautes comme à faibles doses, est ordinairement insuffisant pour dissoudre les calculs, doit-on le considérer comme tout à fait inoffensif? En un mot, est-ce une de ces médications desquelles on puisse dire: cela ne fait pas de bien, cela ne fait pas de mal? A cette question, comme à tant d'autres bien plus simples en apparence, on peut répondre oui et non, suivant la manière dont elles sont posées.

Ainsi, je dirai que le traitement alcalin, appliqué à la gravelle et aux très petites pierres, peut être utile; il neutralise souvent la première pour un certain temps, et il favorise l'expulsion des secondes; agissant plus encore par l'abondance du liquide introduit dans l'économie que par les propriétés chimiques des sels alcalins: il n'a certainement pas non plus d'inconvénient pour les concrétions qui, par leur volume, doivent être rangées dans la classe des pierres, pourvu toutefois qu'il ne soit pas prolongé au delà d'un petit nombre de mois. Mais ce n'est pas ainsi que l'entendent les nouveaux partisans du traitement à haute dose: ils prétendent qu'il peut être continué pendant des années entières sans le moindre inconvénient.

Ils ajoutent même que sous son influence la pierre cesse de s'accroître, qu'elle n'occasionne plus d'inflammation catarrhale, ne détermine plus ni troubles fonctionnels ni les altérations si funestes de divers organes, des reins, par exemple, et de la prostate en particulier, altérations que la pierre abandonnée à elle-même produit presque toujours. Là est l'exagération et le danger. Je reconnais et je proclame que les carbonates alcalins, pris en boissons et en bains font éprouver pendant un certain temps à beaucoup de calculeux un soulagement manifeste; mais j'ajoute que parfois loin d'améliorer les symptômes, ils les aggravent non-seulement lorsque les pierres sont formées de phosphate triple, double ou simple, ce qui n'a rien de surprenant; mais encore quand elles sont formées d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque. Lorsque les alcalis manquent tout d'abord leur effet il est rare que les malades s'opiniâtrent à en faire usage: ils se soumettent à l'une des opérations chirurgicales, et ils en courent les chances; mais lorsqu'ils éprouvent du soulagement, il est bien rare également qu'ils ne conçoivent pas une confiance illimitée que ne détruit même pas toujours la réapparition des symptômes; en sorte que les malades luttent pendant des années, jusqu'à ce que, vaincus par la douleur, ils invoquent, mais parfois trop tard, les secours de la chirurgie.

Dans cette circonstance, il est évident que le retard est préjudiciable et que l'existence peut en être compromise. Mais plaçons-nous dans des conditions plus favorables. Admettons que le soulagement procuré par le traitement indirect soit durable, ses partisans, encouragés par ce résultat, ne manquent pas d'augmenter les doses autant que les calculeux peuvent le supporter. Serait-il vrai que l'on pût ainsi tenir pendant des années les organes urinaires dans un état anormal, et forcer les reins à sécréter des urines alcalines en dépit de leur destination primitive et de leurs fonctions habituelles? Et en supposant que la prolongation de cet état contre nature soit exempte des dangers que la raison lui attribue, comment se persuader qu'une pierre, parce qu'elle sera recouverte d'urate de soude, puisse séjourner indéfiniment dans nos organes sans en altérer la texture? L'expérience, d'accord avec les lois de la physiologie, nous dit que cela est impossible, et que tout organe qui porte en lui un corps étranger de cette espèce doit finir par s'enflammer, s'altérer et se détruire.

Mais, répondra-t-on, lorsque les symptômes de la pierre reparaîtront aigus et menaçans, l'on sera toujours à temps d'abandonner le traitement alcalin pour avoir recours à l'une des opérations chirurgicales. Ce serait là une grave erreur. Bien souvent, en effet, la maladie ne se montre sous cette face nouvelle que lorsque le contact prolongé de la pierre a modifié d'une manière fâcheuse la vitalité des organes, altéré sourdement, mais profondément leur structure; le mal, une fois déclaré, marche avec une vivacité effrayante, et souvent proportionnée à la résistance qu'il a rencontrée de la part des organes qu'il a envahis.

J'ai sondé une vingtaine de malades qui portaient des pierres depuis vingt, trente, quarante années même, ainsi que j'ai eu occasion de le voir récemment sur un religieux trappiste des environs de Cherbourg. Pour la plupart, ils n'avaient commencé à éprouver des douleurs vives et des besoins fréquens d'uriner que depuis peu de mois: en même temps l'urine était devenue muqueuse. Eh bien, chez la plupart de ces malades, l'état inflammatoire avait fait dans un laps de temps très court de si rapides progrès, que les chances de guérison avaient diminué de plus de moitié ou disparu presque complètement. Les uns succombèrent à une néphrite qui n'avait pas permis de tenter d'opération chirurgicale; d'autres portant une pierre volumineuse dans une vessie tout d'un coup rétractée et raccornie, furent pris de douleurs si atroces qu'il fallut recourir, sans retard, à la taille; d'autres enfin, chez lesquels la lithotritie parut encore praticable, conservèrent des catarrhes de vessie après l'extraction des derniers fragmens de pierre. Un certain nombre guérit, mais après un traitement plus long et plus pénible qu'il ne l'eût été si l'opération avait été pratiquée de bonne heure.

La suspension de la douleur et des autres symptômes pendant le traitement alcalin peut bien tenir à la formation d'une couche d'urate de soude, ou d'un urate double de soude et d'ammoniaque sur la surface du calcul. Il semble, en effet, que ces deux sels, d'apparence soyeuse et gélatineuse au moment de leur formation, soient moins irritans pour la muqueuse vésicale que la surface rude des calculs qu'ils ont enveloppés. Peut-être encore, pour quelques uns, cette amélioration n'est-elle que l'effet d'une modification passagère des organes par le traitement, modification analogue à celle que produit dans nos diverses maladies tout médicament nouveau qui soulage et améliore en apparence, alors que l'affection demeure stationnaire ou même fait des progrès.

Mais il est une autre cause de la cessation de la douleur sur laquelle il importe d'autant plus d'être prévenu, que son ignorance peut amener à de fâcheuses conséquences; cette cause, la voici: très souvent le contact prolongé de la pierre donne lieu à l'engorgement de la prostate; des portions de cet organe se développent en arrière du col de la vessie et s'opposent à l'évacua-

traitée et guérie par les topiques émolliens et quelques émissions sanguines locales. Cette observation offrait une confirmation remarquable des opinions de M. Malgaigne sur ces phénomènes, qu'il regarde comme dépendans d'une péritonite partielle, de l'inflammation de la portion de séreuse qui enveloppe les intestins herniés. L'examen nécroscopique est venu sanctionner encore ces opinions :

1° Il n'y avait pas de collet du sac, et les anneaux étaient tellement dilatés, comme on s'en était assuré, du reste, pendant la vie, qu'ils n'avaient pu déterminer aucune constriction sur les intestins.

2° Des brides nombreuses, étendues de l'intestin au péritoine pariétal, dans les parties herniées, l'épaisseur du péritoine due à des couches pseudo-membraneuses semblables à celles qui unissent le poumon à la plèvre pariétale dans les pleurésies, démontraient que ces parties avaient été le siége d'une phlegmasie dont la marche avait été probablement enrayée par le traitement antiphlogistique, et qui n'avait point dépassé le degré de phlegmasie adhésive.

En outre, l'autopsie a montré une erreur de diagnostic commise par toutes les personnes qui avaient examiné le malade. On avait observé, en effet, que vers la base de la tumeur et au voisinage de l'anneau inguinal, la hernie rendait un son tout à fait mat et offrait une consistance pâteuse. Lorsqu'à la suite des applications émollientes, on avait obtenu la réduction de celle-ci, cette masse molle et pâteuse n'avait pu être réduite, on la refoulait en partie dans le canal inguinal par les efforts du taxis, mais on ne pouvait la faire rentrer dans l'abdomen. Tout le monde crut avoir affaire à une masse épiploïque ; et comme le malade n'éprouvait aucune douleur, le bandage fut appliqué sur cette masse elle-même. L'autopsie a fait voir que l'épiploon n'y était pour rien, et que cette masse était formée par le sac remonté et replié sur lui-même. En disséquant avec soin les bourses, on n'y trouve que le couches qui les composent normalement, et le sac herniaire ne s'y trouve pas.

Enfin, dernière circonstance remarquable, la hernie qui nous occupe n'avait pas un sac complet. L'S iliaque du colon, en s'engageant dans le trajet inguinal, s'était comportée, vis-à-vis du péritoine, comme le testicule lorsqu'il quitte l'abdomen pour s'engager dans ce trajet. Cette disposition semble devoir être très commune lorsque l'intestin hernié n'a pas de mésentère, et par conséquent, dans un grand nombre de hernies du gros intestin.

La mort du malade est arrivée plus de soixante-dix jours après la cessation des phénomènes inflammatoires présentés par la hernie, et plus de trente-cinq jours après leur apparition. Il s'est éteint lentement, épuisé par l'âge et par une longue maladie dont il était convalescent lorsque l'accident avait eu lieu.

— Les doctrines sur l'étranglement des hernies n'ont point fait un seul pas depuis que M. Malgaigne en a publié un examen historique et critique, et les propositions qu'il énonce en terminant son mémoire ont reçu depuis la confirmation des faits. Aujourd'hui comme alors, il déclare qu'il ne connaît pas un seul cas d'étranglement par les anneaux naturels. Les observations récemment rapportées par M. Diday s'appuient toutes sur l'examen vivant seulement, ou sur des autopsies mal faites, et le principal fondement de la doctrine de l'étranglement par les anneaux est toujours le raisonnement pur, le raisonnement en dehors des faits ; on pose en quelque sorte ce dilemme : l'étranglement est produit par les anneaux ou par le collet du sac. Pour qu'il soit produit par le collet, il faut que la hernie soit ancienne, et si la hernie est récente, elle ne peut être étranglée que par les anneaux.

M. Malgaigne répond d'abord que les hernies peuvent se faire par d'autres voies que par les poumons, quant à la date de l'apparition de la hernie, les chirurgiens sont obligés de s'en tenir au rapport souvent infidèle du malade, qui, cherchant à s'expliquer lui-même l'existence de la maladie, allègue fréquemment un effort qui a été réellement sans influence sur la marche des phénomènes, et n'a pas coïncidé avec leur début. Dans beaucoup de cas, la hernie est survenue manifestement sans cause connue, et même, pour la hernie crurale, M. Malgaigne déclare qu'il n'y a pas un seul malade qui puisse assigner exactement l'origine de la tumeur. Lorsque la hernie est véritablement étranglée, ce qui n'a jamais lieu lorsqu'elle passe par les anneaux naturels, elle a des caractères tellement tranchés, elle suit une marche tellement rapide, qu'on ne saurait confondre le véritable étranglement avec l'inflammation des parties herniées qu'on a décrite comme un étranglement, et dont nous avons rapporté un exemple irrécusable.

Cependant M. Malgaigne a été invité récemment par M. Desprèz, à examiner une pièce anatomique provenant d'une femme qui avait succombé vingt-quatre heures après le début des accidens et avait présenté des vomissemens de matières fecales. Il était évident qu'il s'agissait d'un étranglement véritable et ce fait avait été annoncé à M. Malgaigne comme un cas d'étranglement par l'anneau crural. Cette opinion avait été celle du chirurgien dans le service duquel la malade était morte, et le débridement sur le ligament de Gimbernat avait été pratiqué après la mort par l'interne de ce service. Mais les pièces, revues avec soin, ont prouvé que l'étranglement n'avait pas été produit par l'anneau, et que la hernie dont il s'agissait était une de celles que M. Cloquet a signalées et qui ne passent point par l'anneau lui-même mais entre le bord du ligament de Gimbernat et l'entonnoir, c'est-à-dire par un orifice qui, dans l'état normal, laisse passer soit une veinule soit un vaisseau lymphatique, qui toujours est excessivement étroit et par lequel l'étranglement peut être facilement produit et expliqué.

Il n'en est pas de même pour les anneaux naturels, et le raisonnement, si souvent invoqué par les partisans de l'ancienne doctrine, montrerait seul que s'ils produisaient véritablement l'étranglement, ils donneraient lieu en meme temps et d'une manière inévitable à des phénomènes que l'on n'observe jamais dans les cas de hernie étranglée. En effet, ces anneaux donnent passage à des vaisseaux volumineux et importans dont la compression et l'étranglement ne sauraient passer inaperçus. Ainsi l'étranglement par l'anneau crural donnerait lieu à la stagnation du sang dans le membre inférieur et pour le moins à un œdème inévitable. L'étranglement par l'anneau inguinal devrait être également ressenti par le cordon et le vaisseau spermatiques. Cependant rien de pareil n'a lieu ; c'est qu'en réalité ces anneaux sont trop larges pour étrangler les petites hernies, et que les hernies volumineuses, qui sont toujours des hernies anciennes, les ont insensiblement dilatés de manière à ce que l'étranglement soit impossible.

Voici ce qu'on peut dire pour la hernie crurale : elle peut se faire par l'anneau et le canal crural, ou en dehors de l'anneau.

Dans le premier cas, son existence s'accompagne de douleurs variables dans le membre, de fourmillemens, de lassitude et d'œdème, phénomèmes qui ne s'observent point dans le second cas.

La hernie située dans le canal crural peut s'étrangler, mais ce n'est jamais par l'anneau, c'est toujours par le collet du sac qu'elle s'étrangle, et la collection de M. Demeaux offre un exemple de cet étranglement. Si dans ce cas on insiste sur le taxis, on obtient la réduction, mais la hernie est réduite en masse et étranglée et les accidens continuent à suivre leur marche.

La hernie une fois arrivée dans le canal crural, peut se faire jour au dehors par une éraillure du fascia crébriformis, et s'étrangler à travers ce fascia ; dans ce cas il n'y a point de collet du sac. Elle peut encore passer par l'anneau de la veine inférieure saphène, et s'étrangler en ce point.

Enfin, on peut admettre des hernies crurales étranglées par le septum crural, mais on n'en a pas observé, et il n'est pas impossible qu'il s'en produise par des éraillures du ligament de Gimbernat.

En somme, les faits ont démontré jusqu'ici quatre variétés de hernies crurales et quatre variétés d'étranglement. Une pour les hernies hors du canal crural et trois pour les hernies suivant le canal.

Le premier résultat pratique de ces recherches, c'est que si l'on a affaire à une hernie marronnée du canal, il ne faut pas insister sur le taxis, et cela s'applique non seulement aux hernies crurales mais aux hernies inguinales et généralement pour ces dernières à toutes les hernies marronnées.

M. A. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker, qui ne laisse échapper aucune occasion de vérifier les faits douteux en chirurgie, a invité M. Malgaigne à assister à une autopsie intéressante de hernie inguinale étranglée, sur laquelle il a bien voulu depuis lui communiquer les renseignemens que nous allons donner.

Il s'agissait d'une femme de soixante-dix ans, lingère ; elle n'avait jamais eu ni péritonite, ni maladie se rapportant aux organes contenus dans l'abdomen ; ses couches n'avaient jamais été difficiles, et jusqu'à ces derniers temps elle avait joui d'une santé aussi parfaite que le comportait son âge.

Depuis douze ans elle portait à la région inguinale gauche une tumeur qu'on fit assez aisément rentrer dans l'abdomen, et qui avait eu, disait-elle, un effort pour cause. Chaque fois qu'une occupation fatigante obligeait le sujet à un développement de forces un peu considérable et instantané, l'accident se reproduisait pour céder aussitôt aux tentatives de réduction, sans reparaître de quelque temps. Plus tard, la hernie présenta cette différence que, tout aussi facile à réduire, elle se reproduisait lorsqu'elle était soustraite à l'action de la main ; c'est alors que cette femme se mit à porter un bandage. (Selles faciles ; rarement des coliques.) Depuis quelque temps elle en avait suspendu l'usage, lorsque, quinze jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital Necker, la tumeur devint douloureuse (sans avoir augmenté de volume, selon la malade), puis complètement réductible. (Une selle le soir.)

Les jours suivans, constipation opiniâtre, douleurs inguinales, coliques.

Le huitième jour, vomissement de matières bilieuses outre les symptômes précédens.

Les vomissemens ayant continué, cette femme appela le médecin du Bureau de Charité, qui fit quelques tentatives de réduction ; mais le taxis fut inutile et la malade

---

tion complète de l'urine ; celle-ci, interposée entre le calcul et les parois du réservoir, empêche le contact immédiat de la muqueuse sur la surface du calcul ; de la absence de ces douleurs qui suivent ordinairement l'émission des dernières gouttes d'urine, et qui sont dues au frottement et à la pression de la muqueuse appliquée contre la surface des calculs à sec dans la vessie. Mais, après quelque temps, cette portion d'urine non évacuée finit par s'altérer ; elle irrite la vessie, enflamme les uretères et les reins, et des désordres graves, que l'extraction du corps étranger ne saurait toujours guérir, éclatent dans tout l'appareil urinaire. Les symptômes de la fièvre pernicieuse qui accompagne les résorptions purulentes, ou bien encore un état adynamique se déclarent, et le malade succombe à une affection qu'on a la douleur de ne pouvoir combattre, parce qu'on l'a méconnue ou négligée.

L'altération des tissus que nous avons représentée comme la conséquence forcée du contact des concrétions urinaires, est ordinairement en rapport avec la nature chimique de ces derniers. Les plus inoffensifs de tous sont les calculs muraux formés d'oxalate de chaux, sel sur lequel les carbonates alcalins ont peu de prise ; on a peine à comprendre cette longue innocuité, lorsqu'on songe que ces calculs ont une surface mamelonnée couverte d'aspérités ; cependant, c'est un fait que confirme tous les jours l'observation. Les calculs phosphatiques, au contraire, de consistance molle, et à la surface lisse et unie, se compliquent presque toujours d'un catarrhe de vessie, d'une altération de la prostate, d'une affection des reins. Les calculs d'acide urique, plus inoffensifs que les premiers, moins que les seconds, tiennent le milieu entre les uns et les autres.

Cette différence n'étonnera pas, si l'on réfléchit que la prédominance et la séparation de ces diverses espèces de sels sont elles-mêmes la conséquence de l'âge, de la constitution, de la santé générale et de l'état pathologique des organes urinaires. Ainsi, les calculs d'oxalate de chaux sont l'apanage de l'enfance et de la jeunesse ; les phosphates, au contraire, se déposent chez les vieillards et chez les personnes de tout âge, dont la constitution est affaiblie *et les organes urinaires altérés*. C'est pour cela qu'il ne manque jamais d'arriver, après un temps plus ou moins long, qu'aux diathèses oxaliques et uriques succède la diathèse phosphatique, et, avec elle, la douleur vive, les besoins fréquens d'uriner les urines muqueuses et purulentes ; puis, plus tard, l'érosion de la vessie avec les hémorrhagies qu'elle détermine, les abcès dans la prostate avec les résorptions purulentes ; et, plus souvent encore, la néphrite, terminent par la mort cette triste période de la maladie. Cette prédominance et cette déposition des phosphates, le traitement alcalin par absorption à haute dose, peut-il la favoriser ou l'empêcher ?

A cette grave question, la théorie répond oui ; tandis que l'expérience sur l'homme vivant répond oui et non, suivant les individus et la période de la maladie. On sait que les phosphates terreux sont tenus en dissolution dans l'urine par des acides en excès ; si l'on sature ces acides par un alcali, les phosphates doivent se précipiter : voilà ce que dit la théorie ; voilà ce que montre l'expérience faite dans des vases inertes sur de l'urine. Voilà ce qui devrait se passer dans la vessie de toutes les personnes qui prennent des carbonates alcalins, et ce qui n'a pas lieu, du moins pendant quelque temps ; les urines, au contraire, deviennent plus claires d'abord. Cette différence d'effet, je ne saurais l'expliquer ; probablement l'influence du principe vital réagit d'une manière encore inconnue pour dénaturer et retarder l'action purement chimique ; mais, à la longue, ce principe se fatigue de la lutte, les organes enflammés modifient leurs sécrétions, et la déposition des phosphates a lieu d'autant plus abondante et plus rapide, que c'est ordinairement lorsque l'urine est alcaline qu'elle se produit. Il faut bien que cela soit ainsi, puisque presque toutes les pierres qui ont séjourné dans la vessie pendant un traitement alcalin long-temps prolongés sont recouvertes d'une couche de phosphate. Lors même que le calcul formé d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque aurait subi un commencement d'altération ; lors même qu'il aurait diminué de volume ; à partir du moment où survient avec l'état inflammatoire des organes la prédominance des phosphates dans l'urine, on peut assurer que la persistance dans le traitement alcalin ne peut être que nuisible, parce qu'elle en favorise le développement.

Puisque la théorie, d'accord avec des faits nombreux, s'élève contre la persistance immodérée dans le traitement alcalin à haute dose, pourquoi chercher à le soutenir en ne tenant compte que des observations qui lui sont favorables, passant les autres sous silence, ou du moins cherchant à les atténuer par des explications forcées ou de prétendues modifications nées de circonstances étrangères.

Lorsque la diathèse phosphatique étant développée, l'on persiste dans l'administration des carbonates alcalins à l'intérieur, alors on trouve fréquemment dans les calculs deux autres sels : l'urate et le carbonate de chaux. L'existence du carbonate de chaux dans les concrétions urinaires a été signalée par Berzélius, mais regardée par lui comme très rare ; tandis qu'on le rencontre dans les sept dixièmes des calculs des personnes soumises pendant un temps un peu long au traitement à haute dose : c'est ce qui résulte de faits relatés dans ma première lettre à l'Académie de médecine. *Sur trente-un malades que j'ai opérés pendant les six premiers mois de l'année 1839, il s'en est trouvé neuf qui avaient fait usage des alcalis, et l'analyse a démontré du carbonate de chaux dans six calculs.* Depuis cette époque, la continuation des mêmes recherches a produit les mêmes résultats.

La pierre de M. Loiseleur-Delongchamps, dont je parlerai tout à l'heure, contient du carbonate de chaux ; celle de M. le docteur Martinet, de la Creuse, en renferme bien plus encore. Un calcul extrait l'an passé, par un autre opérateur, en a présenté à l'examen de M. Pelouze une proportion énorme.

Comment s'empêcher de voir, dans la formation si fréquente des sels dont nous venons de parler, l'influence du traitement alcalin ?

Le dépôt de carbonate de chaux n'a rien de bien surprenant ; d'abord il existe dans l'eau de Vichy, ainsi qu'on peut s'en assurer en la faisant bouillir ; or, nous savons que l'action des reins dans la sécrétion urinaire produit des effets semblables à ceux de l'ébullition, puisque dans ces deux cas le bicarbonate de soude est ramené à l'état de sous carbonate. Mais ce n'est pas ainsi probablement qu'il se produit, car on le retrouve dans les pierres des malades qui ont pris non les eaux de Vichy, mais le bicarbonate de soude seul. C'est le calcul lui même qui en fournit les élémens ; une petite portion du phosphate de chaux nouvellement formée est décomposée par le carbonate de soude, et de l'échange des bases il résulte un phosphate de soude soluble et un carbonate de chaux insoluble. L'époque avancée de la maladie à laquelle le carbonate se dépose, sa présence constante à la superficie sur une couche plus ou moins épaisse de phosphate, montrent que les choses doivent se passer ainsi : quant à la réalité de cet échange de base, on peut s'en convaincre en laissant macérer, comme nous l'avons fait M. Mathieusen et moi, des portions d'os dans une solution de carbonate de soude.

Si j'imitais l'exagération des ultrà-dissolutistes, je dirais que le traitement alcalin *non seulement produit l'augmentation des calculs par l'addition de couches nouvelles, mais encore qu'il donne lieu à leur formation* ; du moins j'ai des faits qui sem-

entra à l'hôpital.

Le 10 mai, jour de son entrée, M. Bérard la trouva affectant le décubitus dorsal; son faciès exprimait un abattement extrême; il était grippé; ses yeux étaient caves, la cornée était terne. Facultés intellectuelles intactes; sens assez nets; pouls petit, fréquent, misérable; peau froide; les uirnes rares; inappétence, nausées, vomissemens, le matin, de matières liquides, jaunes, amères à la bouche de la malade et d'odeur stercorale; deux nouveaux vomissemens dans la journée; constipation.

On voit à l'aine gauche une tumeur de la grosseur d'un fort marron, dure et rénitente, dirigée plutôt en avant qu'en bas et en dedans; elle procède de l'anneau inguinal, n'est pas réductible au premier abord. Demi-sonoréité. On diagnostique un entéro-épiplocèle. Le taxis est pratiqué sans succès; on prescrit la glace en permanence sur la tumeur, et un lavement de tabac qui ne produit pas de selles.

11 mai. On renouvelle le taxis, et sans succès. Il paraît se faire un transport de gaz du sac dans le ventre, mais la réduction est impossible.

La malade ne veut pas entendre parler d'opération; on n'a donc pas même à en discuter l'opportunité.

La glace est continuée sur la tumeur; nouveau lavement de tabac. Point de selles.

Les tentatives de réduction, deux fois renouvelées dans le jour, ne donnent point de résultat. La malade décline plus en plus; le pouls devient filiforme; la malade meurt le 12 mai à sept heures du matin.

L'autopsie fut faite en présence de MM. Malgaigne, Nélaton, Diday et de plusieurs autres internes de l'hôpital, et au premier coup-d'œil, M. Malgaigne affirme que l'on trouvera l'étranglement au collet du sac.

On commence par inciser la peau de manière à former un lambeau plus que demi circulaire, dont la corde répond au-dessous de la tumeur; puis le fascia superficialis étant enlevé, on arrive aux enveloppes de la hernie; alors on essaie encore de réduire. Mais déjà M. Malgaigne avait pu faire constater que s'il y avait impossibilité de réduction, cela ne pouvait tenir à l'étranglement par l'orifice externe du canal; que son expansion celluleuse, ouverte par le bistouri, apparaissait béante, et laissait passer facilement le bout du petit doigt en dehors du sac. Les fascias extérieurs enlevés, on dissèque le sac: on trouve une première enveloppe cellulo fibreuse très dense, formant en quelque sorte un premier sac, facile à décoller du deuxième avec le doigt; celui-ci, un peu moins dense, adhère dans presque toute son étendue aux parties herniées. A la partie antérieure est une masse d'épiploon rougeâtre, avec des adhérences, dont les unes sont récentes, les autres anciennes. Ces adhérences détruites, on trouve, par-dessous, l'intestin d'un brun livide, uni par des adhérences faciles à détruire avec le doigt; dans un point, un peu de sang rouge organisé. MM. Nélaton, Diday et Malgaigne essayèrent successivement et inutilement de réduire; mais en tirant ensuite l'intestin du côté de l'abdomen, il obéit facilement aux tractions, et la réduction s'opéra.

Alors on dissèque le péritoine, et le collet apparaît d'une manière très manifeste.

Le collet étant isolé, on peut y introduire une plume d'acier, et une sonde cannelée avec facilité; on peut même y faire pénétrer le bout du petit doigt, mais ce n'est qu'avec d'assez grands efforts que le doigt traverse le collet tout entier. Il en est de même d'un porte-pierre ayant 11 millimètres de diamètre.

L'anneau interne disséqué, le sac et le collet y jouent très bien, et bien plus, on peut passer le bout du doigt entre l'anneau et le sac.

Les intestins serrés dans une bande de papier, au-dessus de l'étranglement, et de manière à simuler le collet du sac, donnent 41 millimètres de circonférence; l'anneau inguinal, 48 millimètres; et le collet, mesuré à plusieurs reprises, donne toujours 33 millimètres.

Ces mesures ont été prises par M. Malgaigne en présence des chirurgiens dont nous avons parlé.

La hernie était formée par une petite portion d'épiploon et une anse d'intestin.

Il fut évident pour tout le monde qu'il existait au collet du sac un rétrécissement, et que l'étranglement était produit en bas et sur les côtés par le collet, en haut par l'épiploon adhérent au collet, et qui empêchait la striction d'être si forte, ce qui explique peut-être la marche lente des accidens. C'est donc au collet du sac que siégeait l'obstacle à la réduction, et lors même qu'il n'eût pas existé d'adhérences au pourtour de l'anneau, on aurait pu réduire la hernie, la masse; mais l'étranglement eût persisté dans l'abdomen, et les accidens auraient continué leur marche funeste.

Le sac superficiel, très dense, paraissait venir du fascia transversalis ou du tissu cellulaire sous-péritonéal, il s'amincissait beaucoup vers le collet.

C'est en s'appuyant sur des faits semblables que la science possède déjà en assez grand nombre, et dans quelques-uns desquels le taxis forcé a été suivi d'une mort prompte, que M. Malgaigne pose en principe de n'essayer le taxis que pendant quelques minutes dans les cas de hernie marronnée avec des accidens graves, et de recourir immédiatement à l'opération.

Dans l'étranglement des hernies crurales, pour ceux qui pensent qu'il siége à l'anneau crural, rien ne paraît plus difficile que l'opération; le fer du chirurgien semble cerné de toutes parts par des limites dangereuses ou impossibles à franchir: en arrière par le pubis, en haut par les vaisseaux spermatiques, en dedans par l'artère obturatrice déviée, en dehors par la veine et l'artère crurales. Aussi les préceptes des chirurgiens sont-ils pleins d'hésitation; et la meilleure critique qu'on en ait faite appartient à A. Dubois, qui disait à ses élèves: « On te commande dans tes livres de débrider par ici ou par là; et moi je te dis: Quand tu y seras, tu débrideras où tu pourras et comme tu pourras. »

Voici les préceptes que pose M. Malgaigne et qui nous semblent rendre cette opération, si justement redoutée, plus facile peut-être que celle de la hernie inguinale.

1° Si l'étranglement siége à l'orifice de la veine saphène, on n'a que ce vaisseau à éviter, et par conséquent on peut débrider partout, excepté en bas.

2° Si l'étranglement se produit par une éraillure du fascia cérébriforme, on peut débrider par les quatre côtés.

3° Si l'étranglement a lieu au niveau de l'anneau crural, on s'assure si l'étranglement est produit par le collet; en effet, on fera descendre le collet, et alors on tâchera de glisser une sonde cannelée entre les intestins et le collet, et on débridera sur la sonde.

Si l'étranglement était produit par des parties fibreuses, on serait moins embarrassé encore pour l'opération. Les vaisseaux se trouvant situés en dehors à une distance de trois quarts de pouce, on a un espace suffisant pour débrider de ce côté. Qu'on mette le doigt dans l'anneau, dit M. Malgaigne, de manière à repousser la veine et l'artère en dehors, et qu'on débride sur le doigt lui même; le chirurgien n'aura qu'à tâcher de ne point se blesser.

Ainsi l'opération se trouve facilitée pour tous les cas d'étranglement observés dans la hernie crurale.

Pour la hernie inguinale ordinaire ou par le canal, M. Malgaigne n'admet pas d'étranglement par les anneaux.

Mais dans les hernies inguinales internes l'étranglement peut se faire par une éraillure du *fascia transversalis*. Comme on ignore si l'artère épigastrique est en dehors ou en dedans, et que les vaisseaux spermatiques sont en bas on a posé pour précepte de débrider en haut.

— Du reste, dans ces cas, l'opération n'est de rigueur que pour les hernies marronnées.

Pour les hernies volumineuses, on ne doit pas opérer. Ce n'est pas un étranglement, c'est une péritonite locale, et l'opération est tout à fait irrationnelle.

Dans les hernies moyennes, les accidens peuvent tenir à la fois de l'étranglement et de l'inflammation, et la séméiotique n'est pas encore assez avancée pour permettre de décider ce qui appartient à l'un ou à l'autre. Si les accidens semblent marcher lentement, les saignées, les topiques émolliens, les bains et le taxis, doivent être mis en usage; s'ils sont aigus, et qu'un premier essai de taxis suffisamment prolongé n'ait eu aucun résultat, c'est au chirurgien à voir si l'opération n'est pas la ressource la plus urgente; et il est à désirer que de nouvelles observations, mieux faites que celles qui existent dans la science, jettent quelque lumière sur ces cas douteux et menaçans.

TH. ROUSSEL.

Montmartre, le 14 juin 1841,

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez eu l'extrême obligeance d'insérer dans votre numéro du 13 décembre dernier, les réflexions que m'avait suggérées une communication faite quelques jours auparavant à l'Académie par M. Leuret, sur le traitement de la folie. Depuis ce moment une discussion s'est ouverte à ce sujet, tant dans votre Journal où les succès annoncés par ce médecin ont été contestés par un de ses collègues à Bicêtre, qu'au sein même de l'Académie qui vient de refuser son approbation à ce qu'il appelle sa doctrine.

Les débats ayant été clos, suivant l'usage, par une réponse très explicite de M. Leuret, je vous prie de me permettre de les résumer en peu de mots, et d'en tirer une conséquence propre, soit à fixer l'opinion des praticiens sur l'état actuel du traitement des maladies mentales en France, soit à rassurer les parens de nos malades qui auraient pu craindre que l'usage des rigueurs corporelles ne devînt la base de ce traitement.

On avait généralement cru que M. Leuret excluait tous les moyens physiques, et on se fondait sur cette maxime si clairement émise dans son ouvrage: *La folie, c'est l'aberration des facultés de l'entendement*; et sur ce précepte qui en est la conséquence forcée: *Contre des désordres moraux, je veux des remèdes moraux.*

On reprochait à M. Leuret d'user envers ses malades de moyens violens et douloureux, et on se basait sur ces phrases: « Pour » exciter la douleur, je fais ordinairement usage de la douche et » des affusions froides. Pour les affusions je fais coucher le ma- » lade sur un plancher, et j'ordonne qu'on lui jette plusieurs » seaux d'eau froide sur le corps; le nombre des seaux varie de » 4 ou 5 à 20, 25 et même plus. »

Dans la dernière lettre que M. Leuret a adressée à l'Académie qui en a refusé la lecture, et que vous avez insérée dans votre numéro du 10 de ce mois, M. Leuret s'exprime ainsi: « On a » prétendu: 1° Que je négligeais l'emploi des moyens physi- » ques... j'ai, au contraire, déterminé positivement quels sont les » cas où ce mode de traitement était applicable. 2° Que j'usais » envers les aliénés de rigueurs inutiles. Je dirai, pour répondre

---

dent le prouver; d'autres, moins réservs, diraient peut-être, qui le prouvent.

Treizième fait.— Déjà, dans la préface de mon Histoire de la lithotritie, j'ai rapporté l'observation de M. Gay, auquel j'avais enlevé par le broiement une pierre d'acide urique et de phosphate triple; ce malade redevenait calculeux chaque fois qu'il faisait usage des eaux alcalines, et, ce qui est plus caractéristique encore, ses pierres alors étaient formées de phosphate et de carbonate de chaux; quatre fois dans l'espace de quinze mois, des graviers de cette nature se sont produits et ont été extraits, et, depuis deux ans que M. Gay ne prend plus ni eaux de Vichy, ni bicarbonate de soude, ils n'ont plus reparu.

Voici deux autres exemples qui ont pour sujet des membres de l'Académie de médecine:

Quatorzième fait. — M. le professeur Sanson avait depuis quinze mois une rétention d'urine causée par un engorgement de la prostate. Le mauvais état de l'estomac, qui donnait lieu à des rapports acides et à une sorte de pyrosis, l'engagea à prendre l'eau de Vichy; il en but cinquante bouteilles dans l'espace de deux mois; six semaines après, les besoins d'uriner, qui d'ordinaire ne se faisaient sentir que toutes les quatre heures, se renouvelerent d'heure en heure; les mouvemens de la voiture devinrent pénibles; des mucosités se montrèrent dans l'urine; j'explorai la vessie, et je trouvai une pierre dont je fis l'extraction par la lithotritie; je fis l'extraction, dis je, car la rétention d'urine me faisait une nécessité d'enlever arificiellement le détritus. Depuis deux ans bientôt, la pierre ne s'est pas reproduite, cependant la rétention d'urine persiste et les conditions de la santé générale sont pires qu'auparavant, puisqu'une paraplégie a frappé cet habile chirurgien, et, tout en lui laissant l'intégrité de son intelligence et de son jugement, le prive depuis dix mois de tout exercice.

Quinzième fait. — Le second exemple a trait à M. le docteur Loiseleur Delongchamps: ce savant naturaliste éprouvait depuis plusieurs années des besoins fréquans d'uriner accompagnés d'efforts et de douleurs; en le sondant je reconnus que le quart seulement du liquide contenu dans la vessie était évacué; la dernière partie qui sortait par la sonde entraînait avec elle une cuillerée à café environ de sable rouge, d'acide urique accumulé au bas fond; il n'y avait point de pierre; j'engageai M. Loiseleur Delongchamps à vider sa vessie trois fois par jour avec une sonde en gomme à courbure fixe et sans mandrin, ce qu'il faisait sans douleur; après cette évacuation, le besoin d'uriner ne se renouvelait plus qu'au bout de cinq à six heures. Dans le but de combattre la formation de l'acide urique, M. Delongchamps prenait du bicarbonate de soude à la dose de 2 à 4 grammes, et de temps en temps un bain dans lequel on faisait dissoudre 250 grammes de bicarbonate de soude; au bout d'un an et demi les sympômes d'un calcul s'étant manifestés, une exploration fut faite de concert avec M. Bérard, et nous trouvâmes une pierre; je la brisai et en fis l'extraction artificielle: je triturai et enlevai en outre une tumeur assez grosse développée sur le col de la vessie. Je ne raconterai pas les circonstances qui ont accompagné cette opération et l'ont rendue difficile, M. le docteur Deville s'est chargé de les recueillir et de les exposer dans la *Gazette médicale*; je dirai seulement que les débris de la pierre étaient formés d'acide urique qui y entrait pour un quart, de phosphate triple de chaux, d'ammoniaque, de magnésie et de carbonate de chaux.

Seizième fait.— M. Brahaubant, de Tarbes, fut débarrassé par moi, au commencement de 1839, d'un calcul donnant 28 lignes d'écartement aux branches du lithotribe; l'opération, comme on le pense, fut longue et laborieuse; cependant elle réussit. Pendant quinze mois le malade jouit d'une santé parfaite: je lui avais conseillé de prendre, une semaine ou deux, le bicarbonate de soude à la dose de 3 à 4 grammes par jour, ce qu'il fit assez régulièrement. La nature de la pierre formée d'acide urique, et le dépôt d'un sable rouge dans l'urine, à l'époque du départ pour les Pyrénées, m'avaient engagé à conseiller l'emploi de ce médicament comme préservatif. Vers le mois de mai 1840, M. Brahaubant ressentit de nouveau les symptômes de la pierre; il vint à Paris au mois de décembre, et je trouvai avec la sonde un corps étranger que j'annonçai devoir être friable et d'apparence plâtreuse; je l'écrasai, en effet, par la seule pression de la main, et j'en opérai la destruction complète en sept séances. M. Pelouze, qui visita M. Brahaubant et reçut de sa bouche les détails précédens, a trouvé la pierre formée de phosphate ammoniaco-magnésien.

Dix septième fait. — M. Lévier, de Paris, employé chez un banquier, avait reçu les soins de divers chirurgiens pour des rétrécissemens de l'urètre. Plusieurs fois des cautérisations avaient été faites au moyen du procédé de Ducamp, si propre, comme je l'ai démontré ailleurs, à transformer des coarctations légères et de simples brides en rétrécissemens longs et calleux. Le nitrate d'argent avait même été appliqué sur le méat urinaire; il avait, comme à l'ordinaire, rétréci cette ouverture. La gêne de l'émission de l'urine durait depuis une douzaine d'années, et le malade y remédiait par l'introduction de la sonde.

Pendant les années 1837-38 39 il prit, d'après le conseil d'un médecin, du bicarbonate de soude à la dose de 2 à 4 grammes; l'urine alors devint de plus en plus muqueuse, les besoins de l'évacuer de plus en plus fréquens et accompagnés de douleur. M. Dubochet consulté, trouva un calcul dans la vessie; il me fit appeler pour pratiquer la lithotritie. La vessie ne se vidait qu'imparfaitement (au tiers environ). Il me fallut extraire artificiellement le détritus avec un petit lithotribe à cuiller; l'analyse montra que le calcul était formé de phosphate ammoniace magnésien.

Dix huitième fait. — M. le comte D... vint à Paris au commencement de 839, avec les symptômes de la pierre. Il consulta M. Récamier, qui l'engagea à se faire sonder, et lui indiqua les noms de deux chirurgiens; j'étais l'un de ces deux. Ce fut chez mon confrère que M. le comte D... se rendit d'abord: l'exploration de la vessie fut faite, et la pierre ne fut pas rencontrée. Le lendemain je fus appelé, et je trouvai un calcul du volume d'une noix. La prostate volumineuse, empêchait la vessie de se vider. Je pratiquai le broiement, et j'enlevai artificiellement le détritus avec le lithotribe évacuateur à cuiller. Comme le malade se rendait en Suisse après sa guérison, je lui conseillai de prendre les eaux alcalines d'Evian sur le bord oriental du lac de Genève, et je lui recommandai bien de vider sa vessie avec une sonde de gomme plusieurs fois par jour. M. D.. prit les eaux; il négligea la dernière recommandation, et, au commencement de 1840, il vint me trouver avec une pierre formée de phosphate triple et d'un peu de carbonate de chaux.

Dix neuvième fait. Dans ma première lettre à l'Académie, j'ai rapporté l'histoire de M. Landoire, qui, ayant été opéré de la pierre une première fois, redevint calculeux après avoir pris pendant quatre ans les eaux de Vichy et de Contrexeville.

Vingtième fait. Je citerai enfin le cas de M. Berchon, octogénaire, propriétaire à Pougues, qui, depuis vingt ans et plus, faisait usage, à doses minimes, il est vrai, des eaux alcalines gazeuses, et de la vessie duquel j'ai extrait, après les avoir broyées, une douzaine au moins de pierres grosses comme des noisettes. Les fragmens placés ensuite par M. Berchon dans cette même eau de Pougues se sont parfaitement dissous.

Voilà, depuis peu de temps, huit exemples qui se sont offerts à moi de pierres développées, je ne dirai pas sous l'influence du traitement alcalin, ce serait trancher la question, mais pendant que les malades y étaient soumis. Il est à remarquer que deux

» à cette accusation, que, par l'emploi de quelques douches dont » la durée n'a jamais été au delà de trente secondes, et à l'aide » de quelques tracasseries suscitées à propos, j'ai détruit des idées » délirantes, etc. »

Il résulte donc bien évidemment de tout ceci : 1° ou qu'en donnant aux assertions contenues dans l'ouvrage de M. Leuret le sens que la raison voulait qu'on leur donnât, on n'a pas rendu nettement ses idées, ou qu'il désavoue aujourd'hui ses premières opinions pour rentrer dans la voie commune ; 2° que le traitement de l'aliénation mentale est encore aujourd'hui celui dont Pinel a établi les bases, dont Esquirol a obtenu, dans le cours de sa brillante pratique, de si nombreux succès, dont M. Ferrus, enfin, a si bien résumé les principaux points dans la séance de l'Académie du 1er de ce mois.

Il me reste une dernière observation à faire, c'est qu'on pourrait se tromper grandement en admettant qu'il fallût, dans la pratique du dehors, prendre pour règle absolue, dans le traitement de la folie, ce qu'on est obligé de faire dans les hôpitaux, et surtout en croyant qu'il fût possible d'atteindre dans ces derniers lieux les limites du possible. Tous les médecins qui dirigent des établissemens destinés aux classes aisées de la société reconnaîtront cette vérité, à laquelle je me propose de donner un jour tout le développement dont je la crois susceptible.

Agréez, etc. BLANCHE.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

L'extrême agitation qui a régné dans la dernière séance de l'Académie vous a empêché de saisir exactement mes paroles. J'ai dit que l'Académie, nonobstant la décision qu'elle avait prise de ne plus s'occuper de magnétisme, avait écouté le mémoire de M. Gerdy ; qu'ayant écouté ce mémoire, dans tout le cours duquel M. Frapart est mis en scène sans l'avoir demandé, il serait de toute justice d'entendre une réponse de M. Frapart ; mais que ce médecin ne demandait pas même cette faveur ; qu'il se bornait à désirer que l'Académie prononçât, en connaissance de cause, entre son adversaire et lui, c'est-à-dire voulût bien faire constater ou infirmer le fait contesté par M. Gerdy. J'ai ajouté qu'on ne pouvait sans injustice refuser des commissaires à M. Frapart ; que ce serait d'ailleurs le moyen de désabuser un confrère estimable qui, au rebours de la plupart des gens qui pratiquent le magnétisme et sont des charlatans, est, lui, de très bonne foi et ne fait point métier du magnétisme.

Lorsqu'enfin j'ai repris la parole pour la troisième fois, loin de combattre l'opinion de M. Gerdy, j'ai au contraire commencé par exprimer que j'avais la plus grande tendance à adopter ses explications touchant la manière dont la lumière arrive aux yeux de mademoiselle Prudence ; mais j'ai ajouté que ces explications, admises par quatre médecins, n'exprimant que l'opinion de quatre personnes sur cinq cents qui croient fermement avoir vu lire mademoiselle Prudence à travers un corps parfaitement opaque, il me paraissait convenable de nommer une commission ; que cette commission, pour le but que veut atteindre M. Gerdy (éclairer le public), aurait plus de poids que n'en pourraient avoir quelques opinions exprimées isolément, et que si le conseil d'administration eût adopté cette marche, il aurait épargné à l'Académie une grande perte de temps. Permettez-moi, M. le Rédacteur, d'ajouter qu'au moment où je parlais de perte de temps, M. Gerdy n'avait point encore répliqué et commencé cette vigoureuse, éloquente et admirable improvisation qui a terminé la séance, et a véritablement tenu sous le charme tous les assistans, de quelque opinion qu'ils fussent.

Agréez, etc. CH. LONDE.

Ce 18 juin.

d'entre eux ne pouvaient expulser sans la sonde une seule goutte d'urine ; que trois autres n'en rendaient que le quart. Cette rétention prolongée, dont nous avons fait connaître la cause ordinaire, modifie toujours plus ou moins la nature de l'urine, parce que portion de ce liquide non évacuée s'altère et détermine une inflammation de vessie, qui s'étend aux uretères et aux reins, et conduit à l'altération des fonctions de ces organes.

Il me semble donc que sans m'écarter de la réserve que je me suis imposée, il m'est permis de dire qu'un traitement alcalin par absorption n'est plus seulement inefficace, mais encore qu'il est contraire aux personnes dont la vessie ne se vide pas complètement, et dont l'urine est alcaline, neutre ou très peu acide.

Il résulte de tout ce qui précède que le traitement alcalin par absorption ne doit point être administré d'une manière empirique : il demande la connaissance préalable de la nature des calculs et surtout l'appréciation de l'état des organes urinaires. Dans les cas même les plus favorables, il importe de ne pas le prolonger trop long-temps, car il arrive tôt ou tard un moment où il peut devenir funeste.

Personne ne songe aujourd'hui à mettre en doute l'utilité des alcalis contre la *gravelle rouge* formée d'acide urique ou de ses composés : tout le premier je les prescris, et pourtant je pense qu'il n'est pas hors de propos de faire observer que ses effets ne sont pas les mêmes sur tous les graveleux.

Chez les uns, cet acide, qui se cristallisait et se précipitait sous forme de gravier ou de sable, ne se montre plus dans l'urine pendant l'usage des alcalis ; chez d'autres, on observe tout le contraire. Ainsi, on voit à toutes les sources alcalines de prétendus graveleux qui, pendant tout le temps de leur séjour, expulsent en quantité du sable et des graviers, et hors de là n'en rendent pas un atome. Tous applaudissent à l'effet des eaux, pensant que le sable et le gravier qu'ils rendent étaient accumulés dans leurs reins et leur vessie, et que par conséquent l'expulsion ne peut qu'en être favorable. Il est inutile de dire que les choses ne se passent point ainsi, et tout homme qui a la moindre connaissance physiologique le comprendra facilement. Il n'est pas douteux que chez ces personnes la présence du sable et des graviers ne soit le résultat d'une séparation récente, d'une formation nouvelle due à l'influence des eaux alcalines. Quant à l'explication, elle nous échappe, car nous ne connaissons pas assez le mécanisme de nos sécrétions pour prétendre apprécier les causes des différences nombreuses qu'elles présentent et des changemens rapides qu'elles subissent. Expliquez donc comment la vue de certains mets fait chez certaines personnes passer subitement la salive de l'état d'acidité à l'état alcalin et *vice versâ*. Si on exigeait cependant une théorie de cette action des alcalis sur les graveleux, on pourrait hasarder la suivante : l'acide urique tenu en dissolution dans l'urine s'y trouve associé à des bases auxquelles il adhère peu, car il les cède aux acides les plus faibles, même à l'acide carbonique.

Il se peut que, mis en liberté, il se précipite, tandis que la soude des carbonates, se trouvant en présence de deux autres acides libres plus énergiques, savoir, l'acide lactique et l'acide acétique, se combine avec eux ou avec l'un des autres acides mis en liberté par le fait de la décomposition des sels contenus dans l'urine, tels que les sulfates de potasse et de soude, les phosphates de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, le chlorhydrate ou le lactate d'ammoniaque. Lorsqu'un sel est mis en présence de tant d'élémens complexes, et qu'aux réactions chimiques se joint l'action puissante d'un agent invisible et mystérieux, le principe vital, on comprend la difficulté de dire ce qui se passe exactement, et encore moins de suivre et d'analyser les combinaisons. Mais, n'importe l'explication, le fait existe ; je dis donc qu'il y a formation de gravelle chez un certain nombre de malades soumis au traitement alcalin, et que c'est un résultat digne de sollicitude et d'une sérieuse attention. Cela nous montre que si nous possédons des moyens précieux de traitement contre la gravelle, ils sont bien loin d'être toujours efficaces et d'agir d'une manière constante ; bien plus, le même médicament favorable aux uns, devient pour les autres un agent contraire et pernicieux. Voilà donc un point de thérapeutique qui réclame de nouvelles recherches.

Quant à la durée de l'effet des alcalis sur l'économie, je ferai la même observation : parmi les personnes qui en prennent, il y en a dont l'urine reste alcaline pendant un temps assez long ; d'autres, au contraire, chez lesquelles ce liquide redevient immédiatement acide. Je citerai deux personnes de La Havanne, qui, pensant avoir la pierre, vinrent me consulter ; elles avaient seulement une gravelle rouge. Je les envoyai à Vichy, où elles prirent les eaux pendant l'été de 1839, sous la direction de M. Petit : pendant tout leur séjour, l'urine se maintint fortement alcaline, et le lendemain de leur arrivée à Paris, après deux jours de suspension, une pleine cuillerée à café de sable rouge était déposée au fond des vases de nuit. Je citerai encore M. Giraud, de Paris ; il avait passé également à Vichy la saison de 1839 ; son urine avait été alcaline pendant tout son séjour, et le lendemain de son arrivée à Paris, il fut pris de colique néphrétique, à la suite de laquelle il rendit un petit gravier d'acide urique pur sans aucune altération à la surface.

On voit, par ce que je viens de dire, qu'il ne nous est pas aussi facile qu'on le suppose de modifier à notre gré la sécrétion urinaire, bien qu'elle soit en apparence la plus simple et la plus grossière de nos sécrétions. Il reste maintenant à étudier quelles sont les idiosyncrasies individuelles qui exercent sur elle une influence, et à préciser les caractères auxquels il sera possible de les reconnaître.

Il est manifeste que le problème de la dissolution des calculs n'est point encore résolu, je le répète, par le traitement alcalin par absorption, et qu'un remède vraiment lithontriptique est encore à trouver. Il est fâcheux que la réalisation de cette espérance, si souvent reproduite soit encore ajournée ; mais le plus sûr moyen d'y arriver, c'est de montrer qu'elle n'a point eu lieu, afin que l'on ne soit point détourné d'en poursuivre la recherche.

Cependant, je pense que dans un certain nombre de circonstances le traitement alcalin par absorption peut être utile. A cet égard, ma conviction, n'a point varié depuis que je m'occupe du traitement ces calculs urinaires. Pour en donner la preuve, je terminerai ce chapitre en reproduisant un passage de mon livre sur les moyens de guérir de la pierre. (In-8°, Paris 1825, p. 8[?]) « Enfin, il est des médecins qui, tenant le milieu entre ces op[i]» nions extrêmes, pensent avec justesse que, s'il n'est pas raiso» nable d'espérer dissoudre des calculs volumineux déjà form[és] » par des médicamens pris à l'intérieur, on peut du moins com» battre leur développement, en procurer l'issue ou la dissolu» tion lorsqu'ils ne sont qu'à l'état de graviers, s'opposer à leu[r] » accroissement, rendre leur présence supportable et préven[ir] » leur retour. »

— M. le docteur Baudens, chirurgien de M. le duc de Nemours, est arrivé aujourd'hui à Paris, revenant d'Afrique, où il a suivi l'expédition. M. Baudens a été reçu par le roi.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 22 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 76, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
eau, rue Dauphine, 22-24.
nonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

OPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les rétentions d'urine entretenues par les maladies de la prostate.

(Suite et fin du numéro 73.)

Les secours que réclament les maladies de la prostate, susceptibles d'amener une rétention d'urine, varient nécessairement beaucoup. Entrons dans quelques détails à ce sujet.

Inflammation et abcès. Dans les cas de gonflement aigu, qu'on pourrait appeler phlegmon de la prostate, le traitement antiphlogistique, dans toute sa pureté, est ce que la thérapeutique possède de mieux. Une ou plusieurs saignées générales, si la constitution et l'état du pouls le permettent, des applications répétées de sangsues au périnée, des bains tièdes simples ou gélatineux prolongés, des quarts de lavemens émolliens, des boissons délayantes, quelques laxatifs salins, doivent être mis en usage dès le principe de la maladie. Ajoutons cependant que, comme l'introduction de la seringue dans le rectum expose à toucher l'organe malade, les lavemens ne doivent être administrés qu'avec réserve.

On a proposé d'appliquer les sangsues immédiatement sur la tumeur, c'est-à-dire sur la face muqueuse du rectum correspondante à la prostate, au moyen d'un spéculum anal approprié. Quelques praticiens disent avoir retiré de bons avantages de ces saignées capillaires immédiates. Quant à moi, je me suis rarement vu obligé d'avoir recours à ce procédé. Qu'on n'oublie point que, dans le cas qui nous occupe, le cathétérisme entretient toujours plus ou moins la phlegmasie, et que, par conséquent, il importe de ne l'employer que quand il est impossible de s'en dispenser, et encore devons-nous ajouter qu'on ne doit l'exercer qu'avec les plus grandes précautions.

Quand l'abcès est formé, c'est-à-dire après cinq, six ou huit jours d'inflammation aiguë, la sonde, portée jusqu'au col de la vessie, permet souvent de rompre le foyer purulent à l'aide d'une pression exercée par un mouvement de bascule d'avant en arrière et de haut en bas. Dès que le pus est expulsé, le cours des urines se rétablit, et le traitement de la subinflammation mérite seul d'être continué. Le foyer se déterge peu à peu, se resserre même, en général, avec rapidité, et le malade ne tarde pas à se croire parfaitement guéri, quoiqu'il lui reste encore un germe d'engorgement pour la suite. Ces cas sont sans contredit les plus heureux; mais, comme nous l'avons déjà fait observer, les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Lorsque, soit à la suite d'une suppuration aiguë, soit par l'effet d'une fonte lente, organique ou autre, la prostate, plus ou moins complètement détruite, est, pour ainsi dire, remplacée par une caverne en forme de première vessie, la pratique offre peu de moyens efficaces. Si la poche anormale était sensible par le périnée, on pourrait sans doute l'ouvrir de ce côté, mais il en résulterait à peu près inévitablement une fistule urinaire, et il n'est pas certain que l'obstacle aux fonctions de la vessie disparût. Une sonde conduite dans la vessie réelle et maintenue à demeure dans cet organe, ne serait également que d'une utilité secondaire. En effet, la sonde ne remplit point l'urètre, dans la région prostatique surtout, avec assez d'exactitude pour qu'aucune goutte d'urine ne glisse entre l'instrument et les tissus. Il en résulte donc que ce liquide n'en suinterait pas moins jusque dans la caverne prostatique, de manière à entretenir le mal à peu près comme s'il n'y avait pas de sonde dans la vessie. Bien plus, agissant comme corps étranger, la présence de l'instrument serait ici une nouvelle source d'irritation, de suppuration et d'accidens divers. En admettant que le kyste purulent vînt à se modifier, à se resserrer, fait dont on ne connaît pas d'exemple bien authentique, il n'en existerait pas moins une large destruction de la paroi inférieure de l'urètre, de telle sorte que l'on conçoit à peine la possibilité de guérir radicalement une semblable altération. Mais, me dira-t-on, puisque des malades n'ont succombé que vingt ou trente ans après les premiers symptômes d'une pareille affection, il faut donc qu'elle ait une marche fort bénigne. Voici, à cet égard, ce que l'observation indique : les couches qui forment le sac sont unies entr'elles d'une manière assez intime, et une sorte de fausse membrane muqueuse remplit l'intérieur de la caverne; cela fait que, soit les urines, soit le pus, restent dans l'urètre pour être expulsées au-dehors plutôt que de s'infiltrer dans les tissus voisins. Le malade vit alors comme s'il avait une double vessie, avec une certaine gêne dans les fonctions urinaires. Un peu plus susceptible d'éprouver par-là des embarras, il n'en continue pas moins de vivre dans un état passable. Si des accidens nouveaux surviennent, ils sont dus ou à l'inflammation du foyer, ou au soulèvement de sa portion postéro-supérieure. Dans le premier cas, les émissions sanguines locales, des injections émollientes, un régime doux, quelques opiacés, suffisent souvent pour rétablir l'ordre. Dans le second, il peut y avoir rétention d'urine à cause de l'élévation de la pointe du trigone vésical; mais le cathétérisme permettant toujours de vider facilement le foyer prostatique, rend en général au malade la possibilité d'uriner spontanément. Ce n'est donc ordinairement qu'à la longue, et par suite d'irritations successives, ou de quelques complications, que cette lésion finit par compromettre sérieusement la vie des malades. Il en résulte que le chirurgien ne doit guère compter ici que sur une cure palliative, sur un soulagement des accidens divers qui se manifestent de temps à autre chez le malade. Eviter les excès en tout genre, s'abstenir de monter à cheval, de rester long-temps en voiture, uriner toutes les fois que le besoin s'en fait sentir, se priver des alimens de haut goût, user fréquemment de bains tièdes, tenir le ventre libre, se faire sonder par une main habile chaque fois que la vessie éprouve de la peine à se vider, faire usage, suivant les cas, d'injections émollientes ou détersives, tels sont les préceptes qu'il est permis de formuler d'une manière générale. Quant aux applications particulières à chaque cas spécial, nous ne pouvons point les indiquer ici. Nous nous en occuperons à mesure que des malades nous en fourniront l'occasion.

Tumeurs de la prostate. Je ne sais si on est jamais parvenu à faire résoudre de véritables tumeurs de la prostate; on conçoit qu'une simple hypertrophie de cet organe, entretenue par une légère irritation, par une subinflammation, puisse s'éteindre sous l'influence d'un traitement relatif convenablement administré; mais on ne comprend guères que des tumeurs *isolables*, qu'elles appartiennent aux grains naturels de l'organe ou qu'elles soient de véritables corps de nouvelle formation, puissent disparaître par absorption, par résolution; quoi qu'il en soit, s'il existait dans la région prostatique de l'urètre la moindre apparence de travail morbifique, de vieille phlegmasie, ce serait le cas de recourir aux injections détersives jusques dans la vessie, aux attouchemens légers de la surface muqueuse de la prostate avec le nitrate d'argent, quelques sangsues appliquées de quinze en quinze jours au périnée, des frictions matin et soir sur cette région avec les pommades mercurielle, d'iodure de plomb, d'iodure de potassium, etc., de petits vésicatoires ou des cautères volans, des bains salés ou alcalins, l'usage des eaux de Vichy, des bains de mer ou des sources de Cauteretz, devraient aussi être essayées.

Du reste, si les tumeurs ne proéminent pas dans l'urètre sous forme de bride, de crête, de polype, de bourrelet, elles restent très long-temps sans amener l'ischurie, et aussi sans exciter l'attention du malade. Lorsque, sous cette forme, elles gênent l'émission des urines, c'est, ainsi que nous l'avons déjà dit, parce qu'elles dévient ou aplatissent l'urètre. Ici, le cathétérisme, qui alors, en général, n'est pas difficile, remédierait à tout, s'il pouvait être pratiqué toutes les fois que la vessie a besoin de se vider; mais cela n'étant que difficilement possible, on peut espérer un certain redressement par l'emploi des sondes à demeure dans la vessie. Après deux ou trois jours de leur présence, ces instrumens donnent quelquefois au canal une forme ou une direction qui permet à la vessie de reprendre pour quelque temps ses fonctions; mais on doit s'attendre alors à voir les mêmes accidens reparaître, et au besoin invoquer de nouveau la même ressource. Nous reviendrons bientôt sur les sondes à demeure.

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR QUELQUES MALADIES DU SYSTÈME MÉDULLAIRE DES OS;

Par M. ROGNETTA, D.-M.-P.

(Suite du n° 73.)

§ II. LÉSIONS TRAUMATIQUES.

L'organe médullaire des os peut être lésé traumatiquement de différentes manières. Il peut être *commotionné* (comme dans une chute dans laquelle, par exemple, le fémur ou le tibia aurait éprouvé un ébranlement général), *déchiré* (ainsi que cela s'observe dans la plupart des fractures), *contus* (ainsi que cela a lieu dans certaines plaies par armes à feu, dans les écrasemens des membres, etc.), *piqué* comme lorsqu'un fragment pointu d'une fracture se déplace du côté du canal médullaire et produit des douleurs intolérables), enfin *coupé* par l'action d'un instrument tranchant (un sabre, une hache, etc.).

A. COMMOTION. Une foule d'auteurs ont admis la commotion de l'organe médullaire des os. Je citerai, entre autres Duverney (Malad. des os, cité par Moignon), Alex. Monro (Ostéol., p. 8, trad. ital.), Theden (Obs. et exper. pour enrichir la méd. et la chir.), Léveillé (ouv. c., t. II); mais c'est surtout à Boerhaave et à Van-Swieten que l'on doit la description la plus exacte et la plus complète de cette maladie (Aph. 325, t. I, p. 540). Je m'étonne que dans son article sur ce sujet, Moignon ait omis de consulter ces deux grands praticiens.

Le cerveau, la moelle épinière, les humeurs de l'œil remplissent exactement les cavités qui les renferment, et pourtant ils sont très sujets à la commotion. La moelle des os cylindriques ne remplit pas aussi exactement les canaux correspondans; elle serait par conséquent plus prédisposée à la commotion que les organes précédens, sans les cloisons osseuses qui la garantissent en partie de cet accident, cloisons qui soutiennent et affermissent la masse médullaire, et qui divisent quelquefois complètement le canal osseux en plusieurs concamérations (Cruveilhier, *l. c.*). Quoi qu'il en soit, la chose a lieu, et, selon Van-Swieten, elle s'effectue exactement comme la commotion de l'encéphale (1).

Que l'ébranlement arrive par suite d'un coup, d'une violence quelconque appliquée sur l'os, les résultats en sont toujours les mêmes. Rupture d'une quantité plus ou moins considérable de vésicules médullaires; déchirure de vaisseaux intra-canaliculaires; épanchement de l'huile médullaire et de sang dans le canal de ce nom; tels sont les effets primitifs de la commotion de la moelle. Inflammation de la membrane médullaire (myélie osseuse); dégénérescence des humeurs extravasées; douleurs térébrantes profondes; fièvre; formation d'un abcès médullaire; nécrose invaginée; fistules, etc.; tels sont les effets secondaires. (*V.* Boerhaave, Van-Swieten.)

Premier fait. Un homme tombé d'une grande hauteur : contusions générales sans fracture, contusion très forte sur le tibia avec dilacération des tégumens, céphalalgie, douleurs dans les membres, douleurs intolérables dans le tibia, insomnie. Troisième jour : tous les symptômes se sont dissipés, excepté la douleur intra-tibiale qui persiste sur un point fixe du canal médullaire; antiphlogistiques généraux et locaux : la douleur persiste. Plus tard on soupçonne un abcès intra-médullaire; on trépane le tibia : issue d'une grande quantité de matière putride de l'intérieur du canal médullaire, nécrose de quelques points de la face interne du canal; pansemens méthodiques, guérison. (Moignon, ouv. cité, p. 50.)

Il est impossible de ne pas reconnaître dans ce fait un ébranlement de l'organe médullaire. En effet, le tibia n'avait pas été fracturé; son tissu extérieur n'avait pas été entamé, autrement il y aurait eu abcès à la face externe de l'os; or, l'os était sain extérieurement au moment de la trépanation. Nous appelons dès à présent l'attention sur la nature putride du pus provenant de la moelle. L'huile médullaire extravasée se mêlant à du sang et à d'autres humeurs, donne lieu à la formation d'une matière puriforme jaunâtre, visqueuse, grasse, très fétide, analogue à celle que l'on rencontre dans les abcès de la substance du foie. Faisons remarquer en outre que les points nécrosés de la face interne du canal doivent être rattachés à une destruction partielle de la membrane médullaire, soit par effet de la commotion primitive, soit par suite du travail de phlogose suppurante.

Deuxième fait. Un homme reçoit une violente contusion sur la partie moyenne du tibia : douleur très vive avec un sentiment de stupeur dans toute la jambe. Antiphlogistiques; mieux. Les souffrances intra-tibiales s'apaisent. Trois mois après, retour des douleurs; elles sont insupportables, profondes, indomptables. On trépane à l'endroit douloureux jusqu'au canal médullaire : sortie d'une grande quantité de pus putride; nécrose interne. Guérison après quatre mois de traitement. (Duverney, Maladies des os.)

Il existe d'autres faits pareils. Nous pouvons en attendant déduire : 1° que la commotion de la moelle des os peut avoir des suites assez graves et exiger plusieurs mois de traitement; 2° que cette commotion ne peut être reconnue que par ses suites; 3° que la nature des douleurs que le malade éprouve après un temps plus ou moins éloigné de l'accident doit enhardir le chirurgien à appliquer promptement une ou plusieurs couronnes de trépan. On conçoit cependant que si l'abcès intra-médullaire s'est déjà fait jour au dehors, le diagnostic n'offre plus aucune difficulté : le cas rentre alors dans la catégorie des nécroses invaginées.

Troisième fait. Je conserve dans mes cahiers le cas d'une jeune femme, traitée en 1831, à l'hôpital de la Charité, d'un abcès médullaire au bras, ouvert spontanément et qui était survenu à la suite d'un violent coup de canne sur ce membre. Elle y avait éprouvé des douleurs profondes, intolérables depuis l'accident; puis, le bras était devenu œdémateux; abcès à la partie supérieure externe : ouverture faite par Boyer. Avortement à l'époque de quatre mois. Mort. A l'autopsie on trouve l'humérus percé de plusieurs fistules. On le scie longitudinalement : nécrose de la longueur de deux pouces dans le canal médullaire. Au-dessous et au-dessus de cette nécrose la moelle est rouge et convertie en une sorte de gelée de groseille peu coesistante; elle est purulente et extrêmement fétide aux environs du séquestre.

Dans ce cas la maladie a été surprise dans une période plus avancée, puisque le séquestre était déjà formé et la matière de l'abcès s'était fait jour au-dehors, lorsque la malade a réclamé les secours de l'art. On aurait pu peut être prévenir l'extension de la myélite suppurante, à l'aide du trépan, si la malade eût été traitée de meilleure heure. Il est assez vraisemblable, au reste, que la cause primitive n'avait agi sur l'humérus qu'en commotionnant son organe médullaire. On conçoit, en effet, que si le corps contondant eût borné son action à la surface de l'os, la nécrose eût été externe. Ce fait fournit en outre un exemple remarquable de myélite générale; c'est le premier qui ait appelé

---

(1) « Sed valida contusione capitis integra quamvis manente » calvaria, tenerrima encephali vasa destrui poterant; idem et in » medulla (ossis) obtinere facilè patent, si os medullam continens » valide percutiatur ictu. » (Van-Swiéten, *l. c.*, p. 540.)

Tumeurs à l'intérieur de l'urètre. La classe des saillies qui peuvent obstruer la région prostatique de l'urètre, comprend un trop grand nombre de variétés pour donner également prise aux diverses ressources de la thérapeutique. Disons tout d'abord que les simples brides à concavité antérieure ou postérieure pourraient facilement être fendues, divisées, si elles étaient bien reconnues, et s'il était prouvé qu'elles missent obstacle à l'issue des urines. Tous les urétrotomes imaginés contre les rétrécissemens de l'urètre atteindraient aisément le but en pareil cas. Si la crête urétrale plus ou moins hypertrophiée constitue la maladie, il ne me paraît pas convenable de porter sur elles les instrumens tranchans: son excision serait difficile et laisserait à la place une plaie qui pourrait donner lieu à une inflammation vive, à la suppuration de la prostate, et même à des infiltrations urineuses. Comme moyen destructeur, la cautérisation serait ici insuffisante. Sous le point de vue mécanique, il serait donc mieux de ne point y toucher. Mais il n'en serait pas de même si cette crête était surmontée d'une végétation renflée plus étroite à sa racine qu'à sa portion libre; alors il serait permis d'en tenter la destruction au moyen de l'instrument tranchant, de la ligature ou des caustiques. Le caustique porté avec une certaine force sur toute la longueur d'une des faces de la racine de la tumeur, tous les deux ou trois jours, agirait à la longue comme instrument tranchant, et offrirait quelques chances de succès. Mais l'un des urétrotomes imaginés par MM. Guillon, Tanchou, Ashmead, Ricord, Leroy-d'Etiolles, etc., porté dans le même sens et successivement sur les deux côtés de l'espèce de membrane qui sert de racine à la tumeur, réussirait à la fois et beaucoup plus vite et beaucoup mieux sans exposer à plus de danger. Bien que possible dans certains cas, la ligature, qui ne serait d'ailleurs applicable qu'aux tumeurs assez fortement renflées en arrière et en avant, offre sous tous les rapports et moins de facilité et moins de certitude dans ses résultats. Reste encore le broiement. C'est, sans contredit, aux tumeurs de la crête urétrale, aux tumeurs d'une constitution médiocre, aux tumeurs fongueuses plutôt que fibreuses, à celles enfin qui appartiennent plutôt au tissu fibro-muqueux de l'urètre qu'à la prostate même, que le broiement imaginé par quelques praticiens, trouve le mieux son application. Porté de droite à gauche, puis de gauche à droite, l'instrument trouve ici toutes les chances possibles pour déchirer, écraser, détacher la végétation pathologique.

Quant aux brides postérieures, à cette espèce de bourrelet qui borde l'entrée de l'urètre en arrière à la manière d'une arcade, on peut l'attaquer de différentes manières. C'est ici peut-être que les instrumens appelés *redresseurs de l'urètre*, et qui ont été imaginés par MM. Pravaz, Tanchou, Leroy-d'Etiolles, ont procuré quelque bien, quelque soulagement aux malades. Introduits courbes jusque dans la vessie, puis redressés sur place et maintenus immobiles pendant une demi-journée, un ou plusieurs jours, ces instrumens peuvent abaisser suffisamment la base de la prostate pour que le plan de la vessie se retrouve momentanément en rapport avec le plan de l'urètre. Je dois ajouter toutefois que dans mon opinion les redresseurs dont je viens de parler sont inutiles; une sonde coudée près de son bec à la manière du litholabe à deux branches en ferait tout autant, puisque bien que courbe pour entrer dans la vessie, cette sonde, une fois en place, est réellement droite pour toute la longueur de l'urètre.

En dehors de ce moyen, il y aurait encore à voir si la perforation du bourrelet, sa division sur un ou plusieurs points de son bord libre vers sa base, avec l'instrument tranchant, sa destruction par le caustique, ne pourraient pas être tentées. La perforation de cette sorte de valvule ne serait ni difficile, ni, je crois, très dangereuse; mais il est douteux que cela rendît le cours des urines beaucoup plus facile. Tout indique même que la plaie se refermerait bientôt, ou du moins qu'elle se réduirait à une fente incapable de remplir les fonctions de l'urètre. J'aimerais mieux, en conséquence, fendre le bourrelet en question avec un instrument tranchant sur plusieurs points de son bord, que d'en essayer la perforation. Ces fentes par incisions multiples, pour me servir du langage de M. Vidal (de Cassis), donneraient la chance d'établir là autant de gerçures séparées par des tubercules qui, cicatrisés isolément, rendraient la rétention d'urine beaucoup plus difficile. Quant à la cautérisation, elle me paraît trop peu active; il faudrait y revenir à un trop grand nombre de reprises pour que je puisse en recommander l'usage.

Tumeurs pédiculées. Les tumeurs globuleuses en forme de polypes, appartenant à la prostate, et qui cependant ne tiennent dans l'urètre que par un pédicule, par une racine plus étroite que leur tête, pourraient, à la rigueur, être décollées ou détachées, comme celles de la crête urétrale dont nous avons déjà parlé, par broiement ou déchirure de leur racine par l'instrument tranchant ou par le caustique. Mais ce n'en est pas moins à elles que la ligature pourrait surtout être appliquée. Conduit jusque dans la vessie par l'un des côtés de la tumeur et ramené par le côté opposé, le lien serait assez facilement fixé dans ce point à l'aide des instrumens appropriés. Disons-le cependant, toutes ces pratiques sont encore assez mal connues; elles sont d'ailleurs trop peu usitées pour que je m'y arrête longuement ici. Nous insisterons sur ce point dans une autre circonstance.

Sonde à demeure. Quelle que soit la tumeur prostatique qui ait provoqué l'ischurie, il est important, après avoir vidé la vessie, de s'opposer à ce que la rétention d'urine se rétablisse. C'est ainsi, dans ce but, qu'on place une sonde à demeure dans la vessie, ou bien qu'on renouvelle le cathétérisme trois ou quatre fois par jour. La sonde à demeure donne au malade toute tranquillité, lui permet d'uriner à volonté, et n'expose point aux difficultés d'un nouveau cathétérisme; mais il faut savoir aussi que cette sonde peut entraîner d'assez graves inconvéniens: elle irrite d'abord toute la longueur de l'urètre au point de faire naître assez souvent une sorte de blennorrhagie, des douleurs difficiles à supporter, et, par suite, de la fièvre et une réaction générale plus ou moins intense. Du côté de la prostate, l'irritation causée par cette sonde, qui agit ici comme corps étranger, peut déterminer une inflammation réelle et des accidens sérieux. Enfin, il n'est pas jusqu'à la vessie qui puisse en souffrir quelquefois considérablement: un catarrhe de cet organe, une cystite véritable pourraient naître par suite de la présence de cette sonde. Il faut encore ajouter que par la pression qu'elle exerce sur la racine de l'urètre et la pointe du trigone vésical la sonde à demeure ulcère, désorganise quelquefois insensiblement les tissus, et devient ainsi la cause de graves désordres qu'il est facile de prévoir. On l'a même vue, en appuyant par son bec en arrière, déterminer une véritable perforation de la vessie.

Hâtons-nous de dire cependant qu'on a singulièrement exagéré la possibilité de ce dernier accident. En effet, les sondes qu'on emploie dans ces cas sont des instrumens en gomme élastique, qui se moulent parfaitement sur les cavités qu'elles occupent, et qui ne manquent presque jamais de prendre et de garder dans la vessie une courbure inoffensive. D'un autre côté, qui ne sait qu'il existe une infinité de sujets qui, ayant pris l'habitude de se servir eux-mêmes de ces sondes, se les introduisent, en portent quelquefois pendant plusieurs mois, et même plusieurs années, sans qu'il en résulte d'inconvéniens sérieux. Il n'en est pas moins vrai que si les malades parviennent à pouvoir se sonder eux-mêmes, ou s'il leur est possible d'avoir fréquemment la visite d'un chirurgien ou d'un élève exercé à cette opération, le cathétérisme est préférable à l'emploi des sondes à demeure. En vidant ainsi deux ou trois fois par jour la vessie, en retirant aussitôt la sonde, on permet à la vessie de reprendre sa contractilité normale. Du reste, j'ai souvent observé qu'après avoir laissé un, deux ou trois jours, une sonde à demeure dans le réservoir urinaire, les malades pouvaient uriner seuls quand je la retirais; si bien que j'ai pris l'habitude de leur retirer cette sonde au bout de deux ou trois jours, pour la replacer après deux jours de repos, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'instrument ne paraisse plus nécessaire, et que la vessie puisse se vider sans son intervention. Il y a, du reste, tant de détails au fond de toutes ces applications thérapeutiques, que je suis obligé de m'en tenir ici aux généralités qui précèdent. Nous aurons sans doute plus d'une fois l'occasion d'insister sur chacune des particularités que présente un sujet aussi important. G. J.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Variole chez une femme vaccinée et qui avait déjà été atteinte de cette maladie.

Au n° 1er de la salle Sainte-Julie est une femme entrée ici pour des douleurs provenant de coups qu'elle avait reçus. Elle reste pendant cinq jours dans un état de santé très satisfaisant, et au bout de ce temps elle est prise d'une fièvre ardente, de douleurs de reins, d'injection des yeux, de la face; en un mot elle présente tous les prodrômes d'une fièvre éruptive. Mais comme elle avait eu déjà la variole; comme aussi, d'après la nature des symptômes que nous apercevions, nous devions exclure la rougeole et la scarlatine, nous nous trouvions dans l'impossibilité de prévoir ce qui allait arriver, quand avant-hier nous vîmes apparaître une éruption très discrète de variole (nous comptions à peine 25 pustules), éruption de variole modifiée, et non point, ainsi qu'on l'a dit à tort, de varioloïde.

Ainsi, vous voyez que la querelle faite à la vaccine n'est point légitime, puisque la variole elle-même ne donne pas l'immunité complète, ce que nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois déjà dans nos salles. Ainsi donc, lorsque quelques adversaires de la vaccine ont prétendu que celle-ci était inutile parce qu'elle ne préservait pas toujours de la variole, ils ont dit une chose peu raisonnable.

La vaccine est-elle une cause d'immunité absolue de la variole pendant un certain temps? A cette question, l'on ne peut que répondre affirmativement: Oui, la vaccine préserve de la variole pendant un certain temps. Ainsi, il est hors de doute que des enfans vaccinés ont pu se trouver long-temps en contact avec d'autres enfans pris de variole, sans pour cela contracter cette dernière maladie.

---

mon attention sur la matière. On trouve dans Trioën un cas pareil survenu chez un jeune homme, au tibia, par suite d'une chute qu'il fit en patinant sur la glace. (Obs. méd. chir., p. 115.)

B. Dilacération et rupture. Il est impossible qu'un os cylindrique se fracture sans que l'organe médullaire qu'il renferme ne se rompe, ne se déchire. Il suffit d'avoir assisté à une autopsie de fracture récente pour être convaincu de ce fait. Si la fracture est comminutive, la moelle se trouve nécessairement déchirée en plusieurs pieces, et si la fracture est compliquée de plaie pénétrante, la moelle aura en outre éprouvé les effets de l'action de l'air. « Les fractures, a dit A. Paré, sont périlleuses quand les éclats sont grands et sortent hors, et encore principalement aux os qui sont pleins de moëlle. » (A. Paré, OEuv., liv. XV, ch. III, pag. 519.) Examinons ces trois états traumatiques de l'organe médullaire.

Dans toute fracture simple des os cylindriques, on sait ce qui arrive à la membrane médullaire; elle s'enflamme quelques jours après l'accident; mais cette inflammation qui doit concourir puissamment à la formation du cal, ne dépasse pas ordinairement les limites de la phlogose dite adhésive; et si elle atteint quelquefois le degré de suppuration, des accidens se déclarent, et la nécrose d'une partie de l'os est inévitable. Tous les praticiens ont dû remarquer que, durant ce travail phlogistique, surtout si la fracture existe au tibia, au fémur, à l'humérus, les malades accusent une douleur vive, profonde qu'ils rapportent à tout le canal médullaire. Cette douleur persiste quelquefois plusieurs mois après la consolidation de la fracture, et se reproduit ou s'exaspère dans certains changemens barométriques; elle est d'autant plus vive que la fracture s'approche du milieu de la diaphyse. Paré semble avoir compris cette vérité, lorsqu'il dit que « la douleur dans les fractures tient à la blessure de la membrane dite périoste et *de celle qui couvre la moüelle*, etc » (Paré, *ibid.*, chap. II, p. 518.) D'après mes propres observations, la douleur en question, que je rattache à une phlogose sourde de la membrane médullaire, se dissipe ordinairement à l'époque de la formation du cal définitif, époque où la membrane médullaire paraît reprendre ses fonctions primitives.

Dans le cas de fracture comminutive sans plaie extérieure, la membrane médullaire étant déchirée sur plusieurs points, les choses ne peuvent se passer aussi simplement. La myélite est le plus souvent très violente et très étendue; les malades accusent des douleurs intolérables; ils présentent souvent du délire et la phlogose s'élève aisément au degré de suppuration; de là, nécrose de quelques fragmens, etc. Ajoutons que la myélite qui accompagne ces sortes de fractures offre une grande tendance à passer à l'état chronique d'ulcération, de suppuration, de gangrène; de là, la cause de ces douleurs profondes que les malades éprouvent pendant long-temps après que le cal est consolidé, et de ces abcès inattendus qui se manifestent tardivement aux environs de la blessure.

Dans le cas enfin où le foyer de la fracture communique avec l'air atmosphérique moyennant une plaie, la réaction phlogistique de la moelle est bien autrement grave; elle atteint le degré de suppuration et devient la véritable source des accidens formidables qu'on a souvent à combattre en pareils cas.

Quatrième fait. Dans les premiers jours de novembre 1834, une jeune femme, se voyant renfermée malgré elle dans une chambre au troisième étage, prit la résolution d'en sortir par une fenêtre. Elle tomba et se fractura très obliquement la jambe gauche vers son tiers inférieur. On la transporta dans le service de M. Roux, à la Charité. Le fragment supérieur très pointu du tibia, avait percé à peine la peau du côté interne du membre, et laissé un très petit pertuis rond de la grandeur du méat urinaire. Du sang s'était écoulé abondamment par cette plaie. Bandage de Scultet; dyachylon sur la plaie. Les choses se sont bien passées pendant la première huitaine. A cette époque, douleurs lancinantes profondes, dans la direction de tout le canal médullaire; insomnie, gonflement prodigieux du membre; boursoufflement des bords de la petite plaie. Plus tard, fluctuation profonde; larges incisions; écoulement abondant de matière sanieuse, fétide, visqueuse, analogue à de la lie de vin; douleurs intolérables dans le trajet de la moelle; fièvre. Deux mois après la fièvre, la suppuration et la douleur avaient beaucoup diminué, mais la malade était encore loin d'être guérie.

Les faits de ce genre sont sans doute fréquens; mais ils n'ont pas été, à ce que je crois, suffisamment compris relativement à la véritable source des accidens qui les accompagnent. J'en ai vu plusieurs à la clinique de Dupuytren qui se sont terminés par la mort, et pourtant ils ne différaient des fractures simples que par la présence d'une très petite plaie qui mettait leur foyer en communication avec l'air extérieur. J'en ai observé d'autres qui n'ont guéri qu'après cinq à six mois de traitement et l'issue de plusieurs fragmens nécrosés. Je dois ajouter néanmoins que, dans quelques cas, lorsque le trou extérieur était très oblique, qu'il ne communiquait pas facilement avec le foyer de la fracture, la guérison a eu lieu sans suppuration, comme s'il s'agissait d'une fracture simple. Je me rappelle, entre autres, le cas d'un vieillard couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu (1833), qui se trouvait dans ces conditions et qui guérit par première intention, malgré le pronostic fâcheux que Dupuytren avait dû porter en le pansant pour la première fois. Ces cas, cependant, doivent être considérés comme exceptionnels.

Cinquième fait. L'observation suivante offre un exemple plus remarquable encore de myélite suppurante par cause traumatique.

En juin 1830, un jeune homme, âgé de 26 ans, eut les deux jambes écrasées sous les roues d'une voiture. Il fut transporté à l'hôpital de la Charité, et couché au n° 7 de la salle Saint-Augustin. Ses deux jambes étaient fracturées comminutivement, et leurs foyers communiquaient à l'aide d'une petite plaie avec l'air extérieur. Appareil ordinaire. A compter du quinzième jour, l'orage réactionnel se déclare: douleurs lancinantes profondes, insomnie, suppuration abondante, fièvre. Débridemens. La jambe droite paraît plus malade que la gauche. Le trentième jour, on ampute la jambe droite, et on laisse la gauche toujours dans un appareil de Scultet. Le soixante quinzième jour, mort. La dissection du membre amputé et l'autopsie du cadavre ont été faites en public, et j'ai pu examiner à loisir les pièces pathologiques. Voici les lésions qui m'ont le plus frappé dans cet examen.

D'abord pour la jambe amputée: indépendamment des fusées purulentes ordinaires et des esquilles nécrosées, etc., j'ai vu qu'en ébranlant légèrement le membre, il sortait de l'intérieur du canal médullaire du pus mousseux, de couleur lie de vin; ce pus sortait en nappe d'entre les deux fragmens du tibia. Ayant scié longitudinalement les deux fragmens de ces os, et les trois fragmens qui composaient le péroné, j'ai pu faire les remarques suivantes: 1° La membrane médullaire était détruite dans l'étendue de deux pouces à l'endroit de la fracture du tibia. Les extrémités de ces deux fragmens baignaient dans du pus et étaient nécrosées. Le périoste externe était également détruit vers ces mêmes extrémités. 2° Un peu plus loin de l'endroit de cette fracture, on trouve dans le canal médullaire des caillots de sang, nageant dans du pus (véritable chémosis de la moelle). 3° La substance grasse de la moelle a entièrement disparu autour de ces caillots, et les parois du canal médullaire sont couvertes d'une sorte de vernis rouge, analogue à de la gelée de groseille, de couleur brunâtre sur quelques points. En glissant le tranchant d'un scalpel sur les points couverts par ce vernis, on enlève évidemment des fragmens de la membrane médullaire. Il m'a semblé que cette espèce de vernis membraneux était formé par la

Maintenant, voit-on la variole survenir après la vaccine? ceci est incontestable, et dans certaines épidémies la moitié des vaccinés ont pris la variole; mais comment la prenaient-ils? c'est là la question.

Dans l'épidémie d'Edimbourg, sur trois varioleux non-vaccinés, deux succombaient; au contraire, il n'en mourait qu'un seul sur vingt de ceux qui étant vaccinés contractaient la maladie, et dans ces cas l'éruption était bénigne dans l'expression des symptômes généraux, tout en conservant les mêmes caractères anatomiques. Aussi, soit dit en passant, est-il plus raisonnable d'appeler cette variole variole modifiée plutôt que varioloïde.

Il faut admettre que la variole et la vaccine donnent l'immunité absolue pendant un certain temps, après lequel le sujet pourra contracter la variole; mais alors cette maladie sera toujours ou presque toujours bénigne.

Si la vaccine ne donne l'immunité que pendant un certain temps, il en résulte qu'il faut l'inoculer de nouveau, car une variole, si bénigne qu'elle soit, peut laisser des traces.

Pendant l'épidémie du choléra, en 1832, un élève de l'Ecole polytechnique, sa sœur et le mari de cette dame, tous trois vaccinés, prennent la variole, et quoique l'éruption fût discrète, cette dame en fut horriblement défigurée. La dame d'un notaire à laquelle nous avons donné des soins dans une semblable circonstance, eut le visage labouré de cicatrices. Conséquemment, bien que la variole qui se rencontre chez une personne vaccinée soit une variole modifiée, comme celle-ci laisse sur le visage des traces indélébiles, l'on doit, pour prévenir cet accident, recourir de nouveau à la vaccine.

Quel temps faut-il mettre entre la première et la deuxième vaccine? Vacciné au commencement de ce siècle, nous nous sommes inoculé dix ou douze fois le virus vaccin et le virus variolique, et toujours sans résultat. Voici probablement à quoi cela tient: dans les premiers temps de l'importation de la vaccine en France, celle-ci avait, dit-on, plus d'énergie qu'aujourd'hui; de même que la syphilis dans les premières années de son apparition, était beaucoup plus grave que de nos jours, bien qu'alors comme depuis on lui ait opposé le mercure. Cette gravité était la conséquence, non pas de l'absence du spécifique, mais de la nature spéciale du virus. Depuis lors, quoique cette dernière maladie eut perdu de sa gravité, cependant elle prenait ses premiers caractères toutes les fois qu'elle était portée par nos marins dans quelques contrées récemment découvertes; ce fait a été observé et noté par tous les voyageurs.

La raison de la plus grande énergie de la vaccine à l'époque où elle fut découverte, c'est peut-être qu'alors la fièvre vaccinale était plus violente et plus vive, les engorgemens de l'aisselle plus prononcés, qu'en un mot les lésions locales et générales sous sa dépendance présentaient plus de gravité. Maintenant, s'il y avait plus d'immunité chez les personnes vaccinées au commencement de ce siècle que chez celles qui le furent une quinzaine d'années plus tard, il fallait donc admettre que la vaccine, par la transmission, perdait de son énergie, et pourrait, si elle n'était pas renouvelée, finir par ne plus avoir d'effets. Aussi est-ce en 1827, c'est-à-dire trente ans environ après son importation dans notre pays, que la vaccine a été le sujet des plus violentes attaques.

C'est en 1831 qu'on retrouva le vaccin sur la vache. Celui-ci, inoculé, donna lieu à de belles pustules larges, entourées d'une belle auréole inflammatoire, et s'accompagnant d'engorgement plus considérable des ganglions de l'aisselle. Ce vaccin différait encore du précédent, en ce que chez les sujets déjà vaccinés il était difficile d'inoculer de nouveau le virus vaccin, et que ceux-ci étaient moins exposés à contracter la variole.

Au bout de combien de temps la vaccine peut-elle être inoculée une deuxième fois avec succès? Il faut pour cela un temps assez court, quoique la première vaccine soit bonne. Ainsi, nos enfans furent vaccinés en 1833 une première fois; en 1834, une nouvelle inoculation n'eût aucun succès; et en 1839 nous répétâmes cette opération, et nous vîmes se développer de belles pustules vaccinales. Chez leur mère, qui avait été vaccinée en 1814, la vaccine réussit aussi à cette même époque. Il y a huit jours, nous avons vacciné avec succès toute une famille chez laquelle pareille tentative avait échoué deux ans auparavant. Eh bien, la durée de l'immunité peut se calculer d'après le temps que met la vaccine à pouvoir reprendre; or, vous avez vu que ce temps a été variable.

Quatorze demoiselles, dont la plus âgée avait seize ans et la plus jeune dix, ont été vaccinées une deuxième fois par nous; chez treize d'entre elles le vaccin se développa, quoique sans énergie. Nous avons voulu juger de suite la question, et savoir si cette vaccine était légitime; pour cela, nous l'avons inoculée à de nouveaux enfans, et de ceux-ci à d'autres, et nous avons obtenu de la sorte une belle éruption normale. Ainsi donc, c'est à tort qu'on a dit vaccinoïde et varioloïde; il n'y a qu'une variole et qu'une vaccine modifiées, qui, placées dans les conditions convenables, peuvent reprendre leurs premiers caractères, semblables à ces plantes équatoriales qui, transportées dans un ciel moins brûlant, perdent toute leur vigueur végétative, mais qui, reportées sous l'équateur, reprennent toute l'énergie qu'elles avaient momentanément perdue. Ainsi le caféier du Jardin-du-Roi, qui nous avait été apporté des régions tropicales, perdit sous notre climat toute sa force; mais ses graines, plantées à Bourbon et à la Martinique, donnèrent ces beaux arbres qui aujourd'hui fournissent tout le café que nous recevons. La même chose s'observe pour la variole et la vaccine: vous aurez de belles éruptions si l'individu qui les a contractées est dans des conditions propres à permettre leur parfait développement.

Une femme entre dans notre service avec une variole confluente, dont elle guérit, et à côté d'elle sa voisine, qui avait été vaccinée, prend une varioloïde. Nous avons vu aussi une femme non vaccinée, prendre une variole très légitime quand nous n'avions dans la salle qu'une malade atteinte de varioloïde. En un mot, tout individu vacciné, en contact avec un varioleux, prend une varioloïde; au contraire, c'est une variole bien caractérisée que l'on voit survenir chez celui qui, n'étant pas vacciné, se trouve placé dans les mêmes conditions. Ainsi, quand dans une épidémie de variole la maladie se montre dans une famille dont plusieurs membres ne sont point vaccinés, ceux-ci prennent une variole régulière, tandis que les autres n'ont qu'une varioloïde. Pourtant la nature de la maladie est la même dans les deux cas; seulement l'éruption se trouve modifiée chez les derniers par la vaccine.

Chez notre malade de la salle Sainte-Julie, la fièvre ardente, que nous avions observée dans les premiers jours, n'existait plus ce matin, conséquemment il faut bien admettre que les symptômes généraux qui précèdent l'apparition de la variole sont sous l'influence de l'infection générale. En effet, le sang étant le véhicule du virus morbifique, celui-ci se trouvant en contact avec toutes les parties de l'économie, détermine ainsi la fièvre d'incubation; mais à peine s'est-il fait jour au-dehors qu'aussitôt la fièvre cesse jusqu'à ce que l'inflammation de la peau, si elle est intense, venant à réagir sur l'organisme, amène la fièvre réactionnelle.

Convulsions chez les enfans.

Nous avons au n° 1er de la salle Sainte-Thérèse, un enfant qui nous offre un exemple de convulsions des plus graves, guéries sans le secours de la médecine.

Il y a dix jours, cet enfant, habituellement constipé lors de l'apparition de ses dents, faisait une dent molaire. A cette époque, il fut pris d'attaques d'éclampsie qui durèrent toute une nuit, et pour lesquels la mère se contenta de lui donner un peu d'eau de fleurs d'oranger; et, sans rien faire, car nous ne pensons pas que le remède employé ait eu la moindre influence sur les convulsions, l'éclampsie se dissipa d'elle-même; le jour même l'enfant était guéri. Si dans ce cas l'on s'était adressé à un médecin, celui-ci n'aurait pas manqué de faire appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes, un vésicatoire derrière le col, des sinapismes aux jambes; il aurait donné le calomel à haute dose et les convulsions n'en auraient duré que plus long-temps. Dans tous les cas, l'enfant ne serait pas encore guéri des suites d'un pareil traitement.

Dès qu'un enfant entre dans notre service, nous sommes dans l'usage d'interroger la mère pour savoir s'il a eu des convulsions; et toujours, jusqu'à présent, nous avons vu que celles-ci, quand elles ont existé, se sont dissipées sans aucune médication et sans que jamais il en résultât d'accidens graves.

Pleuro-pneumonie.

Au n° 3 de la salle Sainte-Julie, est un enfant de dix-sept mois, amené bien portant à l'hôpital, à part un léger rhume. (Sa mère seule était malade.)

Quelques jours après son entrée, la toux, de légère qu'elle était, prend un caractère persistant, analogue à celle que nous avons signalée chez quelques enfans qui vont prendre la coqueluche (il a été atteint de cette maladie à quatorze mois). Dans les grands efforts d'inspiration, on entend du râle muqueux, et il y a de la fièvre. Nous prescrivons 15 centigrammes d'ipécacuanha. Malgré cela la toux persiste au même degré, et devient même plus intense le jour suivant; la fièvre, peu vive auparavant, est alors plus ardente, ce qui nous fait croire à quelques désordres graves du côté du poumon.

En explorant la poitrine voici ce que nous trouvons: râle muqueux très fin, plus abondant à la base qu'au sommet à droite; à gauche, râle crépitant mêlé d'un peu de râle sous-crépitant; retentissement du cri très considérable, exagération du bruit respirateur; de ce côté, le son est un peu moins clair que du côté opposé. Il y a, chez cet enfant, une pneumonie lobulaire, et demain nous aurons probablement de la matité et du souffle dans les points occupés par la phlegmasie, et par conséquent une pneumonie lobaire tout à fait semblable à celle des adultes.

Nous avons ouvert la veine, et fait une saignée de 40 grammes environ. On donnera à cet enfant une potion avec 5 centigrammes de tartre stibié par cuillerée, de dix minutes en dix minutes, jusqu'à ce qu'il survienne un premier vomissement. A l'aide de ces moyens, nous espérons

---

toile médullaire enflammée sur quelques points, gangrenée et ulcérée sur d'autres. 4° Enfin, à mesure qu'on approchait de la portion épiphysaire, la rougeur de la moelle diminuait et le tissu graisseux de cet organe reparaissait.

Dans le péroné il n'y avait pas de suppuration, mais la moelle était manifestement rouge dans les endroits de la fracture.

Quant a l'autre jambe, qui est restée deux mois et demi en appareil, elle a offert moins de désordre; mais la moelle présentait des conditions analogues à celles que nous venons de décrire.

On trouve dans l'ouvrage cité de Moignon (p. 95) un fait analogue. Il s'agit d'un avant-bras qu'on a amputé, et dont la moelle a paru gangrenée, etc.

On pourrait se demander maintenant comment l'action de l'air peut-elle rendre si graves de pareilles lésions? Il est probable qu'indépendamment de son impression irritante sur la membrane très sensible du canal médullaire, l'air atmosphérique agit chimiquement sur l'huile animale de la moelle, la décompose et la convertit en agent plus irritant encore que l'air lui-même. Ajoutons que la membrane medullaire une fois enflammée, doit sécréter à son tour une matière anormale qui, combinée avec l'huile animale, produit cette espèce de sanie fétide qui découle en nappe du canal médullaire. Cette remarque n'avait pas échappé à l'esprit observateur de Van-Swiéten (1), ni à la sagacité d'Alexandre Monro (2).

Deux conséquences découlent naturellement des faits précédens: 1° La dilacération de l'organe médullaire des os n'est pas généralement un accident grave, si l'air atmosphérique n'a pas d'accès à l'endroit de la lésion. 2° Lorsque cet accès a lieu, il faut autant que possible en prévenir les conséquences, en bouchant de prime-abord la plaie, et en soumettant le malade à un traitement antiphlogistique énergique, général et local. J'ai publié, il y a plusieurs années, un mémoire sur les bons effets des irrigations d'eau froide en pareil cas, et l'on peut voir dans l'excellent ouvrage de notre collègue M. La Corbière, les données les plus précises de l'utile application de ce moyen dans les lésions de ce genre (Traité du froid, 1839).

C. Contusions et plaies contuses. L'organe médullaire peut être contusionné, soit par l'action d'un projectile de guerre qui perce un os cylindrique de part en part, soit par l'effet d'un écrasement. Dans ces cas, la moelle est en même temps commotionnée ou désorganisée dans une étendue plus ou moins considérable.

Sixieme fait. Les faits que nous venons d'exposer offrent des exemples de plaies contuses de la moelle. M. Larrey m'a fait voir une jambe qu'il avait amputée à un ancien militaire, et dont le canal médullaire du tibia renfermait deux balles qui y étaient depuis longues années restées enchâtonnées et mobiles comme deux grelots. Le canal médullaire était bouché en haut et en bas par deux cloisons osseuses accidentelles. Il est évident que dans ce cas la moelle avait été blessée, et qu'après avoir suppuré et donné naissance à plusieurs séquestres, la lésion s'est entourée d'un kyste isolateur qui a renfermé les deux corps étrangers comme dans une boîte osseuse. Il en est résulté cependant une fistule incurable qui a réclamé plus tard l'ablation du membre.

Septième fait. En 1829, j'ai vu Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, traiter un cas analogue. Il s'agit d'une blessure par arme à feu, à l'humérus, datant d'une vingtaine d'années. On croyait à une simple nécrose. Dupuytren appliqua une large couronne de trépan et pénétra jusque dans le canal médullaire. Quelque jours après, cette ouverture donna issue à une demi-balle de plomb qui était restée enclavée dans ce canal. Suppuration extrêmement abondante, couleur lie de vin, très fétide; douleurs intolérables; issue de deux esquilles; guérison.

Ces deux faits nous démontrent que les plaies contuses de l'organe médullaire entraînent nécessairement la nécrose d'une partie de l'os qui répond à la moelle blessée. Cette nécrose peut arriver primitivement, comme chez le malade de M. Larrey, et un nouvel os se former à sa place, ou bien consécutivement comme chez le malade de Dupuytren.

On pourrait à présent demander pourquoi l'action de l'air sur la moelle, chez ces deux malades, n'a pas eu des suites graves? La raison en est simple: la balle étant restée exactement nichée dans l'ouverture qu'elle s'est faite, a fait l'office de bouchon et a empêché l'air d'agir sur l'huile médullaire et sur la membrane de ce nom. Ajoutons que l'eschare elle-même a pu garantir la moelle de l'action dont il s'agit. Il en est autrement lorsque le projectile traverse de part en part le canal médullaire: une suppuration inépuisable a constamment lieu dans l'intérieur de ce canal, alors même que la lésion ne serait pas accompagnée de fracture.

Huitième fait. En juillet 1830, un jeune homme reçut un coup de feu à la partie supérieure du bras. La blessure paraissait simple et légère. Quelques jours après, réaction locale grave; suppuration fétide très abondante, fusées purulentes; amputation dans l'article. La dissection montra le col de l'humérus perforé de part en part, sans fracture; la balle fut trouvée plus tard dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate. (Hippolyte Larrey, Relat. chir. des évén. de juillet 1830, p. 81.)

Neuvième fait. On trouve dans J.-L. Petit un fait analogue. Il s'agit d'un ingénieur qui a eu la partie inférieure du fémur traversée par une balle: le canal médullaire a été ouvert sans éclats. Deux heures après des douleurs intolérables se sont déclarées dans tout le trajet du fémur jusqu'au bassin, douleurs qui sont devenues excessives le quatrième jour. Ecoulement considérable de sanie purulente; mort le vingtième jour. A l'autopsie, on a trouvé le fémur percé de part en part, sans fracture, et tout le canal médullaire rempli du même pus séreux et huileux qui inondait l'appareil. (Œuvres posthumes, t. II, p. 16.)

Deux conséquences pratiques découlent de ces faits; la première, c'est que les perforations du canal médullaire par des projectiles de guerre entraînent les mêmes conséquences que les fractures compliquées, et veulent être traitées comme ces dernières; la seconde, qu'une balle qui serait nichée dans le canal médullaire d'un os cylindrique, ne doit pas être extraite aux premières heures de l'accident, sa présence étant utile pour prévenir une réaction fâcheuse.

D. Piqûres. Chez l'homme, les piqûres de la moelle des os sont assez rares; elles ne s'observent ordinairement que dans certaines fractures très obliques accompagnées d'introduction de la pointe d'un des fragmens dans le canal médullaire de l'autre. Un coup de poignard cependant, de lance ou de quelqu'autre instrument pointu, pourrait, à la rigueur, pénétrer jusque dans le canal médullaire. L'usage des flèches rendait autrefois fréquente cette espèce de blessure, ainsi que nous l'apprend A. Paré (liv. X, chap. 12). J'ai vu, dans un cas d'amputation de la cuisse, la moelle être blessée plusieurs fois par la pointe d'un ténaculum, au moment de saisir une artère cachée dans le canal médullaire. A chaque piqûre du ténaculum, le malade témoignait une dou-

(1) « A validis tamen contusionibus et fracturis ossium lædi posse medullam, nullus dubitat. Ubi autem, absque ulla læsione externa, ab interno vitio ortum duxerit olei medullosi corruptio, etc. » (Comm. in Boerh., t. I, p. 918.)

(2) « Comme toutes les autres huiles animales, le suc moelleux devient rance et irritant par l'action de la chaleur. Cette chaleur est très vive dans les cas d'inflammation. Voilà pourquoi dans la suppuration des os le pus est âcre, noir, liquide, et exhale une odeur infecte. » (A. Monro.)

que la fièvre restera stationnaire pendant trois ou quatre jours, et qu'après ce temps la maladie marchera vers la guérison.

Chez les enfans atteints de pneumoni quand ils sont âgés de plus d'un an, ou que chez eux la réaction est énergique, nous n'hésitons pas à recourir à la saignée, qui nous a paru le moyen le meilleur et le plus commode pour arrêter promptement les progrès de cette maladie.

— Cet enfant a pris cinq cuillerées de sa potion ; il a vomi cinq fois, et a eu, dans la nuit, de nombreuses garderobes. Le lendemain, à la visite, le râle crépitant a disparu, on n'entend plus qu'un peu de râle muqueux disséminé dans toute la poitrine ; la résonnance est normale ; mais au bout de quelques jours, quoique les symptômes fébriles eussent complètement disparu, le côté gauche présentait une matité considérable, surtout à la partie inférieure de la poitrine, avec retentissement notable du cri et exagération des deux temps de la respiration ; il y avait toujours un peu de râle muqueux sans mélange de râle crépitant. La pneumonie, chez cet enfant, s'accompagnait de l'inflammation de la plèvre; c'était une véritable pneumonie, et il faut rapporter à un épanchement pleurétique les derniers symptômes observés. Cependant on voit diminuer graduellement la matité, et celle-ci avait presque complètement disparu quand l'enfant sortit, au bout d'environ huit jours. Depuis long-temps déjà la fièvre avait cessé et l'appétit était revenu ; cependant l'enfant ne prenait que le lait de sa mère.

C'est le seul cas de pleuro-pneumonie que nous ayons eu depuis un an. Autant la pneumonie est commune chez l'enfant à la mamelle, autant est rare la pleurésie, même comme complication de la pneumonie. C'est d'ailleurs ce qui a été parfaitement indiqué par MM. Vernois et Valleix. A mesure que l'enfant s'éloigne du moment de la naissance, la pleurésie devient un peu moins rare, et la pneumonie prend, dans son expression symptômatique, les caractères qui la rapprochent davantage de celle de l'adulte.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

— M. EDOUARD ROBIN ouvrira deux nouveaux Cours, l'un de Physique, l'autre de Zoologie, les 25 juin, et les continuera tous les jours, le jeudi et le dimanche exceptés. Le Cours de Zoologie sera commencé à midi moins un quart, et celui de Physique à une heure.

leur excessive. Il ne s'en est cependant rien suivi, si ce n'est une sensibilité exquise dans le canal, qui a persisté long-temps, et une suppuration peut-être plus abondante que de coutume. Les expériences de Troja autorisent à penser que si la piqûre de la moelle entraîne la destruction de la membrane médullaire, elle est suivie de nécrose. On conçoit, du reste, d'après ce que nous avons dit, que les piqûres de la moelle peuvent être graves si elles portent vers la partie moyenne de la longueur de l'os.

E. DIVISIONS. La pratique des amputations nous offre tous les jours des exemples de divisions traumatiques de la moelle. La scie agit sur cet organe comme un instrument tranchant, puisque le tranchant d'un couteau le mieux effilé, regardé au microscope, offre, comme on sait, des dentelures analogues à celles d'une scie ; et l'observation ne fait connaître aucune différence entre la division de la moelle opérée par une guillotine ou par une hache et celle qui est effectuée par une bonne scie, à part, bien entendu, la commotion et l'éclatement possible du cylindre osseux que nous ne devons pas examiner ici. Le docteur Phillips, de Londres, faisait cependant des vœux pour qu'un instrument fût inventé pour couper la moelle dans les amputations, comme on en a inventé pour couper le périoste externe. (*The London medical Gazette*, 1833.)

Dans mon opinion, si après les amputations l'organe médullaire est frappé quelquefois de phlogose chronique, de suppuration intarissable, de gangrène, etc., cela tient moins à l'action de la scie, réputée communément contondante, qu'à l'étendue considérable de la blessure, au mode de pansement du moignon ou à des conditions particulières de la constitution.

L'observation a appris que la moelle divisée dans une amputation s'enflamme, se débarrasse de l'huile animale, se couvre de lymphe plastique, s'épaissit et se rétracte sur elle-même. Le canal médullaire se contracte à son tour, et s'oblitère jusqu'à une certaine hauteur. Examinée à cette époque, la membrane médullaire paraît fibreuse et fait partie de cette espèce de mastic organique qui obture le bout inférieur du canal médullaire. Ces parties paraissent avoir subi, en un mot, les mêmes changemens que les artères liées à la surface du moignon. Quelquefois cependant la moelle suppure ; la membrane médullaire est ulcérée, détruite ; s'en suit alors une nécrose, etc.

Dixième fait. M. Philips, de Londres, a disséqué un cas curieux de cette espèce. Une femme eut la cuisse amputée. Quelques jours après, tuméfaction œdémateuse et sensibilité extraordinaire du moignon ; suppuration abondante et fétide ; dévoiement ; mort le dix-neuvième jour. Autopsie : membrane médullaire du moignon détachée de l'os dans l'étendue de trois pouces ; moelle infiltrée de pus, nécrose ; congestion sanguine et rouge dans le reste de la membrane médullaire jusqu'à une certaine hauteur. Tubercules dans plusieurs viscères. (Mém. cité.)

Une circonstance, entre autres, est digne de remarque dans ce fait, c'est l'œdématie et la sensibilité extraordinaires qu'a présentées le moignon pendant le travail destructeur de la moelle. Ce double caractère accompagne constamment les affections organiques de la moelle, principalement les nécroses profondes. De pareilles altérations de la moelle cependant ne sont pas fréquentes dans les amputations.

Dans les nombreuses opérations de ce genre que j'ai vu pratiquer en 1830 dans les hôpitaux de Paris, je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de rencontrer la moelle du moignon en suppuration ; la membrane médullaire dans ce cas était ulcérée sur quelques points, gangrenée sur d'autres, et congestionnée dans une grande étendue. MM. Gourand (Chir. hipp., Revue méd., janv. 1832) et Desruelles (Sur la nécrose à la suite des amputations), et d'autres, ont cependant observé fort souvent la destruction de l'organe médullaire chez des militaires amputés, mais c'était chez ceux dont le moignon avait été envahi par la pourriture d'hôpital. Autrefois, lorsqu'on avait pour usage de rembourrer de corps irritans, de fomenter d'essence de térébenthine, etc., les plaies des amputations, les suppurations de la moelle étaient fort fréquentes. (Gavard, Ostéol., t. I, p. 66.) Tirons, en attendant, de ces faits une conséquence pratique.

Toutes les fois qu'on s'aperçoit, dans les pansemens d'un membre amputé, que la suppuration devient très abondante et fétide, que le moignon est œdémateux et extrêmement sensible au toucher, on doit soupçonner l'existence d'une myélite suppurante, et par conséquent une mortification probable de l'os. On doit donc se hâter dans ce cas à conjurer les progrès de la maladie à l'aide d'un traitement antiphlogistique énergique.

Lobstein a fait les remarques suivantes au sujet de la myélite des os. « J'ai vu, dit-il, dans la cavité médullaire d'un tibia du sang épanché et coagulé, et de la moelle sanguinolente dans des espaces résultant de la raréfaction de la substance corticale..... J'ai plusieurs fois constaté l'inflammation de la moelle, mais toujours réunie à celle du tissu réticulaire des os, dont elle est inséparable. Sa couleur était semblable à celle du kermès minéral ; sa densité, celle d'une substance fibrineuse. J'ai remarqué cette densité non seulement dans la moelle contenue dans la partie moyenne des os cylindriques, mais aussi dans celle qui occupe le tissu spongieux de leurs extrémités, dans le diploé des os larges, et dans la substance réticulaire de certains os de la base du crâne ; par exemple dans l'apophyse basilaire de l'occipital et dans le corps sphénoïde. J'ignore pourquoi j'ai rencontré plus souvent cet état de la moelle dans cette dernière région que partout ailleurs. L'inflammation y serait-elle plus souvent qu'on le pense ? Donnerait-elle naissance à des phénomènes inexpliqués, par exemple à des douleurs de tête très profondes ? Quoi qu'il en soit, je ne crois pas m'être mépris sur cette altération du fluide médullaire, et l'avoir confondue avec du sang polypeux remplissant les veines du tissu spongieux des os. L'état de suppuration vient confirmer ce que nous venons de dire de l'inflammation de l'appareil médullaire. » (Ouv. cité, tome II, p. 262.)

Je terminerai cet exposé sur les lésions traumatiques de la moelle en rappelant une sentence du père de la médecine : « Une blessure, dit Hippocrate, qui pénètre jusque dans le canal médullaire d'un os, produit le délire (Ex osse persecto, delirium, si ad vacuum usque penetravit, Aph. 24, sect. VII). » Cette observation est sans doute vraie dans certains cas ; nous en voyons tous les jours des exemples dans les fractures compliquées de plaies ; elle manquerait cependant d'exactitude si on voulait l'appliquer indistinctement à toutes les blessures pénétrantes du canal médullaire. Les faits que nous avons rapportés dans ce mémoire autorisent cette manière de voir.

(La suite à un prochain numéro.)

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 24 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 77, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

MÉDECINE LÉGALE.

RAPPORT

Sur plusieurs Mémoires concernant l'emploi du procédé de Marsh dans les recherches de médecine légale (1).

(Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Boussingault; Regnault, rapporteur.)

L'Académie nous a chargés, MM. Thénard, Dumas, Boussingault et moi, de lui faire un rapport sur plusieurs mémoires et communications qui lui ont été adressés, concernant l'emploi de l'appareil de Marsh dans les recherches de médecine légale. Ces écrits, rangés dans l'ordre de date où ils ont été déposés à l'Académie, sont les suivans :

1° Note sur un nouveau mode d'emploi de l'appareil de Marsh dans les recherches médico-légales, par M. J.-L. Lassaigne (12 octobre 1840);

2° Lettre de M. Signoret sur les erreurs que l'on peut commettre dans l'emploi de l'appareil de Marsh (2 novembre);

3° Lettre de M. Coulier sur le même sujet (9 novembre);

4° Lettre de MM. Kœppelin et Kampmann, de Colmar, sur une nouvelle disposition de l'appareil de Marsh;

5° Deux notes de MM. Danger et Flandin, intitulées : « Recherches médico-légales sur l'arsenic (28 décembre 1840 et 11 janvier 1841). » Ces deux notes sont comprises dans un mémoire plus étendu adressé par les mêmes auteurs, le 15 février, sous le titre de : « Mémoire sur l'arsenic. »

Avant d'exposer les résultats consignés dans ces écrits et d'indiquer les expériences que nous avons faites pour les vérifier, il nous paraît indispensable d'établir le plus brièvement possible l'état de la question au moment où les travaux dont il doit être parlé dans ce rapport ont été adressés à l'Académie.

On sait par les expériences de MM. Stromeyer, Thénard, Soubeiran, etc., que l'hydrogène arséniqué se décompose à une température peu élevée; qu'il suffit de faire passer ce gaz par un tube chauffé au rouge sombre pour le décomposer en hydrogène pur qui se dégage, et en arsenic métallique qui vient se condenser dans la partie antérieure plus froide du tube.

D'un autre côté, quand on enflamme le gaz hydrogène arséniqué, l'élément le plus combustible, l'hydrogène, brûle le premier; et si l'on place dans la flamme un corps froid, l'arsenic se dépose en grande partie à l'état métallique.

Toutes les fois que l'on dégage de l'hydrogène d'une liqueur qui renferme en dissolution de l'acide arsénieux ou de l'acide arsénique, le gaz hydrogène est accompagné d'une certaine quantité d'hydrogène arséniqué, dont on peut constater la présence par une des réactions que nous venons d'indiquer.

M. Marsh a eu l'heureuse idée de se servir de ces propriétés pour mettre en évidence la présence de l'arsenic dans les cas d'empoisonnemens. Il fait digérer avec de l'eau chaude les substances que l'on suppose renfermer de l'acide arsénieux; la liqueur, après filtration, est mélangée avec une quantité convenable d'acide sulfurique, puis versée dans un appareil particulier qui renferme une lame de zinc destinée à dégager du gaz hydrogène.

L'appareil se compose d'un tube de verre recourbé en siphon, de 2 à 2 1/2 centimètres de diamètre intérieur, ouvert à ses deux extrémités; un tube de métal muni d'un robinet et terminé par une ouverture circulaire très étroite, est engagé au moyen d'un bouchon dans la petite branche du tube. Une lame de zinc est suspendue dans cette branche à quelques centimètres au-dessus de la courbure, enfin tout l'appareil est maintenu dans une position verticale au moyen d'un support.

L'appareil étant ainsi disposé, le robinet ouvert, on verse la liqueur suspecte par la grande branche, après l'avoir convenablement acidulée avec de l'acide sulfurique; la liqueur se lève jusqu'à une petite distance du bouchon, on ferme le robinet. Le zinc est attaqué et il se dégage de l'hydrogène qui déprime la colonne liquide dans la petite branche; bientôt le zinc est mis à nu et le dégagement de gaz cesse. On essaie maintenant l'hydrogène qui s'est produit dans la réaction; pour cela on ouvre le robinet, on on enflamme le jet de gaz et on présente à la flamme une soucoupe de porcelaine ou un morceau de verre froid. Si l'hydrogène est mélangé d'hydrogène arséniqué, il se forme un dépôt métallique d'arsenic. En dirigeant la même flamme dans un tube ouvert aux deux bouts, il se dépose sur ses parois un enduit blanc d'acide arsénieux: si le tube est incliné de manière à être touché par la flamme, une portion de l'arsenic se dépose à l'état métallique à l'endroit du contact, l'autre partie se dépose plus loin à l'état d'acide arsénieux.

A mesure que le gaz hydrogène provenant de la première réaction s'écoule, la liqueur acide remonte et arrive de nouveau en contact avec le zinc; le dégagement recommence. On ferme maintenant le robinet jusqu'à ce que la courte branche soit de nouveau remplie de gaz, et ainsi de suite. L'expert peut répéter ces opérations autant de fois qu'il veut, jusqu'à ce qu'il soit bien convaincu de la présence ou de l'absence de l'arsenic dans les matières soumises à l'essai.

Ce procédé réussit sans embarras quand les liqueurs suspectes sont bien limpides; mais il n'en est pas de même lorsque ces liqueurs sont visqueuses, qu'elles renferment des matières organiques en dissolution, comme cela arrive presque toujours dans les recherches médico-légales. Dans ce cas, le dégagement d'hydrogène donne beaucoup de mousse, et il faut souvent attendre fort long-temps avant que cette mousse soit tombée et qu'elle permette d'enflammer le gaz. Marsh recommande, pour empêcher la formation de la mousse, de verser une couche d'huile à la surface du liquide.

Le procédé de Marsh ramenait à une simplicité inattendue la recherche de l'arsenic dans les cas d'empoisonnement, recherche qui, par les anciens procédés, était souvent fort longue et très délicate. Aussi fut-il bientôt mis à l'épreuve par un grand nombre de chimistes.

En étudiant ce procédé de plus près, on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il pouvait donner lieu à des méprises graves, si l'on se contentait d'un examen superficiel des taches.

Ainsi, M. Liebig fit remarquer que l'appareil de Marsh pouvait donner des taches miroitantes, ressemblant beaucoup à celles de l'arsenic, quand la liqueur soumise à l'essai renferme en dissolution une quantité un peu notable de certains métaux, du fer par exemple à l'état de chlorure. Cela tient à ce que le gaz entraîne avec lui mécaniquement des gouttelettes excessivement petites de la dissolution; les sels métalliques que ces gouttelettes renferment, sont plus ou moins complètement réduits dans la flamme du gaz hydrogène et se déposent sous forme de taches sur la porcelaine.

M. Liebig recommanda de faire passer le gaz à travers un tube de verre peu fusible, de quelques millimètres de diamètre, chauffé au moyen d'une lampe à alcool; l'arsenic vient alors former un anneau miroitant à une petite distance en avant de sa partie chauffée, tandis que les métaux entraînés mécaniquement avec la dissolution se réduisent par l'hydrogène dans la partie chauffée et s'y arrêtent. Cette même modification au procédé de Marsh fut proposée vers la même époque par Berzélius; elle a des avantages sur le procédé primitif.

L'appareil proposé par Marsh ne fut pas généralement adopté. La disposition était un peu compliquée; elle avait l'inconvénient très grave de ne permettre d'opérer que sur de très petits volumes de liquide à la fois, et de ne donner qu'une flamme de quelques instans. On préféra se servir des flacons ordinaires des laboratoires pour soumettre les liqueurs suspectes au dégagement du gaz hydrogène. Ce dégagement devenait continu, au lieu d'être intermittent comme dans l'appareil primitif de Marsh. Il y avait bien là un inconvénient, celui de perdre au commencement de l'expérience une petite quantité de gaz, que l'on ne pouvait pas enflammer tout de suite parce qu'il fallait attendre que l'air fût entièrement expulsé; mais cet inconvénient peut être facilement évité, en commençant d'abord par chasser complètement l'air du flacon au moyen de l'hydrogène pur obtenu par la réaction de l'acide sulfurique seul sur le zinc, et introduisant ensuite la liqueur à essayer au moyen d'un tube de sûreté adapté au flacon.

Lorsque la liqueur de laquelle on dégage de l'hydrogène renferme un composé soluble d'antimoine au lieu d'un composé arsenical, par exemple de l'émétique, le gaz qui se dégage renferme de l'hydrogène antimonié, et si, après l'avoir enflammé, on approche une capsule de porcelaine, celle-ci se recouvre de taches miroitantes d'antimoine métallique. Ces taches se distinguent facilement des taches d'arsenic quand elles sont épaisses; mais quand au contraire elles sont légères il peut y avoir doute, et c'est une objection que l'on fit dès l'origine au procédé de Marsh : objection grave, puisque l'expert pouvait être conduit à attribuer à la présence de l'arsenic des taches qui étaient produites par une substance qui avait été prise comme médicament.

Le caractère seul des taches obtenues par le procédé de Marsh ne suffit donc pas pour conclure à la présence de l'arsenic.

M. Orfila a appliqué le procédé de Marsh dans un grand nombre de recherches importantes sous le point de vue physiologique et toxicologique et qu'il a exposés dans plusieurs Mémoires lus à l'Académie de médecine.

M. Orfila s'est proposé de rechercher, si, dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, le poison passait dans l'organisation animale, s'il était absorbé, et par suite s'il était possible de le retrouver après la mort dans les différentes parties du corps. Cette question est de la plus haute importance, non seulement pour la physiologie, mais encore pour la médecine légale. En effet, s'il arrive le plus souvent que l'expert découvre facilement l'arsenic dans les alimens qui ont produit l'empoisonnement, ou dans les matières vomies, ou enfin dans celles qui sont restées dans le canal intestinal, il se présente cependant des cas où ces matières manquent entièrement et où l'on ne peut chercher que le poison qui est passé dans l'économie animale. Cette circonstance se présentera surtout quand le cadavre aura déjà été inhumé et qu'il aura séjourné pendant un certain temps dans la terre.

Par un grand nombre d'expériences faites, d'un côté sur plusieurs individus qui avaient péri victimes d'empoisonnement par l'arsenic, et de l'autre sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané. M. Orfila fit voir que l'acide arsénieux pouvait être retrouvé après la mort, dans le sang, dans les viscères et dans l'urine.

Pour enlever l'arsenic qui a été ainsi absorbé, il faut faire bouillir pendant plusieurs heures les organes avec de l'eau, et encore n'y parvient on pas d'une manière complète. La liqueur résultant de cette ébullition renferme une grande quantité de matière organique en dissolution et donne une telle quantité de mousse dans l'appareil de Marsh, qu'il est impossible d'appliquer le procédé direct; il faut de toute nécessité détruire la matière organique en dissolution, mais de manière à ne pas donner lieu à une perte d'acide arsénieux.

M. Orfila a proposé deux méthodes pour arriver à ce but. La première consiste à évaporer la liqueur, à la mélanger avec du nitrate de potasse et à projeter le résidu de l'évaporation par petites portions dans un creuset de Hesse. On s'assure par un essai préalable, que la proportion de nitre ajoutée est suffisante pour brûler complètement la matière organique. S'il n'en était pas ainsi, si dans l'essai le résidu restait charbonné après la combustion, il faudrait augmenter la proportion de nitre. On retire ensuite les matières brûlées du creuset, on les place dans une capsule de porcelaine et on les décompose par l'acide sulfurique, jusqu'à ce que cet acide soit en excès. On évapore presque à sec pour chasser l'acide nitrique, puis on reprend par l'eau et l'on emploie la liqueur acide dans l'appareil de Marsh. Il est indispensable que les acides nitrique et nitreux aient été entièrement chassés par l'acide sulfurique; la présence de ces acides empêcherait le dégagement d'hydrogène et pourrait même donner lieu à des explosions.

Le second procédé indiqué par M. Orfila est plus simple, plus expéditif : il consiste à traiter les décoctions aqueuses des viscères par l'acide nitrique pur, à évaporer à sec pour charbonner les matières animales, à traiter le charbon obtenu par l'eau bouillante, et à essayer la liqueur dans l'appareil de Marsh. On peut même, et c'est à ce dernier procédé que M. Orfila a donné la préférence, carboniser directement les organes par l'acide nitrique. Pour cela on commence par dessécher les viscères, coupés préalablement en petits morceaux et on les projette par petites portions dans l'acide nitrique chauffé dans une capsule de porcelaine. Il se dégage bientôt des vapeurs nitreuses abondantes et les divers fragmens ne tardent pas à se dissoudre. Quand toute la matière a été placée dans la capsule, on continue l'évaportion jusqu'à ce que la substance épaisse dégage tout d'un coup une fumée épaisse. Il faut alors se hâter de retirer la capsule du feu; la carbonisation s'achève d'elle-même. Si la capsule restait plus long-temps sur le feu, il se produirait le plus souvent une déflagration très vive qui pourrait donner lieu à une perte notable d'arsenic. Le charbon, obtenu et pulvérisé dans un mortier de verre; on le fait bouillir à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, puis on emploie la liqueur dans l'appareil de Marsh. Quand la carbonisation a été bien faite, les liqueurs sont limpides et ne donnent pas de mousse; mais si la carbonisation est incomplète, si le charbon résultant est gras, on obtient une liqueur qui renferme plus ou moins de matière organique et qui donne alors de la mousse dans l'appareil de Marsh.

Les proportions d'acide nitrique que l'on doit employer sont variables, suivant la nature de l'organe que l'on cherche à détruire. Ce sont les matières grasses qui en exigent la plus forte proportion. (Orfila, Mém. sur l'emp., p. 84.)

La carbonisation par l'acide nitrique a l'inconvénient d'exiger l'emploi d'une grande quantité d'acide; elle en présente un autre beaucoup plus grave, c'est qu'il est souvent impossible, même en apportant les plus grands soins dans la surveillance de l'opération, d'éviter, à la fin de l'évaporation, une déflagration très vive, qui peut volatiliser la plus grande partie de l'arsenic.

M. Orfila a fait également un grand nombre d'expériences sur les diverses taches que l'on obtient quelquefois avec l'appareil de Marsh, en opérant sur des liqueurs qui ne renferment pas d'arsenic, et il a donné des caractères physiques et chimiques pour les distinguer des taches arsenicales.

Les taches d'arsenic se distinguent facilement des taches d'antimoine aux caractères suivans :

Les taches arsenicales sont d'un brun fauve, miroitantes et très brillantes. Quand l'arsenic est abondant, elles sont noirâtres. Lorsque les taches sont altérées par la présence d'une matière organique plus ou moins décomposée, our des matières sulfurées, elles prennent une teinte jaune. Les taches arsenicales pures n'attirent pas l'humidité de l'air et ne rougissent pas le tournesol. La tache arsenicale soumise à la flamme du gaz hydrogène pur, se volatilise en quelques instans.

La tache d'antimoine a toujours une nuance bleuâtre bien prononcée; cette nuance peut, à la vérité, être altérée par la présence de matières étrangères. La tache ne se volatilise pas à la flamme du gaz hydrogène pur; elle s'étend, au contraire, dans les premiers momens; elle ne disparaît que si l'on prolonge pendant plusieurs minutes l'action de la chaleur, surtout dans la partie oxidante de la flamme; la tache blanchit alors en donnant de l'oxide d'antimoine, qui peut quelquefois finir par disparaître entièrement.

Les taches d'arsenic et d'antimoine se dissolvent facilement à froid dans quelques gouttes d'acide nitrique concentré; si les taches renferment de petites parties charbonneuses provenant de matières organiques entraînées par le gaz, il reste quelques parcelles noires qui ne disparaissent qu'en chauffant l'acide et en évaporant à sec.

L'acide nitrique ayant été chassé par une évaporation ménagée, l'arsenic laisse un résidu blanc soluble dans l'eau, l'antimoine un résidu jaunâtre insoluble. Une goutte de nitrate d'argent en dissolution bien neutre, versée sur les résidus, donne du rouge brique avec l'arsenic, et ne change pas le résidu d'antimoine.

Enfin, il convient d'ajouter à ces caractères le suivant : les résidus du traitement des taches par l'acide nitrique étant chauffés avec un peu de flux noir, dans un petit tube fermé à un bout et effilé par l'autre, donnent le résidu d'arsenic un anneau métallique volatil, qui vient se former dans la partie effilée du tube, tandis que le résidu d'antimoine n'en donne pas.

M. Orfila a constaté, dans le cours de ses expériences, qu'en opérant avec une flamme un peu forte sur des liquides organiques, il se produisait quelquefois sur la capsule des taches brunes, plus ou moins foncées, assez larges, en aucune façon arsenicales, et auxquelles il a donné le nom de taches de crasse. Ces taches, d'après ce chimiste, se distinguent facilement des taches arsenicales; elles sont ternes et nullement miroitantes, elles ne se volatilisent que difficilement, même dans la flamme oxidante de l'hydrogène pur; l'acide nitrique ne les dissout pas instantanément. M. Orfila conclut de là qu'elles ne sauraient être confondues avec les taches arsenicales.

M. Orfila a signalé une autre espèce de taches qu'il considère comme bien autrement importantes, parce qu'elles se produisent souvent et qu'elles pourraient être quelquefois confondues avec les taches arsenicales. On les voit surtout apparaître quand on introduit dans l'appareil de Marsh des liqueurs provenant de

(1) Dans la séance de lundi, 21 juin, l'Académie des Sciences a décidé, sur la proposition de M. Arago, que ce rapport serait tiré à part à un grand nombre d'exemplaires, pour être déposé chez M. le garde des sceaux, et expédié probablement à tous les tribunaux.

muscles carbonisés par l'acide nitrique concentré. Ces taches présentent plusieurs aspects.

Premier cas. Elles sont blanches, opaques, immédiatement volatiles quand on les chauffe à la flamme du gaz hydrogène, et s'effacent presqu'entièrement ou bout de quelques heures, à la température ordinaire de l'atmosphère.

Deuxième cas. Elles sont jaunes, ou même d'un brun clair, brillantes avec un reflet bleuâtre ou couleur de rouille, et pourraient alors être prises pour des taches arsenicales; mais en les traitant par l'acide nitrique, on voit qu'elles ne disparaissent qu'en chauffant, et si l'on verse sur le résidu une dissolution de nitrate d'argent, il ne se forme pas de précipité rouge brique.

M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches obtenues: l'expert ne devra jamais dire qu'elles sont arsenicales, s'il ne leur a pas reconnu les caractères de la volatilité et du précipité rouge brique avec le nitrate d'argent.

Les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale et leur donner les caractères de précision désirables; mais un résultat tout-à-fait inattendu vint compliquer singulièrement la question,

MM Couerbe et Orfila annoncèrent qu'ayant appliqué leurs procédés à la recherche de l'arsenic dans les cadavres d'individus qui n'avaient pas été sous l'influence de préparations arsenicales, ils étaient parvenus à démontrer la présence de l'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal. Les os en renfermaient surtout une quantité sensible. Les viscères n'en avaient pas donné; mais la chair musculaire, d'après M. Orfila, pouvait bien en renfermer une quantité extrêmement petite que les expériences n'avaient pu mettre en évidence d'une manière certaine.

Les mêmes expériences démontrèrent la présence de l'arsenic dans les os du chien, du mouton, du bœuf, ainsi que dans le bouillon de bœuf. Enfin M. Orfila annonça l'existence de l'arse- dans les terrains des cimetières.

Ces résultats compliquaient gravement les recherches médico-légales. Il était du devoir de vos commissaires de les soumettre à une vérification rigoureuse.

Après ces préliminaires, qui nous ont paru nécessaires, nous allons passer à l'examen des écrits qui sont soumis au jugement de l'Académie.

1° Note de M. *Lassaigne* sur un nouveau mode d'emploi de l'appareil de Marsh dans les recherches médico légales.

M. Lassaigne propose, au lieu d'enflammer le gaz qui se dégage de l'appareil de Marsh et de condenser l'arsenic sur une soucoupe de porcelaine, de faire passer le gaz à travers une dissolution de nitrate d'argent: on sait que, dans ce cas, l'hydrogène arseniqué réagit sur le nitrate d'argent, il se précipite de l'argent métallique, et la liqueur renferme de l'acide arsénieux en dissolution. On peut continuer le dégagement d'hydrogène aussi long-temps que l'on veut, jusqu'à ce que l'on soit bien convaincu que la liqueur ne peut plus renfermer de composé arsenical. On achève maintenant de détruire ce qui restait de nitrate d'argent dans la dissolution, en précipitant l'argent par l'acide chlorydrique, et l'on a une liqueur qui, évaporée, donne l'acide arsénieux, que l'on peut reconnaître par toutes les épreuves ordinaires.

Vos commissaires ont soumis à l'essai le procédé de M. Lassaigne, et ils ont reconnu qu'il retenait complètement l'arsenic. Mais il faudrait bien se garder de conclure à la présence de l'arsenic dans les liqueurs suspectes par le fait seul que la dissolution de nitrate d'argent se trouble pendant qu'elle est traversée par le courant de gaz; il peut se former un précipité par plusieurs causes. Ainsi il se formera un précipité noir de sulfure d'argent et non d argent métallique, quand le gaz hydrogène sera mélangé de gaz sulfhydrique, cequi aura lieu toutes les fois que le zinc renfermera un peu de sulfure. Dans certains cas, il y aura dépôt d'argent métallique par des gaz carbonés et même par l'hydrogène pur, si l'appareil est exposé pendant l'opération à la lumière. On ne devra donc conclure à la présence de l'arsenic que si l'on parvient à isoler ce corps de la liqueur, après le traitement indiqué par M. Lassaigne, et que nours venons de décrire.

2° Lettre de M. *Signoret*.

M. Signoret annonce à l'Académie qu'ayant fait quelques expériences pour déterminer le degré de sensibilité du procédé de Marsh, il a trouvé que un deux-cent-millionième d'acide arsénieux donnait encore des taches sensibles. Etonné de ce résultat, il fit quelques expériences sur le zinc et l'acide sulfurique seuls, et il reconnut qu'en opérant avec beaucoup de soin, on obtenait des taches tout à fait semblables. M. Signoret a essayé des produits provenant de différentes fabriques, qui lui ont tous donné les mêmes résultats. Il conclut qu'il est à peu près impossible d'obtenir dans le commerce des réactifs purs, et que les médecins légistes doivent faire la plus grande attention à ce fait.

Nous montrerons par les expériences que nous avons faites nous-mêmes, qu'il est facile de se procurer dans le commerce du zinc et de l'acide sulfurique qui ne donnent pas d'arsenic dans l'appore l de Marsh, et qu'il est très probable que les taches signalées par M. Signoret sont dues à des gouttelettes de la dissolution de zinc entraînées mécaniquement.

3° Lettre de M. *Coulier*.

M. Coulier annonce dans sa lettre que l'on doit faire attention, dans le procédé de Marsh, à certains verres ou cristaux, qui produisent des taches par eux-mêmes quand on les soumet à la flamme du gaz hydrogène; ces taches pouvant être confondues avec les taches arsenicales.

Tout le monde sait que les verres plombeux noircissent dans la partie réduisante de la flamme, par la réduction d'une partie de l'oxyde de plomb; mais les taches qui se produisent ne peuvent pas se confondre avec les taches arsenicales: elles n'ont pas le même aspect, et l'examen chimique le plus superficiel suffit pour les distinguer. Néanmoins, l'expert fera bien de se servir de soucoupes ou d'assiettes de porcelaine qui n'aient pas de vernis plombeux. Les véritables porcelaines, celles que l'on nomme les porcelaines dures, sont seules dans ce cas.

4° Note de MM. *Kœpp-lin* et *Kampmann*, de Colmar.

MM. Kœppelin et Kampmann proposent dans leur note une disposition de l'appareil de Marsh, qui doit avoir des avantages sur l'appareil le plus généralement employé.

Dans l'une des deux tubulures du flacon destiné à recevoir la matière à essayer, on engage un tube droit large d'un centimètre au moins, et on le fait plonger au fond du flacon. On place dans celui-ci du zinc, puis on y verse assez d'eau pour couvrir l'ouverture inférieure du tube. Dans la seconde tubulure, on engage un tube recourbé à angle droit qui communique avec un tube plus large contenant des fragmens de chlorure de calcium. De ce tube à dessiccation part de la même manière un autre tube à paroi épaisse, formé d'un verre peu fusible, long de 2 décimètres, et dont le diamètre intérieur ne doit pas dépasser 5 millimètres. Ce tube est effilé à son extrémité.

Une feuille de cuivre, large de 5 à 6 centimètres et longue de 2 décimètres environ, est repliée sous forme d'étrier et de manière à présenter deux lames parallèles écartées l'une de l'autre d'a peu près 5 centimètres. Vers leur extrémité inférieure, ces lames sont percées de deux trous par lesquels on fait passer le dernier tube. Cette feuille de métal est destinée à soutenir le tube et à le protéger contre la courbure qu'il ne manquerait pas de prendre dans la partie qui doit être exposée à la chaleur, à concentrer par sa forme la chaleur, insuffisante sans cela, d'une lampe à alcool que l'on place au-dessous d'elle et entre ses deux branches, enfin à servir d'écran aux parties voisines de celle que l'on veut chauffer et à y faciliter le dépôt d'arsenic.

L'appareil ainsi monté, on verse dans le flacon une petite quantité de l'acide qu'on veut employer. Quand le dégagement d'hydrogène a chassé tout l'air de l'appareil, on place une lampe à alcool sous la partie du tube qui traverse l'étrier de cuivre, et l'on allume le jet de gaz à l'extrémité du tube. Malgré la pureté déjà reconnue des réactifs que l'on emploie, il faut s'assurer qu'il ne se forme de dépôt ni dans le tube, ni contre une surface de porcelaine présentée à la flamme.

Alors seulement on verse dans le flacon une plus grande quantité d'acide et la liqueur soumise à l'épreuve, en ayant soin de les ajouter en quantité telles, qu'il ne se produise pas trop de mousse par la réaction. La largeur du tube droit ne permettant pas la rentrée de l'air, on peut ainsi diriger l'action à volonté et sans jamais suspendre l'échauffement du tube ni l'inflammation du jet de gaz.

Si l'hydrogène dégagé et qui arrive sec dans le tube chauffé, contient la moindre trace d'hydrogène arséniqué, il se formera, au delà du point où la chaleur est appliquée, des taches arsénicales annulaires. Mais toujours, quelque précaution que l'on prenne, une partie du gaz arsenical échappera à cette décomposition. C'est pourquoi l'on a donné au tube une forme effilée qui permet d'enflammer le gaz qui se dégage et de recueillir les dernières traces d'arsenic qui ont échappé à la première réaction.

La manière d'opérer de MM. Kœppelin et Kampmann revient en somme au procedé recommandé par MM. Liébig et Berzélius; mais MM. Kœppelin et Kampmann prescrivent en outre de dessécher le gaz et de le brûler à l'extrémité du tube afin de retenir les dernières parties d'arsenic.

La dessiccation préalable du gaz ne nous paraît pas nécessaire. On peut retenir la plus grande partie de l'eau entraînée et la faire retomber dans le flacon, en terminant sous forme de biseau l'extrémité du tube de dégagement qui est engagée dans le bouchon et soufflant une boule en un point quelconque de sa hauteur. Si la dessiccation était utile, il vaudrait mieux l'operer au moyen d'un tube rempli de verre mouillé d'acide sulfurique concentré, que par le chlorure de calcium, parce qu'en principe il faut diminuer autant que possible le nombre des réactifs employés dans l'expertise médico-légale.

5° Le dernier travail dont nous ayons à rendre compte est plus étendu que les précédens: c'est celui de MM. *Danger* et *Flandin*.

MM. Danger et Flandin ayant mis à l'essai les différens procédés de carbonisation qui avaient été recommandés, reconnurent que ces procédés donnaient des résultats très dissemblables, quant aux taches plus ou moins prononcées et plus ou moins nombreuses que les liqueurs donnaient ensuite quand on les soumettait à l'appareil de Marsh; ils cherchèrent à modifier ces procédés de manière à obtenir la plus grande quantité de taches possible, et ils parvinrent, après un certain nombre de tâtonnemens, à un procédé tel, qu'avec 5 grammes de chair d'un animal à l'état normal ils pouvaient remplir de larges taches plusieurs soucoupes de porcelaine. Il suffisait pour cela de triturer les 5 grammes de chair fraîche avec 5 grammes de nitrate de potasse, d'y ajouter 5 grammes d'acide sulfurique et de chauffer le mélange jusqu'au rouge dans une cornue, en recueillant les produits qui passaient à la sublimation.

En opérant sur de plus grandes quantités de chair et avec des mélanges semblables, MM. Danger et Flandin parvinrent à condenser dans le col de la cornue une quantité assez considérable d'une matière sublimée, dont une petite portion, placée dans l'appareil de Marsh, donnait des taches brunes très fortes. Cette matière fut trouvée composée de sulfite et de phosphite d'ammoniaque, mélangés avec une petite quantité de matiere organique. Un mélange artificiel de sulfite et de phosphite d ammoniaque, introduit dans un appareil de Marsh, avec quelques gouttes d'essence de térébenthine, a donné des taches en tout semblables.

MM. Danger et Flandin annoncent que ces taches présentent non seulement par leur aspect une ressemblance frappante avec les taches arsénicales, mais que la ressemblance se soutient même dans les propriétés chimiques. Ainsi, d'après MM Danger et Flandin, « indépendamment de la modification apportée dans la couleur de la flamme, indépendamment de l'odeur d'ail que cette flamme exhale, les plaques déposées sur une assiette en porcelaine sont volatiles à l'extrémité du jet, solubles dans l'acide nitrique, et leur dissolution est précipitable en jaune par l'hydrogène sulfuré, en rouge brique par le nitrate d'argent. »

Les expériences de MM. Danger et Flandin montrent seulement que quand la carbonisation des matières organiques se fait d'une manière incomplète, on peut obtenir, en plaçant ensuite les liqueurs dans l'appareil de Marsh, des taches qui présentent à l'œil une grande ressemblance avec les taches arsenicales. Vos commissaires s en sont assurés; mais si les apparences physiques se ressemblent, il n'en est pas de même des caractères chimiques. Au moyen de ces derniers caractères, rien n'est plus facile que de distinguer ces taches des taches arsenicales; en effet, ces dernières se dissolvent instantanément et à froid dans quelques gouttes d'acide nitrique; la liqueur évaporée pour chasser l'acide nitrique en excès, puis traitée par le nitrate d'argent bien neutre, donne un dépôt rouge-brique d'arséniate d'argent. Les taches non arsenicales ne se dissolvent que plus difficilement dans l'acide nitrique; il reste toujours quelques parcelles de matière charbonneuse brune qui ne disparaissent qu'en chauffant l'acide. Lorsque tout a été dissous, la liqueur, évaporée de nouveau à sec et traitée par le nitrate d'argent, donne un dépôt jaune de phosphate d'argent. Ainsi rien n'est plus facile que de distinguer ces taches des taches arsenicales pures. Il est vrai que ces caractères deviennent moins tranchés lorsque les taches arsenicales sont elles mêmes mélangées de matières étrangères, comme cela arrive quand les carbonisations des chairs empoisonnées ont été imparfaites; mais un chimiste un peu exercé ne s'y trompera jamais.

Il est évident, d'ailleurs, que si la destruction des matières organiques par l'acide nitrique a été complète, il ne peut plus exister dans les résidus ni acide sulfureux, ni acide phosphoreux; ces acides se sont nécessairement suroxydés et changés en acides sulfurique et phosphorique. Ainsi, quand les carbonisations ont été bien complètes, il n'y a jamais de danger de rencontrer ces taches anomales, et cela résulte des expériences mêmes de MM. Danger et Flandin.

Aussi vos commissaires, tout en reconnaissant que les faits rapportés par MM Danger et Flandin doivent être pris en considération sérieuse dans les recherches médico-légales, croient de leur devoir de repousser l'explication que ces messieurs en ont donnée, et d'insister sur ce point, que ces taches ne sauraient être cenfondues avec les taches vraiment arsenicales, toutes les fois qu'elles seront soumises à l'action des réactifs, qui peuvent seuls permettre de prononcer sur l'existence réelle de l'arsenic.

Une fois convaincus de la nécessité de produire une carbonisation bien absolue des organes, MM. Danger et Flandin ont cherché un procédé de carbonisation qui ne présentât pas les inconvéniens de ceux qui avaient été proposés jusqu'ici, et ils ont indiqué une méthode qui, d'après les expériences mêmes de vos commissaires, doit être préférée à la carbonisation par l'acide nitrique. Cette méthode est la suivante:

La matière organique étant placée dans une capsule de porcelaine, on ajoute environ un sixième de son poids d'acide sulfurique, puis on chauffe successivement jusqu'à ce qu'il apparaisse des vapeurs d'acide sulfurique. La matière entre d'abord en dissolution, puis elle se charbonne pendant la concentration de la liqueur; on évapore en remuant continuellement avec une baguette de verre. La carbonisation se fait sans aucun boursouflement; on continue l'action de la chaleur jusqu'à ce que le charbon paraisse friable et presque sec. On laisse maintenant refroidir la capsule, puis on ajoute avec une pipette un petite quantité d'acide nitrique concentré ou d'eau régale avec excès d'acide nitrique, qui produit la suroxydation et fait passer l'acide arsénieux à l'état d'acide arsénique, état dans lequel il est beaucoup plus soluble; on évapore de nouveau à sec, puis on reprend par l'eau bouillante. La liqueur parfaitement limpide, et quelquefois tout à fait incolore, est traitée par l'appareil de Marsh, dans lequel elle ne donne jamais de mousse.

Ce procédé est beaucoup préférable à la carbonisation par l'acide nitrique; on est plus maître de l'opération, on emploie des quantités beaucoup moins grandes de réactif (considération très importante), et il n'y a jamais de déflagration. Vos commissaires se sont assurés dans un grand nombre d'expériences, qu'en opérant par ce procédé sur 2 ou 300 grammes de chair musculaire à laquelle on ajoutait seulement un milligramme d'acide arsénieux, on obtenait des taches d'arsenic sur lesquelles on pouvait constater tous les caractères chimiques de cette substance.

MM. Danger et Flandin, toujours préoccupés de l'inconvénient que présenteraient les matières organiques qui pourraient n'avoir pas été complètement détruites, même lorsque les liqueurs sont limpides et ne donnent pas de mousse dans l'appareil de Marsh, ont imaginé un appareil particulier dans lequel le gaz hydrogène est complétement brûlé, ainsi que l'arsenic et les matières entraînées. Cet appareil consiste:

1° En un *condensateur* cylindrique portant vers son extrémité inférieure une tubulure, et se terminant par un cône dont la pointe reste ouverte;

2° En un *tube à combustion* recourbé à son milieu en angle droit, et pouvant s'adapter à la tubulure du condensateur à l'aide d'un bouchon;

3° En un *refrigérant* dont la partie inférieure s'engage dans la partie conique du condensateur et en ferme l'ouverture. Le tout est soutenu par un support.

Pour faire usage de l'appareil, on remplit le réfrigérant d'eau distillée et on l'introduit dans le condensateur; on fixe le tube à combustion et l'on engage dans son interieur, à un tiers de l'extrémité, le jet de flamme, alors qu'il ne se dégage encore que de l'hydrogène pur. Le vase dans lequel se produit l'action chimique est un flacon de verre à large ouverture dont le bouchon est percé de deux trous: l'un de ces trous laisse passer un tube effilé au bout duquel on brûle l'hydrogène; l'autre trou est traversé par un tube plus large qui sert à introduire les liqueurs suspectes. On verse maintenant le liquide et l'on règle l'opération de manière à avoir une flamme de 5 à 6 millimètres de longueur.

La plus grande partie de l'arsenic se dépose à l'état d'acide arsénieux dans le tube à combustion, et forme un léger nuage sur les parois du tube, quand l'arsenic est en très petite quantité dans les liqueurs essayées; une petite partie est entraînée et vient se condenser avec la vapeur d'eau sur les parois du réfrigérant. L'ouverture pratiquée à l'extrémité inférieure du condensateur permet de laisser écouler cette petite quantité de liquide et de la recueillir dans une capsule.

Quand l'opération est achevée, on enlève le tube à combustion on fait bouillir dans ce tube quelques gouttes d'acide nitrique ou d'eau régale que l'on verse dans la petite capsule qui a servi à recueillir l'eau condensée, et l'on évapore à sec; le résidu desséché est mélangé avec une petite quantité de flux noir, quelques cent grammes au plus, puis introduit dans un petit tube effilé par l'ouverture. On étire maintenant cette ouverture à la lampe, on casse l'extrémité effilée, puis, après avoir fait tomber le mélange vers le fond de la partie renflée, on chauffe cette partie; l'arsenic réduit vient se condenser dans le tube effilé, et y présente alors tous les caractères physiques de l'arsenic métallique. Il est clair qu'au lieu d opérer ainsi on peut se servir de la dissolution d'acide arsénique pour constater la réaction du nitrate d'argent, etc., etc.

Vos commissaires ont vu exécuter, avec cet appareil, plusieurs expériences dont les résultats ont été très nets.

MM. Danger et Flandin ont fait beaucoup d'expériences pour chercher l'arsenic dans la chair et dans les os d'individus qui n'étaient pas morts empoisonnés, mais ils n'en ont jamais trouvé, pas plus que dans les terrains des cimetières. Nous décrirons en peu de mots le procédé général qu'ils ont suivi dans cette recherche.

Ils ont carbonisé en vase clos les matières animales, en faisant passer les parties volatiles à travers un tube de porcelaine porté à la chaleur blanche; les produits liquides venaient se condenser dans un ballon et un flacon tubulé bien refroidi: quant aux gaz, on les amenait au moyen d'un tube dans un grand ballon où on les brûlait au milieu d'un courant d'air; les produits de la combustion se condensaient dans le ballon. La cornue de porcelaine dans laquelle était placée la matière était portée à la fin jusqu'à la chaleur blanche. L'opération terminée, on examinait à part tous les produits, on les traitait par les acides oxidans pour changer l'arsenic, s'il y en avait, en acide arsénique, et l'on essayait ces liqueurs dans l'appareil de Marsh.

MM. Danger et Flandin concluent de leurs expériences qu'il n'existe pas d'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal.

En effet, vos commissaires, dans les expériences qu'ils ont exécutées et qui seront rapportées plus loin, n'ont pas réussi à met-

tre en évidence de l'arsenic dans les os de l'homme, malgré les précautions les plus minutieuses qu'ils ont prises et les méthodes variées qu'ils ont employées; et déjà M. Orfila lui-même n'a plus obtenu de taches arsenicales dans les expérsences qu'il a faites devant vous.

(*La fin au prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons spéciales sur les maladies de l'encéphale.

Signes fournis par l'intelligence.

L'intelligence étant la faculté qui nous distingue essentiellement des animaux, doit, par cela même, nous intéresser spécialement. Mais, puisque nous avons considéré le cerveau comme multiple, où peut donc y résider le siége particulier de l'intelligence? C'est là, certes, un sujet qui, de tout temps, a été fort débattu parmi les médecins, les physiologistes et les philosophes; et, malgré tous leurs efforts, tous leurs travaux, toutes leurs discussions, le sujet est loin d'être complètement éclairci. Toutefois, partant de ce point, qu'elle devrait avoir un siége à part, comme étant toujours indépendante des mouvemens, nous avons été porté à chercher, lorsqu'il y avait lésion de l'intelligence, quelle était, dans le cerveau, le siége des altérations. Excités par cette conviction, MM. Foville et Delaye ont cherché à démontrer par des faits que toutes les fois que l'intelligence se trouvait lésée pendant la vie, on trouvait constamment après la mort quelques altérations dans la couche corticale du cerveau. De notre côté aussi, nous avons pu acquérir la conviction que la condition essentielle de la manifestation morbide de l'intelligence siégeait dans cette substance. Et c'est là que dans les cas pathologiques, on trouve la raison suffisante des altérations observées pendant la vie. Pour expliquer la lucidité de l'intelligence dans les cas où un hémisphère cérébral était malade, Gall a imaginé que le cerveau, étant un organe double, l'un des hémisphères pourrait suppléer l'autre, fonctionner à sa place, le remplacer, pour ainsi dire. Et c'est pour cela que l'intelligence peut souvent rester libre au milieu des grands désordres de l'encéphale. Explication qui nous paraît assez spécieuse: bien entendu toutefois que l'intensité de l'intelligence est amoindrie.

Nous devons ajouter que quelquefois ces lésions de la surface doivent être très peu profondes très fugitives; car il suffit d'un peu de liqueur alcoolique pour troubler l'intelligence.

Les manifestations de celles-ci dans l'homme ivre et pendant la durée de l'ivresse, présente une analogie frappante avec les phénomènes de la méningite; et pourtant l'ivresse se passe, la régularité, l'ordre dans la succession des actes de l'intelligence reparaît comme si les fonctions du cerveau n'étaient jamais sorties un seul instant de leur rithme normal. Il n'y avait donc eu là qu'une altération temporaire qui bientôt avait cessé, et qui peut-être eût été insaisissable si on avait été à même d'examiner le cerveau.

Evidemment alors la pulpe cérébrale est imprégnée d'un certain nombre de molécules alcooliques. L'odeur spiritueuse que laisse exhaler le cerveau dans cette circonstance, témoigne irrécusablement en faveur de notre assertion.

Des remarques analogues s'appliquent au café, dont l'action sur le cerveau est si connue; c'est cette même action qui, de la part de Sthal, lui a valu le nom de *liqueur intellectuelle*.

Mais, dans tous ces cas, la lésion matérielle est si fugitive que le scalpel ne peut la découvrir. Je conclus donc, en disant, qu'il y a toujours altération cérébrale susceptible ou non de tomber sous nos sens, toutes les fois qu'il y a un trouble dans l'intelligence; et cette altération peut être primitive ou consécutive, fugitive ou persistante, etc.

Je ne saurais assez vous rappeler que je tiens ici un langage tout à fait médical, et que nous faisons abstraction de l'âme, qui, étant un être essentiellement immatériel, et par cela même immortel, ne peut être décomposée, par la raison qu'elle n'est pas composée; c'est en vertu de sa nature même qu'elle ne peut être malade, et ses manifestations maladives ne doivent pas être cherchées ailleurs que dans l'organe chargé de ces mêmes manifestations. Si on admettait que l'âme est susceptible d'être malade, il faudrait admettre de même qu'elle peut mourir: ce serait proférer un blasphême.

Vous voyez donc que l'organicisme, au lieu de conduire à la négation de l'âme, ce dont on a voulu l'accuser, confirme tout autant au moins son existence que les doctrines des théologiens. Nous pouvons donc, à juste titre, nous considérer comme étant, de notre temps, beaucoup plus avancés que ne l'était Morgagni lui-même, qui, en parlant des maladies de l'âme, paraissait bien pénétré de l'impossibilité de découvrir les altérations matérielles qui leur correspondent, puisque l'âme est un être insaisissable.

En résumé, les faits me paraissent confirmer la localisation de l'intelligence dans la substance corticale du cerveau, que MM. Delaye et Foville ont tenté de démontrer; mais cette démonstration n'est pas toujours possible, puisque les altérations elles-mêmes ne sont pas toujours saisissables, ainsi que nous en avons donné des exemples en parlant tout à l'heure de l'action de l'alcool et du café sur le cerveau.

Siége du délire. Un médecin a dit que le délire était le signe pathognomonique de la méningite. Nous ne pouvons pas nous conformer à cette manière de voir. Si la méninge pouvait être enflammée seule, il n'y aurait pas de délire; et si celui-ci existe d'ordinaire, c'est que la partie la plus superficielle du cerveau est toujours enflammée en même temps. Cette explication anatomique du délire en pareil cas cesse de nous le présenter comme un phénomène sympathique. D'autre part la méninge, dont les fonctions sont principalement de favoriser les mouvemens du cerveau, ne peut pas être et n'est pas de fait le siége de l'intelligence; elle ne peut conséquemment pas la troubler. D'ailleurs, j'ai vu plus d'une méningite sans délire; et par contre, le délire sans méningite. Le délire n'est donc pas le signe pathognomonique de la méningite.

L'intelligence est l'agrégat de plusieurs actes tels que la perception, la comparaison, la mémoire, l'imagination. Selon Gall ces actes ne sont que des conditions d'intensité. Pour Gall, c'est l'aptitude à telle ou telle science; la réunion, l'ensemble d'un certain nombre de facultés qui constituent le système de l'intelligence. Ainsi l'aptitude à la musique est selon lui la faculté, la perception, la mémoire, l'imagination, etc., sauf les conditions d'intensité.

Jusque là la science de Gall ne souffre pas de difficulté; mais il n'en est pas ainsi quand de la spéculation *à priori* on passe à la localisation; alors tout devient difficile et obscur, et seulement il y a ceci de certain, qu'il est difficile d'admettre tous les erremens de la phrénologie. Ce serait nous éloigner par trop de notre sujet que de développer et de combattre les points fondamentaux de la doctrine de Gall et de ses élèves: nous nous contenterons de faire remarquer que nous ne savons pas même quelle est la partie du cerveau qui préside aux mouvemens de tel ou tel membre; et si, par voie d'expérimentation et d'observation nous ne pouvons pas arriver à l'élucidation de ce fait tout matériel et palpable, comment admettre comme démontrée la localisation d'actes en quelque sorte moins matériels encore, comme ceux qu'au nombre de vingt huit ou de trente-deux, les phrénologistes font figurer dans le tableau des facultés intellectuelles.

Je crois qu'il n'y a rien de positif à cet égard, malgré les invocations de Gall à l'anatomie comparée et l'accumulation de faits dont se parent les phrénologistes. L'anatomie pathologique pourrait seule porter le flambeau de la vérité dans une question aussi obscure en montrant, par des faits multiples, qu'à une lésion ayant tel siége, correspond l'abolition de telle faculté, et ainsi des autres. Mais nous avons vu déjà l'anatomie pathologique nous abandonner ou ne nous fournir plus que des données incertaines, lorsque nous avons entrepris de constater ce qui paraît devoir être en effet plus susceptible de démonstration, savoir: la destination de la localisation des mouvemens des membres.

Valeur séméiotique des troubles de l'intelligence. Quelle que soit, en définitive, la division des actes qui constituent le système de l'intelligence, tour à tour admise par Loke, Condillac et Gall, les manifestations de cette dernière sont pour nous toujours les mêmes, et ne changent pas de signification.

L'intelligence, comme la sensibilité, comme le mouvement, peut être augmentée, diminuée, pervertie.

Augmentée. On a vu des individus, à l'approche de la mort, développer tout à coup une mémoire remarquable; d'autres facultés ont pu également montrer alors un degré de perfection qu'elles n'avaient jamais atteint dans les conditions de santé; mais les exemples de cette nature sont fort rares, et le plus communément c'est le contraire que l'on observe.

Diminuée. La diminution des facultés intellectuelles est bien plus commune dans les maladies que leur augmentation. C'est même de cette diminution que certaines maladies tiennent leur caractère principal et même leur dénomination: le typhus est de ce nombre, puisqu'en effet un de ses phénomènes les plus remarquables consiste dans la diminution de l'intelligence.

J'ai remarqué que dans le ramollissement du cerveau, et lorsqu'il est encore dans sa première période, il y a diminution notable de l'intelligence. On a contesté l'authenticité de ce fait: s'il était besoin de présenter de nouveaux témoignages en sa faveur, il nous suffirait peut-être de dire que déjà dans le prodrome de ramollissement il y a stupeur et difficulté dans les réponses.

La diminution de l'intelligence venant à se manifester au milieu de la santé, annonce d'une manière plus certaine le prodrome du ramollissement du cerveau que de l'hémorrhagie cérébrale.

Dans l'inflammation du cerveau à sa deuxième période, il y a stupeur: l'explication de ce fait est toute matérielle, et je ne m'y arrêterai pas.

Dans la congestion au début, la stupeur existe par le fait de la compression qui résulte de la plénitude du système vasculaire; il faut noter, toutefois, qu'elle peut dépendre aussi de la suffusion séreuse.

L'intelligence est diminuée, avons-nous dit, dans la première période du ramollissement; de même que dans la deuxième période de l'inflammation du cerveau. Portée plus loin, elle constitue l'état comateux qu'il est facile de distinguer de l'état de syncope et d'asphyxie, par la conservation de la circulation et de la respiration.

L'état comateux peut dépendre du ramollissement à sa deuxième période, de l'hémorrhagie cérébrale et de la suffusion séreuse. Je dois dire ici que je n'admets pas avec Dance, M. Andral et M. Martin-Solon l'apoplexie séreuse, et que je la considère comme dépendante d'un état morbide préexistant.

Pervertie. Une modification de l'intelligence des plus importantes est, sans contredit, le délire; cette expression comprend le trouble, la perversion de l'intelligence. Le délire est un signe de l'altération de la substance corticale du cerveau, susceptible ou non de tomber sous nos sens; mais dans l'un et l'autre cas, elle peut être, soit protopathique, idiopathique, résidant dans le cerveau; soit deutéropathique, sympathique, dépendant d'une lésion éloignée. Toujours est-il que dans presque tous les cas j'ai trouvé des lésions du cerveau, même dans les cas de folie chez les aliénées de la Salpêtrière.

Le délire est quelquefois le symptôme d'une affection éloignée du cerveau. Il n'en est pas ainsi, contrairement à l'opinion émise par quelques médecins dans la fièvre typhoïde: le cerveau est alors malade; je m'en suis moi-même assuré et depuis long-temps j'ai proclamé ce fait. Ignorant sans doute l'opinion que je professe depuis vingt ans concernant ce fait pathologique, M. Piedagnel, dans un travail récent, l'a confirmée par des faits qu'il a publiés. Quoi qu'il en soit, les praticiens ont généralement cessé de considérer, ainsi qu'on l'avait fait jusqu'alors, les phénomènes cérébraux comme étant sympathiques, et j'apprends avec la plus vive satisfaction que MM. Louis et Chomel ont modifié leur opinion à cet égard.

Pour distinguer si le délire est primitif ou sympathique, il faut interroger tous les actes de l'organisme. S'il existe avec des phénomènes abdominaux ou autres, il est à présumer que le délire est nerveux; si au contraire les phénomènes ont commencé par la tête évidemment alors le délire dépend de l'affection directe du cerveau.

Au demeurant, ces distinctions sont quelquefois difficiles à établir. Disons toutefois que quand le délire se rattache à l'inflammation du cerveau, on observe alors des phénomènes généraux de réaction qui n'existent pas dans les cas de délire nerveux, chez les fous par exemple.

Le délire admet plusieurs formes que nous nous contenterons d'énumérer, puisqu'elles ne nous intéressent que d'une manière secondaire.

1° *Le délire est extérieur*, ce qui veut exprimer que le malade a l'air de s'occuper de ce qui se passe autour de lui, de s'adresser aux personnes qui l'entourent.

2° *Intérieur*, c'est-à-dire que le malade, étranger d'ailleurs à tout ce qui s'agite en dehors de lui, paraît puiser à la source de ses idées les sujets de ses divagations.

3° *Complet*, c'est-à-dire portant sur tout autre ordre d'idées: le délire est celui de la démence et de la manie.

4° *Exclusif*, c'est-à-dire portant sur un seul ordre d'idées, ainsi que cela arrive chez les monomaniaques, hypochondriaques, nostalgiques, etc.

5° *Constant*, c'est-à-dire sans interruption.

6° *Passager*.

Ces deux formes sont importantes pour nous: la première est la plus grave.

7° *Doux, tranquille*, par opposition au délire.

8° *Furieux*.

Enfin, le délire peut être:

9° *Léger*.

10° *Profond*.

11° *Court*.

12° *Prolongé*.

Il serait inutile de commenter ces différentes dénominations qui expriment assez par elles-mêmes, et sur lesquelles nous aurons d'ailleurs plus d'une fois l'occasion de nous expliquer en procédant de l'étude analytique des maladies du cerveau à leur synthèse.

N. Manzini et A. Yvonneau.

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Tentative de suicide. Section complète du larynx à l'aide d'un rasoir. Réunion par première intention au bout de six jours. Guerison sans fistule.

M. Amussat vient d'obtenir à la Maison de Médecine opératoire une guérison assez remarquable; voici le fait: on y a amené dernièrement, de la part de ce chirurgien, une malade âgée de quarante ans, d'un tempérament nerveux, qui, dans un accès de jalousie, s'était fait à la gorge, au moyen d'un rasoir, une blessure profonde au-dessous du cartilage thyroïde. Le mari nous donne sur sa femme les détails suivans: il y a plusieurs années, madame M... fut atteinte d'une affection grave de l'estomac, à laquelle elle faillit succomber. Pendant dix-huit mois, elle fut tourmentée par des vomissemens fréquens, ne pouvant rien digérer. Le docteur Dubreuil dont elle reçut les soins, après qu'elle eut consulté tout Paris, réussit enfin à la débarrasser complétement de cette maladie à l'aide d'un régime sévère approprié et de nombreux cautères appliqués sur la région épigastrique; mais le cerveau reçut une influence fâcheuse de cet état pathologique des voies digestives.

Madame M... fut, à dater de cette époque, en proie à des accès de tristesse et de gaîté qui duraient plus ou moins long-temps. Pendant un de ces paroxysmes de mélancolie, s'étant imaginée que son mari lui était infidèle, elle voulut avaler de l'acide sulfurique; mais découverte à temps, il lui fut impossible de réaliser son funeste projet, qu'elle devait cependant plus tard mettre à exécution en cherchant à se couper le cou

Les docteurs Dubreuil et Courrault, appelés immédiatement après l'accident dont nous parlons, s'empressent de mettre en usage tous les moyens que l'art prescrit en pareille circonstance. M. Amussat, mandé à son tour, trouve la malade très affaiblie par une perte de sang éva-

luée à cinq livres au moins ; les artères tyroïdiennes avaient été ouvertes et l'hémorrhagie arrêtée par suite de la syncope.

État de la malade au moment de l'arrivée de M. Amussat. Figure sombre et très pâle, accablement profond, embonpoint médiocre, tégumens décolorés, regard continuellement baissé exprimant le repentir de l'action commise, plaie transversale de deux pouces d'étendue située au dessous du cartilage tyroïde, section profonde du larynx dont on aperçoit les deux bouts distans l'un de l'autre de quelques lignes ; les muscles mastoïdiens sont à découvert, et derrière eux, les artères carotides intactes ; la déglutition est difficile, et la phonation détruite ; cependant en rapprochant le plus possible la tête de la poitrine, madame M... peut articuler quelques mots ; l'air sort librement par la solution de continuité qui donne issue à des mucosités sanguinolentes. Deux points de suture sont appliqués aux angles de la plaie, et la tête maintenue fléchie à l'aide du bandage de M. Mayor.

La malade est ensuite dirigée sur la Maison de Médecine opératoire. Des compresses d'eau froide sont prescrites sur le cou ; aucune complication ne survient du côté du thorax, que nous avons soin d'ausculter de temps en temps ; nous devons dire cependant qu'une toux sèche, très fatigante, est venue nous inspirer quelqu'inquiétude. Ce phénomène s'est heureusement bientôt dissipé, et au bout de six jours la réunion par première intention avait eu lieu.

La malade fut gardée à vue pendant une quinzaine de jours environ, après lesquels elle nous quitta parfaitement guérie. Le cerveau, malgré la forte dérivation éprouvée par toute l'économie, est loin encore de se trouver à l'état normal, et madame M... aura besoin pendant fort long-temps d'être surveillée avec la plus scrupuleuse attention, si on veut éviter une troisième tentative de suicide.

On pourra être étonné de la promptitude avec laquelle la cicatrisation s'est opérée chez notre malade. En voyant une blessure aussi profonde, on serait tenté de porter un pronostic fort grave ; l'expérience cependant a démontré que la guérison a ordinairement lieu dans des cas analogues, et les journaux de médecine en ont rapporté de fréquens exemples. M. Amussat, dans ses expérimentations sur les animaux vivans, a presque toujours vu les plaies du larynx et de la trachée artère avec perte de substance se réunir en peu de jours à l'aide d'une membrane de nouvelle formation au point d'en avoir été gêné dans le but qu'il se proposait d'atteindre.

Nous signalerons une circonstance qui a probablement sauvé les jours de la malade. Madame M..., pour mieux se suicider, a fortement incliné la tête en arrière, de manière à faire saillir la région antérieure du cou qui, selon elle, ne pouvait pas échapper à l'action du rasoir ; il est résulté de là que les muscles mastoïdiens, en se contractant, ont opposé de la résistance à l'instrument tranchant et que les carotides ont été préservées de toute lésion.

On a vu que notre malade nous a inspiré de l'inquiétude à cause d'une toux sèche qui a persisté jusqu'à la cicatrisation du larynx. Ce phénomène est, en général, très fâcheux ; il provient d'une irritation vive de l'organe de la voix, qui se dessèche par le passage continuel de l'air atmosphérique dans son intérieur : c'est ainsi que plusieurs malades ont succombé.

Nous ne terminerons pas sans appeler l'attention des praticiens sur le mode de pansement adopté par M. Amussat. Ce chirurgien a eu recours au procédé de M. Mayor, qui consiste à attacher sur les parties latérales d'un serre-tête, dont on coiffe préalablement le malade, une bande dont on noue les chefs sur un bandage de corps dont la poitrine est entourée ; de cette manière, le cou étant fléchi, se trouve dans des conditions favorables à la réunion. M. Amussat, en outre, n'a placé que deux points de suture aux angles de la plaie, sans toucher aux parties intermédiaires, et cela dans l'intention de s'opposer à l'emphysème qui eût pu survenir sans cette précaution.

Nous avons vu également qu'il n'était pas resté de fistule laryngée, en sorte que la malade a échappé à tous les accidens communs aux solutions de continuité du larynx.

X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 22 juin.

La séance d'aujourd'hui a été entièrement consacrée à des objets étrangers à la science.

M. Hamel a fait plusieurs rapports sur des remèdes secrets insignifians. Ces remèdes ont été tous désapprouvés, comme de coutume.

M. Adelon est monté ensuite à la tribune pour essuyer la fin de la discussion de son rapport sur l'exercice de la pharmacie. Après une récapitulation dont la durée a été de près de trois quarts d'heure, on a rejeté comme mal fondée la réclamation faite par M. Quesneville au nom d'un grand nombre de pharmaciens province.

Plusieurs membres ont pris la parole : MM. Moreau, Boullay, Soubeiran, Bussy, Honoré, Kéraudren, Chevallier, ont tour à tour demandé différentes modifications sur la rédaction du projet de loi.

MM. Rochoux, Nacquart, Bouillaud, ont proposé le rejet de tout le projet de loi, comme insuffisant pour les besoins de la pharmacie.

L'Académie a été ensuite consultée sur la question de savoir si l'on voterait sur l'ensemble après avoir voté sur chaque article ; elle a rejeté le vote général. En conséquence tout le projet a été adopté d'après la seule adoption de chaque article. Il est bon de faire remarquer que cette dernière adoption a eu lieu vers la fin de la séance, alors que la plupart des membres étaient partis.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire;

Par Aug. VIDAL (de Cassis), chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé à la Faculté de médecine; etc. — Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 16. — Tomes III et IV, Paris, 1840.

Lors de la publication des deux premiers volumes de cet ouvrage (1839), nous avons fait connaître en peu de mots la méthode adoptée par M. Vidal : nous avons dit notre pensée sur le fond et sur la forme de son livre ; nous avons signalé surtout l'esprit de sage modération et de prudente pratique qui a présidé à sa composition. Nous ne reviendrons aujourd'hui sur aucun de ces points. Le cinquième et dernier volume de cette importante publication va bientôt paraître : ce sera alors que nous l'examinerons dans son ensemble et sous toutes ses faces. Nous allons nous borner, en attendant, à indiquer d'une manière brève et succincte les matières qui sont traitées dans ces deux volumes.

Le troisième volume commence la chirurgie des régions, et comprend deux grands chapitres : 1° maladies du crâne ; 2° maladies des yeux. Dans le premier, l'article plaies de tête a surtout fixé notre attention. La grande question du trépan est traitée avec des intentions qui décèlent un homme habitué aux études cliniques. Pour ce qui concerne les maladies des yeux, M. Vidal, à l'exemple des chirurgiens français (Velpeau, Sanson, Caron du Villards, Rognetta, etc.), a eu le bon esprit de mettre de côté une foule d'entités dues à la fécondité des imaginations allemandes.

Ce grand chapitre, qui comprend à lui seul plus des deux tiers du volume, sera lu avec le plus grand intérêt par les praticiens. Nous devons savoir gré à M. Vidal d'avoir donné une aussi grande extension à un sujet que quelques personnes intéressées voudraient en quelque sorte soustraire du domaine de la pathologie générale. En agissant ainsi, M. Vidal a prouvé d'une manière irrévocable, comme l'avaient du reste déjà fait avant lui MM. Velpeau, Sanson, Rognetta, qu'il n'est nullement nécessaire d'être décoré du titre d'ophthalmologiste pour tracer de bons préceptes sur la connaissance et la thérapeutique des maladies des yeux. Nous reviendrons avec détails sur ce sujet.

Le quatrième volume est beaucoup plus varié. Il comprend vingt-un chapitres : maladies de l'oreille, maladies du nez, des fosses, des sinus frontaux, des sinus et des os maxillaires supérieurs, du maxillaire inférieur ; maladies des lèvres, de la langue, du palais et de son voile, des amygdales, du pharynx ; maladies de la glande parotide, de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur ; maladies du cou, du larynx et de la trachée-artère, de l'œsophage, du corps thyroïde ; maladies des mamelles chez la femme, chez l'homme et chez le nouveau-né ; maladies du thorax ; maladies de l'abdomen.

Ce dernier chapitre renferme des généralités très importantes sur les hernies intestinales et épiploïques.

Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur ce quatrième volume. Bornons-nous à dire, en en attendant de le prouver, que des intentions éminemment pratiques dominent dans l'exposition de chacune des maladies que nous venons de mentionner. Bon esprit, méthode, critique éclairée, clarté, concision, voilà ce que les praticiens trouveront dans cet ouvrage. Mais n'anticipons pas ; le cinquième et dernier volume paraîtra bientôt, et ce sera alors que nous fournirons les preuves de notre jugement. Y.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 26 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 78, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

MÉDECINE LÉGALE.

RAPPORT

Sur plusieurs Mémoires concernant l'emploi du procédé de Marsh dans les recherches de médecine legale.

(Commissaires : MM. Thénard, Dumas, Boussingault, Regnault, rapporteur.)

(Suite et fin du numéro 77.)

Votre commission désirant se livrer à une étude complète de la question qui lui était soumise, a cherché, avant de commencer ses propres experiences, à apprécier par elle-même les méthodes suivies actuellement dans la médecine légale. M. Orfila a bien voulu consacrer plusieurs séances à mettre sous ses yeux les principaux faits annoncés dans ses mémoires. Les expériences qui ont été faites dans le laboratoire de l'Ecole de médecine sont les suivantes :

1re expérience. — Un appareil de Marsh, en activité pendant une heure et demie jusqu'à ce que la flamme se soit éteinte d'elle-même, après la dissolution totale du zinc, n'a pas fourni une seule tache arsenicale.

2e expérience. — Un autre appareil qui fonctionnait depuis une demi-heure environ et qui ne donnait point de taches, en a fourni à l'instant même où l'on a introduit dans le bocal une goutte de dissolution d'acide arsénieux.

3e expérience. — Un chien à l'état normal a été tué par strangulation. On a desséché le foie, la rate, les reins, le cœur et les poumons. Le produit sec a été carbonisé par l'acide nitrique pur marquant 41°. Le charbon obtenu a été traité pendant vingt minutes avec de l'eau distillée bouillante. La liqueur filtrée, introduite dans un appareil de Marsh préalablement essayé, n'a pas fourni la plus légère tache.

4e expérience. — La moitié du foie d'un chien empoisonné par 12 grains d'acide arsénieux dissous dans l'eau (œsophage lié), ayant été traité par l'acide nitrique, après dessiccation, de la même manière que dans l'expérience n° 3, le charbon, bouilli avec de l'eau distillée, a donné une liqueur qui, dans un appareil de Marsh préalablement essayé, a fourni aussitôt de nombreuses taches arsenicales bien caractérisées. Le chien avait vécu deux heures trois quarts.

5e expérience. — Un chien a été empoisonné avec 12 grains d'émétique dissous dans l'eau (œsophage lié) : au bout de trois heures et demi l'animal n'étant pas mort, on l'a pendu. Le foie, séparé avec le plus grand soin et sans léser le canal digestif, a été desséché et carbonisé par l'acide nitrique comme dans les expériences 3 et 4. Le charbon, traité pendant dix minutes seulement par de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, a fourni un liquide qui a donné des taches antimoniales nombreuses dans un appareil de Marsh.

6e experience. — On a fait bouillir pendant trois heures dans de l'eau distillée renfermant 30 grammes de potasse à l'alcool, 6 kilog. de chair musculaire de l'homme. Le décoctum, passé à travers un linge et dégraissé, a été évaporé presque à siccité; on a carbonisé le résidu par l'acide nitrique concentré. Le charbon, après avoir été traité pendant un quart d'heure avec de l'eau bouillante, a donné un liquide noirâtre que l'on a introduit dans un appareil de Marsh préalablement essayé. Quelques minutes après, on a obtenu des taches jaunâtres très larges, mais qui n'ont donné aucune des réactions de l'arsenic.

7e expérience. — 384 grammes de nitre cristallisé du commerce ont été décomposés à chaud par une quantité égale d'acide sulfurique pur; on a évaporé complétement à sec pour chasser l'acide nitrique, puis on a redissous dans l'eau le bisulfate de potasse formé. La dissolution placée dans un appareil de Marsh n'a pas donné la moindre tache.

8e expérience. — La seconde moitié du foie du chien empoisonné par 12 grains d'acide arsénieux (4e expérience) a été traitée par l'eau bouillante, pendant trois heures, dans une capsule de porcelaine. Le liquide filtré et mélangé avec 16 grammes environ du nitre essayé dans la 7e expérience, a été évaporé à sec. Le produit, après avoir été brûlé dans un creuset chauffé au rouge, a été redissous dans l'eau, et décomposé par l'acide sulfurique pur; le sulfate résultant de cette opération, introduit dans un appareil de Marsh préalablement essayé, a fourni de l'arsenic.

9e Expérience. — Le foie entier d'un cadavre humain, traité de la même manière, a fourni un décoctum que l'on a mêlé avec du nitre, brûlé et décomposé comme il vient d'être dit. Le liquide obtenu par l'action de l'acide sulfurique n'a point fourni d'arsenic dans un appareil du Marsh, même au bout de trois quarts d'heure.

10e Expérience. — Un chien a été empoisonné à six heures du soir avec 4 grains d'acide arsénieux dissous dans 3 onces d'eau. L'œsophage et la verge sont liés, L'animal meurt dans la nuit. Le lendemain on détache la vessie, et l'on en extrait environ 100 grammes d'urine, que l'on introduit dans un appareil de Marsh préalablement essayé. Presque immédiatement après, on obtient des taches arsenicales nombreuses. Ces taches sont jaunâtres; mais, par les reactifs, il a été facile de constater la présence de l'arsenic.

11e Expérience. — On a examiné l'urine d'un chien empoisonné par l'application de 3 grains d'acide arsénieux sur le tissu cellulaire sous cutané de la cuisse. Cette urine fournit également bon nombre de taches arsenicales. Le chien avait vécu douze heures.

12e Expérience. — On a essayé dans l'appareil de Marsh, 60 grammes environ d'urine extraite de la vessie d'un chien empoisonné avec 6 grains d'émétique dissous dans 100 grammes d'eau et introduits dans l'estomac. On a obtenu à peine quelques indices de taches antimoniales.

13e Expérience. — Environ 180 grammes d'urine extraite de la vessie d'un chien empoisonné par l'application de 3 grains d'émétique en poudre sur la cuisse de l'animal, sont évaporés à siccité et carbonisés par l'acide nitrique. La carbonisation a lieu avec flamme. Le charbon bouilli avec de l'acide chlorhydrique concentré, puis repris par l'eau acidulée, a donné une liqueur qui a fourni par le procédé de Marsh un grand nombre de taches antimoniales bleues et très larges. Le chien était resté pendant dix-huit heures environ sous l'influence du poison.

Toutes ces expériences, dont les résultats ont été très nets, ont convaincu vos commissaires de l'exactitude des faits énoncés par M. Orfila sur l'absorption de l'arsenic et de l'antimoine par les organes, et sur le passage du poison dans l'urine. Il est évident qu'il faut cependant, pour que cela ait lieu, que l'animal soit resté pendant un certain temps sous l'influence toxique du poison.

Les expériences dont nous avons encore à parler ont été faites devant vos commissaires par M. Orfila, dans le but de démontrer la présence de l'arsenic dans les os de l'homme à l'état normal.

14e Expérience. — Des os humains ont été calcinés sur une grille au-dessus du charbon, jusqu'à ce qu'ils aient pris une teinte grise : ils ont ensuite été pulvérisés et mis à digérer pendant trois jours avec de l'acide sulfurique concentré. On a étendu d'eau et séparé le sulfate de chaux par filtration. La liqueur introduite dans l'appareil de Marsh, n'a pas donné la moindre apparence de taches arsenicales.

15e Expérience. — Des os plus fortement calcinés, puis traités de la même manière, n'ont donné aucune tache dans l'appareil de Marsh.

16e Expérience. — Une nouvelle quantité d'os a été carbonisée dans une cornue de terre, qui a été poussée à la fin de l'opération jusqu'au rouge : elle n'a pas donné non plus de taches arsenicales, après un traitement semblable à celui des deux expériences précédentes.

Le résultat négatif obtenu dans trois expériences, par M. Orfila lui-même, ne nous permettait cependant pas de conclure à l'absence de l'arsenic dans les os de l'homme. On sait, en effet, que les acides arsénieux et arsénique sont facilement décomposés à la chaleur rouge par le charbon, même lorsque ces acides sont en combinaison avec une base forte, comme la chaux : il était par conséquent très peu probable que l'arsenic, s'il existait réellement dans les os, ne se fût pas dégagé pendant la carbonisation. Mais ces expériences étaient très importantes à nos yeux, parce qu'elles étaient faites exactement par le même procédé que celles d'après lesquelles on avait conclu à la présence de l'arsenic dans les os.

Nous allons maintenant exposer les expériences que nous avons faites nous-mêmes pour éclaircir les différens points de la question.

I. *Expériences pour déterminer le degré de sensibilité du procédé de Marsh.*

Les expériences qui suivent ont eu pour but de déterminer le minimum d'acide arsénieux qui pouvait être mis en évidence par le procédé de Marsh. Pour cela, nous avons préparé une liqueur normale formée par 1 décigramme d'acide arsénieux dissous dans 1 litre d'eau distillée, 1 centimètre cube de cette liqueur, ou 1 gramme, renferme 1 dixième de milligramme d'acide arsénieux.

1re Expérience. — On a mis dans un appareil de Marsh 60 grammes de zinc en lames, 475 centimètres cubes d'eau, et 25 centimètres cubes d'acide sulfurique ; en tout, 500 centimètres cubes de liquide. L'air ayant été chassé du flacon par le gaz hydrogène, on a introduit 2 centimètres cubes de la dissolution d'acide arsénieux ; la liqueur du flacon renfermait, par conséquent, environ 2/5000000 de son poids d'acide arsénieux. Le gaz traversait un tube de 3 décimètres de longueur, rempli d'amiante. La flamme n'a donné aucune tache sensible, on l'a essayée un grand nombre de fois. Le tube d'amiante ayant été ôté et remplacé par un petit tube vide, on a eu immédiatement sur la porcelaine de petites taches grises miroitantes, qui se sont montrées constamment pendant un quart d'heure, puis elles ont faibli avec la flamme. Au bout d'une demi-heure, la flamme devenant plus faible encore, les taches sont devenues blanches. On s'est assuré que le gaz rougissait la teinture de tournesol quand il produisait ainsi des taches.

Cette expérience prouve qu'il y a toujours des petites gouttelettes de la dissolution qui sont entraînées avec le gaz, et qu'il est nécessaire, pour les arrêter, de faire passer le gaz à travers une colonne un peu longue d'amiante.

2e Expérience. — L'appareil étant disposé comme ci-dessus, avec les mêmes quantités de liquide acide et de zinc, nous avons introduit 3 centimètres cubes de la dissolution d'acide arsénieux, l'appareil étant muni du tube d'amiante. La flamme nous a donné deux petites taches extrêmement faibles. La liqueur renfermait 3/5000000.

3e Expérience. — Avec 4 centimètres cubes de dissolution d'acide arsénieux, par conséquent avec 4/5000000 d'acide arsénieux, nous avons obtenu cinq ou six petites taches arsenicales plus prononcées.

4e Expérience.— Les mêmes proportions de liqueur, additionnées de 5 centimètres cubes de la dissolution arsenicale, ont donné des taches nombreuses, bien caractérisées, pendant huit à neuf minutes. Ainsi le procédé de Marsh démontre d'une manière très nette la présence de 1/1000000 d'acide arsénieux dans une liqueur.

Nous avons voulu nous assurer si la sensibilité de l'appareil de Marsh dependait de la quantité absolue d'acide arsénieux qui existait dans la liqueur, ou seulement du rapport de cette quantité à celle de l'eau qui la maintenait en dissolution. Pour cela :

5e Expérience. — Nous avons ajouté 6 centimètres cubes de la dissolution d'arsenic à 3 litres d'eau, ce qui nous donnait une liqueur à 1/5000000. Cette liqueur, acidulée et mise en contact avec 170 grammes de zinc en lames, n'a pas donné de taches.

6e Expérience. — La même expérience faite avec 12 centimètres cubes de la dissolution arsenicale (2/5000000) n'a pas non plus donné de taches.

Les taches n'ont commencé à devenir sensibles que quand on a ajouté 20 centimètres cubes de la dissolution arsenicale ; c'est-à-dire que la limite de sensibilité se trouve la même que ci-dessus, par rapport à la nature de la liqueur.

7e Expérience. — On a éprouvé la dissolution arsenicale normale dans une très petite fiole contenant environ 40 grammes de liqueur :

Avec 1 centimètre cube de la dissolution, par conséquent avec une liqueur à 1/4000000, nous avons eu quelques taches métalliques très fortes, mais en petit nombre ;

Avec 1/10 de centimètre cube, c'est-à-dire avec 1/4000000, nous n'avons pas eu de taches ;

Avec 15/100 de centimètre cube, rien ;

Avec 2/10 de centimètre cube, ou une liqueur à 1,2000000, nous avons eu quelques taches jaunâtres.

Il résulte évidemment de ces expériences que les taches ne se montrent pas mieux avec de grandes quantitiés de liquides, qu'avec de petites quantités renfermant la même proportion d'arsenic, et qu'il y a avantage dans le procédé de Marsh à opérer sur des liqueurs concentrées, quand il s'agit de rendre sensibles de très petites taches d'arsenic. Les taches sont alors beaucoup plus fortes, mais elles se manifestent pendant moins long-temps.

II. *Expériences entreprises pour vérifier le procédé indiqué par* M. Lassaigne.

8e Expérience. — On a traité dans un appareil de Marsh 500 grammes d'eau acidulée avec 12 centimètres cubes de la dissolution arsenicale, par conséquent une liqueur à 12/5000000. Le gaz sortant de l'appareil a été ramené dans un petit flacon renfermant une dissolution de nitrate d'argent ; à ce flacon était adapté un petit tube effilé qui donnait issue au gaz. La dissolution de nitrate s'est bientôt troublée. Le gaz enflammé à l'extrémité du tube effilé n'a pas donné de tache sensible sur une soucoupe.

9e Expérience. — La même expérience faite sur une liqueur qui ne renfermait pas du tout d'acide arsénieux, a produit, au bout d'un certain temps, un trouble notable dans la dissolution de nitrate. Ainsi le zinc seul donne un hydrogène qui, sous l'influence de la lumière diffuse, agit sur le nitrate d'argent.

10e Expérience. — Une expérience faite en remplaçant le zinc par des petits clous de fer, a donné un dépôt beaucoup plus notable ; mais il paraissait en grande partie formé de sulfure d'argent.

11e Expérience. — 2 centimètres cubes de la dissolution arsenicale ont été ajoutés à 500 centimètres cubes de liqueur acidulée ; et celle-ci a été traitée par le procédé de M. Lassaigne. La dissolution de nitrate s'est troublée peu à peu. On a précipité ensuite la liqueur par l'acide chlorydrique. On a filtré et évaporé à sec, le résidu repris par l'eau a été mis dans un petit tube de verre, disposé en appareil de Marsh ; on a obtenu quelques taches brunes bien caractérisées. Ainsi le procédé de M. Lassaigne, employé comme moyen de concentration, a fait découvrir l'arsenic dans une liqueur qui n'en aurait pas manifesté par l'application du procédé ordinaire de Marsh (1re Expérience).

III.

12e Expérience. — 2 centimètres cubes de la dissolution arsenicale normale ont été mêlés à 500 centimètres cubes de liqueur acidulée 2/5000000, puis placés dans un appareil de Marsh ; on a fait arriver le gaz dans un tube rempli de fragmens de verre mouillés, à travers lequel on a dirigé en même temps un courant plus rapide de chlore. Après l'expérience on a bien lavé le tube à l'eau distillée, puis on a rapproché la liqueur par évaporation. Cette liqueur, essayée dans un très petit appareil de Marsh, a donné des taches arsenicales bien caractérisées.

13e Expérience. — La même expérience, répétée en plaçant dans le tube une dissolution de chlorite de potasse préparée directement, a donné le même résultat.

La dissolution de chlore ou d'un chlorite alcalin préalablement essayé, peut donc retenir très bien l'arsenic, comme le nitrate d'argent, et servir à le mettre en évidence dans des liqueurs trop étendues pour donner des taches directement dans l'appareil de Marsh.

IV.

14e Expérience. — 500 grammes d'eau additionnés de 2 centimètres cubes de la dissolution normale d'acide arsénieux, ont été placés dans un appareil de Marsh ; on a fait passer le gaz à travers un tube peu fusible, que l'on a enveloppé de clinquant de cuivre et chauffé avec du charbon sur une longueur de 0m,16. Un tube rempli d'amiante se trouvait interposé sur le passage du gaz. On a obtenu dans la partie antérieure du tube un anneau brun très prononcé d'arsenic.

15e Expérience. — La même expérience, répétée sur 1 centimètre cube de dissolution arsenicale (1/5000000), a encore donné un anneau sensible.

Le procédé de Marsh, employé avec la disposition indiquée MM. Liebig et Berzélius et reproduite avec quelques modifications par MM. Kœppelin et Kampmann, de Colmar, rend donc sensibles de petites quantités d'arsenic qui ne suffisent pas pour produire des taches : il doit être préféré au procédé ordinaire.

16e Expérience. — Le zinc et l'acide sulfurique pur que nous avons employés dans toutes nos opérations ne renfermaient pas d'arsenic, au moins en quantité assez considérable pour être manifesté par le procédé de Marsh, comme le démontrent suffisamment les expériences négatives qui se trouvent parmi celles que que nous venons de citer, Nous avons voulu nous assurer si, en en opérant sur des quantités de métal et d'acide beaucoup plus grandes que celles que l'on emploie dans les opérations ordinai-

res, on ne parviendrait pas à isoler une petite quantité d'arsenic. Pour cela on a placé dans un grand flacon 500 grammes de zinc en larmes, et l'on a dissous ce zinc complètement, mais lentement, par de l'acide sulfurique étendu. Le gaz qui s'est dégagé a été conduit dans un tube chauffé au rouge. L'appareil était disposé du reste de la manière indiquée (14e expérience). On n'a eu aucune tache arsenicale sensible. Le zinc a été complétement dissous ; il ne restait plus que le petit résidu noir que l'on obtient toujours en dissolvant le zinc dans l'acide sulfurique étendu. Ce résidu n'a pas été examiné.

V.

Nous ne rapporterons pas plusieurs expériences que nous avons faites sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux. Ces expériences ont donné des résultats semblables à ceux que M. Orfila avait obtenus devant vos commissaires, et qu'on a décrit plus haut (expériences de l'Ecole de Médecine).

VI.

Les expériences suivantes ont été entreprises pour essayer le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique proposé par MM. Danger et Flandin.

17e Expérience. — 2 milligrammes d'acide arsénieux ont été ajoutés à 200 grammes de chair musculaire placés dans une capsule de porcelaine, on a versé dessus 25 grammes d acide sulfurique concentré, puis on a chauffé : la matière animale s'est dissoute en peu de temps. On a poussé l'évaporation jusqu'à ce que la matière se réduisît en un charbon, paraissant presque sec, en ayant soin de remuer continuellement avec une baguette de verre. Ce charbon a été traité par 25 grammes d'acide nitrique, qui a donné lieu à des vapeurs rutilantes ; on a évaporé de nouveau, puis repris plusieurs fois par l'eau bouillante. Les liqueurs filtrées étaient très limpides et à peine colorées : elles ont donné dans l'appareil de Marsh un anneau métallique d'arsenic.

18e Experience — La même expérience répétée sur 500 grammes de mou de bœuf, auxquelles on avait ajouté 2 milligrammes d'acide arsénieux, et que l'on a traités par 80 grammes d'acide sulfurique, a donné un anneau miroitant, aussi éclatant que dans l'expérience précédente.

19e Expérience. — 200 grammes de foie de bœuf, additionnés de 1 milligramme d'acide arsénieux, carbonisés de la même manière, ont donné un anneau d'arsenic encore bien caractérisé.

20e Expérience.— Nous avons voulu nous assurer si la procédé de carbonisation par l'acide sulfurique donnait une perte notable de l'arsenic senfermé dans la matière animale. Pour cela, nous avons fait une carbonisation en vase clos, en recueillant les produits qui passaient à la distillation. 100 grammes de chair musculaire avec 2 milligrames d'acide arsénieux, ont été placés dans une cornue tubulée munie de son récipient, puis on a ajouté 20 grammes d'acide sulfurique concentré ; on a chauffé jusqu'à ce que la matière fût carbonnée, et même jusqu'à ce que le charbon parût à peu près sec ; la liqueur acide, qui était passée à la distillation, a été traitée dans un appareil de Marsh ; elle a fourni une petite couronne brune extrêmement faible, au bout du tube chauffé. Le charbon de la cornue a donné au contraire une couronne métallique bien caractérisée.

Cette expérience montre que dans la carbonisation par l'acide sulfurique, une petite portion seulement de l'acide arsénieux se perd ; il est même probable que cette petite quantité provient, en grande partie, des projections de matière, que l'on n'évite jamais d'une manière absolue pendant la carbonisation. Il pourrait cependant arriver, qu'en desséchant trop fortement le résidu, on éprouvât une perte beaucoup plus notable ; mais on évite complètement cet inconvénient en faisant la carbonisation, non pas dans une capsule découverte, mais dans une cornue de verre munie de son récipient. Le charbon qui reste dans la cornue doit être traité par un peu d'acide nitrique après avoir été bien broyé, desséché de nouveau, puis traité par de l'eau bouillante à laquelle on ajoute le liquide qui a passé à la distillation, et qui a été recueilli dans le récipient (1).

La carbonisation par l'acide sulfurique réussit d'ailleurs très facilement, sans embarras ; on évite complétement les projections de matière pendant l'évaporation, en ne plaçant pas les charbons immédiatement au-dessous du fond de la cornue.

VII. *Expériences pour rechercher l'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal.*

21e Expérience. — 1 kilogramme de chair musculaire a été carbonisé par l'acide nitrique; le charbon obtenu a été traité par l'eau bouillante; la liqueur, essayée dans un appareil de Marsh, n'a donné aucun dépôt au bout du tube chauffé.

22e Expérience. — 500 grammes de chair musculaire, carbonisés par l'acide sulfurique, n'ont également rien donné.

23e Expérience. — 500 grammes de chair musculaire ont été carbonisés par l'acide nitrique ; le charbon repris par l'eau. A la liqueur filtrée sursaturée d'ammoniaque, on a ajouté du sous-acétate de plomb, qui a donné un précipité que l on a separé de la liqueur ; ce précipité a été décomposé à chaud par de l'acide sulfurique : la liqueur un peu étendue, placée dans un petit appareil de Marsh, n'a donné aucune tache.

24e Expérience. — 1 kilogramme d'os humains ont été calcinés au noir sur une grille au-dessus du charbon. Ils ont été ensuite réduits en poudre et mis à digérer pendant huit jours avec de l'acide sulfurique concentré. On a étendu d'eau, fait chauffer, puis filtré pour séparer le dépôt de sulfate de chaux. La liqueur a été évaporée complétement à sec ; le résidu traité par un peu d'acide nitrique, puis repris par l'eau. La liqueur n'a donné absolument aucune tache dans l'appareil de Marsh.

25e Expérience. — La même expérience faite sur 1 kilogramme d'os, mais plus fortement calcinés, n'a donné aucun résultat.

Les expériences 24 et 25 ne prouvent pas, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il n'existe pas d'arsenic dans les os de l'homme ; car cet arsenic, s'il existait, se serait très probablement dégagé à l'état métallique pendant la calcination des os. C'est dans la vue de décider la question que nous avons entrepris les expériences suivantes :

26e Expérience. — 500 grammes d'os ont été mis à digérer dans de l'acide chlorhydrique pur, étendu de quatre fois son volume d'eau. La liqueur a été tenue à 40° environ pour faciliter la dissolution. Quand le phosphate de chaux a été complètement dissous, nous avons mis à part la gélatine. La dissolution chlorhydrique étendue d'eau a été décomposée par l'acide sulfurique, qui a précipité la presque totalité de la chaux à l'état de sulfate. On a repris par l'eau bouillante, filtré et lavé à plusieurs reprises le dépôt. Les liqueurs ont été évaporées à sec ; le résidu, traité par un peu d'acide nitrique, desséché de nouveau, puis repris par l'eau, n'a rien donné avec l'appareil de Marsh.

La gélatine, carbonisée par l'acide nitrique, a fourni une liqueur qui, traitée à part dans un appareil de Marsh, n'a donné absolument aucune tache.

27e Expérience. — La même expérience a été faite avec 1 kilogramme d'os. On a seulement carbonisé la gélatine par l'acide sulfurique. Le résultat a été négatif, comme dans la 26e expérience.

28e Expérience. — 500 grammes d'os ont été traités de la même manière ; mais, au lieu d'essayer à part la liqueur provenant de la carbonisation de la gélatine, et celle provenant de la dissolution chlorhydrique des os, nous avons réuni ces deux liqueurs et nous les avons traitées dans le même appareil de Marsh : elles n'ont produit aucune tache.

29e Expérience. — Même expérience répétée sur 1 kilogramme d'os et même résultat.

30e Expérience. — On a ajouté à 500 grammes d'os 2 milligrammes d'acide arsénieux, et on les a soumis au même traitement. Les liqueurs ont donné des taches arsenicales nombreuses.

Sur ces entrefaites, MM. Danger et Flandin ayant annoncé à l'Académie qu'ils n'avaient pas trouvé d'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal, vos commissaires ont prié ces messieurs de répéter sous leurs yeux l'expérience décrite dans leur mémoire, en changeant seulement un peu la disposition de l'appareil.

31e Expérience. — 1 kilogramme d'os a été placé dans une cornue de porcelaine disposée dans un fourneau à réverbère. Le col de cette cornue communique avec un large tube de porcelaine chauffé au blanc, qui communique lui-même avec un récipient tubulé refroidi avec de l'eau. A la seconde tubulure de ce récipient est adapté un tube qui amène les gaz dans un second tube de porcelaine plus étroit et chauffé dans un fourneau à réverbère. Le gaz se rend de là dans un flacon laveur, où il traverse une petite couche d'eau et est amené enfin dans un grand flacon, où on le brule au milieu d'un courant d'air.

Les tubes de porcelaine étant portés au rouge, on chauffe doucement la cornue et l'on produit une distillation ménagée que l'on règle d'après l'étendue de la flamme qui brûle à l'extrémité de l'appareil. L'opération a demandé sept ou huit heures. La cornue a été chauffée à la fin jusqu'au blanc.

Le résidu de la cornue a été décomposé par l'acide sulfurique; les dépôts de charbon qui s'étaient formés dans le col de la cornue, dans les tubes de porcelaine et dans les récipiens, ont été bouillis avec de l'eau régale et évaporés ainsi que l'eau condensée dans les flacons de l'appareil. Toutes ces liqueurs ont été réunies au liquide qui provenait du traitement du résidu des os resté dans la cornue : elles n'ont pas donné la moindre tache avec l'appareil de Marsh.

Les expériences précédentes rendaient peu probable l'existence de l'arsenic dans le bouillon de bœuf. Nous avons cependant fait une expérience directe pour décider cette question.

32e Expérience. — 2 litres de bouillon ont été évaporés, le résidu carbonisé par l'acide sulfurique et l'acide nitrique : ils n'ont rien donné dans l'appareil de Marsh.

33e Expérience. — Du blé et plusieurs autres graines, provenant de semences chaulées à l'acide arsénieux, et envoyés à l'un de nous par la Société d'agriculture de Joigny (Yonne), ont été soumis à l'analyse dans la vue d'y reconnaître l'arsenic ; mais aucune de ces graines n'en a fourni une quantité sensible.

Conclusions.

Les expériences qui précèdent nous permettent de présenter les conclusions suivantes :

1° Le procédé de Marsh rend facilement sensible 1/1000000 d'acide arsénieux existant dans une liqueur ; des taches commencent même à paraître avec une liqueur renfermant 1/2000000 environ. (Expériences 1, 2, 3, 4.)

2° Les taches ne se montrent pas mieux avec une grande quantité qu'avec une petite quantité de liqueur employée dans l'appareil de Marsh ; bien entendu que l'on suppose dans les deux cas la même quantité proportionnelle d'acide arsénieux. Mais elles se forment pendant plus long-temps dans le premier cas que dans le second. Il résulte de là qu'il y a avantage à concentrer les liqueurs arsenicales et à opérer sur un petit volume de liquide : on obtient ainsi des taches beaucoup plus intenses. (Expériences 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.)

3° Il est de la plus haute importance, quand on cherche à produire des taches au moyen de l'appareil de Marsh, d'interposer sur le passage du gaz un tube de 3 décimètres au moins de long, rempli d'amiante, ou, à son défaut, de coton, pour retenir les gouttelettes de la dissolution qui sont toujours entraînées mécaniquement par le gaz ; autrement on est exposé à obtenir des taches d'oxisulfure de zinc qui présentent souvent l'aspect des taches arsenicales. (Expérience 1.)

4° Le procédé proposé par M. Lassaigne peut donner de bons résultats. Il consiste à faire passer le gaz hydrogène arsenical à travers une dissolution bien neutre de nitrate d argent; à décomposer ensuite la liqueur par l'acide chlorhydrique ; à l'évaporer pour chasser les acides, puis à essayer sur le résidu les réactions de l'arsenic. Il est surtout commode pour faire passer dans une petite quantité de liqueur une portion minime d'arsenic qui existe dans un volume de liquide que l'on ne peut pas concentrer par évaporation, et permettre, par conséquent, en traitant la nouvelle liqueur arsenicale concentrée dans un très petit appareil de Marsh, d'obtenir des taches beaucoup mieux caractérisées. Il faut seulement bien se garder de conclure à la présence de l'arsenic, de ce que la dissolution du nitrate d'argent se trouble, et de ce qu'elle donne un dépôt pendant le passage du gaz, ce dépôt pouvant avoir lieu par des gaz non arsenicaux, mélangés à l'hydrogène, et même par l'hydrogène seul, si l'on opère sous l'influence de la lumière. (Expériences 8, 9, 10, 11.)

On peut remplacer la dissolution de nitrate d'argent par une dissolution de chlore ou par celle d'un chlorure alcalin. (Expériences 12, 13.)

5° La disposition indiquée par MM. Berzélius et Liebig, et reproduite avec plusieurs modifications utiles par MM. Kœppelin et Kampmann, de Colmar, rend sensibles des quantités d'arsenic qui ne se manifestent pas, ou seulement d'une manière douteuse, par les taches. Cette disposition présente ensuite l'avantage de condenser l'arsenic d'une manière beaucoup plus complète ; seulement il arrivera souvent que l'arsenic se trouvera mélangé de sulfure d'arsenic, ce qui pourra altérer sa couleur, surtout si la substance arsenicale existe en petite quantité.

C'est à cette dernière disposition que vos commissaires donnent la préférence pour isoler l'arsenic ; ils pensent que l'appareil doit être disposé de la manière suivante :

Un flacon à col droit, à large ouverture, est fermé par un bouchon percé de deux trous. Par le premier de ces trous on fait descendre jusqu'au fond du flacon un tube droit de 1 centimètre de diamètre, et dans l'autre on engage un tube de plus petit diamètre recourbé à angle droit. Ce tube s'engage dans un autre tube plus large, de 3 décimètres environ de longueur, rempli d'amiante. Un tube en verre peu fusible, de 2 à 3 millimètres de diamètre intérieur, est adapté à l'autre extrémité du tube d'amiante. Ce tube, qui doit avoir plusieurs décimètres de longueur, est effilé à son extrémité; il est enveloppé d'une feuille de clinquant sur une longueur d'environ 1 décimètre.

Le flacon est choisi de manière à pouvoir contenir toute la liqueur à essayer, et à laisser encore un vide du cinquième environ de la capacité totale. On devra se rappeler cependant qu'il est important que le volume du liquide ne soit pas trop considérable, si l'on a à traiter une liqueur qui ne renferme que des traces de matières arsenicale. (Expériences 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.)

Le tube de dégagement est terminé en biseau à l'extrémité qui plonge dans le flacon, et il porte une petite boule en un point quelconque de la branche verticale. Cette disposition n'est pas indispensable, mais elle est commode, parce qu'elle condense et fait retomber dans le flacon presque toute l'eau entraînée, qui est en quantité assez considérable quand le liquide s'est échauffé par la réaction.

L'appareil étant ainsi disposé, on introduit dans le flacon quelques lames de zinc, une couche d'eau pour fermer l'ouverture du tube de sûreté ; enfin on y verse un peu d'acide sulfurique. Le gaz hydrogène qui se dégage chasse l'air du flacon. On porte au rouge le tube dans la partie qui est enveloppée de clinquant, au moyen de charbons placés sur une grille. Un petit écran empêche le tube de s'échauffer à une distance trop grande de la partie entourée de charbons. On introduit ensuite le liquide suspect par le tube ouvert au moyen d'un entonnoir effilé, de manière à le faire descendre le long des parois du tube, afin d'éviter que de l'air ne soit entraîné dans le flacon. Si le dégagement du gaz se ralentit après l'introduction de la liqueur, on ajoute une petite quantité d'acide sulfurique, et l'on fait marcher l'opération lentement et d'une manière aussi régulière que possible.

Si le gaz renferme de l'arsenic, celui-ci vient se déposer sous forme d'anneau en avant de la partie chauffée du tube. On peut mettre le feu au gaz qui sort de l'appareil et essayer de recueillir des taches sur une soucoupe de porcelaine. On en obtient en effet quelquefois quand on ne chauffe pas une partie assez longue du tube, ou lorsque celui-ci a un trop grand diamètre.

On peut également recourber le tube et faire plonger son extrémité dans une disolution de nitrate d'argent, pour condenser au besoin les dernières portions d'arsenic.

L'arsenic se trouvant déposé dans le tube sous forme d'anneau, il est facile de constater toutes les propriétés physiques et chimiques qui caractérisent cette substance. Ainsi l'on vérifiera facilement :

Premièrement. Sa volatilité ;

Secondement. Son changement en une poudre blanche volatile, l'acide arsénieux, quand on chauffera le tube ouvert aux deux bouts dans une position inclinée ;

Troisièmement. En chauffant un peu d'acide nitrique ou d'eau régale dans le tube, on fera passer l'arsenic à l'état d'acide arsénique très soluble dans l'eau. La liqueur, évaporée à sec avec précaution dans une petite capsule de porcelaine, donnera un précipité rouge-brique quand on versera dans la capsule quelques gouttes d'une dissolution bien neutre de nitrate d'argent;

Quatrièmement. Après toutes ces épreuves, on peut isoler de nouveau l'arsenic à l'état de métal. Pour cela il suffit d'ajouter une petite quantité de flux noir dans la capsule où l'on a fait la précipitation par le nitrate d'argent, de dessécher la matière et de l'introduire dans un petit tube dont une des extrémités est effilée, et dont on ferme l'autre extrémité à la lampe, après l'introduction de la matière. On fait tomber la matière dans la partie évasée et l'on porte celle-ci à une bonne chaleur rouge, l'arsenic passe à l'état métallique et vient former, dans la partie très étroite du tube un anneau qui présente tous les caractères physiques de l'arsenic, même quand il n'existe que des quantités très petites de cette substance.

6° Il est facile de trouver dans le commerce du zinc et de l'acide sulfurique qui ne manifestent pas d'arsenic dans l'appareil de Marsh, même quand on dissout des quantités considérables de zinc. (Expérience 16.) L'acide sulfurique que nous avons employé était de l'acide purifié par distillation, et le zinc était du zinc laminé en feuilles minces (1).

Dans tous les cas il est indispensable que l'expert essaie préalablement avec le plus grand soin toutes les substances qu'il doit employer dans ses recherches. Nous pensons même que quelques essais préliminaires ne donnent pas une garantie suffisante, et qu'il est nécessaire que l'expert fasse en même temps, ou immédiatement après l'expérience sur les matières empoisonnées, une expérience toute semblable à blanc, en employant tous les mêmes réactifs et en mêmes quantités que dans l'opération véritable.

Ainsi, s'il a carbonisé les matières par l'acide sulfurique et par l'acide nitrique, il devra évaporer dans des vases semblables des quantités tout à fait égales d'acides, reprendre par le même volume d'eau ; en un mot, répéter dans l'expérience de contrôle, sur les réactifs seuls, toutes les opérations qu'il a faites dans l'expérience véritable.

7° Les procédés de carbonisation des matières animales par l'acide nitrique ou le nitrate de potasse peuvent réussir d'une manière complète ; mais il arrive cependant quelquefois qu'on n'est pas maître d'empêcher une déflagration très vive à la fin de l'expérience : cette déflagration peut donner lieu à une perte notable d'arsenic. La carbonisation par l'acide sulfurique concentré et le traitement du charbon résultant par l'acide nitrique ou l'eau régale, nous paraît préférable dans un grand nombre de cas. Ce procédé, donné par MM. Danger et Flandin, exige l'emploi d'une quantité beaucoup moindre de réactifs ; il est toujours facile à conduire, et quand il est convenablement exécuté, ce procédé ne donne lieu qu'à une perte très faible d'arsenic, comme cela résulte de nos expériences (17, 18, 19 et 20). On

---

(1) Si la substance à carboniser renfermait beaucoup de chlorures, il serait à craindre que l'arsenic fût entraîné pendant la décomposition par l'acide sulfurique ; mais on le retiendra complétement en faisant la carbonisation dans une cornue munie d'un récipient, dont les parois ont été préalablement mouillées avec de l'eau.

(1) Le zinc laminé doit être préféré au zinc en plaques du commerce : le laminage auquel il a été soumis est déjà une garantie de sa pureté. Le zinc laminé doit être préféré au zinc grenaillé, parce qu'il présente moins de surface et donne un dégagement d'hydrogène plus facile à régulariser.

évitera toute chance de perte en faisant la carbonisation dans une cornue de verre munie de son récipient, comme nous l'avons recommandé plus haut. (Expérience 20.)

8° Il est de la plus haute importance que la carbonisation de la matière organique soit complète; sans cela on obtient non seulement une liqueur qui mousse dans l'appareil de Marsh, mais cette liqueur peut donner des taches qui présentent quelquefois dans leur aspect de la ressemblance avec les taches arsenicales. Ces taches, qui ont été observées d'abord par M. Orfila, et qu'il a désignées sous le nom de *taches de crasse* (Mémoires sur l'empoisonnement, pag. 37), se produisent souvent en grande abondance quand la matière organique n'a été que partiellement détruite. Ces taches, qui proviennent de gaz carbonés, partiellement décomposés dans la flamme, se distinguent du reste facilement par les réactions chimiques des taches arsenicalets. Mais elles pourraient donner lieu à des méprises très graves, si l'expert se contentait des caractères physiques des taches.

9° Quant à l'arsenic que l'on avait annoncé exister dans le corps de l'homme à l'état normal, toutes les expériences que nous avons faites, tant sur la chair musculaire que sur les os, nous ont donné des résultats négatifs.

10° La commission, résumant les instructions contenues dans ce rapport, pense que le procédé de Marsh, appliqué avec toutes les précautions qui ont été indiquées, satisfait aux besoins des recherches médico-légales dans lesquelles les quantités d'arsenic qu'il s'agit de mettre en évidence, sont presque toujours très supérieures à celles que la sensibilité de l'appareil permet de constater. Bien entendu qu'il doit toujours être employé comme un moyen de concentrer le métal pour en étudier les caractères chimiques, et qu'on devra considérer comme nulles, ou au moins comme très douteuses, les indications qu'il fournirait si le dépôt qui s'est formé dans la partie antérieure du tube chauffé ne permettait pas à l'expert, à cause de sa faible épaisseur, de vérifier d'une manière précise les caractères chimiques de l'arsenic.

Nous ajouterons que dans le plus grand nombre des cas d'empoisonnemens, l'examen des matières vomies ou de celles qui sont restées dans le canal intestinal convaincra l'expert de la présence du poison, et qu'il n'aura à procéder à la carbonisation des organes que dans les cas où les premiers essais auraient été infructueux, ou dans ceux très rares où les circonstances présumées de l'empoisonnement lui en indiqueraient la nécessité.

11° Vos commissaires, prenant en considération l'importance de la question, les efforts que MM. Danger et Flandin ont faits pour éclairer l'emploi de l'appareil de Marsh, vous proposent de les remercier pour leurs diverses communications.

Ils pensent que l'Académie doit également des remercîemens à MM. Lassaigne, Kœppelin et Kampmann pour les modifications utiles qu'ils ont apportées au procédé de Marsh.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Magendie demande la parole et s'exprime ainsi :

« Le rapport fort remarquable que vous venez d'entendre rappelle un fait physiologique qui domine toute la question des empoisonnemens. C'est que les matières vénéneuses, quelque irritantes, quelque caustiques même qu'elles soient, sont absorbées, circulent avec le sang et vont se ré andre ainsi dans tous les organes, tantôt pour y séjourner, tantôt simplement pour les traverser et sortir bientôt par les divers émonctoires, tels que les reins ou le poumon. Le rapporteur a semblé regarder ce fait comme nouveau et l'attribuer à l'un des auteurs dont il a si bien analysé les travaux. Mais il n'en est rien : le fait est très anciennement connu, je l'ai établi dans mes premiers mémoires à l'Académie. J'ai même donné la théorie de cette absorption, qui se fait dans tous les points du corps où il y a des vaisseaux sanguins. C'est un phénomène purement physique dont on connaît parfaitement le mécanisme. Quant à aller rechercher à l'aide de moyens très délicats, d'un emploi difficile, la présence des matières absorbées dans les tissus pour en déduire des conclusions qui s'appliqueraient à la médecine légale, M. Magendie regarde ce genre d'investigation, où les hommes les plus habiles peuvent aisément s'abuser, comme offrant les plus graves inconvéniens et pouvant entraîner des erreurs funestes dans les décisions de la justice. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Relevé des mois de mars, avril et mai 1841.

Ce relevé porte sur 365 cas. — 221 affections chroniques et 144 affections aiguës; elles sont réparties comme il suit :

Maladies chroniques.

		Morts.
12	Bronchites simples.	
22	Bronchorrhées et pneumonectasies.	2
31	Pneumo-phymies (tub. pulm.)	13
4	Hydropleuries.	
30	Hypersplénotrophies.	
3	Hyperhépatotrophies.	
1	Péritonite chronique.	1
2	Gastralgies.	
1	Refoulement viscéral.	
1	Hémorrhoïdes.	
1	Entérite chronique.	
2	Maladie de Bright.	
3	Epilepsies.	
5	Sciatiques.	1
1	Dysnervie partielle (paralysie).	
1	Tremblement saturnin.	
2	Hystéries.	
2	Myélopathies.	
1	Chorée.	
1	Splénalgie.	
19	Myosalgies.	
4	Mydrohémies.	
3	Hypercardiotrophies.	
6	Arthrites chroniques.	
8	Métrovaginites.	
5	Métrites.	
1	Ganglionite inguinale.	
1	Gangrène inguinale.	
7	Cancers.	5
21	Infirmes.	2
8	Affections chirurgicales.	
12	Maladies nulles.	
221		24

Maladies aiguës.

		Morts.
20	Bronchites.	
33	Pneumonites.	1
6	Pleurites.	
5	Amygdalites.	
12	Entérites septicohémiques.	1
22	Entéro-colites.	
3	Coliques saturnines.	
2	Splénites.	
1	Encéphalohémie.	
1	Méningite.	1
2	Otites	
4	Ophthalmies.	
8	Erysipèles.	
1	Rougeole.	
1	Rougeole et scarlatine.	
2	Erythema nodosum.	
1	Zona.	
1	Prurigo.	
2	Polyhypérémies.	
3	Hémoarthrites.	
1	Mammite.	
1	Phlegmasia alba dolens.	1
3	Métrites puerpérales.	1
2	Métrites simples.	
5	Orchites.	
144		5

Faisons ici remarquer que la mortalité absolue a été de 1 sur 12; mais que si l'on sépare les maladies aiguës des affections chroniques, on trouve pour celles-ci la proportion de 1 à 7, et pour les premières de 1 sur 29 malades.

L'analyse complète du tableau que nous venons d'exposer, nous entraînerait dans des détails trop longs pour un seul article. Nous nous bornerons aujourd'hui à l'étude des faits relatifs aux affections de la poitrine, nous réservant de continuer ce travail dans un prochain numéro.

Affections thoraciques.

		Morts.			Mort.
12	Bronchites simples.		4	Hydropleuries.	
22	Bronchorrhées et pneumonectasies.	2	20	Bronchites.	
31	Pneumophymies.	13	33	Pneumonites.	1
			6	Pleurites.	
65		15	63		1

Maladies chroniques.

Chez tous les malades affectés d'emphysème, ou *aéropneumonectasie*, il existait en même temps une bronchorrhée qui, par l'abondance et la viscosité de la sécrétion, produisait une oppression extrêmement pénible. L'inspiration facile, l'expiration longue et sibilante, accompagnées dans la plupart des cas d'un râle sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière, trahissaient à la fois et la gêne de la respiration et sa cause anatomique. Le tartrite antimonié de potasse à la dose de 2 décigr. pour faciliter l'expectoration, et les boissons en grande quantité dans les cas où les crachats trop visqueux ne se détachaient qu'avec peine de la muqueuse bronchique, tandis qu'on ordonnait au contraire une abstinence totale des boissons dans le cas de sécrétion bronchique abondante et fluide, tels ont été les moyens mis en usage chez ces 22 malades. Deux d'entre eux, arrivés à un âge très avancé, n'ont retiré aucun bénéfice d'un traitement qui soulagea les autres en moins de 48 heures. A l'autopsie, on reconnut ce que l'auscultation avait déjà enseigné; à savoir, la présence d'une immense quantité d'écume bronchique obstruant tous les tubes aériens, et s'opposant par sa présence seule au libre exercice des fonctions respiratoires.

Le nom d'emphysème donné à cette maladie rapproche la dilatation des vésicules pulmonaires du passage de l'air dans le tissu cellulaire. N'est-ce point là un nom tout à fait impropre? donne-t-il la moindre idée de l'état anatomique de l'organe malade? et n'est-il pas évident pour tout le monde, que cette dilatation des vésicules n'est pas la maladie que le médecin est appelé à traiter, et qu'elle est seulement le résultat de la présence de crachats visqueux dans les voies de l'air? L'immense énergie musculaire employée dans l'acte de l'inspiration explique comment l'air franchit sans difficulté les obstacles que lui présente la sécrétion dans les tubes aériens, et l'expiration sibilante et prolongée qui la suit trouve sa cause et sa raison dans le peu de forces actives que l'expiration met en jeu. Cette manière de considérer l'emphysème du poumon offre en outre l'immense avantage d'indiquer le remède, puisqu'elle fait connaître le siége et la nature du mal. Les expectorans, et en particulier le tartrite antimonié de potasse, trouvent ici leur application, et soulagent avec une promptitude merveilleuse des malades qui semblaient sous le coup d'une asphyxie imminente. J'ai parlé plus haut des indications auxquelles obéit M. Piorry dans l'administration des boissons à haute dose et dans la privation absolue des liquides; elles sont trop simples pour qu'il soit nécessaire d'y revenir, et sont entièrement déduites de la nature plus ou moins visqueuse de l'expectoration.

Sur 31 malades affectés de pneumo-phymie (tubercules pulm.), nous avons observé 14 femmes et 17 hommes : 7 femmes et 6 hommes ont succombé.

Nous citerons parmi ces derniers un jeune nègre, Virginien, habitant la France depuis sept ans. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une entérite septicohémique caractérisée par des rhinorrhagies (épistaxis) abondantes, des étourdissemens, une fièvre intense et continue, un dévoiement opiniâtre, une broncho-pneumonie hypostatique légère, et du délire. Il présentait la plupart de ces phénomènes à l'époque de son entrée à la salle St-Raphaël. Le délire survenait presque chaque soir. Une matité presque absolue s'observait dans la cavité abdominale; le dévoiement persistait avec une abondance et une opiniâtreté peu commune; enfin le jeune malade présentait la plupart de ces symptômes à l'ensemble desquels on est convenu de donner le nom impropre de fièvre typhoïde. Le sommet du poumon, au-dessus et au-dessous des clavicules, ne rendait que peu de son à la percussion; la toux continuait; l'auscultation fournissait peu de lumières sur la nature de l'affection du poumon. Le diagnostic porté fut : entérite septicohémique en convalescence, et pneumophymie (tuberculisation) aiguë. Il mourut après six semaines de maladie, et l'on trouva à la fin de l'intestin grêle des plaques de Peyer saillantes et gaufrées, avec une arborisation remarquable de tout cet intestin; le colon sain; les ganglions mésentériques remplis de matière tuberculeuse ramollie; les poumons, vidés d'air à leur sommet, et criblés de petites masses tuberculeuses; les ganglions bronchiques dégénérés, emphymies, et des épanchemens de sérosité citrine de 125 grammes dans la plèvre droite, 60 grammes dans le péricarde et 150 grammes environ dans le péritoine.

Tous ces détails ne semblent-ils pas indiquer que ce malade a succombé sous l'influence d'une tuberculisation aiguë dont la marche a sans doute été hâtée par un mauvais état des voies digestives, produit lui-même par l'habitation d'une chambre petite et malsaine, au sein d'une grande ville, et dans un climat auquel ce jeune nègre n'était pas habitué?

Les autres phymiques sont revenus à de meilleures conditions, au moyen de réactifs appliqués sur les points correspondans aux parties malades des poumons, assisté d'un régime généralement tonique et du renouvellement prescontinuellement de l'air des salles.

Quatre cas d'hydropleurie se sont présentés : trois à droite; un seul du côté gauche. Chez trois de ces malades l'épanchement, dont la hauteur avait été préalablement limitée, diminua et disparut sous l'influence de vésicatoires énormes appliqués à diverses reprises sur la poitrine, de l'abstinence complète des boissons et de l'émétique administré à dose purgative. Chez le quatrième, le traitement n'obtint qu'un succès médiocre, et tout portait à croire que des phymies sécrétées en abondance dans le poumon correspondant entretenaient l'hydropysie qu'elles avaient peut-être causé.

Trente-trois malades affectés de pneumonite se sont succédé dans le service. Un seul a succombé.

Obs. 3. Salle Saint-Raphaël, 3. C'était un homme de trente-deux ans qui, le 21 avril, étant en sueur, s'exposa à un courant d'air. Il se refroidit aussitôt et fut pris d'un point de côté à droite. Le même jour frisson et fièvre, bientôt toux, oppression, expectoration rouillée. Entrée à l'hôpital le 27 avril, neuvième jour de la maladie. Pouls petit et dur à 124, respiration fréquente, 40 inspirations par minute. En arrière et à droite, matité occupant toute la hauteur du poumon; respiration bronchique et bronchophonie dans la même étendue. Matité du cœur, 18 c. transversal, 15 centimètres de haut en bas. Pas de voussure; bruits et impulsion naturels. Constipation opiniâtre depuis six jours. Malgré trois saignées rapprochées, deux vésicatoires sur la paroi thoracique droite, le second jour de l'entrée, une teinte ictérique se répandit sur tout le corps, sans augmentation de volume du foie; le ventre devint sensible à la pression; le pouls resta fréquent, à 136, mais devint misérable; la respiration, toujours fréquente, à 48; expectoration jus de pruneaux. Le délire survint alors, et le malade tomba dans un affaissement qui fit diagnostiquer le passage de la pneumonite à la suppuration diffuse. Le dixième jour de sa maladie, et le troisième après son entrée le malade mourut. On trouva le poumon droit à l'état d'hépatisation grise du sommet à la base; le péricarde contenant environ 100 grammes de sérosité transparente, et toute la face interne de cette membrane, tant sur le cœur que sur le reste de son étendue, était revêtu de fausses membranes pointillées et saillantes, lui donnant l'aspect et la rudesse, au toucher, de la langue du chat. Cœur droit contenant des caillots décolorés; le foie et les organes abdominaux ne présentèrent pour toute lésion anatomique qu'un peu d'injection. Le cerveau et les membranes étaient parfaitement sains.

Obs. 2. Lucas Alféof, soixante-deux ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 16 avril. Pneumonite du sommet à gauche, datant de huit jours. Matité dans le triangle sus claviculaire, et descendant à 5 centimètres au-dessous de la clavicule. Crépitation, respiration tubaire; bronchophonie, crachats rouillés, fièvre, point de côté à gauche. Saignée, teinte verdâtre de la couenne, teinte ictérique de la face et du corps; foie hypertrophié, 2 centim. sous l'aisselle, 18 centim. sous le mamelon droit, 10 centim. à l'épigastre; vésicule volumineuse. Nouvelle saignée; diminution de la matité; respiration vésiculaire mêlée de ronchus muqueux à grosses bulles; crachats muqueux; pouls 70. Vésicatoire. Guérison le 20, quatre jours après l'entrée.

Obs. 3. Fauvet, carrier, cinquante-quatre ans. Pneumonite de la base du poumon gauche; matité, 21 centim. de hauteur; respiration tubaire; bronchophonie. Quatre saignées. Guérison le troisième jour.

Obs. 4. François, soixante-dix ans, couverturier. Pneumonite au sommet droit; matité sus-claviculaire, et descendant à 6 centim. au-dessous de la clavicule; en arrière, matité étendue de l'apophyse transverse de la première dorsale à 5 centim. plus bas. Crépitation et souffle au sommet; crachats rouillés; fièvre. Deux saignées le premier jour. Guérison en trente-six heures.

Nous pourrions citer un grand nombre de cas de ce genre; il n'est pas sans intérêt de remarquer que sur nos 33 cas de pneumonite, 25 étaient des hommes. Si nous dépouillons ces observations pour étudier le siége de la maladie, nous trouvons la pneumonie double en arrière une seule fois; deux fois tout un poumon, et dans les deux cas le droit; quatorze fois à la base, dont dix à droite; sept fois à la partie moyenne, cinq fois à droite; et huit fois le sommet, six fois le droit. Elle s'est donc présentée vingt trois fois, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas, du côté droit. Ce dépouillement montre que la pneumonie du sommet n'est pas aussi rare qu'on l'a dit, puisque nous l'avons observée dans un quart environ des cas. Enfin, l'ictère ou cholihémie s'est présenté sept fois : chez quatre malades affectés de pneumonite de la base du poumon droit; dans les trois autres cas, il accompagna deux pneumonites du sommet droit et une du sommet gauche. Dans tous, le foie présentait une hypertrophie notable que diminuait la saignée.

Chez les six malades affectés de *pleurites*, l'épanchement existait quatre fois à droite et deux fois à gauche. Chez les quatre premiers, la percussion plessimétrique permit de constater l'abaissement du foie; chez les deux autres, le refoulement du cœur vers le mamelon droit. Aucun de ces malades n'a été saigné plus de deux fois. Les vésicatoires ont été employés dès le quatrième jour de la maladie, et la percussion plessimétrique permit de suivre le retrait graduel du liquide, qui disparut avant le douzième jour

chez tous ces malades. En voici un exemple :

Obs. (Saint-Raphaël, 4). Léon, domestique, vingt ans, éprouve un refroidissement brusque le 10 avril ; après avoir frotté. Il entre à l'hôpital le 15 avril. Epanchement à gauche, 12 centimètres de hauteur, sans déplacement ; égophonie parfaite ; absence de respiration ; toux, expectoration muqueuse, oppression, point de côté à gauche ; peau chaude ; pouls plein et fréquent ; urine précipitée en vert pâle par l'acide nitrique. Saignée ; 4 pots d'orge ; couenne imparfaite sur le sang. Pouls à 96. Vésicatoire. Guérison le 20. Sortie le 22 avril. D. Maccarthy, Interne des Hôpitaux.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Hernie inguinale oblique droite non congénitale, datant de l'âge de 2 ans, chez un enfant de 13 ans et demi. Etranglement, inflammation, opération. La tumeur herniaire était représentée par l'appendice iléo-cœcale et une masse énorme d'épiploon. Mort Autopsie.

Le mercredi 2 juin, a été transporté dans le service ; salle Saint-Côme, un enfant de treize ans et demi, qui présentait tous les symptômes d'une hernie étranglée. Les parens nous ont assuré qu'il portait, dès sa plus tendre enfance cette hernie ; ou plutôt qu'il en avait été atteint autrefois, ce qui l'a obligé de porter un bandage *ad hoc*. L'usage de celui-ci était entièrement suspendu depuis dix-huit mois, car la hernie ne reparaissait plus depuis long-temps, et on la croyait d'autant mieux guérie, que la tumeur se trouvait réduite à un volume très exigu, sous forme de cordon ; ce qui avait pu faire présumer au chirurgien qui avait soigné l'enfant, que ce cordon n'était autre chose qu'un résidu épiploïque (morceau de palette), vestige de la tumeur herniaire qui avait existé autrefois et qui, en contractant des adhérences sous l'influence de l'action de la pelote, s'était atrophié et transformé en un tampon organique. Bref, le fait était considéré comme un exemple heureux de cure radicale d'une hernie obtenue par l'usage long-temps continué du bandage. Nous insistons à dessein sur ce point, car dans un instant nous verrons qu'il est devenu la cause éloignée de tous les désastres ultérieurs.

Au moment de son arrivée à l'hôpital, sur les dix heures du matin, les parens assurèrent que la tumeur qui, depuis un temps presque immémorial ne reparaissait plus, avait reparu le matin et s'était aussitôt étranglée. Toujours est-il que l'enfant n'avait exprimé aucune souffrance la veille. Nous devons dire toutefois que, selon le dire de l'enfant lui-même, la tumeur aurait commencé à reparaître la veille (mardi vers le soir) ; mais ses paroles ne méritent pas grande confiance, vu l'état d'idiotisme auquel il se trouve réduit.

Notre interne reçut le malade en notre absence et se livra sur-le-champ à des tentatives de réduction qui n'eurent pas de résultat favorable. Le bain fut aussitôt donné, mais il ne put être prolongé autant qu'on l'aurait désiré, parce que l'enfant se trouva mal ; il eut une syncope. Il est à regretter que l'interne, alors absent, n'ait pas pu profiter de ce moment de détente générale pour faire de nouvelles tentatives de réduction. Quoi qu'il en soit, à la sortie du bain on recommença le taxis, sans cependant en retirer aucun fruit. Alors, un lavement purgatif (sulfate de soude) fut administré, et il procura plusieurs évacuations. Du reste, il n'y avait pas eu de vomissemens jusqu'alors, et le ventre n'était pas sensible.

Je vis pour la première fois le malade à dix heures et demie du soir. Je constatai les caractères physiques et physiologiques d'une hernie inguinale droite, avec étranglement inflammatoire. La forme de la tumeur, qui renfermait tout le scrotum, et qui était bosselée, inégale à sa surface, dure, avec empâtement et rougeur du tégument, sans fluctuation ni sonorité, pesante d'ailleurs eu égard à son volume, sans gargouillemens ; tous ces signes, qui auraient dû traduire la participation de l'intestin à la formation de la tumeur, tels que ballonnement du ventre, météorisme, douleur abdominale, défaut d'évacuations intestinales, de hoquet, de vomissemens, de coliques, etc.

Les symptômes locaux étaient encore peu graves, et rien n'indiquait un état général alarmant : je fus d'avis de recommencer les manœuvres du taxis, et de proscrire, quant alors au moins, l'opération, me rappelant avoir, dans plus d'une occasion, entendu dire à Dupuytren qu'il était rare que la hernie étranglée chez les enfans ne finît pas par rentrer sans qu'il fût nécessaire d'en venir à l'opération sanglante.

Le taxis n'ayant pas réussi, je prescrivis une application de sangsues ; moyen fréquemment efficace, et dont, à notre regret, on n'avait pas profité dans la journée. Il importe de ne jamais perdre de vue, en effet, que les bains, les saignées générale et locale, les lavemens de tabac et la position, sont les meilleurs moyens adjuvans du taxis. Après les sangsues un second bain fut administré, qui procura de nouveau la syncope. Le malade passa une mauvaise nuit.

Le lendemain jeudi, 3 juin, la tumeur était plus douloureuse que la veille ; il y avait eu un vomissement dans la nuit, mais qui ne s'était plus renouvelé jusqu'à l'heure de la visite : il n'y avait pas eu de selles non plus ; le ventre n'était ni douloureux ni ballonné. Le taxis fut encore pratiqué à dix heures du matin : la tumeur était enflammée et avait le volume d'un œuf de cygne.

La question de procéder sur-le-champ à l'opération fut un moment agitée ; mais nous avions grande foi dans les paroles de Dupuytren, notre illustre maître, qui trouvaient d'ailleurs une confirmation dans notre propre expérience ; car jusqu'alors nous avions toujours vu rentrer les hernies des enfans sans opération, et celle-ci fut encore différée jusqu'au soir au moins.

Cependant, nous fîmes sur-le-champ pratiquer en notre présence une large saignée du bras, le malade étant assis, dans l'espoir de mieux obtenir la syncope, dont nous nous promettions bien de tirer parti en revenant tout de suite au taxis ; mais il n'en fut point ainsi. Au défaut de cette ressource, nous eûmes recours au lavement de tabac (2 grammes), qui procura une évacuation alvine, mais dont l'action dynamique, d'ordinaire si efficace dans l'étranglement herniaire, ne s'exerça point ici d'une manière évidente.

Sans plus long-temps attendre, on réappliqua des sangsues et on laissa en permanence des cataplasmes sur la tumeur. A cinq heures du soir, il y avait encore eu un vomissement. Evidemment, il ne fallait plus différer, et l'opération fut tout de suite pratiquée, en nous conformant du reste au procédé généralement usité.

Avant d'arriver sur le sac, nous eûmes à diviser couches par couches plusieurs feuillets de tissu cellulaire condensé, excentrique au sac lui même, et qui donnait de primeabord à celui-ci l'apparence d'un épaississement remarquable. Mais il n'en était rien, et bientôt nous arrivâmes sur le feuillet séreux dont les caractères anatomiques n'étaient pas notablement altérés. Lorsqu'en procédant à la division du sac nous eûmes pratiqué sur un de ses points une petite ouverture, il s'en échappa un liquide qui répandit une forte odeur de matières fécales. Nous pensâmes un instant avoir porté un diagnostic à certains égards inexact, car sur la donnée que nous venions d'émettre, il ne nous paraissait plus douteux que l'intestin eût formé partie constituante de la hernie, se fût gangrené, et eût laissé s'épancher des matières liquides dans la cavité du sac. Il nous paraissait de même que nous avions des reproches à nous adresser pour avoir trop long-temps différé l'opération.

Il n'en était rien pourtant : le sac ayant été ouvert, une grande masse épiploïque, gangrenée en grande partie, se montra à nos yeux ; mais il n'y avait point d'intestin.

L'étranglement siégeait au collet du sac : on le fit cesser par le débridement directement en haut.

La plus grande partie de l'épiploon fut reséquée ; l'autre fut liée au pourtour de l'ouverture abdominale.

Ceci étant fait, en soulevant la partie la plus postérieure de l'épiploon, nous trouvâmes une languette arrondie, de couleur rosée, résistante, occupant tout à fait la partie postérieure de la tumeur et descendant en arrière de l'épiploon, jusqu'au bas-fond du sac, auquel elle adhérait intimement.

Voici ce que nous paraissait être cette languette d'un tissu d'ailleurs dense et serré. Nous nous rappelions qu'il y avait eu chez cet enfant une hernie ancienne, que pendant nombre d'années on avait combattue par le bandage. Acceptant sans contrôle l'opinion émise jadis par le chirurgien qui avait soigné l'enfant, savoir : Que le résidu de la tumeur herniaire en forme de cordon, qui était sensible au toucher, n'était probablement que le résultat de l'atrophie de l'épiploon transformé en un bouchon organique. C'est celui-ci même que nous pensâmes alors avoir sous les yeux.

Pour rejeter une semblable manière de voir cependant, il aurait peut-être suffi de faire attention à ceci, que le grand épiploon n'étant pas complétement développé chez les enfans, par cela même ne se trouve pas d'ordinaire dans leurs hernies, et que, par cette raison même, si quelquefois il vient à s'y trouver, il doit, dans son défaut de développement, trouver une propriété qui facilite la rentrée de la hernie.

C'est peut-être faute d'avoir suffisamment réfléchi à ce sujet anatomique, que nous n'avons pas pu prévoir que la hernie ne rentrerait pas aussi facilement chez cet enfant âgé de treize ans et demi, et grand d'ailleurs pour son âge, que cela arrive chez les tout petits enfans. C'est pour cela aussi que nous n'avons pas reconnu tout d'abord la nature de la languette en question et qui, eu égard à l'âge auquel la hernie avait fait son apparition, ne pouvait être le résultat d'une atrophie de l'épiploon, et cela pour la raison anatomique que nous en avons donnée plus haut.

Ce qui était bien évident cependant, c'est que le cordon déjà mentionné domiciliait depuis long-temps dans le sac, puisqu'il adhérait à celui-ci d'une manière très intime. De toutes manières donc il faisait partie constituante des organes anciennement herniés. Quant à l'énorme masse épiploïque, sa décente dans le sac était tout-à-fait de nouvelle date.

Dès le lendemain de l'opération, c'est-à-dire le vendredi matin, existaient déjà des symptômes de péritonite qui allèrent toujours en augmentant. Le malade mourut dans la journée.

Autopsie. Nous avons principalement porté notre attention vers l'état des organes abdominaux et des parties constituantes de la hernie. Le restant de l'organisme a été en quelque sorte négligé, et nous n'avons eu qu'à noter un peu d'engouement pulmonaire.

Pour ce qui est de l'abdomen, nous avons trouvé à la surface extérieure des circonvolutions intestinales lubréfiées par une couche très mince de pus : une petite quantité de ce fluide était accumulée dans l'excavation pelvienne.

Du côté de la hernie et de ce qui s'y rapportait, voici ce que nous avons remarqué : l'épiploon ventral était sain, ne présentait pas la moindre trace de phlogose, et les dégâts de cet organe se limitaient exclusivement à la partie qui avait dépassé la limite du collet du sac. Nous avons dit que cette partie de l'épiploon avait été en partie mortifiée ; le reste était fortement hypérémié.

Le prétendu cordon épiploïque dont nous avons fait mention plusieurs fois n'était autre chose que l'appendice vermiculaire du cœcum ayant acquis deux ou trois fois sa longueur ordinaire, conservant la perméabilité de son canal, et adhérant au bas-fond du sac ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure. Cet organe, protégé de toutes parts par l'épiploon, excepté à sa partie postérieure dans une très petite étendue, n'avait pas eu beaucoup à souffrir de la constriction du collet.

Il reste clairement démontré à présent, et c'est là, du moins, notre opinion personnelle, que, dès son origine, la hernie était représentée exclusivement par l'appendice iléo-cœcale, dont la persistance après l'usage prolongé du brayer, et par suite de sa disposition cordoniforme, a pu faire croire à la guérison radicale de la hernie par suite de la transformation de l'épiploon en un bouchon organique.

Evidemment on s'est de tout temps abusé sur la nature des parties herniées, ce qui a été cause de tous les désastres ultérieurs ; d'abord, parce que si on s'était rappelé, comme nous l'avons déjà dit, qu'il est presqu'impossible que l'épiploon puisse faire hernie aux canaux inguinaux, chez les tout petits enfans, on serait peut-être arrivé à un diagnostic plus exact qui aurait évité au moins la modification indiquée subie par l'épiploon, que l'inspection directe des parties a démontrée erronée. Mais surtout, on n'eût pas permis la cessation de l'usage du brayer, l'idée d'une cure radicale procurée par lui, et suivant le mode que nous avons indiqué, cessant de pouvoir être admise.

Nous terminerons en exprimant la modification que ce fait apportera ultérieurement à la conduite que nous suivrons en pareil cas, puisqu'il nous démontre que, chez les enfans aussi, il peut y avoir danger à retarder trop long-temps l'opération, et que s'il est vrai de dire avec les auteurs qui se sont occupés de cette matière, et Dupuytren notamment, que la hernie étranglée chez l'enfant rentre d'ordinaire sans opération, elle peut aussi arriver, comme chez l'adulte, aux funestes conséquences de l'étranglement. Disons donc que désormais les sangsues, les saignées, les bains, le tabac en lavement, le taxis, sont des moyens que nous nous hâterons d'employer, et auxquels, en cas de non-réussite, nous ferons promptement succéder l'opération sanglante. K...

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 29 JUIN 1841. (14e ANNÉE.) N° 79, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Pneumonie lobaire. Guérison. Rechute. Mort. Tubercules.

Nous avons au n° 5 de la salle Sainte-Julie, un enfant âgé d'un an, qui, au mois de juin 1840, fut déjà amené par sa mère (celle-ci avait un phlegmon du sein qui fut traité exclusivement par les cataplasmes, et qui dura six semaines). Cet enfant était alors d'une maigreur squelettique; sa peau, d'un jaune bistre, était complétement recouverte d'une enveloppe squammeuse. Des bains de sublimé, des bains alcalins avec le sous-carbonate de soude, et un meilleur régime hygiénique, amenèrent la guérison de cette maladie de peau, dont il ne reste plus que quelques traces seulement au bras. L'enfant a repris de l'embonpoint, et est sorti de l'hôpital avec sa mère six semaines après leur entrée.

Cette femme rentra de nouveau au mois d'octobre suivant; l'enfant était bien portant; seulement, depuis quelque temps il était atteint d'un coryza chronique qui l'empêchait de dormir et de téter. Cet accident disparut sous l'influence d'insufflations de calomélas.

Le 23 novembre, la mère revint une troisième fois dans notre service pour être traitée d'excoriations du mamelon. L'enfant présentait alors l'apparence d'une bonne santé, à cela près d'une maigreur encore assez notable et d'un gonflement du ventre qui semblait être le premier degré de l'atrophie mésentérique. Vers le milieu de janvier, l'on commença, pour l'enfant, l'usage de l'huile de foie de morue à la dose d'un gramme par jour. C'est même à son sujet que nous avons dit quelques mots de cette médication.

Le 24 janvier, la coqueluche régnant dans la salle, l'enfant est pris d'un catarrhe qui paraît n'avoir rien de grave ni de spécial.

Le 26, survint une fièvre vive avec abattement et oppression.

Le 27 au matin, à la visite, la face de l'enfant est pâle, altérée, anxieuse, l'oppression est fort notable; toutefois il n'y a de bruit ni dans l'expiration, ni dans la reprise; le pouls est fréquent, la peau un peu chaude: il n'y a ni dévoiement, ni vomissement.

En explorant la poitrine, l'on constate que la résonnance est normale dans toute son étendue. L'on entend du râle muqueux nombreux mêlé de quelques bulles de râle sous-crépitant à droite. Nous prescrivons 15 centigrammes de poudre d'ipécacuanha dans 25 grammes de sirop simple, qui n'ont déterminé aucun vomissement, mais seulement une garderobe. La toux, fréquente dans la journée, l'est peu pendant la nuit.

Le 28, à la visite, la face est moins anxieuse que la veille; l'enfant tette volontiers; sa peau est chaude, son pouls développé, à 156 pulsations par minute; il dort au sein de sa mère.

A la percussion, matité dans toute la partie supérieure et postérieure de la poitrine à droite; résonnance normale à gauche. Dans les points correspondans à la matité, on entend du bruit expirateur et inspirateur beaucoup plus sec que du côté opposé, sans que l'on trouve exactement le caractère du souffle de l'adulte. A gauche, râle muqueux peu nombreux; le bruit d'expansion pulmonaire plus large et meilleur que de l'autre côté; bruit expirateur moins fort, bien qu'on l'entende très distinctement. Rien du côté des voies digestives. Nous prescrivons un quart de looch avec 5 centigrammes de kermès; mais il n'en a été donné qu'une très faible partie, dont l'emploi a été suivi de trois vomissemens.

29. La peau est chaude et sèche, la toux fréquente, l'oppression considérable; la matité n'est pas aussi prononcée que la veille; le sommet du poumon résonne plus mal que la partie inférieure; l'on entend du même côté, à droite, un souffle très considérable sans mélange de râle; à gauche, la respiration est également un peu soufflante, sans autre bruit. L'abattement est plus grand que le jour précédent, 168 pulsations; l'enfant pousse moins de cris et résiste moins quand on le touche. Les pupilles sont contractées; il a de la stupeur. Si ce petit malade, que nous voyons atteint d'une pneumonie lobaire des plus graves, n'eût pas été d'une aussi déplorable constitution, nous aurions pu ouvrir la veine, et en même temps que nous aurions tiré 30 grammes de sang au plus, nous aurions aussi eu recours aux vomitifs coup sur coup; mais à cause de sa débilité, nous nous sommes contenté de lui donner 5 centigrammes de kermès, et de faire appliquer un vésicatoire sur la partie postérieure de la poitrine, et un peu à droite.

Dans la journée du 29, cet enfant a été un peu moins abattu, mais le 30 au matin l'abattement est revenu, bien qu'à un moindre degré; la face est normalement colorée, l'oppression moindre, 140 pulsations; la peau est moins chaude et moins sèche que le jour précédent; la toux fréquente, grasse et plus profonde qu'elle ne l'était. Dans l'inspiration, l'on entend quelques bulles de râle crépitant assez gros à droite, dans toute la partie scapulaire; en bas, la respiration est un peu plus large; l'expansion vésiculaire est très bonne à gauche. En comparant les deux côtés, l'on trouve que le bruit inspirateur est beaucoup plus prononcé à gauche qu'à droite; le contraire s'observe pour le bruit expirateur. Matité du côté droit dans la région scapulaire. Le vesicatoire a bien pris; il reste une partie du demi-looch. Nous faisons donner 10 centigrammes de kermès.

Le 1er février, le pouls est à peine sensible, 160 pulsations; la peau est toujours chaude; la toux fréquente. L'auscultation et la percussion fournissent à peu près les mêmes signes que la veille. L'enfant a pris les dix centigrammes de kermès; il a eu deux vomissemens, et pas de diarrhée. Nous observons au bout de la langue une petite pustule, que nous rapportons à l'action de la préparation antimoniale. L'enfant ne verse pas de larmes, lors même qu'il est le plus tourmenté; il tette très bien, nonobstant la pustule de la langue. Nous continuons les 10 centigrammes de kermès.

Le 2, l'enfant paraît fort oppressé; la peau est moins chaude, la toux toujours fréquente et grasse, le pouls à 140. Il y a aujourd'hui deux pustules sur la langue, l'une au côté, l'autre au-dessous de cet organe. Le petit malade a refusé de téter pendant la nuit; mais ce matin il a paru prendre le sein avec plaisir. La respiration au sommet du poumon, à droite en arrière, conserve toujours le même caractère de sécheresse sans expansion pulmonaire appréciable. A gauche, à la base, celle-ci se fait bien; mais dans la région scapulaire on entend, dans l'inspiration seulement, du râle muqueux très fin qui a presque les caractères du râle crépitant. La veille, dans la journée, quatre vomissemens et deux garde-robes diarrhéiques. Le vésicatoire placé sur la poitrine a suppuré abondamment. Nous suspendons toute médication; le kermès est supprimé: l'enfant prendra seulement le sein.

Le 3, dans toute la partie supérieure du poumon droit, râle crépitant de retour, râle muqueux à gauche; toux fréquente; l'oppression semble être plus grande; peau beaucoup moins chaude; 140 pulsations, le pouls est à peine sensible; ni vomissement, ni diarrhée.

Le lendemain et les jours suivans, tous les symptômes restent à peu près les mêmes; seulement, quand on tourmente l'enfant, ses yeux s'humectent de larmes.

Le 8, la peau est modérément chaude, le pouls insaisissable, la toux moins fréquente, pas de vomissemens, pas de diarrhée. La matité existe toujours à la partie supérieure du poumon droit; en bas, ainsi que du côté gauche, la résonnance est normale. A droite, depuis la partie supérieure jusqu'à la dixième côte, on entend du râle crépitant de retour très fin et très nombreux, comme chez un adulte. Diminution considérable dans le retentissement du cri; l'enfant continue de verser des larmes; tous ces symptômes annoncent ici une marche vers la résolution de la phlegmasie pulmonaire, et peuvent faire espérer une heureuse terminaison de la maladie; mais il est une circonstance chez le petit malade qui n'est pas sans gravité: nous voulons parler de la tendance à l'ulcération des membranes muqueuses, ce qui dénote un état cachec-

FEUILLETON.

Sur la dissolution des calculs urinaires;

PAR M. LE DOCTEUR LEROY-D'ÉTIOLLES.

(Suite et fin.)

Troisième point. — *Action directe des dissolvans par les injections et surtout par les irrigations.*

Si l'action indirecte ou par absorption des réactifs est d'une application difficile et incertaine par l'impossibilité où nous sommes de calculer et de diriger à notre gré les sécrétions, il n'en est pas de même de l'action directe ou par injection, et mieux par irrigation. C'est là une idée qui n'est pas nouvelle, car il y a un siècle, Langrish, Campbell, Butler injectaient l'eau de chaux dans la vessie pour dissoudre les pierres, et Rutherford, par des injections de même nature faites soir et matin pendant quatre mois, guérit (du moins il l'assure) un montagnard écossais d'un volumineux calcul, à l'hôpital d'Edimbourg,

Pour rendre plus rapide encore l'action de l'eau de chaux, Halles imagina un appareil qu'il décrit de la manière suivante: « Je fis » faire à un ingénieux artiste une sonde creuse, dont la cavité » était divisée longitudinalement par une même cloison en deux » tubes, dont les extrémités s'écartaient l'une de l'autre. J'avais » ajusté à l'un de ces tubes une trachée-artère d'oie ou l'urètre » d'un bœuf, lequel, à l'aide d'un tuyau de verre, recevait la li- » queur qui coulait d'un grand vase placé 3 pieds au-dessus de la » sonde creuse. Ainsi, la liqueur passait par un des tuyaux de la » sonde dans la vessie, et après y avoir circulé, elle sortait par » l'autre tuyau. » (*Statistique des Animaux*, p. 163. Paris, 1740.)

M. J. Cloquet inventa de nouveau la sonde à double courant, tombée dans l'oubli, et il s'en servit pour faire des expériences de dissolution sur les calculs avec de l'eau distillée, dont l'action s'est trouvée trop peu énergique. Fourcroy et Vauquelin, qui ont fait des recherches nombreuses au sujet de la dissolution des calculs, avaient indiqué pour les pierres d'acide urique, une lessive légère de potasse ou de soude; pour les pierres formées de phosphate, l'acide chlorhydrique étendu, et pour celles d'oxalate de chaux, l'acide nitrique également très étendu. Malgré l'autorité de ces noms illustres, aucune tentative d'application à l'homme ne fut faite jusqu'à ces dernières années.

J'avais depuis long-temps reconnu et signalé les avantages que l'on peut retirer des injections dissolvantes et surtout des irrigations continues. Voici comment je m'exprimais en 1825 à ce sujet.

« Si des réactifs faibles introduits en petite quantité dans la » vessie pendant un temps limité exercent sur les calculs qui s'y » trouvent contenus une action assez marquée, la dissolution » doit être opérée plus rapidement lorsque le liquide dissolvant » arrive dans la vessie par un courant continu, et si, au lieu de » quelques onces, on a fait circuler dans cet organe plusieurs » pintes dans un instant très court. »

« La sonde à double courant, ajoutais-je, pourrait être em- » ployée avec avantage lorsque la pierre est peu volumineuse; » elle doit, ce me semble, toujours être mise en usage lorsque » la pierre est adhérente à la membrane muqueuse, lorsqu'elle » est enchâtonnée ou contenue dans une cystocèle, lorsqu'il » n'existe dans la vessie que des graviers. Enfin, si cette méthode » cause trop de lenteur pour être employée seule lorsque le cal- » cul est d'un volume médiocre, elle peut du moins servir de » complément au brisement mécanique, entraîner la poussière, » atténuer les fragmens et déterminer leur issue. Son emploi est » ordinairement sans danger et sans douleur. » (*Exposé des moyens de guérir de la pierre*, pag. 90. Paris, 1825.)

En 1839, alors que je demandais avec le plus d'instance les preuves de la prétendue efficacité du traitement par absorption à haute dose, mes idées sur la supériorité de l'action directe étaient toujours les mêmes; car voici comment je m'exprimais, p. 35 de la préface de mon *Histoire de la Lithotritie*: « L'action des carbonates alcalins serait plus puissante, plus facile à diriger, moins souvent détruite ou dénaturée par l'influence de l'estomac, des poumons et des reins, si des irrigations continues de solutions alcalines étaient faites dans la vessie avec la sonde à double courant, *si l'on arrive à dissoudre des calculs urinaires, c'est surtout, peut-être même seulement par ce procédé que l'on pourra y parvenir.* (P. 35, in-8°, 1839.)

Mes premiers essais d'irrigation eurent lieu snr des malades dont l'état s'opposait à toute tentative de manœuvre chirurgicale. J'en ai cité ailleurs un exemple.

Il n'est pas étonnant que les résultats obtenus sur des malades en pareille condition n'aient pas été satisfaisans; mais, depuis, j'ai fait de nouveaux essais sur des calculeux dont l'état présentait les chances les plus favorables au succès des irrigations; c'est-à-dire que j'ai opéré dans des vessies saines, non catarrhales, sur des pierres de nature connue, formées d'acide urique, préalablement divisées par la lithotritie, et par conséquent offrant simultanément toutes leurs couches à l'agent dissolvant.

En même temps que je faisais ces tentatives avec le bicarbonate de soude, j'avais engagé M. le docteur Londe, qui se proposait d'aller en 1839 passer à Vichy la saison des eaux, à se livrer, si l'occasion s'en présentait, à des expériences semblables avec l'eau des divers puits; il avait pris connaissance de l'appareil propre à cet usage, et de la manière de le faire fonctionner, manœuvre qui, du reste, est tellement facile, qu'après une seule leçon les malades enx-mêmes peuvent s'en servir. Notre but était de voir si les irrigations d'eau de Vichy, contenant des sels divers, auraient plus ou moins d'action sur les calculs que la simple dissolution artificielle de bicarbonate de soude. Confiant dans l'efficacité du traitement par les boissons et les bains, M. Petit n'avait pas jusque-là jugé utile de se livrer à ce genre d'expérimentation, ou peut-être la multiplicité de ses occupations, pendant son séjour à Vichy, l'en avait-elle empêché. Malheureusement M. Londe rencontra des obstacles à l'accomplissement de nos projets, et il revint à Paris sans avoir pu tenter les épreuves comparatives dont nous étions convenus.

Au mois d'avril 1840, je portai devant l'Académie des Sciences la question de la dissolution des calculs urinaires; elle chargea MM. Gay Lussac et Pelouze de l'examiner, et, depuis lors, M. Pelouze n'a pas cessé de la suivre et de l'étudier. J'ai fait plusieurs fois sous ses yeux, sur des malades, des irrigations tantôt alcalines, tantôt acides. Je vais dire en peu de mots leur histoire.

Vingt-deuxième fait. — M. Potier, âgé de soixante-treize ans, dont toute la vie s'était écoulée dans les bureaux d'une administration, souffrait en urinant depuis deux ans, lorsqu'il vint se confier à mes soins; la pierre avait quatre centimètres de diamètre; je la saisis sans difficulté, malgré le gonflement de la prostate, qui empêchait l'inclinaison de la sonde à droite et à gauche; cet engorgement chronique passa à l'état aigu à la suite de l'opération, et amena quelques accidens produits, comme cela arrive souvent, par le retentissement sur les reins de l'irritation éprouvée par le col de la vessie. J'ai déjà décrit les symptômes de ces inflammations, qui viennent parfois entraver la marche de la lithotritie. J'y reviendrai ailleurs, car ce sujet mérite toute l'attention des chirurgiens. Je suspendis l'opération, et comme je craignais de voir les accidens se reproduire par les manœuvres

tique que l'on rencontre chez les enfans atteints de muguet. Les deux pustules que cet enfant portait à l'extrémité de la langue se sont considérablement élargies et ont fini par se confondre; elles occupent maintenant une étendue d'un centimètre carré au moins ; pour y mettre fin, nous les avons vigoureusement cautérisées avec le nitrate d'argent.

Sous le point de vue du pronostic, cette ulcération de la langue est quelque chose de grave ; car comme elle met cet enfant dans l'impossibilité de prendre le sein et le biberon, il faudra nécessairement le nourrir à l'aide d'une cuiller ; or, on sait que cette dernière condition à elle seule suffit pour amener le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, en sorte que chez notre petit malade nous pourrions voir à l'affection locale de la langue succéder l'affection générale que nous venons d'indiquer et dont la mort serait l'inévitable conséquence. Mais l'amélioration survenue dans tous les autres symptômes nous donne lieu d'espérer que la maladie n'aura point cette terminaison fatale.

Le 9, le pouls présente 128 pulsations ; la peau est modérément chaude, le facies meilleur ; à droite, râle crépitant plus sec et plus manifeste que le jour précédent ; toux grasse, sans caractère quinteux ; à gauche, râle sous-crépitant très évident et résonnance du cri ; le son, dans la partie supérieure du même côté, n'est pas aussi net qu'auparavant.

Le 10, l'aspect de l'enfant est assez bon ; les ulcérations de la langue sont presque entièrement guéries ; au sommet du poumon droit et en arrière le son est toujours mat ; il est normal dans le reste de son étendue ; le râle crépitant est moins nombreux ; il s'étend vers l'angle inférieur de l'omoplate ; l'expansion pulmonaire est notable au sommet. A gauche, le râle sous-crépitant est moins nombreux que la veille.

Le 11 et le 12, même état ; on entend toujours bien l'expansion pulmonaire à droite seulement ; les deux temps de la respiration sont plus durs que de l'autre côté. Le son est également un peu meilleur qu'il n'était.

Le 14, l'enfant a une toux beaucoup plus énergique et plus violente ; l'expression du visage est très bonne ; il continue à verser des larmes quand on le tourmente. La peau est normalement chaude ; le pouls bien développé, 120 pulsations. Il a mangé avec beaucoup d'appétit, et a très bien digéré une panade. Bien qu'il y ait encore de l'obscurité du son, celle-ci est moindre et l'expansion pulmonaire est bonne et sans mélange de râle.

Le 15, l'appétit se prononce de plus en plus ; l'enfant mange avec plus d'avidité qu'avant sa maladie ; il est plus gai et plus fort que les jours passés ; la chaleur de la peau est normale ; le pouls bien développé ; le bruit d'expansion pulmonaire s'entend très bien ; il est mêlé de quelques bulles de râle muqueux.

Le 17, l'on entend à la base du poumon droit un râle crépitant sec et très distinct, et un peu de bruit de souffle dans l'expiration ; à gauche et en arrière, dans toute l'étendue du lobe inférieur, râle crépitant un peu moins nombreux qu'à droite ; il y a un peu d'obscurité du son dans ce point.

Les jours suivans, le râle crépitant mêlé de râle muqueux très fin s'entend dans une plus grande étendue surtout à gauche où le bruit de souffle est plus prononcé que du côté opposé. La chaleur de la peau est normale, le pouls n'augmente pas de fréquence. Cet enfant prend un loock avec 5 centigrammes de kermès, qu'il refuse bientôt. Il mange toujours avec avidité, cependant il maigrit beaucoup ; c'est à peine s'il peut tousser tant chez lui la faiblesse est grande. Jusqu'au 4 mars, jour de sa mort, le marasme a continué de faire des progrès.

A l'autopsie, le poumon gauche présente une pneumonie au deuxième degré (hépatisation rouge) qui occupe presque toute son étendue : la partie supérieure est seule épargnée.

A droite, pneumonie au même degré, mais bornée seulement à la base du poumon ; le sommet et la partie moyenne du même poumon, qui avaient été le siége des premiers accidens, ne présentaient aucune trace de pneumonie ; celle-ci, par conséquent, s'était terminée par résolution.

Au centre des deux poumons, l'on trouve quelques tubercules ramollis, mais peu nombreux.

A la partie inférieure du poumon droit et en avant, l'on aperçoit un peu d'emphysème vésiculaire. Il y a aussi une quantité notable de pus dans les grosses bronches, où d'ailleurs l'on n'aperçoit aucune altération.

— Voici un enfant qui, placé dans des conditions très défavorables, prend une première pneumonie, laquelle occupe toute la région scapulaire du côté droit, et malgré l'état fâcheux où il se trouve, malgré la nécessité où nous sommes de renoncer à l'usage de la saignée (moyen si souvent utile chez les enfans de cet âge) pour employer le vésicatoire et le kermès à haute dose, sa pneumonie disparaît assez promptement.

Mais à peine ces premiers accidens sont-ils dissipés, que du râle crépitant apparaît d'abord vers la base des deux poumons, puis s'étend vers la partie supérieure du poumon gauche et s'accompagne de tous les signes propres à la pneumonie lobaire. L'état de débilité où se trouve cet enfant rend toute espèce de réaction impossible, et il succombe peu de temps après le début de ces nouveaux accidens.

C'est souvent ainsi que se comporte la pneumonie chez les enfans tuberculeux : de premiers symptômes de pneumonie apparaissent et cèdent avec plus ou moins de facilité aux moyens qu'on leur oppose ; puis au bout d'un temps qui souvent n'est pas long, du râle crépitant qui s'accompagne de souffle, de matité ou seulement d'obscurité du son, s'entend de nouveau soit dans le point primitivement affecté. soit dans toute autre partie du poumon, et l'enfant, déjà affaibli, ne tarde pas à succomber à ces nouveaux accidens.

Au contraire, chez l'enfant non tuberculeux, l'on pourrait dire que la pneumonie simple est un affection peu grave, ou au moins une affection qui se juge avec une extrême rapidité, et l'exemple de l'enfant du nº 6 de la salle Sainte-Julie vient à l'appui de cette assertion. Chez lui, en effet, quelques jours ont suffi pour amener la résolution de la pneumonie ; et, à part le petit épanchement pleurétique qui n'était pas complétement résorbé lors de sa sortie (huit jours environ après le début des accidens), l'état de sa santé était tout aussi bon qu'avant sa maladie.

Déjà plusieurs fois vous avez pu voir des pneumonies aigues chez des enfans de un à deux ans, céder avec la plus grande facilité, tandis qu'elles sont presque toujours mortelles dans le premier mois de la vie, pour perdre peu à peu de leur gravité à mesure que l'enfant approche de la deuxième année.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Eclampsie. Avortement.

Le 6 mai, une femme enceinte de six mois et demi, au dire des personnes qui l'accompagnaient, a été apportée dans les salles de la clinique avec des convulsions d'éclampsie pour lesquelles on lui avait pratiqué chez elle deux saignées d'environ une livre chaque. Examinée aussitôt par M. Dubois, il constata que le doigt pouvait pénétrer dans la cavité de l'utérus ; mais comme le col offrait encore une assez grande résistance ; il pensa que l'accouchement ne devait pas avoir lieu immédiatement. Cependant les contractions se manifestèrent bientôt, et cette femme accoucha, dans la nuit qui suivit le jour de son entrée, d'un enfant qui parut tout au plus âgé de six mois.

7 mai. Cette femme n'a pas eu d'attaques depuis son accouchement ; la stupeur est un peu moins prononcée qu'elle ne l'était après chaque accès ; il est probable que dans quelques heures elle aura complétement recouvré sa connaissance.

Cette femme, dont on ignore les antécédens, est d'un tempérament sanguin (circonstance qui ne se rencontre pas le plus communément chez les femmes atteintes d'éclampsie) ; elle ne présente aucune espèce d'infiltration. Il est une remarque assez importante, c'est que l'éclampsie s'est montrée chez elle beaucoup plus tôt que cela n'a lieu ordinairement. Dans le plus grand nombre des cas, ces sortes de convulsions ne se manifesteut que dans le dernier mois de la grossesse, à une époque assez rapprochée de son terme, ou bien pendant le travail de la parturition ; quelquefois même, c'est après l'expulsion du fœtus qu'elles apparaissent. Sous ce rapport, la femme dont il est ici question fait exception à la règle.

Les accidens convulsifs, dans ce cas, ont présenté le caractère qu'ils ont ordinairement : abolition des facultés intellectuelles et des fonctions sensoriales, convulsions et stupeur. Il est difficile de dire sous l'influence de quelles causes ces accidens se sont produits, les antécédens de cette femme n'étant nullement connus ; aussi M. P. Dubois se garde-t-il d'émettre une opinion à cet égard. Cependant, suivant toutes les apparences, la grossesse en est si non la cause occasionnelle, au moins la cause prédisposante. Les attaques d'éclampsie sont unies ici à la sympathie que l'utérus exerce sur le système nerveux, sympathie dont les effets sont intermittens et qui donne lieu à des vomissemens quand elle se produit entre l'utérus et l'estomac. Dans le cas présent, cette réaction sympathique de l'utérus ayant été plus forte que d'ordinaire, a occasionné des convulsions d'éclampsie beaucoup plus tôt que cela n'a lieu ordinairement ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Deux saignées assez abondantes ont été pratiquées chez cette femme, et avec juste raison ; aussi M. P. Dubois n'a-t-il plus eu recours au même moyen, pensant que les deux émissions sanguines auxquelles on avait eu recours étaient bien suffisantes. Il s'est contenté de faire appliquer quelques sangsues sur les apophyses mastoïdes, des cataplasmes chauds et des sinapismes aux extrémités inférieures. L'énergique constriction des mâchoires empêchait toute administration de substances médicamenteuses par l'estomac, le professeur, pour cette raison, fit donner un lavement purgatif. Cependant on put faire prendre à cette femme, au bout de quelque temps, une certaine dose de calomel : on fit sur la tête une application de glace.

---

de la lithotritie, je proposai les irrigations continues : M. le docteur Truchon, gendre du malade, partagea cet avis. Dans chaque séance, dix à douze litres d'eau tenant en dissolution 125 grammes de bicarbonate de soude, passèrent dans la vessie. Dix irrigations ayant été pratiquées, je voulus savoir où en était la dissolution ; j'introduisis le lithotribe, et je broyai plusieurs gros fragmens ; des débris furent expulsés immédiatement, et M. Pelouze, présent à l'opération, s'assura qu'ils n'offraient aucune trace d'altération ; alors je continuai la lithotritie sans voir se renouveler les accidens qui m'avaient d'abord alarmé. Aujourd'hui, le malade est guéri. Ici l'absence totale d'action sur les fragments d'une pierre d'acide urique mérite d'être notée : j'ignore quelle en peut être la cause.

Vingt-troisième fait. — M. Duchaussoy, sexagénaire, portait dans la vessie, depuis plusieurs années, une pierre volumineuse; il entra vers le commencement de 1840 à la Maison de Santé (faubourg Saint-Denis). M. Monod pratiqua la lithotritie : dix à douze séances avaient eu lieu infructueusement ; mais le malade trouvant que la destruction du calcul ne marchait pas assez vite, quitta Paris, et fut passer quelques mois dans son pays ; son état, comme on peut le supposer, ayant empiré pendant cette suspension, il revint, et me demanda de terminer l'opération. Avant d'y procéder, je lui proposai de tenter les effets des irrigations alcalines ; le malade y ayant consenti, je me mis en mesure de constater le volume des plus gros fragmens autant que je le pourrais. Je reconnus avec la sonde qu'il restait un seul morceau de moyenne grosseur : je le saisis à deux reprises en présence de M. Pelouze, entre les deux branches du lithotribe ; il donnait 14 millimètres d'écartement la première fois, 10 la seconde ; je le lâchai sans en tenter le broiement, et je commençai immédiatement les irrigations à l'aide de la sonde de gomme à double courant. Il y en eut 14 de faites en 20 jours ; on les suspendait de temps en temps pour éviter l'irritation qu'elles peuvent déterminer. Chaque irrigation faisait arriver dans la vessie quatorze litres de liquide tenant en dissolution 250 grammes de bicarbonate de soude en dissolution ; par conséquent la somme totale des irrigations porte à 3 kil. 1/2 la quantité de sel mis en contact avec le calcul. Après cette épreuve, qui paraissait bien suffisante pour produire des effets, je saisis de nouveau le morceau de pierre en présence de M. Pelouze, et il offrait 15 millimètres sur 12. Je le broyai, car l'irrigation semblait depuis quelques jours augmenter le catarrhe vésical et la douleur. Quelques jours après, j'achevai de le détruire.

Ce fragment, comme on peut le voir, n'avait pas diminué de volume, il semblait, au contraire, qu'il eût augmenté, ce qui pouvait tenir, soit au boursouflement du mucus interposé entre les molécules de la pierre, premier effet de l'irrigation pratiquée avec une solution alcaline ou même avec de l'eau pure, soit au diamètre suivant lequel les mors de l'instrument l'ont saisi; mais ce qu'il importe de noter, *c'est qu'il était devenu tellement friable, que la pression la plus légère fut suffisante pour l'écraser entre les branches de l'instrument*, tandis que précédemment il avait fallu faire usage du pignon engrénant la crémaillère de la branche mobile. Les débris de cette pierre sont blancs, poreux, celluleux. Je les supposais formés d'urate de soude ; mais M. Pelouze, auquel M. D. les a remis, m'a dit qu'ils sont encore formés d'acide urique ; probablement le lavage les a privés de la matière colorante qui donne à ce sel, de même qu'à l'oxalate de chaux, tous deux incolores, l'aspect tantôt briqueté, tantôt noirâtre que nous leur voyons dans les calculs urinaires.

Vingt-quatrième fait. — J'ai cité dans le premier chapitre, comme un exemple d'inefficacité du traitement par absorption, l'histoire de M. de B..., qui, l'année dernière, passa deux mois à Vichy. Outre les quinze verres d'eau et le bain qu'il prenait chaque jour, dix-huit irrigations d'une demi-heure chacune furent faites par M. Petit ; elles fatiguèrent ce jeune homme et augmentèrent le catarrhe vésical. J'ai dit que les portions des débris de la pierre appartenant à la surface étaient lisses et formés de phosphate triple : d'après la théorie de la désagrégation, la nature de cette couche externe ne devait pas être un empêchement à l'action des alcalis. Pour agir avec plus de certitude et aussi pour accélérer la dissolution, M. Petit avait tenté de saisir et de briser la pierre de M. de B... ; mais son volume et sa forme l'avaient empêché d'y réussir ; cette opération demandait, en effet, une main très exercée. Si elle me fût advenue dans la première période de ma pratique, j'aurais très probablement échoué comme lui.

Vingt-cinquième fait. — M. Chokier, de Liége, souffrait depuis un an, lorsque M. le professeur Lavacherie rencontra une pierre avec la sonde, et donna au malade le conseil de venir se confier à mes soins, ce qu'il fit au mois de décembre 1840. La prostate énormément tuméfiée en bas, peu prolongée en haut et en arrière, donnait au bas-fond de la vessie une grande profondeur ; des fibres musculaires, réunies en faisceaux, laissaient entre elles des intervalles en forme de cellules; la pierre, ayant un pouce, fut saisie et brisée très facilement. Une seconde séance eut lieu de la même manière, à la suite de laquelle la prostatite chronique, passant à l'état aigu, força de suspendre l'opération. Lorsque je voulus la reprendre, je ne sentis plus de pierre. D'autres chirurgiens, aux mains desquels je remis la sonde, entre autres le docteur Philips, compatriote du malade, ne sentirent rien non plus ; pourtant les douleurs en urinant et les autres symptômes persistaient. Pensant que les morceaux brisés du calcul s'étaient enchâtonnés, je fis dans la vessie des injections répétées pour les déloger ; mais je n'en obtins rien. J'y substituai les irrigations continues avec de l'eau simple, environ dix litres dans l'espace d'une heure, et loin de fatiguer la vessie, elles calmèrent les symptômes. Après la huitième, j'explorai de nouveau; plusieurs fragmens étaient devenus libres ; ils furent saisis, écrasés et extraits avec le brise-pierre évacuateur à cuillère ; les irrigations furent continuées ; d'autres fragmens se montrèrent ; j'en fis l'extraction de la même manière. L'un d'eux, cependant, paraissait encore retenu entre les faisceaux musculaires ; le brise-pierre ne pouvait le saisir. Je continuai les irrigations, et comme le calcul était composé de phosphate ammoniaco-magnésien, j'ajoutai de l'acide nitrique dans l'eau dans la proportion de deux à trois centièmes, de manière à la rendre acidule. Actuellement, après trente-cinq irrigations, tous les symptômes ont disparu ; plusieurs recherches faites avec la sonde et avec le lithotribe ne m'ont plus rien fait rencontrer dans la vessie ; *il est donc probable que ce dernier débris a été dissous ou désagrégé.*

Vingt-sixième fait. — M. Dehu, d'Epernay, me fut adressé au mois d'avril 1841, par M. Landouzy. Il était dans l'état suivant : rétention d'urine complète, qui avait nécessité l'introduction et le séjour des sondes de gomme depuis quinze jours. L'urine était muqueuse purulente, souvent sanguinolente. Je sondai le malade avec une sonde d'argent à courbure courte et brusque, et je sentis des incrustations lithiques sur des fongus qui entouraient le col de la vessie. J'introduisis l'instrument de M. Jacobson, modifié ; dès qu'il fut développé et placé en travers, une des tumeurs prostatiques vint se placer dans l'anse; elle fut triturée et extraite en partie sans même que le malade se doutât de ce que je faisais ; des injections entraînèrent le peu de sang qui coula. Je fis cesser l'emploi de la sonde à demeure, et j'appris au malade à introduire une sonde de gomme à courbure fixe, ce qu'il faisait trois fois par jour. Je n'avais pas rencontré de pierre libre dans la vessie, mais les incrustations adhérentes dont j'ai parlé. Je commençai le lendemain les irrigations continues avec la sonde à double courant ; dix litres d'eau environ traversaient la

L'accouchement est venu délivrer cette femme des accidens graves qu'elle éprouvait, en faisant disparaître la cause sous l'influence de laquelle ceux-ci s'étaient manifestés. Suivant toutes les probabilités, la santé de cette femme se rétablira bientôt ; cela cependant est subordonné au retour ou à la cessation définitive des accès. Quand cette femme aura repris connaissance, il est probable qu'elle aura perdu la mémoire, elle ignorera tout ce qui s'est passé avant le début des accidens et même quelque temps auparavant.

L'enfant est venu mort, et il est loin de présenter le développement d'un enfant de six mois et demi. S'est-on trompé dans l'appréciation de l'époque de la grossesse? C'est chose possible ; mais il existe une altération du placenta qui pourrait expliquer jusqu'à un certain point cet arrêt de développement. Cette altération consiste en quelques noyaux indurés et quelques foyers apoplectiques. La relation entre cette altération du placenta et les attaques d'éclampsie ne peut être établie ; M. P. Dubois ne l'a jamais observée : c'est une circonstance qu'il faut se contenter de noter.

— Six jours après son accouchement, cette femme était aussi bien, mieux même qu'on pouvait l'espérer, car ces accidens ont d'ordinaire une très grande gravité. Pendant quelques jours, elle a dit ne se rappeler rien de ce qui avait précédé les accidens qu'elle a éprouvés ; aujourd'hui, elle paraît avoir recouvré presque complètement sa mémoire. Elle raconte qu'ayant été victime d'un vol, le commissaire de police s'était présenté chez elle, et que sa présence avait fait sur elle une impression telle, qu'elle fut immédiatement prise de convulsions.

Cet événement a bien pu être la cause occasionnelle des accidens que l'on a constatés chez cette femme ; il est probable cependant que si celle-ci ne s'était point trouvée dans des conditions de grossesse, l'éclampsie ne se serait point manifestée. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas juger de cette affection chez les femmes en couches par ce fait ; elle présente ordinairement plus de gravité, et il est probable que si dans ce cas l'accouchement s'était fait attendre, les convulsions auraient été ce qu'elles sont le plus souvent, funestes à la femme. L'on a vu cette malade recouvrer peu à peu sa connaissance.

Le traitement, ici, n'a été pour rien dans la disparition des accidens ; il n'a fait que modérer un peu les accès. Cette femme se trouvait aussi dans des conditions favorables ; elle n'était point infiltrée, circonstance fâcheuse et qui complique beaucoup l'éclampsie ; elle n'a point eu non plus de nouvelles convulsions depuis son accouchement. Il y avait donc, dans ce cas, toutes chances de guérison ; aussi ne serait-il pas raisonnable de le regarder comme type de l'éclampsie chez les femmes en couches.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 28 juin.

La séance d'aujourd'hui a été entièrement consacrée à des objets étrangers à la médecine.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Leroy-d'Etiolles, qui réclame pour lui la priorité du sujet que MM. Civiale et Mercier sont venus dernièrement se disputer devant l'Académie, concernant certaines brides de la portion prostatique de l'urètre ; il cite ses mémoires imprimés dans lesquels il s'était occupé de cette matière.

La correspondance imprimée offre plusieurs ouvrages importans de M. Bright, de Londres. Ce sont deux volumes in-4°, deux volumes in-8°, et un cahier grand in-folio de planches, le tout imprimé et relié avec luxe.

L'auteur s'est occupé, dans cette publication : 1° des maladies des reins en rapport avec l'hydropisie ascite ; 2° des maladies du foie en rapport avec la même hydropisie ; 3° des affections du poumon, principalement de la phthisie, de la gangrène pulmonaire ; 4° des tumeurs abdominales, etc.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE.

Le *Moniteur* publie trois ordonnances qui instituent des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie à Arras, à Lyon et à Tours.

Par arrêtés du 18 juin, M. le ministre de l'instruction publique a organisé ainsi qu'il suit le personnel des deux premières :

Arras. — Chimie et pharmacie, M. Lestojuoy. Histoire naturelle médicale, M. Bregeaut. Anatomie et physiologie, M. Ledieu. Clinique interne, M. Mercier. Pathologie interne, M. Leviez. Clinique externe, M. Duchâteau. Pathologie externe, M. Pichon. Accouchemens, maladies des femmes et des enfans, M. Dupuich. Matière médicale et thérapeutique, M. Dassonneville. Professeurs adjoints, MM. Maurice et Trannoy. Directeur de l'école, M. Leviez, professeur de pathologie interne. Chef des travaux anatomiques, M. Trannoy, professeur adjoint.

Lyon. — Chimie et pharmacie, M. Dupasquier. Histoire naturelle médicale, M. Imbert. Matière médicale et thérapeutique, M. Montain. Anatomie et physiologie, M. Richard. Clinique interne, M. Pointe. Pathologie interne, M. Sénac. Clinique externe, M. Bonnet. Pathologie externe, M. Janson. Accouchemens, maladies des femmes et des enfans, M. Nichet. Professeur suppléant, M. Brachet. Directeur de l'école, M. Sénac, professeur de pathologie interne.

— Les sujets des thèses ont été distribués, le 23 juin, aux concurrens pour les deux chaires de la Faculté de Strasbourg, dans l'ordre suivant :

1° M. Sanson (Alph.) : Des tumeurs du corps thyroïde et leur traitement.

2° M. Desprez : Les divisions congéniales des lèvres, de la voûte et du voile du palais, et leur traitement.

3° M. Sédillot : Des kystes envisagés sous les points de vue de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales.

4° M. Rigaud : De l'anaplastie des lèvres, des joues et des paupières.

5° M. Lacauchie : Les maladies du col de la matrice.

— Le jury du concours ouvert le 11 juin, au bureau central, pour une place de médecin, se compose de MM. Cruveilhier, Renauldin, Prus, Requin, Paul Dubois, Blandin, Archambault, juges ; Cazenave et Monod, suppléans.

— Le sieur Azeronde, magnétiseur, à Amiens, vient d'être condamné, par le tribunal correctionnel de cette ville, à 15 fr. d'amende, pour exercice illégal de la médecine (par les pratiques du magnétisme).

vessie dans chacune d'elles. De deux jours l'un, je les rendais acidules par l'addition de trois centièmes d'acide chlorhydrique. Aussitôt après la première irrigation, M. Delu put uriner spontanément le quart du contenu de la vessie, et il parvint à mesure que le traitement avançait à la vider presque en entier (à trente grammes près). A diverses reprises des petites portions de pierre furent expulsées (environ deux grammes) ; l'urine devint limpide *et la sonde exploratrice ne me fit plus rencontrer les incrustations dont j'ai parlé*.

Voici un fait qui me paraît démontrer d'une manière irrécusable la supériorité du traitement direct, ou par les irrigations, sur le traitement par les boissons et les bains :

Vingt-septième fait. — Le nommé Jacob, âgé de cinquante-trois ans, fut opéré de la lithotritie, en 1838, à l'hôpital Beaujon. La pierre avait été brisée à plusieurs reprises, lorsque des accidens survinrent qui forcèrent de suspendre l'opération. Lorsqu'ils furent calmés, on résolut de faire un essai du traitement dissolvant sur les fragmens de la pierre de ce malade. Pendant cent trente-cinq jours, on lui fit boire de l'eau de la source des Célestins ; puis, la belle saison étant venue, l'administration des hôpitaux l'envoya à Vichy. C'était en 1838. A son retour, il continua de boire de l'eau alcaline. En 1839, nouveau séjour de trois mois à Vichy. En 1840, troisième voyage. Cette fois, M. Petit se décida enfin à essayer les irrigations, que le malade faisait lui-même durant une heure et demie chaque jour. Pendant la durée du traitement, les débris de la pierre furent plusieurs fois saisis avec le lithotribe pour en apprécier le diamètre. Je suppose que, dans ces mesurages, les fragmens ont été pressés avec ménagement ; autrement, ramollis comme nous les avons vus dans le fait de M. Duchaussoy, ils se seraient écrasés et nous ne saurions plus quelle part dans la guérison devrait être attribuée à l'action chimique. A la fin de 1840, le malade avait cessé de souffrir, *et la sonde, introduite par plusieurs chirurgiens, n'a plus fait rencontrer de pierre*.

Alors même qu'elles n'exerceraient point sur la pierre une action dissolvante assez prompte et assez énergique, les irrigations pourraient encore être utiles, comme on vient de le voir, pour dégager les fragmens de pierre entre les colonnes charnues de la vessie ; pour détruire ces incrustations de phosphate que l'on rencontre quelquefois sous l'apparence d'un pavage tapissant une partie de la vessie, et comme je l'ai signalé dès l'année 1825, pour agir sur les pierres enchatonnées, les ramollir, les diminuer, favoriser par là leur sortie de la cellule et même les dissoudre lorsqu'elles sont petites. C'est surtout lorsque la prostate tuméfiée s'oppose à l'émission de l'urine, empêche la sortie spontanée des fragmens et gêne les mouvemens du lithotribe, que cette espèce de lavage continu rend des services ; aussi, l'année dernière, ayant à pratiquer la lithotritie à M. Pasquier, qui se trouvait dans cette condition, je terminai l'opération, de concert avec le docteur Sucquet, par des irrigations continues. Après la troisième, la vessie, qui ne pouvait évacuer spontanément une seule goutte d'urine, se vidait à moitié, et expulsait le peu de débris qui restaient d'une pierre volumineuse et fort dure.

J'ai dit que des petites pierres contenues en grand nombre dans une vessie qui ne pourrait se vider, constitueraient pour la dissolution une réunion convenable de conditions opportunes et d'indications assez positives. Aussi, aurais-je quelque regret de ne les avoir pas essayées dans le fait suivant, si la lithotritie n'avait pas eu un succès aussi complet :

M. Barbier, membre de l'Académie de médecine, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, était arrivé à soixante-seize ans sans la moindre infirmité ; mais depuis quelques années, il y avait un peu de lenteur dans le jet de l'urine et besoin fréquent de l'évacuer. Au commencement de 1841, il fut pris de rétention d'urine complète ; il réclama mes soins, et je m'aperçus dès le premier jour, avec la sonde de gomme, de la présence de corps étrangers dans la vessie. Lorsque les symptômes produits par la rétention d'urine furent dissipés, je fis le cathétérisme avec une sonde métallique, et je reconnus plusieurs petites pierres. Ne pouvant compter sur une expulsion naturelle du détritus, je me déterminai à employer le lithotribe évacuateur, avec lequel je broyai deux ou trois petits calculs extrêmement durs, gros comme des noisettes, dont j'enlevai les morceaux au nombre de 90, et avec eux 282 petites pierres d'acide urique. Dans le nombre, il en avait qui ne dépassaient pas en grosseur une tête d'épingle. On imagine facilement avec quelle promptitude un liquide dissolvant, une légère lessive de soude, par exemple, aurait agi sur ces petites concrétions. Ce fait, au surplus, montre quelles sont les ressources de la lithotritie ; c'est une réponse aux adversaires qui prétendent que l'on ne peut arriver à saisir les derniers débris de la pierre. M. Barbier fait dans ce moment des irrigations alcalines avec 5 grammes de bicarbonate de soude par litre d'eau, dans le but d'amener la résolution de la prostate. S'il restait dans la vessie quelques petites pierres, ce que je ne crois pas, elles seraient certainement dissoutes par ce moyen.

Je viens encore d'opérer par la lithotritie un médecin, M. Robin d'Angoulême, chez lequel on aurait pu, avec quelques chances de réussite, employer les irrigations alcalines. Ses pierres, au nombre de dix à quinze, n'étaient pas pour la plupart aussi grosses que des noisettes. Ici encore il m'a fallu enlever artificiellement les débris.

Dans mon travail sur l'engorgement de la prostate, j'aurai l'occasion de revenir sur les bons effets des irrigations continues, simples, iodurée, alcalines, acides ou médicamenteuses.

Sur trois des malades soumis avec quelque succès à l'emploi des irrigations acides et alcalines, les pierres avaient été préalablement divisées par la lithotritie ; nous avons vu combien cette multiplicité des points de contact et la présentation simultanée des couches de la pierre au liquide facilitent la dissolution ou la désagrégation. Mais il y a une autre observation à faire encore. On sait que le plus difficile, dans l'opération du broiement, c'est le commencement et la fin. Lorsque la pierre a été brisée, l'écrasement des morceaux offre d'ordinaire peu d'obstacles. Est-il donc raisonnable, à moins de motifs particuliers, de suspendre l'application de la lithotritie pour suivre les chances douteuses et longues de la dissolution ?

Pour que les irrigations dissolvantes puissent être appréciées à leur juste valeur, et pour qu'il soit prouvé qu'elles ont vraiment de l'avantage, il convient qu'elles soient employées sur des pierres entières, ainsi que l'a fait avec succès, il y a un siècle, Kutherford d'Edimbourg. Nous avons vu M. Petit, après dix irrigations faites avec l'eau de Vichy dans la vessie du jeune de B., être obligé de les suspendre à cause de l'irritation et du catarrhe vésical qu'elles produisaient. Je viens moi-même d'éprouver un résultat semblable sur un calculeux de Saint-Denis que je vois avec le docteur Meurdefroy. Je me suis servi de soude caustique à la dose de 80 centigrammes par litre d'eau ; cette quantité de soude équivaut à peu près aux deux tiers de celle qui est contenue dans l'eau de Vichy. La solution m'avait été remise par M. Pelouze, qui l'avait fait préparer en vue de cette expérience. Après la seconde irrigation, l'urine est devenue muqueuse, les envies d'uriner très fréquentes ; le ventre est devenu sensible au toucher dans le trajet du colon ; ces symptômes qui dénotaient une cystite et une entérite m'ont forcé de suspendre.

J'ai été forcé encore de discontinuer, par une semblable cause, les irrigations avec la solution de bicarbonate de soude que j'avais commencées sur un jeune homme du département du Tarn, âgé de dix-sept ans. Après avoir brisé, par la percussion, sa pierre volumineuse et fort dure, je me déterminai par des motifs tirés

de l'état de santé générale à employer les irrigations alcalines; je fis passer chaque jour six litres d'eau tenant en dissolution 30 grammes de bicarbonate de soude. Huit lavages avaient eu lieu lorsque des symptômes d'entérite sont survenus; ils ont pris le caractère d'une fièvre typhoïde, à laquelle succomba le jeune homme après vingt-neuf jours de maladie, malgré les soins de MM. Chomel, Forget, Jzarié et Pinel, réunis aux miens. Cette fièvre typhoïde, fréquente chez les jeunes gens qui viennent à Paris sous l'influence d'une vive impression morale, ne saurait être attribuée aux irrigations alcalines, et encore moins à la lithotritie, qui avait été pratiquée neuf jours avant que les essais de dissolution fussent commencés, et qui n'avait été suivie d'aucun malaise.

Deux autres malades qui ont ont des pierres volumineuses et dures ont désiré faire des essais d'irrigations dissolvantes avant d'en venir à une opération chirurgicale. Pour l'un, j'emploie le bicarbonate de soude; pour l'autre, l'eau de soude.

Ainsi se trouvent réalisées mes prévisions de quinze années, rappelées au commencement de ce chapitre; les irrigations de liquides dissolvans ont été utiles précisément dans les conditions que j'avais indiquées. L'avenir probablement ne fera que confirmer ce fait qu'elles peuvent, dans un certain nombre de circonstances données, venir en aide à la lithotritie et lui servir de complément. Dans toutes les applications que je fais des irrigations, soit comme tentative de dissolution, soit comme moyen de résolution des engorgemens de la prostate, soit comme traitement du catarrhe, et ces applications vont déjà à plus de cent, je me sers de la sonde *en gomme à double courant*, dont j'avais, dès 1825, conseillé l'usage (*Exposé des moyens de guérir de la Pierre*, p. 95); elle fatigue beaucoup moins le malade que la sonde métallique de M. Cloquet.

L'action directe des réactifs est infiniment plus prompte que l'action indirecte ou par absorption, cela est évident; mais quelle doit être sa durée, dans quelles limites peut-on en attendre des effets? c'est là une question qu'il convient d'étudier.

Les symptômes d'entérite survenus dans les deux cas qui précèdent, symptômes dont il n'est pas très facile de se rendre un compte rigoureux, me rendirent circonspect et m'ont engagé à entreprendre sur les animaux, sur les chiennes et les brebis en particulier, des expériences d'irrigations alcalines. M. Leblanc, vétérinaire, toujours prêt à seconder les médecins dans leurs recherches, a bien voulu m'en faciliter les moyens.

Déjà M. Magendie avait attribué à l'introduction de la sonde en grande proportion dans l'économie des inconvéniens graves, tels que la dissolution de la fibrine, la diminution de sa proportion; par suite, la fluidité plus grande du sang et la transsudation à travers les tissus des divers élémens de ce liquide : de là des hémorrhagies passives, des hydropisies, etc. Parmi les effets immédiats de la soude sur les corps vivans M. Magendie a signalé précisément l'entérite : j'avouerai qu'en présence de nombreux buveurs d'eau alcaline de Vichy, de Carlsbad, de Vals, etc., etc., je m'étais senti un peu rassuré sur les dangers signalés par notre illustre physiologiste. Les irrigations alcalines que j'ai faites sans inconvénient et avec avantage un assez grand nombre de fois éloignaient aussi mes appréhensions au sujet du contact direct sur la vessie; mais comme il est du devoir du médecin de tenir compte de tous les avertissemens, je m'occupe de rechercher quelle connexion prochaine ou éloignée existe entre l'introduction de la sonde dans la vessie et les phénomènes graves observés.

Partant de ce fait que les alcalis portés sur les calculs au moyen des irrigations agissent d'une manière purement chimique, ou du moins ne subissent pas de la part des organes vivans la modification qu'ils éprouvent lorsqu'ils sont introduits dans l'économie en bains et en boissons, il est permis de supposer que l'on peut apprécier avec exactitude leur pouvoir et la durée de leur action par des études de laboratoire. Déjà nous possédions les résultats des expériences de M. Petit, faites en immergeant des calculs dans les sources de Vichy, *Première Lettre*, p. 24. Il en résulte que pour faire perdre à des moitiés de pierre d'acide urique un peu plus du tiers de leur volume et la moitié de leur poids, il a fallu trente jours d'immersion; en supposant une durée semblable pour le reste, et trente autres jours de plus si le calcul eût été entier, cela donne un total de trois mois ou deux mille cent soixante heures, ce qui, à raison de deux heures d'irrigation par jour, fait juste trois ans pour la durée du traitement, en admettant, ce qui n'est guère probable, qu'il n'y ait aucune interruption produite par l'irritation que peut entraîner la répétition du lavage, l'introduction de la sonde ou la présence même de la pierre; en supposant encore que dans ce long espace de temps aucun sel nouveau ne viendra se déposer sur le corps étranger.

Dans les expériences de M. Henry, faites avec l'eau de Vichy renouvelée de quinze jours en quinze jours pendant six semaines, il n'est pas question de la diminution du volume; mais la perte en poids ayant été souvent plus de moitié moins considérable que dans les expériences de M. Petit, puisqu'un calcul d'acide urique n'avait perdu que onze pour cent, la conséquence serait qu'il faudrait doubler le temps du traitement indiqué plus haut. J'ai parlé précédemment d'un calcul tenu depuis huit mois par M. Pelouze dans une solution de bicarbonate de soude renouvelée tous les trois jours, et qui n'est pas encore dissous. La supériorité des résultats obtenus à Vichy sur les expériences faites dans des vases inertes par MM. Pelouze et Henry, provient sans doute de la température élevée, de l'agitation continuelle et de l'effervescence considérable qui existe dans ces sources thermales.

La simple immersion dans un liquide en repos ne peut pas rendre d'une manière absolue compte de l'effet de l'irrigation. M. Pelouze, pour compléter le rapport dont l'a chargé l'Académie des Sciences, a fait une série d'expériences dans son laboratoire, en même temps qu'il suivait, comme je l'ai dit, les effets des irrigations sur des calculeux, et qu'il assistait à des opérations de lithotritie. Ce savant et habile chimiste fera connaître ses résultats.

De mon côté, je me suis livré à une série d'expériences comparatives avec des solutions alcalines, de l'eau de Vichy, de l'eau de Vals, de l'eau de Contrexeville, de Pougues; avec de l'eau de chaux, de l'acide azotique, de l'acide oxalique, de l'acide chlorhydrique et de l'acide sulfurique étendus d'eau. Je dirai en somme que, pour les calculs d'acide urique, les effets en général ont été les suivans : au premier rang, les solutions légères de potasse et de soude caustiques, 80 centigrammes par litre. A cette dose supportable pour les organes, ces alcalis ont ainsi que M. Pelouze me l'avait annoncé une action vingt fois plus rapide que l'eau de Vichy contenant 5 grammes de bicarbonate de soude; l'eau de chaux, puis l'acide nitrique dans la proportion de quatre centièmes, dose inoffensive pour la muqueuse; en troisième lieu, le bicarbonate de soude à huit grammes par litre (j'en emploie douze en ce moment sur plusieurs de mes malades affectés d'engorgement de de la prostate. J'ai dit que je l'ai porté jusqu'à dix-huit grammes par litre dans le fait de M. Duchaussoy). En quatrième ordre, l'eau de Vals, puis l'eau de Vichy, les autres eaux minérales alcalines. — Pour les calculs de phosphate triple, la limonade oxalique (acide oxalique, un volume; eau, seize). Il se forme un oxalate de chaux insoluble; mais comme il se dépose à l'état pulvérulent et qu'il est entraîné à mesure qu'il se forme, il ne saurait produire des concrétions. L'acide lactique, la limonade nitrique dans la proportion de deux à quatre centièmes, les alcalis caustiques étendus, puis les carbonates alcalins et l'eau de Vichy. — Pour les calculs d'oxalate de chaux, les alcalis caustiques dans les proportions indiquées plus haut, puis l'eau acidulée par l'acide sulfurique.

En général, l'action des dissolvans a été plus prompte lorsque le réservoir était plus élevé; ce qui prouverait que M. Gruithuisen avait raison, lorsqu'il comptait sur l'effet du choc du liquide contre le calcul. Je l'ai trouvée plus rapide également lorsque la pierre était presque à sec dans l'entonnoir qui servait à l'expérience; moins, au contraire, lorsque l'ouverture inférieure ou de sortie était calculée pour la faire baigner dans une certaine quantité de liquide.

On peut tirer de cette lettre les conséquences suivantes : « La » disposition à la pierre et à la gravelle peut être modifiée » et combattue par des substances introduites dans l'économie » en boissons et en bains; spécialement par les carbonates alcalins et certains acides. — Les calculs urinaires ne sont pas en » général assez promptement et assez puissamment attaqués par » les dissolvans agissant indirectement ou par absorption pour » que l'on puisse compter sur leurs effets. — Il y a des malades » auxquels les dissolvans sont contraires; la méthode empirique » à laquelle on semble vouloir revenir est donc nuisible et irrationnelle.

» Il est possible, en portant directement les réactifs sur les » calculs, d'obtenir des effets beaucoup plus prompts et plus satisfaisans, mais dont on ne peut encore apprécier toute l'importance. — Enfin, il y a des cas dans lesquels les injections » et les irrigations dissolvantes rendent manifestement des services et doivent être mises en usage. » — Ces irrigations doivent être faites avec prudence, et suspendues dès qu'elles deviennent trop excitantes.

Ce langage n'est pas, ce me semble, celui que dicterait une opposition systématique; on peut voir, au contraire, dans ce mémoire un ardent désir de trouver la vérité, ainsi que la volonté de la poursuivre; mais l'esprit humain est fait de telle sorte qu'il ne procède que d'une manière absolue : j'ai blâmé l'exagération et le danger du traitement alcalin à grandes doses administré empiriquement, et de suite on a fait de moi l'adversaire de toute tentative de dissolution, la négation de la *lithodialutie*. Grâce à Dieu, je ne suis pas de ceux qui doutent de ce que peut le travail consciencieux et persévérant; *non ibis amplius* n'est point, et le j'espère, ne sera jamais ma devise.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36

JEUDI 1er JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 80, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Anthrax benin.

Une femme affectée d'anthrax a été reçue hier à la Clinique. Depuis quelque temps elle éprouvait du malaise, de l'inappétence, quelques nausées; tous les symptômes, en un mot, qui annoncent un état saburral. Dans ces derniers jours, il y avait même eu de la fièvre. Ce matin, dit M. Blandin, vous nous avez vu pratiquer de profondes scarifications dans le but de favoriser l'élimination des lambeaux de tissu cellulaire frappé de gangrène. C'est une pratique à suivre dans les cas de cette nature, et autant que possible au début de la maladie; car, ainsi que Dupuytren l'a depuis long-temps annoncé, l'anthrax, abandonné à lui-même, suit une marche lente et interminable. C'est d'ailleurs la plus efficace, et cette efficacité est tellement incontestable, que si on était appelé auprès des malades au début du mal, indubitablement on parviendrait à en enrayer la marche en pratiquant des scarifications profondes et étendues, toujours en rapport d'ailleurs avec la surface occupée par l'anthrax. Pour bien comprendre pourquoi les scarifications sont aussi efficaces dans le traitement de la maladie qui nous occupe, il suffit de connaître la nature anatomique de cette dernière. L'anthrax benin est représenté par l'inflammation du tissu contenu dans les aréoles du tissu cellulaire. Dès que le développement phlegmasique de ce tissu cesse d'être en rapport avec l'extensibilité naturelle du collet de ces mêmes aréoles, il en résulte un étranglement auquel ne tarde pas à succéder la gangrène. Légitime donc, dans le commencement, cette inflammation n'existe pas à la condition nécessaire qu'elle deviendra gangreneuse; et si on la voit assez fréquemment prendre ce caractère, cela tient absolument à la disposition des tissus sur lesquels elle sévit, et non pas à une cause interne, particulière, spécifique.

Pour favoriser mieux encore la sortie des lambeaux gangreneux (bourbillons), il convient d'associer aux scarifications la pression exercée sur les lambeaux. Toutefois, cette pression ne doit jamais être portée assez loin pour déterminer l'irritation de ces lambeaux eux-mêmes. Des applications topiques conviennent également pour combattre cette sorte d'asphyxie locale annoncée par la coloration violette de la peau, qui dénote encore que l'inflammation n'est pas franche. Le camphre nous paraît être l'agent le plus efficace dans ce cas. A l'intérieur, nous donnons en même temps la décoction de quinquina.

Amputation du globe oculaire.

Le n° 5 bis de la salle Saint-Jean a subi l'amputation du globe oculaire, nécessitée par une procidence de l'œil sans exophthalmie. Les humeurs de l'œil étaient devenues très abondantes; la cornée s'était ramollie, et c'est de cette double cause qu'était résultée la double procidence en question. En d'autres termes, il s'agissait ici d'un staphylome de la cornée résultant d'une phlogose chronique de cette membrane.

Ce n'est pas de but en blanc que l'on en est venu à l'amputation, et sans avoir au préalable fait l'essai de quelques autres moyens. Ainsi, la cautérisation de la cornée a été employée, qui avait opéré un certain dégorgement d'entre les lames de la cornée, qui toutefois n'avait pas tardé à être suivie de récidive et de la reproduction des liquides de l'œil, en égale quantité au moins qu'auparavant. De là était résulté pour le malade l'impossibilité de fermer l'œil pour se livrer au sommeil; aussi y avait-il insomnie, dessèchement de la surface libre du globe oculaire, source continuelle d'irritation, d'où étaient résultées une ophthalmie et des douleurs continues.

L'opération était donc suffisamment indiquée, préférablement à de nouvelles cautérisations; le mal était trop avancé. Il n'était d'ailleurs pas permis d'abandonner le tout à la nature; car le mal faisait des progrès et le malade lui-même demandait avec instance l'opération.

Fallait-il pratiquer l'extirpation de l'œil plutôt que d'en faire l'amputation? Non, assurément; car non seulement la première de ces deux opérations est la plus grave, mais en outre, en pratiquant l'amputation on obtient la formation d'un moignon mobile, puisqu'il contient dans son épaisseur les muscles de l'œil, moignon qui exécute des mouvemens analogues à ceux de l'œil sain et auquel on peut aisément adapter un œil de verre.

L'opération a été simple. Une incision a été d'abord faite, analogue à celle que l'on pratique dans l'opération de la cataracte par extraction, différant d'elle en ceci qu'elle a été faite un peu plus en arrière de la conjonction de la cornée transparente avec la sclérotique. Après cela on a fait sortir le cristallin et l'humeur vitrée en partie.

Deux jours après cette opération, il est sorti une nouvelle quantité d'humeur vitrée. Il n'y a pas eu à la suite de réaction inflammatoire notable; d'ailleurs nous n'avions nulle crainte de voir survenir ici l'étranglement, puisque, au contraire, les parties tendent progressivement à s'affaisser, favorisées principalement en cela par l'écoulement des parties fluides de l'œil.

Introduction d'un haricot dans les voies aériennes. Trachéotomie. Mort. Autopsie.

On nous amena samedi 29 mai dans notre service un jeune enfant de vingt mois dans un état des plus désespérans. Un haricot qu'il tenait dans la bouche, avait, dans un moment d'inspiration, pénétré dans la trachée-artère; la suffocation avait été instantanée, et l'état du petit malade tout-à-fait alarmant. Nous n'hésitâmes donc pas à pratiquer sur-le-champ la trachéotomie. Je fis une incision au niveau du premier cartilage de la trachée: elle était de peu d'étendue, et cependant bien en rapport avec la capacité de l'organe affecté. Elle ne produisit point de soulagement; la suffocation augmentait, nous insufflâmes de l'air, mais en vain: le malade mourut.

Le lendemain, à l'autopsie, nous trouvâmes le corps étranger placé verticalement au point de bifurcation de la trachée. Vu la propriété hygrométrique de sa substance, il était considérablement gonflé, ce qui l'avait empêché de descendre plus avant, et même de remonter par l'expiration après l'opération pratiquée. Si c'eût été au contraire un corps étranger métallique, il eût pu être rejeté facilement, ce dont, du reste, nous avons été témoin plusieurs fois. Il y avait chez cet enfant engorgement de mucosités; le poumon droit était plus gonflé de sang que celui du côté opposé. Emphysème pulmonaire très remarquable, distension des cellules, effusion de l'air dans le tissu interlobulaire et le médiastin.

Enfin, si d'un côté nous avons à déplorer la mort de notre malade, de l'autre nous pouvons nous dire que nous avons employé tous les moyens de salut en notre pouvoir. Le malade nous avait été amené si tard, la suffocation étant presque complète, que nous ne pouvions presque pas espérer. D'un autre côté, toutes les difficultés se tournaient contre l'opération: d'abord l'impossibilité de faire manœuvrer un instrument dans une trachée d'un volume si peu considérable; de plus faiblesse de l'organe et de l'enfant lui-même qui nous empêchait d'attendre le rejet au dehors du corps étranger par les seules forces de la nature.

Polype nasal.

En ce moment se trouve couché au n° 13 de la salle Saint-Jean un malade âgé de cinquante-quatre ans et entré lundi 31 mai à l'hôpital. A l'aspect de sa physionomie jaunâtre, cet homme nous semblerait atteint d'une maladie organique comme une inflammation aiguë du système pulmonaire: mais il n'en est rien, ou au moins tout autre chose fixe notre attention en ce moment.

Quoiqu'il ne fasse remonter qu'à un an seulement les premiers symptômes de sa maladie, elle nous paraît cependant devoir être plus ancienne. A cette époque, dit-il, il sentit une gêne dans la fosse nasale du côté droit, de la faiblesse dans les membres inférieurs; les globes oculaires n'étaient point aussi saillans qu'ils le sont aujourd'hui, et la vision s'effectuait avec une égale facilité des deux côtés. Mais depuis ce temps, la maladie a marché, les progrès se sont accrus; ainsi, l'œil droit est sensiblement plus faible

---

FEUILLETON.

CONCOURS POUR LES DEUX CHAIRES VACANTES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Dernières épreuves orales.

Depuis que l'on imprime des livres et des journaux, les auteurs se sont déchargés tant de fois de leurs bévues sur le prote, que nous hésitons à accuser celui de la *Gazette des Hopitaux* d'une erreur qui s'est glissée dans notre dernier article sur le Concours (*voir* le n° du 25 mai).

Dans le paragraphe relatif à M. Sédillot, au sujet de la brillante opération pratiquée par M. Jobert sur un homme affecté de tumeur érectile orbitaire, il est dit que cette observation offre « le premier exemple de guérison d'une tumeur érectile de l'orbite par la ligature de la carotide primitive. »

Une erreur, dans ses effets, peut être considérée sous deux rapports: 1° Elle est nuisible à celui qui l'a commise; 2° elle est nuisible aux personnes à qui elle s'adresse, en ce qu'elles peuvent la prendre pour l'expression de la vérité.

Nous n'avons rien a craindre sur ce dernier point, attendu que l'erreur était ici trop manifeste pour que le lecteur n'en ait pas fait justice immédiatement.

Reste la crainte qu'elle ne nuise à l'auteur lui-même; mais, à ce sujet, nous sommes à peu près rassuré. D'abord, il nous importe médiocrement que l'on incrimine nos initiales; ensuite, l'on voudra bien nous accorder que nous ne sommes pas sans avoir lu les Elémens de médecine opératoire de M. Velpeau, qui a réuni les cas de succès analogues à celui de M. Jobert.

L'erreur dont il s'agit tient à ce qu'un mot est resté au bout de notre plume, ou peut-être (car il est difficile qu'un auteur renonce complètement à son recours contre le prote) dans la case du typographe. Et quel mot que celui qui a pu tenir ainsi dans un espace de quelques pouces carrés, ou, ce qui est plus remarquable, rester en suspens au bout d'une plume! Ce n'est rien moins que ce mot gigantesque, prodigieux, babylonien: Paris. Nous voulions dire que l'opération du chirurgien de Saint-Louis était la première de ce genre qui eût réussi à Paris. Il en est de l'opération de M. Jobert comme de l'amputation coxo-fémorale de M. Sédillot. Cette amputation n'est pas la première qui ait réussi, mais elle est la première qui ait réussi parmi nous.

Revenons maintenant aux cas rapportés, ou, mieux, cités par M. Velpeau. Ce ne sera pas une indication inutile. Nous sommes dans un moment où on lit peu, très peu, et il est possible que parmi les lecteurs de ce Journal (nous ne disons pas les abonnés; ils sont au dessus de ce reproche), il y ait quelques personnes qui ne pourraient pas affirmer, la main sur la conscience, qu'elles ont lu, complètement lu la *Médecine opératoire* de M. Velpeau.

A ce sujet, on voudra bien nous permettre une légère digression. Nous avons neuf colonnes pour nous ébattre.

On peut distinguer les médecins, sous le rapport de la lecture, en trois catégories. Il y a les médecins qui lisent, les médecins qui lisent assez, et les médecins qui ne lisent pas.

Les premiers sont rares. Nous en connaissons deux. Brochures, journaux, livres (même bon nombre de livres étrangers), tout leur passe sous les yeux. Ce sont là des organisations vraiment admirables. Il est plus difficile qu'on ne pense de lire pendant long temps. Tel individu qui écrira pendant une journée, ne sera pas capable de lire pendant deux heures. On ne s'imagine pas combien, chez le plus grand nombre, l'attention est prompte à se lasser, et inconstante. Nous avons beaucoup réfléchi sur ce fait singulier, et nous croyons être arrivé à une appréciation étiologique assez exacte. Nous pensons que cette inaptitude à fixer longuement son attention sur la pensée d'autrui, peut tenir à un défaut ou à un excès d'activité cérébrale. Supposons le premier cas, celui d'une activité insuffisante de l'esprit, cet état implique nécessairement l'insouciance; d'où l'inattention. Supposons le second cas, celui d'une activité intellectuelle exagérée, nous aurons un esprit qui, à la première ligne qu'il lira, à la première idée qu'il saisira, s'élancera pour son propre compte, à travers le vaste champ des développemens, et exécutera un voyage, un vol, une ascension, qui le tiendra éloigné plus ou moins long-temps, et peut-être indéfiniment, de son livre.

Nous n'avons rien à dire des médecins qui lisent assez. Passons à ceux qui ne lisent pas; c'est la classe la plus nombreuse. Chose étrange! Problême insoluble! Enigme! Ce n'est pas la moins profitable aux libraires et aux éditeurs de journaux. Cette espèce n'aime pas l'intérieur des livres, mais elle en aime beaucoup l'extérieur; elle est la providence des relieurs. Le médecin qui en fait partie tient à honneur d'étaler aux yeux des consultans une riche bibliothèque. Rien n'est joli comme la bibliothèque d'un homme qui ne lit pas; ses livres sont rangés avec la régularité ponctuelle d'une compagnie de grenadiers suisses, et ne se dépassent jamais l'un de l'autre d'un millimètre. C'est un fait inouï que dans une telle bibliothèque le tome troisième, par exemple, ait jamais usurpé la place du tome deuxième, ou qu'un tome quelconque ait jamais affecté la position perplexe et apoplectique d'un homme qui aurait la tête en bas.

Quand nous disons cependant que la bibliothèque du médecin qui ne lit pas, est généralement très belle et très régulièrement ordonnée, nous ne voulons pas dire qu'il ne puisse pas en être de même, par extraordinaire, du médecin de la première catégorie. M. Velpeau, par exemple, l'un des *deux* lecteurs intrépides que nous connaissons, M. Velpeau, que, si nous n'étions retenu par le respect, nous voudrions appeler bibliophage, a une bibliotheque bien tenue. Mais il s'agit bien de la bibliothèque de M. Velpeau: il s'agit des cas de succès qu'il a cités à la suite de la ligature de la carotide commune pour des tumeurs érectiles de l'orbite ou des paupières. Ces cas sont au nombre de quatre, et appartiennent à MM. Travers (1), Dalrymple (2), Arendt (3), et Busk (4).

Nous avions annoncé que nous ne ferions plus qu'un article sur le concours de Strasbourg; mais si nous nous arrêtions ici, si nous nous bornions à la rectification qui vient d'être faite, le lecteur trouverait avec raison que nous en aurions appelé à son attention pour peu de chose. Aussi bien, les épreuves orales sont terminées, et il ne sera pas sans intérêt d'en dire quelques mots.

MM. Sanson et Rigaud ont eu à parler des *fistules urétrales*; MM. Lacauchie et Desprez, *de la fracture du col du fémur*; et M. Sédillot, *de la rétention d'urine.* (Leçons improvisées.)

M. Desprez a fait une excellente leçon. Nous nous plaisons à le proclamer. Elle a été substantielle et dite avec verve. On s'apercevait aisément que le candidat avait à sa disposition de nombreux matériaux. Plusieurs fois, dans le cours de la leçon, on a pu dire auprès de nous fort spirituellement: « Il irait plus vite s'il allait plus lentement. » Mais n'importe, cette rapidité dans la diction, alors même qu'elle s'accompagne d'un peu de

(1) Méd.-chir. Trans., vol. I, p. 222, ou V, 11.
(2) Hodgson, t. II, p. 15. Med.-chir. Trans., V, VI.
(3) The Lancet, vol. XV, p. 116.
(4) Med.-chir. Rev., avril 1836, p. 184.

que le gauche, et cette diminution dans la force visuelle ne lui a été sensible que depuis que les douleurs du nez ont augmenté, ainsi que les difficultés de respirer par le nez.

A cette époque seulement, il consulta un médecin qui fit l'extraction d'une partie du polype, mais non de la totalité. Plus tard, il tenta la même opération, mais aussi avec le même insuccès. Alors les yeux du malade étaient devenus encore plus saillans.

Cet homme nous a accusé ce matin une faiblesse extrême des membres inférieurs, ce qui nous semblerait assez être une espèce de paraplégie. En explorant l'intérieur des fosses nasales, nous y apercevons une tumeur relevée, ayant détruit la cloison et ne descendant pas sur le plancher; elle laissait la rigole libre par le fait de la respiration. Les yeux dans leur saillie dépassaient de beaucoup les bords de l'orbite, de sorte que la gêne était grande dans les mouvemens de cet organe par la difficulté qu'éprouvaient les muscles à se contracter. Nous remarquâmes du côté gauche, en dedans de l'orbite, une tumeur déprimant le globe de l'œil de ce côté, le tournant en dehors, lui faisant par conséquent éprouver un peu de strabisme divergent de ce côté. L'œil droit, en outre, encore plus gêné que l'autre, était aussi plus impropre à la vision. Cet homme est d'un teint jaunâtre remarquable, couleur qu'il attribue à l'influence des rayons du soleil; mais que je vois, moi, tout autrement, car je la diagnostique carcinomateuse. Quoiqu'il se plaigne d'une faiblesse extrême dans les membres, il ne ressent point de douleur remarquable dans la tête.

Certes, c'est là un polype, mais non un de ces polypes muqueux qu'on écrase avec l'ongle seulement; car ceux-là ne détruisent point la cloison, obéissent à la pression, ne déforment ni le nez, ni les yeux. Mais c'est bien là au contraire un polype carcinomateux sanguin, car le malade est souvent atteint d'hémorrhagie nasale; de plus le nez et les yeux sont déformés par la forte pression qu'il fait subir aux parois de cet organe.

Ce qu'il y a de surprenant, c'est qu'on ne peut le sentir par derrière; et, quant à son siége, il est certain qu'il se trouve à la partie supérieure des fosses nasales, en rapport avec la lame criblée de l'ethmoïde, ce qui fait que le sens de l'odorat doit être complètement perdu pour cet homme. Nous avons oublié de l'interroger à cet égard.

De ce que la tumeur s'est autant étendue à droite qu'à gauche, on arrive à cette conséquence, qu'elle occupe tout autant la partie du globe oculaire droit que celle du globe oculaire gauche. De là, gêne du nerf optique. De plus, à gauche, le globe oculaire faisant saillie et étant dirigé un peu en avant, le droit étant tout-à-fait impropre à la vision, la tumeur doit donc s'étendre par conséquent tout à la fois en arrière et à gauche, en arrière et en dedans.

Quant à l'opinion que je me suis formée de la nature, du genre et du siége de cette affection, je pense que cette tumeur cancéreuse s'est développée dans le périoste du sommet des fosses nasales, puis a ensuite attaqué la dure-mère. Ou bien encore, après avoir pris son origine de la face externe de la dure-mère s'est ouvert un passage dans le nez et dans l'orbite, ayant détruit les parties osseuses avec lesquelles elle était en contact. Ce qui me prouve assez cette circonstance, c'est la faiblesse que ressent le malade dans les membres inférieurs. Nous savons que toutes les tumeurs cancéreuses du périoste des os du crâne se développent, agissent et se terminent de la même manière que nous pouvons le remarquer dans le cas qui se présente en ce moment à notre observation. Le pronostic en est donc excessivement grave; le malade est voué à une mort certaine, comme toutes les personnes affectées de cancer, d'humeurs infectes, etc. La tumeur ne pourra donc pas être enlevée; on aurait à redouter une hémorrhagie souvent fort grave; de plus, on hâterait le ramollissement cancéreux et on rendrait par là la diathèse cancéreuse générale plus prochaine. Nous nous garderons donc bien de pratiquer une telle opération, nous ne ferons qu'appliquer au malade des ordonnances palliatives. K....

HOPITAUX DE LONDRES.

Statistique des accouchemens opérés à l'hôpital Guy, depuis le mois d'octobre 1833 jusqu'au même mois de 1840, accompagnée d'observations pratiques; par M. JOHN C. W. LEVER.

La Maternité attachée à l'hôpital Guy, a été fondée en 1813, par le trésorier de cet hôpital, dans le but de pourvoir aux besoins des femmes pauvres, par des secours de médecins et de médicamens durant leurs accouchemens à domicile. Les femmes qui restent à une distance raisonnable de l'hôpital et qui ont besoin de ces secours n'ont qu'à inscrire elles-mêmes leurs noms sur les registres du secrétariat pour les obtenir. L'institution est servie par un médecin-accoucheur, deux assistans (élèves) et une assistante (sage-femme). Les élèves qui veulent suivre le service doivent inscrire leurs noms et leur adresse au secrétariat, mais à ceux-là seuls, sont confiés les accouchemens, qui ont déjà suivi des cours d'obstétrique. Les patientes sont désignées par l'acoucheur en chef à chaque assistant-accoucheur. Dans cette désignation on prend en considération la demeure de la femme et de l'élève, et l'expérience de celui-ci en rapport avec la difficulté probable de l'accouchement. Les règlemens obligent l'élève de se rendre sur-le-champ chez la femme aussitôt averti par une lettre, et, s'il ne peut s'y rendre, il doit immédiatement en faire prévenir l'établissement. Les élèves ne peuvent prescrire le seigle ergoté, ni employer un instrument obstétrical quelconque sans l'assentiment ou la présence de l'un des assistans accoucheurs ou de l'accoucheur en chef. Les réglemens établissent en outre que si la patiente a été en travail pendant douze heures après l'écoulement des eaux de l'amnios sans pouvoir accoucher, l'élève doit demander le secours de l'assistant-accoucheur, s'il voit que la présentation est anormale ou que des symptômes extraordinaires se déclarent. Après l'accouchement il doit visiter les femmes tous les jours, pendant la première semaine et aussi long-temps que son état peut le réclamer. Les lettres remises à la patiente sont autant de certificats en blanc que l'élève doit remplir après l'accouchement, dénotant le sexe de l'enfant, son état de vie ou de mort, le jour de la naissance, etc. L'élève est obligé de faire d'abord un rapport à l'hôpital, concernant les conditions du travail, puis un autre rapport tous les jours sur l'état de la femme. Ces réglemens ont été strictement suivis depuis la fondation de l'établissement.

De 1833 à 1840, l'établissement a soigné 4,666 femmes. Première table sur le nombre de femmes accouchées à chaque mois. Il résulte de cette table, que c'est le mois de mai qui à présenté tous les ans le plus de femmes en couches. Autres tables sur le même sujet et qui conduisent à cette conséquence, que chaque année le nombre de primipares est supérieur à celui des femmes qui ont déjà fait des enfans; ce qui s'explique, d'après l'auteur, par la raison que les femmes qui ont déjà fait des enfans tiennent à leurs anciennes habitudes; elles se font plus volontiers accoucher par les mêmes médecins ou sage-femmes qui les ont déjà soignées dans les autres grossesses, tandis que les primipares profitent plus facilement des bienfaits de l'établissement.

Sur le nombre des naissances, il y a 4,432 enfans qui sont venus vivans, et 263 mort-nés. Deux tables exposent le sexe des uns et des autres: on trouve, pour les vivans, 2,318 du sexe masculin, et 2,114 du sexe féminin; pour les morts, 157 du sexe masculin, et 106 de l'autre sexe. L'Annuaire du Bureau des longitudes donne pour Paris les chiffres suivans, de 1823 à 1832: naissances, 287,639; mort-nés, 16,190. Viennent deux tables sur les conditions de l'accouchement qu'ont présentées les 4,666 femmes; nous nous contenterons de reproduire les totaux seulement.

Sur ce nombre, les accouchemens naturels ont été de 4290, dont 4266 par le vertex et 24 par la face, ce qui donne une proportion totale de 91,9 pour 100. Accouchemens prématurés 55, dont 7 provoqués. Accouchemens prolongés, 62 : opérés par le seigle, 16 ; par le forceps, 9 ; par le levier, 12 ; par le perforateur, 25. Accouchemens contre nature, 109 ; présentation des fesses, 59, des pieds, 29 ; de l'épaule, 6 ; du bras, 6 ; idem avec le cordon, 3 ; du cordon, 6. Travail complexe, 59 ; jumeaux, 33 ; présentation du placenta. 13 ; idem avec perforation, 1 ; placenta retenu, 37 ; convulsions, 4 cas ; folie épileptique, 1 ; manie puerpérale, 1 ; fièvre typhoïde, 1 rupture de l'utérus, 3 ; hémorrhagie, 51 ; travail impraticable (impraticable labour), 1 ; idem avec imperforation de l'utérus, 1 ; fausse grossesse (mistaken preguarcy), 1 ; hydatides utérines, 1 ; œuf malade (blighted ovum), 1.

Il résulte aussi de ce tableau que la présentation de la face a eu lieu dans lieu dans la proportion de 1 sur 179 cas. Dans les tableaux de madame Boivin, la face s'est présentée dans la proportion de 1 sur 275 cas. Dans ceux de Merriman, on trouve la proportion de 1 sur 450, et dans ceux de Dublin hospital, 1 sur 504.

Dans les 24 cas de présentation de la face, la durée du travail a offert le tableau suivant.

Durée :	1,	5,	7,	8,	9,	10,	12,	13,	14,	15,	18,	21,	29. h.
Cas :	1,	1,	2,	3,	1,	5,	3,	1,	1,	1,	3,	1,	1.

Les accouchemens prématurés provoqués sont au nombre de six : l'un chez une femme qui était atteinte d'ostéosarcome au genou, y compris la moitié inférieure du fémur et les têtes du tibia et du péroné; dans les autres cas, cette mesure a été prise pour prévenir l'opération de la perforation du crâne, les diamètres du pelvis étant trop petits. Le tableau suivant expose les particularités de ces six accouchemens provoqués.

N.	Méthode de provocation.	Heures avant la manifestation des douleurs.	Heures avant la fin du travail depuis l'opération.	Présentation.	Terminaison.
1	Ponction et teinture de seigle.	27 1/2	50	Fes.	M.
2	Ponction.	12	20	Pieds.	M.
3	Ponction.	12	40	Fes.	M.
4	Ponction.	132	138	Som.	V.
5	Décollement des membranes.	11	27 1/2.	Som.	M.
6	Ponction.	2	7 1/2.	Som.	M.

confusion, quand elle résulte ainsi d'un excès de richesse, n'est pas sans faire éprouver à celui qui écoute, moins pour s'instruire que pour juger, une certaine satisfaction. L'impression est bien différente quand, au lieu de cette faconde voluble (on dit bien *volubilité!*), on entend une parole traînante et entrecoupée à dessein. A qui n'est-il pas arrivé quelquefois de prêter l'oreille à un candidat qui, sentant sa pauvreté, pour ménager autant que possible ses petites ressources, mettait dans sa diction une lenteur calculée, et tâchait, tout en clopinant et se répétaillant, d'arriver au bout de son heure. L'impression que l'on éprouve est tout à fait triste, et le malaise est à son comble quand cette misère se présente avec une apparence fastueuse. Nous nous rappelons que, dans un concours, le candidat, qui, malgré la plus grande lenteur dans le débit, était arrivé au bout de sa courte science avant l'heure, se leva en souriant, et s'excusa d'être en reste de quelques minutes sur l'extrême rapidité de son élocution. Il fallait ou se mettre en colère contre ce monsieur qui, décidément, assimilait ses auditeurs à des créatures d'un ordre inférieur, ou le trouver admirable : nous primes ce dernier parti.

La leçon de M. Desprez a été si remplie que nous ne pouvons qu'en retracer le cadre. En cela nous aurons rendu service aux concurrens futurs, dans le cas où la même question leur écheoirait.

Préambule. Importance du sujet, étudié surtout depuis la fin du siècle dernier.

Considérations anatomiques. Disposition de la capsule fibreuse et de la synoviale. Direction variable du col suivant le sexe, l'âge, et selon la position donnée au fémur lui-même. (Chassaignac.)

Variétés de la fracture. 1° Intra-capsulaire, 2° extra-capsulaire. 3° mixte. Chez l'enfant, décollement de l'épiphyse.

Fréquence. 1° Suivant le sexe : les femmes y sont particulièrement sujettes; 2° suivant l'âge; les vieillards : sur 254 cas rassemblés par sir A. Cooper, 2 seulement au dessous de soixante ans. Mécanisme de la résorption interstitielle des os. (Cruveilhier, Velpeau.)

Causes. 1° Directes. 2° indirectes. Mécanisme de la fracture différent suivant la cause : chute sur les pieds, diminution de l'angle que forme le fémur avec son col; chute sur le grand trochanter (cause la plus fréquente), redressement de cet angle. La fracture a eu lieu quelquefois par suite d'un mouvement brusque de rotation. Cause prédisposante de la fracture du col du fémur : *les trottoirs* (plaisanterie mnémonique.)

Signes. Rationnels et sensibles. Rationnels : douleur, etc. Sensibles : rotation du pied en dehors, raccourcissement du membre, rapprochement du grand trochanter, de la crête iliaque, crépitation.

Examen de chaque signe en particulier Rotation; ordinairement en dehors. Les causes sont le poids du membre, qui le porte en dehors, et non l'action des muscles. Expériences confirmatives de cette opinion de Boyer. Elles consistent à diviser le col fémoral sur un cadavre, en laissant en place des parties molles Quelquefois cependant rotation en dedans (faits : Hervez de Chégoin, A. Cooper, Schmidt, 3 fois sur 42 cas, etc.). Explication de Schmidt. Deux pièces du Musée de Dupuytren qui viennent à l'appui de cette explication. Raccourcissement : les causes; action musculaire. Il est moins considérable dans les fractures intra-capsulaires. A. Cooper a prétendu le contraire. D'où cela vient. M. Desprez a fait, avec M. Nélaton, des expériences qui témoignent contre l'opinion de Cooper. M. Brun, de Lyon, aussi et en même temps (thèse inaugurale). Le raccourcissement varie de 1 à 4 pouces. Elévation du grand trochanter. Crépitation, souvent obscure, quelquefois nette et facile à saisir. Impossibilité d'élever le membre. On cite des cas dans lesquels la marche a été possible pendant quelque temps. Explication : engrènement, intégrité de la capsule, implantation d'un fragment dans l'autre.

Diagnostic différentiel. Moyen général de diagnostic : mensuration. Comment faut-il mesurer (Bérard). Lésions que l'on pourrait confondre avec la fracture du col du fémur. Luxation en haut et en avant, en haut et en dehors; fracture du bassin, contusion de la hanche, décollement de l'épiphyse. Moyen de diagnostique propre à M. Desprez : ce chirurgien fléchit la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse; il porte son bras sous le jarret, et s'en sert pour imprimer des mouvemens de rotation au membre; ces mouvemens se passant dans le corps de la fracture, déterminent la crépitation, que la main du bras libre percevra aisément.

Pronostic. Age, etc. Escharre au sacrum. Etat typhoïde à craindre chez les vieillards.

Traitement. 1° Pas de traitement chez les vieillards (Bérard, Velpeau, quelquefois aussi A. Cooper). Appareils. Anciens : *a.* Poids pendu au pied. *b.* Deux lacs fixés l'un à la tête du lit, l'autre au pied. Modernes. *a* Appareil de Desault. Deux attelles. Ceinture avec gousset pour recevoir l'attelle externe; extension continue au moyen d'une bande passée dans les mortaises supérieures des attelles. *b.* Appareil de Boyer. Attelle externe, semelle, vis de rappel. *c.* De Pott. *d.* De Delpech. *e.* De Dupuyrren. Appareil inamovible (baron Larrey, Velpeau). Appréciation,

Consolidation. Est-elle possible dans les fractures intra-capsulaires? Oui. Exemple du Musée Dupuytren. Raisons anciennement alléguées contre la possibilité de la consolidation : défaut de nutrition du fragment supérieur; dilution du suc osseux. Modes de consolidation (Chassaignac) : 1° par virole osseuse; 2° par trabée osseuse; 3° par tissu ligamenteux à toute surface; 4° par des trousseaux ligamenteux distincts; 5° par un véritable cal. Conditions de la consolidation : il faut que le prolongement fibro-synovial ne soit pas entièrement déchiré. Causes de non-consolidation : esquilles, suppuration. Dans un cas présenté à la Société anatomique, le fragment supérieur était détourné de telle sorte que la tête articulaire regardait en dehors. Fausse articulation. Question intéressante : la fracture du col du fémur peut-elle se consolider sans raccourcissement? Non (Delpech). Boyer cite des exemples affirmatifs. M. Desprez possède un cas semblable.

Au moment où nous rappelons nos souvenirs, et où nous consultons nos notes pour rendre compte de la leçon de M. Sédillot sur la *rétention d'urine dans la vessie*, nous sommes frappé de l'impossibilité absolue de le faire connaître dans toute sa richesse, et nous dirions presque dans sa profusion. Attachons-nous du moins à en exposer fidèlement le méthodique ensemble, et suivons pour cela le même procédé qu'à l'égard de M Desprez.

Définition. La rétention d'urine dans la vessie est une accumulation de ce liquide dans la poche urinaire, sans possibilité d'excrétion volontaire. Nous l'étudierons comme état, c'est-à-dire en elle-même, et comme effet, c'est-à-dire dans ses causes.

Degrés. Ischurie, dysurie, strangurie (anciens). Complète ou incomplète; graduelle ou subite; passagère ou permanente. Rare chez la femme; commune chez les vieillards.

1. *Rétention d'urine dans la vessie, considérée en elle-même :*

1° Changemens anatomiques actuels par suite de la rétention. La vessie remonte contre la paroi abdominale; le péritoine s'élève; le col de la vessie reste fixe; l'urétère, le bassinet et le rein se remplissent et se dilatent On a vu la vessie contenir dix sept pintes d'urine et remonter au-dessus de l'ombilic.

2° Changemens organiques qui surviennent si la rétention se répète. Vessie à colonnes multiloculaires. Catarrhe vésical, etc.

Le travail très prolongé observé sur 6 femmes, a été occasionné par des causes diverses ; par action imparfaite de l'utérus, par rigidité des parties molles, par disproportion entre la tête de l'enfant et les dimensions du pelvis.

Le seigle ergoté a été employé dans seize cas toujours avec avantage ; la présentation était naturelle, les contractions utérines étaient faibles. Les préparations employées sont la poudre de seigle et la teinture de même substance, surtout la teinture éthérée, que l'auteur dit avoir expérimentée, la plus efficace. Cette dernière a été prescrite à la dose de 30 à 40 gouttes dans du sucre.

Après ces considérations générales, l'auteur entre en matière par l'exposition détaillée des faits les plus remarquables.

Premier fait. *Hémorrhagie vulvale ; crâniotome* Margarite M..., âgée de vingt-huit ans, entre en travail le 6 novembre, à six heures du soir ; ses douleurs sont régulières et fréquentes ; le col se dilate lentement, mais régulièrement. Le lendemain à sept heures du matin, M. Shaw qui l'assistait, me fait appeler. Les parties externes étaient très rigides ; la tête était en partie dans l'excavation ; le pouls plein et dur, et la patiente agitée. Je lui prescris une saignée d'un demi-kilo (16 onces) ; lavement. A huit heures et demie, après une douleur très intense, la grande lèvre droite est devenue très gonflée ; ce gonflement s'étendait, à chaque douleur, vers le vagin et le périnée. Les douleurs avaient un caractère très violent ; la tête pressait fortement sur les parties molles distendues, et menaçait ces dernières de déchirement. J'ai envoyé de suite prendre des instrumens pour opérer, et j'ai essayé, en attendant, d'abattre l'action utérine en effrayant la femme d'après le conseil d'Hamilton, mais sans succès ; les contractions sont devenues de plus en plus fortes, et la membrane interne de la grande lèvre s'est déchirée, ce qui a donné lieu à un immense écoulement de sang liquide et coagulé. M. Ashwell est, en attendant, arrivé avec des instrumens ; il a pensé qu'il fallait de suite diminuer le volume de la tête, dans la crainte que la lacération ne fût augmentée par le forceps. J'ai, en conséquence, pratiqué sur-le-champ la crâniotomie, bien qu'avec difficulté. La femme s'est rétablie après une convalescence un peu longue. Trois mois après, elle était tout à fait bien portante.

Deuxième fait. *Hydrocéphale*. Margarite E., très délicate, a souffert de grandes faiblesses durant sa grossesse. Le lundi 2 février, le travail se déclare, les eaux s'écoulent, le col utérin offre la largeur d'un schilling. Le lendemain, à huit heures du matin, il offre le diamètre d'une couronne ; l'enfant présente le sommet. A deux heures après midi, les douleurs utérines sont incessantes et violentes, mais le travail n'avance pas ; M. May m'a appelé en consultation. Après un examen attentif, j'ai trouvé les os du crâne largement séparés entre eux, et la tête énormément volumineuse ; aucune des oreilles ne pouvait être sentie ; comme la femme paraissait s'épuiser, le pouls devenir fréquent et ses forces diminuer, j'ai pensé qu'il fallait la délivrer sans délai ; et comme le forceps ne pouvait être employé, j'ai ponctionné la tête et donné issue à 14 onces d'eau claire de couleur paille : l'accouchement a été alors terminé de suite. Il a fallu la sonder cinq fois après l'accouchement, et elle s'est promptement rétablie. Ce fait a paru remarquable, surtout à cause de l'abstinence rigoureuse à laquelle la femme s'était astreinte pendant sa grossesse.

Présentation du placenta. Dans 14 cas le placenta s'est présenté le premier. Dans 9 cas, il couvrait le col en totalité ; dans 5 partiellement. Dans tous les cas l'accouchement a été terminé par la version podalique.

Rétention placentaire. Dans 37 cas le placenta n'a point été expulsé soit par manque d'action utérine, soit par adhérence morbide. Dans douze cas le placenta adhérait à la partie antérieure et supérieure de l'utérus, ainsi que cela a été constaté par la main qui est entrée pour l'extraire. Dans les cas d'inertie, l'utérus a été stimulé soit par la main introduite dans sa cavité, soit par le seigle ergoté.

Convulsions puerpérales. L'auteur rapporte quatre cas avec détails, mais ils ne nous paraissent rien offrir de neuf. Les moyens employés sont les saignées, les purgatifs et la glace sur la tête.

Troisième fait. *Travail compliqué de typhus*. Femme délicate et faible, âgée de vingt-sept ans, enceinte de huit mois, est saisie de fièvre le 14 janvier. Le 16, elle offre les symptômes suivans : vomissemens fréquens, diarrhée, douleurs dans les membres ; peau sèche et chaude, langue noire et sèche, grande soif. A huit heures du soir, le travail se déclare ; j'ai été appelé à onze heures du soir, et j'ai trouvé l'état suivant : pouls à 110, langue très sèche et noire, un peu de délire ; contractions utérines faibles, et revenant par intervalles éloignés ; col utérin dilaté, de la grandeur d'une couronne ; à chaque douleur les membranes s'y engagent ; la femme est très épuisée.

A deux heures du matin, elle rend un enfant putréfié, et par suite elle éprouve une abondante hémorrhagie. L'utérus est resté flasque et dilaté, mais en le grattant avec la main les contractions ont reparu et l'hémorrhagie s'est arrêtée. Cet état n'a pas continué long-temps, car aussitôt que la main a été ôtée, l'organe s'est dilaté. Deux doses d'ergot ont été administrées dans un intervalle de vingt minutes. Une heure et demie après l'expulsion de l'enfant, la première douleur s'est déclarée et a expulsé le placenta putréfié, conjointement à une grande quantité de sang coagulé et fluide. L'hémorrhagie a continué, mais faiblement, quoique en quantité suffisante pour affaiblir beaucoup la femme déjà très faible et la mettre en grand danger. Le pouls, au poignet, est insensible ; grande agitation générale, soif ardente. On comprime l'utérus avec une main. M. Ashwell a été appelé et a approuvé notre projet de traitement qui était d'administrer des stimulans. Vers le soir elle a commencé à éprouver de la réaction ; ses extrémités, de froides qu'elles étaient, sont devenues chaudes ; sa respiration calme ; le pouls s'est relevé et au total elle se sent beaucoup mieux. Le lendemain cependant elle est tombée de nouveau dans le collapsus : on lui administre de l'eau-de-vie, de l'ammoniaque et de l'éther sulfurique. Les deux jours suivans se sont passés dans des alternatives de collapsus et de réaction ; mais enfin, à partir du quatorzième jour l'amélioration a été franche et elle est entrée en convalescence.

Suivent trois cas de rupture de l'utérus, terminés par la mort, puis 51 cas d'hémorrhagie utérine, mais avec peu de détails, et n'offrant rien de bien remarquable.

(*Guy's hospital reports*, avril 1841.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 29 juin.

Eaux minérales. — *M. Henry* fait plusieurs rapports officiels sur quatre sources d'eaux minérales que la commission a analysées par ordre ministériel ; ces sources sont celles de Castel-Jaloux, au midi de la France, de Saint-André, dans le département de la Loire Inférieure, de Bussang, et d'une autre localité dans le département de la Seine-Inférieure.

Peste. — *M. Renoult* fait, au nom de MM. Pariset, Bouillaud et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Aubert sur la prophylaxie de la peste. Nous avons déjà dans le temps rendu un compte détaillé de ce travail ; nous ne reproduirons pas par conséquent l'analyse du rapport de la commission.

Conclusions : 1° Remercièmens ; 2° comité de publication. (Adopté.)

Jambe artificielle. — *M. Renoult* fait un rapport favorable sur une jambe artificielle inventée par M. Lesage, cordonnier, qui, ayant subi autrefois l'amputation de la cuisse, se trouva dans la nécessité d'imaginer quelque chose de mieux que la jambe de bois ordinaire. Sa machine est ingénieuse, simple, commode, solide, et ne coûte que 60 francs. M. le rapporteur la trouve digne de l'attention de l'Académie, et conclut en proposant une lettre d'encouragement à l'auteur. (Adopté.)

Luxation du poignet. — *M. Scoutteten* lit une observation relative à un cas de luxation radio-carpienne en avant dont il a fait mouler le membre en plâtre. Il s'agit d'une femme qui eut le poignet saisi par un écheveau de soie à une mécanique en action ; il en est résulté une violence extrême dans le poignet, puis un gonflement considérable qui a duré pendant une année. La lésion a été prise et soignée pour une entorse ; mais après un traitement d'un an, on s'est aperçu que le poignet s'était luxé en avant. Déjà deux abcès s'étaient formés sur la région, ce qui avait occasionné de grandes souffrances. Alors, on a cru devoir faire des tentatives de réduction, mais les douleurs ayant reparu, on a dû y renoncer, et le membre a été abandonné dans cet état. Les mouvemens se sont rétablis en partie, les doigts sont dans la demi-flexion. L'accident est arrivé il y a cinq ans, et c'est à présent que M. Scoutteten a fait mouler le membre ; aucune dissection n'a pu être faite puisque la femme vit encore, et c'est sur ce moule que l'auteur a cru pouvoir venir donner un démenti (expression de l'auteur) aux assertions de Dupuytren concernant les luxations en question. Ce moule offre évidemment un déplacement du radius et du cubitus très saillant en arrière ou sur la face dorsale, et une saillie, mais peu prononcée, du côté palmaire formée par la tête du carpe ; les doigts sont à demi fléchis ; l'espace inter-styloïdien n'offre aucune altération.

Après cette description, l'auteur a rappelé deux autres observations récentes, celle de M. Marjolin fils et celle de M. Wallemier, publiées dans les Archives, qui se rapportent à des luxations en arrière, mais à des luxations compliquées de plaie, tandis que celle de M. Scoutteten est simple, et lui paraît péremptoire.

M. Blandin n'accepte pas la manière de voir de M. Scoutteten, et surtout le démenti que ce dernier croyait avoir apporté à Dupuytren. D'abord, Dupuytren n'a pas parlé d'une manière absolue en disant que dans tous les cas qu'il avait vus avec toutes les apparences des luxations du poignet, telles que les auteurs les ont décrites, il n'avait trouvé que des fractures du radius. Cette observation reste encore vraie aujourd'hui, et M. Blandin partage sous ce rapport les assertions de Dupuytren pour les prétendus cas de luxations produites par des chutes sur la main. Ensuite, il n'est pas prouvé anatomiquement que, dans le cas de M. Scoutteten, il s'agisse réellement de luxation ; et en supposant que cela fût, il s'élève la question de savoir si cette luxation a été primitive ou consécutive ; il est convaincu que la luxation a été ici la conséquence de l'arthrite chronique qui aurait ramolli et détruit les tissus articulaires du poignet, et permis aux parties de se déplacer, ainsi qu'il en a vu un exemple avec M. Martin-Solon lorsqu'il était à l'hôpital Beaujon, où Dupuytren ne niait pas les luxations consécutives. En conséquence, le fait de M. Scoutteten ne lui paraît pas plus concluant que celui de M. Wallemier, qui n'était pas dans les conditions de simplicité requises pour être probant.

M. Velpeau parle dans le même sens. Il pense, d'après l'examen du moule, qu'il a dû y avoir fracture du radius et déplacement consécutif par action musculaire ; il ne voit pas là une luxation véritable, puisque dans le cas de luxation les doigts et la main devraient être renversés dans le sens des extenseurs, tandis qu'ils le sont dans le sens contraire. En conséquence, l'observation et les conclusions de Dupuytren sur cette question persistent encore depuis vingt ans dans leur intégrité.

3° État du liquide sécrété. Coloration, odeur, fétidité.

4° Symptômes de la rétention. A. Physiques : Défaut d'excrétion urinaire. (Ne suffit pas puisqu'il peut dépendre de la suppression de la fonction sécrétoire.) Tumeur de l'hypogastre et son mat. Fluctuation sentie par le rectum au moyen du doigt introduit dans cet intestin. Regorgement. B. Rationnels : Douleurs sourdes, bientôt intolérables ; agitation ; plaintes ; cris ; sueurs visqueuses qui deviennent fétides ; fièvre urineuse ; petitesse du pouls ; délire.

5° Durée. Variable : 24, 36, 48 heures ; quelquefois plusieurs jours.

6° Terminaisons. A. Cessation de la cause ; retour de l'excrétion. B. Rupture de la vessie. Peut avoir lieu dans divers points. *a*. Dans le péritoine : péritonite, mort. *b*. Dans la portion vésico-pubienne : infiltration dans les fosses iliaques. *c*. En arrière et au-dessous du péritoine : infiltration dans le petit bassin et abcès urineux. C. Rupture de l'urètre : plus fréquente que celle de la vessie. *a*. Au dessous de l'aponévrose supérieure : infiltration intra-pelvienne ; dépôts urineux. *b*. Au-dessous de l'aponévrose moyenne : c'est le cas le plus fréquent de tous ; dépôts urineux superficiels.

7° Pronostic. Toujours grave. Si la rétention est incomplète et habituelle, il survient des altérations graves dans l'appareil urinaire..... Les reins se dilatent ; on les a vus former des espèces de kystes... Si la rétention est complète, on est sous l'imminence des plus grands dangers. Se reporter aux terminaisons.

II. *Rétention d'urine dans la vessie, considérée comme effet, c'est à-dire dans ses causes*. Causes de la rétention d'urine dans la vessie. M. Sédillot les distingue en : 1° vitales, 2° organiques, 3° mécaniques.

1° *Vitales*. L'appareil urinaire est sain ; il n'existe aucun obstacle soit organique, soit mécanique à l'excrétion : Fièvre typhoïde ; état typhoïde de la plupart des maladies graves ; affections du cerveau et de la moelle ; péritonite du petit bassin ; excès de coït ; à la suite de certaines opérations (fistule à l'anus, excision des hémorrhoïdes ; J.-L. Petit) ; luxation sus-pubienne (Hippocrate, M. Larrey, M. Sédillot lui-même). Le malade amputé dans l'articulation coxo fémorale par M. Sédillot, présenta une rétention d'urine à la suite de l'opération. Paralysie de la vessie (vieillards) ; rétention volontaire prolongée (cause de).

2° *Organiques*. Phymosis congénial, très beau cas de J.-L. Petit. Rétrécissemens de l'urètre : *a*. Inflammatoires (urétrites), *b*. Spasmodiques. Incontestables. *c*. Organiques. Siége et nombre de ces rétrécissemens. Tumeurs et brides pathologiques. Lobe moyen de Home, etc. Fongosités, varices du col de la vessie. Hypertrophie de la luette vésicale et du verumontanum. Vessie à plusieurs loges. Vessie herniée (plusieurs cas).

3° *Mécaniques*. *a*. Striction de la verge avec une ficelle, avec un briquet. Un homme introduit sa verge dans le goulot d'une bouteille, un autre dans le trou d'une baignoire, et ne peuvent plus la retirer. Calculs développés dans des sujets fistuleux du périnée ; tumeurs diverses. Matières fécales accumulées et corps étrangers dans le rectum. Corps étrangers dans le vagin. Pessaire. Tête du fœtus. *b*. Corps introduits ou développés dans l'urètre ou dans la vessie.

Traitement. Trois indications principales : 1° reconnaître la cause de la rétention ; 2° évacuer l'urine ; 3° chercher ensuite à faire disparaître la cause elle-même. M. Sédillot a laissé de côté ce qui a rapport au diagnostic de la cause ; il lui aurait fallu entrer dans de trop longs détails. Arrivons avec lui au second chef ; il renferme des indications nombreuses. *a*. Obstacles mécaniques (division du prépuce ; enlever les corps étrangers qui étreignent la verge, etc.). *b*. Rétention spasmodique (bains anti-spasmodiques). *c*. Inflammation de l'urètre (antiphogistiques de toutes sortes). *d*. Perte du ressort de la vessie (Froid. J.-L. Petit envoyait ses malades pisser à la cave. Injections froides. Frictions sur l'hypogastre avec la teinture de cantharides. Cathétérisme répété pour réveiller l'action de la vessie. Ne pas laisser la sonde à demeure : accidens qui peuvent en résulter. Deux mots sur la sonde en *S*). *e*. Rétrécissemens (cathétérisme ; lorsqu'il y a urgence il est le premier moyen à employer. M. Sédillot est entré dans les plus grands détails sur cette opération délicate, et a examiné en particulier la question du cathétérisme forcé. Les sondes de M. Mayor ont eu leur tour. M. Sédillot les croit avantageuses lorsque le rétrécissement n'est pas trop serré ou qu'il est spasmodique ; quand la coarctation est organique et très serrée, elles pourraient rompre l'urètre. Accidens du cathétérisme. *f*. Le cathétérisme est-il tenté en vain, alors on peut : 1° essayer de forcer l'obstacle avec la sonde conique (Desault, Boyer, Roux) ; pratique périlleuse ; il n'est pas surprenant qu'elle ait réussi entre les mains de ces chirurgiens, mais on ne saurait la conseiller à titre de moyen général ; 2° pratiquer la boutonnière, ou 3° la ponction par l'urètre avec une sonde creuse dans laquelle on fait glisser un troquart ; par le périnée, par le rectum, par l'hypogastre. C'est à la ponction hypogastrique que M. Sédillot donne la préférence. Nous avons dit, avec le candidat, que la troisième indication était de faire disparaître la cause, et de mettre le malade en garde contre de nouvelles rétentions. Ainsi, traitement des rétrécissemens organiques de l'urètre, etc.

M. Sédillot a terminé par quelques mots sur les abcès urineux résultant de la rétention et les fistules qui s'ensuivent.

C'est effroyable ce qu'une telle leçon renferme. Il y a à s'étonner qu'un homme livré à lui-même ait pu trouver, dans l'espace de trois heures, autant de matériaux dans sa mémoire. Il y a pourtant quelque chose qui nous touche plus encore que cette abondance mnémotechnique, c'est le jugement qui coordonne ces matériaux. Si la Faculté intéressée, suit, dans nos feuilles, les séances du concours, et que cette analyse rapide, ou le dernier numéro de la Gazette médicale, dans lequel la leçon de M. Sédillot a été daguerréotypée, lui tombe sous les yeux, elle s'estimera heureuse du présent que va lui faire la Faculté de Paris.

Il n'y avait pas de parité entre les questions précédentes et celle échue à MM. Rigaud et Sanson : *les fistules urétrales*. M. Rigaud s'est tiré avantageusement d'un pas difficile ; ce candidat a beaucoup lu et beaucoup observé ; malheureusement il parle trop vite et trop bas, double raison pour que son discours risque souvent d'être incolore.

M. Sanson, il faut l'avouer, ne s'était pas acquitté très heureusement de sa leçon improvisée : il paraissait fatigué ; mais son épreuve pratique l'a relevé à tous les yeux. Elocution ferme, accentuée et pure, érudition, connaissances pratiques étendues, jugement chirurgical, rien ne lui a failli dans cette séance qui pourrait bien avoir été décisive pour lui. Au reste, c'est à l'argumentation que nous attendons ce candidat. C. J. M.

M. Bégin reconnaît deux mécanismes à l'aide desquels le poignet pourrait se luxer par pression et renversement, et par arrachement ou par extension directe. Ce second mode paraît avoir existé dans le cas de M. Scoutteten. Reste à savoir maintenant s'il y a luxation primitive ou consécutive; il penche, comme M. Blandin, pour la seconde espèce. Il se rappelle que Dupuytren admettait la luxation consécutive du poignet, et qu'il lui en a montré un exemple sur une pièce qu'il avait disséquée. Il ne croit pas, au reste, qu'il y eût fracture, puisque la mécanique n'avait agi sur la main que par une sorte d'extension incapable de fracturer le radius.

M. Bouvier parle dans le sens de la luxation consécutive, et trouve de l'analogie entre cet état et celui de la *main-botte* produite également par rétraction musculaire. Il pense, au reste, comme M. Velpeau, que s'il se fût agi de luxation traumatique, la main et les doigts devraient se trouver renversés dans le sens des muscles extenseurs.

M. Bérard fait remarquer que le mode d'action de la mécanique dans ce cas, exclue toute idée de fracture; en conséquence, tout le monde est d'accord : reste seulement la question de savoir si la luxation est primitive ou consécutive.

M. Gerdy ne peut s'empêcher de reconnaître une véritable luxation dans le moule qu'il a en main; il cherche à le prouver par des remarques anatomiques judicieuses qui ressortent de la pièce elle-même. Il ne voit pas là de fracture, et il en donne la raison. Il explique ensuite comment les doigts et la main pourraient se trouver dans la direction qu'ils affectent dans l'hypothèse d'une luxation; mais il avoue qu'il lui paraît impossible de déterminer si le déplacement a été primitif ou consécutif.

M. Scoutteten résume toutes les objections qu'on lui a faites, et y répond catégoriquement. Il soutient : 1° que la luxation était primitive et non consécutive; 2° qu'il n'y avait pas fracture; 3° que dans tous les cas le fait lui paraissait intéressant, et il s'estime heureux d'avoir rappelé l'attention de l'Académie sur la question des luxations du poignet.

Cette communication et la réplique judicieuse de M. Scoutteten ont été reçues avec intérêt par l'Académie.

Ostéomalaxie partielle de la jambe. — M. Scoutteten présente ensuite une autre pièce non moins intéressante, également moulée en plâtre. C'est celle d'un pied du côté droit complétement renversé en dehors par un ramollissement chronique de l'extrémité inférieure du tibia qui, cédant au poids du corps, avait été faussée au-dessus de la malléole interne, fait un angle de ce côté qui descendait jusqu'au sol et servait de point de sustentation. Par suite de cette disposition singulière du tibia, le pied était en totalité déjeté en dehors, et la plante verticalement placée au niveau de la malléole externe, comme dans certains pieds *valgus*. Ce fait a paru intéressant et rare.

M. Scoutteten étant membre correspondant, aucune commission n'a dû être nommée.

Aliénation mentale. — M. Foville lit un intéressant travail sur une des causes peu étudiées de la folie, la déformation de la tête par l'action de certains bonnets qu'on appelle serre-tête, dont on fait usage dès la plus tendre enfance dans certains pays, surtout en Normandie et dans le midi de la France. Il se livre à ce sujet à des considérations du plus haut intérêt, et cite un très grand nombre d'observations qui lui sont propres.

Rattachant toujours, comme M. Ferrus, les lésions de l'intelligence à des altérations matérielles du cerveau, M. Foville a trouvé l'occasion de faire une excursion fort intéressante sur le traitement moral de la folie. L'auteur a su, dans cet important travail comme dans ses mémoires précédens, se montrer profond observateur, habile praticien, logicien parfait, et s'élever par-là au niveau de M. Ferrus et au-dessus de tous les encéphalopathes de l'époque. Il termine en annonçant un prochain travail sur l'étiologie positive de la folie.

Dans la dernière séance M. Leroy d'Etiolles a entretenu l'Académie d'une opération de lithotritie qu'il vient de pratiquer sur un des membres de cette compagnie, M. B... 282 petites pierres entières et 90 fragmens provenant de pierres brisées ont été extraits de la vessie avec le lithotribe évacuateur, en huit séances, qui n'ont produit ni douleur, ni accident. Une rétention d'urine causée par le développement de la prostate, rendait nécessaire l'évacuation artificielle. M. Poirson était présent à toutes les séances. Cette operation nous semble montrer que les ressources de la lithotritie sont plus étendues qu'on ne l'avait cru d'abord, et que l'on avait eu tort de lui poser certaines impossibilités pour limites.

M. Leroy d'Etiolles présente également les débris d'un gros calcul extrait à un malade de Toulouse, qui, depuis dix ans, faisait usage des carbonates alcalins et de diverses eaux minérales. A Vichy, par exemple, où il passa la saison en 1838, il prit tous les jours un bain et but de 30 à 40 verres d'eau.

M. Leroy d'Etiolles met encore sous les yeux de l'Académie les reins et la vessie d'un malade qui avait, comme le précédent, fait usage à diverses reprises et depuis plusieurs années, des eaux alcalines de différens endroits. Ce malade, lorsqu'il se rendit dernièrement à Paris pour réclamer les secours de la chirurgie, était arrivé à un tel degré de faiblesse et de marasme, que M. Marjolin, dans une consultation à laquelle assistèrent MM. Nacquart, Barth et Leroy d'Etiolles, résumait ainsi les chances de traitement : méthode expectante, mort; lithotritie, zéro; taille, 1 sur 10. M. Leroy pratiqua la taille hypogastrique, et retira cinq calculs du volume d'un œuf de pigeon. Mort le treizième jour de l'opération.

Autopsie. Altération profonde des reins et des bassinets; raccourcissement et hypertrophie des parois de la vessie; développement du lobe moyen de la prostate. Ce lobe, que M. Leroy d'Etiolle a dénommé lobe pathologique, s'opposait, pendant la vie, à l'évacuation de l'urine; du reste, aucune trace d'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire du voisinage de la plaie ou de l'intérieur du bassin; le péritoine est intact et sans trace d'inflammation.

Cuiller d'argent avalée par un malade pendant un accès de démence, et qui s'est fait jour un an après par un abcès situé dans la région de l'estomac.

Observation recueillie par M. Ogmundsen, étudiant en médecine à Copenhague.

Un négociant islandais, qui s'adonnait aux boissons acooliques à la suite de pertes considérables qu'il avait éprouvées dans le commerce, avait été affecté plusieurs fois de *delirium tremens*. A la fin il tomba dans un état de manie religieuse avec tendance au suicide. Il essaya tous les moyens imaginables pour se tuer, mais on le revêtit d'une camisole de force, et, n'ayant plus d'autres moyens de terminer ses jours que la faim ou l'asphyxie, il commença par recourir au premier.

Pendant quatorze jours il ne prit aucun aliment; mais, lassé de cette torture prolongée, il avala une cuiller à café d'argent. C'était le 21 juillet 1835; et le médecin, s'étant assuré que la cuiller ne se trouvait plus dans l'œsophage, dut se borner à un traitement antiphlogistique pour prévenir l'inflammation de l'estomac; celle-ci n'eut point lieu.

On examina avec soin les selles du malade jusqu'au 3 septembre, sans y trouver la moindre trace du corps étranger.

Le malade se rendit à Copenhague accompagné d'un médecin. Pendant la route, il resta calme; mais se plaignit constamment d'une douleur au creux de l'estomac, qui le forçait à rester courbé.

A son arrivée, il fut reçu à l'hôpital général, mais renvoyé bientôt sans avoir éprouvé aucun soulagement. Depuis, on se borna à un traitement palliatif. L'aliénation mentale n'existait plus; et, vers la fin d'avril 1836, il retourna en Islande. Bientôt il vit une petite tumeur se former à l'épigastre; elle s'ouvrit en laissant écouler un liquide parfaitement limpide.

Le 23 juillet, il aperçut au fond un corps étranger, noir..... c'était le manche de la cuiller. On fit appeler un médecin, qui ne put l'extraire entièrement; la partie creuse resta dans la plaie; on la sépara du manche; elle fut fixée avec un fil; et, au bout de quatre semaines, le corps étranger fut extrait avec la plus grande facilité. Les douleurs cessèrent, et la plaie guérit complètement.

(*Zeitschrift fur die gesammte medicin.* Vol. v, 3e cah. 1837, et *Rev. méd.*)

— Nous empruntons au *Temps* les réflexions suivantes, qui nous ont paru pleines de justesse et de raison.

« On croit généralement que les fonctions de médecin ou de chirurgien dans les hôpitaux de Paris sont largement rétribuées. Il n'en est rien cependant; les médecins ont été eux-mêmes les premiers à comprendre que recevoir des émolumens en rapport avec les services qu'ils rendent, c'eût été peut-être priver les pauvres d'une part assez importante des ressources qui leur sont réservées; aussi ne reçoivent-ils qu'une indemnité seulement destinée à payer leurs frais de déplacement. Mais pour que la justice fût égale entre tous, il faudrait que cette indemnité donnée aux uns ne fût pas refusée aux autres. Ils viennent donc d'adresser au conseil municipal une pétition collective pour obtenir que le médecin ou chirurgien des hôpitaux reçoive, dès le jour de sa nomination, cette indemnité de déplacement, puisque dès ce jour des frais, souvent fort onéreux, commencent pour lui.

» Dans l'état actuel des choses, les chefs de service nouvellement nommés attendent quelquefois huit ou dix ans de recevoir l'indemnité, et cette privation est d'autant moins équitable qu'elle pèse sur de jeunes médecins qui ont sacrifié leurs intérêts de praticien pour acquérir par le concours cette honorable position, et qui, une fois nommés, sont toujours obligés d'aller faire un service dans un hôpital excentrique.

» Cette demande, dont tout le monde appréciera la convenance et l'équité, a été bien accueillie de M. le préfet et des membres du conseil municipal de Paris, et tout fait croire qu'il y sera fait droit à partir de l'année prochaine. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 3 JUILLET 1841. (14e ANNÉE) N° 81, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Mouvement du service pendant les mois d'avril et mai 1841.

On a observé dans le service de la clinique, depuis le 1er avril jusqu'au 31 mai, 158 malades, qui ont été divisés en deux grandes catégories.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Malades présens dans les salles au 1er avril, au nombre de 40; nous les avons divisés en deux classes, selon qu'ils appartiennent aux cas aigus ou chroniques.

Première classe. Maladies chroniques ou sub-aiguës, au nombre de 31, réparties de la manière suivante:

Affections organiques du cœur,	4
Phthisie pulmonaire,	6
Lésions des centres nerveux,	2
Chloroses,	6
Rhumatisme chronique ou sub-aigu,	3
Lumbago,	2
Coliques saturnines,	3
Erysipèle facial en résolution,	2
Ictère,	1
Blennorrhagie,	1
Emphysème pulmonaire et ascite,	1
	31

Deuxième classe. Maladies aiguës, 9.

1° Bronchite capillaire, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1; sorti le 26 avril.

2° Pneumonie des vieillards, salle Sainte-Madeleine, n° 10; sortie le 12 avril.

3° Pneumonie au deuxième degré, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 10; sorti le 18 mai.

4° Pneumonie au premier degré, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 4; sorti le 8 avril.

5° Fièvre typhoïde, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 4; sorti le 25 avril.

6° Rhumatisme articulaire aigu, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 22; sorti le 28 avril.

7° Erysipèle phlegmoneux du membre inférieur gauche, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 2; encore dans le service.

8° Gastrite par suite d'empoisonnement, salle Sainte-Madeleine, n° 8; sortie le 2 mai.

9° Le neuvième cas est relatif à une femme de quarante-sept ans, qui entra à la clinique le 18 février, présentant une pneumonie du sommet du poumon gauche, au deuxième ou troisième degré, précédée de bronchite, chez un sujet cachectique. Cas mortel.

Cette femme, vu l'état cachectique dans lequel elle était au moment de son entrée à l'hôpital, et l'époque avancée de sa maladie, ne put être traitée selon la formule. On dut se borner à une saignée générale et une locale; puis à l'administration de l'oxyde blanc d'antimoine. Cette malade succomba le 14 avril.

Si nous n'avons point donné ici l'analyse des huit premiers faits que nous venons de citer, c'est que ces faits ont été publiés avec détail dans le résumé inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* au mois d'avril dernier, et nous avons cru tout à fait inutile de revenir sur ces cas, autrement que pour en constater le résultat.

SECONDE CATÉGORIE.

Elle comprend 118 cas divisés, comme ceux de la première catégorie en deux classes.

Première classe. Maladies chroniques ou sub-aiguës, au nombre de 61, réparties ainsi qu'il suit:

Affections organiques du cœur,	7
Phthisie pulmonaire,	8
Chlorose et chloro-anémie,	9
Leucorrhée,	3
Métrorrhagie,	1
Fièvre intermittente,	5
Coliques saturnines,	3
Tremblement mercurel,	2
Bronchite légère apyrétique,	3
Grippe et rhinopharyngite,	2
Douleurs rhumatismales apyrétiques,	6
Embarras gastro-intestinal,	2
Hypertrophie du foie,	1
Erysipèle facial apyrétique,	1
Erythème,	1
Affection cérébrale chronique,	1
Chorée,	1
Asphyxie par le charbon,	1
Courbature,	4
	61

On comprendra facilement que nous passions rapidement sur les faits précédens, sans entrer dans aucun détail, pour arriver aux cas aigus, qui méritent particulièrement de fixer notre attention.

Deuxième classe. Maladies aiguës, 57 cas.

Sur ces 57 malades, 21 ont été traités pour des péripneumonies plus ou moins graves. Voici l'analyse succincte mais complète de chaque cas, avec le diagnostic qui fut porté lors de l'entrée, et le traitement suivi:

1° Salle Sainte-Madeleine, 4. Pleuro-pneumonie au second degré, occupant les trois cinquièmes inférieurs du poumon gauche en arrière. Cas grave.

Femme âgée de soixante-quatorze ans, malade depuis trois jours, entrée le 13 mai, sortie le 27 mai. Quatre saignées, dont une locale (11 palettes et demie, 1380 gram.) dans l'espace de trois jours; vésicatoire. Convalescence le quatrième jour.

Cette malade a fourni une occasion des plus favorables d'observer l'emploi, chez les vieillards, de la formule des saignées coup sur coup. On a pu se convaincre, par l'exemple précédent, que, chez un sujet âgé de plus de soixante-dix ans, si du reste il se trouve dans des conditions favorables, on peut soustraire en deux ou trois jours une quantité de sang qui pourrait paraître effrayante à ceux qui n'ont point constaté par eux-mêmes les résultats que l'on obtient à la Charité, et que, sous l'influence de ce traitement, que l'on croirait devoir causer un affaissement profond du sujet, la convalescence est déterminée d'une manière très rapide. En effet, au bout de quatre jours, la malade prenait déjà du bouillon, et le quatorzième jour elle sortait en pleine convalescence, mangeant le huitième depuis deux jours.

2° Salle Sainte-Madeleine, 3. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, occupant la moitié postérieure et supérieure du poumon droit. Cas grave.

Femme âgée de cinquante-quatre ans, malade depuis quatre jours, entrée le 12 mai. Quatre saignées, dont une locale (11 palettes et demie, 1380 gramm.) en deux jours. Convalescence le quatrième jour. Sortie le 27 mai.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Pneumonie disséminée à droite; entéro-colite; symptômes typhoïdes. Cas grave.

Homme de quarante-six ans, entré le 10 avril, malade depuis huit jours. Trois saignées dont une locale (9 palettes, 1080 grammes) en deux jours. Convalescence le dixième jour. Sorti le 9 mai.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Pleuro-pneumonie occupant tout le poumon droit, au second degré au sommet. Cas grave.

Homme de trente-cinq ans, malade depuis quinze jours, entré le 16 avril. Cinq saignées, dont deux locales (15 palettes, 1875 grammes), dans l'espace de trois jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 8 mai.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Pleuro-pneumonie au deuxième degré, occupant la partie posérieure du poumon gauche dans toute son étendue. Cas grave.

Homme de trente-deux ans, malade depuis six jours, entré le 24 avril. Trois saignées générales, deux locales (15 palettes, 1875 grammes) en deux jours. Convalescence le quatrième jour. Sorti le 5 mai.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Pleuro-pneumonie au deuxième degré de la moitié supérieure postérieure du poumon droit. Cas grave.

Homme de trente-deux ans, malade depuis deux jours, entré le 21 mai. Cinq saignées, trois générales, deux locales (16 palettes, 2000 grammes), en trois jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 2 juin.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré occupant la moitié supérieure du poumon droit. Cas moyen. Plus tard, rechute par imprudence; le cas devient grave.

Homme de vingt ans, malade depuis deux jours, entré le 12 mai. Sept saignées dans l'espace de six jours (21 palettes et demie, 2650 grammes), un vésicatoire. Convalescence le dixième jour. Sorti le 30 mai.

8° Salle Sainte-Madeleine, 3. Pleuro-pneumonie au second degré occupant toute la partie postérieure du poumon gauche. Cas grave.

Femme de trente-cinq ans, malade depuis huit jours, entrée le 17 avril. Six saignées, dont deux locales, en trois jours (18 palettes, 1750 grammes). Convalescence le sixième jour. Sortie le 12 mai.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Pleuro-pneumonie au second degré occupant les trois-cinquièmes inférieurs du poumon droit. Bronchite. Cas grave.

Homme de vingt-sept ans, entré le 28 avril, malade depuis quatre jours. Six saignées, dont une locale, en quatre jours (18 palettes, 1750 grammes). Convalescence le sixième jour. Sorti le 15 mai.

10° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Pleuro-pneumonie affectant les trois-cinquièmes inférieurs du côté gauche en arrière, au second degré. Cas grave.

Homme de vingt-quatre ans, malade depuis deux jours entré le 14 mai. Sept saignées dont deux locales dans l'espace de quatre jours. Convalescence le sixième jour. Sorti le 31 mai.

11° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Pleuro-pneumonie au second degré occupant les 4/5 inférieurs du poumon gauche en arrière. Cas assez grave.

Homme de vingt-quatre ans, malade depuis cinq jours, entré le 10 mai. Six saignées, dont deux locales, en quatre jours (20 palettes, 2500 grammes). Convalescence le sixième jour. Sorti le 20 mai.

12° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Pleuro-pneumonie du premier au second degré, occupant les 3/5 inférieurs du poumon gauche. Cas assez grave.

Homme de vingt-huit ans, malade depuis la veille, entré le 26 mai. Six saignées (19 palettes, 2375 grammes) en cinq jours. Convalescence le neuvième jour. Encore dans les salles.

Chez ce malade, une première convalescence s'était déclarée au bout de quatre jours, lorsque quelques imprudences amenèrent une rechute, dont on fit promptement justice avec une saignée et un large vésicatoire. C'est à cette rechute seule que l'on doit attribuer la convalescence tardive que l'on observa dans ce cas.

13° Salle Sainte-Madeleine, 9. Pleuro-pneumonie, pleurodynie. Cas douteux, mal dessiné.

Femme de quarante-un ans, malade depuis la veille, entrée le 26 mai. Trois saignées générales, une locale (10 palettes, 1250 grammes). Convalescence le neuvième jour. Sortie le 20 juin.

14° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 17. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, occupant la partie supérieure du poumon droit. Cas moyen.

Homme de vingt ans, malade depuis quatre jours, entré le 12 avril. Trois saignées (9 palettes, 1125 grammes). Convalescence le quatrième jour, sorti le 23 avril.

15° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, du sommet du poumon droit en arrière. Cas moyen.

Homme de quarante-cinq ans, malade depuis trois jours; entré le 17 mai. Quatre saignées (15 palettes, 1875 gram.) en trois jours. Convalescence le cinquième jour; sorti le 29 mai.

16° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, occupant les 3/5 inférieurs portérieurs du côté gauche. Cas moyen.

Homme de vingt ans, malade depuis trois jours; entré le 20 mai. Quatre saignées (11 palettes, 1375 grammes) en quatre jours; un vésicatoire. Convalescence le septième jour; sorti le 14 juin.

17° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré, du sommet du poumon droit. Cas moyen.

Homme de dix-sept ans, malade depuis quatre jours; entré le 26 mai. Quatre saignées, dont une locale (12 pal., 1500 grammes) en trois jours; convalescence le sixième jour. Sorti le 6 juin.

— Ici se termine la série des sujets affectés de pleuro-pneumonie, traités par la formule nouvelle. Il est facile de se convaincre que dans tous ces cas, où la méthode a été rigoureusement mise à exécution, le succès a toujours couronné le traitement. On a pu remarquer également par ce que nous appellerons, qu'on nous passe l'expression, ces squelettes d'observations, que la convalescence a commencé du quatrième au sixième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, bien différente de ces convalescences si lentes que l'on observe sous l'influence des autres médications.

Que si l'on prétendait que les convalescences, en admettant même qu'elles surviennent rapidement, sont d'une durée effrayante chez les sujets rendus exsangues par la formule de la Charité, nous ferons observer que jamais, si ce n'est dans des cas extrêmement rares, M. Bouillaud ne renvoie de ses salles les sujets qui ont été traités pour des maladies aiguës d'une certaine gravité; que ces malades demandent donc volontairement leur sortie, et l'on pourra vérifier, à chaque observation, la durée du séjour dal'hôpital, la date de l'entrée et celle de la sortie se trouvant indiquées.

Les observations suivantes ont trait à des sujets qui n'ont point été traités par la méthode, et qui ont succombé.

18° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Homme de soixante-deux ans, affecté d'une pleuro-pneumonie au deuxième degré, occupant toute l'étendue du poumon gauche.

Ce sujet est celui dont nous avons rapporté l'observation dans un des numéros de ce Journal du mois dernier. Le pronostic fut porté: cas très grave. Le malade ayant absolument refusé de se laisser saigner, on fut forcé de recourir au tartre stibié. La mort survint le huitième jour après l'entrée.

Salle Sainte-Madeleine, 14. Femme de quarante-six ans, malade depuis six semaines, affectée d'une pleuro-pneumonie occupant la moitié inférieure du côté droit de la

poitrine, avec bronchite ; le tout greffé sur une maladie organique du cœur, d'origine rhumatismale. Cas mortel.

Cette malade ne fut point saignée ; on se borna à l'application d'un vésicatoire à la partie postérieure du côté droit. Elle succomba le cinquième jour.

20° Ste-Madeleine, 2. Femme de ving-cinq ans, malade depuis dix jours ; présentant une pleuro-pneumonie au second degré affectant toute l'étendue du poumon gauche, chez un sujet disposé à la phthisie. Cas probablement mortel.

Malgré la faiblesse de sa constitution, malgré la durée de la maladie, on crut devoir appliquer sur cette malade, en la modifiant, bien entendu, la formule des saignées. Quatre saignées furent faites en trois jours, et l'on retira 10 palettes et demie de sang (1310 grainmes). Entrée le 22 avril, cette femme, au bout de sept jours, se trouvait dans un état de convalescence qui tenait du prodige ; lorsque le huitième jour, étant en sueur, elle se découvrit et s'arrosa la poitrine avec de l'eau fraîche. Le lendemain elle avait succombé. On trouva, à l'ouverture, le péricarde distendu par un litre environ d'un liquide jaunâtre séro-purulent.

Il est évident que ces trois cas ne peuvent être comptés parmi les malades traités, et contribuer à la détermination de la mortalité.

La 21e et dernière observation est la suivante.

21° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Homme de cinquante-quatre ans, malade depuis six jours, affecté d'une pneumonie au deuxième degré, occupant tout le poumon gauche. Quelques doutes sur l'état du poumon droit. Cas très grave.

Dans l'espace de quatre jours, ce malade fût saigné huit fois, cinq fois par la lancette, trois fois par les ventouses scarifiées ; malgré ce traitement énergique, la marche de la maladie ne put être enrayée ; des concrétions se formèrent dans le cœur, et le malade succomba le cinquième jour. Quoiqu'il soit plus que probable que le résultat n'eût pas été funeste si le malade fût arrivé un jour ou deux plus tôt, nous ne devons pas chercher à éliminer ce cas comme les trois précédens. Les circonstances étaient loin d'être les mêmes, puisque les observations 18, 19 et 20 avaient trait à des malades qui n'avaient pu être traités. Néanmoins, admettant ce dernier fait comme un insuccès, il semble qu'une méthode thérapeutique qui substitue une mortalité de 1 sur 18 à une mortalité de 1 sur 3, ou même, comme celle que l'on a constatée dans un service où, il y a une quinzaine d'années, la méthode rasorienne était en honneur, à une mortalité des deux cinquièmes, il semble, dis-je, que cette méthode est assez belle pour que l'on puisse, que l'on doive même constituer à la mettre en usage, dût-on passer pour un homme exclusif et passionné.

Pleurésies, 4 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 6. Epanchement pleurétique très considérable, remplissant tout le côté droit de la poitrine, datant de trois semaines, chez un sujet anémique. Cas très grave.

Femme de trente-un ans, malade depuis trois semaines, entrée le 7 avril. Deux saignées (6 pal., 750 gram.) ; vésicatoire ; emploi des pilules de calomel et d'opium. Convalescence le sixième jour ; sortie le 8 mai.

2° Salle Sainte-Madeleine, 7. Epanchement pleurétique occupant une grande partie du côté droit de la poitrine, déjà ancien. Cas grave.

Femme de vingt-deux ans, malade depuis près d'un mois, entrée le 2 avril. Cinq saignées, dont deux locales (15 pal., 1875 gram.) ; vésicatoires. Rechute. Convalescence bien confirmée le vingt-unième jour seulement.

3° Salle Sainte-Madeleine, 1. Pleurésie occupant la partie inférieure externe du côté gauche. Cas moyen.

Femme de vingt ans, malade depuis huit jours, entrée le 3 mai. Trois saignées, dont une locale (9 pal., 1125 gr.). Convalescence le quatrième jour ; sortie le 24 mai.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Pleurésie avec léger épanchement occupant la moitié inférieure du côté droit. Cas léger. Homme de trente-quatre ans, malade depuis dix jours, entré le 20 avril. Une saignée locale. Convalescence le deuxième jour ; sorti le 12 mai.

Fièvre typhoïde, 8 cas.

Des huit cas de fièvre typhoïde qui se sont présentés dans le service, quatre seulement ont été traités par la méthode.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Entéro-mésentérite typhoïde, forme inflammatoire ; complication de pneumonie. Cas grave.

Homme de dix-sept ans, malade depuis huit jours, entré le 10 mai. Quatre saignées générales, deux locales (16 pal. 1/2, 2060 gram.). Convalescence le neuvième jour. Encore dans les salles.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Entéro-mésentérite typhoïde à la période inflammatoire. Cas moyen.

Homme de vingt ans, malade depuis huit jours. Entré le 24 mai. Cinq saignées, dont deux locales (14 pal., 1750 gram.) en trois jours. Convalescence le neuvième jour ; sorti le 21 juin.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Fièvre typhoïde des auteurs, à forme inflammatoire. Cas peu grave.

Homme de vingt-un ans, malade depuis six jours ; entré le 31 mai. Trois saignées en deux jours (1250 gram.). Convalescence le cinquième jour ; sorti le 10 juin.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Fièvre typhoïde incomplètement caractérisée. Cas très léger.

Homme de vingt-un ans, entré le 15 avril. Pas de traitement actif. Convalescence le troisième jour.

Nous pourrions ici faire observer, si ce n'était répéter une remarque faite déjà bien des fois, les modifications que l'on a fait subir à la formule dans les quatre cas précédens, modifications fondées sur les différences qui existaient dans la gravité des cas.

Quatre malades se présentent, offrant une affection dont le degré de gravité est différent. La formule, flexible et intelligente, se plie aux exigences de ces cas : tandis que dans l'un six émissions sanguines sont nécessaires, dans un autre, cinq, dans un troisième, quatre saignées suffisent. Bien plus, pour donner un éclatant démenti à ces hommes *bienveillans* qui prétendent, comme le fit l'année dernière certain pharmacien de Paris que nous aurions pu citer, que le professeur de la Charité soigne indistinctement *tous* ses malades affectés de fièvre typhoïde, il est un de ces cas, qualifié, du reste, très léger, qui guérit sans autre traitement que la diète et les boissons rafraîchissantes.

Les quatre faits qui suivent sont relatifs à des sujets qui n'ont point été traités à l'hôpital, et dont l'affection, aggravée par un traitement vomi-purgatif, s'est terminée chez un seul par une longue et pénible convalescence, chez les trois autres, par la mort.

Voici ces quatre faits :

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, non arrêtée par les purgatifs, arrivée à la fin du second septenaire.

Homme de vingt-trois ans, malade depuis quatorze jours, entré le 12 mai, sorti convalescent le 15 juin.

6° Salle Sainte-Madeleine, 4. Entéro-mésentérite typhoïde, mal traitée, arrivée à sa seconde période. Cas très grave.

Femme de vingt-huit ans, malade depuis neuf jours, entrée le 28 avril. Trois saignées (9 palettes) en deux jours, morte le 5 mai.

7° Salle Sainte-Madeleine, 12. Entéro-mésentérite typhoïde, à sa dernière période.

Femme de vingt-neuf ans, entrée le 26 mai, morte dans la nuit.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Entéro-mésentérite typhoïde, à la deuxième ou troisième période, forme ataxo-adynamique. Cas mortel.

Homme de quarante-un ans, entré le 30 mai, mort le 2 juin.

Il est évident pour tout le monde qu'aucun de ces quatre cas, ni celui qui a guéri, ni ceux qui ont succombé, ne devraient entrer dans notre relevé, puisqu'ils n'ont pu être soumis au traitement mis en usage contre les maladies aiguës, les sujets étant arrivés à une époque où on ne peut enrayer la maladie.

Fièvres éruptives, 5 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12. Variole, cas assez grave.

Femme de vingt ans, entrée le 16 avril, malade depuis trois jours. Deux saignées. Convalescence le dixième jour.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Variole discrète, cas moyen. Malade depuis quatre jours. Pas d'émissions sanguines. Convalescence le dixième jour.

3° Salle Sainte-Madeleine, 6. Variole assez discrète, cas moyen. Malade depuis sept jours. Une saignée. Convalescence le dixième jour.

4° Salle Sainte-Madeleine, 7. Variole discrète, cas moyen. Malade depuis six jours. Convalescence le sixième jour.

5° Salle Sainte-Madeleine, 4. Scarlatine et rougeole avec accidens cérébraux. Cas très grave. Entrée le 25 avril, morte le 26.

Cette femme, malade depuis un temps qui ne put être déterminé, entra dans un état de stupeur tel, que vu sa constitution chétive et détériorée, on dut renoncer à tout traitement. Elle succomba le lendemain.

Fièvre mal caractérisée, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22.

Homme de dix-sept ans, malade depuis huit jours. Une saignée. Convalescence le quatrième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 8.

Femme de vingt-cinq ans, malade depuis deux jours. Une saignée. Convalescence le troisième jour.

Rhumatisme articulaire, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Endocardite. Cas moyen.

Homme de ving-trois ans, malade depuis six jours, entré le 25 mai. Cinq saignées (15 pal., 1875 gramm.) en quatre jours. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 15 juin.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Peu de chose au cœur. Cas moyen.

Homme de trente-trois ans, malade depuis trois jours. Entré le 5 mai. Cinq saignées (16 pal., 2000 gram.) en trois jours. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 29 mai.

3° Salle Sainte-Madeleine, 13. Rhumatisme articulaire aigu partiel. Cas peu grave.

Femme de quarante-quatre ans, malade depuis six jours, entrée le 15 mai. Deux saignées. Convalescence le second jour. Sorti le 22 mai.

Angines, 2 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12 bis. Angine pharyngo-tonsillaire. Cas peu grave.

Femme de dix-sept ans, malade depuis quatre jours. Une saignée. Convalescence le second jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 11 bis. Angine pharyngée ulcéreuse, chez un sujet chlorotique. Deux applications de sangsues. Convalescence le troisième jour.

Bronchites, 5 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Bronchite légère avec pleurodynie.

Homme de trente-neuf ans, malade depuis six jours. Vésicatoire. Convalescence le troisième jour. Entré le 7 mai, sorti le 17.

2° Salle Sainte-Marceline, 8. Bronchite grippale fébrile. Cas léger.

Femme de vingt-cinq ans, malade depuis deux jours. Une saignée. Convalescence le troisième jour. Entrée le 10 mai, sortie le 17.

3° Salle Sainte-Madeleine, 2. Bronchite général chez un sujet chlorotique. Cas assez grave. Erysipèle facial intercurrent.

Femme de vingt-deux ans. Une saignée, vésicatoires. Convalescence le troisième jour. Entrée le 7 avril, sortie le 23.

4° Salle St-Jean-de-Dieu, 17. Bronchite générale capillaire. Cas grave.

Homme de vingt-quatre ans, entré le 23 avril, malade depuis trois semaines. Cinq saignées, dont deux locales (1875 gram.). Convalescence le sixième jour. Sorti le 16 mai.

5° Salle Sainte-Madeleine, 8. Bronchite générale grippale, peu grave d'abord ; plus tard, bronchite capillaire. Phénomènes typhoïdes. Cas grave.

Femme de vingt ans, malade depuis dix jours, entrée le 17 mai. Trois saignées (8 pal., 100 gram.) en quatre jours ; vésicatoires. Morte le 7 juin.

Chez cette femme, la bronchite, qui avait débuté sous la forme grippale très bénigne, prit en peu de temps cette forme capillaire si dangereuse, mille fois plus redoutable, plus tenace que la pleuro-pneumonie. Elle s'accompagna de phénomènes typhoïdes, dont le point de départ, obscur pendant la vie, fut de la dernière évidence après la mort. On rencontra en effet, dans le tube digestif, des ulcérations assez profondes et de date toute récente.

Péritonites, 2 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 11. Péritonite partielle. Cas moyen.

Femme âgée de vingt-quatre ans, malade depuis huit jours. Trois saignées (9 palettes). Convalescence le cinquième jour.

2° Salle Sainte-Madeleine, 4. Péritonite puerpérale. Cas très grave.

Femme âgée de vingt-trois ans, malade depuis onze jours ; non traitée. Une seule application de 20 sangsues. Morte le 24 avril.

Entéro-colites, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Entéro-colite. Cas très léger.

Pas de saignée : convalescence le second jour.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entéro-colite légère, cas peu grave.

Une application de ventouses. Convalescence le troisième jour.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Entéro-colite, cas complexe.

Homme de vingt-deux ans, malade depuis huit jours. Deux saignées. Convalescence le cinquième jour.

Bubon inguinal, d'origine un peu douteuse. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13.

Une application de sangsues. Entré le 26 mai, sorti le 26 juin.

Méningite, suite d'onanisme, 1 cas. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7.

Quatre saignées en dix jours. Mort le vingtième jour.

Pour résumer en quelques mots les cas divers que nous venons de citer, nous trouvons 57 cas de maladies aiguës, desquels nous devons retrancher :

1° Deux péripneumoniques non traités (obs. 18 et 19).

2° Trois sujets atteints de fièvre typhoïde, non traités (obs. 5, 7 et 8).

3° Un sujet rubéolique mort le lendemain de l'entrée à l'hôpital. (F. érupt., obs. 5.)

4° Une femme atteinte de péritonite puerpérale, non traitée.

5° Un jeune homme mort de méningite, non traité.

— Il est de toute évidence que ces faits ne peuvent faire partie du relevé des malades traités par la méthode des saignées, comme l'on peut s'en convaincre en vérifiant les observations auxquelles nous renvoyons. Il reste donc 49 cas de maladies aiguës traitées, et en ajoutant les 8 cas de maladies aiguës présens dans le service au 1er avril, on a un total de 57 malades répartis ainsi qu'il suit :

Pleuro-pneumonies,	22
Pleurésies,	4
Fièvres typhoïdes,	6
Fièvres éruptives,	4
Fièvre mal caractérisée,	2
Rhumatisme articulaire,	4
Angine,	2
Bronchites,	6
Péritonite,	1
Entéro-colites,	3
Erysipèle phlegmoneux,	1
Gastrite (empoisonnement),	1
Bubon inguinal,	1
	57

Sur ces 57 malades traités, quatre morts :

1° Pneumonie, salle Saint-Jean-de-Dieu, 22.

2° Pneumonie, salle Sainte-Madeleine, 2.

3° Fièvre typhoïde, salle Sainte-Madeleine, 4.

4° Bronchite capillaire, salle Sainte-Madeleine, 8.

Ce qui donne une mortalité de 1 sur 14, résultat assez beau déjà par lui-même pour que l'on pût s'en contenter.

Et si nous faisions remarquer que la femme qui succomba à une pneumonie était en pleine convalescence, et que la mort n'a été due qu'à une péricardite avec épanchement produite par des imprudences réitérées; que la femme atteinte d'une fièvre typhoïde n'a pu être traitée comme l'aurait exigé la gravité de sa maladie, à quoi, je le demande, serait réduite la mortalité?

Nous n'insisterons pas plus long-temps sur ces chiffres, étude toujours plus ou moins aride et fastidieuse, mais nécessaire pour arriver à la démonstration de la vérité; nous nous contenterons de faire observer, en terminant, que depuis plusieurs années déjà, cette mortalité de 1 sur 14 ou 15 est le chiffre ordinaire que l'on obtient dans le service de clinique de la Charité, chez les sujets que l'on peut traiter par les émissions sanguines coup sur coup.

A. F.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. Ricord.

Cancer de la verge.

Dans vingt années de chirurgie, j'ai eu occasion de voir un grand nombre de cancers de la verge. Je n'en ai jamais vu un avant l'âge de quarante ans; le plus ordinairement je les ai rencontrés entre cinquante et soixante. Les cancers, de même que les scrofules, ont leurs âges.

Dans le cancer de la verge, il y a une cause prédisposante, l'âge de quarante ans passé, et une cause occasionnelle, le phymosis.

Des individus peuvent avoir la diathèse carcinomateuse, sans pour cela que le cancer se développe chez eux; mais le phymosis en est une cause occasionnelle, en produisant l'agacement, le tiraillement du gland, du prépuce, et retenant le produit de la sécrétion des follicules sébacés.

L'affection dont nous nous occupons débute le plus ordinairement par le tissu spongieux du gland qui s'indure; du gland, l'affection passe à l'urètre, s'étend vers la racine de la verge, et enfin peut gagner la prostate. Le gland, l'urètre, peuvent être pris complétement, et les corps caverneux rester intacts. J'ai vu beaucoup de verges que l'on croyait complétement prises, où il n'y avait réellement que le gland et l'urètre; les corps caverneux étaient restés sains.

Le cancer de la verge commence le plus souvent d'une manière lente, sans que le malade s'en aperçoive: il est d'abord indolent, puis douloureux; l'action du coït augmente cette douleur naissante. Il est rare, quand on est arrivé à la période ulcéreuse, que les ganglions inguinaux ne s'engorgent pas; alors la maladie n'en reste pas là; des ganglions superficiels l'engorgement passe aux profonds, de ceux-ci aux cervicaux, etc.

Il est difficile de faire le diagnostic entre ces affections cancéreuses et les ulcères syphilitiques; car, comme ceux-ci, elles présentent l'induration, les bords taillés à pic, un peu décollés, renversés en dehors, le fond couenneux. La douleur lancinante, à elle seule, ne suffit pas pour porter le diagnostic du cancer; l'âge n'est pas non plus un signe absolu. Si la maladie existe depuis plus d'un an, et qu'il n'y ait pas eu d'accidens secondaires syphilitiques, on peut dire que ce n'est point un chancre induré, mais un cancer. Toutefois, quand vous aurez à décider entre une maladie de la verge qui va nécessiter le couteau, et une autre maladie que vous pourrez guérir avec des pilules, il faut tenter un traitement méthodique et convenable, et ce n'est qu'après cela qu'il faut faire l'opération. Ce n'est qu'après avoir tenté un traitement mercuriel bien suivi, et voyant que les accidens, loin de diminuer, augmentaient, que nous nous sommes décidés à opérer le malade que nous avons ici.

Le cancer ne peut se transmettre de l'homme à la femme et *vice versâ*, mais je crois qu'il est héréditaire. Le malade que nous allons opérer a eu deux femmes, il ne leur a pas donné de cancer; il n'a jamais eu de maladies vénériennes; son père est mort d'un cancer de l'estomac.

Nous allons faire l'opération en faisant assujettir la verge près sa racine par un aide; puis on saisit la partie libre de la main gauche, et, avec un couteau à amputation dans la droite, on coupe de bas en haut plutôt en sciant qu'en pressant. Il faut prendre assez de peau, afin de ne pas avoir une partie du moignon dénudée, cependant, il ne faut pas en prendre trop, car, dans ce cas, elle générait l'émission des urines. On fait la ligature des artères qui sont ordinairement au nombre de six: deux dorsales, deux caverneuses, deux bulbaires. Quelques jours après l'opération, on met une sonde dans l'urètre pour l'empêcher de se fermer. La cicatrisation de la plaie du pénis s'opère comme dans les autres parties du corps: la peau en vient recouvrir la surface, et, dans plusieurs cas, elle se continue avec la membrane interne de l'urètre. L'émission de l'urine est ordinairement facile après la guérison. Après l'amputation de la verge, les malades n'ont pas le moindre mouvement fébrile; ils sont mieux qu'avant l'opération, puisqu'ils n'ont plus ces élancemens produits par le cancer.

Ils périssent ordinairement de deux manières: ou de récidive, ou d'ennui; ils se suicident, car cette mutilation peut influer singulièrement sur le moral.

Richerand dit avoir fait l'amputation de la verge à un individu sur lequel elle avait parfaitement bien réussi: la cicatrisation était achevée; il était sur le point de sortir de l'hôpital, lorsque sa femme, à laquelle on avait annoncé sa guérison, sans lui dire par quel sacrifice il l'avait obtenue, vint le visiter. Instruite de l'opération, elle entra dans une si violente colère, lui prodigua tant d'injures, et lui fit sentir si amèrement toute l'étendue de sa perte, qu'atteint d'un chagrin mortel, il fut, dans la nuit même, en proie aux premiers symptômes d'une fièvre ataxique continue, à laquelle il succomba le troisième jour.

« J'observai, ajoute Richerand, que tous les hommes qui ont perdu la verge nourrissent, pendant la durée du traitement et après la guérison de la plaie, une mélancolie qui les dispose éminemment aux fièvres de mauvais caractère. Les malades auxquels on a amputé un membre, supportent gaîment cette mutilation et leur moral n'en reçoit aucune atteinte; au contraire, les personnes privées de la verge ne recouvrent jamais leur hilarité; elles conservent le sentiment douloureux de leur perte, et rien ne peut adoucir l'amertume de leurs regrets. Cette observation m'a d'autant plus frappé, que je l'ai faite chez des vieillards pour qui la partie enlevée était depuis long-temps inutile. »

Le malade que nous avons opéré dernièrement va très bien. Il n'avait pas pensé à sa femme depuis cinq mois; il y pense maintenant tous les matins.

A. Trifet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Belhomme. — Séance du 16 juin 1841.

Du vagissement utérin, considéré sous le rapport médico-légal; rapport par M. le docteur Caffe.

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur un mémoire ayant pour titre: Du vagissement utérin, considéré sous le rapport médico-légal, par le docteur J.-R. Marinus, de Bruxelles.

Dans les ouvrages les plus anciens, on raconte des exemples où le vagissement fut entendu, lorsque le fœtus était encore enfermé dans la cavité utérine. Ces faits furent révoqués en doute comme des illusions d'acoustique, et entièrement en opposition avec les lois connues de la physiologie.

Ce n'est que depuis 1823 que l'on s'est de nouveau occupé de ce phénomène remarquable, lorsque Hufeland publia dans son journal une observation communiquée par le docteur Zitterland. Des recueils périodiques renferment dès cette époque de graves témoignages venus de tous les pays, et qui ont mérité un sérieux examen de la part des auteurs qui ont récemment traité cette question de physiologie et de médecine légale. Le plus grand nombre admet la possibilité du vagissement utérin dans des conditions déterminées; d'autres le révoquent en doute d'une manière absolue. Toutefois, cette question n'a pas encore été traitée avec l'attention qu'elle mérite; et c'est pour arriver à ce résultat que le docteur Marinus a rassemblé dans un travail très méthodique, et partant très utile, les observations les plus intéressantes du vagissement utérin éparses dans les annales de la science. Il en apprécie avec sagesse la valeur intrinsèque et la valeur relative. Enfin, il termine par en déduire des corollaires pratiques qu'il soumet à votre jugement.

D'après notre savant confrère, le vagissement utérin doit être étudié dans deux circonstances principales: la première de ces circonstances existe lorsque l'enfant est encore contenu dans la cavité utérine, que les membranes soient ou non rompues; la seconde circonstance a lieu lorsque la tête a déjà franchi l'orifice de la matrice, qu'elle ait ou non dépassé le conduit vaginal.

Pour procéder avec la méthode logique dont je trouve l'exemple dans le mémoire que j'ai l'honneur de vous faire connaître, je dois répondre à la première proposition: L'enfant renfermé dans l'utérus et contenu dans ses membranes, peut-il respirer et jeter des cris?

Needham, s'étayant de l'analogie du piaulement du poulet encore enfermé dans sa coque, avait admis la possibilité du vagissement utérin qui ne reposait sur aucun fait. Cet auteur n'avait pas remarqué, ainsi qu'on le lui objecta plus tard, que la coque de l'œuf est poreuse et qu'il se fait des vides dans son intérieur; tandis que l'œuf humain, lorsque ses membranes très denses sont intactes, est toujours plein de liquide, ce qui ne permet pas l'entrée de l'air et par conséquent la possibilité de la respiration. Des observations faites par Béclard sur des animaux vivans, faillirent donner quelque crédit à l'opinion de Needham. Ayant ouvert l'abdomen, et incisé avec précaution l'utérus d'une femelle prête à mettre bas, Béclard remarqua simultanément la dilatation des narines et l'élévation du thorax à travers les membranes intactes dont les petits étaient restés enveloppés. Ces mouvemens d'inspiration et d'expiration étaient assez faibles pour être comparés à ceux qu'exécutent les enfans nés dans un état voisin de l'asphyxie. M. Velpeau, en répétant les mêmes expériences, n'a pas obtenu les mêmes résultats.

Deux observations rapportées avec détail, et appartenant à cette catégorie de faits, sont venues de nouveau ébranler les convictions. La première a pour titre: Vagissement intra-utérin avant et après la rupture de la poche des eaux. Cette observation, communiquée à la Société de médecine de Paris, a été recueillie par M. le docteur Heyfelder, médecin du grand-duc de Bade, à Sigmaringen, le 23 septembre 1833. Ce médecin déclare qu'il avait toujours regardé comme fabuleux les exemples de vagissement utérin; mais que le cas dont il s'agit a modifié son opinion à cet égard avec d'autant plus de raison, qu'il est certain de ne s'être pas trompé.

Ce fait, rapporté par un médecin digne de foi, et publié dans le recueil d'une société savante, n'en reste pas moins inexplicable. Mais ne pourrait-il pas se faire que les membranes se fussent rompues sur les côtés, et que les eaux se fussent lentement écoulées avant l'arrivée de l'accoucheur sans que celui-ci ait reconnu cette circonstance. Il n'est, en effet, pas rare dans la pratique de voir les membranes se rompre sur les côtés et une seconde poche se former. Cette supposition donnerait une explication plausible du phénomène observé par M. Heyfelder.

La seconde observation a pour titre: Du vagissement utérin avant la rupture de la poche des eaux vers le huitième mois de la grossesse. (Bulletin médical de Bordeaux, n° du 5 septembre 1835.) L'observation de M. Dubroca manque de détails sur l'état du col de la matrice au moment où le vagissement utérin se fit entendre. L'auteur oublie de dire si le toucher fut pratiqué, si les membranes étaient intactes. Cette omission, importante dans l'espèce, permet les interprétations différentes. Le terme de la grossesse fait supposer, il est vrai, l'intégrité des membranes; cependant leur déchirure et l'écoulement d'une partie du liquide amniotique arrivent quelquefois durant le dernier mois de la gestation.

Les deux observations qui précèdent ont été choisies parmi les plus complètes, ayant pour but de prouver que le vagissement utérin peut se faire entendre avant la rupture de la poche des eaux. Et cependant il résulte de leur analyse que l'on ne peut admettre la possibilité de cette espèce de vagissement utérin. Nous pensons, avec M. Marc, que de tels faits ne peuvent être expliqués que par la perte des eaux de l'amnios et l'introduction de l'air atmosphérique dans l'œuf à travers une déchirure des membranes.

La seconde proposition que notre collègue, M. Marinus, parvient à démontrer est ainsi conçue:

« L'enfant renfermé dans la cavité de l'utérus, les membranes étant rompues et le col dilaté, peut respirer et jeter des cris. »

Le premier fait à l'appui de cette proposition est celui que le docteur Zitterlard a publié dans le journal de Hufland, cahier de février 1823, et reproduit dans la nouvelle Bibliothèque médicale, n° de juin 1823.

La seconde observation est due à M. Henry et publiée dans le 12e volume, pag. 153, du Dictionnaire en 21 volumes. Le Bulletin médical belge, n° d'octobre 1835, contient une observation due à M. le docteur Bosch, praticien distingué de Maëstricht.

« Le 11 octobre 1829, à sept heures du matin, je fus appelé à venir délivrer la femme Eusinck, demeurant à Maëstricht, rue de la Plâtrière, et qui, en travail d'enfans depuis plus de vingt-quatre heures, s'épuisait en vains efforts pour accoucher. C'était le septième accouchement de cette chétive et délicate créature, à peine âgée de vingt-neuf ans; elle était réellement dans le plus grand accablement, la face était tirée, les lèvres sèches, noires, le pouls petit, misérable, etc.; et il y avait inertie complète de la matrice par épuisement. La poche des eaux était rompue depuis une heure de la nuit, et depuis cette époque l'ignorante sage-femme, sans doute dans le but de favoriser l'accouchement, s'était livrée sans interruption à des manipulations diverses, et à des introductions fréquentes de la main dans le vagin, peut-être même dans la matrice, malgré les lamentations et les plaintes de la malheureuse femme Eusinck, à laquelle elle ne cessait de promettre un accouchement prompt et facile. Le toucher me fit trouver les parties fort gonflées et douloureuses, la tête encore coiffée de la matrice, et arrêtée à la hauteur de l'excavation dans une position tout à fait transversale, la face répondant à gauche, l'occiput à droite, et le sommet en bas, et n'ayant point encore commencé le mouvement de rotation par lequel la face ou l'occiput devaient être conduits au dessous de l'arcade du pubis. Je ne pus savoir de la sage-femme quelle position la tête avait occupée pendant son séjour au-dessus du détroit supérieur. Je me mis en devoir d'appliquer aussitôt le forceps; pendant l'introduction de la branche à pivot, que je plaçai en arrière entre le sacrum et la tête, j'entendis un bruit singulier, une espèce de gémissement, qui me frappa, mais que je ne communiquai point aux assistans, craignant de m'être trompé. Cependant, en introduisant la seconde branche, ce bruit se répéta. Sans énoncer encore ce que je pensais, je fis taire toutes les personnes présentes et cesser tout mouvement, à l'effet de mieux m'assurer si je n'étais point induit en erreur par quelque illusion acoustique. Le mari me dit alors qu'il savait fort bien ce qui venait d'exciter mon attention, que c'étaient les cris de l'enfant, et que, pour sa part, il les avait déjà entendus depuis deux heures de la nuit, peu de temps après la rupture de la poche des eaux; mais que la sage-femme, à laquelle il avait communiqué cette croyance, s'était moquée de lui et avait crié à l'impossibilité. Ce qu'il me dit me fut confirmé par tous les assistans, au nombre de cinq, et excita encore davantage ma curiosité. Elle fut bientôt satisfaite, car à l'instant même nous entendîmes fort distinctement, tous les cinq, les cris de l'enfant partant du ventre de la mère, et semblables à ceux qui s'élèveraient du fond d'une cave. Ils se répétèrent à plusieurs reprises, et nous pûmes les entendre tant que nous voulûmes. Cependant le forceps était appliqué: j'exerçai d'abord le mouvement de rotation, et extrayai ensuite la tête avec la plus grande facilité. L'enfant, du sexe masculin, était chétif, mal nourri, et jetait, en arrivant au monde, des cris plaintifs et entrecoupés, en tout semblables à ceux qu'il avait fait entendre lorsqu'il était encore renfermé dans le ventre de sa mère. Il ne cessa de gémir et d'avoir l'air souffrant, et s'éteignit le lendemain matin, après vingt-quatre heures d'une misérable existence. Les parens, à mon grand regret, ne me permirent pas d'en faire l'autopsie. » (*Bul. méd. belge*, n° du mois d'octobre 1835, p. 251.)

M. Germain, docteur en chirurgie et en accouchement, à Maëstricht, a inséré dans le Bulletin médical belge, n° d'octobre 1837, pag. 178, une observation qui tend également à démontrer la possibilité de la respiration de l'enfant encore contenu dans la cavité utérine, mais après la rupture de la poche des eaux. Cette observation, qui fut publiée par les soins de M. le docteur Marinus, lorsqu'il était rédacteur en chef de l'Encyclographie médicale belge, contient un grand nombre de détails, dont je ne rappellerai que les plus saillans.

La femme Chefman, âgée de vingt-trois ans, mère de quatre enfans, dont elle était accouchée naturellement, enceinte de son cinquième, ressentit le 12 mai 1833, les premières douleurs de l'accouchement, qui marcha avec lenteur jusqu'au 14 vers les sept heures du matin, époque à laquelle eut lieu la rupture de la poche des eaux. Elles se répandirent avec abondance. La sage-femme ayant pratiqué le toucher, constata la présentation de la tête et celle d'un pied. Elle crut alors à la présence de jumeaux, et fit appeler le docteur Germain, auquel elle raconta qu'elle avait entendu très distinctement pendant l'espace de trois à quatre minutes des cris du fœtus, ce qui avait également étonné le mari de cette femme ainsi que la mère.

M. Germain reconnut que l'enfant se présentait de manière que le front était appuyé sur le rebord du détroit supérieur de la fosse iliaque droite, la tête légèrement fléchie sur la poitrine, le visage se dirigeant vers le centre du bassin; les fesses répondaient à la fosse iliaque gauche; le pied droit répondait au sacrum et descendait dans l'excavation du bassin.

M. Germain expliqua le vagissement utérin qui avait été entendu, par l'introduction de l'air atmosphérique après la rupture des membranes, introduction favorisée par la présentation de la face qui correspondait à l'orifice de la matrice, et par la position de la femme sur une chaise destinée aux accouchemens, en usage en Belgique et en Hollande. Cette chaise est échancrée en avant, de manière à laisser libres les parties génitales externes.

Ces faits, sur l'authenticité desquels on ne peut élever aucun doute, semblent établir d'une manière incontestable la possibilité du vagissement intra-utérin après la rupture des membranes et l'issue des eaux amniotiques. Des observations qui établissent que les choses se passent ainsi, ont été recueillies à différentes

époques par des accoucheurs de tous les pays. Ces faits ont pour eux des autorités respectables, entre autres Osiander, qui a entendu deux fois les cris du fœtus, et qui a publié dix-sept observations du même genre (Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg, 1721); Richter, qui en a fait connaître trois cas; d'Outrepont, qui sur cinq cent-dix-huit accouchemens l'a observé trois fois (Meisner, Progrès de l'Art des Accouchemens, p. 333); enfin A. Baudeloque (Archives générales de médecine, t. XXV, p. 134), etc., etc.

Dans les sept observations rapportées avec détail par M. le docteur Marinus, nous remarquons que la face se présentait dans deux cas, le sommet de la tête dans quatre; dans le septième, on a omis d'indiquer la position de l'enfant. Dans les six premiers cas le col de la matrice était dilaté et les membranes du fœtus déchirées. Or, ces circonstances sont précisément celles qui permettent l'introduction de l'air dans la cavité utérine, et, consécutivement dans la bouche et les narines de l'enfant, ce qui peut d'autant plus facilement avoir lieu que la tête est plus engagée dans l'excavation pelvienne et la bouche plus rapprochée de la vulve, et surtout si la main de l'accoucheur ou des instrumens introduits dans le vagin et la matrice ont dilaté ces parties et favorisé l'introduction de l'air extérieur.

M. Capuron vient opposer à toutes ces explications, qui nous paraissent péremptoires, qu'il a vu naître six enfans dont la tête, après l'écoulement des eaux de l'amnios présentait le visage, et par conséquent la bouche ou le nez à la vulve, sans qu'il en ait entendu aucun respirer ni pousser des cris pendant le travail de l'accouchement. Au témoignage toujours si respectable de M. Capuron, on ne peut objecter autre chose si ce n'est que la rareté d'un phénomène ne saurait en détruire la possibilité; penser autrement serait s'exposer au plus grand risque, puisque la médecine légale, invoquée dans cette circonstance, manquerait de la réserve dont elle doit toujours faire preuve. Le médecin-légiste M. Marc, discutant la même opinion à différentes époques, modifia son opinion d'une manière tout-à-fait contradictoire. Dans un mémoire publié en 1803, sur la docimasie pulmonaire, il dit : « Autant que le fœtus est encore renfermé dans le sein maternel, il ne peut respirer, en conséquence tout ce qui dans le cadavre d'un enfant nouveau-né démontre que la respiration s'est effectuée, devient par cela même une preuve de la vitalité après la naissance. » En 1838, M. Marc, après avoir rapporté des faits de vagissement utérin, ajoutait que leur authenticité était incontestable. La tête de l'enfant étant encore au détroit supérieur, on était forcé d'admettre la possibilité du vagissement utérin, après la rupture des membranes de l'œuf, surtout lorsque l'air a pu s'introduire dans les parties génitales de la femme par les manœuvres de l'accoucheur. (Nouveau Dictionn. de méd., 1re et 2e édit.) Un autre médecin légiste non moins recommandable, M. Devergie, professe la même opinion dans son article *Infanticide*, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Il admet que l'enfant encore contenu dans la cavité de l'utérus peut exécuter des mouvemens d'expiration et d'inspiration, car il n'y a pas de raison suffisante pour que les muscles qui doivent servir à la respiration après la naissance restent dans l'inaction, en même temps que tous ceux du reste du corps, dont l'action est bien moins nécessaire, sont en exercice.

Le vagissement utérin est donc possible lorsque l'enfant est placé au détroit supérieur, que les enveloppes sont rompues, et que le toucher a permis l'introduction d'une certaine quantité d'air dans les parties génitales.

MM. Briant, Sédillot, Eusèbe de Salles, Trinquier, tous auteurs de traités sur la médecine légale, admettent la possibilité du vagissement utérin.

M. le docteur Marinus emploie la seconde partie de son mémoire à traiter du vagissement utéro vaginal, qu'il subdivise encore en vagissement extra-vaginal. Ces deux espèces de vagissemens sont beaucoup moins contestables que le premier, dont nous avons établi l'existence. MM. Capuron, Gardien et Marinus déclarent avoir apprécié des mouvemens de resserrement et de dilatation de la poitrine, même en l'absence de toute espèce de bruit. Si tous les accoucheurs avaient publié les faits dont ils ont pu être témoins, nous aurions été à même d'en citer un bien plus grand nombre; et cependant, de tous ceux qui précèdent et de la discussion qu'ils ont amenée, on peut déduire les conclusions suivantes : 1° Il est possible d'entendre le vagissement utérin lorsque, les membranes de l'œuf étant rompues et le col de l'utérus dilaté, la tête de l'enfant se trouve placée au détroit supérieur, ou plus ou moins engagée dans l'excavation du bassin, soit qu'elle présente la face, l'occiput ou même la région temporale; 2° il peut y avoir vagissement utéro-vaginal ou extra-vaginal lorsque la tête est parvenue dans le vagin, engagée dans l'anneau vulvaire, ou entièrement au dehors; 3° lorsqu'encore dans les positions des pieds, des genoux, des fesses, la tête, restant seule engagée dans les parties génitales de la mère, le reste du corps est déjà au dehors.

Quant à la possibilité du vagissement avant la rupture des membranes, on ne peut que la rejeter.

La conséquence de ce qui précède est celle-ci : « l'enfant peut respirer dans le sein de sa mère; la respiration peut donc précéder la naissance du fœtus, et ce dernier peut mourir ensuite avant d'avoir été expulsé complétement. »

Ce fait étant reconnu, devient une objection puissante contre les expériences de docimasie pulmonaire dans les questions d'infanticide.

Lorsque le médecin légiste voudra prouver que la respiration n'a pas eu lieu, la docimasie pulmonaire sera toujours concluante; mais il n'en serait pas de même s'il s'agissait de décider que l'enfant a respiré après sa naissance, car en prononçant affirmativement, on s'exposerait à faire condamner un innocent que la calomnie seule aurait atteint. Les expériences hydrostatiques ne peuvent être ici qu'accessoires et devraient se réunir, pour avoir une valeur à d'autres lésions constatées sur le cadavre de l'enfant, telles que meurtrissures, violences extérieures, etc.

Une dernière observation qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'appréciation de faits aussi graves, c'est que, quand l'enfant a respiré après la naissance, ordinairement l'examen hydrostatique des poumons donne la preuve que la respiration a été complète des deux côtés. Au contraire, lorsque l'enfant a respiré dans le sein de sa mère, et qu'il est mort avant de naître, ou un instant après sa naissance, le poumon offre les traces d'une respiration imparfaite, c'est-à-dire que l'air n'a pas pénétré dans tous les lobes du poumon, dans les inférieurs principalement. C'est au moins ce qui résulte d'une seule observation publiée jusqu'à ce jour par M. le docteur Lador, dans les Annales de la Société de médecine de Gand, année 1837.

La preuve d'une respiration incomplète devrait être en faveur d'une respiration intra-utérine. Cette présomption aura plus de poids si on parvient à établir que la rupture des membranes a eu lieu long-temps avant l'accouchement, spontanément ou provoquée par des manœuvres plus ou moins intempestives dans le but de hâter la parturition.

Maintenant, Messieurs, après une analyse aussi complète que possible du mémoire très intéressant de M. le docteur Marinus, analyse que vous avez bien voulu écouter avec attention, permettez-moi de vous dire que notre savant confrère, secrétaire de la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles, est un de ces hommes rares et précieux pour les sciences, qui poursuivent avec une incessante activité, avec une logique sévère, une instruction profonde et variée, la recherche et la démonstration de vérités utiles. Lauréat d'un nombre de Sociétés savantes de différens pays, la plupart de ces Sociétés l'ont déjà accueilli avec distinction dans leur sein. Je viens donc, Messieurs, vous proposer d'admettre la candidature de notre confrère, M. le docteur Marinus, afin qu'il soit compté au nombre de nos associés correspondans.

— Des professeurs de l'Ecole de pharmacie s'étant transportés chez le sieur Juricard, épicier-droguiste, y constatèrent la présence de substances altérées. Ce sont des farines de moutarde et des fleurs d'oranger. Les premières, mélangées avec des tourteaux de farine de colza, perdent ainsi la force qui en rend l'usage utile et salutaire; les secondes, alliées avec du sel de plomb, peuvent avoir dans l'application des résultats dangereux.

Traduit, par suite de cette constatation, devant la 8e chambre, le sieur Juricard allègue qu'il débite la marchandise telle qu'il l'achète, et que, n'étant pas chimiste, il ne peut pas toujours en découvrir les vices.

M. le professeur Chevalier, interrogé à ce sujet, explique à l'égard de la farine qu'il suffit d'en mettre quelques parcelles sur la langue pour en apprécier la qualité : bonne, elle pique; de mauvaise qualité, on ne la sent pas.

Quant à la fleur d'oranger, elle arrive des pays étrangers dans des *estagnans*, qui sont de petits vases en cuivre très légers, souvent mal étamés; mais en jetant sur la fleur une goutte d'acide, il est très facile de reconnaître la présence du sel de plomb. Cette expérience, que les droguistes voient souvent répéter, ils peuvent la faire très facilement; mais ils apportent à cet égard dans leur commerce une négligence qui doit être signalée, parce qu'elle peut avoir de graves résultats.

Conformément aux conclusions du ministère public, le tribunal, après avoir délibéré, en vertu des lois du 21 germinal an XI et 19 juillet 1791, condamne le sieur Juricard à un mois d'emprisonnement, à 100 fr. d'amende et aux dépens.

(*Voir aux Annonces.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 6 JUILLET 1841. 14e ANNÉE. N° 82, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU (annexe). — M. Legroux.

Plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu, avec accidens du côté du coeur. Efficacité des saignées répétées.

Première observation. — *Rhumatisme arti ulaire aigu. Etat febrile léger. Lésion du cœur.*

Hector Fournier, ferblantier, âgé de dix-neuf ans, constitution médiocrement forte, tempérament lymphatique, jouit cependant depuis son enfance d'une assez bonne santé. Il y a trois semaines environ, après avoir travaillé plus que de coutume, dans un endroit où se trouvait un vasistas ouvert qui dirigeait sur lui un courant d'air froid pendant qu'il était en sueur, le soir, en rentrant chez lui, il ressent quelques frissons. Il continue son travail ordinaire encore pendant trois jours. Le troisième au soir, il est pris de frissonet de tremblement; il se couche, et le lendemain matin, en se réveillant, il ressent de vives douleurs tout le long de la colonne vertébrale. Le malade, d'après une consultation, prend des bains de pieds sinapisés. Le jour suivant, au matin, la plante des pieds est très douloureuse; on les lui enveloppe de cataplasmes, et, le surlendemain, la douleur se porte au genou droit et un peu au gauche. Les douleurs se calment pendant quelques jours; le malade retourne à son travail, et au bout de quatre jours, les douleurs, qui n'avaient pas complètement disparu, reparaissent avec intensité au genou droit et autour des malléoles du pied gauche. Des cataplasmes lui sont de nouveau appliqués le samedi 12 janvier; le dimanche on les supprime. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 14 janvier. Le lendemain matin, à la visite, il présente l'état suivant: douleur et tuméfaction du genou droit et aux orteils du pied du même côté, surtout du deuxième et du troisième; pas de fièvre, 84 pulsations; pouls peu développé; bruits du cœur métalliques. Cataplasmes et frictions mercurielles sur les articulations douloureuses; sérum nitré, 2 p.; opium, 1/2 gr.

16 Pas de fièvre. Douleur et tuméfaction du genou droit moins considérables, mais augmentées aux orteils, et réapparition de la douleur vers les trois dernières vertèbres cervicales. Persistance du bruit métallique du cœur, et de plus, un peu de frottement vers la partie supérieure et bord gauche du sternum. Pouls, 82 à 84 pulsations. Petit-lait nitré; opium, 1/2 gr.

17. Douleur survenue au pied droit, et reparue au genou du même côté. Douleur aiguë à l'articulation tibio-tarsienne gauche, survenue pendant la nuit. Disparition de celle des vertèbres cervicales. Persistance du bruit métallique à la région précordiale. 100 puls. Battemens du cœur forts. Saignée de 3 palettes; sérum nitré; opium, 1/2 gr.; cataplasmes sur les articulations douloureuses; deux tasses de bouillon coupé.

18. Le sang de la saignée d'hier est recouvert d'une couenne d'une ligne environ d'épaisseur. Pouls assez large, 88 puls. Les douleurs du genou et du pied droits ont considérablement diminué. L'articulation carpo-métacarpienne du pouce du même côté est douloureuse et tuméfiée. Les douleurs du pied gauche persistent avec autant d'intensité. Une nouvelle saignée est prescrite pour ce matin Sérum nitré; bouillon coupé; opium, 1/2 gr.

19. Le sang de la saignée d'hier est recouvert d'une couenne d'une demi-ligne d'épaisseur. Caillot peu dense. Le poignet droit est un peu gonflé. Le reste va bien. Battemens du cœur moins forts, 88 puls. Deux tasses de bouillon coupé; sérum nitré.

20. Douleurs des articulations moins fortes. Absence de bruit anormal au cœur. Battemens de cet organe assez forts. 88 puls. Sérum nitré; opium, 1/2 gr. Soir, 2 b., 3 laits.

21. 80 puls. à peu près. Un léger bruit de frottement existe vers la partie supérieure du sternum. Il n'existe plus de douleur qu'aux articulations de la main droite. Pas de selle depuis huit jours. 1/2 once d'huile de ricin; s. nit.; 3 tas. de lait; 1 b.

22. Trois selles. Le genou droit est seul un peu douloureux. Pouls, 68. Encore un peu de bruit de frottement. 2 b.; 3 l; opium, 1/2 gr.

23. Va bien; ne souffre plus. Pouls 60, souple; peau fraîche. Bruits du cœur purs. Langue nette. Ser. nit.; op., 1/2 gr.; 3 soup.; 3 laits.

24. Très bien. Le 1/4 d'alimens.

28. La demie.

2 février. Sort de l'hôpital guéri.

Deuxième observation. — *Rhumatisme articulaire aigu-fébrile. Affections du cœur remontant à une époque plus ou moins éloignée. Saignées répétées.*

Denis, vingt-deux ans, ouvrier aux ports, d'une forte constitution, fut affecté, il y a deux ans, de douleurs aux genoux peu intenses, qui se dissipèrent au bout de sept à huit jours à la suite de bains de vapeur. Il y a environ un mois, après avoir travaillé comme à son ordinaire, il fut pris vers le soir, sans cause à lui connue, de frisson et de douleurs autour des malléoles des deux pieds, puis aux mollets, puis enfin aux genoux et au poignet gauche; le tout dans l'espace de deux ou trois heures. Depuis ce temps, le malade se trouve un jour bien, un jour mal. Il eut pour dernier traitement une saignée, une application de sangsues et des bains. Mardi 2 avril, jour de son entrée, il fut saigné.

Le 3 avril, à la visite, il présente l'état suivant: douleurs aux deux genoux et au poignet gauche, sans rougeur ni gonflement, moins intenses qu'hier cependant. Le malade se remue difficilement. Le sang de la saignée d'hier est recouvert d'une couenne fort épaisse. Pouls assez fort, 96 pulsations; fièvre. Bruit de soufflet très intense à la région précordiale, existant au premier temps et se prolongeant jusqu'au troisième bruit. Vers le sternum, les deux bruits sont distincts. Pas de matité. Saignée de 3 à 4 palettes pour le matin; une autre pour le soir. Lim. sucrée, mauv. sucr., 2 p.

4. Le sang de la première saignée n'ayant point coulé d'une manière convenable, n'est point couvert de couenne, mais forme un caillot très consistant. Celui de la deuxième est recouvert d'une couenne épaisse. 92 à 96 p.; le malade a beaucoup transpiré. Les douleurs des genoux ont considérablement diminué. Le poignet gauche est encore douloureux. Le malade se plaint de douleurs aux épaules. Le bruit de soufflet de la région précordiale ressemble à un bruit de scie.

Saignée de 3 à 4 palettes pour ce matin. Lim.., guim., 1/2 gr. d'opium.

5. Le sang est recouvert d'une couenne fort épaisse: pouls large, 88 puls.; les douleurs des articulations ont presque disparu. Bruit de scie très marqué à la région précordiale.

Lim. suc., 2 p.; mauv.; opium, 1 gr.; huile de ricin, 1 once 1/2.

6. Les articulations ne sont presque plus douloureuses. Bruit de scie persistant à la région précordiale. 92 puls.; a été trois fois à la selle. Mauv. sucr., 1 p.; lim., id.; 1 gr. opium; 2 tasses de bouillon.

7. 72 p., rien de nouveau. Lim. mauv.; 1 gr. opium; huile de ricin, 2 bouil.; 2 tasses de lait.

8. Rien de nouveau. Le 1/4 d'alimens.

9. Le bruit de scie de la région précordiale paraît moins fort.

Julep avec 30 gr. de teinture de colchique. La demie. Lait.

10. Il a transpiré beaucoup pendant la nuit. Une selle liquide. Bruit de soufflet redevenu intense.

Mauv. sucrée; lim.; 40 gr. de teinture de colchique; la demie; lait.

11. Trois selles. Urines abondantes. Même prescription.

12. Rien de nouveau.

13. 4 selles, urines abondantes. Mêmes phénomènes du côté du cœur. 84 puls. Même prescription: seulement on ajoute 10 gr. de teinture de digitale aux 40 gr. de colchique.

14. 80 puls.; même prescription qu'hier: 15 gr. de teinture de digitale au lieu de 10.

15. Douleur survenue un peu au dessus du genou droit.

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR QUELQUES MALADIES DU SYSTÈME MEDULLAIRE DES OS;

Par M. Rognetta, d.-m.-p.

(Suite du n° 76.)

§ III. — Des suppurations spontanées de la membrane médullaire.

Nous avons considéré la membrane médullaire des os comme le point de départ des maladies spontanées de leur tissu profond, et nous avons regardé le fibro-cartilage qui forme la base de leur parenchyme comme un terrain passif sur lequel se passait tout le travail pathologique. L'expérience suivante vient à l'appui de cette manière de voir. Un petit morceau de pierre infernale ayant été introduit dans le condyle fémoral d'un animal vivant, y a produit une violente ostéite. L'inflammation s'est propagée dans une grande étendue du périoste interne; toutes les membranules de la portion spongieuse de l'os étaient phlogosées, rouges et remplies d'un suc médullaire de couleur très foncée. D'autres expériences faites dans le but d'enflammer les fibro-cartilages des côtes n'ont eu aucun succès, mais elles ont constamment enflammé les noyaux osseux qu'ils contenaient. (Autenrieth et Doerner; De gravioribus quibusdam cartilag. mutat; Tubingæ, 1798.) L'on sait que les fibro-cartilages ne présentent pas dans leur substance ces membranules médullaires tant qu'ils ne sont pas ossifiés. De là les auteurs de ces expériences ont conclu: 1° que le fibro-cartilage n'est pas susceptible d'inflammation, 2° que dans toute substance osseuse, la membranule médullaire seule est capable de s'enflammer.

L'observation apprend en effet que plus cette membranule est développée, plus la substance osseuse est susceptible de s'enflammer; ce qui veut dire que plus un os est spongieux, plus il est prédisposé aux inflammations. Les os du crâne, les vertèbres, les extrémités articulaires des os des membres se trouvent précisément dans ce cas. Etudions cette maladie dans les os non cylindriques d'abord.

A. *Région crânienne.* Des faits bien constatés prouvent que le tissu diploïque des os du crâne et des deux mâchoires s'enflamme chroniquement; la membranule médullaire sécrète une matière d'aspect variable selon l'intensité de la maladie, et donne lieu à des désordres qu'on a différemment interprétés. Pour rendre ces investigations aussi probantes que possible, je ferai usage de préférence des observations recueillies par des personnes qui ont un nom dans la science.

Onzième fait. Mademoiselle Ph..., âgée de trente-cinq ans, souffrait depuis long-temps de céphalalgies atroces. Après ces longues souffrances, son nez commença à s'élargir à la racine, et ses yeux, ou plutôt ses orbites, à s'écarter. Apparition d'une petite tumeur dans l'espace inter-sourcilier; cette tumeur gagne graduellement tout le front, et acquiert le volume des deux poings d'un homme adulte. Céphalalgie frontale intolérable, altération de l'intelligence et de la vue. On croit à un polype du nez ou des sinus frontaux, puis à un fongus de la dure-mère. Tentative inutile d'opération, mort. A l'autopsie, on trouve que la tumeur est formée principalement par l'os frontal; la dure-mère est saine. Le tissu diploïque de cet os offre une épaisseur de 60 à 80 millimètres (deux ou trois pouces); il est si ramolli qu'on peut le diviser comme une sorte de pâte: sa structure résulte d'une quantité innombrable d'alvéoles remplies d'une matière jaunâtre et mollasse comme une crême, analogue à du fromage mou. M. Amussat, qui a recueilli cette belle observation, m'ayant prié de faire quelques expériences avec lui sur une tranche de la tumeur, je me suis assuré que la substance qui remplissait les alvéoles n'était autre chose que du pus concrété offrant de la ressemblance avec celui des ganglions scrofuleux du cou. La membrane alvéolaire était très développée, rouge, hypertrophiée; on pouvait l'enlever avec les pinces sur quelques points. Ces apparences étaient plus manifestes encore après la macération de cette pièce dans de l'eau de savon.

Pour moi, la nature de la lésion n'a point été douteuse. J'ai vu là un magnifique exemple de phlogose chronique des membranules propres au tissu diploïque du frontal. Le ramollissement de l'os et le développement de son parenchyme s'expliquent aisément par l'action mécanique de la matière sécrétée par les membranules, ainsi que nous l'avons vu précédemment. Ce fait ayant été publié avec de grands détails par M. Amussat, je n'ai dû reproduire ici que les traits principaux qui se rattachent à mon sujet. On rencontre assez souvent dans l'os frontal du bœuf des exemples analogues à celui du fait précédent? M. Leblanc m'a assuré que la membrane diploïque y est fort développée.

Douzième fait. Le docteur Viallet présenta à la Société de la Faculté de médecine de Paris la tête du cadavre d'une femme âgée de trente deux ans, offrant une tumeur osseuse d'un volume énorme, ayant 23 pouces de circonférence, développée dans la moitié latérale droite de l'os frontal et dans les os de la pommette et du maxillaire supérieur, s'étendant jusque dans les os de la base du crâne. Cette ostéocèle représentait une sorte de boîte remplie en partie de substance crétacée imbibée d'une matière ichoreuse et fétide, et en partie par un polype du sinus frontal. Le mal avait commencé depuis l'âge de quatre ans par une petite tumeur à l'angle externe de l'orbite. (Bulletins de la Faculté de médecine, t. I, p. 72.)

Ce fait a étonné comme celui de M. Amussat, et personne, à ce que je sache, n'en avait compris la portée. Il y a, comme on le voit, une parfaite analogie entre ces observations.

Treizième fait. Il y a quelques années, M. Breschet a présenté à l'Académie de médecine le crâne d'une jeune fille scrofuleuse dont le tissu diploïque offrait une épaisseur de 35 millimètres environ (15 à 18 lignes), développement énorme pour cette époque de la vie où le diploé des os de la tête est ordinairement fort mince. Ayant eu cette pièce en main, j'ai pu m'assurer que la membranule diploïque était rougeâtre, et que les cellules qu'elle tapissait contenaient beaucoup d'humeur de même couleur.

Ici le mal était beaucoup moins avancé que chez le malade de M. Amussat, mais il était le même au fond, et j'ai toujours présumé que chez la fameuse Marianne de M. Magendie (infirmière à l'Hôtel-Dieu) le développement extraordinaire qu'offrent les os de son crâne, de ses mâchoires et de ses membres, devait être attribué à un travail sourd du système en question. Lobstein a rencontré la même altération dans la tête d'un fœtus à terme (*Ouv. cité*, t. II, p. 117). Sandifort a décrit et figuré plusieurs exemples partiels (Muséum anatom. pl. XIII), et Béclard possédait dans son cabinet un très bel exemple du même cas (Elém. d'Anat. gén., p. 525). On conçoit comment il se peut que certaines personnes aient une tête très volumineuse et une intelligence médiocre. C'est que le volume, dans ce cas, tient à un état hypertrophique du tissu diploïque de la boîte osseuse.

En parlant de la carnification des os, J.-L. Petit disait avec son ironie ordinaire: « Qui voudrait rendre raison de cette métamorphose me ferait plaisir. Elle n'est cependant pas plus difficile à expliquer que l'ossification des os, et qui peut dire comment les chairs se changent en os, pourra bien dire comment les

Même prescription.

16. Rien de nouveau.

17. Douleur survenue au poignet gauche. Rien de nouveau du reste. Même prescription.

18. 84 puls. Douleur survenue au coude gauche. Diminution des alimens, le quart seulement ; un lait ; julep avec 20 gr. de teinture de colchique et 20 de teinture de digitale.

19. Douleur à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche ; la douleur du coude a disparu ; 88 puls. Mauv. lim., julep avec 25 gr. de teinture de digitale. Le quart, lait.

20. Se plaint de mal de gorge. Cinq selles depuis hier. Bien du reste. Même prescription.

21. Le malade s'ennuie du séjour de l'hôpital, et demande sa sortie. N'est point guéri de son ancienne affection du cœur.

Troisième observation. — *Rhumatisme articulaire aigu légèrement fébrile. Lésion du cœur apparente d'abord, disparaissant au bout de quelques jours. Symptômes cérébraux.*

Brechyer (Charles), 33 ans, maçon, teint habituellement pâle, cheveux bruns, d'une forte constitution, à Paris depuis dix-huit ans, fut affecté, il y a deux ans, de deux chancres et d'une chaude-pisse, pour lesquels il fit un traitement de six à sept semaines. Il y a un an, il s'aperçut que son écoulement était reparu. Cette fois, il ne fit aucun traitement, et quinze ou vingt jours après il fut complètement débarrassé de cette affection. Depuis ce temps jusqu'à présent, il n'a plus été incommodé. Dans la nuit du 1er au 2 avril, sans cause à lui connue, il fut saisi d'une douleur à la hanche droite ; il put cependant se lever le matin. Mais, voyant que la douleur augmentait et se propageait le long de la cuisse droite, il se recoucha, et quelques heures après la douleur se fixa au dessus de la rotule et dans l'espace poplité du même côté. Le mercredi et le jeudi, le malade se leva peu et fut obligé de garder le lit. Sentant que la douleur augmentait, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, le vendredi, 5 avril, où il présenta l'état suivant à la visite du soir :

Pouls peu fébrile, 76 pulsations ; genou droit un peu tuméfié et rouge à la partie supérieure de la rotule ; douleur assez vive ; bruit de souffle à la région précordiale, existant au premier temps, et ayant son maximum d'intensité un peu en dehors. Bruits du cœur sourds et un peu secs ; un peu de matité au-dessous du téton ; région précordiale assez développée.

6. Bruit de souffle persistant ; gonflement, rougeur et deuleur presque complètement disparus. Sérum nitré et pilule avec opium 1/2 gr. ; camphre, 2 gr. ; 3 tasses de lait.

7. La douleur du genou droit a disparu, est s'est manifestée à l'articulation tibio-tarsienne du même côté, puis au genou gauche pendant la nuit. Même état du cœur. Bol nitré, camphré, opiacé ; lim., 2 b.

8. Persistance de la douleur au genou droit. Celles des autres articulations ont disparu. 64 pulsations ; le bruit de souffle, au premier temps, n'est plus appréciable ; il reste cependant quelque chose de sec. Même prescription ; plus, 2 laits.

9. Les douleurs persistent au genou gauche, et de plus, elles affectent la hanche du même côté. Même traitement.

10. Le genou droit est repris. Toujours quelque chose de sec au premier bruit. Sérum nitré ; lavem. ; 2 bouillons, 3 laits.

11. 75 pulsations ; battemens du cœur forts ; premier temps un peu prolongé. Douleur survenue à l'épaule droite. Sérum nitré ; baume tranquille pour frictionner l'épaule.

13. Poignet droit tuméfié et douloureux ; battemens du cœur forts ; constipation. Eau de gomme sucrée ; lim. ; sucr. ; lait ; bouill. ; nitrate de potasse suspendu. Ce malade éprouva, la nuit dernière, une grande chaleur vers la tête. Ce matin les pupilles sont très dilatées.

14. 84 pulsations, battemens du cœur forts ; langue rouge ; rougeur de la face ; yeux brillans, pupilles dilatées ; la droite l'est plus que la gauche : parole forte et brève. Le poignet gauche est douloureux, tuméfié et rouge. L'épaule gauche est aussi douloureuse depuis cette nuit. Deux seignées sont prescrites pour aujourd'hui ; l'une pour le matin, l'autre pour le soir ; catapl. sin. promenés sur les membres ; diète ; gomm. lim.

15. Le sang des deux saignées est recouvert d'une couenne assez épaisse, caillot consistant. Celui de la première surtout est formé en champignon. Les douleurs du poignet et de l'épaule gauches sont diminuées. Le malade a déliré pendant la nuit, a été à la selle ; peau chaude, pouls développé, 88 à 90 pulsations ; les pupilles paraissent moins dilatées.

16. Douleur à l'épaule gauche seulement ; pas de délire ; bien du reste. 1 once d'huile de ricin, 1 once de sirop tartarique ; mauv., lin. sucr.

17. Battemens du cœur forts. Lim. ; mauv. sucr. ; 2 bouill., 2 laits.

18. Rien de nouveau. Le quart d'alimens ; gom. lim. sucr.

20. Tout à fait bien. Lim. sucr. ; demi d'alimens.

22. *Id.* Trois quarts ; lim.

28. Légère douleur de l'épaule droite.

29. Très bien.

30. S'en va guéri.

Quatrième observation. — *Rhumatisme aigu articulaire, légèrement fébrile. Pas de lésion au cœur. Six jours de traitement. Quatorze jours de séjour à l'hôpital. Saignées répétées.*

Ancanot, âgé de vingt-trois ans, boulanger, constitution médiocrement forte, teint pâle habituellement. Cheveux bruns, état de santé ordinairement bon. Il y a deux ans environ, il fut affecté d'une fluxion de poitrine et d'une fièvre cérébrale dont la durée fut d'environ trois semaines pour les deux affections. Depuis ce temps il s'est constamment bien porté. Il ressentit, il y a six semaines, des douleurs aux pieds, à l'épaule gauche et un peu aux genoux. Il continua à travailler pendant quinze jours. Mais dans cet intervalle, les douleurs ayant augmenté, forcèrent le malade à suspendre ses travaux et à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Appoline. Le lendemain matin de son arrivée il fut saigné (2 palettes). Peu de soulagement. Le surledemain, une deuxième saignée (2 palettes), poudre de Dow. Deux jours après, troisième saignée (2 pal.). Pas de soulagement. (La céphalalgie seule disparaît.) Outre les articulations énumérées ci-dessus, le coude et le poignet gauches étaient douloureux. Pendant son séjour dans cette salle, les douleurs attaquèrent les articulations tantôt d'un membre, tantôt d'un autre. Le malade y séjourna quinze jours, et en sortit sans être guéri. Depuis sa sortie jusqu'à sa rentrée, espace de neuf jours, le malade se promena, les douleurs des articulations augmentèrent d'intensité. Aujourd'hui, 15 avril, jour de son admission, il présentant l'état suivant : douleurs extrêmement vives au deux genoux, à l'épaule gauche, aux hanches, aux lombes, aux orteils du pied gauche, mais surtout aux hanches et au genou gauche, gonflement, rougeur légère et un peu de liquide à cette dernière articulation. Le malade se meut avec difficulté, et le moindre mouvement lui arrache des cris aigus. Pouls fort et assez développé. 88 puls. Chaleur à la peau. — Rien d'appréciable du côté du cœur. — Une saignée de 3 à 4 palettes est pratiquée.

16. Les deux genoux sont tuméfiés et douloureux avec épanchement liquide. La douleur de l'épaule gauche a disparu. Pouls moins plein et moins fort qu'hier. 84 puls. Le sang de la saignée d'hier est couvert d'une couenne parfaite et assez épaisse. Le malade se trouve un peu mieux.

Saignée de 3 à 4 palettes pour le matin, mauv. sucr. Inf. de viol. sucrée. Diète.

17. Le sang de la saignée d'hier est recouvert d'une couenne assez épaisse l'épanchement du genou droit a beaucoup diminué. Les douleurs et le gonflement des deux genoux moindres. Le malade est calme. 84 puls. Saignée de 3 pal. Mauv. suc. viol. id. ; rien d'anormal du côté du cœur.

18. Les genoux sont presque entièrement désenflés. Le gauche contient un peu de liquide, le droit n'en contient plus. Douleurs presque nulles. 68 puls. Le sang de la saignées est recouvert d'une couenne épaisse.—Rien du côté du cœur.

Julep avec huile de ricin demi-once, sirop tartarique *id.* ; limonade, mauv. sucr. ; 2 potages.

19. Pas de fièvre. Peu de liquide dans l'articulation du genou gauche, peu de douleur. 72 puls. ; trois selles depuis hier.

Lim. sucr. ; mauv. sucr. ; le 1/4 lait.

20. Les deux genoux sont presque à l'état normal. Pas de fièvre. 60 puls. ; mauv. lim. sucr. ; soupes 1/4 lait.

21. Rien de nouveau.

22. Id. 3/4 d'aliments ; mauv. lim.

23. Rien de nouveau. Même prescription.

24. Bien.

25. Très-bien.

26. Très-bien. 3/4 lait ; un bain.

27, 28, 29. Très-bien.

30. Sort guéri.

— La coïncidence fréquente d'une maladie du cœur ou de ses dépendances dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, fébrile, généralisé, est un point de doctine des mieux établis aujourd'hui. Cette complication, au contraire, est très rare quand le rhumatisme est apyrétique, M. Bouillaud ne l'a rencontrée alors qu'une seule fois sur 44 cas.

Sur 45 cas de rhumatisme articulaire aigu, fébrile, généralisé, M. Legroux a observé dans 29 cas des complications du côté du cœur, ce qui établit un rapport d'à-peu-près de 2 à 3. Ce rapport est encore plus constant, plus fréquent, selon M. Bouillaud, puisque sur 74 cas de rhumatisme fébrile généralisé, il a rencontré la coïncidence certaine d'une lésion du cœur dans 60 cas. Dans 3 cas, cette coïncidence fut douteuse.

L'imminence des lésions du cou dans le rhumatisme articulaire fébrile généralisé, paraît être d'autant plus prononcée que le rhumatisme se prolonge davantage. M. Legroux a vu que dans 21 cas où l'âge de la maladie, au moment de l'entrée des malades à l'hôpital était de 0 à 5 jours, la coïncidence existait 10 fois. Pour les 17 autres, où la durée de la maladie était plus considérable, la coïn-

---

os se convertissent en chairs. » (Maladies des os, t. II, pag. 389.)

Ceci n'est plus une difficulté pour nous. Lorsqu'une congestion s'établit dans la membrane diploïque, il en résulte différens désordres suivant le degré de cette congestion, et les circonstances particulières de l'organisme. Tantôt cette congestion est lente, atonique, et en quelque sorte passive, analogue à de l'œdème ; les membranes se développent, s'hypertrophient, sécrètent une matière caséuse, sanguinolente, analogue à de la matière tuberculeuse ; les parois osseuses de chaque cellule, comprimées, abreuvées, sont dépouillées plus ou moins de leur phosphate calcaire, ramollies et cèdent à l'action expansive de la matière sécrétée. Il en résulte une ostéocèle creuse, à cavité unique ou multiple, ou bien un ramollissement général analogue à celui que nous venons de consulter dans les faits precédens. Tantôt au contraire, la congestion est active, franchement inflammatoire, s'accompagne ou non fièvre (ostéite). Cette condition peut se dissiper et laisser le diploë dans un état de raréfaction, ou bien passer à la suppuration. C'est ainsi que se forment les abcès du parenchyme des os. « Lorsqu'un abcès se forme dans la partie alvéolaire d'un os, dit sir Astley Cooper, un travail particulier a lieu. Le résultat de la pression de l'abcès, c'est de provoquer la résorption de la partie diploïque de l'os, et de cette manière le foyer osseux continue à augmenter, etc. » (The Lancet, vol. III, IV, p. 704.) « Il m'a paru, dit Lobstein, que l'inflammation de la toile médullaire, tapissant les cellules du tissu spongieux des os, était susceptible de se terminer par suppuration, sans l'intervention d'aucune érosion, et qu'à l'instar des membranes muqueuses elle pouvait sécréter une humeur puriforme. » (*Ouv. cit.*, t. II, p. 101.) Ce fait, que Lobstein énonce avec une certaine réserve, nous l'avons constaté depuis long-temps de la manière la plus positive. On conçoit que lorsque les cloisons osseuses ont été ramollies par le travail morbide, elles sont facilement écrasées, rompues, détruites ; c'est ainsi que les foyers s'organisent.

L'auteur d'un livre sur la scrofule, devenu classique en Angleterre, s'exprime de la manière suivante relativement à la sécrétion puriforme de la membranule cellulaire des os. « La véritable affection scrofuleuse d'un os débute toujours, dit-il, dans le tissu cellulaire ou alvéolaire de cet organe. D'abord, la vascularité de l'os paraît seulement augmentée ; ensuite, petit à petit le parenchyme osseux est altéré, la partie terreuse est résorbée, et l'os devient plus mou qu'en son état normal. Consécutivement, la sécrétion naturelle de l'intérieur des cellules s'altère également ; ces cellules se remplissent de matière caséuse jaune, ou d'un fluide jaune transparent ; ou bien la liqueur qui les arrose habituellement est résorbée, et plusieurs de ces cellules restent entièrement vides. Quelquefois l'on ne trouve qu'une partie seulement de la tête d'un os qui a subi ce changement morbide. Je suis porté à croire que souvent cette altération ne commence que dans le centre de l'os, car c'est là que l'on trouve le plus ordinairement le dépôt de la nouvelle matière. Tandis que l'extérieur de l'os reste entier et conserve sa solidité naturelle, la partie centrale est privée de son élément calcaire, et elle est ramollie au point de se laisser aisément couper par un couteau. Quelquefois pourtant, ainsi que je viens de le dire, l'altération ne se déclare que dans une moitié de l'os, et dans ce cas, le dépôt morbide n'a lieu que dans cette partie seulement. Il arrive d'autres fois que tous les os d'une articulation sont affectés en même temps ; mais souvent aussi il n'y en a qu'un seul qui en soit atteint. Dans d'autres circonstances enfin, la matière caséuse envahit toute l'étendue alvéolaire, et se présente sous une forme moléculaire très menue. » (Lloyd's, treatise on the nature and treatment of scrofula, pag. 119. London, 1821.)

Ne voit-on pas, dans ce tableau, la peinture fidèle de l'observation de M Amus at? N'allez pas croire cependant que ces observations soient nouvelles ; il y a près de 500 ans qu'Ingrassias disséqua des tumeurs pareilles dans l'hôpital des Incurables, à Naples. (De tumoribus præter naturam, p. 24, Neapoli, 1552.)

B. *Région bi-maxillaire.* Si nous passons maintenant de la région frontale à la région maxillaire supérieure ou inférieure, nous trouverons la confirmation des mêmes faits. Les tumeurs, en effet, décrites sous les noms d'exostose creuse, de kyste osseux, spina-ventosa des mâchoires, ne sont, au fond, que des suppurations lentes des membranes en question. Dupuytren a fait connaître un assez grand nombre de faits de ce genre (Leçons orales, p. 129, 2e édit.). Je me contenterai de rappeler le suivant que j'ai obervé moi-même à la clinique de ce grand maître. Je ne mentionnerai que les trois principaux qui se rapportent à mon sujet

Quatorzième fait. En 1829, une jeune femme de la campagne fut admise à la clinique de Dupuytren pour être traitée d'une tumeur osseuse du volume du poing, placée sur la branche de la mâchoire inférieure ; elle crépitait à la pression des doigts comme si c'eût été du parchemin sec, et était indolore. Le mal s'était déclaré à la suite de fluxions rhumatismales répétées dans la mâchoire. Dupuytren a ouvert l'ostéocèle avec un fort bistouri par sa partie postérieure ; issue d'un liquide sanieux ; mèche dans le foyer, injections détersives ; retrait graduel des parois du kyste. Guérison après deux mois de traitement.

Dupuytren a regardé ce fait comme un exemple de spina-ventosa de la mâchoire. Il s'agissait effectivement d'une poche osseuse formée par l'écartement des deux lames osseuses de l'os, sous l'influence d'un travail morbide du tissu diploïque. Si l'on remonte à la source de ce travail, on ne trouve qu'une affection rhumatismale de la mâchoire. Plusieurs auteurs avaient déjà décrit des tumeurs pareilles sous des dénominations diverses. (Bordenave, Mém. de l'Acad. de chirurg., t. V, in-4o. Runge, Diss. de Morb, præcip. sinuum, in Haller disput. chir., t. I, p. 216.)

On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur ces sortes de poches osseuses ; nous en avons expliqué la formation de la manière la plus satisfaisante, à ce que nous croyons. En méditant une vingtaine d'observations de ce genre que j'ai sous les yeux, je trouve dans quelques cas un symptôme curieux qui me paraît digne d'attention, c'est un sentiment sourd de pulsation intérieure comme dans le panaris et dans certaines tumeurs érectiles ; ce qui prouve bien que le siége primitif de la maladie est dans les vaisseaux du diploë, représentés par la membranule médullaire. On a presque toujours guéri ces sortes de tumeurs aux deux mâchoires, en ouvrant du côté externe ou du côté de la cavité buccale, et en favorisant la détension et l'affaissement du foyer. Dans quelques cas on y rencontre de la matière pultacée, de la substance tuberculeuse ou un liquide sanieux ; dans d'autres, des végétations sarcomateuses mêlées à ce liquide (*v.* auteurs cités) ; dans d'autres enfin, on y trouve une multitude de petites parcelles nécrosées, nageant dans un liquide puriforme, ce qui provient probablement des cloisons mortifiées du tissu diploïque (Georgii Sigismondi Ebbardt, de raro spinæ ventosæ casu ; in theses german.).

(La suite à un prochain numéro.)

cidence a eu lieu 13 fois. Il résulte que dans le premier cas, nous avons pour une durée d'un peu plus de quelques jours, 10 cas de coïncidence sur 21 malades, et dans le deuxième 13 cas de coïncidence pour une durée d'un peu plus de 17 jours et sur 17 malades.

Nous devons ajouter toutefois les remarques suivantes: Dans 2 des 29 cas où la coïncidence a existé, la maladie du cœur remontait à une époque antérieure au commencement de la période que l'on observait alors, mais dans ces deux cas, l'altération avait pris naissance pendant une autre attaque de rhumatisme, et l'on peut se convaincre, d'après le récit des malades et l'état d'amélioration où ils se trouvèrent à leur sortie qu'il y avait eu recrudescence à leur entrée.

Pour ce qui est de la durée des phénomènes cardiaques, voici ce que M. Legroux a observé. En général, la péricardite a une durée limitée, à l'instar de la pleurésie partielle; il n'en est pas de même de l'endocardite, qui peut se prolonger indéfiniment. Sur les 29 cas de coïncidence d'une péricardite ou d'une endocardite, la plupart des malades sont sortis complètement rétablis ou ne conservent plus que de faibles traces de leur maladie, qui marchait vers la guérison. Approximativement la durée de la péricardite et celle de l'endocardite aiguë ont été égales dans les 29 cas et de 12 à 15 jours à peu près.

Il serait difficile, si non impossible, de fournir des résultats à ce sujet concernant les malades dont les rhumatismes nont pas été traités par les saignées. Ce qu'il y a de positif, c'est que sur 15 malades qui ne se trouvaient pas à leur première attaque, deux fois seulement il s'est trouvé une lésion du cœur antérieure au début de l'attaque actuelle.

Dans un seul cas l'endocardite s'est terminée d'une manière funeste; elle était compliquée de péricardite. On avait vu la maladie naître et se développer. L'autopsie démontre l'existence d'une certaine quantité de sérosité trouble, floconneuse dans le péricarde et d'une concrétion du volume d'une grosse aveline sur une des valvules sygmoïdes de l'aorte, avec triple ulcération et perforation de cette valvule, et ulcération de la face interne du cœur en plusieurs points.

Nous voudrions dire quelques mots sur l'efficacité des saignées répétées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; mais nous remettons à un article prochain l'exposition de ce point important. Y.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des Femmes.)

Aménorrhée. Application d'une à deux sangsues aux genoux comme moyen emménagogue.

Chez la jeune femme couchée au n° 35 de la salle Ste-Anne, atteinte de phthisie pulmonaire et soumise à l'usage des fumigations arsenicales, le mieux se soutient malgré la rigueur de la saison (5 février); elle n'a ni colique, ni diarrhée, l'expectoration est nulle. Mais depuis quelques jours, elle présentait un symptôme qui, vu son état, n'était pas sans gravité: nous voulons parler d'un retard de six jours survenu dans l'apparition de ses règles. Comme cette femme en éprouvait quelques accidens, nous avons dû lutter contre cette absence de l'écoulement menstruel.

A cet effet, nous avons fait appliquer le 26 janvier au matin une seule sangsue, à la partie interne du genou droit, et il s'est passé alors quelque chose d'assez curieux: pendant que la sangsue tirait, cette femme éprouvait des douleurs de reins analogues à celles qui accompagnent les règles; ces douleurs se sont dissipées aussitôt que la sangsue s'est détachée. Le lendemain, application d'une deuxième sangsue à l'autre genou; mais cette fois pas de douleurs. Le 28, l'on applique une troisième sangsue au genou droit, et aussitôt les douleurs utérines apparaissent qui sont bientôt suivies de l'écoulement des règles.

Est-ce au moyen que nous avons employé qu'il faut rapporter ce résultat? C'est chose très probable, car déjà vous avez vu plusieurs fois l'emploi du même moyen être suivi d'un résultat si immédiat, qu'il faudrait un scepticisme exagéré pour nier les rapports de cause à effet.

Maintenant, où convient-il d'appliquer les sangsues? L'on a dit que pour déterminer une congestion plus facile du système vasculo-utérin, il fallait que cette application fût faite à la vulve, à cause des anastomoses assez nombreuses qui existent entre les veines de cette région et celles de l'organe de la gestation.

Nous sommes loin d'élever des doutes sur cette disposition anatomique; il est possible aussi que des sangsues appliquées à la vulve soient un excellent moyen de déterminer un afflux de sang vers l'utérus; mais ce moyen présente plusieurs inconvéniens. D'abord, il est très désagréable pour les femmes qui n'y ont recours qu'avec la plus grande répugnance; puis, chez les jeunes filles, il peut entraîner d'assez graves conséquences. Vous savez tous en effet qu'au bout de quelques jours les piqûres de sangsues occasionnent de violentes démangeaisons; il résulte de cela que si les sangsues sont appliquées à la vulve, les jeunes filles, pour faire cesser ce prurit incommode, portent fréquemment les mains vers les parties génitales, et peuvent finir par contracter des habitudes de masturbation qu'elles perdront ensuite très difficilement. Conséquemment, il est du devoir du médecin d'écarter de ses malades tout ce qui pourrait avoir de semblables effets. Ajoutez à cela qu'après une application de sangsues à la vulve, on voit quelquefois survenir dans cette partie des abcès qui s'accompagnent de fièvre, et peuvent être suivis de fistules sous-cutanées assez difficiles à guérir. Aucun de ces inconvéniens n'existe dans l'application des sangsues aux genoux; car comme la compression peut être exercée dans ce point avec facilité, l'on n'a à craindre ni hémorrhagie ni abcès; et puis, c'est un moyen qui, tout aussi bien que le précédent, peut appeler le sang vers l'utérus, et provoquer l'apparition des règles. Nous avons souvent vu la piqûre de sangsue au genoux s'entourer d'une auréole inflammatoire érysipélateuse d'une étendue assez considérable. Or, si les sinapismes promenés à la surface des membres inférieurs sont un puissant emménagogue, que sera-ce quand, au lieu d'une excitation artificielle, passagère, l'on aura une congestion inflammatoire assez énergique?

Arrivons maintenant à la quantité de sang que l'on obtient à l'aide d'une sangsue. Nous avons eu, il y a quelques jours, l'occasion d'élucider cette question. Une demoiselle est prise, pendant l'écoulement de ses règles, d'épistaxis et de crachemens de sang; aussitôt, suppression de l'écoulement menstruel en même temps que les accidens que nous venons de signaler continuent. Nous faisons appliquer une sangsue à chaque genou, et recouvrir les piqûres d'un cataplasme que l'on enlève au bout d'une heure. Or, la quantité de sang que nous avons obtenue par ce moyen, comparée à celle résultat de l'écoulement des règles qui pourtant sont abondantes chez cette jeune fille, se trouvait être plus considérable. Estimant à 60 grammes la quantité de sang donnée par chaque sangsue, nous avons pris 60 grammes d'eau que nous avons répandus sur dix serviettes, et les taches formées par cette eau étaient aussi étendues que celles que le sang des règles avait produites sur les autres serviettes.

D'où il faut conclure que la perte de sang qui résulte de l'application de dix ou quinze sangsues dans le cas d'aménorrhée, se trouve ainsi dix fois plus considérable que le flux menstruel chez la femme la mieux réglée, lors donc que l'on voudra remplacer les règles sous le rapport de la quantité, une seule sangsue appliquée deux ou trois jours de suite suffira presque toujours.

Comme moyen révulsif, l'application d'une sangsue au genou offre encore beaucoup d'avantage; car, outre l'écoulement de sang et l'irritation qui suit, c'est une sorte de ventouse qui pourra amener les meilleurs résultats, si surtout vous avez soin, après la chute de la sangsue, de ne pas laisser couler de sang. De la sorte, vous pourrez revenir plusieurs jours de suite à une nouvelle application.

— Le lendemain de cette leçon, deux nouveaux faits sont venus témoigner des heureux effets de ce moyen emménagogue, préconisé par M. Trousseau. La femme du n° 1 de la salle Sainte-Anne, atteinte de névralgie sciatique, éprouve un retard de plusieurs jours dans l'apparition de ses règles. On prescrit pour elle l'application d'une sangsue à chaque genou, et aussitôt après cette application, elle est prise de douleurs de reins assez vives et semblables à celles qui précèdent et accompagnent les règles. Une nouvelle application est prescrite, et les douleurs apparaissent les mêmes que la veille, et cessent au bout de quelques heures seulement. Les règles, chez cette malade, n'ont pas coulé; mais il y a eu congestion sanguine évidente vers l'utérus.

Au n° 33 de la même salle est une femme atteinte de douleurs rhumatismales qui occupent les membres, douleurs qui ont été avantageusement modifiées par les purgatifs souvent répétés. Chez elle il y eut, voilà environ huit jours, suppression des règles le jour même de leur apparition. Deux sangsues sont appliquées aux genoux, et aussitôt vives douleurs de reins correspondant à l'hypogastre, et au bout d'une demi-heure réapparition des règles, qui ne coulent que quelques heures.

Le lendemain nouvelle application de deux sangsues. Les douleurs réparaissent et occupent les mêmes régions; elles sont bientôt suivies de l'écoulement menstruel qui, cette fois, dure 36 heures.

Ainsi, voilà trois femmes chez lesquelles l'application d'une ou deux sangsues aux genoux a déterminé une congestion utérine évidente, et qui, chez deux d'entre elles, a été suivie de l'apparition des règles.

A ces faits, nous ajouterons celui de la malade du n° 19. Cette jeune fille, qui, depuis long-temps, éprouve des douleurs névralgiques tantôt dans un point, tantôt dans un autre, attendait ses règles depuis plusieurs jours sans les voir paraître. Une sangsue est appliquée au genou droit, et aussitôt cette jeune fille est prise de violentes douleurs de reins et de bas-ventre, qui durent pendant une heure et demie, le temps que la sangsue est restée attachée. Mais une chose curieuse: non-seulement il y a eu fluxion utérine des plus évidentes, mais encore vous avez vu, sous l'influence la piqûre de sangsue, survenir une rougeur et une tuméfaction du genou, d'une étendue de 30 centimètres de haut en bas, et 10 centimètres de largeur. Cette partie est le siége de douleurs assez intenses, et la fluxion y est plus énergique qu'elle ne le serait par l'action d'un sinapisme.

Quoique dans ce cas l'apparition des règles ne se soit point manifestée, la congestion utérine n'est point une chose hypothétique, puisqu'il y a eu douleurs de reins tout à fait semblables à celles qui accompagnent l'écoulement menstruel.

Rhumatisme articulaire aigu. Réflexions sur le calomel.

Au n° 8 de la salle Sainte-Anne, est une femme âgée de trente-neuf ans, malade depuis six semaines d'un rhumatisme articulaire aigu qui occupe l'épaule, le genou et le pied du côté droit, chez laquelle les émissions sanguines et les vomitifs n'ayant eu aucun succès, nous avons employé l'extrait de datura stramonium.

Comme effets physiologiques, nous avons observé la dilatation des pupilles, du trouble dans la vision (la malade ne pouvait plus lire), et un peu de mal à la gorge; la sécrétion des urines n'a pas été plus abondante. Comme effets thérapeutiques, il y a eu cessation de la fièvre, et diminution très grande dans l'intensité des douleurs (celles-ci avaient complétement disparu au bout de quelques jours).

Comme il y avait chez cette femme un peu de constipation, et que dans le cas de traitement du rhumatisme articulaire aigu par les solanées vireuses c'est là une condition fâcheuse pour la guérison, nous avons donné, en même temps que 30 centigrammes d'extrait de datura stramonium, une pastille de 5 centigrammes de calomélas.

A propos de ce médicament, nous vous observerons que, donné à la dose de 5 centigrammes, il purge souvent, mais qu'il a un effet purgatif à peu près constant à dose quatre ou cinq fois plus considérable; nous ajouterons que le nombre des garde-robes n'augmente pas en proportion de la quantité du médicament. Si, par exemple, en donnant 5 ou 10 centigrammes de calomel à un enfant, l'on obtient trois ou quatre garde-robes, avec 50 centigr. l'on aura un effet plus prompt, mais qui ne sera pas beaucoup plus considérable. Il n'est pas d'ailleurs de médicament purgatif plus infidèle dans son action que le calomel, mais aussi il n'en est pas de plus commode; car, en même temps qu'il est sans saveur, le peu de volume qu'il présente en rend l'administration très facile.

Dans le rhumatisme articulaire, c'est au calomel qu'il faut recourir de préférence, parce qu'il jouit en même temps de propriétés purgatives et altérantes, et qu'à ce double titre, il peut, plus que tout autre purgatif, être suivi d'heureux effets.

Traitement des névralgies temporales rebelles par la saignée de l'artère temporale.

Nous vous avons parlé, il y a quelque temps, à propos de névralgie temporale, de la section de l'artère de ce nom pour remédier à cette affection. Un nouveau cas s'est présenté dans notre clientelle, dont nous allons vous dire quelques mots.

Une dame, habitant le Midi de la France, éprouve depuis 1829 une névalgie temporale qui a pris un caractère de violence tel que dans un très court espace de temps ses cheveux sont devenus blancs et ont acquis une dureté considérable. Les douleurs durent presque continuellement, et lui laissent à peine, tous les deux ou trois mois, quelques jours de repos. En vain, fit-on des applications de morphine sur le derme dénudé et des frictions avec l'extrait de datura stramonium; en vain donna-t-on le fer, les pilules de Meglin, la ciguë, etc., rien ne peut soulager les douleurs dont cette dame était tourmenté; aussi vit-on bientôt se manifester tous les symptômes de l'hypochondrie.

Cette dame vint à Paris, et demanda nos conseils; nous la priâmes d'attendre le retour de ses douleurs, lui promettant bien de l'en débarrasser promptement. Celles-ci ne tardèrent pas à reparaître; c'était pendant l'écoulement menstruel; nonobstant cela, nous pratiquâmes la section de l'artère temporale et instantanément la névralgie disparut.

Ce fait, comme vous le savez déjà, n'est point une exception; sur huit opérations de ce genre que nous avons pratiquées, nous avons vu la douleur disparaître sur-le-champ. Est-ce à dire que nous guérissions la névralgie? Déjà dans un de nos précédens entretiens, nous avons eu occasion de vous faire connaître notre pensée à ce sujet. Ordinairement nous faisons disparaître la douleur sans retour au-dessus du point où la section a été pratiquée; mais si la douleur disparaît instantanément, ce qui me semble un effet constant, elle peut revenir quelque temps après, et elle s'est précisément montrée de nouveau chez cette dame; le plus souvent la douleur disparaît au-dessus de la section; mais il n'en est pas de même au-dessous. En effet, les rameaux sus et sous-orbitaires mentonnier, continuent de faire souffrir le malade si, avant l'opération, la névralgie occupait ces différens filets nerveux. Maintenant ne fit-on qu'ôter les deux tiers du mal, certes ce ne serait pas trop que d'acheter du peu de douleur de l'opération le soulagement qui s'en suit.

Aussitôt la section opérée, nous établissons la compression à l'aide d'un morceau d'amadou, d'une compresse et d'une bande à double chef. Jusqu'à présent il nous a toujours suffi de laisser notre petit appareil appliqué pendant six heures seulement: au bout de ce temps la petite plaie est réunie. Nous engageons le malade à faire le moins d'efforts possible. Jamais nous n'avons vu survenir d'accidens à la suite de cette petite opération; deux fois seulement, et chez la même personne, nous avons eu deux tumeurs anévrismales; mais une compression exercée pendant quinze jours a suffi pour les faire disparaître.

La section de l'artère temporale est chose facile; toutefois il faut pénétrer profondément, et avoir soin de ne pas pratiquer cette opération beaucoup au-dessus de l'arcade zygomatique; car alors l'on pourrait tomber au milieu des flexuosités du vaisseau et manquer l'artère. Pour éviter cet inconvénient, il est bon de marquer avec un peu d'encre le point le plus rapproché de l'arcade zygomatique, où le bistouri devra être enfoncé; de cette façon il n'y a pas d'erreur possible.

Il suffit de considérer la disposition des parties

voir que les rameaux nerveux qui accompagnent l'artère sont peu nombreux; que par conséquent ce n'est pas à leur section que l'on doit rapporter le soulagement qu'éprouvent les malades, mais bien à ce que l'artère étant interrompue dans sa continuité, le sang cesse d'arriver dans les parties où celle-ci se distribue. Voici ce qui nous fait croire que les choses se passent ainsi : lorsque dans les névralgies qui occupent, soit la face, soit le cuir chevelu, l'on vient à comprimer l'artère carotide, presque instantanément l'on fait disparaître la douleur, et celle-ci reparaît quelque temps après la cessation de la compression. L'on ne peut par conséquent expliquer ce phénomène que par la stupéfaction des parties, stupéfaction qui résulte de la suspension de l'afflux sanguin. C'est en méditant ce fait de la guérison momentanée des névralgies de la tête par la compression de la carotide que nous sommes arrivé à la section de l'artère temporale dans le cas de névralgie de cette région, moyen que personne avant nous n'avait ni conseillé ni mis à exécution.

Erysipèle de la face.

Au nº 28 de la salle Ste-Anne, est une jeune femme âgée de vingt-un ans, qui nous arriva, il y a huit jours, avec une fièvre ardente; ses yeux étaient rouges et injectés, le pouls fort, la peau chaude, la langue rouge à sa pointe; il y avait dans le ventre quelques gargouillemens; tous symptômes propres au début des maladies éruptives. Ces accidens généraux persistant, nous n'avions plus à craindre ni la rougeole, ni la scarlatine; car dans ces deux exanthèmes l'éruption se fait dès le troisième jour. Restait une fièvre typhoïde ou un érysipèle.

Le quatrième ou cinquième jour de son entrée, nous vîmes apparaître un gonflement des paupières du côté gauche, gonflement qui le lendemain était plus considérable, et s'était étendu vers le nez et les paupières du côté opposé. La fièvre, qui avait presque complètement cessé le jour de l'éruption, reparut de nouveau.

L'on voit, par cet exemple, combien il y a de points de ressemblance entre les prodromes d'une fièvre éruptive et ceux de l'érysipèle. Ainsi, chez notre malade, nous constatons au début une fièvre vive qui dure plusieurs jours sans qu'il survienne aucun autre trouble dans le reste de l'économie. L'inflammation de la peau se manifeste, et la fièvre va chaque jour en diminuant; puis celle-ci reparaît alors que l'érysipèle fait des progrès.

Dans la variole l'on observe la même chose : fièvre d'incubation durant plusieurs jours, et disparaissant au moment où l'éruption apparaît; puis au bout de trois ou quatre jours, lorsque la peau devient le siége d'une phlogose considérable, l'on voit reparaître la fièvre, mais la fièvre de réaction.

Eh bien, ce fait ne suffit-il pas pour faire comprendre qu'un bon nombre de maladies réputées non éruptives jouent, au début, le même rôle que les maladies caractérisées par des éruptions. L'on refuse de ranger l'érysipèle parmi ces dernières, malgré la ressemblance qui existe entre la fièvre d'incubation de cette affection, et celle qui précède la variole, par exemple.

Il y a cette différence cependant, que la fièvre variolique est toujours suivie de variole; qu'ainsi la cause qui doit faire naître cette maladie, une fois appliquée à l'économie, il en résulte irrévocablement une éruption de variole; tandis que pour l'érysipèle, l'effet est indéterminé, c'est-à-dire qu'au lieu de cette maladie l'on pourrait voir apparaître un herpès du cou, de la bouche ou du pharynx, une affection impétigineuse ou rhumatismale, une angine catarrhale, etc., et dans tous ces cas la fièvre disparaîtra au moment où un des points de l'économie deviendra le siége d'un travail phlegmasique. En définitive, il y a identité entre les maladies éruptives et un certain nombre d'autres affections quant à la manière d'être de la fièvre d'incubation et celle de réaction que l'on observe dans ces différens cas.

D'où l'on peut tirer, pour la thérapeutique, cet enseignement, à savoir : que toutes les fois qu'au début d'une maladie, l'on observera une fièvre ardente sans qu'aucune lésion d'organe vienne expliquer l'intensité de cette fièvre, il faut rester dans l'expectation, car l'on ne saurait prévoir ce qui doit arriver. Si, par exemple, chez un enfant pris d'éclampsie initiale, l'on vient, par une médication intempestive, essayer de lutter contre ses accidens, l'on s'expose à ce qu'une éruption sur le point de se faire ne se montre point et que le virus morbifique restant dans l'économie y occasionne les désordres les plus graves.

Aussi ne peut-on trop souvent répéter qu'autant la thérapeutique doit être active quand la lésion organique est connue, autant il faut rester dans l'expectation quand on ignore encore à quelle sorte d'affection l'on va avoir affaire.

Il est pourtant quelques médications, comme celle dite évacuante, qui peuvent avoir de bons effets dans l'incubation des maladies; mais il faut alors que l'intestin ne soit pas lui-même le siége d'un travail émonctoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 5 juillet.

Hygiène publique. — Gélatine. — M. Magendie lit, au nom d'une commission dont il est l'organe, un rapport sur la gélatine des os considérée comme aliment. Ce travail, fruit de dix années de recherches et d'expériences, est un véritable traité sur la matière et dont la lecture exigera au moins trois séances. La lecture d'aujourd'hui a été consacrée à la seule partie historique. L'Académie l'a écoutée avec une religieuse attention. Nous reproduirons en entier ce magnifique rapport lorsque l'Académie l'aura imprimé dans ses comptes-rendus.

— M. Fourcault écrit, à l'occasion du travail de MM. Dumas et Boussingault sur la composition de l'air atmosphérique pour s'inscrire contre l'une des opinions émises par ces savans, savoir, que les végétaux exercent une influence salutaire sur l'atmosphère; il ajoute que les végétaux sont nuisibles à la santé, et que les personnes qui habitent près des lieux couverts d'arbres sont mal portantes et sujettes à la scrofule, à la phthisie pulmonaire, et à d'autres affections chroniques.

Physiologie expérimentale. — M. Longet adresse une note manuscrite, intitulée : Recherches expérimentales sur l'action des nerfs et des muscles du larynx. « Il résulte de ces expériences, dit l'auteur : 1º que les nerfs laryngés inférieurs se distribuent à la fois aux muscles constricteurs de la glotte (muscles arythénoïdiens et crico-arythénoïdien latéraux), à ses muscles dilatateurs (muscles crico-arythénoïdiens postérieurs), aux muscles des cordes vocales inférieures; 2º que les laryngés supérieurs fournissent seulement aux muscles tenseurs de ces cordes, ainsi qu'à la muqueuse du larynx. »

— M. Emmanuel Rousseau écrit pour communiquer un fait curieux concernant la moisissure qu'on appelle muscardine sur le ver à soie, et que l'auteur a trouvée sur les organes intérieurs de plusieurs volatiles phthisiques.

M. Dumas fait remarquer que M. Grouby, physiologiste allemand distingué, l'a rendu témoin des mêmes observations sur différens organes malades, en particulier sur les croûtes de la teigne, qui paraissent principalement formées de végétaux.

DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE,

Ou *Des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds-bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, bégaiement, etc.*

Par M. Ch. Phillips (1).

La ténotomie sous-cutanée compte à peine quelques années d'existence, et déjà elle a produit un grand nombre de faits. Cet excès de richesse devient un embarras réel pour le praticien éloigné du cercle de la chirurgie parisienne; il ne connaît que les suites immédiates des opérations, les seules publiées jusqu'à ce jour. Et comme on se tait généralement sur les résultats définitifs, son esprit incertain ne sait pas s'il doit faire une opération dont l'utilité générale ne paraît pas encore être bien démontrée.

J'ai cherché dans ce travail, dit M. Phillips, à maintenir les chirurgiens dans le vrai, en ne leur dissimulant pas les revers qui ont été les suites de ces opérations nouvelles. Je ne prétends pas tout dire sur la ténotomie; la question est encore trop récente, et c'est avec circonspection qu'il faut en parler; mais comme les faits ont une force réelle, je n'ai pas hésité à me prononcer pour admettre ou pour rejeter quelques sections sous-cutanées.

Tel est le but que M. Phillips s'est proposé dans cet ouvrage; les limites d'une simple analyse ne nous laissent pas la faculté de suivre l'auteur dans tous les développemens auxquels il s'est livré, de passer en revue un à un les nombreux procédés et les résultats divers qu'il a mentionnés; nous nous bornerons à jeter un coup-d'œil rapide sur les différentes divisions de son livre.

Après une introduction sur la contraction spasmodique des muscles et sur la méthode de la section des tendons, M. Phillips passe à l'histoire générale de la ténotomie. Le mécanisme de la réunion des tendons divisés, les contre-indications, les indications en général complètent le premier chapitre; l'auteur arrive alors aux applications particulières.

Pied-bot. Cette classe importante de difformités a été étudiée avec un soin particulier. Après les nombreuses monographies publiées sur ce sujet depuis quelques années par des hommes qui se sont consacrés d'une manière spéciale à l'étude et à la thérapeutique du bied-bot, on pourrait penser qu'il ne restait que peu d'observations nouvelles à faire, peu de préceptes nouveaux à développer; néanmoins la lecture de ce livre dissuadera les lecteurs les plus exigeans; nous citerons entre autres le chapitre consacré aux altérations anatomiques, et tout ce qui concerne l'indication et l'appréciation des divers moyens de traitement. Nous avons encore remarqué quelques détails peu connus relatifs à la pratique de Dieffenbach et la description d'appareils mécaniques fort simples, la plupart inusités ou même ignorés chez nous.

Torticolis. Les divisions qui traitent de l'étiologie et des moyens mécaniques à opposer au torticolis, renferment des considérations nouvelles qui méritent de fixer l'attention.

Vient ensuite l'histoire des *contractures de la main et des doigts;* celle des *fausses ankyloses angulaires;* enfin ce qui concerne la *section sous-cutanée des muscles orbiculaires.* Jusqu'ici, à part le mémoire de M. Duval sur les fausses ankyloses du genou, on n'avait pas encore réuni en un seul faisceau ce qui concerne ces trois séries de difformités. M. Phillips a cherché à préciser avec plus d'exactitude qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les indications et les résultats divers des opérations entreprises pour remédier à la contraction de la main et des doigts. Le chapitre qui traite des fausses ankyloses a été rédigé dans le même but.

Les dernières divisions de ce livre traitent *du strabisme, de la myopie et du bégaiement*, auxquels M. Phillips avait déjà consacré deux autres publications dont nous avons rendu compte. Mais cette fois, pour le strabisme, l'auteur a pu passer en revue les nombreux travaux qui ont vu le jour dans ces derniers temps, et, instruit par l'étude des faits, s'élever à des appréciations plus exactes et essentiellement pratiques. Des chapitres entièrement inédits traitent des suites de l'opération, des récidives, du traitement consécutif. Nous citerons encore ce qui concerne le strabisme double, la section du grand oblique, les sections isolées ou combinées des autres muscles, les accidens, tels que l'exophthalmie, le prolapsus des paupieres, les strabismes consécutifs, etc. Enfin, M. Phillips termine cette partie de son travail par une statistique des résultats fournis par 100 opérations pratiquées par lui en présence de plusieurs chirurgiens, et suivies jusqu'au *résultat définitif* par M Bouvier. Enfin, il énonce trois séries de contre-indications à l'opération.

La thérapeutique du bégaiement est exposée avec le même soin.

Le livre de M. Phillips jettera un nouveau jour sur cette branche de la science chirurgicale à laquelle, pour sa part, il avait déjà fait faire de nombreux progrès; l'étude de certains points l'a conduit, il est vrai, à des détails et à des discussions critiques qu'il n'était pas facile d'éviter dans un moment où toutes ces questions sont encore pour la plupart aussi neuves. Mais ce qui doit avant tout concilier à M. Phillips l'estime de tous, c'est le but tout scientifique de sa polémique, et la bonne foi dont il donne l'exemple en publiant le premier ses résultats et ses insuccès, qu'il s'efforce ainsi de faire servir à l'avancement de la science.

L. M.

Erratum. Nº du 3 juillet, page 324, ligne 12, *au lieu de*, soigne indistinctement tous ses malades, *lisez* saigne.

(1) Paris, J.-B. Baillière; in-8º de 416 pages, avec 12 planch. — 6 fr. 50 c.

1 c.
la sécre
ces cellu

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 8 JUILLET 1841. 14e ANNÉE. N° 83, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Cancer de la verge.

Quelques considérations cliniques présentées par M. Ricord à l'occasion de l'amputation d'un cancer de la verge, ayant été rédigées sous forme de leçon par M. A. Trifet, et insérées dans le n° 81 de la *Gazette des Hôpitaux*, ce travail a dû nécessairement se ressentir de la transformation d'une simple allocution en leçon clinique régulière.

Plusieurs indications générales se trouvant séparées des particularités qui les avaient suscitées, il nous a paru nécessaire de faire suivre l'article de M. Trifet de certaines additions indispensables.

S'il est permis de dire que le cancer de la verge se présente rarement chez les individus âgés de moins de quarante ans, cette opinion ne saurait être présentée d'une manière absolue; cependant il était un fait que la position toute particulière du chirurgien de l'hôpital des Vénériens permettait de vérifier, par rapport à l'influence de la syphilis sur la production du cancer de la verge, et dix années d'observation ne nous ont pas fourni un seul cas dans lequel l'action générale du principe virulent ait amené à elle seule la dégénérescence cancéreuse dont nous traitons. On ne saurait pourtant refuser de croire à la puissance excitatrice d'une cause qui produit à elle seule des accidens tellement semblables à ceux qui appartiennent à certaines périodes de l'affection cancéreuse, et cela surtout chez les individus qui sont prédisposés au cancer par suite de conditions individuelles ou par l'hérédité, que M. Ricord admet comme cause très probable, sinon certaine.

Mais si, dans les circonstances que nous avons indiquées, nous n'avons pas vu le cancer de la verge se développer de toute pièce par suite de l'action spécifique du virus syphilitique, les désorganisations particulières, les transformations qu'il amène quelquefois localement, nous ont paru devoir être prises en grande considération, surtout lorsqu'elles coïncident avec certaines conditions accidentelles, certaines conformations particulières des organes, le *phymosis*, par exemple.

Les considérations que nous présentons ici seront justement appréciées, en les appuyant de l'opinion généralement admise relativement à l'influence que les ulcérations de longue durée, les indurations entretenant une irritation permanente peuvent avoir sur la production du cancer.

Si donc on peut dire que les altérations produites dans l'organisme par la syphilis générale peuvent favoriser l'admission ou bien le développement des affections cancéreuses, les altérations locales doivent être mises en première ligne.

Nous trouverons encore une confirmation de ces faits dans l'action bien constatée des ulcérations non spécifiques qui, par des conditions de localité ou de mauvais traitement, amènent certaines altérations. M. Ricord a noté plusieurs fois à cet égard les dégénérescences qui arrivent dans quelques cas de végétations, surtout lorsqu'elles se développent chez des individus affectés de phymosis; car alors, emprisonnées, elles ne peuvent s'accroître sans que le gland ne soit soumis à une compression qui, si elle est rapide, peut amener la gangrène, mais qui, si elle est lente, devient bien souvent une cause occasionnelle du cancer.

Ce que nous venons de dire suffit par rapport à la causalité spéciale; et parmi les considérations générales, voici celles sur lesquelles nous croyons devoir insister.

Ayant donc recours à l'allocution clinique de M. Ricord, nous la résumerons ainsi.

Le cancer de la verge, en général, est très rare avant l'âge de quarante ans.

Toutes les excitations locales permanentes peuvent devenir des causes occasionnelles du cancer de la verge, et le phymosis les favorise d'une manière particulière.

Le cancer de la verge débute très souvent par le tissu spongieux du gland, et peut se propager à toute l'étendue de l'urètre sans que les corps caverneux soient affectés, ce qui n'empêche pas que, dans un grand nombre de circonstances, d'autres parties de l'organe ne puissent être envahies; le prépuce, le reste de la peau de la verge, les corps caverneux, ainsi que le malade opéré en présentait un exemple.

Ce n'est guère que lorsque le cancer de la verge est ulcéré que les ganglions voisins s'affectent. Il est des circonstances dans lesquelles, comme dans tous les cancers, la maladie peut s'étendre à des régions plus ou moins éloignées; et c'est ainsi que dans des cas on a pu trouver des masses carcinomateuses s'étendant le long de la colonne vertébrale, et venant faire saillie jusqu'au-dessus des clavicules.

Il n'est pas toujours facile, de prime-abord, de distinguer certains accidens syphilitiques de quelques ulcères carcinomateux. Mais si l'antécédent ne peut pas toujours être évoqué d'une manière certaine pour trancher la question; si, dans le cas de chancre on a dépassé la période d'incubation, la marche, la durée, l'absence complète, dans le cas de cancer, des accidens constitutionnels propres à la syphilis, et qui arrivent de nécessité dans tout chancre induré non traité, servent mieux, en y ajoutant les effets du traitement spécial, que les signes fournis par la forme particulière des ulcères.

Les mêmes considérations seront applicables dans les cas de concomitance des accidens syphilitiques et des cancereux.

Le cancer n'est pas contagieux; les expériences de M. Biett et d'Alibert ont mis cette vérité hors de doute. Mais lorsqu'il affecte les organes génitaux, il peut donner lieu, dans les rapports sexuels, à des accidens que l'on pourrait facilement confondre avec les accidens vénériens.

M. Ricord a souvent noté l'influence des sécrétions fournies par le cancer utérin sur la production de la blennorrhagie chez l'homme.

En général, toutes les fois qu'il est impossible de trancher la question du diagnostic d'une manière absolue entre le cancer et un accident vénérien, il est obligatoire, avant d'avoir recours aux opérations sanglantes, d'employer un traitement méthodique qui peut devenir un moyen certain de diagnostic.

Après l'amputation de la verge, l'émission de l'urine reste facile tant que les progrès de la circatrisation et le retrait ultérieur du tissu inodulaire ne viennent pas rétrécir l'ouverture de l'urètre et en déterminer quelquefois la complète occlusion.

Aussi n'est-ce jamais au moment de l'opération ni dans les premiers jours qui la suivent, qu'on est obligé d'avoir recours aux sondes.

Le cancer de la verge, comme les autres cancers, paraît ne pas récidiver dans tous les cas, et si cela a lieu fort souvent, si quelques malades succombent à des affections morales ou sont portés au suicide, il en est chez lesquels l'opération est, sous tous les rapports, suivie du succès le plus absolu.

Nous pouvons citer à ce sujet un malade opéré par M. Ricord il y a trois ans, et que nous avons revu naguère dans le plus parfait état de santé. J.-J.-L. RATTIER.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Avortement au troisième mois de la grossesse. Rétention du placenta dans l'utérus.

Dans la soirée du 6 mai, une femme est avortée au troisième mois de sa grossesse; mais la sortie du fœtus n'a pas été suivie de l'expulsion du placenta, qui, le lendemain, était encore renfermé dans la cavité de l'utérus. Quelle est, dans une semblable circonstance, la conduite à tenir pour un accoucheur? Trois partis se présentent: 1° donner l'ergot de seigle; 2° introduire les doigts dans l'utérus pour en extraire le placenta; 3° attendre son expulsion spontanée.

Les conditions dans lesquelles cette femme se trouve laissent peu d'espoir de réussite par l'emploi de l'ergot de seigle. En effet, l'orifice utérin n'est point dilaté; le placenta n'est point engagé dans le col, et il est douteux que ce médicament puisse déterminer des contractions expultrices. L'introduction des doigts dans l'utérus pour en ex-

FEUILLETON.

D'UNE PRÉPARATION ANTIPSORIQUE EMPLOYÉE EN ÉGYPTE;

Par A.-M. HONNORATY.

La fréquence des affections psoriques dans certaines contrées de la France, leurs complications dangereuses quand elles sont invétérées, et leur résistance opiniâtre aux médications usitées, me font considérer comme n'étant pas sans utilité la publication d'une préparation antipsorique usitée en Egypte, offrant le double avantage d'une préparation facile et peu coûteuse, et d'une action rapide, et dont j'ai expérimenté moi-même avec succès l'efficacité sur plus de trois cents malades confiés à mes soins, en ma qualité de chirurgien major des deux navires de la marine égyptienne, frégate la Béhéré et vaisseau le Meheusser (la ville du Caire),

Ces deux navires se trouvaient, depuis plusieurs mois, dépourvus d'officiers de santé européens: pendant ce temps, tous les malades, dont l'état n'avait pas offert assez de gravité pour exiger leur entrée immédiate dans l'hôpital de la marine d'Alexandrie, avaient continué leur service sans recevoir aucun soin; dans ce nombre étaient les galeux.

Une première inspection sanitaire de la moitié de l'équipage de la frégate la Béhéré, m'offrit cinquante-sept cas de gale, la plupart passés à l'état chronique. Quelques jours après, une seconde inspection de la séconde moitié de ce même équipage et de la totalité de celui du vaisseau le Meheusser, accrut ce nombre proportionnellement jusqu'au delà de trois cents.

L'éruption psorique offre, en Egypte, des caractères différens de ceux observés en France: ainsi, l'apparition initiale des boutons psoriques a lieu dans les interstices des doigts et sur la face interne du poignet; ces boutons paraissent stationnaires pendant quelques jours, puis se développent sur toute la surface du corps, principalement sur les épaules, le long de la surface dorsale, surtout sur les parties latérales du ventre, et assez fréquemment sur le visage, contrairement à ce qu'on observe en Europe, où cette partie est rarement atteinte, et dont l'exemple le plus anciennement cité est peut-être celui de cet élève du collége des Jésuites de Rome, dont le visage offrit au père Baldigiani quatre individus de l'*acarus scabiei* qu'il adressa à Bonani, qui en publia la figure et la description.

En outre, les boutons psoriques, considérés individuellement, diffèrent également de ceux observés en Europe: larges à leur base, moins coniques, conservant constamment la couleur naturelle de la peau, sécrétant peu de sérosité, ils ne sont que peu noueux, s'agglomèrent et se confondent promptement en formant de larges lames couvertes d'une écaille d'un gris sale; cette agglomération a lieu principalement sur le ventre, les épaules et le dos; enfin, pour dernière différence, les malades accusent seulement de légères cuissons et démangeaisons; du reste, absence complète de tout désordre intérieur.

J'employai d'abord, dans le traitement de ces malades, les médications internes et externes usitées en France.

Mais je ne tardai pas a m'apercevoir de leur peu d'efficacité, car le nombre des malades allait croissant, par l'excès du nombre des entrées sur celui des guérisons. Je m'informai alors de la nature du traitement suivi sur les autres navires de la flotte, et j'appris que ce traitement, purement externe, était beaucoup plus simple et beaucoup plus rapide.

On commence par imbiber d'huile d'olive ou de toute autre des chiffons de coton ou de chanvre; ces chiffons ainsi imprégnés d'huile, on les tourne autour d'une tige de fer, longue d'un demi-mètre environ, en ayant soin de saupoudrer fortement de fleur de soufre ces linges, à chaque tour qu'on leur fait faire sur la tige et sur eux-mêmes, de manière que leurs surfaces paraissent d'un jaune couleur de soufre. Il est bon d'observer qu'il ne faut pas trop serrer ces linges sur la tige et sur eux-mêmes: la tige doit dépasser de quelques centimètres, à chaque extrémité, le faisceau de linges.

Pour que ce faisceau ne puisse glisser sur la tige, on doit avoir soin de le maintenir à l'aide de quelques tours de fil de fer qui, tout en faisant un réseau autour de ces chiffons, viennent se fixer à la partie supérieure de la tige. Le tout ainsi bien disposé, on place la tige, garnie de linges huilés et soufrés, sous une cheminée qui tire bien; on fait reposer la partie inférieure de la tige dans une capsule de porcelaine ou de toute autre matière, et sa partie supérieure contre l'âtre de la cheminée; ou mieux, si on le peut, on la fixe par le moyen le plus convenable, de manière qu'elle soit dans une position verticale. Toutes ces dispositions prises, on met le feu aux linges. Il arrive quelquefois que la combustion ne se fait pas parfaitement et qu'elle s'arrête: cela tient à ce que chaque tour de chiffons a été trop serré, ou encore à l'abondance de l'acide sulfureux provenant de la combustion du soufre, et qui n'est pas emporté par le courant d'air, si la cheminée ne tire pas parfaitement; il faut alors entretenir cette combustion en présentant de temps en temps des allumettes en ignition. On peut faire cette préparation à l'air libre, et c'est même ainsi que les Arabes opèrent,

Pendant toute cette combustion, il s'écoule de la tige une huile noire qui est celle dont on se sert dans le service de santé de la marine égyptienne pour le traitement de la gale.

L'huile qui coule dans la capsule a une odeur empyreumatique et sulfureuse, une couleur noire, vue en masse; étendue sur du papier, sa couleur est brun foncé, analogue à celle des extraits de gentiane, d'opium, etc.; sa consistance est sirupeuse épaisse. Cette huile surnage l'eau; et elle graisse les mains et les vases, qui n'en sont débarrassés que par le lavage au moyen de l'éther sulfurique, seul et unique dissolvant de cette substance; l'alcool et l'eau ne la dissolvent pas, tant à froid qu'à chaud; elle est sans action sur le papier à réactifs; l'acide nitrique concentré n'agit point sur elle; l'acide sulfurique concentré, mis en contact avec elle, se colore légèrement, et la laisse se précipiter en un magma noir, comme poisseux, et sur lequel l'éther sulfurique n'a presque plus d'action, même en le faisant bouillir sur cette matière ainsi précipitée.

L'ammoniaque liquide, la potasse, la soude caustiques n'agissent pas ou presque pas sur cette huile; seulement, les solutions aqueuses de soude et de potasse caustiques se colorent légèrement et dissolvent une petite quantité de cette substance, par une longue ébullition.

On trouve toujours, dans cette huile un peu de fleurs de soufre en suspension, qui n'est là qu'accidentellement, et qui a échappé à la combustion.

Si on distille, dans une cornue de verre, à une forte chaleur, le produit obtenu de cette combustion, il reste dans la cornue, après la distillation, une masse noire, charbonneuse, équivalente à la moitié environ de la quantité employée et insoluble par l'éther: le produit de la distillation est de couleur jaune, pas trop foncée; par le refroidissement, elle se prend en une masse de consistance butireuse, qui se liquéfie à une chaleur de quinze à vingt degrés.

L'odeur de ce corps distillé est forte, pénétrante, très désagréable, piquante au nez, cuisante aux yeux, comparable à l'huile animale de Dippel, quoique l'odeur de cette dernière soit moins désagréable. Il rougit fortement le papier à réactif; l'éther sulfurique le dissout encore fort bien; l'alcool le dissout en partie, par l'ébullition soutenue; il est entièrement insoluble dans l'eau

traire le placenta est chose tout à fait impossible, car l'utérus est très élevé : il faudrait pour y parvenir introduire la main toute entière dans le vagin ; mais alors force serait à l'accoucheur d'exercer des violences sur le col, car celui-ci est fortement contracté, et peut-être ne pourrait-on pas parvenir à vaincre sa résistance. Et puis, comment pénétrer dans la cavité de l'utérus, qui n'a été développé que par une grossesse de trois mois? Cette manœuvre compromettrait ultérieurement la santé de la femme; et serait plus préjudiciable à celle-ci que le séjour du placenta dans l'utérus. Peut-être que le placenta sera spontanément expulsé ; c'est pourquoi il vaut mieux attendre. Il est vrai qu'en prenant ce parti l'on s'expose à quelques chances fâcheuses. Ainsi, le placenta, s'il reste dans la cavité utérine, expose la femme à une hémorrhagie, ou si cet accident n'a pas lieu, la présence de ce corps étranger dans l'utérus exercera sur cet organe une action irritante, et déterminera une métrite d'autant plus sérieuse, que la cause sous l'influence de laquelle cette affection se sera manifestée n'aura pas cessé d'agir. Il pourra se faire encore que le placenta se putréfie, et que, par suite de la résorption des produits de cette putréfaction, toute l'économie se trouve infectée. Malgré ces chances fâcheuses, mais peu probables, attendre serait, dans cette circonstance, le meilleur parti à prendre.

— Le placenta n'a été expulsé que le 10 mai à une heure du matin; il a pu, par conséquent, séjourner dans la cavité utérine pendant plusieurs jours sans déterminer le moindre accident. La conduite du professeur se trouve ainsi pleinement justifiée par l'événement.

Cette femme voulut se lever huit jours après son accident, et il lui arriva ce qui arrive souvent en semblable occasion aux femmes qui veulent trop tôt vaquer à leurs occupations : elle fut prise d'une perte assez abondante qui la força à se remettre au lit. La plupart des femmes attachent trop peu d'importance à un avortement, et c'est surtout chez les femmes du peuple que cette indifférence s'observe ; parce que le ventre n'est point volumineux, que les seins ne se gonflent point, qu'en un mot bien des modifications organiques que l'on observe dans un accouchement à terme manquent ici, elles pensent qu'elles ont bien moins d'accidens à craindre, et elles se trompent.

Comment peut il se faire, lorsque l'utérus a acquis un développement aussi peu considérable, que les métrorrhagies soient plus communes qu'après l'accouchement à terme? C'est ce qu'il est difficile de dire : serait-ce, dit M. Dubois, que l'appareil vasculaire de l'utérus est alors plus développé, qu'il existe à cette époque entre cet organe et à la membrane caduque de petites artérioles qui, plus tard, doivent disparaître?

Les femmes qui après une fausse couche se lèvent et marchent trop tôt, s'exposent non seulement à une métrorrhagie, mais encore à des affections chroniques de l'utérus; affections difficilement curables.

Accouchement. Fœtus mort.

Au n° 26 est une femme récemment accouchée d'un enfant mort et qui avait déjà subi un commencement de putréfaction. Le cordon ombilical présentait ici une tumeur que M. Depaul tout d'abord crut devoir rapporter à une rupture de la veine ombilicale. M. Deneux cite, en effet, un cas de rupture d'un des vaisseaux du cordon, qui donna lieu à un épanchement de sang dans le tissu même du cordon. Le sang, en se coagulant, avait formé autour des vaisseaux ombilicaux une sorte de virole qui, comprimant ceux-ci, gênait la circulation fœtale. L'enfant était mort, et c'est à l'altération qu'il avait constatée que M. Deneux rapporta cet accident. Mais en examinant la tumeur, M. Depaul reconnut qu'elle n'était formée que par une dilatation d'un des vaisseaux du cordon ; il n'est pas probable que la mort du fœtus soit due ici à cette altération organique.

Si l'on s'en rapportait au dire de cette femme, elle a été saignée quelque temps avant son entrée, et à partir de ce moment elle a senti diminuer graduellement les mouvemens de son enfant. Ceci n'est pas sans exemple. Il y a quelque temps, en effet, il y avait au n° 5 une femme atteinte d'un catarrhe assez intense pour lequel on lui pratiqua une saignée, pendant laquelle elle tomba en syncope : depuis ce moment elle cessa de percevoir les mouvemens de son enfant, et bientôt elle accoucha d'un enfant mort.

Chez la femme du n° 26, il ne paraît pas rationnel d'attribuer à la saignée qu'on lui a faite la mort du fœtus, car elle n'a point éprouvé de syncope, il n'y a point eu de trouble notable dans la circulation ; il est probable qu'il existait chez elle quelque trouble fonctionnel de l'utérus. Le placenta, du reste, était parfaitement intact.

Accouchement. Enfant chétif. Apoplexie du placenta.

Une femme se disant à terme, est accouchée, il y a quelques jours, d'un enfant qui ne pesait que quatre livres ; par conséquent le développement de cet enfant ne paraît pas en rapport avec le temps qu'il a passé dans la cavité utérine. Cependant une circonstance vient à l'appui des paroles de cette femme : le placenta présente quelques épanchemens sanguins, sorte d'altération plusieurs fois constatée à la Clinique depuis quelque temps. L'on se rappelle que dans tous les cas de ce genre, cette lésion du placenta coïncidait avec un défaut de développement du fœtus. Il est très probable que dans le cas présent il en est de même.

Paraplégie. Grossesse.

La femme paralytique, dont M. P. Dubois a parlé dans une de ses précédentes leçons, a passé le terme de sa grossesse ; elle ne s'est exposée, dit-elle, à devenir enceinte que le 1er du mois d'août, par conséquent elle aurait dû accoucher le 1er mai. Depuis ce jour elle a bien éprouvé quelques contractions qui paraissent se rapporter à l'utérus, bien qu'inefficaces et se ralentissant au point d'être au moment de se suspendre. Dans de semblables circonstances il ne faut pas se hâter de conclure, car cette femme peut se tromper sur l'époque où elle est devenue enceinte. En effet, son mari, questionné à ce sujet, est venu dire qu'il avait eu avec sa femme des rapports à une époque postérieure à celle qu'elle indique, que par conséquent son assertion était dénuée de tout fondement.

— Chez cette femme, souffrante depuis quelque temps, les douleurs sont devenues régulières le 16 mai, et le travail a commencé alors. La dilatation de l'orifice de l'utérus s'est faite assez rapidement ; le toucher ne permit pas de bien constater la position de l'enfant, placé qu'il était au détroit supérieur. M. P. Dubois cependant crut à une présentation de l'extrémité pelvienne, et l'évènement vint justifier cette opinion. Les pieds ne tardèrent pas à s'engager dans le bassin ; les douleurs étaient vives, aiguës et paraissaient se rapporter à l'utérus et non aux muscles abdominaux qui n'étaient le siége d'aucunes contractions. Les pieds, une fois la vulve franchie, restèrent sans avancer ; quelques tractions suffirent pour amener les aisselles jusqu'aux parties externes de la génération ; les bras furent alors dégagés : les contractions des muscles abdominaux étaient nulles. La tête, arrivée dans l'excavation du bassin, s'y arrêtèrent, car les contractions utérines étaient sans action sur elle. M. P. Dubois fit relever le corps du fœtus et procéda à l'application du forceps, moyen à l'aide duquel on put, avec la plus grande facilité, terminer l'accouchement.

Dans le cas de présentation des extrémités inférieures, quand la tête reste engagée dans le bassin (celui-ci n'étant le siége d'aucune difformité), l'application du forceps est un excellent moyen.

L'enfant est bien développé, la tête est volumineuse et présente un diamètre transversal de 3 pouces 10 lignes : il a respiré aussitôt après la naissance.

Cette femme est bien, malgré un peu de fréquence du pouls, circonstance qui, vu l'épidémie régnante, pourrait donner quelques inquiétudes.

Déformation du bassin. Sortie du cordon. Mort du fœtus. Accouchement naturel. Fièvre puerpérale.

Le vendredi, 14 mai, il y avait dans la salle des accouchemens une femme dont la situation présentait le plus grand intérêt. En travail depuis la veille au matin, les membranes s'étaient rompues dans la soirée, et quelque temps après cette rupture la sage-femme qui lui donnait des soins s'aperçut que quelque chose sortait par la vulve.

Le 14 au matin, un médecin fut appelé, qui, reconnaissant la sortie du cordon ombilical à travers les parties génitales, fit quelques tentatives de réduction qui demeurèrent infructueuses ; il engagea aussitôt cette femme à se faire transporter dans le service de M. P. Dubois.

A son arrivée à la salle des accouchemens, le cordon était froid, il n'offrait plus que quelques pulsations faibles et intermittentes séparées par de longs intervalles ; l'orifice utérin n'était point dilaté. M. Depaul tenta, à l'aide d'un instrument destiné à cela, la réduction du cordon ; mais il échoua, et ne put parvenir à le faire rentrer qu'avec la main ; mais alors les pulsations avaient complètement cessé. L'enfant avait succombé à une compression du cordon ombilical, non pas contre les os du bassin, et la tête du fœtus, mais bien entre celle-ci et l'orifice non dilaté de l'utérus. Cependant, dans le cas de déformation du bassin (et cette déformation existe chez cette femme), c'est ordinairement entre la tête du fœtus et les os, que la compression s'exerce. L'exposition du cordon ombilical à l'action du froid avait été la cause du ralentissement de la circulation, circonstance qui plaçait l'enfant dans des conditions fâcheuses.

Le bassin, chez cette femme, est donc mal conformé ; et le vice de conformation porte dans son diamètre antéro-postérieur. Dans les cas ordinaires, lorsque les diamètres du bassin présentent l'étendue qu'ils doivent avoir normalement, la tête s'engage dès le début du travail dans la filière du bassin, et présente ainsi un obstacle à la sortie du cordon ombilical ; mais lorsque le bassin est mal conformé, la tête, malgré les contractions utérines, reste au détroit supérieur ; dans ce cas le cordon trouve le passage libre et fait procidence. En sorte que la sortie du cordon ombilical peut faire présager à l'accoucheur une confor-

---

Les acides nitrique, sulfurique, et les alcalis, faibles et concentrés, n'ont aucune action sur lui.

Je pense que ce produit de la distillation n'est qu'un produit pyrogéné, provenant de la décomposition de l'huile antipsorique par le fort degré de chaleur nécessaire pour opérer la distillation.

Le mode d'emploi de ce médicament consiste à en enduire un peu de coton, ou de laine, ou de charpie, et à en frotter les parties malades, de manière à les couvrir d'une légère couche de la préparation ; puis le malade s'étend nu, au soleil, sur le sable ou sur tout autre corps, pendant environ deux heures, en ayant soin de présenter successivement à l'insolation chaque partie frictionnée ; ensuite, il prend un bain assez chaud, ou mieux, un bain de vapeurs aqueuses, et il se savonne pour enlever autant que possible le topique, qui est emporté par le massage et par le frottement de frottoirs faits avec le stype de palmier, qui servent à ce savonnage.

La friction, l'exposition solaire et le bain se renouvellent tous les deux jours jusqu'à guérison ; mais l'on pourrait, au besoin, suivre un traitement journalier.

Grâce a l'emploi unique de ce topique, et sans user d'aucun autre remède interne ou externe, j'ai constamment réussi à guérir la gale, même invétérée, après six à huit frictions, environ douze ou quinze jours de traitement.

Cette préparation produit sans doute la guérison de la gale en tuant l'acarus scabiei, artisan des boutons psoriques ; et alors les plaies résultant de ces boutons se cicatrisent naturellement : *sublatâ causâ, tollitur effectus*. Seulement, l'action du topique en question est plus prompte que celle des autres médicamens sulfureux usités en France, parce qu'elle est, sans doute, plus énergique.

Je pense que l'acarus scabiei, tout en étant le metteur en œuvre de l'éruption psorique, a besoin de trouver la matière première de son élaboration et de sa multiplication, dans une prédisposition morbide, une idiosyncrasie, une certaine affinité spéciale de l'organisation et, surtout, la négligence des soins de propreté.

Or, la presque totalité des galeux confiés à mes soins appartenait à la population arabe, étrangère à toute habitude hygiénique. Généralement, les Arabes n'ont qu'un seul vêtement, qu'ils ne quittent jamais, même pendant le sommeil ; leurs habitations, à demi souterraines, construites en terre noire mélangée de fiente de chameau, sont tellement basses qu'on ne peut s'y tenir droit, et tellement entassées qu'elles laissent à peine cheminer entre elles sans se heurter à droite ou à gauche. L'intérieur de ces cabanes reçoit le jour seulement par la porte, et n'offre, pour tout ameublement, qu'une natte de feuilles de palmier, qu'ils étendent sur le sol pendant la nuit pour dormir, et sur le toit pendant le jour, pour amortir la chaleur pénétrante du soleil ; quelques guenilles, quelques ustensiles de cuisine, relégués dans l'un des quatre coins, où se trouve un cendrier sur lequel on fait cuire les alimens avec des mottes composées d'un mélange de fiente de chameau et de débris de paille.

Au contraire, la gale se rencontre rarement dans la population turque, même parmi les officiers turcs de la marine égyptienne, que la nature de leur service met en contact journalier avec leurs matelots arabes, sans précautions de leur part ; mais, aussi, l'aisance de ces officiers turcs leur permet d'observer les règles les plus générales de l'hygiène. Enfin, la gale est encore plus rare dans la population franque d'Alexandrie, placée dans des conditions hygiéniques plus satisfaisantes encore.

L'objection la plus forte contre l'emploi de cette médication serait l'impossibilité de soumettre les malades à l'exposition solaire usitée en Egypte ; mais une pratique multipliée m'a prouvé que cette exposition solaire n'était point une condition essentielle de la guérison, puisqu'il arrivait fréquemment que certains malades, se trouvant retenus à bord par les besoins de service, pendant les heures qui suivaient la friction, allaient prendre leur bain sans exposition solaire préalable, sans que pourtant cette circonstance ralentît la marche de la guérison.

Ce n'est pas que je nie l'efficacité de cette exposition qui, en fluidifiant le topique, facilite son introduction dans les points habités par les acarus ; seulement, je pense que le même effet peut être obtenu à l'aide de la chaleur développée par tout autre moyen ; par exemple, à l'aide de vêtemens convenables, ou, mieux encore, en faisant faire une friction aux malades le soir, avant leur coucher ; ici la chaleur du lit produirait sans doute à peu près les mêmes effets que le soleil d'Egypte, et le matin chaque malade prendrait un bain assez chaud, où il ne manquerait pas de se savonner (sans expliquer précisément l'effet de ce savonnage, je ne le crois pas étranger à la guérison). Les linges des malades, tachés par cette huile, sont difficilement blanchis, même après avoir subi le lessivage. Dans les hôpitaux, on pourrait avoir des chemises et des draps de lits affectés seulement aux salles des galeux, comme on en a pour les salles des vénériens.

Lorsque la peau est rubéfiée et lacérée par les ongles, il est à propos d'étendre le topique d'un tiers de son volume d'huile d'olive ou de toute autre, pour en adoucir l'impression sur les parties malades : on n'a pas à craindre de neutraliser la propriété antipsorique, puisque déja Deipech avait obtenu des guérisons de gale par de simples onctions d'huile d'olive, et que l'huile de noix mêlée de soufre est un antipsorique populaire dans l'ancienne province de Rouergue.....

J'ajouterai que ce médicameut m'a procuré la guérison, en Egypte, de quelques cas de teigne, et surtout d'un cas de teigne amianthacée fort remarquable.

Je terminerai par cette indication, que dans l'Archipel et en Egypte, on se sert de goudron pour le traitement de la gale du chameau, en étendant avec un pinceau en laine une couche de goudron sur toutes les parties malades.

— Un concours sera ouvert le 16 août prochain devant la Faculté de médecine de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans cette Faculté par la nomination de M. Blandin à la chaire d'opérations et d'appareils.

— La dernière séance de l'Académie des sciences a été interrompue pendant quelques instans par un événement qui aurait pu avoir les suites les plus déplorables. Des cris de détresse ayant été entendus dans la cour de l'Institut, conjointement à un bruit de chute de planches, tout le monde a compris qu'un des maçons qui travaillent sur le bâtiment de la Bibliothèque venait de tomber de l'échafaudage. La section de chirurgie, et une foule d'autres chirurgiens et de personnes présentes à la séance, ainsi que M. le président de l'Académie sont accourus auprès du blessé. Heureusement il n'a rien offert de très grave ; une seule plaie saignante au front, peu importante, est la seule lésion qu'il a présentée. M. Roux l'a de suite adressé dans son service à l'Hôtel-Dieu.

---

mation vicieuse du bassin, de même que dans cette circonstance, l'on peut, avec raison, penser que la tête se trouve située au détroit supérieur.

Cette femme en est à sa troisième grossesse: une première fois elle est accouchée à huit mois d'un enfant mort; à sa deuxième grossesse la délivrance fut difficile, l'enfant vint par les pieds; et, comme dans la première grossesse, il avait cessé de vivre. Cette fois l'enfant est mort pendant le travail, et il y a tout lieu de penser que sans les accidens qui sont survenus, cet enfant serait né vivant. La terminaison des deux premières grossesses, jointe à la circonstance de difformité du bassin, avait fait croire à M. Dubois que le troisième accouchement serait impossible; il ne s'est opéré, en effet, naturellement qu'à cause de la réductibilité et de la mollesse de la tête, réductibilité telle, que la tête ne présentait que trois pouces et demi dans son diamètre occipito-frontal, et il est probable que pendant le travail ce diamètre n'était que de trois pouces seulement.

Dans la pensée que cet accouchement serait impossible, M. P. Dubois avait immédiatement pris un parti, celui de perforer le crâne, se proposant de laisser aux contractions utérines le soin de faire sortir la masse cérébrale et de déterminer ensuite l'expulsion du fœtus, l'application du céphalotribe ne paraissant point nécessaire au professeur. Mais cette opération, M. Dubois ne l'aurait pratiquée, que lorsqu'il aurait été certain de l'inefficacité des contractions.

L'enfant aurait pu naître vivant, la compression dont la tête fut le siége n'étant point de nature à compromettre ses jours; et, ce cas échéant, l'on aurait pu voir combien est dangereux le conseil donné par madame Lachapelle, de faire la version dans les difformités du bassin. Cette dame prétend qu'en faisant passer la tête après le tronc à travers la déformation, quand celle-ci n'est pas très considérable, l'accouchement se termine plus facilement que si on laisse la tête passer la première en abandonnant aux contractions utérines le soin de lui faire franchir ce détroit. Mais les exemples qu'elle cite à l'appui de ce conseil ne sont pas de nature à entraîner la conviction; la mensuration du bassin y est faite, en effet, avec peu d'attention.

Suivant l'opinion de M. P. Dubois, il est infiniment plus désirable de voir la tête se présenter d'abord. Dans ce cas, des efforts considérables pour malaxer la tête peuvent être exercés par les contractions utérines, et tout cela se faire dans des conditions qui n'excluent pas l'entretien de la vie chez le fœtus, préservé qu'il est par les eaux de l'amnios. Et si, pendant la durée des contractions, la circulation fœtale se trouve suspendue, celle-ci reprend son cours aussitôt la douleur passée; cette circonstance est on ne peut plus favorable. Si l'on suppose maintenant une présentation par les pieds, il faudra que la tête subisse les mêmes modifications que dans le cas précédent; mais alors le tronc se trouvant avoir franchi la vulve, les mêmes conditions n'existent plus; la circulation se trouve gênée, ralentie et retardée, et peut même se supprimer complètement. A ces causes de mort, il faut ajouter les tractions que l'on opère sur le tronc. Le conseil donné par madame Lachapelle est donc dangereux.

On est étonné tout d'abord que la tête puisse traverser un bassin présentant un diamètre de trois pouces; mais ce fait n'est pas sans exemple. Un cas de ce genre s'est présenté il y a quelque temps à l'observation de M. Dubois, à la Maternité; il y a quelques jours, ce professeur eut à examiner, dans le même établissement, une femme qui se trouvait dans les mêmes conditions. Mais il faut bien se rappeler que ce sont là des cas tout à fait exceptionnels; qu'ordinairement, une femme qui présente une semblable conformation du bassin ne saurait accoucher naturellement. Dans de semblables circonstances, l'application du forceps est impossible, raison qui porte l'accoucheur à attendre; l'expectation ici est le meilleur moyen qui puisse éclairer l'accoucheur sur la possibilité ou l'impossibilité de l'accouchement naturel.

Le 15 mai, cette femme fut prise de frissons, de douleurs abdominales légères, et avec cela, il survint une fièvre assez vive. Dès le 16 on observa une prostration bien grande, et l'altération de la face; une fièvre très intense avec faiblesse, fréquence et dépressibilité du pouls. Il y avait aussi de la diarrhée, et rien n'annonçait que le ventre fût le point de départ de tous ces accidens; l'utérus était sensible à l'œil et à la main, l'abdomen nullement ballonné. Dès ce moment, l'état de cette femme fut regardé comme désespéré, et tous les moyens auxquels on pourrait recourir devaient rester sans succès. Suivant toutes les probabilités, elle ne tardera pas à succomber.

Si la mort survient promptement, l'autopsie n'apprendra rien; si au contraire cette femme peut vivre quelques jours encore, on trouvera peut-être un peu de sérosité sanguinolente dans le péritoine sans épanchement purulent, une légère infiltration de pus entre l'utérus et la partie du péritoine qui le recouvre, lésions trop peu importantes pour pouvoir expliquer la terminaison fatale. Par conséquent, la mort, dans de semblables circonstances, est l'effet d'une cause qui échappe à tous les moyens d'investigation.

Les faits de ce genre commencent à se multiplier dans les salles de la Clinique. Au n° 22 est une autre femme qui fut prise, il y a peu de jours, de douleurs abdominales qu'il était difficile de limiter, et pour lesquelles on fit une application de sangsues et des frictions mercurielles sur le ventre, mais sans aucun succès. Aujourd'hui cette femme présente la même prostration, la même altération de la face que la malade dont il vient d'être question. Chez celle-ci, le pouls est fréquent et dépressible, et son état inspire à M. Dubois de grandes inquiétudes.

Ainsi l'établissement de la clinique, qui jusqu'à ce jour avait échappé à l'épidémie de fièvres puerpérales, subit aujourd'hui son influence; voilà déjà plusieurs femmes qui succombent à cette épouvantable maladie. Où cela s'arrêtera-t-il? C'est ce que personne ne peut prévoir. A la Maternité, on a perdu en quelques jours soixante femmes! Quelques-unes d'entre elles, prises le matin, avaient cessé de vivre le soir.

M. le professeur P. Dubois croit voir en ville l'influence de ces mêmes agens morbides sur une dame à laquelle il donne depuis plusieurs années des soins pour une affection chronique (sub-inflammatoire) de l'utérus qui s'accompagne d'une assez large ulcération du col. Cette dernière lésion avait été traitée par la cautérisation, mais sans succès, entretenue qu'elle est par un écoulement de mucosités qui se faisait de l'intérieur de la matrice. Quelques voyages aux eaux, l'air de la campagne, l'avaient avantageusement modifié, et, de retour à Paris, cette dame avait été soumise à l'usage de l'alun à l'intérieur; quelques légères cautérisations furent pratiquées de nouveau.

Elle était un peu plus souffrante depuis quelque temps, quand tout-à-coup elle fut prise, il y a quelques jours, de douleurs qui présentent à peu près le caractère d'une métro-péritonite avec altération de la face, vomissemens verdâtres, ténesmes. Quoique ces accidens soient très graves, cependant M. P. Dubois ne pense pas qu'ils doivent l'être autant que chez les femmes en couches; l'état puerpéral est une fâcheuse complication, qui ne se rencontre pas chez la dame dont il est ici question, et en raison de cela il croit à quelques chances de guérison. Il y a eu déjà chez cette dame un peu de rémission dans les symptômes; cette circonstance doit donner quelque espoir.

Syphilis pendant la grossesse. Traitement par les mercuriaux. Mort du fœtus.

La femme couchée au n° 27 des salles vient d'accoucher d'un enfant en état de putréfaction (cette putréfaction ne se fait pas dans l'utérus comme à l'air libre, où tout corps organique en décomposition exhale une odeur infecte, ce qui n'a pas lieu dans le premier cas). Cette femme était atteinte d'une affection syphilitique dont elle présente encore quelques traces. Elle est entrée à l'hôpital de Lourcine au sixième mois de sa grossesse, et a été soumise à un traitement par les mercuriaux qui a déterminé chez elle la salivation. A cause de cette dernière circonstance le traitement a été suspendu. A quelque temps de là, cette femme a cessé de sentir les mouvemens de son enfant; néanmoins elle est accouchée à terme, c'est-à-dire au neuvième mois de sa grossesse.

Qu'une femme atteinte de syphilis accouche d'un enfant mort, c'est chose assez ordinaire; c'est même à cette circonstance qu'il faut rapporter la cause de la plupart des fausses couches. Ainsi la syphilis tue l'enfant dans le sein de sa mère. Mais ici se présente une question: cette femme, atteinte de symptômes vénériens pendant sa grossesse, est mise à l'usage des mercuriaux: or, il reste à déterminer si c'est à la vérole qu'il faut attribuer la mort de l'enfant, ou bien au traitement employé pour remédier à cette affection? Cette question vient d'être résolue par M. Huguet dans ce dernier sens, c'est-à-dire que ce médecin regarde le traitement de la syphilis par le mercure administré à l'intérieur comme cause de la mort du fœtus dans un grand nombre de cas, et non la syphilis ellemême.

Telle n'est pas l'opinion de M. P. Dubois; les cas de ce genre sont communs, mais il est difficile de savoir si la mort de l'enfant dépend de la syphilis ou du traitement dirigé contre cette maladie. Quoi qu'il en soit, cette femme du n° 27 reste avec des symptômes de vérole dont il faudra la débarrasser plus tard.

Application du forceps chez une femme très impressionnable.

Parmi les femmes en travail, les unes expriment une vive douleur et souffrent peu en réalité; les autres paraissent éprouver de grandes souffrances, et souffrent en effet beaucoup; chez celles-ci, ces douleurs plus vives dépendent de leur impressionnabilité plus grande. Ces femmes, dans un temps d'épidémie de fièvre puerpérale comme celle qui sévit en ce moment, sont plus que les premières disposées à subir l'influence épidémique. Il faut, dans ces circonstances, quand l'accouchement paraît ne pas marcher rapidement, recourir à l'application du forceps.

Le 16 mai, dans la journée, M. Depaul fut appelé à la salle d'accouchemens pour une femme qui souffrait considérablement depuis le commencement des premières contractions; bientôt celles-ci devinrent plus énergiques et les membranes se rompirent. A partir de ce moment les douleurs s'apaisèrent un peu, et le travail se ralentit notablement. La tête était restée au détroit supérieur, et l'orifice, qui était assez dilaté avant la rupture de la poche des eaux, revint un peu sur lui-même aussitôt le liquide amniotique écoulé; en sorte que l'accoucheur qui aurait touché cette femme quelques instans auparavant, eût été tout étonné de trouver le col moins dilaté. Cependant bientôt la tête, appuyant sur l'orifice, celui-ci ne tarda pas à présenter le degré de dilatation suffisant pour laisser passer la tête. Mais le travail s'était ralenti, les douleurs étaient moins énergiques. Dans cette circonstance, M. Depaul procéda, d'après le conseil de M. P. Dubois, à l'application du forceps pour terminer l'accouchement, application du forceps qui n'offrit rien de particulier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 6 juillet 1841.

Intoxication arsenicale. — *M. Caventou* fait un rapport au nom d'une commission composée de MM. Husson, *Pelletier*, Chevallier, Adelon et lui, sur un travail de MM. Danger et Flandin, concernant l'empoisonnement par l'arsenic considéré sous le point de vue médico-légal; nous avons publié dans le temps ce mémoire. Nous nous proposons de publier également en entier le rapport de la commission.

Après un discours de M. Gerdy, la discussion ayant été renvoyée à la prochaine séance, nous croyons devoir renvoyer aussi notre compte-rendu, afin que nos lecteurs aient sous les yeux en même temps le rapport et la discussion dans une question aussi importante.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 3 juin 1841.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — 1° Lettre de M. Belhomme, dans laquelle il invite les membres de la Société à assister à ses conférences sur les fonctions nerveuses en général et les maladies mentales.

2° Exemplaire d'un mémoire sur l'eau de Seltz naturelle.

3° Envoi du troisième numéro de la Gazette de Montpellier.

4° M. Chéneau fait hommage à la Société du mémoire qu'il a composé sur la phthisie pulmonaire. (Remercîmens.)

— *M. Serrurier*: « Nous avons entendu avec le plus vif intérêt la lecture du mémoire de notre honorable confrère, le docteur Tanchou, sur le cancer. La discussion à laquelle il a donné lieu a prouvé, à la plupart d'entre nous, qu'il est de ces questions que le temps ne peut épuiser, et qu'elles se présentent chaque jour à nos pensées comme dignes de nos plus sérieuses méditations. »

M. Serrurier fait suivre ce préambule de réflexions sur les doctrines émises dans le mémoire de M. Tanchou. Il ne croit pas, ainsi que le pense son docte confrère, que le cancer reparaisse toujours après l'opération. Il cite, à l'appui de son opinion, l'exemple de trois de ses malades chez lesquelles on a pratiqué, il y a une vingtaine d'années, l'extirpation de glandes squirrheuses, sans qu'il y ait eu récidive. Chez ces malades cependant, le développement rapide des tumeurs, leurs bosselures, les douleurs lancinantes qui s'y faisaient sentir ne pouvaient laisser aucun doute sur leur nature cancéreuse, et sur la nécessité d'en débarrasser au plus tôt l'économie.

Une question non moins importante soulevée par M. Tanchou, est celle de l'hérédité. M. Serrurier, sans rejeter ou admettre l'opinion des anciens qui croyaient à la transmission d'un virus par la voie de la génération, voit l'explication naturelle de cette hérédité dans la ressemblance d'organisation que les enfans tiennent de leurs parens. Il en résulte, dit-il, qu'arrivés aux mêmes époques de la vie, et soumis aux mêmes influences, ils doivent subir des altérations semblables à celles qu'ont subies leurs parens.

Ici les exemples ne manquent point; mais un des plus remarquables est celui de quatre sœurs, dont une seule a échappé à ce terrible fléau. La première porte au sein un cancer inopérable; la seconde succombe sous les progrès d'un cancer utérin; et la troisième, rachitique, offre un engorgement douloureux des glandes axillaires et inguinales. Ces trois sœurs présentent les caractères les plus tranchés du tempérament lymphatique, d'où notre confrère tire cette conclusion pratique, que pour prévenir les maladies héréditaires, on ne saurait s'y prendre trop tôt pour modifier les constitutions qui y disposent.

Déjà même la fille d'une de ces malheureuses sœurs, de celle qui porte un cancer au sein, présente un engorgement bossué et douloureux des mamelles. Jusqu'à ce jour la maladie est restée stationnaire; mais, fait observer M. Serrurier, ne dépassera-t-elle pas un jour les limites dans lesquelles l'art s'efforce de la contenir?

M. Serrurier admet, avec M. Tanchou, que l'influence nerveuse est une des causes essentielles du cancer; mais il nie que cette théorie soit nouvelle. Elle est consignée, dit-il, dans les écrits de Pouteau, dans ceux de Bénec, de l'hôpital de Lyon, qui vivait en 1767. C'était l'opinion de A. Dubois, opinion qu'on retrouve dans ce corollaire de son élève le docteur Patrix: « que le cancer réside dans le système nerveux. Enfin, en 1815, dans sa thèse inaugurale, M. Sarat a soutenu « que la diathèse cancéreuse, quelle que soit sa nature, est liée avec celle des maladies nerveuses. »

Notre confrère ajoute, en terminant, qu'il attend avec impatience que M. Tanchou réalise ses promesses, et nous fasse connaître les moyens employés par lui contre cette funeste maladie; mais que jusqu'à présent il a pensé, avec Pouteau, que lorsque le cancer est causé par une violence extérieure il y a lieu d'espérer, si toutefois on opère de bonne heure; et il proteste qu'il se croirait coupable s'il négligeait le traitement secondaire propre à combattre une des influences constitutionnelles dont il a déjà parlé.

M. Tanchou, après avoir remercié M. Serrurier de la bienveillance qu'il a montrée dans la discussion, ajoute que selon lui on traite beaucoup trop chirurgicalement la maladie dont il est question: qu'une femme se présente pour consulter, la réponse sera, pour peu qu'elle porte un cancer à l'état d'embryon, qu'il faut abattre le sein; que rien n'est cependant plus difficile que de constater si une tumeur est cancéreuse ou non; que celles dont parle M. Serrurier seraient peut-être demeurées stationnaires, si on ne les eût enlevées; qu'il n'y a donc rien à conclure de ces exemples; qu'il y a dix ou douze ans, une femme, connue précisément de son confrère, vint le trouver pour une tumeur qu'elle portait au sein: sa première pensée fut de l'opérer, mais après avoir essayé, sur son refus, de la guérir au moyen de la compression, cette tumeur lancinante et de la grosseur d'un œuf fut réduite au volume d'une noix; ne pouvant plus la saisir, il l'abandonna à elle-même, et cette dame jouit aujourd'hui d'une santé excellente.

J'ai obtenu le même succès, ajoute M. Tanchou, il y a dix ans, chez une maîtresse de pension; et, en ce moment, je traite à mon dispensaire une dame sur laquelle je tente la compression aidée de cataplasmes de jusquiame et de belladone: j'ai réduit, si je puis m'exprimer ainsi, la tumeur au silence. Peut être, par un traitement semblable, eût-on obtenu un résultat pareil chez les deux femmes dont parle M. Serrurier.

M. Serrurier. On avait déjà sans succès essayé d'une foule de moyens.

M. Tanchou. Ce qui me confirme dans mes présomptions,

c'est que chez aucun des membres de la famille dont il est parlé, les glandes prétendues squirrheuses ne sont devenues de vrais cancers. Quant à l'hérédité, je suis d'avis qu'elle ne se transmet point par virus, mais par une disposition constitutionnelle. Enfin je ne saurais trop répéter qu'on n'a point assez tiré parti de cette idée que si le cancer est une modification du système nerveux, il faut chercher un modificateur.

M. Sorlin admet l'hérédité non comme une condition nécessaire, mais comme un fait qu'on peut accorder. Quant à la cause qu'on place dans le système nerveux, il pense que ce système intervient dans tous nos actes; que beaucoup de maladies, celles du cœur, par exemple, commencent par être nerveuses, mais que s'il survient, par suite de la modification de ce système, une altération dans la nutrition, il est alors difficile de pouvoir remédier à ce changement de forme, à cette cachexie.

M. Souberbielle est d'avis que dans le squirrhe, le cancer, les ulcères cancéreux, toute médication intérieure est inutile.

M. Belhomme. En fait d'hérédité, j'accorderai tout ce qu'on voudra, car j'ai souvent sous les yeux un genre de maladies qui en démontre l'existence. On reçoit de ses parens en naissant des traits ressemblans aux leurs, et par la même voie la disposition aux mêmes maladies.

Je crois la disposition au cancer incontestable, mais je ne pense point qu'il existe un virus, ni aucune transmission virulente semblable à celle, par exemple, qui se manifeste par des pustules syphilitiques chez les enfans nés de parens vérolés.

On ne saurait tenir trop de compte du système nerveux, base de toutes nos fonctions organiques; en agissant sur lui, on peut prévenir les phénomènes qui amènent le cancer.

M. Nauche. Le grand point est de guérir, et dans tous les temps on a regardé cette maladie comme incurable. M. Cruveilhier a imprimé que du moment qu'il y a squirrhe, jamais cette maladie ne rétrograde. Cette doctrine prévaut dans toutes les classes de médecins et de chirurgiens distingués: chacun croit que le cancer est de toute incurabilité, et cependant j'ai guéri des cancers si bien reconnus pour tels par Boyer, qu'il voulait les opérer.

J'ai traité avec succès, il y a vingt ans, une dame que M. Deneux se proposait d'opérer. Je ne fus informé qu'après la cure de cette particularité.

J'ai guéri par le bichromate de potasse et les sucs de carottes et de ciguë, une dame qui portait au sein une tumeur ulcérée que Dubois voulait opérer. Chaque année, à la même époque, le sein s'engorgeait et j'étais obligé de combattre ces nouveaux accidens par les mêmes moyens. Depuis trois ans la guérison en est complète et assurée.

M. Rouvin. Etait-ce un vrai cancer?

M. Fouquier. C'est un fait des plus contestables.

M. Nauche. En ce moment j'obtiens de bons effets de l'emploi d'un nouveau moyen sur un cancer ulcéré, exhalant une odeur épouvantable. Ce cancer a été soigné par M. Blandin. Ce médicament est le muriate d'étain dont je fais dissoudre deux centigrammes et demi dans cinq cents grammes d'eau. Chaque jour j'en donne une cuillerée à bouche à la malade. J'arrose aussi la plaie avec cette liqueur et je la panse avec des compresses qui en sont imbibées. Si je veux éviter les envies de vomir j'incorpore cinq ou dix centigrammes de ce même médicament à trente-deux grammes d'axonge, je fais diviser en huit paquets, un paquet est employé chaque jour en friction sur les jambes ou les cuisses.

J'emploie aussi, et ceci m'est commun avec beaucoup d'autres praticiens, l'iodure de potassium. Il n'est point d'erreur plus préjudiciable aux femmes que celle qui consacre l'incurabilité du cancer.

M. Duperthuis parle d'un malade dont la cuisse s'est trouvée prise sous la roue d'une charrette, le fémur a été rompu à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, et bien que cinq mois se soient écoulés, et que le blessé ait paru dans les conditions les plus favorables à la guérison, la consolidation ne s'est point faite. M. Duperthuis se demande si on ne doit pas s'en prendre à la difficulté de maintenir le fémur sur un plan horizontal, et s'il ne serait pas mieux de maintenir le malade couché sur le côté de telle sorte que l'attelle supérieure devienne l'attelle externe. Le fémur reposerait alors sur le lit dans toute sa longueur.

M. Charles Masson pense que cette position ne serait pas long-temps tenable; qu'il serait préférable de recourir à l'emploi de l'appareil suspendu de M Mayor, que par cet appareil on guérit facilement les fractures du col du fémur même chez des gens très âgés; qu'il lui doit le succès qu'il a obtenu dans une fracture de cette espèce survenue chez une femme âgée de soixante-dix-sept ans; que cette dame, habitant la rue Taranne, pousse quelquefois sa promenade jusqu'à la barrière de l'Etoile, aidée seulement d'une canne. Beaucoup de vous, ajoute-t-il, ont été témoins des belles cures opérées par M. Berthelot à qui M. Mayor a enseigné lui-même à placer son appareil, aussi je ne puis concevoir pourquoi une méthode si belle et si simple n'a pas été adoptée dans tous les hôpitaux de Paris.

La séance est levée à cinq heures.

CHARLES MASSON, secrétaire annuel.

Paris, imprim. de BÉTHUNE et PLON, rue Vaugirard, 36.

SAMEDI 10 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 84, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr ; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Quelques réflexions sur la ligature et la torsion des vaisseaux, à propos de l'amputation d'un sein.

Il y a huit jours, dit M. Blandin, que nous avons amputé un sein pour un cancer de cet organe, et aujourd'hui la cicatrisation est presque achevée. Le sein a été profondément emporté; plusieurs ligatures ont été appliquées sur des artères, et une seule a été soumise à la torsion. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie à la suite de cette opération, ce qui prouve que la torsion est un moyen hémostatique aussi sûr que la ligature lorsqu'elle est convenablement pratiquée.

M. Blandin décrit ici soigneusement le mode suivant lequel la torsion doit être pratiquée; il insiste sur la difficulté de tordre les vaisseaux dans les plaies profondes et excavées, à l'instar de celle, par exemple, qui résulte de l'amputation d'un sein; car, dit ce chirurgien, il n'est pas aisé alors de saisir le vaisseau pour le tirer en avant et le tordre convenablement. Et comme les avantages, dans ce cas, sont les mêmes, soit que l'on pratique la ligature, soit que l'on fasse la torsion, la ligature est encore préférable, son application présentant moins de difficulté. De plus, dans la ligature médiate, l'effet que celle-ci produit sur les parties est entièrement local, et s'exerce sur un seul point, tandis que dans la torsion la douleur est plus vive et le mouvement de torsion imprimé à l'extrémité du vaisseau se propage au loin. Il s'en suit qu'elle est beaucoup plus irritante que la ligature; aussi ne la pratiquons-nous, comme chez notre malade, qu'autant qu'on peut la faire d'une manière immédiate. Dans les cas où elle ne peut être que médiate, nous lui préférons la ligature.

Les partisans quand même de la torsion avancent qu'au nombre de ses avantages elle présente celui de ne point laisser un corps étranger dans la plaie, et de mieux permettre par là d'obtenir la réunion des plaies par première intention. Ceci n'est pas entièrement exact; nous dirons même que c'est une erreur, car lorsqu'on pratique la torsion, le tourillon de l'extrémité du vaisseau tordu constitue aussi un corps étranger, puisqu'il tombe au bout d'un certain temps, quand la torsion est convenablement faite. Nous avons observé ce fait, d'où il résulte que, sous ce rapport, la torsion se trouve dans le même cas que la ligature.

Mais, nous dira-t-on, les fils de la ligature gênent beaucoup plus la réunion de la plaie, et s'opposent d'une manière plus directe à ce qu'elle se réunisse par première intention. Ce reproche là ne nous atteint pas; car nous coupons ces mêmes fils tout près du vaisseau lié; nous profitons donc, sous ce rapport, des avantages de la torsion tout en irritant moins le vaisseau divisé.

Des motifs qui précèdent, M. Blandin ne veut pas conclure qu'il ne faille pas étudier la torsion; loin de là; il est des cas où le chirurgien se trouvant dépourvu de fils, elle constitue un moyen précieux. A ce sujet, M. Blandin rapporte le fait suivant :

Il y a quelque temps que je me rendis hors de Paris, près d'un malade qui portait un abcès au bras, dont je devais faire l'ouverture; le malade était seul à la maison; en ouvrant l'abcès, je coupai l'artère cubitale, qui était très superficiellement placée, et qui suivait, à la partie supérieure de l'avant-bras, une direction anormale; je n'avais pas de fil sur moi, et le malade ne put pas m'indiquer s'il y en avait à la maison, de sorte que je dus pratiquer la torsion, qui arrêta parfaitement l'hémorrhagie.

En résumé, la torsion n'est assurément pas supérieure à la ligature; on peut même dire que celle-ci est préférable, en ce sens qu'elle irrite moins le vaisseau. Ce point une fois admis, il nous reste encore à faire remarquer ceci, que l'avantage qu'on lui attribue de ne point laisser de corps étranger dans la plaie dont on veut obtenir la réunion par première intention, est bien souvent illusoire, attendu que le tourillon est éliminé le plus souvent, semblable en cela au nœud du fil quand on fait la ligature. Nous devons même ajouter que lorsqu'on pratique la ligature suivant la méthode de Lawrence, c'est-à-dire en coupant le fil très près du nœud, ainsi que nous le faisons, on n'observe pas toujours les phénomènes qui accompagnent la chute du nœud quand on a réuni la plaie par première intention.

La méthode de Lawrence a été préconisée par Béclard, qui avait substitué des cordes à boyau au fil ordinaire, dans l'espoir de mieux obtenir l'absorption des ligatures. L'expérience cependant a démontré qu'il n'y avait pas d'avantage réel à suivre cette conduite, et que les nœuds étaient toujours rejetés sans être absorbés.

Il y a quelques années que j'ai repris des expériences dans ce sens, et j'ai pu me convaincre que Béclard avait exagéré la fréquence des abcès consécutifs quand, après avoir lié les vaisseaux avec du fil ordinaire, on obtenait la réunion de la plaie par première intention. J'ai fait, il y a quelque temps, l'amputation d'un sein énorme pour un cancer de cet organe, chez une dame demeurant boulevard des Italiens. Je fis la ligature de dix-huit artères de différens calibres avec des fils ordinaires; je m'attendais à voir toutes ces ligatures se procurer successivement une issue au dehors, à la faveur d'un petit abcès.

La réunion par première intention se fit parfaitement, et je n'eus, dans la suite, que deux très petits abcès à ouvrir. Si les autres nœuds, au nombre de seize, n'ont pas été absorbés, il est à présumer que, ramollis d'abord par le pus, ils ont été entraînés au dehors par celui-ci à la faveur d'une petite étendue de la plaie qui avait échappé à la réunion immédiate. Au demeurant, ils n'ont pas gêné cette même réunion dans l'étendue où nous avions eu l'intention de l'obtenir.

Du reste, ces fils ne sortent jamais avec leurs formes extérieures, ainsi que l'avait annoncé Béclard. Ceux de matière animale (fils de soie) sont ceux auxquels nous donnons la préférence, car ils irritent moins que les autres.

Chez la malade à l'occasion de laquelle nous sommes entrés dans les considérations qui précèdent, la plaie s'est presque partout réunie par première intention; résultat on ne peut pas plus favorable, eu égard à son étendue. Indubitablement nous n'eussions pas été aussi heureux si, ainsi qu'on le pratique généralement, nous avions fait sortir les fils entre les lèvres de la plaie.

Sous la plaie il s'était fait, au bout de vingt-quatre heures, un peu de suintement séro-sanguinolent qui avait bouffi et renversé un peu les lèvres de la plaie, celle-ci était devenue douloureuse, la malade s'en plaignait, et nul doute qu'elle n'eût continué à souffrir, si nous étions resté quatre jours sans ôter l'appareil ni visiter la plaie; l'inflammation d'ailleurs eût continué à faire des progrès, et la réunion par première intention eût échoué. Grâce à l'habitude que nous avons de visiter la plaie au bout de vingt-quatre heures, au lieu de reculer la levée du premier appareil au quatrième jour, ainsi qu'on le pratique généralement, nous avons été à même de surveiller la marche des choses et d'y apporter remède.

Il y a donc avantage dans la conduite que nous suivons. Nous avons eu fort peu de choses à faire pour faire rentrer le tout dans l'ordre. Nous avons introduit une pince à pansement fermée à l'angle inférieur de la plaie, que nous avons légèrement dilaté en écartant un peu les branches de la pince. Le liquide que le fond de la plaie contenait a trouvé ainsi une issue facile, et aussitôt après son écoulement les douleurs ont cessé. Après cela nous avons substitué à la pince une petite mèche de charpie, qui, en conservant cette partie de la plaie dilatée, permettra aux fluides de s'écouler aussitôt après leur sécrétion.

Je le répète, cette simple manœuvre a fait cesser immédiatement tous les accidens, et la réunion par première intention n'a pas été entravée. Assurément les choses ne se seraient pas passées d'une manière aussi heureuse si nous avions retardé jusqu'au quatrième jour la levée du premier appareil.

C'est, du reste, une erreur que de croire qu'en ôtant le premier appareil au bout de vingt-quatre heures, on donne lieu à des douleurs vives; par une semblable pratique, on n'occasionne pas plus de douleur que n'en font éprouver aux malades les pansemens ordinaires. Sans doute que, si au lieu de panser nos malades comme nous

FEUILLETON.

MÉMOIRE SUR QUELQUES MALADIES DU SYSTÈME MÉDULLAIRE DES OS;

Par M. Rognetta, d.-m.-p.

(Suite du n° 82.)

C. Régions articulaires. Marc-Aurèle-Séverin savait fort bien pourquoi les extrémités articulaires des os étaient plus sujettes à des maladies que la portion diaphysaire des mêmes organes. C'est à la vascularité plus abondante des extrémités osseuses qu'il attribue cette différence. (De abcess. recon. nat. in lib. de pædarth., c. IV, p. 10.) Ce qui est parfaitement d'accord avec les considérations que nous avons émises. Les prolongemens de la membrane médullaire vers les épiphyses s'enflamment, suppurent aisément, et donnent lieu à cette maladie qu'on appelle communément spina-ventosa, et que Séverin avait nommée *pædarthrocace*, c'est-à-dire maladie propre aux enfans. Van Swieten, cependant (Com., t. I, p. 919), fait observer avec raison que cette dénomination est impropre, puisqu'on peut trouver dans le livre même de Séverin des cas de cette affection chez l'adulte; et il cite entre autres celui d'une femme traitée et guérie par Séverin d'un pædarthrocace au poignet.

Les faits existant dans la science de suppuration de la portion épiphysaire de l'organe médullaire sont attribués par les auteurs modernes à trois causes : à la scrofule, à la syphilis et au rhumatisme. Séverin affirme cependant que l'affection se déclare souvent à la suite de maladies cutanées aiguës, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole, etc.; et Boerhaave attribue le tout à l'obstruction de l'huile médullaire. « Si l'huile médullaire, dit il, qui circule dans les vésicules de l'os vient à s'obstruer, elle s'aigrit sous l'influence et la chaleur des mouvemens vitaux, devient putride et sanieuse, et enflamme les vésicules qui la contiennent; de là de la suppuration, de la matière putride et gangreneuse, qui érose les cellules osseuses, forme des poches purulentes vers les épiphyses, et donne naissance au spina ventosa. » (Boerhaave, De morbis ossium, aph., 526) Tout cela au reste est sujet à contestation. Voyons les faits.

Quatorzième fait. Aux n. 580, 581, de l'armoire XIII de la première salle des cabinets de l'Ecole de médecine sont deux tibias dont l'extrémité supérieure est développée comme la tête d'un homme adulte, formant une tumeur creuse et vide intérieurement. Les parois de cette espèce de coque ont une épaisseur inégale, depuis un demi pouce jusqu'à un pouce et demi; elles paraissent criblées de trous irréguliers et de diverses grandeurs. La substance de cette coque paraît crétacée, très sèche et bosselée dans toute son étendue. Le reste du cylindre osseux au dessous de la tumeur ne présente rien d'anormal (1)

Ce fait, qui peut être regardé assurément comme le type des spina-ventosa, n'est au fond qu'un exemple de myélite suppurante chronique, parfaitement semblable à celle que nous venons d'étudier au crâne et aux mâchoires. On trouve un cas absolument semblable dans les planches de Cheselden (Osteographia); et un troisième dans un mémoire de sir A. Cooper (On exostosis, pl. IX, fig. 3); Sandifort nous a conservé l'histoire d'un fémur dont le col et les deux trochanters formaient une ostéocèle creuse, semblable à une bouteille en caoutchouc, de cinq pouces de long et neuf pouces de circonférence (Museum anatomicum, pl. 80, fig. 4). Houzelot, étant interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, disséqua un poignet dont l'extrémité du radius offrait une tumeur de même nature (Sur les Maladies du système lymphatique des os; Paris, 1804). J'ai vu un cas pareil au poignet sur un cordonnier âgé de quarante ans, qui, en 1829, vint consulter Dupuytren à l'Hôtel-Dieu. Morgagni cite un exemple dont la coque occupait la partie inférieure du fémur (Epist. 50, n° 59), et Ruysch en a décrit plusieurs sous le nom d'*exostoses caverneuses*. Un cas plus curieux encore est rapporté par Trioën : il s'agit d'un jeune orphelin dont l'extrémité inférieure du fémur était convertie en une sorte de bulle du volume de la tête d'un homme adulte; cette bulle contenait du pus dont l'ouverture fut suivie d'une hémorrhagie mortelle (ouv. cité, pl. 6, fig. 1 et 2). Je pourrais multiplier encore ces exemples, mais ils n'en apprendraient pas davantage.

Il reste donc prouvé que la substance des extrémités articulaires des os peut subir un véritable épanouissement, former une coque osseuse, de volume variable, et remplie de matière sanieuse. Qu'on l'appelle spina-ventosa, ou autrement, peu importe; toujours est-il que le foyer offre toutes les conditions des ostéocèles purulentes dont nous avons parlé précédemment; or, nous venons de voir que la source de la maladie était dans les membranules médullaires. Le spina-ventosa n'est donc au fond qu'une myélite chronique suppurante. Cette manière de voir avait déjà été adoptée par Van-Swiéten (Commentarii, t. 1, p. 318).

On peut admettre trois périodes dans la marche de ces tumeurs. Dans la première (période d'épanouissement), la substance osseuse est ramollie et distendue par le liquide sécrété. Dans la seconde, la coque est sursaturée de phosphate calcaire, devient fragile, très sujette à se fracturer, et est enfin perforée sur plusieurs points; des abcès se forment alors dans les parties. L'ouverture de ces abcès donne lieu à des symptômes réactionnels, ce qui constitue la troisième période.

Le diagnostic de ces tumeurs peut sans doute offrir de l'obscurité, puisque l'arthrocace (tumeur blanche) et l'hyperostose présentent souvent les mêmes apparences. Si l'on se rappelle cependant, 1° que dans le spina-ventosa la tumeur est crépitante à la pression des doigts, comme du parchemin sec; 3° que dans l'arthrocace et l'hyperostose la tumeur comprend ordinairement toute l'extrémité osseuse, tandis que dans le spina-ventosa l'ostéocèle est souvent excentrique ou latérale à l'axe du membre; 3° enfin qu'après l'ouverture de cette dernière le stylet explorateur tombe dans une sorte de caverne osseuse, l'on aura, je présume, dans ces remarques, des données capables d'éclaircir le diagnostic différentiel. Marc-Aurèle-Séverin dit qu'on a confondu quelquefois la myélite suppurante chronique avec la luxation spontanée (ouv. cité, chap. 17).

D. Régions diaphysaires. Dans la diaphyse des os cylindriques, la suppuration de la moelle est tantôt circonscrite, tantôt diffuse dans tout le canal médullaire. La première suit ordinairement une marche aiguë, et s'accompagne de vives douleurs sur un point fixe. La seconde, au contraire, s'offre à l'état chronique et peut exister sans douleur; elle se rattache ordinairement à un état maladif de la constitution. Nous avons déjà fait remarquer que les douleurs dites ostéocopes dépendaient généralement d'une myélite osseuse, et que cette condition pouvait exister indépendamment de la syphilis. Des enfans, des femmes, des hommes chez lesquels aucun soupçon de syphilis n'avait jamais existé, ont en effet présenté des exemples de myélite suppurante : « Huic periculoso morbo, dit Moignon, neque sexus, neque ætatis discrimen e it; infantes, viros, fœminas vexat. » (Ouv. cité, p. 9.)

Quinzième fait. Un homme qui venait de subir un traitement mercuriel, éprouvait des douleurs insupportables dans un point de la partie moyenne du tibia. Aucune tumeur n'était visible ex-

(1) Cette note a été prise il y a plusieurs années. J'ignore si ces deux pièces ont été conservées depuis dans le même lieu.

le faisons, nous remplissions l'intérieur de la plaie de charpie, ainsi qu'on le faisait autrefois, nous ne donnions lieu à de vives douleurs en ôtant l'appareil au bout de vingt-quatre heures ; mais cette pratique n'est plus suivie aujourd'hui.

Chez notre malade, nous avons uni les bords de la plaie au moyen de la suture. Il faut convenir que, depuis le mémoire de Pibrac, la suture a été trop négligée en pareil cas. Elle présente en effet quelques avantages sur les bandelettes agglutinatives ; avantages sur lesquels Delpech et M. Serres, de Montpellier, ont principalement insisté. Un de ses principaux avantages est de ne pas presser les lèvres de la plaie, chose très importante lorsqu'on l'applique au moignon dans les amputations. En outre, elle dispose moins à l'érysipèle, qui est si fréquent chez les sujets dont la peau est fine, lorsqu'on applique les bandelettes, dont l'action est mécaniquement et chimiquement irritante.

K...

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Homme de 65 ans. Pierre de la grosseur d'une petite noix. Engorgement considérable de la prostate, avec développement du lobe pathologique. Cinq séances de lithotritie. Guérison; par M. Leroy d'Etiolles.

Le 18 avril est entré à la Maison de santé un malade âgé de soixante-cinq ans. Il éprouve depuis deux ans et demi des besoins fréquens d'uriner, suivis de fortes douleurs qui se propagent jusque dans la région des reins et au bout de la verge. Il existe de la pesanteur sur le fondement ; les souffrances deviennent plus considérables par une marche longue et par une course à cheval ou en voiture. Il n'y a jamais eu de pierreux dans sa famille. A l'âge de vingt-huit ans, M. B. a été atteint d'un rhumatisme aigu généralisé, ayant pour caractères une rougeur intense avec douleurs vives, sans gonflement appréciable. Cette maladie, traitée sans énergie, a persisté une année entière avec des momens d'intermittence et d'exacerbation.

La figure est pâle et exprime la souffrance ; constitution détériorée ; le malade urine 30 ou 40 fois dans la journée, et ne rend que des quantités très faibles de liquide mélangé de pus ; il peut à peine se soutenir sur ses jambes ; émaciation considérable. En examinant le rectum, on trouve la prostate fortement engorgée et très dure. La sonde en gomme, introduite dans la vessie aussitôt après l'émission de l'urine, montre que la cinquième partie seulement du liquide est expulsé naturellement, ce qui explique son aspect muqueux et purulent.

Le 21 avril, M. Leroy d'Etiolles fait une exploration à l'aide d'une sonde à très petite courbure ; et après quelques instans de recherches, il sent au bas-fond très déprimé de la vessie, derrière les tumeurs qui environnent le col de cet organe, une pierre molle dont le contact ne produit qu'un bruit peu distinct, et qui demande, pour être perçu, une oreille fine et attentive. Le lithotribe est immédiatement appliqué, et le calcul broyé avec la main seule : cette manœuvre, nous devons le dire, a été vraiment très brillante. Deux jours après, il survient un léger accès fébrile qui cède à un purgatif. M. Leroy d'Etiolles nous donne le conseil de sonder trois ou quatre fois par jour le malade qui se trouve très bien de cette pratique, car les besoins d'uriner deviennent distans de plusieurs heures, et les mucosités purulentes sont en bien moins grande quantité ; mais il fallait extraire les débris calculeux, M. B. ne les rendant pas à cause des obstacles existans au col de la vessie.

M. Leroy d'Etiolles fit quatre séances de lithotritie avec le lithotribe évacuateur à cuillère, et parvint à enlever tous les fragmens de la pierre. Le réservoir urinaire une fois débarrassé de tout corps étranger ; nous fîmes des irrigations continues d'eau tiède dans la vessie de M. B. avec la sonde à double courant. Plus tard, le bi-carbonate de soude fut employé à la dose de cinq grammes par litre d'eau. Ces moyens, joints à un régime analeptique convenable, eurent tout le succès désirable, et le malade nous quitta dans un état très satisfaisant. Cependant l'engorgement de la prostate est à peu près le même et le lobe pathologique ne s'est point affaissé complètement ; aussi la vessie n'expulse-t-elle pas encore l'urine naturellement.

Les occupations du malade, qui le rappelaient à Angers, où il habite, n'ont pas permis de pousser plus loin le traitement spécial que réclame l'engorgement de la prostate. D'ailleurs, avant d'en venir à détacher par les procédés qu'il a imaginés, les tumeurs développées au col de la vessie, M. Leroy d'Etiolles se proposait de prolonger encore l'emploi des moyens résolutifs portés directement sur la glande par l'urètre et par le rectum à l'aide de la sonde et des suppositoires à double courant. M. B. continuera donc ces moyens sous la direction de M. Mirault, et s'ils sont insuffisans, et si le malade désire être délivré de l'ennui de vider sa vessie avec la sonde, M. Leroy d'Etiolles tentera de faire tomber la tumeur soit par la ligature, soit par la trituration.

Ce fait méritait d'être publié sous plusieurs rapports : il démontre 1° la difficulté de l'exploration dans les cas où il existe un engorgement de la prostate tantôt produit par la présence de la pierre, tantôt cause de sa formation. Dans cet état pathologique, en effet, le calcul est logé dans le bas-fond de la vessie qui est augmenté. Si l'on emploie, comme on le faisait presque toujours, une algalie à courbure très prononcée, on passe par dessus le corps étranger dont on méconnaît la présence. Si au contraire on fait usage de la sonde exploratrice à courbure courte et brusque de M. Leroy-d'Etiolles, que l'on peut faire pivoter avec facilité derrière le col de la vessie, il arrive souvent que l'on rencontre des pierres méconnues par des chirurgiens habiles qui avaient opéré avec des sondes bien moins appropriées.

2° Le catarrhe de la vessie est, comme on sait, symptomatique d'une foule d'affections dans le détail desquelles nous ne voulons pas entrer ; nous dirons seulement ici que tantôt par suite d'une atonie de ce viscère, plus souvent d'un obstacle situé à son col, l'urine séjourne dans son intérieur, et agit à la manière d'un corps étranger ; il arrive de là que les malades urinent très souvent, mais seulement en partie et presque par regorgement, le réservoir urinaire se trouvant toujours plein. Le seul moyen de rendre l'urine limpide consiste à recourir plusieurs fois par jour au cathétérisme évacuatif, ainsi qu'aux injections d'eau fraîche ; on est tout surpris alors de voir disparaître les mucosités qui étaient fort abondantes.

Nous ne terminerons pas sans appeler l'attention des praticiens sur les procédés qu'emploie M. Leroy d'Etiolles dans les engorgemens de la prostate : ces procédés nombreux et variés comprennent les irrigations continues avec la sonde à double courant, d'eau simple d'abord, rendues plus tard médicamenteuses par l'addition de diverses substances telles que le bicarbonate de soude, l'iode, l'acétate d'alumine, l'acide nitrique à la dose de trois centièmes, quelquefois l'eau de Barèges. Ces mêmes irrigations peuvent être faites dans le rectum avec des suppositoires en gomme disposés pour cet usage. Après les irrigations vient la *dépression* du lobe pathologique avec divers instrumens qui l'affaissent en arrière ; la *compression* de la glande produite par le dépresseur agissant du côté de l'urètre, tandis qu'un suppositoire fournit un point d'appui du côté du rectum ; la *trituration* avec les instrumens lithotribes des tumeurs prostatiques, lorsqu'elles sont molles et fongueuses ; la *ligature* de ces tumeurs, lorsqu'elles sont volumineuses et pédiculées ; les *scarifications* et la *cautérisation* lorsqu'elles sont fermes et à base large, ou lorsqu'elles forment un simple repli. Joignez à cela des moyens d'*exploration* qui permettent d'apprécier les conditions dans lesquelles se trouve la glande, et vous aurez une idée des moyens par lesquels depuis quinze années M. Leroy d'Etiolles s'efforce de combattre une des affections les plus communes, les plus redoutables et les moins connues qui affligent l'homme. Nous avons vu l'application de plusieurs de ces procédés être suivis de succès très remarquables.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Relevé des mois de mars, avril et mai 1841. (Suite.)

Dans un précédent numéro, nous avons passé en revue les maladies aiguës et chroniques des organes respiratoires ; nous allons aujourd'hui présenter le résumé des autres affections qui se sont succédé à la même époque dans le service.

Trente malades se sont présentés affectés de fièvre intermittente. Tous avaient séjourné plus ou moins longtemps dans un lieu humide. Seize avaient travaillé aux fortifications de Paris. A l'époque de l'entrée à l'hôpital, la fièvre offrait le type quotidien chez dix-huit ; mais ce type n'avait débuté que chez deux ; la forme tierce ou quarte ayant précédé chez les autres l'apparition de la fièvre quotidienne. La percussion permit de reconnaître facilement que la rate dépassait chez tous son volume normal ; mais dans aucun cas, il ne fut possible de constater l'augmentation de ce viscère au moyen de la palpation sous le bord inférieur des fausses côtes.

Le fait pratique le plus remarquable que l'étude de la fièvre intermittente nous ait fait connaître, c'est l'action presque immédiate du sulfate de quinine sur la rate.

En percutant cet organe chez un malade affecté d'hypertrophie, quelques minutes seulement après l'administration du sulfate de quinine à la dose de 75 centigr., 1 gram., 1 gr. 50, et davantage, on trouve presque constamment une diminution notable, surtout vers le bord supérieur du viscère ; et l'absorption rapide du sel dans l'estomac même est démontrée jusqu'à l'évidence par l'analyse chimique, qui vient confirmer les résultats obtenus par l'observation des malades : 125 gram. d'urine recueillis dix minutes après l'administration de 2 gram. du médicament, ont fourni à M. Bouchardat 0 gr., 02 de sulfate de quinine. La présence du sel dans l'urine ne prouve-t-elle pas qu'il est résorbé dans la première partie du canal digestif? Cette absorption est suivie aussitôt du

---

térieurement. Consultation : saignées, lotions, douches d'eau tiède et eau-de-vie ; pas de changement. On pratique une incision sur l'endroit douloureux jusqu'à l'os ; pas de pus, pas de soulagement. Deux jours après l'on trépane sur ce point, et l'on ouvre le canal médullaire. Issue d'une quantité considérable de pus très fétide : la moelle est toute fondue sur ce point, le canal osseux paraissant presque vide. On applique trois autres couronnes de trépan ; cautérisation ; exfoliation ; guérison. (J.-L. Petit, Malad. des os, t. II, p. 461.)

Seizième fait. Homme, trente-trois ans, portait à la cuisse un ulcère granuleux s'étendant depuis le grand trochanter jusqu'au condyle externe, le long du muscle vaste externe. Douleurs profondes externes dans le fémur ; irritation générale. Les muscles de la cuisse sont atrophiés ; la face externe du fémur peut être tracée à l'œil comme sur un squelette. Le malade garde le lit ; il est pâle, cachectique ; il avait eu la vérole, et pris beaucoup de mercure ; puis il avait éprouvé des douleurs rhumatismales. La douleur du fémur devient intense, elle s'étend depuis le trochanter jusqu'aux condyles. Traitemens divers, sétons, incisions, inutiles. Enfin, M. Lynn reconnaît que le point de départ de la douleur est à six ou sept pouces au-dessous du grand trochanter : il pratique des incisions sur ce point, met l'os à découvert, et y applique une couronne de trépan. Une grande quantité de pus s'échappe par cette ouverture ; et l'on extrait plusieurs fragmens d'os nécrosés. Les douleurs s'apaisent, amélioration progressive, guérison en quatre mois. (London med. Gaz., oct. 1838.)

Arnauld, Ledran et J.-L. Petit furent appelés en consultation pour une jeune fille de province qui présentait des symptômes entièrement pareils à ceux de l'observation précédente. Même opération, même succès.

Trois autres faits semblables se trouvent consignés dans le journal de Milan (Annali universali di medicine) ; les autres dans les OEuvres posthumes de J.-L. Petit (t. II, p. 12), et plusieurs autres ailleurs.

La circonstance la plus remarquable dans ces faits, c'est le caractère de la douleur, qui est profonde, vague d'abord dans tout le canal médullaire, puis fixe sur un seul point, et toujours intense, intolérable, augmentant par la pression des doigts. Boerhaave connaissait parfaitement cette circonstance (ad tactum externum sevientis, aph. 527) ; et un chirurgien anglais, Hey, ajoute qu'elle augmente par les efforts que l'on fait pour éternuer ou pour tousser (Practical observ. in surgery, p. 26 ; London, 1810).

Léveillé avait observé la maladie en question, et en avait tracé les symptômes avec assez d'exactitude. « Il se passe, dit il, plusieurs mois sans gonflement bien apparent ; des douleurs vives se rapportent à l'intérieur de l'os, dont les fonctions restent intactes. De jour en jour elles deviennent insupportables ; la chaleur du lit les fait augmenter. Insensiblement on éprouve de la gêne à se tenir debout, à mouvoir l'extrémité thoracique ou abdominale, selon que le siége du mal est dans l'une ou l'autre de ces parties du corps. Les souffrances, effet d'une distension de dedans en dehors, d'un sentiment de compression intérieure, ne sont point accrues par le toucher même le plus rude (1) ; il n'y a pas de changement de couleur à la peau qui, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, conserve toute sa souplesse. » (Nouv. doc. chir., t. II, p 626.)

Ces caractères se rapportent à la première période. Plus tard cependant la matière intrà-canaliculaire ramollit un point des parois osseuses ; le distend ; l'amincit, le perfore et se fait jour dans les parties molles. Les douleurs profondes diminuent alors ; un abcès se forme au-dehors, dont l'ouverture laisse une fistule qui conduit dans le canal médullaire. Il en résulte une nécrose invaginée, si la membrane médullaira a été détruite ; si non, une simple érosion du canal médullaire, si la membrane n'est affectée que d'ulcérations suppurantes.

Dix-septième fait. Une femme d'une bonne constitution, habituellement bien portante, fut saisie d'une fièvre continue pendant un mois. Au bout de ce temps ; la fièvre cessant, la malade commença à ressentir des douleurs profondes dans une jambe. Ces douleurs allèrent en augmentant et se fixèrent enfin sur un point de la partie moyenne du tibia, où elles sévirent cruellement pendant six semaines. Alors elles s'apaisèrent pendant quelque temps pour reparaître plus tard, mais moins fortes. Une petite tumeur molasse sur l'endroit de la douleur, semblable à un petit nodus se déclara. La malade put quitter le lit et se promener quelque peu ; mais lorsqu'elle éternuait ou toussait, la douleur devenait plus forte.

On appliqua des résolutifs ; la douleur parut diminuer ; mais elle augmenta plus tard ; la tumeur se ramollit davantage : on l'ouvrit avec le bistouri. Issue d'une très grande quantité de matière purulente fétide. Un stylet pénètre, à travers un petit trou, jusque dans le canal médullaire du tibia d'où le pus s'échappait. Sur ce point le périoste parut épaissi et la surface de l'os rugueuse. Pansement à sec. Ecoulement abondant de matière sanieuse. Opération à l'aide de la scie circulaire par laquelle on enlève cette portion malade de l'os, et l'on met à découvert le canal médullaire qui était suppuré. Pansemens méthodiques. Guérison. (Hey, *loco citato.*)

(1) Ceci est en opposition avec les observations précédentes.

J. Hunter nous a laissé les remarques suivantes au sujet de la myélite suppurante :

« L'inflammation de la portion médullaire de l'os est, dit-il, encore plus sérieuse dans ses conséquences que celle du tissu osseux. Le corps de l'os s'épaissit sous l'influence du travail adhésif, et en même temps une disposition ossifique se manifeste dans le périoste autour de l'os, de sorte que la partie externe de ce dernier acquiert une grande augmentation de volume. Ce phénomène ne s'observe que dans les os des membres qui ont besoin de force et jamais au crâne, etc. Le tissu médullaire contracte aussi la disposition ossifique dans toutes les parois de l'abcès et, par ce moyen le reste de la moelle est sauvé. La collection purulente une fois formée et n'ayant aucune issue, il faut que l'inflammation ulcérative prenne naissance. A toute la surface externe de l'os il s'est déposé une matière osseuse accidentelle qui a pour objet de rendre à l'os la force qu'il perd intérieurement ; cette matière osseuse, de nouvelle formation, devient elle-même le siége d'une inflammation ossifique par l'effet de laquelle, dans plusieurs points, elle acquiert une telle épaisseur que souvent la coque restante est entièrement neuve...... Dans les deux dernières espèces de suppuration on observe souvent des exfoliations ;..... mais elles sont beaucoup plus dangereuses, à cause de la situation différente des parties osseuses qui doivent être éliminées. De tous les os du corps, c'est la tête du tibia qui offre le plus souvent des abcès. L'inflammation qui produit le pus a son siége dans les artères médullaires et dans la membrane médullaire qui fournissent à la nutrition des lames internes de l'os et à celle de la moelle. » (OEuv. chir., t. I ; trad. par Richelot, p. 572.)

Tout cela s'applique à la myélite circonscrite. La suppuration spontanée diffuse de la toile médullaire ne se rencontre ordinairement que dans les petits os cylindriques, particulièrement dans ceux du métatarse, du métacarpe et des phalanges. Elle se rencontre le plus souvent chez les enfans : j'en ai recueilli six exemples en quelques années dans les hôpitaux de Paris. Les faits de ce genre chez les adultes sont rares ; en voici un exemple.

Dix-huitième fait. Une jeune dame souffrait depuis deux ans à un doigt. Ce doigt était gonflé considérablement ; la première phalange était trois fois plus grosse que dans l'état naturel, elle

retrait de la rate, que nous n'avons, du reste, jamais vue reprendre son volume morbide lorsqu'une fois le sulfate de quinine est parvenu à la diminuer. Quelques faits mettront davantage en saillie ces faits thérapeutiques, et en feront peut-être ressortir l'importance.

Obs. 1. — Alexandre Ravier, 18 ans, menuisier, demeure dans une maison humide et mal aérée ; on a remué la terre pour repaver en face de sa maison. Depuis huit jours il se plaint de frissons irréguliers, de chaleur vers le soir, et de sueur la nuit. Entrée à l'hôpital le 14 avril. Tous les organes sont sains, à l'exception de la rate dont la hauteur est de 0 m., 22, et la largeur de 0 m., 15 ; elle offre une dureté remarquable.

Le 15 avril, à neuf heures du matin, 1 gram. 50 de sulfate de quinine ; vingt-cinq minutes après, diminution de la rate, qui n'offre plus que 18 centimètres de hauteur sur 13 centim. de largeur.

Les accès de fièvre diminuent d'intensité, mais persistent jusqu'au 18. La rate conserve le volume que lui a donné la première réduction.

Le 19 avril, 2 gram. de sulfate de quinine ; après vingt minutes, la rate est réduite à 15 centim. de hauteur. Et le 20, 2 gram. ayant été de nouveau administrés, la rate est réduite, après dix-sept minutes, à 10 centim. de hauteur sur 9 de largeur. A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accès ; la rate conserva son volume ; et le 24, le malade sortit guéri de l'hôpital.

Obs. 2. — Ferdinand Beauleu, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital le 9 mars, pour une fièvre intermittente quotidienne dont il est atteint depuis trois semaines. A l'époque de son entrée, la rate offrait 18 centimètres de hauteur. 3 grammes de sulfate de quinine (en deux doses) la réduisirent d'abord à 15 centim., et diminuèrent l'intensité de la fièvre ; mais après ce premier succès, il fut impossible de rien obtenir du sulfate de quinine à la dose de 75 centigr., 1 gram., 2 gram., et même 3 gram. en deux doses ; une saignée générale, deux vésicatoires volans sur la région splénique n'eurent pas plus d'action. Malgré les accès journaliers, la rate n'augmenta pas, ce qui aurait dû arriver si les frissons étaient la cause de l'engorgement de cet organe. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen furent explorés avec soin, sans qu'on pût découvrir aucune complication morbide. M. Piorry pensa que le sulfate de quinine n'avait pas été donné à dose assez élevée, et le 21 avril à neuf heures du matin, 3 gram. furent administrés en une seule dose, après qu'on eût constaté avec soin le volume de la rate. A neuf heures vingt-cinq minutes, la rate ne présentait plus que 10 cent. de hauteur au lieu de 15. La dose élevée de sulfate de quinine ne produisit aucun accident. Les jours suivans, pas de fièvre ; la rate conserve son volume (10 c.) ; et le 26 avril, le malade sort guéri.

Obs. 3. — Hyppolite Stalé, imprimeur, trente-quatre ans, est pris le 8 avril, après avoir travaillé près de la rivière, d'un accès fébrile qui se renouvelle tous les deux jours pendant seize jours ; puis les accès deviennent quotidiens ; et après le quatrième paroxysme de ce type, il entre à l'hôpital le 28 avril. La rate offre alors 0,15 cent. de hauteur, et 0,12 centim. transversalement. Aucun autre organe n'est malade ; aucun trouble fonctionnel, excepté la fièvre, dont les accès reviennent régulièrement chaque soir.

Le 3 mai, le malade prend 3 gram. de sulfate de quinine en une dose : réduction après dix minutes à 13 cent. de hauteur et à 10 cent. transversalement ; à partir de ce jour, la fièvre cesse.

Le 4 mai, administration de deux gram. du sel de quinine ; réduction en douze minutes à 10 cent. de hauteur sur 9 cent. de largeur.

C'est chez ce malade que 125 gram. d'urine recueillis le premier jour de l'administration du sulfate de quinine, dix minutes après que le médicament eut été pris, fournirent à M. Bouchardat 0,02 de sulfate de quinine.

Le 7 mai, le malade sort guéri.

Obs. 4. — Charles Mirault, tonnelier, âgé de trente ans, travaille sur le bord de la Seine à Bercy, et éprouve depuis un mois une douleur sourde dans le côté gauche ; dans la dernière semaine, il a eu deux accès de fièvre du type tierce, et deux accès quotidiens. Entrée à l'hôpital le 6 mai. Tous les organes sont sains, excepté la rate qui présente 13 centim. de hauteur sur 7 de largeur.

Le 7 mai, douze minutes après l'administration de 1 gr. 50 c. de sulfate de quinine, la rate est réduite à 11 cent. sur 6. La chaleur et la fièvre cessent.

Le 8 mai, nouvelle administration de 1 gr. 50 c. de sulfate de quinine ; après dix minutes, la rate n'offre plus que 9 cent. de haut en bas, et 6 transversalement. Sortie le 10 mai.

La splénite, maladie généralement peu connue à cause des ténèbres qui enveloppent les fonctions physiologiques de l'organe qui en est le siége, nous a offert deux exemples. Dans les deux observations, la maladie avait été produite par des violences extérieures sur la région splénique, et dans les deux cas une fièvre intermittente quotidienne s'est manifestée. Les émissions sanguines générales et locales ont enrayé la marche de la maladie et ont fait cesser tous ces symptômes. Voici le résumé de ces deux faits : Ces deux malades, après être tombés violemment sur le côté gauche, y éprouvèrent, dans la région de la rate, une douleur permanente. Après un intervalle de quinze jours dans un cas, de six jours seulement dans l'autre, — accès de fièvre débutant par le type quotidien dans le premier fait, — par le type quarte dans le second. A leur entrée à l'hôpital, l'un et l'autre présentaient chaque jour un paroxysme fébrile très complet. Chez tous deux, douleur dans la région splénique, augmentant à la pression surtout dans la partie inférieure de la circonférence de l'organe. Une saignée du bras dans un cas suffit pour faire cesser tous les symptômes ; les émissions sanguines dissipèrent la douleur dans l'autre cas et réduisirent presque à rien les accès fébriles, qui ne disparurent complétement qu'après l'administration de 1 gramme de sulfate de quinine. Guérison en quarante-huit heures, pour le premier malade ; en quatre jours, pour le second.

Nous voyons ici les accès suivre la souffrance de la rate d'une manière bien évidente ; d'un autre côté nous n'avons pas trouvé que cet organe augmentât d'une manière sensible par la répétition des accès. Ne sommes-nous pas en droit de conclure que les choses se passent d'une façon analogue dans la fièvre des marais, et que dans les deux cas la fièvre n'est pas la cause mais bien la manifestation de l'état pathologique de la rate ?

Voici un fait remarquable de refoulement viscéral que nous avons eu occasion d'étudier :

Obs. — Victor Tetu, âgé de quarante-neuf ans, terrassier, entra à l'hôpital le 16 mars, pour des étouffemens. Cet homme, d'une obésité remarquable, mangeait journellement et sans choix, une quantité considérable de nourriture animale et végétale, et depuis cinq ans on l'avait saigné chaque année pour ces accès de dyspnée.

L'examen de la poitrine et du ventre fit reconnaître un développement énorme de la cavité abdominale qui s'était agrandie aux dépens de la capacité du thorax. Les matières fécales étaient retenues dans les gros intestins depuis huit jours, et une quantité notable de gaz distendait le reste du tube digestif. La percussion fit reconnaître que le cœur n'était plus qu'à un centimètre et demi de la clavicule gauche ; que le foie n'était séparé de la clavicule droite que par soixante-cinq millimètres de poumon. Des purgatifs répétés évacuèrent les intestins et firent descendre en trois jours le cœur et le foie chacun de six centimètres, et cet agrandissement de la poitrine, permettant au poumon de se dilater facilement, fit cesser l'oppression. Le malade sortit parfaitement guéri le 16 avril, après être resté trois semaines en observation dans les salles.

Deux femmes se sont présentées affectées de la maladie de Bright. La percussion plessimétrique permit de reconnaître très évidemment l'augmentation de volume du rein droit dans les deux cas. Les symptômes les plus alarmans, tels que l'hydropéritonite, l'anasarque, l'œdème de la face, l'état fébrile, l'albuminurie, disparurent en quelques jours sous l'influence de l'administration persévérante des purgatifs. On observa aussi chez les deux malades, et de la manière la plus positive, une diminution graduelle du rein hypertrophié. Mais ces deux malades se trouvant beaucoup soulagées, il fut impossible de les retenir à l'hôpital jusqu'à une période plus avancée de la guérison.

Sur douze cas d'entérite septicohémique (fièvre typhoïde), on compte huit hommes et quatre femmes. Un seul malade a succombé. Malgré tous les soins que l'on mit en usage, quatre présentèrent des eschares au sacrum, qui prirent leur point de départ à une éruption pétéchiale qui exista sur la région sacrée chez tous à partir de la fin du premier septénaire. Les accidens du côté du cerveau ont été rares ; chez un seul on observa un délire fugitif la nuit ; les poumons, au contraire, furent chez tous le siége de congestions hypostatiques plus ou moins sérieuses. Ce fut une congestion de cette nature, accompagnée de sécrétion bronchique très intense et d'une viscosité extraordinaire dont la malade ne put se débarrasser par l'expectoration, qui causèrent la mort au treizième jour dans le seul cas dont la terminaison ait été fâcheuse.

A l'autopsie on trouva, outre les altérations spéciales des glandes de Peyer ; les bronches pleines d'une énorme quantité de mucus écumeux, cause de la mort.

Les ulcérations intestinales n'empêchèrent pas de donner une alimentation légère à ces malades dès que le ballonnement du ventre et le dévoiement eurent été modérés.

Trois malades affectés de coliques saturnines furent guéris en trois et quatre jours par les purgatifs répétés. Mais un fait plus nouveau est celui d'un tremblement causé par l'action du plomb chez un malade guéri en cinq jours par les boissons à haute dose.

Obs. — Bonnet, âgé de quarante-deux ans, travailla pendant les mois de janvier, février et mars 1841, à fondre du vieux plomb qui avait servi à la fabrication de la céruse. Pendant cet espace de temps il n'éprouva pas de douleurs abdominales ni de constipation, mais vers le mi-

---

avait acquis une figure fusiforme. La tumeur était d'un blanc luisant à sa surface, légèrement élastique et sans fluctuation manifeste ; elle présentait trois petites ulcérations fongueuses et pâles, à bords épais. L'amputation de la partie malade parut le seul moyen de guérison ; elle fut pratiquée avec succès. La dissection de ce doigt montra d'abord un canal cartilagineux assez épais, qu'on divisa avec le bistouri. La cavité de ce canal était remplie de pus et des restes de l'ancienne phalange ; ces restes se présentaient sous la forme laminaire, très minces, très légers, et comme érodés d'un grand nombre de trous. Cette espèce de destruction de l'os primitif a été considérée comme le résultat du travail de l'absorption naturelle, et non de la carie ou nécrose. Du reste, les cartilages articulaires de la phalange étaient intacts. Tout démontrait, en un mot, qu'un travail chronique de suppuration dans la membrane médullaire avait détruit le parenchyme osseux de la phalange ; que la nature avait formé un second os, et que les restes du premier étaient livrés à l'action des absorbans. (Cumin, in Edimb. med. and surg. journ., t. XXIII, p. 5.)

Dans les six cas que j'ai observés de spina-ventosa diffus, la maladie était bornée à un seul os et datait de l'enfance. Monteggia cependant a vu un sujet chez lequel cinq os étaient atteints de cette affection dans une même main. La maladie se déclare par un gonflement progressif de l'os tout à fait indolore ; ce gonflement a lieu précisément vers le milieu ; il en résulte une tumeur fusiforme, sans altération notable de la peau, et qui n'empêche pas les fonctions de la région. Dans cette période, le mal offre de la ressemblance avec le boursouflement des mains et des pieds attaqués d'engelures. Cette ressemblance est si frappante, qu'au dire de Monteggia quelques chirurgiens ont pris en hiver l'une de ces maladies pour l'autre. Si l'on dissèque les parties à cette période, on trouve la membrane médullaire fortement congestionnée, épaissie, infiltrée. Plus tard, cette membrane suppure, le malade éprouve de temps en temps des douleurs, l'os est percé, une matière sanieuse s'en écoule, des fistules fongueuses s'y établissent. Il s'opère alors dans la partie malade les changemens que nous venons de voir dans l'observation précédente. La tumeur cependant reste quelquefois un grand nombre d'années stationnaire. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un enfant, âgé de quinze ans, qui portait au doigt médius de la main droite une tumeur fusiforme depuis l'âge de deux ans, c'est-à-dire depuis treize ans. Cette tumeur, formée par le parenchyme de la première phalange, était toujours restée stationnaire, indolente et sans s'ouvrir à l'extérieur. Mais à cette époque, elle parut prendre de l'accroissement, la peau très mince qui la couvrait s'enflamma ; le malade y accusait des douleurs profondes, et la tumeur menaçait de s'ouvrir. Cataplasmes émolliens. On proposa l'ablation du doigt, mais les parens du malade s'y opposèrent.

D'autres fois, la suppuration de la moelle détruit de bonne heure le périoste interne, l'os se nécrose, s'abcède au dehors, et le mal se termine par l'expulsion de la partie osseuse mortifiée. Je crois du reste avoir observé que l'os affecté de myélite suppurante chronique chez les enfans croît moins que les autres os ; de là résulte qu'après la guérison spontanée qui arrive à l'époque de la puberté, l'os guéri se trouve proportionnellement plus court que les autres ; la cicatrice qui en résulte aux endroits fistuleux est toujours enfoncée et adhérente.

§ IV. — Résumé et Conclusions.

1° La membrane médullaire des os cylindriques est pourvue de nerfs qui entrent dans le canal de ce nom avec l'artère nourricière.

2° L'endroit le plus sensible de la membrane médullaire est vers le milieu de la diaphyse. Les amputations pratiquées à cette hauteur sont plus douloureuses que celles qu'on pratique près des articulations. On peut en dire autant des blessures accidentelles. (§ I.)

3° La membrane médullaire est essentiellement vasculaire, et par cela même très sujette à des maladies. Il est probable que les affections dynamiques du parenchyme osseux et celles qui prennent à la longue le caractère mécanique (fongus, abcès, tubercules, ostéosarcome, carie, etc.) dépendent en origine essentiellement de cette membrane. (Ibid.)

4° La vascularité de la moelle des os étant en raison inverse de l'âge, les affections dynamiques de cet organe, surtout les inflammations aiguës et chroniques doivent être plus fréquentes dans l'enfance. (Ibid.)

5° Dans l'état normal, la quantité proportionnelle de la moelle augmente à mesure qu'on passe des grands aux petits os cylindriques, ou, ce qui revient au même, sa quantité relative est pour chaque os en raison inverse de son volume. De là la raison pour laquelle ces maladies sont plus fréquentes dans les petits os. (Ibid.)

6° Dans les os cylindriques, la membrane médullaire se prolonge jusqu'aux environs des cartilages articulaires, bien que le canal médullaire proprement dit s'arrête à une grande distance des extrémités articulaires. Le tissu diploïque ou cellulaire de ces os est redoublé par les prolongemens de la membrane médullaire. (*Ibid.*)

7° La portion de la membrane médullaire qui se prolonge vers les extrémités articulaires est beaucoup plus vascularisée que celle de la diaphyse ; aussi est elle plus sujette à des maladies dynamiques. (*Ibid.*)

8° Le tissu diploïque des os non cylindriques est également pourvu d'une membrane médullaire, les cellules de ces os étant redoublées par une membrane essentiellement vasculaire qui devient surtout très apparente dans certaines maladies. (§ I, III.)

9° Les lésions traumatiques dans les os cylindriques produisent aisément une myélite plus ou moins grave ; des douleurs intolérables, des abcès profonds, des nécroses, la mort, peuvent être les conséquences de cette maladie. Il importe dans les pansemens des membres amputés de ménager l'organe médullaire, de prévenir la suppuration de la membrane de ce nom, sous peine de s'exposer à des nécroses fâcheuses. (§ II.)

10° Les suppurations spontanées de la membrane médullaire sont une source de tumeurs diverses qu'on a mal à propos confondues sous le nom insignifiant de spina-ventosa. (§ III.)

11° La myélite suppurante aiguë des os cylindriques offre des caractères dynamiques remarquables et réclame l'usage immédiat du trépan, indépendamment des remèdes propres aux inflammations. Elle se rencontre assez souvent au tibia, quelquefois au fémur, sous l'influence de causes diverses, soit spontanées, soit traumatiques. (*Ibid.*)

12° La myélite suppurante chronique attaque le plus souvent les petits os, les os plats, et les extrémités articulaires des os cylindriques. Elle produit ordinairement des tumeurs, sphériques ou fusiformes, semblables à des boîtes osseuses, et remplies de matière sanieuse liquide, ou de pus concrété, et quelquefois aussi de végétations sarcomateuses. Cette maladie peut naître dans toutes les régions du squelette ; nous en avons cité des exemples au front, à la base du crâne, aux mâchoires, au col du fémur, aux condyles fémoraux, à la tête du tibia, à la tête du péroné, à l'extrémité inférieure du radius, à la malléole, aux phalanges, aux os du métacarpe et du métatarse, etc. (*Ibid.*)

13° La nature guérit quelquefois ces sortes de tumeurs à l'aide de la suppuration et de la nécrose. L'art lui oppose plusieurs moyens avec succès ; savoir : l'ouverture simple avec le bistouri ou le trépan, la cautérisation, la résection, l'amputation, et des remèdes internes (mercuriaux, iode, ciguë, etc.).

14° Toutes ces maladies, à peine connues, mal comprises jus-

lieu du mois de mars, il ressentit des fourmillemens incommodes et un engourdissement notable des membres, qui s'affaiblirent sensiblement. Peu à peu les bras, les avant-bras et les mains furent pris d'un tremblement intense pour l'obliger à discontinuer son travail. Les jambes devinrent alors trop faibles pour le soutenir ; il éprouva dans la nuque des douleurs analogues à celles du torticolis ; ces douleurs ne s'étendirent pas au reste de la colonne rachidienne. Le ventre demeura libre et indolent, il n'y eut pas de céphalalgie. Dans cet état de choses, il entra à l'hôpital le 19 avril. Le malade ne pouvait alors porter son verre à sa bouche sans de nombreuses hésitations. L'avant-bras, étendu sur le bras, tremblait excessivement ; les membres inférieurs se refusaient à le soutenir et la parole était lente et embarrassée. Le 20 avril, douze pots de tisane ; bain de quatre heures ; massage des muscles de l'avant-bras ; deux lavemens d'eau fraîche. 21 avril, même traitement. Le 23, la parole est tout à fait libre, le malade porte son verre à sa bouche sans tremblemens ; la marche est facile quoique les jambes soient encore faibles. Continuation des boissons. Le 25, les membres inférieurs ont repris toute leur force. Suspension du traitement. Sortie, le 30 avril.

— Terminons ce second article en faisant remarquer que la mortalité des maladies chroniques : 14 sur 221, a porté sur 13 phthisiques, 5 cancéreux, 2 infirmes, 1 péritonite chronique, 2 vieillards emphysémateux et 1 affection obscure de la moelle, c'est-à-dire sur des malades complétement incurables, et que la mortalité des maladies aiguës est seulement de 5 sur 144, et qu'elle porte sur une pneumonite, une entérite septicohémique, une méningite, une métro-péritonite puerpérale et une phlébite pelvienne. Total, 1 mort sur 28 malades.

D. Maccarthy.

Pannus charnus et opacité des cornées. Guérison par l'attouchement répété avec le nitrate d'argent fondu solide. Par le docteur Fallot, médecin principal à Namur.

Le nommé Spiel, du 2e régiment des chasseurs à cheval, fut admis à l'hôpital, le 23 décembre 1840, porteur de conjonctivo-kératite chronique, avec obscurcissement, rugosité et vascularisation des deux cornées transparentes. Il y entrait pour être proposé pour sa pension. Il nous rapporta que, depuis deux ans environ, il était borgne de l'œil gauche, que pendant l'année courante il avait fait quatre séjours dans les hôpitaux pour maladies de l'œil droit, duquel, jusqu'à peu de jours avant son arrivée parmi nous, il y avait vu assez pour se conduire et satisfaire même en partie aux exigences du service. J'essayai avec une persévérance digne d'un meilleur résultat, mais en vain, les traitemens recommandés par les ophthalmiâtres contre la kératite chronique et les ulcères cornéens : il est inutile d'en dérouler ici le catalogue ; la vascularisation s'étendit, se resserra, la cornée s'infiltra, s'épaissit, s'obscurcit au point de ne plus permettre dans toute la partie supérieure, la reconnaissance de la limite qui sépare la cornée de la sclérotique ; à gauche, quatre faisceaux sanguins, à droite trois, partant des extrémités des axes transversal et vertical pour s'anastomoser sur l'ouverture pupillaire ; bientôt le malade devint complètement aveugle, il ne pouvait plus se conduire sans guide, même dans la salle.

La désorganisation ayant pénétré ici bien évidemment au-delà du feuillet conjonctival de la cornée, l'épaississement de cette dernière membrane étant incontestable, le pannus étant de nature charnue plutôt que membraneuse, je craignis que le cas ne sortît de ceux où le caustique lunaire nous avait déjà rendu des services et je n'y eus recours que deux fois pour l'œil droit. N'en ayant obtenu aucun résultat immédiat, je vis dans cet insuccès la confirmation de ma pensée, et j'y renonçai d'autant plus promptement que, ayant eu connaissance par la brochure de M. le professeur F. Jaeger, de Vienne (dont j'ai rendu compte dans ce journal), des succès obtenus dans le traitement des pannus de toute espèce, par l'inoculation de la matière blennorrhagique, et vu ce moyen prôné au-dessus de tous les autres et vanté, en quelque sorte, comme infaillible, par le docteur Piringer, de Gratz, je crus pouvoir en faire ici l'essai, parce qu'aussi bien mon malade était aveugle et qu'il n'y avait rien à risquer.

En conséquence, l'inoculation fut faite dans l'œil gauche avec du pus d'un individu atteint d'une blennophthalmie purulente aiguë. L'inflammation ne se déclara que 72 heures après l'opération, faite scrupuleusement d'après les indications du docteur Piringer ; mais elle s'accrut très rapidement, s'accompagna de douleurs excessives ; tout le globe de l'œil était d'un rouge ardent, surtout les zônes panneuses, mais la purulence était peu abondante ; au bout de 48 heures, l'œil droit s'entreprit, mais très légèrement et sans sécrétion de pus. Je combattis les accidens par de simples embrocations et lotions d'eau froide, et les conjurai facilement. Après leur disparition, qui n'eut lieu qu'au bout de neuf jours, l'opacité de la cornée me parut moins profonde, il me sembla que nous avions gagné quelque chose, et qu'il y avait fondement à recommencer. Mais M. le médecin de régiment Loiseau me fit remarquer que l'œil droit, sur lequel l'opération n'avait pas été faite, mais qui avait été cautérisé par le sel lunaire quelques jours auparavant, était moins obscur et moins photophobe qu'auparavant, et me proposa de reprendre les cautérisations, à quoi j'assentis volontiers. Elles furent en effet recommencées et continuées persévéramment avec un jour d'intervalle, en ayant soin de porter successivement le caustique sur les divers faisceaux sanguins qui fournissaient des prolongemens sur la cornée, et de laisser reposer les malades après l'accomplissement de chaque cercle d'opérations. Le succès fut plus complet et beaucoup plus prompt qu'on n'aurait osé l'espérer. A droite, le pannus et les rugosités ont entièrement disparu, la cornée a repris toute sa transparence et tout son poli. Quand le malade en a été là, il n'a plus voulu consentir à de nouvelles cautérisations, et a réclamé instamment sa sortie ; nous avons la confiance que s'il avait permis de continuer jusqu'après la destruction d'un faisceau partant de l'angle externe de l'œil gauche, la cornée de ce côté aurait également recouvré son intégrité. Au reste, à l'époque de la sortie, la transparence y était assez rétablie pour qu'il pût distinguer, l'œil droit étant condamné, des objets de moyenne grandeur, les doigts, par exemple, ou des clefs, à la distance de huit pas. Il fait son service au régiment, et ne songe plus à réclamer sa réforme.

Je ne dois pas omettre de faire observer qu'en 1839 le même Spiel, déjà borgne alors, avait séjourné à notre dépôt des ophthalmiques, où il avait été cautérisé aux quatre paupières et guéri par ce moyen de ses granulations, et que, malgré l'opiniâtreté et la durée des nouvelles fluxions oculaires, aucune semblable métamorphose ne s'est reproduite chez lui.

J'ajouterai enfin que, connaissant toute la tendance des pannus à récidiver, j'ai prié M. le médecin de régiment Simon de nous faire représenter Spiel de temps en temps pour que nous puissions nous assurer de la solidité de la cure.

(*Ann. d'oculistique*, juin 1841.)

Errata. — Dans le n° précédent, 1re page, 2e colonne, 6e ligne du 7e alinéa, *au lieu de* incubation, *lisez* inoculation.

Considérations sur les formes de l'aliénation mentale, observées dans l'Asile départemental d'aliénés de Stephansfeld, pendant les années 1836, 1837, 1838 et 1839, par L.-F.-E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine. In-8°. Prix : 2 fr. 50 cent.

Notice statistique sur les aliénés du département du Bas-Rhin, d'après les observations recueillies à l'hospice de Stephansfeld, pendant les années 1836, 1837, 1838 et 1839 ; par L.-F. E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine, ancien médecin de cet établissement. In 8°. Prix : 2 fr.

Relation médicale des asphyxies occasionnées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage; par G. Tourdes, professeur de médecine légale à la Faculté de Strasbourg. In-8°. Pr. 1 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent : à Strasbourg, chez Derivaux, libraire ; à Paris, chez J. B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17 ; à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

qu'à ce jour, se trouvant aujourd'hui rattachées à une même source, étudiées dans leurs différentes périodes, éclaircies par l'anatomie pathologique, constituent une classe tout à fait nouvelle d'affections, et réclament une place distinguée dans nos cadres nosologiques. Il est probable que des pathologistes habiles sentiront la nécessité d'enrichir de leurs propres observations une branche importante de maladies que je n'ai pu qu'ébaucher à peine par ce faible travail.

Rognetta, d.-m.-p.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIQUE, CHIMIE, TOXICOLOGIE ET PHARMACIE,

Avec 200 figures explicatives intercallées dans le texte; par C. Favrot, préparateur des travaux chimiques à l'Ecole royale des Mines, etc. — 2 vol. in-8°. Paris, 1841 ; chez Béchet et Labé, libraires.

En voyant un pareil titre, nous avons été tenté de croire que ces deux volumes ne contenaient qu'un abrégé fort incomplet de chacune de ces branches des sciences physiques et médicales ; il a fallu lire l'ouvrage pour en comprendre l'importance, l'utilité, et acquérir la conviction que le titre n'était point un mensonge, et que ces deux volumes renferment bien tout ce qu'il y a d'essentiellement pratique à connaître dans l'étude de la physique, de la chimie, de la toxicologie et de la pharmacie.

La première partie du premier volume comprend la physique. Cette science, qui est si abstraite, si difficile pour ceux qui ne sont pas très versés dans les sciences mathématiques, est devenue facile et intéressante sous la plume de M. Favrot. On éprouve une certaine satisfaction à voir ces phénomènes remarquables qui se passent à chaque instant sous nos yeux, expliqués avec clarté, méthode, précision, et cela sans le secours d'aucun calcul, par le seul raisonnement. C'est là un grand avantage, qui fait de cet ouvrage un traité élémentaire mis à la portée de toutes les intelligences ; nous devons cependant avouer que la mécanique a peut-être été traitée trop légèrement M. Favrot aurait dû s'aider ici d'un peu de calcul ; car, malgré toute l'attention que l'on peut apporter aux explications qu'il donne pour faire comprendre les lois de la pesanteur, de l'action des forces, du centre de gravité de la chute des corps, etc., cette partie de la physique laisse dans l'esprit quelques points un peu obscurs que les mathématiques auraient pu éclairer ; il est vrai que l'auteur se fût alors écarté du plan qu'il s'était tracé, puisque son but était de démontrer la physique sans mathématiques.

La chaleur a été traitée avec soin ainsi que l'électricité ; nous félicitons l'auteur des exemples heureux qu'il a choisis pour l'explication du phénomène qu'il démontre.

La lumière et l'acoustique ont aussi trouvé leur place, et ce qu'il en dit est bien suffisant pour nous faire comprendre les phénomènes que nous présentent ces deux parties de la physique.

Dans la chimie, nous avons remarqué la clarté et la concision, avec laquelle M. Favrot explique la nomenclature et la théorie atomique. Il n'a pas craint ici d'entrer dans des détails même minutieux pour faire comprendre aux élèves tous les faits sur lesquels repose cette théorie qui leur semble si difficile d'abord. Les divers procédés employés pour arriver à connaître le poids des atomes y sont expliqués avec la plus grande précision, et les élèves pourraient faire eux-mêmes les expériences qu'indique l'auteur, malgré les difficultés dont elles semblent entourées.

Le soin qu'a apporté M. Favrot pour indiquer les moyens de reconnaître les falsifications que l'on fait subir aux produits pharmaceutiques, ou les impuretés que renferment accidentellement ces mêmes produits le rend très utile aux pharmaciens ; souvent aussi, dans les examens, les professeurs insistent sur ces moyens que les élèves ne peuvent connaître, parce que les ouvrages qu'ils ont entre les mains n'en parlent pas, et qu'ils n'ont pu les retenir dans les cours. M. Favrot les a réunis à la fin de chaque corps.

L'histoire chimique du sang et du sperme, celle du lait, de l'urine et des calculs urinaires avec les analyses organiques sont aussi étudiés avec soin.

Vient ensuite la pharmacie. Nous ne pouvons faire un plus bel éloge de la manière dont cette partie des sciences médicales est traitée, qu'en disant que c'est un excellent cours pratique de pharmacie.

L'auteur fait ici de longs emprunts à l'excellent Traité de Pharmacie de M. Soubeiran. Il ne pouvait choisir un meilleur ouvrage et nous le félicitons sincèrement d'avoir préféré s'inspirer d'un tel maître plutôt que de s'être fié à ses propres lumières. D'ailleurs M. Favrot a eu le courage et la modestie de nous prévenir dans sa préface qu'il a réuni dans son ouvrage les faits les plus importans et les opinions des plus célèbres professeurs ; il a eu au moins le mérite de savoir bien choisir, et celui, non moins louable de nous faire connaître la source où il a puisé, les matériaux qui lui ont servi à la confection de son œuvre.

Disons en outre que M. Favrot a eu le bon esprit de multiplier les figures et de les intercaller dans le texte. C'est là un avantage qui est trop bien senti de nos jours pour que nous nous bornions à le mentionner.

En résumé, nous croyons qu'il est difficile de faire un ouvrage à la fois plus élémentaire et plus complet que celui-ci. M. Favrot a parfaitement compris ce qu'il fallait aux élèves ; il leur a rendu un véritable service. Aussi pouvons-nous lui prédire un heureux succès, et l'engager à continuer de semblables travaux. Il sait trop bien ce qui convient aux élèves pour en rester là.

L. B.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 13 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 83, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU ANNEXE. — M. LEGROUX.

PLUSIEURS CAS DE PNEUMONIE TRAITÉS PAR LES SAIGNÉES RÉPÉTÉES. EXPOSÉ DE CETTE MÉTHODE DE TRAITEMENT.

Première observation. — *Pleuro-pneumonie à gauche des deux tiers inférieurs du poumon, d'abord au premier degré, à son entrée, le lendemain au deuxième. Symptômes d'entéro-mesentérite. Saignées répétées. Guérison.*

Jean D., né dans les Landes, vingt-huit ans, garçon boulanger, à Paris depuis un an ; cheveux blonds cendrés, constitution très forte, tempérament sanguin, santé habituellement très bonne ; seulement, il y a cinq ans, il a eu pendant deux mois une maladie de ventre pour laquelle on l'a purgé deux fois. Il est maintenant malade depuis treize jours.

Depuis le premier janvier, il avait du malaise, une soif vive, pas d'appétit, bouche pâteuse, pas de mal de ventre, pas de fièvre ; mal de tete peu prononcé.

Le sixième jour, dévoiement, trois et quatre selles par jour ; pas de mal de ventre, pas de fièvre, pas de toux.

Le dixième jour, ayant bien chaud, il va boire un litre de vin et d'eau, une bouteille de bierre et quatre sous d'eau-de-vie, et en revenant; il est saisi par un froid violent. Le dévoiement n'a éprouvé aucun changement, mais le lendemain matin, le malade se sent faible, tousse un peu ; crachats en petite quantité, léger point de côté au-dessus et en dehors du sein gauche, soif vive, pas d'appétit, pas de sueur. Il s'alite. Pas de crachats rouillés, au contraire, crachats bien blancs. Depuis deux jours, cessation du dévoiement, augmentation de la toux et de la douleur de côté, dont le maximum d'intensité a eu lieu depuis son entrée. Pas de sommeil depuis quatre jours. Il ne prend que des tisanes adoucissantes. Il est venu en voiture.

14 janvier. Figure animée, pommettes injectées, herpès sur la lèvre supérieure, langue blanchâtre, soif peu vive, pas d'appétit ; pas de mal de ventre, si on n'exerce pas de pression, mais en pressant, douleur à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite ; pas de gargouillement, ventre tendu, rénitent, ballonné à un degré assez prononcé, pas de taches. Pas de selles depuis 36 heures ; il est à lé en dévoiement. Forte céphalalgie frontale, faiblesse très grande, peau chaude, halitueuse, pouls 9 environ, médiocre, plein et développé ; pas de sommeil, rêves désagréables ; respiration gênée, 28 à 30 ; toux fréquente, pénible, crachats peu visqueux, légèrement, mais évidemment safranés ; douleur au dessous du sein gauche, augmentée par la toux, l'inspiration et la pression. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne fournissent aucun résultat anormal pour le côté droit et la partie antérieure du côté gauche; seulement la sonorité est généralement faible, les parois thoraciques sont épaissies. En arrière à gauche, crépitation sèche dans les deux tiers inférieurs et sous l'aisselle ; pas de respiration bronchique, ni bronchophonie, ni œgophonie ; la voix ne retentit presque point. Dans le tiers supérieur, respiration pure. Rien de notable au cœur.

Saignée de 4 palettes.

15 janvier. Caillot volumineux, très peu de sérosité, couenne peu étendue. Il se trouve plus faible qu'hier. Rien de nouveau du côté du ventre. Point de côté au même degré, respiration gênée, crachats visqueux ; encore souffrance en quelques points. Le râle crépitant a disparu ; respiration bronchique et bronchophonie sous l'aisselle. Ailleurs râle sibilant ; pouls à 92 ; figure pâle ; pas de sueur ; langue blanche ; peu de sommeil. Saignée matin et soir (3 palettes) ; ventouses scarifiées ; 2 palettes ; cataplasme ; diète et mauve sucrée.

16 janvier. Peu de sérosité dans la première saignée ; couenne épaisse et ferme ; caillots volumineux ; ventre ferme. La saignée d'hier au soir n'est que d'une palette ; il se trouva mal : pas de couenne, pas de sérosité. Se trouve beaucoup soulagé du point de côté dès la première saignée. Crachats moins visqueux, aérés. Respiration bronchique dans la fosse sous-épineuse ; tiers moyen du poumon ; rien que du râle muqueux sous l'aisselle ; soif vive ; pouls à 96, assez petit ; 4 selles ; pas de douleur au ventre maintenant ; figure pâle, un peu de sommeil. Mauve sucrée, 2 pots ; looch ; demi-lavement ; diète.

17 janv. Hier soir il était bien faible ; son pouls était à 110 et les crachats de nouveau safranés ; il a dormi un peu. Aussi faible qu'hier ; cependant la figure est calme, la peau fraîche, la langue un peu blanche. Soif peu vive ; pas de selles ; pouls, 80 à 84. Pour la poitrine, même état qu'hier. Violettes sucrées, 1 pot ; looch avec 1 gr. de kermès ; cataplasme sur le ventre ; diète.

18 janvier. Va très bien ; pas de fièvre ; peau fraîche ; une selle ; langue blanchâtre ; encore un peu de respiration bronchique ; râle fin. 4 gr. kermès ; mauve sucrée ; bouillon coupé.

19 janvier. Il va bien. 4 gr. kermès ; 2 bouillons ; 1 potage.

20, 21 janvier. Très bien. Quart d'alimens ; lait ; kermès, 4 gr.

22 janvier. Bien ; un peu de râle sous-crépitant, pas de souffle.

24 janvier. Hier tout à coup dévoiement ; 5 à 6 selles. Ventre indolent ; se trouve faible ; pouls à 88. Diète.

25 janvier. Sept selles. Se trouve bien aujourd'hui ; appétit. Mauve sucrée ; looch blanc ; 2 bouillons, 1 pot.

26 janvier. Une selle ; très bien. Quart d'alimens.

27 janvier. Deux selles ; lavement amidonné, pavot. Quart d'alimens.

28 janvier. Une selle avec lavement. Demie d'alimens.

3 février. Entièrement débarrassé.

4 février. Sorti.

Deuxième observation. — *Pneumonie des deux cinquièmes postérieurs du sommet du poumon droit. Premier degré. Sujet faible. Emphysème. Catarrhe chronique.*

Philippe Chiron, né à Saint-Bonnet (Puy-de-Dôme), 58 ans, scieur de long, cheveux autrefois châtains, teint jaunâtre, constitution peu forte, embonpoint très peu notable ; jamais n'a été bien gros pour son âge ; il paraît bien affaibli. A vingt-sept ans, il a eu une fluxion de poitrine du côté gauche ; il a été malade trois mois. Depuis ce temps, à part une première hernie qui lui est survenue en faisant des efforts à trente ans, il s'est assez bien porté jusqu'à il y a neuf ans. A cette époque, deuxième hernie ; puis, il y a huit ans, il s'est refroidi, commence à tousser, à avoir la respiration gênée et des battemens de cœur. Du reste, pas de douleur ; jamais les jambes ni le ventre enflés. Souvent il a la figure rouge ; mal de tête fréquent ; crachats blancs et abondans. La maladie actuelle date du 25 janvier. Sans cause connue, il est pris de frisson, fièvre et point de côté au-dessous du sein droit ; même toux qu'auparavant ; crachats non-sanglans ni visqueux ; la dyspnée habituelle n'augmente pas ; sueurs dans la nuit du 25 au 26. Depuis ce temps, pas de transpiration ; il avait souvent du tremblement.

Le 27, trois selles en dévoiement ; pas de mal de ventre ; il n'a pas vomi ; perte d'appétit et soif vive dès le début. Il a pris des tisanes et des loochs pour se traiter.

Le 28 au soir, décubitus possible à droite et à gauche ; ne se sent pas très faible ; teinte jaunâtre de la face ; pas d'injection ; physionomie assez naturelle ; langue blanchâtre, humide en arrière ; soif vive, appétit nul ; pas de dévoiement. Poitrine saillante des deux côtés, en avant et en arrière. Dyspnée peu considérable lorsqu'il ne parle pas. A peu près 24 à 28 batt. Douleur de côté au-dessous et au-dessus du sein droit, crachats muqueux ; sonorité très forte en avant des deux côtés, plus faible à la région de l'omoplate à droite qu'à gauche. Bruit respiratoire plus faible en avant à droite et à gauche, et en arrière à gauche, en avant à droite, vers la partie moyenne et externe, râle sous crépitant très fin et assez abondant ; à gauche en arrière, vers la partie inférieure, même râle, mais plus nombreux ; à droite en arrière, dans les deux cinquièmes supérieurs, râle crépitant, nombreux, et au-dessous, bruit respiratoire faible, mais pur ; pas de respiration bronchique, de bronchophonie ni d'égophonie.

Le 28 au soir, la matité du cœur ne paraît pas augmenter ; les bruits sont sourds, mais réguliers et normaux, l'impulsion est faible ; pouls à 102, assez fort et plein. Pas de sommeil depuis huit jours ; la toux le gêne beaucoup. Saignée de 3 palettes.

Le 29, se trouve beaucoup mieux ce matin. Crachats séro-muqueux ; douleur de côté faible ; râle crépitant devenu un peu plus gros. Pouls à 76, petit ; figure bonne. Le sang de la saignée offre une couche de 4 à 5 lignes d'épaisseur, de couleur de couenne, semblable et liquide comme de l'huile, et 2 à 3 lignes de matière colorante au-dessus également diffluante. Lierre terrestre ; oximel scillitique ; julep avec demi-once sirop d'ipéc.

Le 30, crachats de matière bien safranés, aérés, un peu visqueux. Pouls à 112 ; peau fraîche. Plus de douleur. Râle muqueux, large là où était la pneumonie. Lierr. terr. ; oxim. scillit. ; julep avec demi-once sir. d'ip.

Le 31, pouls à 94 ; crachats encore safranés. Il n'y a plus que du râle sous crépitant.

1er février. Il va bien. Quelques bulles humides ; crachats abondans encore, un peu safranés. Il est un peu faible. Même prescription.

2 février. Il va bien. Même prescription. Le quart d'alimens.

3 février. Il va bien. Même prescription.

4 février. Il éprouve un peu d'oppression. Potion antispasmodique ; le quart d'alimens.

5 février. Il a vomi ; du reste, même état. Le quart d'alimens, la demie de vin.

6 février. Pouls toujours un peu fréquent ; râle muqueux et sous-crépitant au sommet à gauche en arrière.

10 février. Il va bien. Il avait eu un peu de fièvre. Ces jours derniers on avait supprimé le vin. Gomme sucrée. Le quart d'alimens.

27 février. Il est sorti guéri.

Troisième observation. — *Pleuro-pneumonie centrale le premier jour, périphérique au deuxième degré et double au commencement du deuxième ; un tiers puis deux tiers inférieurs des deux côtés.*

François, né à Rouen, âgé de trente-trois ans, mécanicien, cheveux châtains, teint pâle, constitution peu forte, assez chétive. Ses parens se portent très bien. Avant il a dix ans, sa santé habituellement bonne, à part quelques légers rhumes dans son enfance. Depuis dix ans, chaque hiver, rhume violent, qui dure trois et quatre mois ; pas de crachats de sang, de fièvre, de douleurs de poitrine ; mais dyspnée à un degré assez considérable. Pas de palpitations. Les rhumes ne l'ont pas fait maigrir. Malade depuis hier soir, il avait marché dans la neige assez longtemps, lorsque le soir, en rentrant sans avoir sué, frisson, puis mal de tête et point de côté à deux pouces en dehors et au-dessous du sein gauche ; fièvre, toux ce matin sans crachats de sang ; crachats blancs.

Depuis ce matin la toux est très fréquente, quinteuse ; les crachats abondans.

Au soir, décubitus sur le côté droit, figure amincie, mais peu altérée ; teinte blafarde ; céphalalgie frontale ; respiration gênée, fréquente 34 à 40 ; plusieurs crachats aérés, blancs ; un seul d'un rouge vif, uniforme ; douleur de côté augmentant par la percussion, l'inspiration et la toux; percussion et bruit respiratoire à peu près normal ; respiration un peu plus faible à droite qu'à gauche. Rien au cœur. Pouls à 108, assez petit ; peau de chaleur un peu augmentée.

Pas de mal de ventre ni de dévoiement ; pas de sommeil cette nuit.

5 février. Un peu soulagé par la saignée. Pas de couenne ; caillot volumineux (1/8 seros.) assez ferme. 2 pots de tisane ; saignée de 3 pal. matin et soir.

Crachats sanglans, d'un rouge vif, peu visqueux ; douleur de côté persistante ; dyspnée, 42, 44. A gauche, en arrière, dans le tiers moyen, respiration bronchique et bronchophonie s'étendant sous l'aisselle, pas de râle crépitant ; à droite, même phénomène dans les deux tiers inférieurs, pas sous l'aisselle. Pouls, 92, de moyen volume.

6 février. Très bien ; crachats encore les mêmes ; a dormi deux heures ; il est en moiteur ; se trouve mieux. Douleur de côté, un peu diminuée, mais existe encore; toux encore assez fréquente ; respiration bronchique beaucoup diminuée en étendue et en intensité ; il n'en existe plus guère qu'à la racine des bronches, elle est faible en comparaison de ce qu'elle était ; quelques bulles de râle crépitant assez sec pendant la toux en bas des deux côtés. Au tiers supérieur, la respiration à peu près pure. Pouls, 84, assez petit ; langue légèrement blanche. Sang de la première saignée pas couenneux, 2 pal., peu de séros.; caillot assez ferme. Sang de la deuxième saignée, peu de sérosité, couenne de 2 lignes, ferme, soulève tout le caillot, ne se laisse pas rompre. Mauve, 2 pots ; diète.

7 février. Respiration aux., se trouve plus mal ; pouls, 100, assez fort ; douleur dans tout le côté droit. La figure n'est pas très altérée ; la respiration bronchique a fait des progrès en intensité à droite ; à gauche, peu de changement ; en bas, à droite, râle muqueux et crépitant assez abondant. Pas de sommeil. Saignée, 3 pal.; 4 gr. émet.

8 février. Le sang d'hier, sérum trois cinquièmes limpide, caillot ferme, coenneux, épais, de une ligne et demie, en champignon. A beaucoup vomi par sa potion et se dit bien faible. La figure n'est pas altérée ; il a à peu près 86-90, et la bronchophonie a beaucoup diminué. Potion continuée.

9 février. Pouls, 85 ; figure bonne, se trouve mieux.

10 février. Pas de fièvre, figure bonne, peau moite.

12 février. Encore un peu de râle sous-crépitant ; plus de respiration bronchique. Quart d'alimens.

13 février. Se plaint de douleurs dans le membre supérieur gauche, principalement aux articulations. Va bien du reste. Quart d'alimens.

21 février. Se plaint un peu d'oppression. On ne trouve cependant rien. Demie d'alimens depuis hier.

2 mars. S'en va rétabli.

Quatrième observation. — *Pleuro-pneumonie à droite, deuxième degré dans les quatre cinquièmes inférieurs, à l'arrivée du malade. Saignées répétées. Guérison.*

Jean Marie, cinquante-deux ans, corroyeur, marié, né à Fontenay-aux-Roses (Seine), à Paris depuis trente ans ; cheveux bruns, tempérament bilieux, constitution assez forte. Il n'était point sujet à s'enrhumer l'hiver avant la maladie actuelle. Il dit avoir eu trois fluxions de poitrine;

il crachait du sang, toussait beaucoup. Il ne s'est rétabli de la première qu'au bout de trois mois; il y a de cela dix huit ans. La deuxième, il y a à peu près huit ans; la troisième, il y a cinq ans. Il est venu à l'Hôtel-Dieu, où il est resté un mois pour chacune de ces deux dernières. A chaque fois on lui fit une application de sangsues sur le côté malade : c'était à droite. Il croit pouvoir attribuer ces maladies à un refroidissement.

La maladie actuelle date du 13 janvier, sans cause évidente survenue la veille ou le jour de l'invasion; sans rhume antécédent. Le 15 au matin frisson très fort, point de côté à droite, au-dessous du sein, puis toux, difficulté de respirer. Ne sait si à ce moment il a craché du sang. Il ne s'est aperçu qu'ici que ces crachats étaient teints en rouge. N'a presque pas eu de sueurs; fièvre forte. Jusqu'au 18 rien de nouveau. Le 18 au soir, la toux, la fièvre, la difficulté de respirer et le point de côté, sont à leur maximum d'intensité. Depuis ce temps, le point de côté, la toux, la fièvre, la dyspnée ont beaucoup diminué; cependant pas de sommeil, soif vive, perte d'appétit, pas de dévoiement, céphalalgie frontale forte.

20 janvier au soir. Figure un peu animée, peu d'abattement; langue blanchâtre, soif vive; bouche pâteuse, amère; pas d'appétit; pas de nausées; une selle tous les jours; pas de mal de ventre. Pouls à 85-90, assez fort et plein; peau d'une bonne chaleur; pas de sueur. Respiration, 26-28 à peu près; douleur de côté au-dessus du sein droit beaucoup diminuée, mais augmentant encore par la toux et la respiration; toux peu fréquente et pénible; trois crachats d'un rouge jaunâtre, visqueux.

La percussion et l'auscultation donnent des résultats négatifs pour tout le côté gauche, et pour la partie antérieure du côté droit. En arrière du même côté, diminution considérable de la sonorité dans toute l'étendue de la face postérieure; sous l'aisselle, un peu de diminution également. Bruit respiratoire assez net dans le cinquième supérieur du poumon droit; dans les quatre cinquièmes inférieurs et sous l'aisselle, mélange de râle crépitant très fin et extrêmement abondant, de respiration bronchique et de bronchophonie d'une intensité médiocre. Pas d'égophonie. Rien au cœur. Saignée de 3 palettes.

21 janvier. Se trouve un peu soulagé. La saignée a diminué immédiatement la dyspnée; respiration, 28; pouls, 84, assez fort. Le point de côté est encore bien douloureux à la percussion. A-peu-près mêmes phénomènes que hier pour le poumon; couenne de 3 lignes sur les bords, très épaisse et dense partout; peu de sérosité. Mauve sucrée, 2 pots; saignée matin et soir, 3 pal; diète.

22 janvier. Couenne très épaisse et ferme sur la première saignée, très peu de sérosité; sur la deuxième, couenne épaisse, mais infiltrée. En bas, râle crépitant très abondant; au dessus bronchophonie. Il est un peu faible, se trouve cependant bien.

Emet. 4 gr., mauv. suc., diète.

23 janvier. 20 selles, se dit bien, paraît cependant faible, pouls 72, quelquefois inégal; langue blanche. Pas de douleur dans le ventre. En haut et en arrière à droite on entend faiblement le bruit respiratoire; en bas encore respiration bronchique et un peu de râle crépitant.

Mauv. 2 pots, looch bl., bouillon.

24 janvier. La partie supérieure du poumon devient un peu perméable; la partie inférieure et l'aisselle ne changent pas. Pouls assez large. Le malade se dit bien.

25 janvier. Il va très bien. 2 potages.

26 janvier. Il va très bien. Quart d'alimens.

27 janvier. Râle sous-crépitant là où il y avait respiration bronchique. Il va bien.

1er février. Il s'en va guéri.

Cinquième observation. — *Pleuro-pneumonie très aiguë à droite : premier degré. Moitié supérieure externe et postérieure à l'entrée. Le lendemain, deuxième degré sous l'aisselle. Saignees répétées. Guérison.*

Jean J., trente-huit ans, maçon, marié, né à Baroyer (Creuse), à Paris depuis deux ans; constitution très forte, tempérament sanguin, cheveux bruns; santé habituellement bonne jusqu'à la maladie actuelle. Le 5 janvier, à la suite d'excès de boissons, il se couche, et le lendemain matin, en se levant, il est pris d'étourdissement et de faiblesse; il tombe sans perdre connaissance et se relève aussitôt lui même, puis se remet au lit. Soif, fièvre, douleur dans tout le côté droit du tronc, enrouement, voix cassée, besoin de tousser retenu par le point de côté, pas de crachats. Il ne commence à tousser que le 10, et à cracher que dans la nuit du 10 au 11 janvier; ses crachats étaient blancs. La nuit dernière la toux est devenue très fréquente. Ce matin, il aperçoit du sang dans ses crachats : ils étaient rouillés comme ceux qu'il me montre, qui le sont en effet.

Le 7 et le 8, vomissemens et selles répétées, sans mal de ventre; matière des vomissemens jaune verdâtre; les selles étaient sanguines. Perte d'appétit dès le début. Tisane des quatre fleurs, une saignée. Le 8, il avait une céphalalgie qui dure encore, et qui a été un peu diminuée par la saignée et des bains de pied; mais le dévoiement persiste au même degré; les vomissemens n'ont duré qu'un jour. Il n'a pas sué; depuis deux nuits pas de sommeil.

11 janvier, au soir. Céphalalgie générale assez forte, figure animée avec teinte jaunâtre générale; yeux brillans; bouche amère, pâteuse; langue rouge sur les bords, blanche au milieu, soif vive, pas d'appétit; pas de nausées, point de douleurs à l'épigastre, ventre souple, indolent; gargouillement dans la fosse iliaque droite; trois selles colorées en rouge, sans douleur; urine bien; pouls 92-96, large, plein, assez mou; peau chaude, sans être sèche et aride. Voix cassée et enrouée; respiration un peu plus fréquente qu'à l'ordinaire, moins gênée que les premiers jours; douleur vague dans le côté droit de la poitrine, et l'hypogastre du même côté; toux peu fréquente maintenant; crachats jaune-rougeâtre, visqueux, peu aérés et en petite quantité; la sonorité semble un peu plus faible à gauche en avant qu'à droite; sonorité bonne à gauche; bruit respiratoire pur en avant à gauche, rhoncus à droite dans le même sens; en arrière, rien à gauche; à droite, râle crépitant très abondant, fin, avec un peu de râle, ronflement dans la moitié supérieure; dans la moitié inférieure, quelques bulles de râle fin et rhoncus; sous l'aisselle comme en bas, point de chevrottement ni de respiration bronchique, de broncophonie; le râle crépitant disparaît par intervalle, et on n'entend plus que du râle ronflant et à grosses bulles. Saignée de 3 palettes.

12 janvier. Se sent plus mal qu'hier; figure moins animée, voix cassée; pouls 120, peu fort; en avant râle muqueux des deux côtés, plus abondant à droite; rien à gauche en arrière; à droite, dans le quart supérieur, râle muqueux, bruit respiratoire sensible; dans la partie inférieure, râle, ronflement et crépitation; sous l'aisselle, râle, gonflement et égophonie; matité assez prononcée dans ces deux derniers points; douleur de côté très vive au dessous du sein. Quatre selles, ventre non douloureux, pas de vomissemens; langue rouge, blanche à la pointe; soif. Sang d'hier soir, caillot épais, recouvert d'une couenne de 3 lignes, très peu de sérosité. Saignée matin et soir; vent. scar., 3 pal.; loochs bl., catap., mauv. suc., diète.

13 janvier. Figure calme, pas de douleur de côté, peau moite, pouls 92, plein, assez fort, respiration calme, beaucoup moins accélérée; râle muqueux en arrière à droite; sous l'aisselle râle crépitant très abondant, et encore un peu de bronchus; on ne trouve pas d'égophonie; crachats encore un peu safranés et visqueux; langue rosée sur les bords; pas de dévoiement. Sang de la première saignée recouvert de couenne moins épaisse et moins dense que celle d'hier. Sérum peu abondant et limpide. Sang de la deuxième saignée, couenne semblable, mais pas générale. La saignée a été faite en deux temps. Les rondelles des ventouses sont en quelques points couenneuses; elles sont fermes, le sérum plus abondant que dans les saignées; il est limpide.

14 janvier. On a fait, hier soir, une saignée d'une palette. Il se trouve bien. Peau fraîche; pouls à 120, fort; langue blanche, non humide ni sèche; percussion un peu moins sonore en arrière; à droite râle ronflant; sous l'aisselle, en haut, un peu de respiration bronchique; en bas, respiration bronchique et râle crépitant très fin, abondant; 4 selles depuis hier. Ventre peu développé, gargouillement dans la fosse iliaque. Il dit s'être promené cette nuit, mais il l'a rêvé probablement; car personne ne l'a vu. Il semble avoir un peu de délire. Saignée conditionnelle pour le soir.

15 janvier. La saignée a été faite hier soir, parce qu'il y a de la crépitation en arrière, et sous l'aisselle encore un peu de respiration bronchique; bronchophonie avec pouls comme le matin; ne se trouve pas mal, a dormi toute la nuit; sueur abondante; pouls à 84, plein, large, pas très résistant. La figure n'annonce pas d'abattement, au contraire; crachats encore visqueux, blancs; en arrière, le râle crépitant et rempli de râle à grosses bulles; le bruit respiratoire s'entend sous l'aisselle; encore râle crépitant, et peut être un peu de respiration bronchique et de frottement. Le caillot de sang est encore volumineux, couenne de 3 lignes, très ferme (2 palettes et demie). Bouillon coupé.

16 janvier. 3 selles; s'est levé en sueur pour aller aux lieux. Il a une douleur au-dessous des fausses côtes droites; langue belle; pouls à 84, large et plein; râle muqueux dans tout le poumon droit; 4 selles en dévoiement; se trouve faible; figure bonne. Looch bl.; bouillon coupé; lavement avec 6 gouttes de laudanum.

17 janvier. Il va très bien. Râle muqueux et ronflant dans toute la poitrine, à droite; pouls 80; 3 à 4 selles. 2 tasses de bouillon coupé.

18 janvier. Très bien. Mauve sucrée; looch blanc; 2 tasses de bouillon.

19 janvier. Très bien. 2 potages; lait, 2 tasses.

20 janvier. Râle muqueux. Quart d'alimens.

21 janvier. *Exeat.*

— Ces observations viennent en confirmation des résultats déjà publiés par M. Legroux, sur l'efficacité des saignées répétées dans le traitement de la pneumonie. Elles nous paraissent être d'autant plus concluantes, qu'assurément elles ne constituent point des cas de pneumonie simple : dans le premier cas, en effet, ont existé quelques symptômes d'entéro mésentérite; dans le second, il y avait complication de catarrhe chronique et d'emphysème; dans le troisième, la pneumonie était double; dans le quatrième, elle était déjà au deuxième degré au moment de l'entrée du malade à l'hôpital; dans le cinquième enfin, la pneumonie était très aiguë. Nonobstant ces circonstances défavorables, l'efficacité des saignées répétées a toujours été la même.

M. Legroux possède déjà un grand nombre de faits qui démontrent la supériorité du traitement de la pneumonie par les émissions sanguines répétées. Sur 118 pneumonies traitées de la sorte, et dont les observations ont été recueillies avec soin par M. Saussier, interne alors du service (1839), 9 seulement sont morts. Il faut reconnaître que ce résultat est on ne peut pas plus favorable, et qu'il est bien douteux que l'on soit en droit d'en espérer autant des différentes autres méthodes de traitement que l'on a conseillées pour combattre la pneumonie. Pour reconnaître la justesse de cette proposition, il nous suffira de citer l'opinion des différens auteurs concernant la mortalité qui s'observe dans la pneumonie.

M. Chomel évalue à un quart la mortalité de la pneumonie, traitée dans les hôpitaux. (Dictionn. de médecine, *Pneumonie.*) Sur 300 cas de pleuro-pneumonie, traités par les méthodes exposées dans les ouvrages de MM. Andral, Louis et Chomel, 100 ont été mortels. Sur 152 péri-pneumoniques, traités par M. Bouillaud, depuis le mois de septembre 1831 jusqu'au mois de mars 1836, 18 succombèrent; c'est-à-dire 1 sur 8 à 9. Enfin, pendant l'année 1839, M. Chomel a traité à l'Hôtel-Dieu à-peu-près 60 pneumoniques, dont 10 sont morts; moyenne, 1 sur 6, et pendant cette année, 55, dont 8 sont morts, c'est-à-dire 1 sur 6 1/2 environ. Ainsi l'avantage reste du côté de M. Legroux, puisque en traitant 118 pneumoniques par les saignées répétées, il n'a perdu que 9 malades; ce qui établit la moyenne de la mortalité à 1 sur 13 1/9.

Voici en quoi consiste le traitement de la pneumonie par les saignées répétées : Une saignée générale de 3 palettes est pratiquée de douze en douze heures, en commençant le soir même de l'entrée du malade à l'hôpital. A part les modifications qui peuvent être dictées par l'intensité de la pneumonie, si les trois premières saignées faites dans les premières vingt-quatre heures, sont suivies d'un amendement notable, au lieu de pratiquer la quatrième saignée au bout de trente-six heures, on attend pour voir ce qu'elle deviendra. Si au bout de quarante-huit heures l'état du malade empire, ce qui arrive rarement, on recommence le traitement.

Les saignées locales sont peu employées par M. Legroux. Parmi les moyens adjuvans, ce praticien a souvent recours au vésicatoire, qu'il n'a jamais vu occasionner la recrudescence fébrile que quelques auteurs lui attribuent. L'émétique n'est pas fréquemment employé par M. Legroux. Enfin, les purgatifs sont souvent employés par lui vers la fin de la période d'accroissement de la pneumonie, comme révulsifs et perturbateurs.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Déformation du bassin. Travail long-temps prolongé. Rupture de l'uterus. Mort. Circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit s'abstenir.

Dans la nuit du 3 au 4 juin, l'on apporta à la clinique une femme en travail depuis le 29 mai, et dans un état désespéré, sans pouls, sans voix. Dans de semblables circonstances, la première chose à faire, c'était de chercher à ranimer un peu les forces de cette femme, pour ensuite prendre un parti sur ce qu'il y aurait à faire. Cependant, un pied s'étant présenté à la vulve, l'on opéra quelques tractions, l'on dégagea les extrémités inférieures et le tronc, mais la tête fut arrêtée. A ce moment la femme fut prise d'une syncope et mourut.

Il y a quelques années, M. Dubois fut appelé pour une femme qui, depuis long-temps, était en travail. Il jugea convenable de pratiquer la perforation du crâne, et comme le travail ne paraissait pas devoir se terminer promptement, il fit l'application du forceps; mais avant que cette manœuvre fût terminée, la femme succomba.

Chez une femme de Vaugirard, affaiblie par un travail qui durait depuis long-temps, M. Dubois, reconnaissant une présentation de l'épaule, se disposa à opérer la version; il amena les extrémités inférieures et le tronc hors de la valve; mais la tête s'arrêta : à ce moment la femme rendit le dernier soupir.

Deux motifs peuvent forcer le médecin à terminer un accouchement, l'espoir : 1° de soulager la mère; 2° de sauver la vie de l'enfant. Or, quand un travail dure depuis très long-temps, que la mère est dans un état de faiblesse extrême, cette dernière raison n'existe pas.

Pour ce qui est de l'intérêt de la mère, on peut espérer que l'accouchement la mettra dans un état meilleur; mais quelles que soient les opérations auxquelles l'on ait recours, l'application du forceps, la version, l'on ajoute aux conditions fâcheuses dans lesquelles elle se trouve, les dangers de l'opération. D'une autre part, le fait seul de l'évacuation de l'utérus apporte des modifications qui, même dans les cas ordinaires, cause des accidens, comme la faiblesse générale et même la syncope. La rapidité de cette modification aggravera donc la position de la femme.

Dans de semblables circonstances, la première chose à faire, est de rappeler les forces de la malade; et une fois ce résultat obtenu, on prend le parti que la position de la femme exige. Ainsi, l'on applique le forceps ou l'on fait la version, suivant qu'on le juge convenable.

Il y a donc des cas dans lesquels on doit s'abstenir ainsi que le prouvent les exemples qui précèdent.

— Voici ce que l'on a trouvé à l'autopsie de la femme dont il vient d'être question :

La cavité abdominale était très distendue par des gaz; il y avait dans le péritoine une certaine quantité de sérosité sanguinolente et une matière noirâtre qui exhalait une forte odeur de gangrène. A la partie antérieure de l'utérus, à la réunion du corps avec le col, l'on voyait une énorme déchirure transversale, dans laquelle était venue se lober une partie de la tête du fœtus, ainsi qu'une portion du placenta. Le bassin était vicié, son diamètre sacropubien ne présentait que 3 pouces moins 2 lignes. La déchirure n'intéressait pas la vessie.

Voici les renseignemens très imparfaits que l'on a obtenus sur le compte de cette malheureuse. Le travail a com-

mencé le 29 mai dans la journée ; les membranes se sont rompues le soir du même jour. Cette femme resta dans cette position jusqu'au 3 juin ; ce jour-là les douleurs ayant cessé tout à coup, la sage-femme qui lui donnait des soins fit appeler un médecin, qui crut ne pouvoir mieux faire que d'envoyer cette femme à la clinique. On sait le reste.

Si cette femme avait reçu des soins éclairés, il est probable qu'elle n'aurait pas succombé comme cela est arrivé. Une personne instruite aurait été frappée de l'élévation des parties du fœtus qui devaient se présenter les premières, et cette circonstance l'aurait conduite à introduire, non pas le doigt, mais la main tout entière, pour savoir à quoi s'en tenir sur les dispositions des parties. Ainsi, d'un côté, présentation vicieuse (car dans le cas de déformation du bassin, c'est presque toujours l'épaule qui se présente) ; et, d'un autre côté, mauvais secours, voilà ce qui a conduit cette femme au tombeau.

Les cas de ce genre (présentation de l'épaule, le bassin étant déformé) ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire tout d'abord, et ils peuvent s'expliquer d'une manière satisfaisante : sur la fin de la grossesse, la tete s'engage un peu dans le détroit supérieur pour ne plus le quitter ; ou si elle s'en éloigne un moment, c'est pour y revenir aussitôt. Si l'on suppose une diminution dans un ou plusieurs des diamètres du détroit supérieur, la tête ne pourra pas s'y engager et elle restera mobile au dessus du détroit ; de là facilité et fréquence des présentations de l'épaule. Il y a donc, dans des cas semblables, réunion de deux circonstances fâcheuses : 1° déformation du bassin ; 2° présentation vicieuse.

Comment s'est faite la rupture ? Les renseignemens manquent à ce sujet ; cependant, l'on a su de la bouche de la femme qu'aucune tentative n'avait été faite pour extraire l'enfant. Par conséquent la rupture est étrangère à toute espèce de violence extérieure, et s'est opérée spontanément sous l'influence des contractions utérines trop long temps prolongées ; rupture tout à fait analogue à celles que l'on observe dans certaines circonstances, dans les muscles de la vie de relation

Il y a quelques années, l'on apporta à la Clinique une femme qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que celle dont il est ici question. M. P. Dubois introduisit sa main dans l'utérus, et fut étonné de n'y rien trouver. Cette femme ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, l'on trouva les parois abdominales distendues par un corps, dont la forme arrondie se dessinait parfaitement sur ces mêmes parois : ce corps, c'était l'œuf lui-même qui était placé sur la face antérieure de l'utérus qu'il déprimait. En déplaçant le fœtus, l'on apercevait à la réunion du corps de l'utérus avec le col, une énorme déchirure qui avait intéressé la vessie et livré passage au produit de la conception. Il s'était fait par suite de la déchirure de la vessie un épanchement d'urine dans l'abdomen, et tous les points du péritoine qui avaient été en contact avec ce liquide présentaient une coloration jaune comme s'ils avaient été touchés par l'acide nitrique. Dans ce cas aussi la rupture était spontanée ; mais il n'y avait pas de difformité du bassin.

Fièvre puerpérale.

L'épidémie de fièvre puerpérale qui, depuis quinze jours environ, sévit dans les salles de la clinique d'accouchement, paraît près de son terme. L'invasion d'une maison d'accouchement par une semblable épidémie est toujours un événement fâcheux, mais inévitable. Ce n'est pas seulement à Paris qu'on l'a observée, mais encore dans un grand nombre de pays où il existe des établissemens destinés à recevoir les femmes en couches.

En faisant la part de la réunion d'un assez grand nombre de femmes dans un même lieu, il n'est pas probable que cette circonstance détermine des accidens plus graves et plus multiples ; il y a toujours une cause extérieure en dehors de cela. Assurément l'on n'attribuera pas à l'encombrement l'épidémie qui vient de régner dans les salles de la Clinique, puisque les femmes y sont moins nombreuses que le mois précédent. La cause sous l'influence de laquelle cette épidémie s'est montrée avait existé du reste auparavant en ville, puis à la Maternité.

Six femmes ont succombé à cette maladie ; et parmi elles, se trouve comprise une femme apportée presque mourante dans les salles, à la suite d'un travail laborieux dépendant d'une présentation difficile. Six femmes pour un établissement aussi peu considérable qu'est celui de la Clinique, c'est beaucoup ; mais ce nombre est peu élevé par rapport à la nature de l'épidémie ; car l'on a vu plusieurs fois, en semblables circonstances, la mortalité beaucoup plus considérable qu'elle ne l'a été cette année.

L'on voit encore dans les salles des traces de l'épidémie. Au n° 14 est une malade atteinte de péritonite puerpérale grave, et chez laquelle il existait, depuis environ 36 heures, des accidens du côté de la tête qui semblaient indiquer une lésion des membranes du cerveau. Il y avait du délire, la fièvre était vive, le pouls fréquent ; cette femme, en un mot, était dans un état de nature à donner de vives inquiétudes. On lui administra hier, 30 mai, un lavement avec le laudanum ; les frictions avec 39 grammes d'onguent napolitain, qui avaient été suspendues, furent reprises : la nuit fut assez bonne. Aujourd'hui 31, on a prescrit un gramme de calomel, et il y a tout lieu d'espérer que les accidens que cette femme éprouve se dissiperont bientôt.

— Cet espoir ne devait pas se réaliser ; cette femme a succombé dans la nuit du 2 au 3 juin. Et comme dans tous les cas de ce genre, les lésions observées étaient loin de pouvoir rendre compte de la mort.

L'épidémie, au lieu de se terminer, ainsi que l'espérait M. Dubois, continue de sévir sur les femmes en couche de la clinique. Il y a plus, c'est qu'elle étend ces ravages jusqu'aux femmes enceintes ; ainsi que le prouve l'exemple d'une malade qui vient d'être prise des accidens de la fièvre puerpérale, dans la galerie qu'habitent les femmes enceintes. Cette circonstance porte M. Dubois à faire évacuer les salles afin qu'il soit possible d'en renouveler l'air.

Les faits de ce genre ne sont pas rares. Non seulement des femmes enceintes peuvent être prises de fièvre puerpérale, mais il n'est pas rare de voir à la Maternité, quand une épidémie, semblable à celle qui se voit aujourd'hui, règne dans cet établissement, que des élèves sage-femmes en subissent l'influence. M. P. Dubois a observé plusieurs exemples de ce genre qui se sont terminés par la mort ; et il est une circonstance digne de remarque, c'est que la maladie débutait chez ces femmes plutôt au moment de leurs règles.

En Allemagne, l'on a observé que l'invasion d'une épidémie de fièvre puerpérale était précédée de certaines maladies chez les enfans, entre autres le muguet et l'ophthalmie des nouveau-nés, comme si ces petites créatures recevaient les premières atteintes de la cause qui, plus tard, doit donner lieu au développement de la fièvre puerpérale. Cette remarque des médecins allemands paraît fondée, et l'on a pu voir que ces deux maladies sont devenues plus générales chez les enfans de la clinique, à mesure que l'épidémie a fait des progrès.

Hydropisie de l'œuf.

Au n° 28 est couchée une femme qui, depuis longtemps déjà, est dans le service. Quoi qu'elle n'ait pas encore atteint le terme de sa grossesse (elle est enceinte de sept mois, si son rapport est exact), son ventre présente un développement énorme, comme au huitième mois. Une première fois déjà cette femme s'est trouvée dans des conditions à peu près semblables (il y avait alors une hydropisie de l'œuf) ; elle avait cessé de ressentir les mouvemens de son enfant, et elle accoucha bientôt d'un enfant mort : c'était dans les salles de la Clinique.

La mort du fœtus, dans le cas d'hydropisie de l'œuf, n'est pas chose rare ; mais ce n'est pas à la compression, à laquelle, au dire de quelques auteurs, l'enfant est exposé, qu'il faut la rapporter. Alors, en effet, la maladie de l'œuf n'existe pas seule ; car non-seulement l'hydropisie occupe les membranes, mais elle s'étend même à l'enfant ; l'on trouve, en effet, de l'eau dans la poitrine et les autres cavités, la tête et le ventre. Souvent aussi l'hydropisie de l'œuf se complique d'une véritable hydropisie ascite.

Qu'adviendra-t-il chez cette femme ? C'est chose assez facile à pressentir. Suivant toutes les probabilités, l'utérus, qui est maintenant très développé, continuera de se développer dans les mêmes proportions ; les contractions surviendront alors et l'avortement aura lieu.

Si les choses ne se passent pas de cette façon, si la grossesse atteint son terme ordinaire, l'accouchement sera signalé surtout par une faiblesse particulière des douleurs, parce que l'utérus, trop distendu par le liquide amniotique, aura perdu de son énergie contractile. L'on observera encore cette autre particularité, à savoir : la tension continuelle de la poche des eaux ; phénomène sur lequel M. P. Dubois a déjà appelé l'attention des élèves, et dont il a fait connaître la cause dans une des précédentes leçons.

Quant à la mort du fœtus, éclairé déjà par une première grossesse, c'est une coïncidence à laquelle il faut s'attendre. M. P. Dubois emploie à dessein l'expression de coïncidence, parce que, dans ce cas, la relation de cause à effet n'est pas évidente.

MAISON DE SANTÉ ET DE MEDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Homme de soixante-six ans. Défaut de contractilité avec augmentation de la sensibilité des parois vesicales. Guerison au bout d'un mois de traitement ; par M. Civiale.

La Maison de santé et de médecine opératoire a reçu dernièrement un malade présentant une affection des voies urinaires fort peu connue en général, et très curieuse à étudier. Voici en peu de mots l'histoire de cet homme. Il est âgé de soixante-six ans, d'un tempérament bilieux-lymphatique. Il lui survint, il y a deux ans, dans la région du flanc droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle disparut à l'aide de frictions mercurielles qui occasionnèrent une salivation abondante. Quelque temps après des douleurs se déclarèrent dans la vessie, sur le trajet du canal de l'urètre et du rein droit, se propageant jusqu'au bout de la verge. Les urines devinrent muqueuses, catarrhales, et le besoin de les rendre très fréquent ; les dernières portions du liquide urinaire étaient expulsées avec des souffrances très vives. Bientôt la marche à pied et en voiture devint pénible et fatigante. Les fonctions digestives se dérangèrent, et la constitution fléchit d'une manière très sensible. C'est alors que M. R.... consulta les médecins de son pays, qui lui donnèrent le conseil de se livrer à de simples soins hygiéniques, dans la persuasion où ils étaient qu'il existait seulement un catarrhe vésical. Le malade s'adressa alors à un célèbre homœopathe de Paris, qui prescrivit des poudres qui devaient amener une guérison radicale. Las de tous ces traitemens, il se rendit chez M. Civiale, qui l'adressa à la Maison de santé.

Etat actuel. Constitution molle, embonpoint assez considérable, teint bilieux, envies fréquentes d'uriner, accompagnées et suivies de fortes douleurs ; le liquide urinaire est projeté à une très faible distance, et laisse déposer des mucosités par le refroidissement. Le cerveau est impressionné d'une manière fâcheuse : le découragement est complet. La région du rein droit est très douloureuse à la pression ; le foie a son volume normal. Le cathétérisme n'apprend rien sur l'existence d'un calcul, mais il révèle la véritable nature de l'affection : ainsi, la vessie est trouvée pour ainsi dire au moment où la sonde pénètre dans son intérieur, et l'urine s'écoule en bavant ; le jet augmente un peu de force lorsqu'on presse sur les parois abdominales, pour redevenir faible ensuite. D'après ces symptômes, M. Civiale diagnostique un défaut de contractilité coïncidant avec une augmentation de sensibilité des parois vésicales. Après avoir laissé reposer son malade pendant quelque temps, ce chirurgien le soumet à son traitement ordinaire, consistant dans l'introduction journalière de bougies molles, afin d'émousser la sensibilité de l'urètre, et dans des injections d'eau fraîche dans la vessie.

Ces différens moyens, employés pendant une quinzaine de jours, amenèrent une amélioration notable ; mais comme le malade souffrait toujours un peu après avoir fini d'uriner, et qu'il était possible à la rigueur qu'il existât soit une petite pierre, soit un fungus ou une tumeur quelconque au col de la vessie, M. Civiale fit avec son trilabe une recherche minutieuse qui lui donna la certitude que son diagnostic avait été bien porté. Ce traitement perturbateur, joint à des frictions sur le trajet de la colonne vertébrale avec la lie de vin, et sur l'hypogastre avec la pommade stibiée, procura une guérison radicale en un mois. Le malade nous quitta enchanté de son état. Nous avons reçu dernièrement de ses nouvelles ; il continue à se porter admirablement bien.

— Ce fait présente de l'intérêt sous le rapport du diagnostic porté par M. Civiale, et du traitement bien simple qu'il mit en usage Beaucoup de praticiens avaient méconnu l'affection de M. R..., et, en conséquence, leur thérapeutique avait dû échouer. Ceci n'a rien qui doive étonner ; car celui qui ne s'occupe pas exclusivement des maladies des voies urinaires, ne peut guère reconnaître l'état pathologique de la vessie dont nous parlons. D'après les phénomènes que présentait le malade, ont eût été porté à croire à l'existence d'un calcul ; mais les besoins d'uriner étant très rapprochés et suivis de douleurs très vives, comme la vessie en outre se trouvait pour ainsi dire vide au moment du cathétérisme, et que le liquide s'échappait en bavant, M. Civiale a pensé de suite qu'il s'agissait d'un excès de sensibilité accompagnée d'un défaut de contractilité de la poche urinaire : ses recherches ultérieures ont confirmé la justesse de ses idées. Nous ferons remarquer, en terminant, combien est simple le traitement local prescrit ici, et qui a suffi pour guérir un malade persuadé ne devoir jamais recouvrer la santé ; tant il est vrai de dire que le diagnostic est pour ainsi dire tout en médecine : si on ne guérit pas, en effet, dans beaucoup de cas, c'est que l'on frappe dans l'ombre.

X..., D.-M.-P.

Traité pratique de la pneumonie aux différens âges et dans ses rapports avec les autres maladies.

Par A. Grisolle, médecin du Bureau central, ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc. (1).

Il n'est guère, dans le domaine de la pathologie, de maladie qui se présente plus souvent que la pneumonie à l'observation du médecin : mais qu'on se garde de croire que pour être la plus commune et la plus répandue, elle soit pour cela toujours semblable à elle-même : elle prend au contraire toutes les formes, se montre sous les aspects les plus différens, depuis l'état symptômatique le mieux caractérisé jusqu'à la variété la plus difficile à reconnaître, ayant tantôt une marche franche et régulière, tantôt insidieuse et latente. Malheur au praticien qui croirait n'avoir jamais à combattre qu'une affection, toujours simple, toujours exempte de complications ; malheur à lui s'il pouvait penser qu'il suffit dans tous les cas de lui opposer une formule unique de traitement, une recette invariable, une thérapeutique inflexible. « Cependant, dit M. Grisolle, il est quelques personnes qui semblent être persuadées du contraire, et qui nous donnent à chaque instant la pneumonie comme le type des maladies les mieux connues dans ses causes, ses symptômes et son traitement Une pareille opinion est évidemment erronée ; les personnes instruites, celles, par conséquent, qui savent apprécier les difficultés de la pratique, sont certainement d'un avis contraire, et la lecture de ce livre prouvera d'ailleurs, je pense, qu'elles ont tout « fait raison. »

Beaucoup de travaux ont été déjà publiés sur cet intéressant sujet, mais la plupart du temps, ils avaient une direction spéciale, un but particulier à atteindre ; ils portaient sur une seule classe d'individus, et il manquait un ouvrage qui résumât d'une manière méthodique les écrits déjà publiés, une synthèse de tant d'opinions éparses et souvent méconnues. M. Grisolle a voulu combler cette lacune : il a tiré un excellent parti de tous les faits qui existaient déjà dans la science, en y ajoutant le résultat de ses observations et de ses méditations, et le résumé de 373 histoires de pneumonies recueillies par lui à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'il y était interne, chef de clinique, et plus tard chef de service par intérim.

---

(1) Paris, 1841, chez J.-B. Baillière.

Une importante division qui nous devons signaler d'abord et qui domine tout l'ouvrage, c'est celle qui range sous deux catégories distinctes toutes les pneumonies : les unes sont primitives, c'est-à-dire survenant chez des individus habituellement bien portans, ou qui du moins ne sont actuellement atteints d'aucune maladie grave ; les autres, secondaires ou consécutives, se sont déclarées chez des individus déjà affectés de quelque maladie aiguë ou chronique grave. Cette division donne lieu à des considérations intéressantes.

Après avoir donné les définitions et s'être tenu aux mots pneumonie et péripneumonie ; après avoir jeté un rapide coup-d'œil sur son historique et payé un juste tribut d'éloges a l'auscultation et à son illustre inventeur, l'auteur entre en matière par l'étude de l'anatomie pathologique ; nous ne pouvons le suivre dans la description faite avec autant de précision que de clarté de toutes les lésions observées sur le cadavre. Nous dirons pourtant que l'histoire anatomique des abcès pulmonaires est tracée avec soin; c'est un des points les plus intéressans de ce chapitre dans lequel on trouvera encore un bon article sur la pneumonie chronique, sur les lésions concomitantes, et sur l'influence que la pneumonie et les autres maladies aiguës et chroniques exercent sur la formation des concrétions sanguines du cœur.

On trouve encore dans ce chapitre de nombreuses recherches sur le siége de la pneumonie sur sa fréquence relative dans les deux poumons et dans les divers lobes. Mais nous avons hâte d'arriver au chapitre consacré à l'étiologie.

Ce chapitre est aussi neuf qu'intéressant ; pour parvenir à des résultats bien certains, l'auteur n'a point seulement mis à profit le relevé de ses propres observations, mais il s'est souvent appuyé sur des documens fournis par la statistique générale, ce qui lui a permis de faire d'ingénieux rapprochemens, et de soumettre à un examen sévère toutes les questions relatives à l'étude des causes sans tenir compte des théories et des idées spéculatives émises sur cette partie la plus difficile et la moins connue de la pathologie. L'influence de l'âge, du sexe, des constitutions, des professions, des conditions sociales, des climats, etc., sur la production des pneumonies, a été déterminée avec une grande précision. L'auteur a également bien apprécié la part qui revient aux causes dites déterminantes et surtout aux refroidissemens ; l'indication des résultats obtenus nous entraînerait dans des détails trop longs, aussi ne pouvons-nous les énumérer ; mais la lecture de ce chapitre intéressera beaucoup ; l'auteur y a déployé, comme dans toutes les autres parties de son ouvrage, une vaste érudition.

Le chapitre consacré à la symptomatologie, ne le cède en rien au précédent ; chaque symptôme est étudié avec un soin particulier et les détails donnés par l'auteur sont du plus haut intérêt pour la médecine clinique. Nous signalerons comme étant surtout instructifs, les articles consacrés à l'expectoration et à l'exploration de la poitrine par la percussion et par l'ausculation.

Dans l'article consacré aux modes de terminaison de la pneumonie, on lira avec fruit les recherches de l'auteur sur les phénomènes et les jours critiques ; on y trouve également l'histoire symptomatique des abcès du poumon qui n'avait pas encore été tracée jusqu'à présent ; l'étude des complications, et du délire en particulier. Les considérations que l'auteur a présentées sur les formes de la pneumonie et spécialement sur les formes bilieuses, typhoïdes et intermittentes doivent aussi être signalées.

Le peu d'espace dont nous pouvons disposer nous empêche d'insister sur les considérations importantes que l'auteur a présentées sur la marche de la pneumonie et sur les pneumonies doubles. Cependant nous devons encore mentionner l'article où M. Grisolle a étudié l'influence que la pneumonie exerçait sur la production et sur la marche des maladies du poumon, du cœur, ainsi que sur la grossesse, etc., etc.

Le diagnostic ne présente point, dans la grande majorité des cas, de sérieuses difficultés ; il comprend une série de problèmes relatifs à l'existence même de la pneumonie, à ses formes anatomiques et symptomatiques, aux moyens de la séparer des autres maladies de poitrine qui ont avec elles des affinités plus ou moins intimes. C'est ici le lieu d'apprécier la valeur de chaque symptôme. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette discussion qui intéressera beaucoup les praticiens ; il en est de même de l'article qu'il a consacré au pronostic.

Une large place est donnée au traitement, qui occupe plus du quart de ce volumineux ouvrage ; les détails et l'étendue avec lesquels ont été traitées les questions d'une si grande utilité pratique, justifient pleinement son titre.

Les moyens dirigés contre la pneumonie peuvent être distingués en *essentiels* et en *adjuvans*. Parmi les premiers, le plus puissant, la saignée, devait être étudié d'abord.

L'importance du sujet explique les nombreux détails historiques et cliniques dans lesquels l'auteur est entré ; il a démontré les dangers de l'expectative ; quoique partisan de la saignée, il n'en exagère pourtant pas la puissance, il croit surtout qu'on ne peut assigner à ce moyen thérapeutique aucune règle fixe, invariable, en un mot, l'auteur se déclare contre la méthode jugulante de M. Bouillaud.

— M. Grisolle ne pouvait manquer à ce propos de se jeter dans une lutte où il s'était montré déjà avec tant de distinction ; aussi engage-t-il le combat avec cette confiance et cet aplomb qu'on ne peut avoir qu'avec un adversaire déjà connu. Il nous serait impossible de le suivre dans une discussion où il déploie à chaque instant une logique serrée, une critique incisive et spirituelle, tout en conservant la convenance d'expression, les formes polies et l'urbanité du langage sans lesquelles les discussions scientifiques se transforment en libelles et en injurieux écrits. C'est bien ici le cas de remarquer de combien de difficultés s'entoure l'application de la méthode numérique, et avec quelles précautions il faut manier cette arme si puissante, mais dont l'emploi est si délicat.

Après l'historique détaillé des préparations antimoniales, l'examen des travaux et des résultats de la pratique de Rasori et des médecins italiens, de Laënnec, MM. Louis, A. Laennec, Rayer, Trousseau, M. Grisolle nous fait part de ses travaux, et se montre grand partisan de la méthode rasorienne ; mais pour obtenir par elle tout le parti qu'on en doit attendre, l'auteur recommande de se conduire d'après l'état du pouls. En général, il faut que l'emploi de l'émétique soit précédé d'une ou plusieurs saignées; que l'on en réitère jusqu'à ce que le pouls ait perdu sa dureté, sa résistance ; mais il importe de ne pas épuiser la possibilité de saigner, comme on le fait souvent, car alors on a beaucoup moins de chances de réussir.

M. Grisolle a étudié l'influence du tartre stibié sur la mortalité; les symptômes principaux, sur la durée de la maladie et de la convalescence. Il insiste sur la rapidité de l'action de l'émétique, qui a été dans la plupart des cas instantanée; dans quelques-uns, la pneumonie a été véritablement jugulée. Le mode d'administration de cet énergique médicament, la manière dont il agit, ses contre-indications, les accidens qu'il peut produire remplissent autant de paragraphes séparés.

M. Grisolle n'a point expérimenté le kermès; il a recueilli dix-sept observations dans lesquelles l'oxyde blanc d'antimoine a été administré. Il pense que les médecins qui ont regardé ces médicamens comme absolument inertes, ont été injustes ; beaucoup d'autres ont exagéré leur utilité.

Le reste du chapitre est employé à décrire plusieurs médicamens contre-stimulans, les méthodes évacuante et altérante, les moyens adjuvans et les modifications du traitement suivant les modes de terminaison, les complications, les différentes formes, les principaux symptômes, etc.

Tel est le livre dont M. Grisolle vient d'enrichir notre littérature; les points qu'il traite sont si variés que nous n'avons pu que présenter ici une table de matière fort incomplète. C'est ainsi que nous n'avons rien dit de l'histoire que l'auteur a tracée des pneumonies secondaires, quoique ce soit certainement une des parties les plus neuves et les plus importantes de cet ouvrage. L'influence que les maladies aiguës et chroniques exercent sur la production des pneumonies; les modifications que ces inflammations secondaires éprouvent dans leurs symptômes, leur marche, leur forme, leur traitement, etc. ; tout cela est indiqué avec le plus grand soin.

Pour résumer l'opinion que nous avons conçue du travail de M. Grisolle, nous dirons que c'est un ouvrage qui mérite à plus d'un titre de fixer l'attention des observateurs ; que dans un livre de forme dogmatique, l'auteur a su conserver son originalité ; qu'en exposant avec méthode et précision tout ce qui était dans le domaine de la science, il a semé une foule d'idées neuves et d'aperçus ingénieux ; qu'enfin, nous ne saurions trop recommander sa lecture aux élèves et aux praticiens.

Thore,
Interne à l'Hôtel-Dieu.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 12 juillet

Intoxication arsenicale. — MM. Regnault, Magendie et Thénard, font une motion dont le but serait de ne confier désormais les expertises de chimie légale qu'à la commission de l'Académie des sciences.

M. Regnault est chargé de rédiger sur ce sujet, au nom de la commission, une note qui sera jointe au rapport que l'Académie des sciences doit envoyer à M. le garde des sceaux.

— M. Bouvier lit un travail intitulé : Mémoire sur l'appréciation de la myotomie appliquée au traitement des déviations latérales de l'épine. Nous rendrons compte de cet important travail.

— M. Amussat écrit pour faire part d'une nouvelle opération d'anus lombaire qu'il vient de pratiquer avec succès. (Commission.)

— M. Dumas présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Gruby, un travail manuscrit intitulé : Mémoire sur une végétation qui constitue la vraie teigne. L'auteur démontre que les croûtes de la véritable teigne résultent des petits végétaux ramassés en très grand nombre ; il les a fait dessiner sur une planche ; il soutient que ce caractère, dévoilé par le microscope, est le seul qui puisse faire distinguer la vraie teigne des éruptions qui lui ressemblent. Les expériences qu'il a faites ont été répétées en présence de MM. Dumas et Brongniart qui les ont trouvées exactes.

— M. Boyères écrit pour faire connaître un nouveau système d'injection des pièces anatomiques. Il consiste à injecter successivement deux solutions salines qui, par leur double décomposition dans les vaisseaux, doivent donner une matière d'une belle couleur qui dessine admirablement les vaisseaux capillaires. Il injecte en premier lieu du chromate de potasse. On peut obtenir aussi, dit-il, le bleu par la précipitation du bleu de Prusse ; le rouge éclatant par l'iodure de mercure ; le blanc par le carbonate ou le sulfate de plomb.

— Lundi 6, ont eu lieu, à l'église Saint-Etienne-du-Mont, les obsèques de Charles Boiteux, étudiant en médecine. Ce jeune homme s'était exercé, le 25 juin, à des opérations chirurgicales sur un cadavre dont la décomposition était déjà avancée. En sortant de l'amphithéâtre, il s'aperçut qu'il avait à l'indicateur de la main droite une excoriation imperceptible qu'il négligea de cautériser. Le 29 juin les veines de l'avant-bras s'enflammèrent, les ganglions s'engorgèrent, et malgré les soins les plus empressés les symptômes généraux se déclarèrent, et le blessé succomba le 3 juillet au soir.

Les accidens de ce genre et leurs tristes conséquences ne sont que trop fréquens dans nos amphithéâtres, et s'ils passent inaperçus dans le monde, ils ne devraient pas être ignorés des administrateurs. Pourquoi ne pas chercher à rendre les travaux anatomiques moins insalubres, moins dangereux, surtout dans cette saison, en faisant entreprendre des expériences sérieuses qui indiqueraient le meilleur mode de préserver les cadavres de la putréfaction, tout en ne les rendant pas impropres aux études anatomiques et chirurgicales ?

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 15 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 86, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 6 juillet 1841.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX (1).

M. Caventou, au nom d'une commission composée de MM. Husson, Adelon, Pelletier, Chevallier et lui, lit un rapport sur différens travaux relatifs à l'empoisonnement par l'arsenic, rapport qui a été approuvé par les commissaires a l'unanimité.

M. le rapporteur, après avoir insisté sur l'importance de cette question qui a régné seule un moment sur la scène du monde, rappelle les circonstances au milieu desquelles la commission s'est trouvée appelée à s'en occuper, les travaux et les assertions contradictoires de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger. MM. Flandin et Danger, dit-il, affirmèrent qu'il se forme généralement dans la carbonisation des matières animales un produit soluble dans l'eau, donnant, dans l'appareil de Marsh, des taches semblables à celles de l'arsenic, et se comportant comme elles sous l'influence des divers réactifs ; ils affirmèrent aussi, quoique en reconnaissant à la vérité des exceptions, que les chiens soumis à un empoisonnement rapide par l'arsenic n'urinent pas, et qu'on ne peut tirer de conclusion de l'analyse de leurs urines. Il importait donc de juger si ces propositions méritaient confiance, et de répéter pour cela et les expériences qui leur servent de base, et celles dont elles étaient destinées à faire suspecter la vérité; et c'est ce qu'ont fait vos commissaires.

La commission, après s'être constituée en nommant M. Husson président et M. Caventou rapporteur, s'est mise à la disposition de MM. Flandin et Danger pendant dix longues séances. Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations chimiques, ce serait fatiguer inutilement votre attention, et d'ailleurs leurs résultats sont consignés dans une série de procès-verbaux signés par tous les membres présens, et par MM. Flandin et Danger eux mêmes.

Il nous suffira de dire que, dans une première suite d'opérations où ils se proposaient de carboniser ou d'incinérer des viscères non empoisonnés, par les acides nitrique ou sulfurique, ou par le nitrate de potasse, et d'expérimenter les produits par l'appareil de Marsh, MM. Flandin et Danger n'ont jamais pu produire ces redoutables taches pseudo-arsenicales. Il n'est jamais résulté de ces expériences aucun produit sur la nature duquel pût se tromper le chimiste le moins habile, car jamais le gaz enflammé n'a déposé que de l'eau.

MM. Flandin et Danger ont ensuite expérimenté successivement avec les trois procédés de carbonisation et d'incinération sur les viscères d'un chien empoisonné avec 15 centigr. d'acide arsénieux mis en contact avec le tissu cellulaire de la cuisse ; et, dans les trois cas, il a été obtenu des taches arsenicales caractéristiques, et plus nombreuses par l'emploi du charbon sulfurique que par celui du charbon nitrique. La verge n'ayant point été liée, on n'a pu analyser l'urine.

Le point important, celui que la commission avait principalement pour but de constater, c'était de voir ces taches obtenues par la pratique ordinaire des procédés de chimie médico-légale, ces taches qui, suivant MM. Flandin et Danger, devaient donner presque toutes les réactions de l'arsenic sans en renfermer pourtant un atôme ; eh bien ! nous le disons hautement, MM. Flandin et Danger n'ont pu, malgré leurs efforts répétés, réussir à nous en montrer une seule. Ils nous ont fait voir seulement une substance empyreumatique, d'un blanc jaunâtre, qui résulte de la décomposition à feu nu et en vaisseaux clos, des matières animales, et qu'ils regardent comme formée de sulfite et de phosphite d'ammoniaque. Ils disent que cette matière, introduite dans l'appareil de Marsh, produit des taches, ayant tellement les caractères des taches arsenicales qu'elles pourraient en imposer à l'expert, s'il n'était pas doué d'une habileté exceptionnelle.

Mais puisque la méprise est si facile, comment MM. Flandin et Danger n'ont-ils donc pu la reproduire, lorsque tous leurs efforts étaient dirigés dans ce but ? Au reste, nous comprenons bien pourquoi l'erreur est impossible ; pour qu'elle eût lieu, il faudrait qu'une matière organique traitée par plusieurs fois son poids d'acide nitrique concentré, laissât pour résidu du sulfite et du phosphite d'ammoniaque. Or jamais pareille chose n'est à craindre : ce serait un véritable contresens chimique.

Mais admettons un moment que la carbonisation ait été défectueuse et qu'au lieu d'un charbon noir, pulvérulent, on en ait un onctueux, adhérent, empyreumatique. Admettons encore qu'il donne par l'appareil de Marsh des taches arséniformes. Cela fait naître sans doute dans l'esprit de l'expert un soupçon d'empoisonnement, mais après avoir obtenu une quantité assez considérable de ces taches, il verrait qu'elles sont ternes, point miroitantes ; que leur dissolution dans l'acide nitrique froid est difficile, et laisse un résidu brun noirâtre qui ne disparaît qu'en chauffant la liqueur ; que, en faisant évaporer à siccité cette solution, et traitant le résidu par le nitrate d'argent, on obtient un dépôt jaune, et dans aucun cas rouge-brique ; que ce résidu dissous dans l'eau et exposé à un courant d'hydrogène sulfuré ne forme pas un précipité jaune capable de modifier l'arsenic. Il n'y a donc pas de confusion possible.

Parlons maintenant du procédé de carbonisation par l'acide sulfurique qu'ont adopté MM. Flandin et Danger. Il est fondé sur la propriété connue qu'a l'acide sulfurique concentré de détruire les matières organiques en les charbonnant. M. Barsse, de Riom, avait déjà proposé d'employer ce moyen pour carboniser le sang qu'on présumerait contenir de l'arsenic, mais il n'avait pas donné à ce procédé la perfection que lui ont apportée MM. Flandin et Danger. Le procédé auquel ils se sont arrêtés est commode, parce qu'il produit peu de vapeur, et qu'il détruit l'odeur qui émane des matières organiques lorsqu'elles sont putréfiées ; il fournit aussi des résultats très précis, mais l'emploi du nitre de potasse l'emporte cependant encore sur lui, car il donne des taches arsenicales plus nettes et plus prononcées. Nous préférons donc ce moyen à celui qui consiste dans l'emploi de l'acide nitrique.

Quant à la non sécrétion urinaire que MM. Flandin et Danger avaient annoncée comme étant le résultat de l'empoisonnement par l'arsenic, nous n'avons pas à nous prononcer sur ce fait ; car ces messieurs n'ont fait devant nous aucune expérience propre à le mettre hors de doute ; et ont avoué qu'ils n'avaient point prétendu que ce phénomène s'observât constamment.

Analysons maintenant les expériences dont M. Orfila nous a rendus témoins. La première a consisté à traiter par l'acide nitrique un mélange de gélatine, de sulfite et de phosphite d'ammoniaque et d'essence de térébenthine. L'eau dans laquelle on avait fait bouillir le charbon ainsi produit, ne fournit aucune tache par l'appareil de Marsh.

Dans une seconde expérience, M. Orfila a mis dans l'appareil de Marsh du sulfite et du phosphite d'ammoniaque avec de l'essence de térébenthine, et a ajouté 4 gouttes de solution aqueuse d'acide arsénieux ; il s'est aussitôt manifesté des taches jaunes, larges, brillantes, contenant de l'arsenic, et dans lesquelles on a bien pu en reconnaître tous les caractères, et cependant l'aspect de l'arsenic était ici masqué par une matière étrangère.

Des viscères de chiens non empoisonnés n'ont fourni dans l'appareil de Marsh aucune tache.

Trois chiens ont été empoisonnés avec 15, 30 et 60 centigrammes d'acide arsénieux introduits dans l'estomac ; un quatrième, en mettant 15 centigrammes d'acide arsénieux sur le tissu cellulaire de la cuisse. Les trois premiers animaux sont morts au bout de quatre ou cinq heures, tandis que le quatrième a survécu vingt-six heures. On leur avait lié la verge, et leur vessie après la mort contenait environ 60 grammes d'urine. Dans une cinquième expérience on en a recueilli 125 grammes. L'urine, au moment de la mort, ne contenait pas toujours de l'arsenic.

Le foie du chien empoisonné avec 15 centigrammes seulement d'acide arsénieux a donné par l'appareil d'abondantes taches et un anneau d'arsenic métallique, ce qui doit rassurer sur la prétendue difficulté qu'on signalait dans ces sortes d'expériences, et montrer que le chimiste le moins habile ne pourrait se tromper même en analysant des substances où la quantité de poison est très peu considérable.

Abordons à présent la question du procédé d'incinération par le nitrate de potasse. Rapp avait déjà proposé ce moyen il y a plus de trente ans, mais il ne l'appliquait qu'à l'analyse des membranes du canal intestinal ; car alors, bien qu'on soupçonnât le fait de l'absorption de l'acide arsénieux dans le torrent circulatoire, on désespérait de le retrouver par l'analyse dans les viscères autres que le tube digestif.

On reconnut bientôt que le procédé imparfait de Rapp exposait à des pertes notables d'arsenic, et que le moyen d'obvier, autant que possible, à cet inconvénient, serait de sursaturer de nitre toute la substance du tissu soumis à l'analyse, après qu'il aurait été d'abord ramolli dans l'eau chaude, de manière à en former une sorte de pâte qui, étant desséchée et projetée dans un creuset de Hesse rouge de feu, pourrait brûler instantanément toute la matière animale, et développer une masse de gaz comburant capable de transformer immédiatement l'acide arsénieux en une combinaison plus oxigene et fixe au feu le plus violent en présence de la potasse. Tel a été le but que s'est proposé M. Orfila, et qu'il a rempli à l'aide de son procédé d'incinération par le nitrate de potasse, procédé que vous a fait connaître cet habile chimiste. Il fournit des résultats prompts, et d'autant plus précis que la matière organique a été complétement anéantie ; aussi donne-t-il lieu a des taches extrêmement caractéristiques. Sous ce rapport, on ne saurait balancer a lui donner la préférence sur le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique qui ne produit pas de taches aussi manifestement arsenicales. La sensibilité dans les résultats est à peu près la même dans les deux procédés. Mais quoi qu'il en soit, on peut être sûr que par l'un ou l'autre, on arrivera facilement à découvrir la vérité.

Il restait encore à craindre que le zinc dont on se sert ne contînt de l'arsenic. Mais sur plus de 500 échantillons de zinc du commerce qu'il a analysés, M. Orfila n'en a trouvé que deux ou trois arsenicaux. Il faut préférer, autant que possible, le zinc laminé au zinc en plaques. Pour lever tous les doutes à ce sujet, M. Orfila a fait une dernière expérience sur une grande échelle. Il a mis 2 kilogrammes de zinc en grenailles dans un grand flacon, à deux tubulures, et de l'énorme capacité de 11 à 12 litres. Puis il a monté l'appareil et l'a fait agir comme celui de Marsh pendant deux jours. On faisait traverser le gaz dans deux tubes en U communiquant entre eux par des tubes en caoutchouc, et on avait rempli le premier de morceaux de verre mouillés d'une solution d'acétate de plomb, le deuxième de morceaux de verre mouillés d'une solution de sulfate d'argent. A la fin de l'expérience, tous les fragmens de verre mouillés par la dissolution d'argent avaient fortement bruni, ce qui pouvait faire craindre qu'il ne se fût développé une grande quantité d'hydrogène arseniqué. Mais tous ces fragmens brunis furent décolorés immédiatement par l'acide nitrique bouillant et étendu de deux fois son volume d'eau; et la solution nitrique, précipitée par l'acide chlorhydrique, filtré, évaporé à siccité, et le résidu qui fut repris par l'eau ne fournirent aucune tache par l'appareil de Marsh. Il resta donc démontré que la dissolution du sel d'argent avait noirci seulement par l'action désoxigénante du courant de gaz combustible, sans qu'il y eût aucune molécule d'arsenic.

Ainsi, il ne faudra pas croire qu'il y a de l'arsenic par cela seul qu'on aura vu noircir la liqueur argentine, et ce résultat devra rendre l'expert circoonspect dans l'emploi du procédé de MM. Simon et Lassaigne.

Conclusions. A. Pour ce qui regarde les deux assertions principales de MM. Flandin et Danger, savoir :

1° Qu'il est possible de confondre les vraies taches arsenicales avec d'autres qui en présenteraient, jusqu'à un certain point, la plupart des propiétés physiques et des caractères chimiques ;

2° Que les animaux en proie à l'empoisonnement par l'acide arsénieux n'urinent pas ;

Nous dirons :

1° Obtient on des taches en carbonisant, en incinérant, par les procédés connus, des viscères à l'état normal ? Non.

2° L'arsenic retiré des viscères des animaux empoisonnés offre-t-il tous les caractères de ce métal de manière à ne pouvoir le méconnaître ? Oui.

3° Les taches arsenicales peuvent-elles être confondues avec d'autres taches, et notamment avec celles qui sont produites par la matière indiquée par MM. Flandin et Danger ? Non.

4° Enfin, les animaux empoisonnés par l'arsenic, d'une manière aiguë, urinent-ils ? Oui.

Notre réponse a l'égard des deux assertions de MM. Flandin et Danger n'est donc pas douteuse : *Non, ces deux assertions ne sont pas fondées.*

B. Quant au procédé par carbonisation adopté par MM. Flandin et Danger, nous le regardons comme bon ; toutefois, il ne doit point être préféré au procédé par incinération au moyen du nitrate de potasse, tel que nous l'avons décrit d'après M. Orfila. Sous le rapport même de la netteté, de la sensibilité et de l'aspect métallique du poison, ce dernier procédé est supérieur à l'autre.

C. Enfin, tout en reconnaissant que l'appareil inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'acide arsénieux l'arsenic dégagé de l'appareil de Marsh est bien imaginé, nous pensons qu'il faut préférer le tube modifié tel que nous l'avons indiqué, parce qu'il est plus simple, d'une application beaucoup plus facile, et qu'il donne des résultats aussi satisfaisans.

D. Pour ce qui regarde les travaux de M. Orfila, dont l'exactitude et la précision avaient été mises en doute, sous le point de vue des applications médico-légales, il ressort évidemment de ce rapport que ces doutes n'avaient aucun fondement.

E. Considérant toutefois les efforts laborieux de MM. Flandin et Danger, pour tâcher d'éclairer une haute question d'intérêt social, la commission vous propose, à ce titre, de leur voter des remercîmens.

F. Quant à M. Orfila, la commission s'abstiendra de toute proposition à son égard ; l'intérêt soutenu que l'Académie a porté à tous les travaux de notre savant collégue, les marques d'estime dont elle les a toujours honorés, en ordonnant à diverses reprises, et par des dispositions tout exceptionnelles, la double insertion de ces travaux dans le Bulletin et dans les Mémoires de la compagnie, ont dû être et seront toujours, sans aucun doute, pour M. Orfila, la plus douce récompense qu'il pouvait ambitionner.

G. Quant à votre commission. Messieurs, sa mission étant terminée, il ne lui reste qu'à émettre le vœu d'avoir, par le présent rapport, répondu à votre attentie.

M Gerdy: Je regrette, Messieurs, de me voir obligé de prendre la parole entre un collègue distingué et un homme auquel je suis depuis fort long-temps lié d'amitié, M. Danger. Mon amitié pour ce chimiste cependant, n'altère en rien le sentiment de justice chez moi ; c'est même ce sentiment qui m'anime à prendre la parole. D'ailleurs il s'agit d'une question des plus graves, puisqu'elle touche à l'honneur et à la vie de nos semblables, et l'on ne saurait trop y apporter de lumières ; je dois avouer cependant ma faiblesse en chimie, mais mon amour pour la vérité me donne de la force ; et ce qui a été publié depuis quelque temps sur la matière, surtout le rapport récent de l'Académie des Sciences que j'ai lu attentivement, m'a mis à même d'apprécier quelques uns des points traités dans le rapport de M. Caventou. Ce rapport m'a paru très savant et bien préparé

Une première remarque que je dois faire : c'est la mesure de rigueur qu'on a prise d'éloigner MM. Danger et Flandin de la salle. Ces deux savans méritaient de rester dans cette enceinte; ils avaient droit et intérêt scientifique a entendre cette lecture, par la raison que M. Orfila, homme haut placé, qui est devenu leur adversaire dans la question, est non-seulement présent, mais encore a le droit de prendre la parole, de discuter et d'exercer toute son influence personnelle. MM. Danger et Flandin se trouvent maltraités dans le rapport; M. Orfila, au contraire, est porté aux nues. Il n'est pas dans les réglemens, à ce que je crois, de faire sortir de l'enceinte les personnes sur lesquelles on fait un rapport; il fallait, en conséquence, laisser à chaque adversaire le même avantage.

Une seconde remarque préliminaire que je dois présenter à l'Académie, c'est que, d'après M. le rapporteur, la science toxicologique était dans un état d'enfance et de misère avant M. Orfila: il y a là, je crois, de l'exagération ; mais je ne m'arrêterai pas sur ce point; j'ajouterai seulement que ce rapport paraît plutôt un travail apologétique sur M. Orfila, qu'une appréciation des travaux de MM Danger et Flandin ; il ne s'agit partout que de M. Orfila, de son mérite, de ses merveilles que tout le monde connaissait déjà, et à peine, presqu'en passant et seulement pour les blâmer, des travaux de MM. Danger et Flandin. Je dirai, enfin, que les expressions très laudatives du rapport concernant M. Orfila me paraissent inconvenantes dans cette enceinte, en présence de M. Orfila lui-même; il fallait les réserver pour un autre lieu, là où il ne serait pas. ; autrement nous nous exposerions à faire croire que nous appartenons à une société d'admiration mutuelle, et cela d'autant plus, qu'à côté de ces éloges on trouve un esprit manifeste d'hostilité, une préoccupation a critiquer, à combattre, à repousser les faits présentés contre les assertions de M. Orfila.

Il est dit dans le rapport que la science était bien fixée, parfaitement établie sur le sujet en discussion avant le travail de MM. Danger et Flandin, et que ce travail était lui-même de nulle importance. Il y a contradiction manifeste entre ces considérans et la conclusion du rapport, qui vote des remercîmens à MM. Danger et Flandin. A quoi bon engager l'Académie à remercier deux hommes qui n'ont présenté, selon vous, qu'un tra-

(1) Ce rapport, que nous nous proposions de publier en entier, n'ayant pas été adopté dans la séance d'hier, nous en empruntons textuellement l'analyse à la *Gazette médicale.*

vail insignifiant sur un sujet parfaitement éclairci auparavant et qui répondait déjà à toutes les exigences de la science ? Quel est donc ce travail prétendu insignifiant ? C'est celui qui établit l'existence de taches formées par des substances animales mal carbonisées à l'aide des procédés de M. Orfila, taches composées de sulfites et phosphites ammoniacaux, et qui offrent toutes les apparences et même une grande partie des réactions chimiques propres aux taches arsenicales, taches qui peuvent induire en erreur les experts les plus exercés ; oui, les experts les plus exercés, et je vous démontrerai tout à l'heure que les princes eux-mêmes de la science en ont été trompés, puisqu'ils ont établi l'existence de l'arsenic là où il n'y en avait pas un seul atome, c'est-à-dire dans les os, dans le bouillon de viande et dans la terre des cimetières. Et comment se sont trompés les princes de la science ? en prenant précisément les taches de sulfite et de phosphite d'ammoniaque que ces messieurs sont venus vous signaler pour des taches arsenicales.

On ajoute dans le rapport, que MM. Danger et Flandin n'avaient pu produire devant la commission les pseudo-taches dont ils avaient parlé dans leur note lue à l'Académie ; et pourtant le même rapport ajoute que les pseudo-taches n'ont que les apparences des taches arsenicales, et qu'il est facile de les distinguer de ces dernières par les réactions chimiques ! Donc ils en ont produit. D'ailleurs, comment auraient-ils échoué devant la commission de cette Académie, alors qu'ils ont parfaitement réussi en présence de la commission de l'Institut ?

Ces messieurs ont opéré sous mes yeux avec un succès complet, et je vous avoue que j'ai été saisi d'admiration par la netteté, la beauté de leurs produits. M. Orfila, dit le rapport, avait signalé ces taches sous le nom de taches de *crasse* ; mais cette expression, qui serait digne de la chimie du quinzième siècle, ne signifie rien, car elle ne précise pas la nature de ces taches ; c'est à MM. Flandin et Danger que revient l'honneur de les avoir analysées, d'en avoir indiqué la nature, précisé le mode de formation, les propriétés physiques et chimiques, et les conséquences possibles de leur formation dans les expertises criminelles. Est-ce là le travail que la commission est venue caractériser d'insignifiant ? Nous verrons tout à l'heure jusqu'à quel point cette assertion est fondée.

La commission a reconnu, comme nous venons de le voir, que les pseudo-taches de MM. Flandin et Danger présentent les caractères physiques, les apparences de véritables taches arsenicales. Voilà donc une première source d'erreur. Les apparences sont trompeuses : la seule inspection oculaire, les seuls caractères physiques ne suffisent pas pour prononcer, et l'expert qui prononcerait d'après les seules apparences pourrait se tromper, jugeant arsenicales des taches qui ne le seraient pas, et *vice versâ*. Il faut avoir recours aux caractères chimiques, aux réactions, en un mot. Or, M. Orfila avait-il indiqué ces derniers caractères ? Vaguement, incomplètement. Donc la cause d'erreur persistait ; donc MM. Danger et Flandin ne sont pas arrivés dans un moment où la science était bien fixée ; donc leur travail n'est pas sans importance. Quels sont maintenant les véritables caractères chimiques et différentiels des deux espèces de taches ? Voici le mémoire de M. Orfila d'une part, imprimé dans le Bulletin de l'Académie ; voici d'autre part le rapport de l'Institut fait tout à l'heure les caractères se trouvent parfaitement indiqués dans ce dernier rapport. Or, il est évident, pour peu qu'on y réfléchisse, que les différences sont si minimes que l'on peut souvent se tromper si l'on opère sur de faibles quantités.

(L'orateur lit plusieurs passages de ces deux ouvrages : il rapproche les paroles de M. Orfila de celles du rapport de l'Institut, et cherche à établir qu'on peut se tromper.)

Qu'est-ce en effet que vos colorations réactionnelles, lorsque vous opérez sur des quantités impondérables ? On y voit tout ce qu'on veut : les taches minimes, transparentes, inclinées dans tel ou tel sens, vous donnent des nuances de couleurs diverses. Ce sont des ombres d'arsenic, ainsi qu'on l'a dit dans une cause célèbre. Aussi le rapport de l'Institut a-t-il établi avec raison que lorsque les taches obtenues sont minimes, les réactions chimiques qui sont les seules probantes doivent être considérées comme douteuses, et l'expertise est nulle.

On a prétendu dans le rapport qu'on vient de lire que la carbonisation avec l'acide sulfurique n'appartient pas à MM. Danger et Flandin, qu'un chimiste de province l'avait proposée. Je n'ai rien à répondre ; mais la chose était-elle publiée, et dans quel ouvrage ? Quoi qu'il en soit, le procédé de MM. Danger et Flandin n'est pas moins une acquisition précieuse pour la science, puisqu'il détruit complètement les matières animales, n'exige que peu d'acide, et donne un charbon d'une perfection incomparablement supérieure à celui qu'on obtenait par le procédé de M. Orfila. L'Institut, au reste, leur a rendu pleine justice, et je crois que sur ce sujet surtout MM. Danger et Flandin ont bien mérité de la science, et que le rapport de M. Caventou aurait dû non-seulement leur être moins sévère, mais encore leur faire la part d'éloge que je crois qu'ils méritent.

La commission n'a pas blâmé le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique reconnu par l'Institut supérieur à celui de l'acide nitrique, mais elle a donné la préférence à la carbonisation par le nitrate de potasse que M. Orfila paraît affectionner de nouveau aujourd'hui. Comment se fait-il que M. Orfila, qui avait fait d'abord l'éloge du nitrate de potasse, l'a abandonné, comme défectueux sans doute, pour donner la préférence à l'acide nitrique qu'il a loué à son tour, et qu'il abandonne aujourd'hui pour revenir de nouveau au nitrate de potasse qu'il avait abandonné ? Je vous avoue que je n'y comprends rien. Il est évident que s'il y a eu progrès dans ces variabilités, ce progrès a été à reculons. L'Institut cependant vous a dit pourquoi la carbonisation par l'acide nitrique était défectueuse. (L'orateur cite les paroles du rapport de l'Institut.)

L'appareil de MM. Danger et Flandin a été jugé par la commission très compliqué, et elle a donné la préférence à celui de M. Orfila qui est plus simple. M le rapporteur aurait dû ajouter que si l'appareil de ces messieurs est un peu compliqué, il est néanmoins plus exact que celui de M. Orfila qui est plus simple. Je pense que par cela même qu'il est très simple, l'appareil de M. Orfila est une source d'erreurs.

Le rapport vous a parlé des expériences faites par M. Orfila sur l'urine des chiens empoisonnés. La commission a, je crois, manqué à sa mission ; elle aurait dû faire elle-même des expériences, et ne pas s'en rapporter à celles de M. Orfila.

L'orateur prend maintenant une à une les conclusions du rapport, et cherche à montrer qu'elles pèchent par la base, puis il examine avec plus de détails les résultats de l'appareil de Marsh ; il trouve dans les faits signalés par MM. Danger et Flandin un véritable progrès, un service réel rendu à la toxicologie légale, et une infirmation des travaux de M. Orfila sur l'arsenic. Les doutes que ces messieurs ont fait naître sur l'orthodoxie des procédés de M. Orfila persistent, et sont un bien immense pour la société ; la vie et l'honneur des citoyens ne seront plus désormais exposés au caprice de réactions insignifiantes ou douteuses ; il faut non-seulement réduire l'arsenic à l'état métallique, mais encore soumettre celui-ci aux réactions chimiques, et puis enfin ramener ces produits une seconde fois à l'état de métal. Ce n'est qu'alors, alors seulement qu'on pourra se prononcer, toutes les autres causes d'erreur étant d'ailleurs prévues. Vous le voyez, les seules réactions ne suffisent plus désormais pour se prononcer, par la raison que les pseudo-taches pourraient en imposer dans plusieurs occurrences ; et il faut en outre des quantités considérables, c'est l'Institut qui l'a voulu ainsi. Est-ce-là ce qu'on a appelé un travail de nulle importance ? Comment, des hommes qui ont signalé une erreur grave dans laquelle les princes de la science étaient tombés, qui ont expliqué la cause de cette erreur par les pseudo taches des sulfites et phosphites, erreur dans laquelle étaient tombés d'abord MM. Danger et Flandin eux-mêmes, qui ont indiqué les moyens de l'éviter, et fait preuve d'une grande habileté pratique et d'une sagacité remarquable, ces hommes-là vous les maltraitez, vous les donnez comme auteurs d'un travail de nulle importance, et vous ne trouvez d'expressions louangeuses que pour leur adversaire ? Je demande que le rapport soit modifié dans tous les passages qui leur sont hostiles, qu'il soit moins sévère à leur égard, et que des expressions encourageantes, des éloges soient votés à ces deux savans distingués qui ont rendu un véritable service à la science.

M. Orfila(1) : Je ne suivrai pas M. Gerdy dans son argumentation ; il est évident qu'il n'a pas saisi, à la première lecture, le contenu du rapport, car il fait dire à M. Caventou beaucoup de choses qu'il n'a pas dites, et il lui fait commettre des erreurs graves. Je m'attacherai surtout à combattre deux assertions émises par M. Gerdy, et à donner lecture de quelques passages du rapport de l'Académie des sciences, que M. Gerdy a si souvent cité. Ce rapport, Messieurs, complètement favorable au système médico légal que j'ai introduit dans la science, a été tellement mutilé et défiguré par certaines gens, qu'à les entendre ce serait un document contre moi. Vous jugerez de la bonne foi des opposans par la lecture des passages suivans :

S'agit il de l'absorption de l'arsenic, voici ce qu'on lit : « Par un grand nombre d'expériences, faites d'un côté sur plusieurs individus qui avaient péri victimes d'empoisonnement par l'arsenic, et de l'autre sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, M. Orfila fit voir que l'acide arsénieux pouvait être retrouvé après la mort, dans le sang, dans les viscères et dans l'urine. » (P. 1080.)

Pour ce qui concerne les taches, on dit : « M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches obtenues ; l'expert ne devra jamais dire qu'elles sont arsenicales, s'il ne leur a pas reconnu les caractères de la volatilité et du précipité rouge brique avec le nitrate d'argent. » (P. 1083.)

« Rien n'est plus facile de distinguer ces taches de celles qui ont été produites par MM. Danger et Fandin. (P. 1089)..... Vos commissaires croient de leur devoir de repousser l'explication que ces messieurs en ont donnée, et d'insister sur ce point, que ces taches ne sauraient être confondues avec les taches vraiment arsenicales, toutes les fois qu'elles seront soumises à l'action des réactifs, qui peuvent seuls permettre de prononcer sur l'existence réelle de l'arsenic. » (*Ibid.*)

D'où il suit que MM. Flandin et Danger se sont complètement trompés sur ce point, ainsi que je l'avais établi il y a quatre mois dans cette enceinte ; il y a plus, il suffisait de connaître les élémens de la science pour savoir, *à priori*, que ces taches ne pouvaient pas se produire dans les opérations auxquelles on se livre quand on recherche l'acide arsénieux, soit en carbonisant par l'acide nitrique, soit en incinérant par le nitrate de potasse ; vous n'avez pas oublié que je vous disais, dans une séance du mois de février dernier, que le sulfite et le phosphite d'ammoniaque, qui forment des taches, cessent d'exister, dès qu'on les traite par l'acide nitrique ou par le nitre (*Voy.* Bulletin de l'Académie), qu'il n'est pas un élève qui ne sache qu'alors les acides sulfureux et phosphoreux sont transformés en acide sulfurique et phosphorique, qui ne donnent pas de taches. Voici comment la commission de l'Institut confirme mon dire à cet égard : « Il est évident d'ailleurs que si la destruction des matières organiques par l'acide nitrique a été complète, il ne peut plus exister dans les résidus ni acide sulfureux, ni acide phosphoreux..... Ainsi quand les carbonisations ont été bien complètes, il n'y a jamais de danger de rencontrer ces taches anormales. » (P. 1089.)

Plus loin, après avoir rapporté les expériences faites par moi devant les commissaires de l'Institut, en tous points conformes à ce que j'avais établi, ces messieurs continuent ainsi : « Nos expériences ont donné des résultats semblables à ceux que M. Orfila avait déjà obtenus devant vos commissaires, et qui ont été décrits plus haut. » (P. 1100.)

« Les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale, et leur donner les caractères de précision désirables ; mais un résultat tout à fait inattendu vint compliquer singulièrement la question. » (Il s'agit de l'arsenic normal annoncé par M. Couerbe.) (P, 1083.)

« Toutes ces expériences, dont les résultats ont été très nets, ont convaincu vos commissaires de l'exactitude des faits énoncés par M. Orfila sur l'absorption de l'arsenic et de l'antimoine par les organes, et sur le passage du poison dans l'urine. » (P. 1095.)

» Les procédés de carbonisation des matières animales par l'acide nitrique ou le nitrate de potasse, peuvent réussir d'unes manière complète. (P. 1108)

» Il est facile de trouver dans le commerce du zinc et de l'acide sulfurique qui ne manifestent pas d'arsenic dans l'appareil de Marsh, même quand on dissout des quantités considérables de zinc. L'acide sulfurique que nous avons employé était de l'acide purifié par distillation, et le zinc était du zinc laminé en feuilles minces. »

En vérité, Messieurs, il faut avoir grande envie d'altérer les faits, pour ne pas reconnaître, dans ces citations, la confirmation de tout ce que j'avais imprimé touchant les applications médico-légales de mon nouveau système.

J'arrive maintenant aux deux assertions de M. Gerdy, que je crois devoir repousser.

» 1° Vous avez d'abord donné la préférence au nitrate de potasse, puis vous l'avez abandonné, apparemment parce qu'il n'était pas bon, et aujourd'hui la commission le réhabilite en disant qu'il est supérieur à l'acide sulfurique pour déceler les atomes de poison arsenical. »

Ma réponse sera simple : j'ai toujours reconnu les immenses avantages de ce procédé, et si j'en ai préféré un autre pendant quelque temps, c'est que j'entendais dire de tous côtés, à tort il est vrai, que l'acide sulfurique qu'il fallait employer pour exécuter ce procédé pouvait être et était souvent arsenical et induire en erreur. Aujourd'hui qu'il est parfaitement établi, par les expériences mêmes de l'Institut, que l'on se procure facilement de l'acide sulfurique exempt d'arsenic, ce que j'ai toujours dit, je recommande de nouveau ce procédé, parce qu'il est plus sensible et qu'il fournit l'arsenic le plus pur que l'on puisse obtenir : au reste, je n'ai jamais abandonné le nitrate de potasse, car j'ai toujours soutenu qu'il existait des cas où il fallait absolument s'en servir, et l'on sait qu'à Tulle nous y avons eu recours avec le plus grand succès.

« 2° MM. Flandin et Danger ne sont pas des chimistes si ordinaires, puisque c'est par eux que nous savons qu'il n'existe pas d'arsenic dans les os ; ils ont montré que les taches obtenues avec ces os, et que MM. Couerbe et Orfila avaient prises pour des taches arsenicales, étaient tout simplement formées par du sulfite et du phosphite d'ammoniaque. »

L'erreur de M. Gerdy est aussi complète que possible. En effet, si les taches que nous avons obtenues avec les os dans le temps, étaient les taches de MM. Flandin et Danger ; si elles étaient le résultat de l'action de l'acide sulfurique sur les os colorés en gris, nous devrions les obtenir aujourd'hui comme alors, et c'est ce qui n'arrive pas. Je défie qui que ce soit de les produire en opérant comme nous opérions alors que nous cherchions l'arsenic des os. L'opinion de l'Institut à cet égard est formelle ; lisez les expériences 14, 15 et 16, faites dans mon laboratoire en présence des commissaires, et les expériences 24, 25, 26, 27, 28 29 et 31, faites par la commission de l'Institut, et vous verrez qu'on n'a obtenu aucune tache en traitant les os par l'acide sulfurique. c'est-à-dire en suivant le procédé qui nous avait donné de l'arsenic. Evidemment s'il ne s'est produit, et s'il ne se produit aucune tache dans ces conditions, il serait absurde de soutenir qu'elles aient pu influer en rien sur l'explication de ce fait important, savoir, que nous avons, M. Couerbe et moi, extrait de l'arsenic dans les os, tandis qu'on n'en a pas retiré dans ces derniers temps.

M. Adelon : Comme membre de la commission, je tiens à la disculper des reproches que lui a adressés M. Gerdy. M. Gerdy prétend que le rapport n'a pas tenu la balance égale entre MM. Flandin et Danger et M. Orfila, qu'il est trop laudatif à l'égard de ce dernier. Mais nous avions à juger les travaux de M. Orfila aussi bien que ceux de MM. Flandin et Danger ; et, quelque délicate que soit une pareille mission, quand il s'agit d'un collègue, la commission a dû l'accomplir. Il n'est donc pas étonnant que chacun des travaux soumis à notre appréciation occupe dans le rapport une place proportionnée à son importance.

M. Gerdy reproche encore à la commission d'avoir dit que MM. Flandin et Danger ne lui ont pas montré de taches pseudo-arsenicales Mais ce n'est point là le langage du rapport. Il dit seulement que la commission n'a pas vu de ces taches qui résultent d'une carbonisation imparfaite ; et cela même prouve que l'opération a été bien conduite ; mais il n'est pas permis de croire que tous les experts puissent aussi bien y réussir. D'ailleurs MM. Flandin et Danger ont bien mérité de la science ; le rapport l'a reconnu, je le répète moi-même, et je protesterais contre les conclusions si elles n'exprimaient pas les remercîmens et les éloges les plus formels pour ces deux chimistes.

La séance est levée à cinq heures et quart.

(Séance du 13 juillet.)

Intoxication arsenicale. — L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Caventou. La salle est pleine de spectateurs.

M. Pelletier a la parole. On a accusé la commission, dit-il, de ne pas avoir rendu un compte exact des faits présentés par MM. Danger et Flandin. Ce reproche est injuste. Ces messieurs avaient promis de nous montrer des taches non arsenicales qui présenteraient tous les caractères des taches arsenicales ; ils n'ont pu les produire sous les yeux de la commission, le rapport devait le dire. Ces messieurs nous en ont présenté, il est vrai, une fois, mais c'étaient des taches qu'ils ont portées toutes faites ; la commission ne pouvait les accepter, puisqu'elles n'avaient pas été produites sous ses yeux. Je dois dire cependant que l'un des membres de la commission (c'est moi-même) a produit des taches pareilles à celles que ces messieurs annonçaient, ayant toutes les apparences de celles de l'arsenic ; mais nous en avons bien reconnu la nature non arsenicale lorsque nous les avons soumises à l'action des réactifs chimiques. Voilà pour les taches. Vient maintenant la théorie des sulfites et des phosphites. Cette théorie est fausse, chimiquement parlant, la commission devait le dire. Quant à la carbonisation des matières animales, je dois faire remarquer qu'à M. Orfila appartient l'honneur d'avoir le premier employé les acides dans ce but. MM. Danger et Flandin ont adopté ce principe de M. Orfila, et au lieu de l'acide nitrique, ils ont employé l'acide sulfurique. Quel mérite y a-t-il en cela ? Je dois reconnaître cependant que l'acide sulfurique est préférable à l'acide nitrique : il y a là perfectionnement ; c'est ainsi que marchent les sciences. Mais encore un coup, l'honneur revient toujours à notre collègue, M. Orfila. Il ne faut pas confondre, au reste, ce procédé de la carbonisation par les acides avec l'incinération par le nitrate de potasse. Cette méthode appartient aussi à M. Orfila : nous l'avons jugée supérieure à la carbonisation par les acides. La commission devait donc conclure comme elle l'a fait ; peut-être aurait-elle pu le faire en d'autres termes.

M. Caventou : Je crois avoir rendu cependant toute la justice possible à ces messieurs, puisque j'ai dit que leur carbonisation par l'acide sulfurique était préférable et constituait un progrès.

M. Chevallier répond au discours de M. Gerdy de la séance précédente. M. Gerdy, dit-il, nous a reproché de ne pas avoir suffisamment étudié l'appareil de Marsh. Ce reproche n'est point fondé : depuis 1836 que cet appareil est connu, une foule de chimistes nationaux et étrangers l'ont adopté dans un grand nombre d'expériences. Je m'en suis moi même beaucoup occupé, puisque j'ai publié une brochure à ce sujet. M. Chevallier soutient en outre : 1° que l'appareil de MM. Danger et Flandin est défectueux, bien que l'invention de cet appareil lui appartienne ; 2° que l'appareil à l'amianthe adopté par l'Institut lui appartient également, du moins le principe, car au lieu de l'amianthe, il s'était servi de la porcelaine ; 3° que le principe proclamé par MM. Danger et Flandin et adopté par l'Institut de ne juger dans les expertises que sur l'anneau métallique, lui appartient également. Il dit avoir établi tout cela dans les mémoires imprimés qu'il a en main.

(1) Ce discours est textuellement extrait de la *Gazette médicale*.

M. Gerdy. Je dois regretter encore cette fois d'être seul à défendre MM. Danger et Flandin dans cette enceinte. Je les défends parce que je crois qu'on ne les a pas traités avec justice. Les objections que j'ai faites dans la dernière séance persistent avec toute leur force, et ce qu'on a voulu m'opposer n'a fait qu'ajouter d'autres objections aux miennes. Dans mon discours, je n'avais pas touché la question de l'absorption : M. Orfila l'a abordée lui-même, j'en suis bien aise, car je dois dire que non-seulement rien ne revient à M. Orfila de la découverte de l'absorption de l'arsenic, puisque ce fait était depuis long-temps trivial en toxicologie, mais encore sur l'idée d'aller le chercher dans les organes éloignés. Il y a long-temps en effet que le professeur Marx, d'Allemagne, avait, au dire de Christison, cherché et retrouvé l'arsenic dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière des animaux empoisonnés par l'estomac. J'ajouterai que, pour appuyer le rapport par trop apologétique de M. Caventou, M. Orfila a cru pouvoir recourir à quelques passages du rapport de l'Institut ; mais il est évident qu'une pareille manière d'argumenter altère tous les faits, car ces passages isolés signifient autre chose quand on les médite à côté de plusieurs autres. Ce qui résulte de positif du rapport de l'Institut, c'est que la commission n'a pas adopté le procédé de carbonisation de M. Orfila par l'acide nitrique ; c'est, en outre, qu'elle a rejeté l'appareil de M. Orfila. Il paraîtrait même que dans la séance d'hier M. Thénard s'est élevé vivement contre les jugemens qu'on avait portés dans les expertises d'après les seules taches, ces taches étant par elles-mêmes insuffisantes si elles ne peuvent pas être réduites en arsenic revivifié.

M. Mérat. M. Thénard n'a pas dit cela précisément : j'étais présent à la séance...

M. Gerdy. Vous parlerez à votre tour : ne m'interrompez pas. Quand je dis que M. Thénard a avancé précisément cela, j'en suis certain, puisque je suis allé le voir et que j'ai causé avec lui. Si M. Mérat a mal entendu ou mal compris M. Thénard, ce n'est pas ma faute. Je reviens maintenant au rapport de M. Caventou, et je dois dire que ce rapport a nui à la vérité par les exagérations dans lesquelles il est tombé : d'une part, on a porté aux nues M. Orfila, on nous l'a présenté comme un dieu, comme un astre lumineux extraordinaire paru sur l'horizon. J'avoue que je croyais plutôt assister à la lecture d'une oraison funèbre qu'à celle d'un rapport ; et mes yeux se sont un instant tournés vers le banc de M. Orfila pour m'assurer s'il était encore vivant ; et, grâce au Ciel, en levant les yeux sur la tête de notre collègue, nous avons pu nous convaincre qu'il n'était pas mort (éclats de rire) ; d'autre part, on a blâmé, déprécié à un point extrême MM. Danger et Flandin, et il a été facile de voir une contradiction flagrante entre le rapport et ses conclusions. On nous a en outre parlé de l'enfance où se trouvait la médecine légale avant M. Orfila... (Bruits divers.)

M. Caventou. Nous n'avons pas dit *médecine légale*, mais *toxicologie chimique*.

M. Caventou est invité par M. Gerdy à lire les passages du rapport relatifs à ce point..... Il lit, et on y retrouve effectivement ces derniers mots.

M. Gerdy avoue que l'impression produite sur lui à la première lecture l'avait trompé. Je me suis trompé de bonne foi, dit-il, car je ne cherche que la vérité, et cette circonstance ne donnera que plus de poids à mes autres paroles. Quant aux passages relatifs aux travaux de MM. Danger et Flandin, il m'a paru avoir pour but de déprécier les travaux de ces messieurs et offrir une opposition avec celui qui concerne M. Orfila. Le rapport semble dire qu'après les travaux de ce chimiste, ceux de MM. Flandin et Danger étaient complètement inutiles.

M. Caventou prétend que cela n'est pas ainsi. Il est invité à relire le passage ; il le lit.

M. Gerdy ne reconnaît pas que ce soit ce passage auquel il veuille faire allusion.

M. Orfila. C'est le seul passage relatif à ce que vous dites.

M. Gerdy. Il paraît que M. Orfila connaît son rapport par cœur ; peut-être l'a-t-il vu avant moi.

M. Orfila. Non ; je l'ai écouté avec plus d'attention sans doute, et je l'ai probablement mieux compris.

M. Gerdy. Je passe sur ce sujet pour m'arrêter un instant à la réplique que M. Adelon m'a faite dans la dernière séance. M. Adelon a dit que la commission ne pouvait faire autrement que de s'occuper de l'ensemble des travaux de M. Orfila et de les comparer à ceux de MM. Danger et Flandin. C'est fort bien ; mais puisqu'il s'agissait de cela, le rapport aurait dû s'occuper : 1° de l'arsenic normal ; 2° des pseudo-taches ; 3° de la carbonisation à l'acide sulfurique ; 4° de l'état variable des urines des animaux empoisonnés ; 5° de la nécessité d'obtenir l'arsenic à l'état de métal pour qu'une expertise soit valable ; tels sont les sujets dont se sont occupés MM. Danger et Flandin dans leur travail lu dans cette enceinte. Pourtant la commission a sauté sur plusieurs de ces sujets ; elle n'a fait aucune mention de l'arsenic normal. (L'orateur lit plusieurs passages des travaux de MM. Danger et Flandin.)

Vous le voyez, ces messieurs croyaient d'abord à l'arsenic normal ; ils le cherchèrent long-temps, et c'est après ces longues recherches qu'ils reconnurent l'erreur dans laquelle on était tombé, qu'ils pénétrèrent la cause de cette erreur, et qu'ils en affranchirent la science.

On avait trouvé de l'arsenic partout, dans le sang, dans les os, dans les chairs, dans les végetaux, dans le pain ; les colonnes des journaux politiques ont été remplies de ces prétendues découvertes qui ont jeté, il faut le dire, la *perturbation* dans la société. Ces découvertes se sont dissipées comme un souffle en présence du travail de MM. Danger et Flandin. Et ce sont là les hommes pour lesquels vous n'avez trouvé que du blâme au lieu des éloges qu'ils méritent. Il est donc vrai de dire que vos éloges pour M. Orfila sont exagérés, que votre rapport est par trop laudatif et nuit à la vérité. Je suis heureux d'avoir, par mon opposition, arraché à la commission, par l'organe de M. Adelon, un aveu qui fait honneur à la loyauté de ce collègue, c'est-à-dire que le travail de MM. Danger et Flandin, loin de mériter le blâme, était digne des plus grands éloges, comme ayant éclairé la question et fait faire réellement un progrès à la science.

Je tiens à répondre un dernier mot aux paroles de M. Adelon. Vous dites que vous deviez nécessairement vous occuper de l'ensemble des travaux de M. Orfila à l'occasion du mémoire de ces messieurs ; je vous en demande pardon, telle n'était pas votre mission ; la seule commission qui aurait pu faire cela est la commission-monstre que M. Orfila fit nommer il y a huit mois, composée de plusieurs sections de l'Académie, de la presque totalité de l'Académie, pour suivre ses expériences. Eh bien, cette commission-monstre n'a jamais fait le rapport projeté sur l'ensemble des mémoires de M. Orfila sur l'arsenic ; il paraîtrait même qu'elle est [illegible] fait avortée. La petite commission est venue faire aujourd'hui le rapport d'ensemble que la grande commission qui en avait été seule chargée n'a pas encore faite. Il paraîtrait donc qu'une commission a été plus complaisante que l'autre. (Murmures.)

Vous avez eu l'air de dire dans votre rapport, que MM. Danger et Flandin sont arrivés à une époque où il ne restait rien à faire sur la question, et qu'ils n'ont rien ajouté. Selon vous, la justice, la société pouvaient compter avec assurance sur les résultats obtenus par M. Orfila. J'en suis fâché, vous avez manqué à la vérité ; car il est prouvé, par le rapport de l'Institut, que les taches sur lesquelles s'appuyait M. Orfila sont insuffisantes dans les expertises, il faut l'arsenic métal ; or, c'est ce que M. Orfila ne faisait point, et l'on sait que dans un procès fameux il s'est contenté des seules taches, il n'a pas obtenu l'arsenic métal qui seul pouvait autoriser un jugement affirmatif.

Je reviens maintenant à la carbonisation. L'orateur compare celle de MM. Danger et Flandin à l'aide de l'acide sulfurique avec celle de M. Orfila avec l'acide nitrique, et fait voir les nombreux avantages de la première et les défauts essentiels de la dernière. Il oppose ensuite le premier procédé à l'incinération faite à l'aide du nitrate de potasse, et s'appuyant sur l'autorité de M. Thénard, il relève encore la supériorité du procédé de MM. Danger et Flandin sur celui de M. Orfila.

Vient l'appareil à dégagement d'hydrogène. Encore ici l'avantage est, selon M. Gerdy, pour celui de MM. Danger et Flandin. L'orateur s'appuie également sur l'autorité de M. Thénard pour prouver que l'appareil de M. Orfila est très défectueux, et donne lieu à une multitude d'errevrs. Celui de MM. Danger et Flandin, bien qu'un peu compliqué, est très exact, et c'est surtout l'exactitude qu'on doit chercher dans des expertises qui touchent à la vie et à l'honneur des familles ; l'appareil de M. Orfila lui paraît tout au plus bon pour des démonstrations dans les cours de chimie.

M. Chevallier m'a fait l'honneur de me répondre, en me prêtant des paroles que je n'ai pas dites en me faisant dire que l'appareil de Marsh n'avait pas encore été suffisamment étudié. J'en demande pardon à M. Chevallier, je n'ai pas dit cela.

M. Chevallier : Oui, vous l'avez dit.

M. Gerdy : Je vous assure que c'est une erreur de votre part ; je ne pouvais dire cela, ce serait une erreur pyramidale, passez-moi ce mot.

M. Chevallier : Vous l'avez dit positivement.

M. Gerdy ; Il faut qu'en ce moment la mémoire de l'un de nous se trompe.

M. Chevallier : C'est la vôtre qui se trompe. (On rit.)

M. Gerdy : Je n'ai pas l'habitude de donner des démentis grossiers ; je discuterai avec les personnes qui savent discuter ; je ferai seulement observer que je n'ai pu dire cela, puisque depuis trois ans surtout tout le monde s'en est occupé ; les journaux en ont assez parlé, Dieu merci ! Je ne puis laisser passer une expression de M. Chevallier concernant M. Danger ; il a l'air d'insinuer, en parlant de son appareil, qu'il est plutôt un souffleur de verre qu'un véritable chimiste. Oh ! Messieurs, je dois protester de toutes mes forces contre une pareille insinuation. M. Danger est un de ces hommes laborieux et modestes qui, comme Barruel, ont passé toute leur vie dans des expériences chimiques et qui seuls méritent le nom de véritables praticiens. L'insinuation de M. Chevallier est, par conséquent, injuste.

M. Chevallier demande la parole pour un fait dersonnel. Il insiste.

M. Gerdy. Je ne vous ai jamais interrompu ; il paraît que c'est un parti pris à l'avance de m'interrompre à chaque phrase, dans l'espoir peut-être de briser le fil de mes idées, alors que j'ai des faits graves à opposer. Soyez tranquille, vous ne m'empêcherez pas de vous dire de dures vérités.

Les pseudo-taches de MM. Danger et Flandin doivent enfin nous occuper. L'orateur ajoute que ces messieurs ont rendu à la science un véritable service en signalant cette source d erreur et les moyens de l'éviter, et en établissant des données nouvelles pour conduire les expertises sur la matière. Il termine en proposant les conclusions suivantes pour être ajoutées au rapport :

1° Qu'il n'existe pas d'arsenic normal dans les os, et que ce fait négatif est dû aux recherches de MM. Danger et Flandin ;

2° Qu'il se forme quelquefois des pseudo-taches d'apparence arsenicale qui peuvent tromper l'expert ;

3° Que les urines des animaux empoisonnés par l'arsenic ne contiennent pas toujours de l'arsenic ;

4° Que l'appareil de MM. Danger et Flandin est ingénieux et d'une grande exactitude dans les expertises ;

5° Que désormais il faut l'arsenic métal pour se prononcer dans les expertises, les seules taches étant insuffisantes ;

6° Qu'enfin une lettre de remercîmens soit adressée à MM. Danger et Flandin, leur travail envoyé au comité de publication, et leur nom porté sur la liste des candidats pour les membres résidans de l'Académie.

M. Chevallier déclare qu'il n'a pas entendu attaquer le mérite chimique de M. Danger dans les paroles qu'il a prononcées.

M. Orfila. L'Académie a dû s'apercevoir que M. Gerdy cherche à rendre le débat tout-à-fait personnel ; le rapport exalte par trop le mérite de M. Orfila, dit il, tandis qu'il déprécie outre mesure celui de MM. Flandin et Danger. Vous devez bien penser que je n'accepte pas la discussion sur ce terrein, et que je dois me taire sur tout ce qui me concerne. Quant à MM. Flandin et Danger, M. Gerdy n'a pas cessé de répeter, qu'en les diminuant ainsi, la commission se mettait en opposition avec l'Institut qui, au contraire, les avait comblés d'éloges. Nous allons juger, Messieurs, ce qu'il y a de vrai dans cette assertion, en citant la fin du rapport de M. Regnault : « Vos commissaires, est il dit, prenant en considération l'importance de la question, les efforts que MM. Danger et Flandin ont faits pour éclairer l'emploi de l'appareil de Marsh, vous proposent de les remercier pour leurs diverses communications. » On remercie donc MM. Flandin et Danger pour les *efforts* qu'ils ont faits. Voyez, par contre, ce que l'on dit de M. Lassaigne, etc. : « Ils pensent que l'Académie doit également des remercîmens à MM. Lassaigne, Kœppelin et Kampmann pour les modifications utiles qu'ils ont apportées au procédé de Marsh. » On reconnaît les *efforts* des premiers ; on récompense ce que les autres ont fait d'*utile*. Votre commission ne s'exprime pas à l'égard de MM. Flandin et Danger autrement que l'Institut ; elle propose de les remercier à raison des *efforts* qu'ils ont fait ; comme l'Institut, elle blâme la presque totalité du travail de ces messieurs.

Mais laissons là les personnalités et arrivons aux choses. M. Gerdy vient de dire que l'Institut n'a pas adopté l'appareil de Marsh tel que je l'ai modifié, qu'il prescrit de recueillir un anneau d'arsenic métallique, et non pas de simples taches, comme je l'ai proposé, et que c'est là un progrès qui me condamne. En cela, Messieurs, mon collègue s'est rendu l'écho de plusieurs écrits inexacts et absurdes qui ont paru dans certains journaux il y a quelques jours. Ces feuilles, attaquant mon travail avec une violence sans exemple, m'ont présenté comme un homme qui aurait été complétement battu par l'Académie des sciences. « Vos taches ne signifient rien, a-t-on dit ; c'est de *l'arsenic métallique* qu'il faut obtenir, et vous êtes mille fois coupable de ne l'avoir pas dit ; vos préceptes ont induit tout le monde en erreur ; l'Institut le déclare. » Je dirai d'abord qu'il n'y a pas un mot de tout cela dans le rapport de l'Institut ; et par une raison bien simple, c'est qu'en janvier 1839, lorsque je lus ici mon premier mémoire, je conseillai précisément de suivre la marche que l'on m'accuse de n'avoir pas suivie. Je vais lire, dans le Bulletin de l'Académie du mois de février 1839 un passage de mon mémoire qui prouvera l'exactitude de ce que j'avance. Voici ce passage : « *Caractères de l'arsenic et de l'antimoine recueillis dans un tube.* Ainsi que je l'ai déjà dit, il ne faut recevoir sur la capsule qu'un petit nombre de taches, afin qu'il reste assez de gaz hydrogène arseniqué ou antimonié, pour recueillir le restant des deux métaux dans un tube de verre long de deux à trois pieds, de quatre à six lignes de large, ouvert par ses deux bouts, et que l'on maintient dans une situation horizontale à côté de la flamme. Celle-ci pénètre dans le tube par une de ses ouvertures et ne tarde pas à déposer, presqu'à côté d'elle, une couche noirâtre d'arsenic ou d'antimoine, qui s'étend jusqu'à deux ou trois pouces au-delà ; plus loin il se produit une vapeur blanche d'oxyde d'arsenic ou d'antimoine ; enfin il sort par l'autre extrémité du tube une vapeur blanche d'une odeur alliacée. » Voyez, Messieurs, la bonne foi de ces critiques ; que dit l'Institut ? obtenez des taches et un *anneau métallique*. J'ai été plus loin, puisque je prescris en outre de recueillir de l'oxyde blanc d'arsenic.

Les perfectionnemens que j'ai introduits depuis quelque temps ne sont que la consécration de ce principe. Je n'emploie actuellement qu'un seul tube, et j'obtiens à la fois des taches et l'anneau d'arsenic. Cet appareil, si simple, doit ses avantages à l'amiante dont je me sers, amiante dont MM. Flandin et Danger n'ont jamais parlé, et qui a été mise en usage pour la première fois par la commission de l'Institut. Mais, Messieurs, il faut être juste, l'idée première appartient à notre honorable collègue M. Chevallier, qui, dès 1839, ainsi que je l'ai dit dans mes mémoires, avait recours à la porcelaine, soit pour obtenir l'anneau d'arsenic, soit pour séparer celui-ci de l'antimoine. On a reconnu seulement depuis que l'amiante était préférable à la porcelaine. Au reste le rapport de l'Académie des sciences, que l'on invoque si souvent contre moi, si l'on excepte ce que l'on y dit de MM. Lassaigne, Flandin et Danger, etc., et ce qui concerne l'arsenic normal, ne renferme *rien que je n'eusse dit et prouvé depuis long-temps* ; il me donne raison sur tous les points.

M. Gerdy revient sur l'arsenic normal, et fait honneur à MM. Flandin et Danger d'avoir découvert que l'existence de ce corps dans nos tissus était une chimère. *Il n'en est rien*, Messieurs, et je le prouve. Le mémoire de MM. Flandin et Danger a été présenté à l'Institut à la fin de décembre 1840 ; or, dès le mois d'octobre, plus de deux mois auparavant, je montrais à la commission de l'Académie des sciences que je ne retirais plus d'arsenic des os ; c'est ce qu'on peut lire dans le *Compte-Rendu* des séances de l'Institut (14 juin, p. 1092). Je l'avais annoncé à MM. Husson, Boullay et Caventou ; tout le monde le *savait* dans mon laboratoire. Il y a plus : je déposai, le 3 novembre, à l'Académie, un paquet cacheté, dont je prie M. le Secrétaire de donner lecture en ce moment ; j'ignore au juste son contenu, parce que je n'en ai pas gardé copie, mais je sais que le fait dont je parle y est articulé. J'ajouterai encore qu'il est à ma connaissance que MM. Thénard, Dumas, Boussingault et Regnault se livrèrent en novembre et en décembre à des expériences sur les os, et que tout le monde *savait* au Collége de France que les os ne fournissaient pas d'arsenic ; et vous prétendez que MM. Flandin et Danger, qui ne sont arrivés *qu'à la fin de décembre*, ont découvert qu'il n'existe pas d'arsenic dans les os ? Au reste, la commission de l'Institut a été plus sage que ces messieurs ; elle s'est bornée à dire *qu'elle n'en avait pas obtenu*, tandis que ces messieurs établissent qu'il n'y en a pas. Faut il donc rappeler encore que c'est à tort que M. Gerdy attribue à MM. Flandin et Danger d'avoir reconnu les premiers que les viscères ne renferment pas d'arsenic ? L'Académie sait que dans mon mémoire sur l'arsenic normal, lu dans cette enceinte le 24 septembre 1839, j'avais déjà prouvé qu'il en est ainsi.

Ici M. Orfila est interrompu par M. le Secrétaire, qui décachète le paquet et en donne lecture. Voici le sens de cette note : « *Je ne trouve plus d'arsenic dans les os depuis un mois*, en » suivant exactement les procédés qui m'en fournissaient autre» fois ; quelle peut être la cause de cette différence ? Je la cher» che. » (Paris, 3 novembre 1840.)

M. Orfila : Vous savez, Messieurs, que la découverte de l'arsenic normal appartient à M. Couerbe ; vous vous rappelez avec quelle inconvenante acrimonie ce chimiste en a réclamé la priorité ; mais je l'ai adoptée, et je suis trop honnête homme pour ne pas en convenir. Comme l'Institut, je dirai, non pas que les os n'en renferment pas ni qu'ils n'en contiennent jamais, mais qu'ils ne nous en ont point fourni dans ces derniers temps. Il y a là, Messieurs, quelque chose d'inconcevable. Comment se fait il qu'en 1839 nous ayons retiré de l'arsenic des os, et que nous n'en trouvions plus aujourd'hui ? J'affirme sur l'honneur que les taches obtenues dans le temps étaient vraiment arsenicales ; je constatai tous leurs caractères à l'aide des réactifs ; c'est assez dire que ce n'étaient pas les taches dont MM. Flandin et Danger ont parlé ; d'ailleurs, j'ai suffisamment prouvé dans la dernière séance que cela ne pouvait pas être.

On pourrait penser, comme je me le suis demandé dans la note cachetée qui vient de vous être lue, que les réactifs dont nous nous servions en 1839, et notamment l'acide sulfurique, étaient impurs et arsenicaux, tandis qu'à cette heure, depuis que j'ai publié un mémoire sur les réactifs, ceux-ci sont purs et exempts d'arsenic. Telle n'est pas la cause de la différence, toute réflexion faite, car à cette époque déjà avec les mêmes réactifs, ainsi que je l'ai imprimé, on ne retirait pas une seule tache avec des os calcinés au blanc, avec de la craie, etc. J'avoue qu'il y a là quelque chose d'inexplicable ; il y a là très probablement une erreur que je ne suis pas encore parvenu à saisir ; et s'il en est ainsi, je serai le premier à la proclamer. Avant tout il faut être vrai, et je n'imiterai pas MM. Flandin et Danger, qui ne semblent pas vouloir convenir de celles qu'ils ont commises, alors même qu'elles sont reconnues par l'Institut, par votre commission et par tout le monde. Quoi ! l'on s'étonnerait que dans un travail aussi délicat, qui a duré trois ans, et qui se compose de plus de dix mille expériences, un fait m'eût échappé, quand la question est aussi ardue ? Quoi qu'il en soit, et c'est une vérité consolante, l'absence de l'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal prêtera à mon système médico-légal un appui des plus solides. Vous savez avec quelle force les avocats et les défenseurs zélés des accusés exploitaient l'existence de l'arsenic normal ; on le faisait voyager des os jusqu'aux viscères ; cette précieuse et dernière

ressource manquera désormais, et il suffira d'avoir constaté la présence de l'arsenic dans quelques-uns de nos viscères pour être certain que cet arsenic a été ingéré.

En parlant des procédés de carbonisation, M. Gerdy a fait confusion; on voit qu'il ne les a jamais pratiqués. Suivant lui, M. le rapporteur de l'Institut aurait blâmé l'emploi du nitrate de potasse à cause de la vive déflagration qui peut quelquefois avoir lieu à la fin de l'opération. Il est évident que M. Regnault a fait allusion à la carbonisation par l'acide nitrique et non pas à l'incinération de la matière par le nitre; celle-ci ne pouvant pas s'opérer sans défl gration. On ne peut donc pas dire qu'elle soit à redouter, et à cet égard je relèverai l'expression de M. Gerdy, qui appelle *carbonisation* le traitement par le nitre; c'est une incinération et non pas une carbonisation. Peu m'importe que M. Thénard ait dit ce matin à M. Gerdy que le nitrate de potasse était bien supérieur à l'acide sulfurique pour détruire la matière organique dans l'espèce; si cela est, M. Thénard s'est trompé, comme cela résulte des faits et de ce que votre commission a constaté en comparant attentivement les deux procédés.

M. Gerdy insiste sur la contradiction flagrante que l'on remarque entre le corps du rapport de votre commission et les conclusions qui le terminent: «Vous blâmez constamment, dit-il, MM. Flandin et Danger, et pourtant vous leur proposez des remerciemens.» Rien n'est plus facile à concilier. Ces messieurs ont annoncé qu'il se produisait souvent dans l'acte de carbonisation les taches qu'ils ont signalées: l'Institut a dit, comme moi, que cela n'était pas vrai; votre commission en dit autant; on ne les remercie pas pour cette annonce. Ils ont articulé que les taches offraient la plupart des caractères chimiques des taches arsenicales: j'ai fait voir, et l'Institut ainsi que votre commission confirment mon dire, que cela est faux; on ne remercie pas MM. Flandin et Danger pour cette assertion. Ils ont contesté que les animaux empoisonnés par l'arsenic urinaient: votre commission a reconnu que c'ait une erreur; on ne leur doit aucun remerciement pour une pareille assertion. Ils parlent d'un procédé que la commission accepte comme bon, quoiqu'elle préfère un de ceux que j'ai donnés: on leur adresse des remercîemens. Ils ont proposé un appareil que la commission a dit avoir été bien imaginé, tout en le trouvant trop compliqué pour en conseiller l'usage: l'Institut reconnaît que cet appareil est bon, sans l'adopter parce qu'il est inutile; on les remercie des efforts qu'ils ont faits sous ce point de vue.

M. Gerdy s'élève contre cette phrase du rapport dans laquelle M. Caventou dit qu'au moment où MM. Flandin et Danger ont fait paraître leur travail, les procédés que j'avais donnés étaient suffisans et offraient les caractères de précision désirables pour la question médico-légale. Cela n'est pas, ajoute-t-il, car MM. Flandin et Danger ont amendé, corrigé et fait un progrès. Voyez, Messieurs, si la réclamation de M. Gerdy est fondée; écoutez ce que dit l'Institut: «Les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale, et leur donner les caractères de précision désirables; mais un résultat tout à fait inattendu vient compliquer singulièrement la question.» (Page 1083.) Vous croyez peut-être qu'il s'agit de MM. Flandin et Danger? Pas du tout; ce résultat, c'est l'annonce faite par M. Couerbe de l'existence de l'arsenic dans les os. Au reste, l'Institut, comme on le voit, ne porte pas sur ce point un autre jugement que votre commission.

Il faut le dire tout haut, Messieurs: au lieu de servir la question, MM. Flandin et Danger ont introduit un élément de perturbation qui a failli pendant quelque temps arrêter le cours de la justice. Parmi les faits nombreux que je pourrais apporter à l'appui de ce que j'avance, je me bornerai à citer les deux suivans.

Tout récemment, des experts de Mont-de-Marsan sont chargés de déterminer s'il existe ou non de l'arsenic dans le corps d'un individu que l'on soupçonne être mort empoisonné; ils opèrent convenablement, et ils obtiennent de nombreuses taches arsenicales dont ils constatent les caractères chimiques; sans MM. Flandin et Danger, ces hommes éclairés eussent donné une conclusion affirmative. Mais non: l'annonce irréfléchie de ces messieurs doit porter ses fruits, et les experts de Mont-de-Marsan terminent ainsi leur rapport: «Mais attendu que deux célèbres chimistes (MM. Flandin et Danger) ont vu des taches qu'ils disent offrir la plupart des caractères des taches arsenicales, nous demandons que le restant des matières, ainsi que les taches obtenues, soient adressées à M. Orfila pour faire de nouvelles expériences.» Nous fumes désignés, MM. Chevallier, Ollivier d'Angers et moi, pour vérifier les opérations indiquées, et nous trouvâmes qu'elles avaient été régulièrement faites, et que les taches étaient véritablement arsenicales; nous retirâmes des matières non encore analysées beaucoup d'autres taches, et nous pûmes même obtenir un anneau métallique d'arsenic.

On a jugé dernièrement à Tarbes une affaire d'empoisonnement, dont le *Droit* a rendu compte le 5 de ce mois: là aussi, après bien des expertises, on était parvenu à obtenir des taches arsenicales; mais l'un des experts, redoutant la confusion dont MM. Flandin et Danger nous ont menacé dans ces derniers temps, m'écrivit pour me demander ce que je pensais du travail de ces messieurs. J'avais précisément vu quelques jours auparavant M. le rapporteur de l'Institut, qui m'avait assuré devoir dire incessamment dans son travail, qu'il suffisait d'avoir constaté que *des taches offraient les caractères chimiques de l'arsenic pour affirmer que ce métal existait*; cela était en tout conforme à ce que j'avais établi auparavant: aussi écrivis-je une lettre à l'expert de Tarbes, dans laquelle je stygmatisais avec énergie le travail de MM. Flandin et Danger que je réduisais à sa juste valeur. Ma lettre fut lue au tribunal, et le jury, conva[illegible] de l'accusé, tant à raison de ce fait que par [illegible]stances de la cause, fit son devoir. Tel est, Messieurs, en définitive, le service rendu par MM. Flandin et Danger.

Je ne terminerai pas sans dire que si je me suis élevé avec force contre les assertions de ces messieurs, c'est qu'il s'agit d'une question sociale, et que les personnes doivent disparaître devant une cause d'un si haut intérêt; je n'ai rien négligé pour faire triompher cette cause; j'ai voulu amener MM. Flandin et Danger à la barre de l'Académie; je les ai attaqués à plusieurs reprises et à dessein, je les ai provoqués à venir ici se faire juger; il ne suffisait pas que l'Institut parlât, vous deviez aussi vous prononcer avec la haute sagesse qui vous caractérise. La question est cependant gagnée; on a beau s'agiter, crier, torturer les rapports, partout on a adopté et on adoptera mon système; partout il est mis à exécution, et déjà l'on trouve en France beaucoup d'hommes capables de mener à bien des opérations qui ne présentent aucune difficulté sérieuse pour les esprits attentifs. J'éprouve le besoin de le dire, j'estime et j'honore MM. Flandin et Danger; j'applaudis comme tout le monde aux efforts qu'ils ont faits, et je m'associe de bon cœur aux remercîmens qu'on veut leur voter. Quant à moi, vous devez bien penser que je ne dois pas beaucoup tenir aux éloges que me donne la commission, et que M. Gerdy trouve exagérés; ce n'est pas à l'âge de 54 ans, et dans une position comme la mienne, qu'on doit les ambitionner; il y a trente ans je les aurais prisés, parce qu'ils m'eussent été utiles; aujourd'hui je dois être satisfait en voyant adopter par l'Institut, par votre commission et par tous les gens compétens, un travail auquel j'ai consacré trois années sans interruption, et qui exercera une influence salutaire sur la société en arrêtant la main de plus d'un criminel.

M. Bussy défend l'expertise de Tulle. Les taches étaient bien arsenicales; elles étaient tout aussi métalliques que l'anneau que l'on requiert aujourd'hui.

M. Gerdy demande à répondre.

M. Emery déclare que l'Académie ne doit plus entendre *bavarder et criailler* (textuel) plus long-temps M. Gerdy. (Bruits divers.)

M. Gerdy demande à faire une motion d'ordre, et proteste contre les paroles inconvenantes de M. Emery.

M. Barthélemy défend les droits de M. Gerdy à obtenir la parole.

M. Gerdy a la parole. Il fait remarquer qu'étant seul contre tous dans cette discussion, il n'y a rien d'étonnant qu'il soit obligé de prendre plusieurs fois la parole. Il défend la vérité; il est l'avocat de deux savans qui ne peuvent se défendre eux-mêmes et qui ont été injustement maltraités. Il demande à parler après M Caventou.

M. Caventou: J'ai à répondre particulièrement à M. Gerdy, et ma tâche sera d'autant plus facile qu'elle a été singulièrement restreinte par mes collègues et par M. Orfila lui-même.

En prenant la parole à propos de mon rapport, M. Gerdy a usé de son droit avec d'autant plus de raison, que deux motifs puissans l'y portent: d'abord, l'intérêt de la science, cela va sans dire; et ensuite le désir d'être utile à un ami, dans le but bien louable de défendre des opinions qu'il croit vraies. En cela, M. Gerdy a d'autant plus de droits à des égards, qu'il a avoué avec une grande modestie son incompétence sur la question toute spéciale qui nous occupe: *je ne suis pas chimiste*, s'est-il écrié; aussi ai-je pu admirer le courage avec lequel, pendant une demi-heure, et dans cette séance encore, notre honorable collègue, avec son talent ordinaire, a combattu sur un terrain si nouveau pour lui, de son propre aveu.

Le discours de M. Gerdy peut-être divisé en deux parties bien distinctes: je ne répondrai qu'à la première partie, essentiellement relative à mon rapport; car la seconde partie a eu pour but de discuter une question dont l'Académie n'était pas saisie, et qui a été examinée dans une autre enceinte, je veux parler de l'arsenic normal. J'ai donc eu lieu d'être surpris que cette question eût été abordée par notre collègue, puisque MM. Flandin et Danger eux-mêmes l'avaient exclusivement soumise au jugement de l'Institut.

Tout en donnant quelques éloges flatteurs au rapport, ce dont je le remercie, M. Gerdy a dit néanmoins que de la rédaction de ce rapport semblait ressortir, selon lui, une sorte de partialité défavorable à MM. Flandin et Danger.

Ainsi, ce serait ce sentiment qui m'aurait porté à faire inviter ces messieurs par M. le Président à quitter la séance pendant la lecture du rapport: ce reproche n'est pas fondé, car je n'ai fait que réclamer l'observation des convenances académiques à l'égard des savans étrangers; cela se fait partout, et je n'ai pas besoin, je pense, de légitimer cette mesure. Il n'y a donc rien là qui ait pu blesser la susceptibilité la plus ombrageuse.

Selon M. Gerdy, je n'aurais point tenu une balance égale dans l'appréciation que j'aurais faite des travaux de M. Orfila et de ceux de MM. Flandin et Danger.

J'aurais, selon notre collègue, trop exalté les services de l'un en regard des services des deux autres.

Je répondrai que cela ne pouvait être autrement, car j'avais à parler d'un homme qui depuis trente ans s'occupe de toxicologie chimique. Est-ce bien d'ailleurs au sein de cette Académie qu'on pourrait le méconnaître? Qui ignore que depuis trente ans M. Orfila s'est dévoué activement à la science; tandis que les efforts publics, officiels de MM. Flandin et Danger, tout louables qu'ils soient, comptent à peine quelques printemps.

Je sais bien que les services, dans les sciences surtout, s'apprécient par leur importance et non par leur âge; mais le cas est-il applicable à MM. Flandin et Danger?

Nous avons donc obéi à nos convictions, comme à l'équité, en parlant comme nous l'avons fait des longs et pénibles travaux de M. Orfila, et dans les circonstances actuelles nous aurions cru commettre une grande injustice que d'agir autrement que nous l'avons fait; au risque même de blesser publiquement la modestie d'un collègue.

Cela nous a-t-il empêché de juger convenablement et avec toute convenance les travaux que MM. Flandin et Danger sont venus nous soumettre, en contradiction à ceux de M. Orfila? Non, sans doute, et mon rapport le prouve.

Nous avons constaté que ces messieurs avaient de bonne foi fait des objections mal fondées; il était de notre devoir de le dire, et nous l'avons fait, je pense, avec toute la modération et tous les ménagemens possibles, sans décourager en rien le zèle dont je les crois animés pour l'avancement de la science.

L'erreur de MM. Flandin et Danger est d'avoir vu leurs taches partout, et, par une prédilection que j'appelerai presque paternelle, de s'être exagérés la confusion qu'on avait pu ou qu'on pourrait en faire avec les vraies taches arsenicales.

De ce que deux corps présentent quelques caractères analogues, est ce une raison pour les confondre? Non, sans doute, à moins qu'ils n'aient en totalité les mêmes caractères; s'il en était autrement, la chimie ne serait plus qu'un cahos, ou plutôt il n'y aurait plus de chimie.

Que dirait M. Gerdy, si on lui présentait deux corps également blancs, cristallisables, inodores, très amers, peu solubles dans l'eau et dans l'éther, très solubles dans l'alcool; alcalins au tournesol rougis, susceptibles de former des sels, précipitables par les acides tannique et iodique, décomposables au feu et donnant les mêmes produits, etc.; voilà certes une assez longue série de propriétés chimiques propres à les faire confondre, et cependant ces deux corps sont-ils les mêmes? Oui, pourrait s'écrier M Gerdy, et moi je dis: Non; car l'un de ces corps est un poison violent, c'est la strychnine, et l'autre c'est tout simplement la quinine; l'erreur serait ici bien redoutable.... Est-il arrivé néanmoins qu'on les ait confondus en chimie? Jamais..... parce qu'en arrière de ces propriétés chimiques analogues s'en trouvaient deux à trois autres essentielles, caractéristiques de chacun de ces corps et qui ne permettent point de les prendre l'un pour l'autre.

Il en est de même de vos fausses taches par rapport aux véritables: ainsi que l'a fortrbien dit je le répète, la commission de l'Institut, un chimiste un peu exercé ne s'y trompera jamais.

Et avec la modification apportée d'ailleurs au tube de dégagement du gaz, qui permet d'obtenir l'anneau métallique en même temps que les taches, n'a-t-on pas toutes les garanties possibles contre les moins habiles, et de quoi tranquilliser les plus inquiets?

En réduisant à leur valeur les assertions de MM. Flandin et Danger, ainsi que les doutes qu'elles ont excités, la commission a donc rempli un devoir impérieux, sans toutefois méconnaître le zèle dont ces messieurs ont fait preuve; aussi vous a-t elle proposé de leur voter des remercîmens; en cela votre commission a fait tout ce qu'elle devait et pouvait faire.

Nous avons été en cela plus loin que l'Institut, car là MM. Flandin et Danger avaient présenté un travail complet qui comprenait la question de l'arsenic normal, et cependant l'Institut leur a voté des remercîmens en considération de leurs efforts.

Il y aurait bien quelques autres réponses à faire à M. Gerdy, mais je m'en abstiendrai pour ménager le temps de l'Académie; je me suis attaché au point capital de la discussion: il en est le nœud gordien, et je le crois suffisamment tranché dans l'intérêt de la vérité.

Il est temps enfin de faire cesser les incertitudes jetées dans le public sur la possibilité de bien reconnaitre un empoisonnement par l'arsenic par les procédés connus. L'Institut en a déjà donné l'exemple, et l'Académie royale de médecine ne voudra pas, je pense, rester en arrière, elle si compétente à tant de titres: depuis plusieurs années, tous les élemens de cette grande question lui ont été soumis ou communiqués, elle peut donc juger en toute connaissance de cause le travail consciencieux de sa commission.

Nous persistons en conséquence dans nos conclusions, et je demande qu'elles soient mises aux voix.

L'heure étant avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 17 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 87, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Fistules vésico-vaginales. Remarques critiques sur la thérapeutique de cette affection.

M. Blandin possède actuellement dans son service deux femmes atteintes de fistule vésico-vaginale, qui lui ont fourni l'occasion de se livrer dans la leçon d'aujourd'hui à des remarques critiques sur la thérapeutique de cette maladie aussi repoussante qu'incommode : ce sont les deux malades des nos 2 et 24.

Chez la malade du n° 24, la fistule occupe un point très élevé du vagin, immédiatement au-dessous de la lèvre du col utérin : c'est une véritable fistule vésico-vaginale, correspondant au bas fond de la vessie ; d'où il résulte que l'écoulement de l'urine à travers la fistule et consécutivement par le vagin est continu et ne souffre aucune interruption, ce liquide ne pouvant séjourner dans la cavité de la vessie et étant forcé d'en sortir à mesure qu'il y est versé par les uretères.

Chez la malade du n° 2, la fistule siége sur un point situé beaucoup plus bas, beaucoup plus avantageusement placé au point de vue du traitement. La fistule est un peu plus étendue que la précédente ; mais en revanche, elle offre ceci de favorable, qu'elle est moins transversalement dirigée. L'urine ne s'écoule pas continuellement par la fistule, dans toutes les positions que la malade peut affecter ; remarque importante pour le diagnostic. Ainsi, elle est jusqu'à un certain point gardée dans les positions assise et couchée, pour être rendue volontairement plus tard, toutes les fois cependant qu'il n'en existe pas une trop grande quantité dans la vessie ; tandis que dans la position debout, mais surtout dans la position que cette femme gardait habituellement avant son entrée à l'hôpital, en se livrant à son occupation habituelle qui était de cueillir de l'herbe dans les champs, l'urine était moins long temps gardée, et s'échappait presque continuellement. Ces circonstances diverses s'expliquent par le siége de la fistule, qui est urétro-vésico-vaginale ; d'où il résulte qu'une certaine quantité de liquide peut d'abord s'accumuler dans le bas-fond de la vessie avant de s'échapper par la fistule, qui occupe un point relativement plus élevé. La nature même du siége de cette fistule fait qu'elle est plus guérissable que celle de la malade du n° 24, puisque les fistules qui occupent le bas-fond de la vessie sont presque toujours incurables.

Néanmoins, dit M. Blandin, nous tenterons la guérison également dans les deux cas. Déjà ce matin, nous aidant de l'application du spéculum à deux valves, vous nous avez vu porter un crayon de nitrate d'argent sur les bords de la fistule de la malade du n° 24, dans le but de provoquer leur ulcération qui doit être préalablement obtenue, avant d'affronter ces mêmes bords pour en obtenir l'adhésion. Une semblable opération a été pratiquée chez la malade du n° 2, grâce au siége peu élevé de la fistule dans le vagin, nous avons pu nous dispenser d'appliquer le spéculum ; mais i[illegible] a eu une autre indication à remplir. Chez [illegible]te fem[illegible]e, [illegible] effet, sous l'influence du moindre effort, les parois [illegible]érieure et postérieure de la vessie s'engagent dans l'ouverture de la fistule et viennent faire hernie, sous forme d'un bourrelet, dont il est impossible de méconnaître la nature : ce phénomène est le résultat de l'impulsion qu'exercent sur les parois supérieure et postérieure de la vessie les intestins, ce qui donne lieu à une véritable hernie.

En considération de cette circonstance particulière, nous avons dû, dans ce cas, nous entourer des précautions nécessaires pour ne point porter sur le bourrelet lui-même l'action du nitrate d'argent, et éviter d'irriter des parties qu'il convenait de ménager. Dans ce but, nous avons d'abord repoussé et maintenu réduit le bourrelet lui même, au moyen de l'introduction d'une pince à pansemens, ensuite nous avons cautérisé les bords de la fistule.

Dans un cas comme dans l'autre, immédiatement après la cautérisation, nous avons poussé une injection dans le vagin, dans le but d'entraîner le caustique en excès qui avait été déposé sur la surface de la muqueuse.

Prochainement, c'est-à-dire dans deux ou trois jours, nous reviendrons à la cautérisation chez la malade du n° 24, que nous renouvellerons par la suite tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce que les bords de la fistule soient suffisamment irrités, et que la vivification de ces mêmes bords soit assez bien obtenue au moyen de l'ulcération, pour qu'il soit permis d'obtenir leur adhésion en les affrontant d'une manière convenable au moyen des modes de coaptation conseillés.

Vous nous voyez, dans cette circonstance, donner la préférence au nitrate d'argent fondu, pour déterminer l'avivement des bords de la fistule ; d'autres agens cependant ont été conseillés, et sont même préférés par quelques praticiens. Ainsi, le fer rouge ; mais, quoique plus expéditif dans ces effets, le fer rouge est difficile à guider dans les parties profondes du vagin ; mais, en faisant même abstraction des difficultés que son application présente, il faut noter que, par sa nature, il effraie beaucoup plus les malades que le nitrate d'argent. Le nitrate de mercure liquide, à cause même de sa forme liquide, est difficile à manier, de même qu'il est difficile d'en limiter les effets ; et ainsi de quelques autres caustiques que nous avons dû également rejeter.

Reste l'avivement des bords de la plaie au moyen de l'instrument tranchant. Pour arriver plus facilement à ce résultat, toujours difficile, M. Roux a inventé une sorte de pinces à bords tranchans, à l'instar des ciseaux. Disons, par anticipation, que le cas dans lequel M. Roux a fait usage de cet instrument, le résultat de l'opération n'a pas été favorable. Maintenant, envisagée d'une manière générale, la méthode qui consiste à aviver les bords de la fistule au moyen de l'instrument tranchant, nous paraît fondamentalement mauvaise, puisqu'elle présente le grave inconvénient de laisser après elle une fistule beaucoup plus agrandie dans les cas où elle n'a pas été couronnée de succès ; et ces cas, il faut le dire, sont incomparablement les plus nombreux. Or, cette circonstance mérite une considération d'autant plus sérieuse, que le nitrate d'argent, qui d'ailleurs donne des résultats plus assurés, n'offre jamais l'inconvénient de l'agrandissement de la fistule en cas d'insuccès. Disons encore que l'inflammation qui suit l'avivement des bords de la fistule est toujours locale, et reste toujours telle quand on fait usage des caustiques, puisqu'ils ne portent leur action que sur les vaisseaux superficiels très ténus, tandis que dans l'avivement par excision, des vaisseaux plus volumineux et plus profonds étant intéressés, l'inflammation peut être portée assez loin pour donner lieu à l'infiltration urineuse, à l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin, à son abcédation, à la phlébite, origine funeste de l'infection purulente, complication redoutable qui a entraîné la mort de la malade opérée par M. Roux.

On a reproché à la cautérisation de ne point favoriser suffisamment l'adhésion des bords de la fistule : pour prouver l'inexactitude de cette accusation, il suffira de rappeler que les caustiques avaient été employés dans le plus grand nombre de fistules vésico-vaginales, auxquelles on connaît une terminaison heureuse. Moi-même j'ai obtenu dernièrement un résultat analogue dans un cas de cystocèle vaginale ; la malade est encore dans le service. Chez cette femme, après avoir déterminé l'ulcération de la membrane muqueuse dans une certaine étendue, au niveau de la tumeur herniaire, au moyen du nitrate d'argent, j'en ai rapproché les bords au moyen de la suture ; leur réunion s'est faite sans entrave, et la diminution de la tumeur a été le résultat immédiat de cette opération complexe. Si le succès a été favorable pour une cystocèle vaginale, pourquoi ne le serait-il pas lorsqu'il s'agit d'une fistule vésico-vaginale ? J'ajouterai que, dans cas où M. Jobert a obtenu la guérison d'une fistule de cette nature, l'avivement des bords de la fistule avait été obtenu au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent ; alors seulement M. Jobert a emprunté à la région vulvaire un lambeau qui s'est parfaitement greffé à la région de la fistule sur laquelle il avait été appliqué.

En résumé, la cautérisation suffit, quoiqu'on en ai dit, pour aviver les bords de la fistule ; et elle est préférable à l'excision des bords, en ce sens, qu'en cas d'insuccès, elle n'entraîne pas après elle l'agrandissement de la fistule.

Comment opérerons-nous la coaptation des bords de la fistule chez la malade du n° 24 ? Nous ferons choix dans ce cas de la pince érigne de M. Lallemand, de Montpellier, et nous aurons ainsi l'occasion d'apprécier nous-même la méthode conseillée par ce praticien, méthode qui, au dire de M. Serres, professeur à la même Faculté, n'aurait réussi dans aucun cas. Bien entendu que, quelle que soit l'issue de notre tentative, nous n'entendons pas la prendre comme terme de comparaison pour juger définitivement la méthode de M. Lallemand ; en cas d'insuccès, ce sera un fait de plus pour M. Serres ; si au contraire elle réussit, elle nous prouvera que, de fait, elle a pu être couronnée de succès dans d'autres circonstances.

Quant à la malade du n° 2, nous opérerons chez elle la coaptation au moyen de la suture entrecoupée. Ici la difficulté n'est pas grande, puisqu'on aperçoit aisément la fistule, rien qu'en écartant les lèvres de la vulve. Il nous a été facile de poser quatre points de suture chez la malade du n° 18, qui était affectée de cystocèle, et la difficulté est encore moins grande ici. Ce cas, en outre, demandera quelques soins particuliers, tel que celui de repousser le bourrelet muqueux qui fait hernie dans la lumière de la fistule.

Fracture de la colonne vertébrale. Myélite progressive. Asphyxie imminente. Remarques physiologiques sur l'origine et les fonctions du grand sympathique.

Depuis plusieurs jours est couchée au n° 23 une femme affectée d'une fracture de la colonne vertébrale. Aujourd'hui se vérifient en grande partie les fâcheux présages que M. Blandin avait annoncés dès l'entrée de la malade à la clinique. La face est livide, la respiration haute, fréquente ; dans ces phénomènes, M. Blandin croit reconnaître l'expression d'une inflammation de la moelle se propageant au dessus du point fracturé, et envahissant l'origine des nerfs respirateurs, notamment des inter-costaux ; quand l'inflammation se sera propagée jusqu'au nerf grand respirateur de Charles Bell, et au diaphragmatique, alors, dit M. Blandin, le dernier instant de cette malheureuse femme sera proche.

La mort imminente de cette malade, n'est d'ailleurs point un malheur sur lequel il faille trop s'apitoyer ; car, sans même parler ici de l'état complet d'impotence auquel elle se trouvait réduite par suite de la paralysie des parties situées au-dessous de la fracture, il est à présumer qu'elle n'eût pas pu résister aux progrès de l'eschare au sacrum, qui s'est déjà déclarée depuis plusieurs jours et qui s'accroît encore en surface. Il importe de noter que deux causes concourent ici à la formation et à l'agrandissement de l'eschare, causes qui s'entr'aident mutuellement et dont la connaissance est indispensable pour la compréhension facile des rapides progrès de l'eschare dans tous les cas de cette nature ; ces deux causes sont : la pression exercée sur la région, d'une part, et d'autre part l'anesthésie de la région, comme du reste de toutes les parties inférieures du corps. C'est bien plus à la faveur de cette seconde cause, que sous l'influence de la pression elle-même que l'eschare se développe et fait des progrès ; le défaut d'innervation est la cause la plus efficace de cette redoutable complication, ainsi que le démontrent à chaque instant les fièvres dites graves, dans lesquelles elle est si fréquente.

Cette malheureuse malade nous a présenté un fait digne du plus haut intérêt ; c'est le suivant : affectée d'un dévoiement très abondant, qui vraisemblablement aurait dû occasionner des coliques plus ou moins violentes, cette femme n'a cependant accusé aucune douleur, manifesté aucune souffrance du côté de l'abdomen, si l'on en excepte un léger malaise du côté du foie et à l'épigastre. Evidemment les intestins sont frappés d'insensibilité.

S'il était permis d'interpréter ce phénomène d'après les connaissances physiologiques acquises, on y trouverait peut-être la confirmation de ce fait, contraire d'ailleurs à l'énoncé de Bichat, savoir : que le nerf grand sympathique, loin de constituer un centre nerveux à part, n'est qu'une continuation ou une dépendance du grand système cérébro-spinal, apparemment modifié par le passage des nerfs rachidiens à travers un certain ordre de ganglions. Qu'observons nous, en effet, chez ce sujet paraplégique ? Rappelons d'abord que tout ce qui devrait être animé de mouvement et de sensibilité par les nerfs lombaires, est complètement paralysé. Nous remarquons ensuite une insensibilité générale de l'intestin, qui n'est aucunement en rapport avec le dévoiement abondant qui existe et avec les douleurs qui devraient l'accompagner chez un malade placé dans les conditions ordinaires. Le grand sympathique est donc complètement insensible. D'autre part, des pincemens se font sentir aux régions hépatique et épigastrique, et sont accusés par la malade. Ceci est bien différent de l'expliquer par la répartition à l'estomac et au foie des branches terminales du nerf pneumo-gastrique, émanant de l'axe cérébro-spinal et ayant des connexions avec le plexus semi-lunaire, qui est manifestement sain, de même que les nerfs qui en émanent.

En résumé, les nerfs lombaires non paralysés, la portion du grand sympathique qui en prend naissance est frappée de paralysie, témoin l'anesthésie de l'intestin.

D'où l'on peut conclure que les nerfs des intestins, du grand sympathique, par conséquent, ne sont qu'une dépendance du système nerveux cérébro-spinal, modifié peut-être par un ordre particulier de ganglions.

Plaie de tête grave. Considérations générales sur les plaies de cette région.

Au n° 9 de la salle Saint-Jean est couché un malade qui nous offre un cas de plaie de tête transversale, par suite d'une chute dans un escalier. Le front ayant frappé contre l'angle d'une marche, cet homme perdit au même instant connaissance, et ce n'est qu'une heure après environ qu'il reprit ses sens. Depuis ce temps il n'a ressenti que quelques douleurs de tête sans aucun phénomène de lésion dans la sensibilité ni dans l'intelligence. A l'arrivée de ce malade dans notre service nous ne nous sommes pas seulement contentés d'examiner la surface de la plaie, nous en avons encore examiné le fond avec un stylet. Par ce moyen nous sommes arrivé sur la surface des os du crâne. Un son clair s'est fait entendre par la percussion du stylet sur le frontal, qui paraissait complètement dépouillé de son périoste. Ainsi donc, sans aucun doute, d'après le bruit que nous avons constaté, nous sommes certains que

les os sont dénudés ; mais cette dénudation, ce périoste arraché de la surface du frontal, n'a pu avoir lieu que par une forte cemmotion capable de produire l'ébranlement de tout le crâne.

Dès lors nous avons considéré la plaie comme sérieuse et non comme une plaie simple ; car, au moment du coup, la perte de connaissance ayant duré une heure environ, il est certain que cela n'a pu arriver que par suite d'une vibration moléculaire du cerveau, qui s'est continuée longtemps encore après la commotion, ou bien par suite d'une contusion véritable de l'organe lui-même.

Des accidens graves du côté du cerveau sont donc à redouter. D'un autre côté, en outre de la dénudation des os du crâne il ne serait pas impossible qu'il y eût fracture par contre-coup de la table interne, ou enfoncement de la table externe dans le diploé ; en un mot, contusion des os, pouvant amener des accidens consécutifs des plus graves, comme l'inflammation des os, la nécrose, etc.

Le mode de traitement que nous allons employer dans ce cas sera donc d'abord celui qui convient le mieux pour dissiper les accidens que nous avons à redouter. Nous tiendrons donc le malade dans le repos absolu, la tête élevée. Nous lui ferons l'application de réfrigérans sur la tête, de la glace par exemple dans une vessie. Le premier jour nous avons fait pratiquer une saignée du pied, administrer un lavement purgatif, ainsi que d'autres dérivatifs employés en pareil cas sur le canal intestinal.

Le plus simple, comme nous l'avons déjà dit, de tous les accidens à redouter, serait l'inflammation de l'os, inflammation du reste nécessaire pour toute cicatrisation ; mais qui, devenue trop intense, pourrait atteindre le diploé, par conséquent affecter les veines diploïques décrites par Dupuytren, Chaussier et Fleury. Ces veines, à parois très minces, s'enflamment avec la plus grande facilité pour peu que le diploé ait été enfoncé. Très souvent l'inflammation se propage vers le centre, une phlébite survient et les jours du malade se trouvent gravement compromis.

En cas de fêlure de l'os seulement dans le point dénudé, il peut arriver une cicatrisation sans que nous nous en apercevions, par conséquent, sans inflammation sensible.

Il n'en serait pas de même s'il existait une fracture : les veines diploïques seraient rompues ; peut-être alors l'infection purulente ne tarderait pas à survenir.

Chez cet homme, où ces trois sortes de lésions peuvent exister, savoir, enfoncement, fêlure, fracture, il peut encore se développer des accidens cérébraux graves, que fait redouter la perte de connaissance de longue durée qui a eu lieu au moment de la chute. En effet, l'ébranlement du cerveau a souvent donné lieu à une inflammation fort grave ; souvent un abcès s'est développé dans le point correspondant à la contusion, et fort heureux celui qui l'a vu terminer par résolution. Jusqu'à présent, rien dans l'état de notre malade ne nous porte à redouter tous ces accidens. Tout ce que je crains, c'est que dès le premier jour que le malade sentira un peu d'amélioration il me demande à sortir, et qu'un trop grand exercice, une nourriture trop abondante ne ramènent tous les symptômes d'inflammation que jusqu'ici nous avons combattus avec succès ; inflammation qui, méconnue, négligée, non traitée à temps, compromettrait gravement les jours de cet homme.

Engorgement de la prostate. Rétention incomplète des urines.

Au n° 25 de la même salle, nous avons examiné ce matin, pour la première fois, un malade affecté d'une rétention d'urine incomplète d'abord, puis complète. Selon les renseignemens qu'il nous donne, elle peut dater de quinze jours. A cette époque, le malade, appelé à faire un voyage aux environs de Paris, pour conduire du bois, s'arrêta un jour en Brie à boire avec ses camarades, voituriers comme lui. Après avoir pris en excès quelques litres de ce vin peu riche en alcool, il revint à Paris. C'est à partir de ce moment que le malade s'aperçut, après avoir voulu satisfaire le besoin d'uriner, que cela lui était presque tout à fait impossible. Telle est la cause pour laquelle il est entré dans notre service. Il nous assure avec toute l'apparence d'une grande franchise qu'il n'a jamais eu de blennorrhagies ni d'échauffemens, et qu'il n'a enfin jamais rendu de matière purulente par l'urètre. Ce qui tend assez à me le faire croire, c'est le calibre assez volumineux de cet organe qui nous empêche de croire à l'existence d'un rétrécissement. En effet, on y avait introduit dès le premier jour une sonde du n° 12 ; plus tard, l'irritation qu'elle avait causée sur les bords de la vessie nous empêcha d'en réintroduire une autre du même calibre. Assurément, cette rétention n'est pas de la nature de celles qui proviennent d'un rétrécissement de l'urètre ; elle ne ressemble pas non plus à celles qui ont pour cause une chute ayant occasionné la paralysie du plexus sacré et celle des membres pelviens. Ici, rien de semblable à ce qu'on remarque dans ces deux cas.

La cause de cette rétention est, à n'en pas douter, l'excès de vin qui a produit là un gonflement du col de la vessie, et de la prostate en particulier. Ceci se remarque souvent chez les personnes qui, n'étant pas habituées à boire, ont fait un excès par hasard. Il ne faut pas croire que ce soit la totalité de la glande qui se trouve engorgée ; on a remarqué que cet engorgement ne siégeait que dans la partie de cette glande à laquelle correspond l'angle antérieur du trigone vésical auquel Lieutard a donné le nom de *luette* vésicale, et Everard Home celui de *lobe moyen* ou *troisième lobe de la prostate*. Le gonflement de cette partie suffit pour oblitérer totalement le corps de la vessie ainsi que de l'urètre, et de là rétention d'urine forcée. Ce cas se voit assez fréquemment chez les vieillards.

Plusieurs médecins célèbres se sont occupés de cette affection, mais elle a été surtout étudiée avec beaucoup de détail dans ces derniers temps, principalement en Angleterre. Chez ces malades, le cathétérisme est indispensable pour vider la vessie. Cette différence existe entre le gonflement de la prostate et les rétrécissemens proprement dits, savoir : que dans le gonflement, il y a rétention d'urine complète, il ne peut s'échapper une seule goutte ; tandis que dans les rétrécissemens, le malade urine toujours un peu par regorgement.

Chez cet homme, nous avons fait laisser la sonde à demeure. En effet, pour peu qu'elle y reste quelques jours, elle affaissera le point gonflé de la prostate ; puis nous essaierons ensuite de guérir le restant de l'engorgement, après l'avoir débarrassé de tout objet irritant comme l'était la sonde. Nous emploierons à cet effet tous les moyens qu'on met en usage en pareil cas, tels que des saignées du bras, des sangsues à la marge de l'anus et du périnée, les bains, les lavemens émolliens, les cataplasmes émolliens sur l'hypogastre et sur le périnée. K...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

Après avoir passé rapidement en revue l'histoire des maladies de la peau et les différentes classifications qui en ont été faites, nous avons dû adopter, de préférence à toute autre, la classification anglaise, se composant de huit ordres fondés sur la considération des formes élémentaires observées dans tous les temps. Nous allons maintenant énumérer ces ordres, en signalant leurs principaux caractères, et indiquer les espèces de maladies qu'ils comprennent, ayant soin de rapprocher des noms de ces maladies l'accord et le nom correspondant de la classification du professeur Alibert.

Le premier ordre, *exanthèmes*, est caractérisé par des taches rouges, superficielles, dont la coloration disparaît à la pression. Ces taches, répandues irrégulièrement sur le corps, sont de formes variables, et laissent entr'elles, le plus ordinairement, des intervalles d'une couleur naturelle ; elles se terminent par délitescence ou par résolution, avec ou sans exfoliation de l'épiderme. C'est dans l'ordre des exanthèmes qu'il faut ranger la rougeole, l'érysipèle et la scarlatine ; mais nous ne nous occuperons pas de ces affections, qui ne sont point des maladies spéciales de la peau. Pour nous, cet ordre ne comprendra que trois espèces de maladies : l'urticaire, décrite sous le nom de cuidosis dans le groupe des dermatoses eczémateuses d'Alibert ; la roséole, comprise dans le groupe des dermatoses exanthémateuses, et l'érythème, du groupe des dermatoses eczémateuses. Disons d'ailleurs qu'on accorde assez généralement le nom d'exanthème à toute éruption se formant rapidement à la peau, mais cette désignation manque souvent d'exactitude.

Le second ordre, *bulles*, est caractérisé par l'apparition de tumeurs aqueuses un peu volumineuses, formées par une sérosité souvent limpide, qui soulève l'épiderme et le détache du corps réticulaire enflammé. L'aspect de ces tumeurs a beaucoup d'analogie avec les phlyctènes produites par l'eau bouillante ou par l'action d'un corps vésicant. Cet ordre ne comprend que deux maladies : le pemphigus, décrit par Alibert sous le nom de dartre phlycténoïde dans la première classification, et dans la seconde sous celui de pemphix, du groupe des dermatoses eczémateuses, et le rupia (genre phlyzacia du même groupe).

Le troisième ordre est celui des *vésicules*. Il a également pour caractère la formation de tumeurs aqueuses, mais beaucoup plus petites que celles de l'ordre précédent. Rapprochées en groupes plus ou moins nombreux, ces petites tumeurs se rompent assez vite, ou sont accidentellement déchirées, et exhalent un liquide séreux qui se concrète en petites croûtes minces ou en squammes légères.

La varicelle et la miliaire font partie de cet ordre ; mais nous les laisserons de côté, et nous y placerons seulement, comme maladies spéciales, la gale (groupe des dermatoses scabieuses d'Alibert), l'herpès et l'eczéma, qui font tous deux partie du groupe des dermatoses dartreuses : l'eczéma a été décrit par Alibert, dans ses deux classifications, sous le nom de dartre squammeuse humide (herpes squammosus madidus).

Le quatrième ordre comprend les *pustules*. Ce sont de petites tumeurs purulentes, à base le plus ordinairement enflammée, et qui sont formées par l'épanchement d'une humeur opaque qui soulève l'épiderme. Cette tumeur se concrète en croûtes au-dessous desquelles se forment quelquefois des excoriations ou des ulcérations.

Cet ordre offre à étudier quatre maladies : l'ecthyma, dartre crustacée de la première classification d'Alibert, rentrant avec le rupia dans le genre phlyzacia de la seconde. L'acné, décrit sous le nom de varus dans le groupe des dermatoses pustuleuses ; l'impétigo, décrit par le même auteur sous le nom de dartre crustacée flavescente dans la première classification, et dans la seconde sous celui de mélitagre du groupe des dermatoses dartreuses. Enfin, la teigne, portant le nom de favus dans le groupe des dermatoses teigneuses. C'est dans l'ordre des pustules qu'il faut ranger la variole et les boutons de la vaccine.

Le cinquième ordre comprend les *papules* ; ce terme s'applique à des élevures de la peau qui ne contiennent aucun liquide. Ces petits boutons secs s'ulcèrent quelquefois à leur sommet ; le plus souvent ils se terminent par résolution ou par desquammation. A cet ordre appartiennent deux maladies : le prurigo (groupe des dermatoses scabieuses), et le lichen (dartre squammeuse). Battemann a fait du strophulus une troisième espèce de cet ordre ; mais on peut regarder cette maladie comme une variété de la précédente.

Le sixième ordre, *squammes*, est caractérisé par une affection du tissu réticulaire qui donne lieu à la desquammation de l'épiderme avec ou sans coloration de la peau. Cet ordre comporte trois divisions, selon que le caractère le plus saillant est l'aspect squammeux ou écailleux de la peau (squammes proprement dites), ou que l'épiderme ne se résout qu'en molécules fines avec ou sans coloration des tégumens (desquammations furacées), ou enfin, lorsque, outre la formation des squammes, on observe une saillie de la peau dans les régions affectées (plaques squammeuses). Chacune de ces divisions ne comprend d'ailleurs qu'une maladie : la première, l'ichthyose, du groupe des dermatoses hétéromorphes ; la seconde, le pithyriasis qui appartenait au genre herpès de la première classification d'Alibert. Une de ses variétés, le pithyriasis versicolor figurait parmi les éphélides ; il fut ensuite rangé sous le nom de panne dans le groupe des dermatoses dischromateuses. La troisième, la lèpre faisant partie du groupe des dermatoses dartreuses sous le nom de herpes furfuraceus circinnatus.

Le septième ordre est celui des *tubercules*. On donne cette désignation à de petites tumeurs dures plus ou moins superficielles, accompagnées le plus ordinairement d'une coloration particulière de la peau ; elles peuvent se terminer par résolution, persister à l'état d'induration, ou passer à l'état d'ulcération ou de suppuration ; elles se recouvrent, dans ce dernier cas, de croûtes plus ou moins épaisses. Nous aurons à décrire dans cet ordre, quatre espèces de maladies : la dartre rongeante ou lupus, qui figure sous le nom d'esthiomène dans le groupe des dermatoses dartreuses ; l'éléphantiasis des Grecs et l'éléphantiasis des Arabes, rangés par Alibert dans le groupe des dermatoses lépreuses, sous les noms de lèpre tuberculeuse et lèpre tuberculeuse éléphantine ; enfin la keloïde (groupe des dermatoses cancéreuses).

Le huitième ordre comprend les *taches*. Ce nom s'applique à l'altération permanente et profonde de la coloration de la peau, sans saillie et sans desquammation. Cet ordre se compose de trois espèces, savoir : les éphélides du groupe des dermatoses dischromateuses ; le nœvus décrit sous le nom nœve dans les dermatoses hétéromorphes ; et le purpura, du même groupe que les éphélides.

Telles sont les maladies dont nous aurons à nous occuper, en y joignant toutefois les syphilides qui formeront une sorte d'appendice à chaque ordre, le vice syphilitique ayant la propriété de produire, mais avec des caractères particuliers, chacune des formes élémentaires que nous venons d'indiquer.

Nous commencerons l'étude des maladies cutanées par l'ordre des papules, comme étant un des plus simples et des plus faciles à étudier ; nous devons prévenir d'ailleurs que nous n'entrerons pas dans beaucoup de détails, notre intention étant de nous borner à la partie pratique et pour ainsi dire usuelle de cette étude.

L'ordre des *papules* comprend trois espèces si l'on en veut faire une distincte du strophulus ; autrement il n'en comprendrait que deux : le prurigo et le lichen.

Le prurigo se montre sous la forme de petites élevures sèches, pleines et solides, avec peu ou point de changement de couleur à la peau. Ces papules siégent ordinairement sur les faces dorsales et externes des membres supérieurs, sur la nuque, etc. ; elles se répandent quelquefois sur presque toute l'étendue des tégumens, quand la maladie est invétérée ; elles présentent souvent à leur sommet une petite concrétion sanguine noirâtre, quand elles ont été excoriées avec les ongles, ce qui arrive presque toujours, car le prurit qui existe dans toutes les affections cutanées est un des traits les plus [illegible] de cette maladie.

Le prurigo attaque les enfans et [illegible]lards ; il tient à une cause débilitante. La misère, la malpropreté, une mauvaise nourriture, etc., favorisent en général son développement. L'insolation peut y donner lieu ; les varices, les hémorrhoïdes, peuvent en être l'occasion. Quand la maladie est bénigne et accidentelle, elle peut guérir en deux ou trois septenaires, et alors les papules se terminent par résolution ou par une légère desquamation furfuracée ; mais si elle est constitutionnelle, ce qui arrive fréquemment, elle s'invétère et peut se prolonger pendant un temps fort long et souvent indéfini. Alors les papules sont dures, larges, saillantes, accompagnées d'un épaississement rugueux très marqué de la peau. A mesure que quelques-unes disparaissent, il en naît de nouvelles. Dans ce cas, la maladie se complique souvent d'éruptions accidentelles, d'eczéma, d'impétigo, d'ecthyma. On peut même voir apparaître dans le tissu cellulaire sous-cutané des furoncles, des abcès, complications amenées par l'intensité de l'irritation des tégumens.

Il y a plusieurs variétés de prurigo dont les principales sont ; le prurigo mitis, le prurigo formicans, le prurigo senilis et pedicularis, et le prurigo partiel.

Le prurigo mitis se fait remarquer par de petites papules discrètes et peu saillantes, accompagné d'un prurit, toujours incommode, mais cependant modéré et temporaire. Il se montre principalement au printemps et en été sur les jeunes sujets à peau fine et délicate. Il peut ne constituer alors qu'une affection accidentelle et passagère.

Le prurigo formicans; remarquable par la sensation de fourmillement qui l'accompagne souvent, attaque de préférence les adultes et les vieillards. Ses papules, plus larges et plus saillantes que celles de la variété précédente, s'accompagnent d'un prurit intense et parfois intolérable.

Il est sujet à récidiver ou à se perpétuer, et il n'est pas rare, dans ce dernier cas, de voir se compliquer des vésicules d'eczéma qui surgissent au lieu d'élection de la gale.

Le prurigo senilis revêt souvent la forme dont nous venons de parler, et le sujet qui en est atteint le garde alors pour le reste de ses jours. D'autres fois, il s'accompagne de la présence d'insectes du genre *pediculus*, qui se reproduisent et se multiplient avec une facilité presque incroyable. On cite l'exemple d'une femme qui, atteinte de cette maladie, fut dépouillée de tous ses vêtemens, mise dans un bain chaud, et portée de là dans un lit très propre, ce qui n'empêcha pas que, deux heures après, elle fut de nouveau couverte de ces insectes. Tous les remèdes employés ne réussirent pas à l'en débarrasser.

Le prurigo partiel occupe le siége ou les parties génitales de l'un ou de l'autre sexe ; mais ces affections n'offrent point toujours les papules caractéristiques de la maladie : il n'y a alors d'autres symptômes apparens que la démangeaison et les conséquences qu'elle entraîne ; ce n'est que par une analogie, d'ailleurs bien fondée, que l'on réunit ces affections sous le nom de prurigo podicis, pudendi muliebris, scroti, præputii. Ces diverses affections ne causent à leur début qu'une démangeaison assez supportable ; mais bientôt elles s'exaspèrent et s'accompagnent d'un prurit tellement violent, que le malade, dit Lorry, perdant toute retenue, se gratterait même en présence d'un roi. Le prurigo podicis attaque de préférence les personnes sédentaires, les vieillards, les femmes qui ont passé l'âge critique ; dans beaucoup de cas il est rebelle à toute espèce de traitement. Il en est de même du prurigo scroti. Le prurigo pudendi muliebris s'accompagne assez souvent de leucorrhée, et quelquefois d'une inflammation chronique des parties génitales ; il peut devenir une cause d'onanisme, et même de nymphomanie.

Les maladies que l'on peut confondre avec le prurigo sont la gale et l'eczéma. Nous indiquerons plus loin leurs caractères distinctifs.

Le traitement du prurigo varie en raison de l'âge et de la constitution du sujet, de l'état de la peau, des phénomènes et du siége de la maladie. On peut avoir d'abord recours au traitement antiphlogistique lorsque le mal présente un certain degré d'acuité et que la constitution du sujet est bonne. La saignée générale, la saignée locale, quand l'affection est partielle, surtout si elle occupe la vulve ; les boissons délayantes, légèrement acidulées, les bains tièdes, les lotions ou les applications froides conviennent bien au début. Si la maladie résiste à ces moyens ou que l'on ait affaire à un malade avancé en âge, d'une constitution épuisée soit par la misère, soit par un mauvais régime ; si la peau est rugueuse, épaissie, et qu'il n'y ait pas d'inflammation, on aura recours à des dérivatifs internes, aux dépuratifs et à des topiques soufrés ou alcalins. Pour le prurigo formicans, on emploiera avec avantage les onctions avec l'huile camphrée, les lotions chlorurées, les bains de mer. Dans le cas de prurigo senilis et pedicularis, il faut d'abord nettoyer le corps au moyen d'un bain chaud, puis on administre les eaux sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur. On pourra avoir recours aussi aux bains de mer chauds, aux lotions avec le sublimé, etc. ; si la peau ne présente pas d'excoriations, on fera des onctions avec l'huile de térébenthine associée à l'huile d'amandes, dans le but de détruire les insectes.

Il va sans dire que dans le traitement de toutes ces affections, les conditions hygiéniques sont de la plus grande importance. Ainsi, on devra recommander aux malades les soins de propreté les plus assidus, et les soumettre à un régime convenable : lacté, si les organes digestifs sont altérés, et succulent si la constitution est détériorée.

Le lichen, dont les auteurs grecs et arabes ont admis deux espèces, lichen mitis et lichen ferox ou agrius, peut être accidentel; il est le plus souvent celui des épiciers, des maçons et des blanchisseuses, chez lesquels il affecte ordinairement les mains, reconnaissant pour cause l'action journalière de topiques stimulans. C'est ainsi que les eaux thermales des Pyrénées et les bains sulfureux, peuvent déterminer une éruption qui a cette forme, et que l'on nomme vulgairement la *poussée*. Le lichen est souvent constitutionnel, et reconnaît alors les mêmes causes que la plupart des maladies cutanées spéciales. Dans beaucoup de cas d'ailleurs, on ne sait à quelle circonstance rapporter son origine.

Cette affection a pour caractères de très petites papules rosées ou rouges, agglomérées en grand nombre sur la partie qu'elles affectent, ce qui les distingue de celles des prurigo, qui sont plus grandes et disséminées. Ces petites papules se montrent à la face, au cou, aux membres supérieurs dans le sens de l'extension, rarement aux membres inférieurs. Cependant, à l'état aigu elles peuvent, en quelques jours, envahir tout le corps ; elles donnent lieu à une légère desquammation furfuracée qui se produit à mesure que la peau reprend sa couleur naturelle. Une démangeaison incommode accompagne cette affection, qui peut se prolonger long-temps par des éruptions successives et devenir chronique.

Le lichen a plusieurs variétés, dont trois principales, le lichen simplex, le lichen agrius et le strophulus, auxquelles il faut ajouter les nuances qui se rapportent à l'aspect et au siége de l'éruption. Ainsi, pendant les grandes chaleurs, on voit survenir sur de jeunes sujets des papules saillantes, volumineuses, blanches, ou entourées d'une petite auréole rosée, et qui rappelle les élevures de l'urticaire. Ce lichen prend alors le nom de urticatus : il se montre à la face, au cou et quelquefois aux membres. Le lichen dit circumscriptus est caractérisé par des papules disposées en groupes isolés de forme irrégulièrement circulaire ; il s'observe surtout à la face dorsale de la main, sur le cou-de-pied, à l'avant-bras, etc. On a donné le nom de lichen lividus à une variété caractérisée par la coloration rouge obscur ou livide des papules, que l'on trouve, dans ce cas, aux membres inférieurs. Dans le lichen pilaris, les papules se développent sur les points de la peau traversés par les poils ; cette circonstance est fâcheuse en ce que le bulbe pileux lui-même est quelquefois atteint. Le lichen tropicus, connu sous le nom de chaleur piquante dans les Indes-Occidentales, sévit surtout sur les étrangers qui arrivent dans ces climats. Le lichen agrius est la forme la plus grave de cette maladie : il reconnait pour caractères des groupes de papules rouges et enflammées, réunies en grand nombre, accompagnées d'un prurit très intense, excoriées souvent à leur sommet, soit naturellement, soit par les ongles des malades, et exhalant une humeur qui se concrète en petites croûtes, ce qui peut lui donner parfois l'aspect de l'impétigo ou de l'eczéma passés à l'état squammeux.

Les maladies les plus faciles à confondre avec le lichen, sont le prurigo, la gale, l'eczéma, l'impétigo.

Mais dans le prurigo, les papules sont plus larges, plus aplaties ; elles conservent la couleur de la peau ; elles sont isolées et non groupées et réunies comme celles du lichen.

La gale a la forme élémentaire vésiculeuse ; elle siége entre les doigts, au poignet, au pli des articulations, à la face interne des membres. Le lichen, au contraire, ainsi que le prurigo, affecte spécialement les faces externes.

L'eczéma est souvent général ; il donne lieu presque toujours à l'amincissement de la partie tégumentaire qu'il affecte. Le lichen, au contraire, est ordinairement partiel et s'accompagne toujours d'un épaississement rugueux particulier de la peau, qui offre parfois l'état squammeux d'une ichthyose légère.

De véritables pustules survenues dans les points les plus enflammés de la région de la peau occupée par le lichen agrius, ont fait confondre quelquefois cette éruption avec l'impétigo.

Lorsque le lichen n'est pas invétéré et qu'il présente peu d'intensité, il cède à un traitement fort simple ; ainsi un régime adoucissant des boissons délayantes, acidules, laxatives, des bains, des soins de propreté, suffisent ordinairement pour le faire disparaître ; mais quand il est chronique et invétéré il faut avoir recours à une médication plus active.

Si la constitution du sujet est affaiblie, les acides minéraux, les préparations ferrugineuses devront être prescrites ; à l'extérieur on emploiera les bains sulfureux, les onguens résolutifs, le vésicatoire ou même les caustiques. Il faut d'ailleurs user de ces moyens et surtout du dernier avec circonspection, car l'expérience a démontré qu'ils sont souvent plus nuisibles qu'utiles.

Quant au lichen agrus, il réclame presque toujours le traitement antiphlogistique à son début, et ce n'est qu'après avoir suffisamment modéré les symptômes inflammatoires par ce traitement dirigé d'une manière convenable, que l'on peut faire l'emploi des stimulans à l'extérieur. On peut aussi tirer quelque avantage, dans cette affection, du carbonate de potasse en liniment dans l'huile camphrée.

Il nous reste dans cet ordre à parler du strophulus, ce que nous ferons prochainement.

HOPITAUX DE LONDRES.

Calcul urinaire organisé sur un brin de paille. Autopsie. par M. Henry Norris.

Un homme se présente à M. Norris dans un état d'émaciation extrême, et paraît n'avoir que peu de temps à vivre ; il a une soif intense accompagnée d'une grande expectoration. A l'examen, on trouve qu'il souffre à la vessie ; il rend tous les jours une quantité de matière purulente avec les urines, et il souffre davantage après avoir uriné. En pressant l'abdomen, le malade accuse une grande douleur et une sensibilité générale, surtout à la région de la vessie. M. Norris le sonde, explore attentivement cet organe, mais il ne peut y découvrir aucun corps étranger ; il persiste cependant à croire à l'existence de celui-ci, d'après les symptômes. Le lendemain et le surlendemain on répète le cathétérisme sans plus d'effet, mais les jours suivans un corps dur a été constaté dans la vessie. Le malade cependant était dans un état si désespéré qu'on n'a pu le tailler ; on l'a mis à un régime fortifiant, mais il a succombé quelques jours après.

A l'autopsie, douze heures après la mort, on a trouvé la vessie contenant six onces d'urine purulente ; sa membrane interne couverte d'une couche de pus, surtout à sa paroi postérieure ; la prostate deux fois plus grosse que dans l'état naturel, et derrière elle une concrétion calculeuse. Celle-ci était formée sur un brin de paille pelotonné de manière à occuper le moins d'espace possible derrière la prostate hypertrophiée, ce qui explique pourquoi elle ne s'était pas manifestée d'abord à la sonde. Les parois de la vessie sont très épaissies, la cavité de ce viscère est réduite de la moitié de son état naturel.

Les recherches sur la cause de la pierre ont appris que depuis plusieurs mois cet homme souffrait de rétention d'urine, que pour se soulager il introduisait un long brin de paille dans le canal, d'abord avec difficulté, puis assez facilement ; qu'un jour enfin, il y a un mois environ, l'accident lui était arrivé, soit parce que la paille lui avait échappé des mains et était tombée dans la vessie, soit parce qu'elle s'était brisée dans le canal. La figure de ce corps étranger représente un chapelet de plusieurs pouces de longueur, formé par un brin de paille intérieurement : plusieurs portions se trouvent détachées de ce chapelet. Il est remarquable que la présence de ce corps étranger dans la vessie ait produit en si peu de temps tant de ravages locaux et une réaction générale si formidable.

(*Guy's hospital reports*, oct. 1840.)

Hernie inguinale réductible. Opération de M. Gerdy. Guérison radicale ; par M. Bransby Cooper.

John Aolman, vingt-deux ans, stature élevée, musculeux, teint bru, constitution irritable, a été reçu à Guy's hospital le 26 mai 1840, dans le service de M. Cooper, pour être traité d'une hernie volumineuse réductible du côté droit. Aucun bandage n'a pu la retenir ; le moindre mouvement la faisait reparaître. Le commémoratif a appris que la tumeur s'était déclarée il y a sept ans, pendant l'effort pour relever du sol un lourd fardeau ; un bandage a été appliqué, et la hernie maintenue pendant trois mois : alors elle a été crue guérie, et l'on a quitté le brayer. Pendant cinq ans, il n'a plus été question de rien ; seulement il se montrait de temps en temps une petite tumeur à l'aine. Au bout de ce temps, l'intestin descendit de nouveau pendant un effort manuel ; on l'a réduit, mais il n'a jamais pu être bien maintenu.

Le 26 mai, pendant un nouvel effort, la tumeur augmenta encore de volume, et il n'a pas été possible de la réduire ; des douleurs se sont déclarées à la partie inférieure du ventre.

A son entrée, sa physionomie exprime l'anxiété ; il éprouve des nausées. Les efforts de réduction échouent ; on attribue cette résistance à une sorte de bride qu'on croit sentir dans le col du sac, en dehors de l'anneau externe. On prescrit un bain chaud et une saignée du bras. Le taxis est essayé de nouveau pendant la syncope de la saignée, mais sans effet. Fomentations réfrigérantes sur la tumeur ; lavement avec de l'huile de ricin, qui est rendu sans effet. Une heure après les applications froides, la tumeur a été réduite, puis elle a reparu en partie. Le canal inguinal est large, et l'on peut y faire passer aisément trois doigts. On prescrit le repos au lit, une pilule purgative.

Le 28, en se retournant dans son lit, le malade voit de nouveau la tumeur s'accroître. Réduction, station horizontale au lit.

Le 9 juin, M. Cooper a réexaminé de nouveau attentivement le malade en présence des élèves. Il a pensé que, dans ce cas, l'opération de M. Gerdy serait parfaitement indiquée ; il l'a pratiquée le lendemain de la manière suivante :

Le patient a été placé sur une table à opérations, couché sur le dos, la poitrine et les cuisses relevées afin de relâcher les muscles abdominaux. M. Cooper a poussé avec le doigt indicateur la peau du scrotum dans le canal inguinal, aussi haut que possible ; sur ce doigt il a glissé un conducteur, et sur celui-ci une longue aiguille fixée à un manche de bois et trouée à sa pointe, armée d'un double fil de soie, qu'il a poussée à travers le cul-de-sac de la peau invaginée et les aponévroses correspondantes, de manière à la faire sortir à un pouce et demi au-dessus du ligament de Poupart. Un aide a retenu alors un chef du fil, et l'aiguille a été retirée pour être poussée de nouveau, comme précédemment, à travers la paroi abdominale, à quatre lignes de distance du premier point, comprenant autant de peau que possible entre les deux fils. Ces deux fils, ou plutôt les deux chefs d'un même fil, ont été alors noués sur un morceau de bougie, de manière à maintenir la peau invaginée dans le canal. Un morceau de linge enveloppé sur un conducteur et trempé dans de l'ammoniaque liquide, a été adapté dans le cul-de-sac cutané.

Cette application de l'ammoniaque a causé de vives douleurs. Le malade a été tenu au lit dans la même position qu'avant l'opération ; le scrotum a été bien soutenu. Une heure et demie après, la douleur est intense. A neuf heures du soir, la physionomie exprime l'anxiété ; transpiration abondante ; pouls fréquent, mais compressible ; la pression à l'abdomen n'est point douloureuse.

11 juin. Il a dormi trois heures ; la douleur est moins intense, bien que le malade continue à souffrir beaucoup. Les tégumens de la région inguinale sont gonflés et rouges ; pas d'écoulement de la peau invaginée ; pas de douleur à la pression de l'abdomen ; pouls vite, mais compressible ; il urine librement. Potion saline. Le soir, mieux. Pilule de calomel et opium.

Le 12, mieux. Léger écoulement par la peau invaginée.

Le 13, l'écoulement augmente et devient puriforme.

Le 14, on ôte la ligature ; l'écoulement purulent est abondant. Compression sur la partie. Le lendemain la région opérée paraît pleine, solide ; pas d'apparence de retour de la hernie. Le canal inguinal est gonflé et dur dans toute son étendue, ce qui est d'un bon augure. Le malade reste long-temps à l'hôpital ; le canal paraît tout à fait oblitéré.

Le 4 juillet on applique un bandage. Le malade garde toujours le lit ; ensuite il se lève, se promène dans l'hôpital, où il reste 15 jours encore : rien ne reparaît. La guérison paraissait assurée vers la fin de juillet, époque de sa sortie.

Dans le mois d'août il a repris son état de machiniste, tout en conservant son bandage, et rien n'a reparu pendant quelque temps ; mais alors le bandage s'étant déplacé, la tumeur s'est montrée de nouveau pendant un effort. Un meilleur bandage a prévenu, par la suite, cet inconvé-

nient ; et le 21 septembre, ayant été examiné de nouveau à l'hôpital, en présence des élèves, la guérison a été trouvée complète. Le sujet pouvait alors se livrer aux travaux de son état sans que rien reparût, et en se servant d'un simple bandage qui avait été insuffisant avant l'opération.

(*Ibid.*)

Extrait de la première partie d'un Mémoire sur l'appréciation de la myotomie appliquée au traitement des deviations latérales de l'épine, lue à l'Académie des sciences le 12 juillet 1841, par M. Bouvier, membre de l'Académie de médecine.

M. Bouvier rappelle qu'il a communiqué à l'Académie, dès l'année 1836, les résultats avantageux que lui avait procurés la section sous cutanée du tendon d'Achille, dans le traitement des pieds-bots. Le même procédé a été appliqué avec non moins de succès par son auteur, M. Stromeyer, et depuis par une foule de chirurgiens à beaucoup d'autres difformités également produites par la brièveté excessive de certains muscles. Il est toutefois, selon M. Bouvier, des limites que la méthode stromeyerinne ne saurait franchir et des difformités qu'elle ne peut guérir. Telle est la déviation latérale de l'épine qui produit la *gibbosité*, et qu'on a voulu dans ces derniers temps traiter de la même manière.

L'inopportunité de cette méthode, dans ce cas, résulte de l'examen de tous les faits anatomo pathologiques, étiologiques et cliniques relatifs à la courbure latérale de l'épine. Cette première partie du Mémoire de M. Bouvier, est consacrée à l'exposition des faits d'anatomie pathologique.

On sait que ce qui fournit l'indication de diviser les muscles ou leurs tendons dans certaines difformités osseuses, c'est leur raccourcissement visible au côté rentrant des angles ou des courbes qui constituent la difformité. C'est ce raccourcissement qu'on appelle *contracture*, et il est évident par là que la myotomie n'est applicable qu'aux difformités par *contracture*.

Or la courbure de l'épine qui produit la gibbosité est, au point de vue anatomique, un état tout différent des difformités par contracture.

1° Relativement aux altérations du système osseux.

Dans les contractures, les os ne font que glisser les uns sur les autres et ne se déforment que tardivement et secondairement. Les articulations sont le siège de la déviation.

Dans la courbure de l'épine dont il est question, les articulations sont intactes, les contacts des os sont normaux, ce sont les vertèbres mêmes qui, en s'affaissant d'un côté, forment par leur réunion des arceaux proportionnés en étendue et en courbure à l'étendue et au degré de cette altération, ainsi qu'à l'étendue et au degré de l'altération correspondante des corps inter-vertébraux.

M. Bouvier n'a jamais rencontré de colonne vertébrale déviée qui ne présentât cette déformation, qu'on a crue, à tort, propre seulement à une période avancée ou à des espèces spéciales de cette difformité. C'est au contraire une altération primitive, fondamentale dans la gibbosité par courbure latérale de l'épine.

La torsion que l'épine éprouve en se courbant, n'est pas plus que cette courbure elle-même, un effet du glissement ; elle est aussi le produit de l'inégalité de développement en tous sens des deux moitiés latérales des vertèbres, dont le corps s'efface d'un côté et s'étend de l'autre, pendant que l'une des masses apophysaires s'atrophie également, et que l'autre s'agrandit à ses dépens.

Les mouvemens articulaires des os, qui sont tout dans les déviations par contracture, ne sont donc rien dans les déviations latérales de l'épine, au moins telles qu'elles se présentent dans la situation horizontale du tronc, et lorsque aucune force agissant de haut en bas, suivant l'axe de l'épine, ne tend à exagérer les courbures.

2° Relativement à l'état des muscles.

Il y a des contractures simples, où l'obstacle au redressement est constitué uniquement par les cordes musculaires, et des contractures compliquées d'une altération des ligamens et des os qui fait en partie persister la déviation malgré la section des muscles.

La courbure de l'épine n'appartient ni à l'une, ni à l'autre catégorie. Les muscles ne se raccourcissent que secondairement et fort tard dans cette difformité, et leur raccourcissement est toujours beaucoup moindre vis-à-vis de chaque courbure, que celui du côté correspondant de la colonne épinière. Aussi ne les voit-on jamais se tendre, ni résister pendant les efforts qu'on exerce sur l'épine dorsale pour redresser ses courbures. La raison en est que toute la résistance à ces efforts se trouve dans la conformation des vertèbres et de leurs ligamens.

M. Bouvier rapporte sept expériences qu'il a faites à ce sujet. Dans les cinq premières, on voit la colonne vertébrale soumise à de grands efforts de redressement, céder en partie, puis persister avec force dans son inflexion, sans que les muscles cessent de rester mous et flasques du côté concave des courbures. Ces muscles sont divisés et la résistance subsiste toute entière.

Dans deux autres expériences, on obtient un résultat inverse. Après avoir étendu le rachis autant que sa résistance le permet, toujours sans voir paraître de tension dans les muscles, on coupe les ligamens du côté concave des courbures, en laissant les muscles intacts. La colonne se redresse alors complètement sous les mêmes efforts, sans que les muscles opposent le moindre obstacle à ce redressement.

Prétendrait-on que ces faits ne s'appliquent pas à l'homme vivant ? Mais il ne s'agit ici que d'une circonstance physique, qui est la même après la mort et pendant la vie, et chacun sait que la contracture musculaire des pieds bots, du torticolis, etc., n'est pas un de ces phénomènes qui disparaissent après la mort. Si une contracture semblable existait dans les déviations latérales de l'épine, on la retrouverait également sur le cadavre. Bien entendu qu'il ne s'agit ici ni de la contraction physiologique des muscles, ni de leur contraction pathologique, circonstances tout à fait étrangères au raccourcissement musculaire permanent dont il est question.

Il est, au reste, facile de s'assurer directement que le raccourcissement ne prend pas plus de part pendant la vie qu'après la mort aux courbures de l'épine qui produisent la gibbosité. Il faut seulement savoir faire l'expérience, ne pas confondre une contraction momentanée avec une contracture permanente, et surtout ne pas oublier qu'un des premiers phénomènes de la station est la manifestation de la contraction physiologique des muscles du dos, contraction principalement énergique dans le sens opposé à celui dans lequel le tronc tend à s'abaisser vers le sol. En tenant compte de ces particularités, en plaçant le sujet horizontalement, en faisant porter la tête et le tronc sur un plan solide, en recommandant au malade de ne faire aucun effort, on reconnaît que, de même que sur le cadavre, les membres restent mous, qu'ils n'offrent aucune tension, malgré toutes les forces appliquées à l'épine dans une direction contraire à ses courbures.

M. Bouvier conclut :

1° Que la déviation de l'épine qui produit la gibbosité n'offre aucun des caractères des difformités par contracture;

2° Qu'il n'y a point dans la première, comme dans les secondes, des muscles trop courts, trop tendus, dont l'allongement ou la section soient nécessaires ou utiles à la guérison ;

3° Que, par conséquent, la section des muscles du dos est une opération non-seulement insuffisante, mais encore sans aucune espèce de but.

Ces faits et ces raisonnemens sont tellement péremptoires, que l'auteur aurait pu borner là son travail. Mais les partisans de cette méthode ont invoqué la nature des causes qui produisent la courbure de l'épine, et de plus les succès qu'ils auraient obtenus ; M. Bouvier s'est cru obligé de les suivre sur ce terrain. Il se propose de faire voir dans la seconde partie de son mémoire, ce que sont ces prétendus *succès*, ce que l'on peut conclure de l'examen étiologique des déviations latérales de l'épine par rapport au traitement de ces déviations, et, en particulier, par rapport à l'emploi de la myotomie dorsale.

Monsieur le Rédacteur,

Plusieurs personnes de ma connaissance ayant fait usage de *l'Eau de Mars* contre les maux de dents, en ont obtenu en résultat tellement satisfaisant, que je crois rendre service à mes concitoyens en donnant de la publicité à ce fait, que je puis certifier.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur, donner place à ces lignes dans les colonnes de votre Journal.

Agréez, etc.,

Stoekly, d.-m.-p., à Compiègne.

En vente, au Bureau de la Gazette des Hôpitaux, la 18e livraison du Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine (formant le complément du 6e volume.)

Le 7e et dernier volume paraîtra le 15 août prochain.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 20 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 85, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Morve aiguë chez l'homme ; observation communiquée par M. le docteur Félix ANDRY, chef de clinique.

Le 27 juin 1841, un jeune homme de dix-sept ans, se disant journalier, fut reçu dans le service de M. Bouillaud, au n° 26 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Ce malade, d'une constitution chétive et d'un tempérament lymphatique, habitant Paris depuis cinq ans, a toujours été, dit-il, d'une assez bonne santé. Employé par l'administration des Citadines, il fut obligé, il y a trois semaines, d'aller relever une voiture brisée, et à la suite des efforts qu'il fit pour soulever les roues, il se sentit pris d'une douleur à la partie supérieure et médiane de la poitrine. Un médecin de Belleville, qu'il alla consulter pour cette douleur, lui conseilla d'appliquer 6 sangsues, des cataplasmes, puis le surlendemain, 6 nouvelles sangsues sur la tumeur, « de peur qu'elle ne devînt un dépôt. » Telles furent, dit le malade, les expressions dont il se servit. Il paraît qu'à la suite de ce traitement un peu d'empâtement phlegmoneux survint dans la région sous-claviculaire gauche, et persista les jours suivans. En même temps, d'ailleurs, le malade se plaignit de douleurs dans les pieds, les jarrets et les mollets, douleurs pour lesquelles il prit sans succès plusieurs bains. Aussi se décida-t-il, au bout d'une huitaine de jours, à venir à l'hôpital. Il fut placé à la Charité dans le service de M. Velpeau. Traitée par l'application d'un vésicatoire et par quelques onctions mercurielles, la tuméfaction sous-claviculaire disparut au bout de quelques jours. Mais, il y a six ou sept jours, de la diarrhée survint; puis, il y a deux jours, une tuméfaction érysipélateuse du visage ; et le malade continuant d'ailleurs, à se plaindre de douleurs dans les membres inférieurs, on se décida à le faire passer en médecine, comme atteint de rhumatisme. Une saignée fut pratiquée ce matin avant son déplacement.

De tous ces renseignemens, les seuls que nous pûmes avoir sur les antécédens de la maladie, les uns nous furent procurés le lendemain de l'entrée, et les autres par le malade lui-même et dès le premier jour ; mais ceux-ci en termes qui, faute peut-être de pouvoir encore rattacher les phénomènes morbides à leur véritable cause nous parurent assez peu distincts pour nous mettre dans le cas de suspecter l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Au reste, son habitude extérieure motivait ce soupçon. Couché sur le dos, avec un air de prostration et d'abattement prononcé, son visage est généralement tuméfié, œdémateux, d'un rouge peu vif, non sensible à la pression ; ses paupières fortement gonflées, ferment complètement les deux yeux; la peau du front, un peu tendue, est douloureuse, bien que d'un rouge assez pâle ; le cuir chevelu paraît indolent. On remarque à la partie supérieure du sternum une petite plaie en suppuration à bords irréguliers. Cette plaie, au dire du malade, résulte des piqûres de sangsues. Entre elles et l'épaule gauche, la peau n'est pas sensiblement tuméfiée ; elle présente des traces encore bien distinctes du vésicatoire et des onctions mercurielles indiquées. Le malade accuse bien de la douleur dans tous les membres, mais cette douleur paraît être un brisement général plutôt qu'une douleur articulaire. L'examen des membres inférieurs ne fait constater ni rougeur ni gonflement. La peau du tronc est sèche partout, très chaude, à 40° sur l'abdomen. Le pouls est à 120, médiocrement développé, un peu mou, non redoublé. Rien de notable au cœur ni dans les carotides. Un peu de toux sans expectoration, et un peu de dyspnée. La résonnance est assez bonne partout, un peu faible cependant en avant à droite et en arrière des deux côtés. La respiration est généralement un peu faible, surtout en avant à droite et en arrière à gauche ; on y distingue un râle sibilant assez prononcé, et une sorte de gene au passage de l'air. Malgré l'occlusion des yeux, la physionomie paraît assez anxiée ; les lèvres sont sèches, la langue est un peu sèche aussi et légèrement saburrale ; la soif est assez vive, la bouche non mauvaise ; l'appétit n'est pas complètement aboli. Il n'y a pas de nausées, et le malade n'accuse qu'un mal de gorge si minime qu'on ne croit pas devoir examiner l'arrière-bouche. L'épigastre est indolent ainsi que le ventre ; celui-ci est cependant notablement ballonné, rendant partout un son tympanique, et malgré cette tension, on constate quelques vestiges d'un gargouillement profond dans le flanc droit, dont la pression, ainsi que celle du flanc gauche, n'éveille pas de douleur bien marquée. Il y a eu dans la journée trois selles peu abondantes, mais diarrhéiques, et deux d'entre elles n'ont pu être retenues par le malade. L'urine est rendue normalement. Céphalalgie frontale. Pas d'étourdissemens ni de tintemens d'oreilles ; pas de douleur lombaire, mais sentiment de faiblesse très prononcé.

En présence de tous ces symptômes, que pouvait-on admettre, si ce n'est un érysipèle facial avec phénomènes typhoïdes, soit que ceux-ci se rattachassent à l'érysipèle lui-même, soit qu'ils fussent l'expression d'une entéro-mésentérite concomitante. Agissant d'après cette vue, on fit pratiquer une saignée de trois palettes.

Le lendemain 28, le malade se dit un peu soulagé du côté de la poitrine ; mais son visage est toujours gonflé, rouge, avec occlusion des yeux complète à gauche, incomplète à droite ; ses narines sont sèches, enchifrenées : les lèvres sèches aussi ; la langue rugueuse au milieu, assez molle dans le reste de son étendue, sans rougeur ; la bouche non mauvaise ; l'haleine est aigre et forte. Pas de douleur au ventre, qui est passablement développé, météorisé, sans gargouillement bien notable, offrant partout une résonnance tympanique. Deux selles diarrhéiques ont été rendues dans le bassin. L'urine est rougeâtre. La peau est aride, brûlante, entre 39° et 40° ; le pouls à 132-136, mou, flasque, assez développé, sans redoublement. Le crachoir contient quelques crachats visqueux provenant de la bouche, d'autres mêlés de grumeaux de sang nasal. Le malade raconte ce matin un peu mieux qu'hier ses antécédens, mais sans y ajouter de nouveaux détails, et surtout sans que d'après ses réponses il soit possible de deviner qu'il ait eu le moindre contact avec des chevaux malades. Au reste, son habitude extérieure exprime toujours l'abattement et la prostration. Il s'est levé ce matin dans un demi-délire, se tenant debout difficilement, mais sans tomber : il a peu dormi la nuit dernière, et ses voisins ont remarqué qu'il s'agitait et parlait seul.

La saignée d'hier a fourni un caillot isolé de toutes parts, rétracté en champignon, mais assez petit, entouré d'une sérosité abondante et claire, et couvert d'une couenne assez ferme, quoique mince, composée de deux couches, dont l'une est comme séreuse et adhérente au caillot, et l'autre mollasse, analogue à de la glu.

L'aspect de ce sang si peu riche en matériaux solides, le degré avancé de la maladie, et l'intensité des phénomènes typhoïdes déterminent M. Bouillaud à s'abstenir de nouvelles émissions sanguines, et à prescrire le traitement suivant :

Limonade citriq. gommée, 3 pots. ; solut. de sirop de groseilles, 2 pots ; onctions d'axonge sur le visage et le front ; cataplasme sur la région sous-ombilicale ; lavement avec guimauve et graine de lin ; diète.

Voici, du reste, le diagnostic dicté dès ce matin même : érysipèle de la partie antérieure de la poitrine propagé plus tard à la face, accompagné de phénomènes typhoïdes. Cas complexe douteux sous certains rapports, faute de renseignemens suffisans sur les trois premières semaines de la maladie (casus gravissimus).

29 juin. La nuit a été fort agitée ; le malade a eu du délire, il s'est levé plusieurs fois. Ce matin il demande à manger pour diminuer sa faiblesse, disant d'ailleurs qu'il va de mieux en mieux. Même gonflement du visage plus prononcé qu'hier dans la région du front; les paupières sont agglutinées. La peau est chaude, un peu moins sèche ; le pouls à 138 ; les veines extérieures gonflées. Les lèvres et les dents sont sèches; la langue sèche aussi, grillée, croûteuse, écailleuse au milieu. Le malade est allé sous lui, et a uriné dans son lit. Cependant la région hypogastrique présente une matité assez prononcée, et qui tranche sur la résonnance de l'abdomen généralement ballonné. Cette circonstance détermine à pratiquer de suite le cathétérisme, et l'on retire ainsi plus d'un litre d'une urine foncée en couleur. Il n'existe pas de gargouillement dans le flanc droit ; ni taches typhoïdes, ni sudaminas. Pendant l'examen, le malade délire ; il prononce des paroles incohérentes, il s'agite, et l'on constate quelques soubresauts des tendons. Même prescription que la veille.

30. Depuis hier le délire a persisté, et augmenté même avec loquacité continuelle ; il a voulu se lever plusieurs fois, et il a fallu le lier dans son lit. Ce matin, il est comme assoupi et marmotte de temps en temps quelques mots inintelligibles ; agitation machinale des membres supérieurs qui présentent des soubresauts continuels ; respiration très accélérée ; sueur générale ; pouls à 148, filiforme, lèvres et dents fuligineuses ; la langue ne peut sortir de la bouche, tant elle est sèche et collante. Le ventre est un peu moins ballonné, sans distension notable de la vessie. Il a rendu sous lui ses matières fécales et ses urines. Pas de taches typhoïdes. Persistance du gonflement du visage et du front. Au-dessus des sourcils, on observe de chaque côté une sorte de tumeur comme furonculeuse, avec entamure et suppuration de la peau ; en même temps occlusion des yeux, agglutination des paupières et suppuration de leurs bords. Sur ces différentes parties, ainsi qu'au visage et aux membres supérieurs, on observe çà et là d'assez nombreuses pustules qui tiennent le milieu entre celles de l'ecthyma et celles de la variole ; une seule d'entre elles sur les membres inférieurs. Rougeur érysipélateuse du gros orteil gauche ; même rougeur avec fluctuation à la partie postérieure de l'articulation huméro-cubitale droite. M. Bouillaud fait la remarque que, à part le défaut de jettage, l'état du malade ressemble, sous beaucoup de rapports, à celui des individus atteints de la morve aiguë.

Ce même jour, vers le soir, persistance de la prostration et du délire. L'éruption pustuleuse a fait de nouveaux progrès. On constate de nouvelles indurations probablement phlegmoneuses à l'avant-bras droit.

1er juillet. Mort à sept heures du matin.

2 juillet. Autopsie, vingt-six heures après la mort.

Habitude extérieure. On remarque sur les membres supérieurs, et surtout sur l'avant-bras droit, quelques taches irrégulièrement circonscrites, un peu noirâtres, analogues à des ecchymoses. On y remarque aussi plusieurs foyers sous-tégumentaires, les uns résultant d'une sorte d'induration du tissu cellulaire dont les mailles ne contiennent encore qu'une petite quantité de matière puriforme, les autres présentant une fluctuation manifeste et renfermant un pus jaunâtre et assez bien lié. Parmi ceux-ci, le plus considérable, noté d'ailleurs pendant la vie, occupe la partie postérieure de l'articulation huméro-tibiale. On retrouve aussi séparés sur les membres, le tronc et le visage, les pustules signalées pendant la vie, pustules pâlies maintenant et comme flétries, mais contenant à leur intérieur un pus analogue à celui des foyers multiples qui viennent d'être indiqués.

La rougeur et la tension érysipélateuse de la face ont disparu, mais le gonflement du front persiste et les deux tumeurs situées au-dessus des arcades sourcilières se montrent encore sous l'aspect de tumeurs furonculeuses ulcérées à leur surface, d'apparence comme gangréneuse, rappelant un peu les tumeurs vénériennes, et du volume d'une petite noix. A côté d'elles toute la région des sourcils, surtout à droite, est occupée par des taches assez larges, gangréneuses aussi et un peu ulcérées. La pièce devant être conservée, on n'incise ni ces taches ni les tumeurs ; on n'examine pas les sinus frontaux : les paupières sont encore agglutinées par une chassie puriforme.

La région sous-claviculaire gauche, siége de la tuméfaction phlegmoneuse traitée chez M. Velpeau, offre encore une sorte d'empâtement. Incisée dans plusieurs directions, elle ne fournit pas de suppuration, mais le tissu cellulaire présente un aspect noirâtre, un état d'épaississement et, en un mot, une résolution incomplète.

Cavités buccale, nasale, etc. A l'intérieur de la bouche et des fosses nasales on ne trouve pas d'excrétion particulière, si ce n'est dans les fosses nasales un peu de mucus visqueux et bleuâtre, et dans l'arrière gorge une sorte de sanie gangréneuse, mais la muqueuse est partout d'un rouge vif, granuleuse dans certains points, ramollie et même un peu fongueuse dans les fosses nasales et l'arrière gorge, criblée d'ailleurs dans ces deux dernières régions spécialement ou de plaques grisâtres, ou d'ulcérations, ou de pustules qui paraissent etre le rudiment des ulcérations. Celles-ci nombreuses, irrégulièrement circonscrites, sont peu profondes en général, à fond grisâtre, d'une étendue qui varie de 4 à 5 millimètres à 10 ou 12 et même plus. Les plus apparentes sont situées sur les faces externe et interne des cornets auprès des méats et dans le voisinage des orifices postérieurs des fosses nasales. Entre ces différentes ulcérations la muqueuse est comme piquetée de petites pustules dont la couleur blanchâtre tranche sur le rouge vif de la membrane. A l'entrée du pharynx on remarque une ulcération plus profonde que les précédentes, à bords irréguliers taillés à pic, analogues à un chancre.

En incisant l'amygdale gauche, on en fait sortir quelques gouttelettes de pus, l'amygdale droite est comme déchiquetée par de petites ulcérations.

Le voile du palais en est aussi criblé, de manière à présenter un aspect inégal et rugueux.

La luette est d'un rouge vif, et présente plusieurs petites plaques grisâtres.

La langue n'offre pas de lésion notable.

En arrière de la dernière molaire droite on remarque un groupe de petits points pustuleux blanchâtres.

La rougeur de la muqueuse se prolonge dans le larynx et la trachée. A l'origine de ce dernier canal on trouve trois pustules, dont la plus grosse a le volume de la tête d'une grosse épingle.

Appareil digestif et annexes. Rien de notable dans l'œsophage ni l'estomac ; rien non plus dans les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle, mais dans le tiers inférieur et surtout dans le gros intestin, rougeur vive et arborisations bien dessinées. Dans l'étendue des quinze derniers centimètres de l'iléon, on trouve quelques granulations, quatre ou cinq plaques ovalaires à follicules noirâtres analogues à un menton récemment rasé et une ulcération assez large qu'entourent de petits points blanchâtres qui ne sont autre chose que de petites collections de matière tuberculeuse ou des pustules renfermant à leur intérieur une gouttelette d'un pus jaunâtre.

Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, indurés ; ils contiennent dans leur centre un noyau de matière blanchâtre caséiforme ou crétacée tuberculeuse.

Le foie et les reins ne présentent rien de notable.

La rate est d'un volume normal, un peu ramollie, et

contenant un sang noirâtre.

Appareil respiratoire. Le poumon gauche est entièrement sain. Le poumon droit est fortement engoué surtout postérieurement. Pas de tubercules au sommet. Ce poumon adhère d'une manière assez intime et par des fausses membranes assez épaisses non tuberculeuses.

Les ganglions bronchiques sont un peu hypertrophiés; mélanosés, mais non tuberculeux.

Appareil circulatoire. Rien de notable pour le cœur, si ce n'est quelques concrétions sanguines à l'intérieur de ses cavités; l'une d'entre elles seulement, contenue dans le cœur droit, étant assez ferme et un peu fibrineuse.

Appareil encéphalique. A l'ouverture du crâne il s'écoule une quantité de sang assez notable. En effet, les méninges sont injectées et un peu épaissies généralement. Du reste, le cerveau est de bonne consistance, sans ramollissement, sans épanchement notable dans les ventricules.

D'après les lésions qui viennent d'être décrites on ne pouvait méconnaître la morve. Il devenait donc indispensable de compléter cette observation par des renseignemens plus positifs sur l'étiologie de la maladie. Ces renseignemens, le père lui-même nous les fournit. Il raconta que l'administration des citadines employait son fils comme garçon d'écurie, que depuis neuf mois les deux chevaux qui s'étaient succédés dans l'écurie où il couchait étaient deux chevaux morveux, et que ces chevaux il les pansait, soignait et faisait sortir chaque jour. Il paraît même, d'après un rapport de M. Leblanc, que l'un de ces chevaux, celui qui le dernier a reçu de notre malade des soins qu'il devait payer de sa vie, existe encore en ce moment.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Fongosité de l'orifice de l'urètre.

M. Velpeau commence par entretenir ses auditeurs d'une jeune fille qui était entrée dans ses salles avec une fongosité de l'orifice du canal de l'urètre. La tumeur présentait la forme d'une couronne percée d'une ouverture centrale qui était le méat urinaire. Il m'a été facile, dit M. Velpeau, d'exciser cette production. La petite plaie résultant de l'opération s'est promptement cicatrisée; seulement, il s'est formé sur la cicatrice une nouvelle végétation qui, toutefois, ne m'a pas semblé devoir exiger l'emploi du nitrate d'argent, avec lequel j'avais un instant songé à la réprimer. Il est probable qu'elle se durcira et ne se développera pas davantage. Cette jeune fille sort.

Ce cas est curieux, et il emprunte plus d'intérêt encore de ce que, tout dernièrement, dans un autre hôpital, on a eu l'occasion d'observer un cas analogue. Ici seulement, ce n'était plus une fongosité, ce n'était plus une production morbide de la muqueuse, c'était la muqueuse elle-même qui formait la tumeur. Le fait a été rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*. Il y avait chute de la membrane muqueuse urétrale ou de l'urètre, comme on pourrait dire; de même que pour l'extrémité du gros intestin, il y a chute de la muqueuse rectale ou du rectum. Le cas dont il s'agit a été observé par M. Guersant, dans son service de l'hôpital des Enfans. Rien ne manque à son authenticité; car la petite fille qui fait le sujet de l'observation étant venue à mourir par suite de circonstances que nous ne connaissons pas, l'autopsie a confirmé ce qui avait été constaté pendant la vie.

Dégénérescence encéphaloïde du col utérin. Opération.

La malade est âgée de trente ans et quelques mois; elle a eu plusieurs enfans. Depuis un mois environ elle s'est aperçue d'un écoulement tantôt purulent, tantôt rougeâtre; elle y prêta d'abord peu d'attention. Cet écoulement devenant plus abondant, elle en conçut quelque inquiétude, et consulta.

Divers moyens furent prescrits, sous l'influence desquels il y eut des alternatives de mieux et d'aggravation, ou de réapparition des symptômes. Un des médecins appelés auprès de la malade semble avoir eu l'idée de l'affection grave qui existe réellement, et cette jeune femme, dit M. Velpeau, entra dans nos salles. Voici quel est aujourd'hui l'état des organes.

Il y a au col de l'utérus un boursoufflement qui comprend les quatre cinquièmes de sa circonférence; c'est-à-dire que la lèvre antérieure, la commissure gauche et la lèvre postérieure dans presque toute son étendue, sont transformées en une masse fongueuse rouge et ramollie. Il reste, à droite, un petit espace qui ne semble pas avoir pris part à la dégénérescence. En portant le doigt aussi haut que possible dans le vagin, on finit par sentir circulairement, au-dessus de la partie dégénérée, un espace qui conserve la dureté de l'état normal, et doit faire penser qu'en ce point l'utérus est sain. Lorsque, par la pression hypogastrique aidée du toucher vaginal, on cherche à explorer complètement la matrice, on sent qu'elle est mobile et qu'elle n'offre ni engorgement, ni bosselure. Il n'y a rien non plus aux ovaires ni dans aucun autre organe de la cavité abdominale; et, d'ailleurs, sous tous les autres rapports, la santé de cette femme paraissait bonne. Les poumons sont exempts de tubercules, autant du moins que l'on peut en juger.

A quelle affection avons-nous affaire?

Une première classe de lésions qui se développent au col de l'utérus est constituée par l'hypertrophie, par les irritations de toutes sortes, par les ulcérations. Tous, dans le cas actuel doivent être écarté. Viennent ensuite les tumeurs de nature diverse, le squirrhe, l'encéphaloïde, qui est la dégénérescence la plus fréquente de cette partie; les tubercules; et, entre tout cela, les granulations, au sujet desquelles il faut se demander s'il est bien démontré qu'elles ne soient pas l'origine de l'encéphaloïde.

Ici il n'y a pas de doutes à conserver. Le col est trop volumineux pour que l'on puisse songer à des granulations. Il y a là des fongosités, un produit encéphaloïde.

L'encéphaloïde du col utérin présente deux nuances. Tantôt la maladie débute par l'intérieur du col, de telle sorte que la cavité de celui-ci finit par se convertir en une vaste excavation. Cette variété ne fait pas beaucoup souffrir; elle conduit les femmes au tombeau sans qu'elles se sentent très malades. Autre chose terrible: l'art n'y peut rien; le mal est toujours profond.

L'autre variété débute par la surface libre du col. C'est un champignon qui a fait croire quelquefois à un polype. Ce cas est le seul dans lequel l'amputation du col soit permise. Lorsqu'il est bien prouvé que l'on a affaire à une production encéphaloïde, comme la mort est inévitable si la maladie est abandonnée à elle-même; si, d'un autre côté (cette condition est indispensable), on sent avec le doigt, au-dessus de la tumeur, un anneau de tissus sains, on peut se demander si la séparation de la partie dégénérée n'est pas indiquée. Cette question, à moins de contre-indications générales, semble devoir être résolue affirmativement. Ici, sans aucun doute, dit M. Velpeau, se présente, comme pour tous les cancers, la grande question de savoir si le cancer est curable par l'opération. On sait que quelques chirurgiens pensent que la maladie récidive toujours, ou que, si elle ne récidive pas, c'est que l'on s'était trompé dans le diagnostic, et qu'elle n'était pas de nature cancéreuse. Mais, ajoute le professeur, la question est ici, pour moi, résolue par les faits que j'ai observés. Certainement il n'y a pas de chirurgien qui ne soit habitué à la pensée fâcheuse que la récidive est une triste prérogative du cancer, dont il est rare qu'il n'use pas; mais je suis certain, d'autre part, que la maladie, mortelle sans l'opération, a été quelquefois guérie sans retour par cette dernière.

L'opération est grave. On a vu des hémorrhagies suivre l'excision du col, inspirer de l'inquiétude et même devenir funestes dans le cours espace de vingt-quatre heures. Il y a eu aussi des péritonites. Enfin, la plupart des femmes ont succombé à la récidive. Mais, je le répète, dit M. Velpeau, il y en a qui ont guéri, et ces cas heureux suffisent, non-seulement pour légitimer, mais pour commander notre tentative.

Voici, continue le professeur, le procédé que nous allons suivre. Deux doigts de la main gauche isoleront la tumeur; sur ces deux doigts je glisserai un pince de Museux, dont j'approprierai la forme et la force à la forme même de la tumeur et à la résistance que je rencontrerai. Quand je serai arrivé près de la partie malade j'ouvrirai les pinces et je saisirai le col.

Dans le cas actuel, il faut compter sur ce que les tissus se déchirent facilement; de sorte que l'on est ordinairement obligé de saisir la tumeur avec plusieurs pinces, afin de diviser l'effort sur un plus grand nombre de points. Une, deux, ou même, au besoin, trois pinces étant implantées dans la tumeur, le chirurgien et l'aide, auquel il aura pu en confier une, exerceront par leur moyen une lente traction sur le col, qui s'abaissera plus ou moins, et que l'on cherchera à amener à l'orifice de la vulve. Dès le commencement de l'opération, une compression soutenue aura été effectuée sur l'hypogastre par les deux mains d'un aide. Cette compression, très facile chez les femmes qui ont eu des enfans, a pour but de concourir à l'abaissement de l'utérus. Lorsque la tumeur se présentera à la vulve, il sera peut-être nécessaire de saisir la tumeur avec une nouvelle pince. A ce moment, l'opérateur ayant besoin de ses deux mains, les pinces seront confiées aux aides, et alors, circonscrivant la tumeur avec la main gauche, je diviserai avec le bistouri le col utérin au-dessus de la fongosité, d'abord sur la face antérieure; le col sera relevé ensuite, et je diviserai de même sur la face opposée jusqu'à une certaine profondeur. Cela fait, j'achèverai la section avec de longs et forts ciseaux droits, ou, si la tumeur n'a pu être convenablement abaissée, à l'aide d'un bistouri boutonné concave, instrument qui permet de diviser les parties avec sûreté, assez haut dans le vagin. Il vous sera facile de remarquer, d'ailleurs, que si le col ne cède pas aisément aux tractions, je n'exagérerai pas celles-ci, attendu que ces tractions ne sont pas sans fatiguer l'utérus, et sans prédisposer à la péritonite.

L'opération fut pratiquée comme il vient d'être dit; seulement, après avoir divisé le col sur la face antérieure, au lieu de le relever pour faire une semblable incision sur la face postérieure, l'opérateur, armé de long ciseaux, retrancha immédiatement la partie malade. Il n'y eut besoin d'appliquer que deux pinces; pas une, d'ailleurs, ne manqua. Il ne paraît pas que l'opération ait été très douloureuse. Il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang. Des boulettes de charpie enduites de cérat ont été introduites en assez grand nombre dans le vagin, et maintenues par des compresses et un bandage en T; le ventre a été comprimé à l'aide d'un bandage de corps. La malade, reportée à son lit, on lui a recommandé un repos absolu, et une potion anodine antispasmodique lui a été administrée.

La pièce anatomique a été examinée publiquement, et a présenté tous les caractères qui avaient été indiqués par le professeur. La commissure droite du col utérin n'était presque pas altérée; le reste de la surface du col était transformé en une fongosité déchiquetée, rougeâtre, à tissu assez résistant, ce qui explique que les pinces aient si bien tenu. La partie du col, sur laquelle a porté l'instrument, présente l'aspect normal du tissu utérin. Mais, dit M. Velpeau, ici on ne peut se prononcer avec autant d'assurance que pour d'autres organes ou d'autres régions du corps, attendu que le tissu utérin, quant à l'aspect, est facile à confondre avec le tissu squirrheux. M. Velpeau termine en disant pourquoi il ne se sert pas du spéculum dans cette opération. Le spéculum, dit-il, ne pourrait servir qu'à mieux faire voir le col; or, le chirurgien doit ici voir aussi bien avec son doigt qu'avec son œil, d'où il suit que le spéculum est inutile; mais, bien plus, il est incommode et gêne l'opérateur.

Nous ferons connaître le résultat définitif de l'opération pratiquée par M. Velpeau. Z.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Défaut d'énergie de l'utérus; lenteur du travail.

Le 31 mai, il y avait, dans la salle des accouchemens, une femme chez laquelle la lenteur du travail pouvait donner quelques inquiétudes, bien que ce ne fût pas un cas difficile. C'était une Allemande; le travail était lent et pénible; il paraissait y avoir chez elle une insuffisance de l'organisme, une sorte de découragement, ce qui, du reste, est commun aux femmes de ce pays. Ce défaut d'énergie morale, qui s'ajoute à l'insuffisance de l'organisme, peut bien dépendre chez elles de l'éloignement où elles sont de leur pays, environnées qu'elles sont de personnes qui ne peuvent les comprendre. Arrivée le 30, elle souffrait déjà depuis la veille, et la faiblesse des contractions ne pouvait s'expliquer par la distension de l'utérus qu'aurait occasionnée une trop grande quantité de liquide amniotique, car le ventre chez elle paraissait développé comme il doit l'être chez une femme à terme; la dilatation était à peine commencée. Aujourd'hui 31, elle est assez avancée; mais les membranes ne sont pas encore rompues. Ainsi voilà un travail languissant dans lequel les douleurs ne reviennent qu'à des intervalles assez éloignés, et dont une trop grande ampliation de l'utérus ne saurait rendre compte. Faut-il attribuer cela à la faiblesse des fibres musculaires de cet organe, à quelques préoccupations de la femme, ou ne serait-ce plutôt que dans ce cas l'utérus ne possède pas la faculté contractile qui lui est nécessaire pour l'œuvre qui lui est dévolue? C'est à cette dernière cause que s'arrête M. Dubois.

Maintenant, que convient-il de faire? On n'est pas sollicité ici par des parens ennuyés de la longueur du travail, comme cela pourrait avoir lieu dans la pratique civile; la vie de la mère, pas plus que celle de l'enfant, ne saurait être compromise, puisque cette lenteur du travail ne dépend que de la faiblesse des contractions; il n'y a que la prolongation du travail qui puisse ici déterminer l'accoucheur à faire agir. Mais que faut-il faire? Il faut rendre à l'organe l'énergie qui lui manque. Les frictions sur l'abdomen ne tarderaient pas à ennuyer la patiente, et seraient probablement sans résultats; la titillation, l'agacement du col pourrait bien réussir en partie, mais comme il faudrait que ce moyen fût continué pendant quelque temps, il pourrait s'en suivre une irritation utérine qu'il convient d'éviter. L'ergot de seigle serait le moyen auquel M. Dubois aurait recours s'il n'en avait un autre à sa disposition: la rupture des membranes; une fois les membranes rompues, le fœtus se trouvera en rapport plus immédiat avec les parois utérines, circonstance qui pourra activer les contractions; la tête portera sur l'orifice, qui se dilatera davantage en même temps que celui-ci, réagissant sur le reste de l'organe, à la manière des sphincters, avec lesquels il a beaucoup d'analogie; il sollicitera lui-même les douleurs. Si ce moyen ne suffit pas, M. Dubois se propose de donner alors l'ergot de seigle. L'emploi de ce médicament n'aura pas ici les inconvéniens qu'il présente ordinairement, et cela à cause de l'état de mollesse du col. Cependant, une fois les contractions réveillées, l'accouchement ne sera pas tellement prompt, que l'enfant puisse échapper complétement à l'action du médicament.

— Les prévisions de M. Dubois ne se sont point accomplies. Malgré la rupture des membranes, le travail est demeuré insuffisant, et force fut bien de recourir à l'emploi de l'ergot de seigle. Pour prévenir autant que possible les inconvéniens inhérens à l'administration de ce médicament, M. P. Dubois jugea convenable de la donner à doses fractionnées, se proposant bien de le cesser dès que l'on verrait des douleurs efficaces. Malgré cette précaution, on fut obligé d'aller jusqu'à deux grammes pour obtenir quelque effet; mais alors, comme cela a toujours lieu en semblables circonstances, les contractions devinrent comme tétaniques. Néanmoins, la tête s'engagea dans le bassin; mais les contractions continuant d'être permanentes, on s'aperçut que la circulation fœtale était en souffrance, et qu'elle se ralentissait: on procéda immédiatement à l'application du forceps, qui fut simple, quoique la tête n'eût pas encore franchi le col de l'utérus.

Les craintes que l'on avait conçues sur le sort de l'enfant étaient fondées; il naquit dans un état de demi-asphyxie, et on eut beaucoup de peine à le ranimer, circonstance qu'il faut rapporter non pas à l'application du forceps qui fut faite avec une grande facilité, mais bien à l'emploi de l'ergot de seigle.

Le premier jour il y avait à la salle d'accouchemens une autre femme qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions que celle dont il vient d'être question. Chez celle-ci le travail avait commencé dans la nuit; les membranes s'étaient rompues vers deux heures du matin; mais, depuis ce temps, la tête était resté engagée dans l'excavation du bassin. Cette circonstance tenait à la ré-

sistance que présentait le plancher inférieur, le périnée, les parties externes de la génération, etc., résistance plus grande que n'était la force destinée à la vaincre, les contractions utérines manquant d'énergie. Aussi pour ce motif fut-on obligé de recourir à l'application du forceps.

Si dans ce cas cette manœuvre fut jugée nécessaire, ce n'est pas que le travail durât depuis trop long-temps; en effet, celui ci avait commencé dans la nuit, et l'on n'était qu'à sept heures du matin, mais les membranes étaient rompues depuis cinq heures; depuis ce temps la tête était dans l'excavation du bassin sans être protégée par les eaux de l'amnios qui s'étaient écoulées, et cet état de choses ne pouvait durer davantage sans qu'il n'en résultât un grand danger pour l'enfant, et rien n'annonçait que l'accouchement dût se terminer promptement et d'une manière spontanée; au contraire, le travail avait cessé de faire des progrès.

La présomption que l'on avait du danger que courait l'enfant devint bientôt une certitude; le stéthoscope appliqué sur l'abdomen de la femme permit de reconnaître un ralentissement considérable dans les battemens du cœur du fœtus; l'on comptait de 50 à 60 pulsations; en même temps il s'échappait par la vulve un peu de méconium, circonstance qui venait encore témoigner de l'état de souffrance dans lequel le fœtus se trouvait placé. L'on fit donc l'application du forceps. L'enfant est né débile, mais il fut bientôt ranimé.

Pendant que ces choses se passaient à la Clinique, et que M. Dépaul donnait des soins à cette femme, M. P. Dubois était près d'une dame qui se trouvait dans les circonstances suivantes: D'une bonne santé, cette dame avait eu une grossesse heureuse, et l'on pouvait augurer un accouchement facile; cependant il n'en fut pas ainsi. Il y eut, dès le début du travail, des douleurs assez fortes pour amener la dilatation de l'orifice et pour permettre à la tête de s'engager dans l'excavation du bassin; mais bientôt les contractions utérines et abdominales devinrent tout-à-fait insuffisantes.

Quand M. P. Dubois arriva près de cette dame, les parens étaient dans l'inquiétude, car les douleurs étaient nulles ou à peu près. Comme cette dame était d'une vigoureuse santé, les muscles du périnée étaient forts et très résistans; la tête vint faire saillie dans la vulve, mais elle s'était arrêtée là; et puis quand de loin il survenait une contraction, celle-ci était suivie d'une douleur très vive. Dans ces circonstances, M. P. Dubois jugea l'application du forceps nécessaire, et y procéda sur-le-champ. Il se contenta d'opérer quelques légères tractions; la nature fit le reste. L'enfant naquit bien portant.

M. P. Dubois a préféré ici l'application du forceps à l'emploi de l'ergot de seigle, parce que cette opération était simple et facile, et qu'en donnant l'ergot il eût été obligé d'attendre que l'effet de ce médicament se produisît.

Métro-péritonite au troisième mois de la grossesse.

Au nº 16 est une femme qui se trouve dans des conditions assez difficiles à expliquer, dans un état de malaise dont le résultat n'est pas très facile à prévoir. Arrivée au troisième mois de sa grossesse, elle fut prise d'une perte qui ne dura que deux jours; à cette époque, elle ressentit dans l'abdomen des douleurs qui lui firent croire à une prochaine fausse couche. Déjà dans une précédente grossesse elle avait éprouvé de semblables accidens, qui s'étaient terminés par l'expulsion du fœtus. Entrée à la Clinique huit jours après l'apparition des premiers symptômes, son ventre était douloureux vers la région hypogastrique; il y avait de la fièvre. L'on crut à un état inflammatoire compliquant la grossesse, et l'on prescrivit quelques applications de sangsues et de cataplasmes, des grands bains, tous moyens parfaitement indiqués dans de semblables circonstances; peu à peu les accidens diminuèrent.

Aujourd'hui 31 mai, le ventre est encore un peu douloureux vers le côté droit et en bas. L'utérus est sensible au toucher; il paraît fixé à la place qu'il occupe, et développé comme il l'est au troisième mois de la grossesse.

Cette femme est-elle menacée de fausse couche, ou bien a-t-elle quelques autres accidens à redouter? Comme l'état inflammatoire de l'utérus et du péritoine qui l'avoisine n'a pas totalement disparu, qu'il peut par conséquent reprendre de l'intensité sous l'influence de cette métrite ou de cette métro-péritonite, l'avortement est possible et même probable; le pronostic, par rapport à la grossesse, est donc fâcheux. D'une autre part, l'utérus n'est pas susceptible de déplacement, il paraît fixé à la place qu'il occupe; il existe probablement quelques adhérences entre cet organe et quelques points du péritoine ou du bassin qui devront nuire à son développement; et alors presque toujours l'on voit survenir l'avortement, ainsi que madame Boivin l'a parfaitement démontré dans un mémoire intitulé: *Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues d'avortement.* Bien que chez cette femme du nº 16 l'avortement soit le résultat probable, cependant on ne peut affirmer que les choses se passeront ainsi. Il faut donc attendre et se tenir sur ses gardes.

Le muscle grand-oblique concourt-il à la production du strabisme oblique en dedans et en haut; par le docteur Lucien Boyer.

Lorsque j'ai voulu rechercher quelle pouvait être l'influence des muscles obliques sur la production des différentes variétés du strabisme, je me suis trouvé en présence de nombreuses contradictions semées dans la science, et parmi lesquelles je désespérai presque d'abord de pouvoir discerner quelque vérité.

La plupart des auteurs, en se répétant les uns les autres, attribuent à l'action des muscles obliques un triple résultat: 1º mouvement de rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur; 2º mouvement de circumduction autour de l'orbite; 3º mouvement de bascule sur le diamètre transverse, tous à peu près dans les mêmes termes.... « Le grand oblique tourne le globe de l'œil de dehors en dedans, de derrière en devant, et de haut en bas... La pupille est portée en bas et en dedans...; » et ajoutent: « le petit oblique tourne l'œil de dedans en dehors, le retire vers l'angle interne de l'orbite en le portant en avant, alors la pupille est portée en haut et en dehors. » (*Texte de Portal.*)

D'autres n'ont tenu compte que du mouvement de rotation: « le grand oblique fait tourner l'œil sur lui-même, c'est-à-dire sur son axe antéro-postérieur, de dehors en dedans... Le petit oblique est rotateur de l'œil dans un sens opposé. » (Cruveilhier, *circumductionis sunt opifices.*)

Dieffenbach, d'autre part, prétend que le grand oblique porte la pupille en haut et en dedans, et le petit oblique en bas et en dedans, opinion contraire à toutes celles qu'il m'a été possible de constater dans les auteurs. Il s'oppose même à une opinion dont je n'ai pu retrouver la trace, et qui attribuerait au grand oblique la rotation de l'œil en haut et en dehors, rôle que la plupart des auteurs disent appartenir, au contraire, au petit oblique.

Cet opérateur, justement célèbre, fonda son opinion sur plusieurs cas de strabismes obliques en dedans et en haut, qui persistaient après la section du muscle droit interne, et qui auraient cédé à celle du grand oblique, et donne le conseil de couper ces deux muscles dans cette variété du strabisme.

Cette opinion a depuis été adoptée par la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de myotomie oculaire; et quoique, en plusieurs circonstances, je lui aie opposé des fait et des raisonnemens contradictoires, elle est encore aujourd'hui la règle de conduite presque générale.

Elle est cependant trop contraire à tout ce qui avait été jusque-là admis sur la physiologie des muscles obliques, pour que je puisse, de prime-abord, l'admettre sans soupçon.

Or, je la combattis dès le mois de juillet 1840, à propos du strabisme dont était affecté notre savant confrère, M. le docteur Schuster, strabisme fortement prononcé en dedans et en haut; on recherchа quelle pouvait être la cause de cette obliquité: M. Amussat, les assistans et le malade lui-même admirent que ce pouvait être l'association d'action du grand oblique et du droit interne. La section du grand oblique, malgré l'assentiment du malade, ne fut cependant pas faite par prudence.

Le strabisme n'ayant pas été détruit, on vit dans l'événement la confirmation du soupçon que l'on avait eu de l'influence du grand oblique sur sa production; et cette opinion fut encore corroborée de l'autorité de Dieffenbach.

Ce fut à cette occasion que je commençai une suite d'expériences qui m'ont conduit à faire connaître comment le muscle coupé dans l'opération du strabisme contracte de nouvelles adhérences avec le globe de l'œil. Je cherchai d'abord à constater si, par la section de l'un ou l'autre oblique, il se produisait un véritable strabisme; mais l'axe de l'œil ne me parut jamais changer de direction.

D'ailleurs, les faits chirurgicaux marchaient en même temps. J'opérai, il est vrai, avec succès, par la section du droit interne et du grand oblique, quelques malades affectés de strabismes obliques en dedans et en haut; mais sur une jeune personne ce strabisme fut converti en un strabisme direct en haut, qui ne guérit que par la section du muscle droit supérieur faite huit jours plus tard.

Il en fut de même de M. Schuster; la section du droit interne faite une seconde fois en même temps que celle du grand oblique, et cela d'après l'avis formel de M. Phillips, laissa encore une convergence prononcée, mais surtout une élévation qui ne céda que par la section simultanée des muscles droits interne supérieur et inférieur, et des adhérences nouvelles que le grand oblique avait contractées.

Sur un troisième malade, cette double section a été également sans succès; de sorte qu'il me parut bien plus physiologique d'attribuer ces strabismes obliques à l'action combinée de deux muscles droits. Or, nous n'avons, M. Amussat ou moi, coupé que six fois le muscle grand oblique (l'on vient de voir trois fois sans succès), et depuis long-temps nous nous trouvons très bien d'y avoir renoncé.

Les animaux qui peuvent servir à nos expériences, chiens, lapins, moutons, chevaux, etc., etc., ont les uns la pupille ronde, comme l'homme; il nous a été impossible de constater sur ceux-là aucun résultat de la section des muscles obliques; les autres ont la pupille oblongue, sur eux nous avons pu voir une déviation manifeste de la pupille.

Chez le mouton, la pupille est naturellement oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de façon que son extrémité antérieure vient presque toucher la paupière supérieure, tandis que l'externe se rapproche de la paupière inférieure. Chez le cheval, le grand diamètre est tranversal et parallèle à l'ouverture des paupières.

Voici les modifications que la section des muscles obliques nous a permis d'apprécier. La section du muscle grand oblique permet à l'œil d'obéir à l'action du petit oblique, l'angle externe de la pupille s'abaisse. La section du petit oblique permet à l'œil d'obéir au grand oblique, l'angle externe s'élève. J'ai pu en les coupant successivement sur le même œil, faire disparaître par la section de l'un l'effet de la section de l'autre et voir la pupille reprendre son attitude régulière; mais jamais je n'ai pu voir autre chose que ce mouvement de rotation de l'œil sur son diamètre antéro-postérieur sans aucun changement dans la direction de l'axe visuel; or, ce mouvement de rotation n'est pour rien dans la production du strabisme, puisqu'il ne modifie pas cette direction.

Sur les animaux, en coupant les deux muscles droits voisins, nous avons eu le strabisme oblique opposé, et nous avons pu produire ainsi les quatre variétés de strabisme oblique. Tous ces faits m'ont confirmé dans l'opinion que les muscles obliques ne sont pour rien dans la production de ces variétés et me paraissent la démontrer suffisamment.

Que prouvent maintenant les faits de Dieffenbach, d'autres opérateurs, et ceux que nous possédons nous-même de guérison de strabisme oblique en dedans et en haut par la section du droit interne et du grand oblique? Rien absolument.

En effet, j'ai démontré que les quatre muscles obliques sont maintenus en rapport d'action les uns avec les autres par une expansion aponévrotique qui les rend, jusqu'à un certain point solidaires, et qui souvent suffit à maintenir la déviation de l'œil après la section d'un seul de ces muscles. Or, c'est la section de cette aponévrose, inévitable lorsqu'on recherche le grand oblique après la section du muscle droit interne, qui souvent a détruit l'influence que les fibres supérieures du droit interne ou internes du droit supérieur, exerçaient encore sur le globe de l'œil, et qui a fait cesser dans ces cas le reste de la déviation.

C'est d'après ces principes que nous nous dirigeons depuis fort long-temps dans cette variété de strabisme; si la section du muscle droit externe ne suffit pas, nous étendons en haut le débridement de cette aponévrose. J'ai dû même couper immédiatement le muscle droit supérieur. J'ai opéré un cas de strabisme oblique en dedans et en bas. Le débridement, un peu étendu en bas après la section du muscle droit interne, a suffi au redressement de l'œil. Il en a été de même dans un cas de strabisme oblique en dehors et en haut, et dans un cas de strabisme oblique en dehors et en bas, seuls exemples de ces trois variétés que j'aie encore rencontrés; et ces faits, conformes à ma manière de voir sur l'étiologie du strabisme oblique en dedans et en haut, qui s'explique très physiologiquement sans qu'il soit nécessaire d'attribuer au grand oblique une action contraire à toutes les opinions reçues, comme à tous les résultats de l'expérimentation, me paraissent concourir encore à établir sa valeur.

J'ajouterai que M. Magendie vient de faire dans ces derniers temps au Collége de France une suite de leçons fort intéressantes sur la physiologie des muscles de l'œil, et qu'il a démontré par le raisonnement et par de nombreuses expériences que l'on avait commis à cet égard une foule d'erreurs. Une expérience fort curieuse que nous lui avons vu faire consiste à enlever sur un lapin les paupières, de façon à mettre le globe de l'œil à découvert, ainsi que l'extrémité des muscles, afin de pouvoir examiner dans quels cas ils se contractent. Cette expérience a permis de voir distinctement l'action des muscles droits, et d'apprécier son effet: mais il a été impossible de discerner aucun mouvement de l'œil provenant de celle des muscles obliques.

Je ne prétends pas avoir indiqué toutes les fonctions de ces muscles; loin de là, il y aurait encore beaucoup à dire. Je n'ai eu en vue que de répondre à une seule question. De nouvelles expériences sont nécessaires pour établir la physiologie complète des muscles obliques.

Analyse raisonnée des travaux de G. Cuvier, précédée de son éloge historique; par P. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, etc., etc.

G. Cuvier a été, sans contredit, l'homme le plus remarquable des temps anciens et modernes, tant par l'infinie variété de ses connaissances, que par le génie qui crée et qui féconde, et surtout par les immortels services qu'il a rendus aux sciences naturelles. Il a été un de ces hommes à part qui à eux seuls nomment un âge, une de ces intelligences privilégiées dont la nature se montre si avare, et qu'elle ne produit qu'à d'immenses intervalles, comme si des siècles entiers lui étaient nécessaires pour se préparer à ce grand enfantement.

On ne sait, en effet, qu'admirer le plus dans cet homme à tous égards si extraordinaire, de l'infatigable ardeur qu'il mettait à la recherche des faits, de la mémoire qui les retenait, ou du génie qui les comparait et en faisait sortir des principes nouveaux; et quels principes! disons plutôt lois sublimes, lois éternelles comme celles de la nature à qui il les a dérobées! Aussi, voyez quelle majesté les environne! voyez quel respectueux hommage lui rend tout ce que le monde renferme encore d'illustrations scientifiques! Voyez aussi comme tous les faits nouvellement découverts viennent naturellement prendre place autour d'elles, comme pour les confirmer et continuer l'épreuve solennelle qui doit leur assurer l'immortalité! Enfin, dans ce siècle où l'envie est si audacieuse, dans ce siècle où le dénigrement et la destruction ont presque passé à l'état d'instinct et de besoins naturels, eh bien! pas une voix pourtant ne s'est encore élevée pour contredire les grandes vérités que Cuvier nous a révélées; pas une main n'a osé toucher au monument scientifique dressé par lui. Pourquoi donc ce privilège? C'est que les matériaux employés à ce monument étaient quelque chose de plus durable que le bronze, car c'étaient des faits bien observés, et que les faits ne sauraient périr; c'est qu'enfin l'ouvrier qui les avait préparés et réunis était bien habile, car c'était le génie lui-même! *Exegit monumentum ære perennius.*

Nous ne saurions trop applaudir à l'heureuse idée qu'a eue M. Flourens de présenter au public, sous le titre modeste d'Analyse raisonnée des travaux de Cuvier, le résumé de ce grand homme. n'est que son esquisse, sa miniature, si vous voulez, mais si bien faite, mais si exacte, que tous les traits saillans de la grande figure qu'il a voulu peindre s'y trouvent admirablement représentés. Et comment faire autrement? comment faire pour que tout le

monde pût, d'un coup d'œil, embrasser le colosse ? Il n'y avait évidemment qu'un moyen : c'était de réduire, sans trop l'affaiblir, ses gigantesques proportions, et c'est ce que M. Flourens a exécuté avec un bonheur sur lequel lui seul pouvait peut-être compter. Qui mieux que lui, en effet, pouvait peindre Cuvier, lui d'abord son élève, plus tard son collègue, aujourd'hui son successeur, toujours son ami ? D'ailleurs, pour un travail semblable, il fallait posséder aussi des connaissances très variées ; il fallait avoir également cultivé toutes les branches des sciences naturelles, et surtout avoir eu, comme M. Flourens, des occasions fréquentes de s'animer aux rayons vivifians de la vaste intelligence de Cuvier ; enfin, pour bien faire ressortir toutes ses qualités, pour raconter ses recherches et ses brillantes découvertes, pour les comparer surtout aux autres conquêtes du présent et du passé, il fallait forcément posséder les unes et les autres, et M. Flourens, encore sous ce rapport, pouvait, mieux que personne, remplir cette grande et difficile tâche.

Pour y parvenir, il est vrai, il a été forcé de faire ce que Fontenelle avait fait pour Leibnitz, il a été forcé de partager, de décomposer Cuvier. Désespérant avec raison de trouver un cadre assez vaste pour renfermer les recherches et les découvertes d'un homme qui *avait mené de front toutes les connaissances humaines*, il a dû faire un choix, et il n'en a pris qu'une partie. Laissant donc de côté l'historien qui, dans ses salons donnait des leçons d'histoire aux plus habiles, le littérateur qui n'était surpassé par personne, le géographe si érudit, le professeur si distingué, l'administrateur qui à peine entré au conseil-d'état en devenait le flambeau, le jurisconsulte qui, pour me servir de l'expression d'un de ses collègues, devinait la loi quand par hasard il l'ignorait, le mathématicien qui en quelques jours improvisait l'organisation des banques, etc., etc. ; de tant de personnes réunies en un seul homme, M. Flourens n'a voulu en faire connaître qu'une, le *naturaliste*, et franchement c'était bien assez.

Dans le premier chapitre, il esquisse donc à grands traits les progrès merveilleux que G. Cuvier a fait faire à la zoologie, nous le montre, tout jeune encore s'attaquant aux classifications jusqu'alors les plus généralement admises, et réformant, dès son premier mémoire, les erreurs fondamentales que ses illustres devanciers Linnæus et Bruguières avaient commises au sujet des animaux à sang blanc ; ici, en effet, il sépare des animaux qui avaient été faussement rapprochés ; là il en rapproche d'autres que des genres entiers tenaient injustement séparés ; plus loin, s'appuyant toujours sur les grandes lois de l'organisation animale qu'il venait de découvrir, il en fait sortir, comme conséquences, les six grandes classes, aujourd'hui si irrévocablement établies des *mollusques*, des *crustacés*, des *insectes*, des *vers*, des *échynodermes* et des *zoophytes*. Enfin, à l'occasion de ces animaux à peu près inconnus jusqu'à lui, comme le dit M. Flourens, il pose les bases solides de classifications nouvelles ; il découvre des fonctions également nouvelles, et, par cela même, il élargit considérablement, et d'un même coup, le champ encore si restreint de la bonne physiologie, et celui plus restreint encore de la philosophie naturelle.

Il le montre ensuite appliquant la même méthode à l'étude des poissons, et renouvelant, pour ainsi dire, de fond en comble cette branche si intéressante de la zoologie ; voyez plutôt : Aristote n'avait connu que 117 espèces de poissons, Athénée 130, Linnæus un peu plus de 400, Lacépède environ 1,400 ; eh bien, Cuvier à lui seul en connaît et en décrit 5,000 ! Il fait plus, il les étudie dans leur organisation la plus intime, il les classe d'après cette organisation même en familles et en genres naturels, et rien n'est confondu, et tout se trouve à sa place dans cette immense réunion d'êtres pourtant si différens.

Passant ensuite à l'anatomie comparée, M. Flourens indique tour à tour et avec un enthousiasme bien naturel, la longue série des découvertes toutes plus importantes les unes que les autres, dont la science est encore redevable à Cuvier ; et en effet, ce hardi et infatigable réformateur montre encore ici tout ce que peut le génie, même dans les sciences toutes de faits et qui semblent mortes à l'imagination ; c'est que Cuvier a le précieux avantage de grandir tout ce qu'il touche ; c'est que sa large pensée sait illuminer et brillanter les objets même les plus obscurs

Jusqu'à lui, malgré les importans travaux des Claude Perrault, des Daubenton, des Haller, des Hunter, des Pallas, des Vicd'Azyr, etc., l'anatomie comparée n'était guère qu'un simple répertoire, j'ai presque dit un riche chaos de faits anatomiques particuliers. Cuvier paraît et soudain les ténèbres se dissipent, et soudain la science des lois générales de l'organisation animale est créée. Avec ces lois, je veux dire celles des *corrélations organiques* et celle de la *subordination des organes* d'où découlent toutes les autres, il découvre les secrets les plus cachés de la vie animale, et la physiologie générale entre dans une nouvelle voie de conquêtes et de progrès.

Cependant ce n'est là que le côté le moins remarquable de ces lois. A leur aide, en effet, G. Cuvier a pu, avec un os seul, voire même avec une simple portion d'os, recomposer l'animal auquel il avait appartenu ; il a pu dire sa grandeur, sa forme, sa force, le nombre de ses organes, ses habitudes, ses instincts, etc. Ainsi, avec l'ongle énorme du pangolin, trouvé dans l'ancien palatinat, on aurait pu, comme il le dit lui-même, non-seulement reconnaître une espèce éteinte, mais encore conclure par cela même *à toutes les révolutions du globe !*

Continuant l'exposition de ses découvertes, M. Flourens le montre appliquant ces grandes lois aux *fossiles* et jetant, avec une précision pour ainsi dire mathématique, les bases éternelles d'une science nouvelle. Avec elles, en effet, il renouvelle toute la géologie ; il force les granits, les marbres, les schistes primitifs, ces *antiques fondemens de l'enveloppe actuelle du globe*, à lui révéler des secrets que la nature avait vainement pris soin d'enfouir aux plus grandes profondeurs de la terre ; secrets merveilleux, secrets divins, qui ont permis à ce moderne Prométhée de se mettre, pour ainsi dire, à la place de Dieu luimême et de reconstruire de toutes pièces des animaux dont les races sont perdues ! Ce n'est pas tout : avec ces lois il a pu prouver encore jusqu'à l'évidence que la vie n'a pas toujours existé, qu'elle a eu, elle aussi, ses périodes de développement et de progrès, puis des interruptions qui ont été elles mêmes suivies de reprises. Il a pu fixer le nombre des convulsions terribles qui ont bouleversé la terre, déterminer le genre des animaux qui existaient aux temps primitifs, ceux qui leur ont succédé et l'ordre dans lequel cette succession a eu lieu ; il a pu reconnaître aussi l'époque à laquelle les premières richesses végétales ont, comme il le dit lui même, orné la surface du globe, etc.

Quand on suit, dans l'ouvrage de M. Flourens, l'exposition de ces magnifiques créations, il est impossible de ne pas être saisi d'un respectueux recueillement, il est impossible de ne pas être transporté d'admiration, en même temps qu'on se sent pour ainsi dire humide qu'un homme ait pu, à lui seul, faire de si grandes et si belles choses.

M. Flourens a donc rendu un véritable service public en mettant à la portée de tout le monde des études si pénibles et si longues, des travaux si importans et si propres à orner l'esprit tout en développant l'intelligence. Ne s'arrêtant qu'aux grands faits, aux choses les plus saillantes, il a affranchi le lecteur de détails minutieux et toujours difficiles à suivre. Il est même parvenu, grâce à la marche qu'il a employée, grâce surtout à son style tour-à-tour large et concis, simple et brillant, à rendre on ne peut plus attrayante une étude dont l'immense étendue effrayait le plus grand nombre. On dirait, en vérité, une œuvre de pure imagination, et je porte le défi, même à celui qui est toujours resté étranger aux sciences, de commencer la lecture de cet ouvrage sans se sentir irrésistiblement porté à la continuer jusqu'à sa dernière page, jusqu'à son dernier mot.

Au surplus, qu'on ne pense pas que M. Flourens ait consenti à descendre des hauteurs de la science où ses travaux l'ont si justement élevé, pour se contenter de remplir ici un simple rôle d'analyste : on se tromperait. D'ailleurs cela n'eût été convenable ni pour lui, ni pour les travaux du grand grand homme qu'il voulait honorer. Il discute, au contraire, ces travaux avec la sagacité qu'on lui connaît ; il les rapproche des travaux analogues : il les compare ; il les complète en quelques points, et c'est en réunissant tous ces avantages qu'il est parvenu à faire un ouvrage très substantiel, qui peut tenir lieu d'un grand nombre d'autres, qui est enfin un véritable traité d'histoire naturelle, et qui, ne serait-ce qu'à ce titre, doit nécessairement figurer à l'avenir dans toutes les bibliothèques.

ARNAL aîné, D.-M.-P.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 19 juillet

Intoxication arsenicale. — MM. Danger et Flandin écrivent à l'Académie pour lui demander l'explication d'un passage du rapport de la commission sur l'arsenic, passage qui a été dernièrement le sujet d'une interprétation arbitraire devant un autre corps savant.

M. Dumas : MM. Danger et Flandin s'étaient engagés devant la commission à démontrer : 1° qu'il se forme quelquefois, lorsqu'on opère avec l'appareil de Marsh, des taches non arsenicales ayant toutes les apparences des taches qu'on attribuait à l'arsenic normal ; 2° qu'il n'existe pas d'arsenic normal ; 3° que les pseudo-taches étaient le résultat de l'action des phosphites et des sulfites sur une huile animale. La commission a constaté l'existence des pseudo-taches, mais elle n'a pu les comparer à celles qu'on attribuait à l'arsenic normal, attendu que l'arsenic normal n'existe pas, du moins la commission n'a pu en découvrir aucune trace. La commission, au reste, vient de se réunir pendant la séance : elle a pris connaissance de la lettre qui vient d'être lue, et elle croit devoir déclarer qu'elle a accordé la première place dans le rapport au travail de MM. Danger et Flandin, parmi ceux qu'on a présentés sur l'arsenic, travail qu'elle a considéré comme important, et sur lequel elle croit de son devoir, de sa dignité de revenir par un supplément de rapport dans la prochaine séance, afin de faire cesser toute incertitude et de prévenir toute interprétation équivoque. En conséquence, je demande que la lettre de ces messieurs soit adressée à la commission.

M. Arago. Je suis bien aise des explications que M. Dumas vient de donner, car il paraîtrait que le rapport aurait été le sujet d'une interprétation petite, mesquine, et qu'on aurait déprécié le travail de MM. Danger et Flandin.

M. Regnault. Je dois déclarer à mon tour que la commission a entendu placer en première ligne le travail de MM. Danger et Flandin, les autres n'étant que de petites notes d'une importance secondaire. Le rapport lui-même n'a eu pour sujet principal que l'important mémoire de MM. Danger et Flandin.

— M. Longet écrit une lettre sur cette question : A quelle époque précise un nerf moteur, séparé de l'encéphale ou de la moelle épinière, perd il son excitabilité, c'est-à-dire sa propriété de faire contracter (sous l'influence d'un stimulus) la fibre musculaire ? Après de longues expériences, l'auteur est arrivé à cette conclusion : que constamment son excitabilité est éteinte le quatrième jour. (Commission.)

— M. J. Guérin écrit une lettre et fait ouvrir un paquet cacheté contre la lecture de M. Bouvier. (Nous publierons ces différentes pièces.)

— M. Ketnner écrit pour revendiquer la priorité de l'observation de M. Grouby concernant la nature végétale des croûtes de la teigne, en faveur de M. Schoenlin, et il cite textuellement les archives de Muller de 1839, p. 82, à l'appui de son assertion. Dans cet article, en effet, le fait paraît clairement signalé par M. Schoenlin, et accompagné d'un dessin.

— M. Fourcault adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Expériences physiologiques démontrant les effets de la diminution de la pression atmosphérique, et de la raréfaction de l'air sur le corps de l'homme et des animaux.* (Commission.)

— M. Chrysostome Romanowski adresse un mémoire manuscrit sur la physiologie de l'inflammation. (Commission.)

— M. Guillon écrit une lettre en faveur des mouchetures, et contre la cautérisation dans le traitement des coarctations de l'urètre ; il annonce une guérison d'un cas grave qu'il vient d'obtenir à l'aide de la première méthode.

On vient de publier à Londres un relevé statistique des accidens qui ont amené des blessés aux hôpitaux de cette ville pendant le cours de sept années, de 1834 à 1840. En voici le résumé général :

Chutes du haut d'échafaudages, d'échelles de bâtimens, de navires, de pignons, d'escaliers et fenêtres ou dans les caves, celliers, hangars, etc., 917.

Blessures par éboulemens de terre ou par chutes d'édifices, cheminées, bois de charpente, pierres et fardeaux pesans, 461.

Accidens produits par les machines à vapeur, les engrenages de moulins, les grues et autres machines, 92.

Accidens occasionnés par les voitures, diligences, charrettes, omnibus, cabriolets et camions, 704.

Brûlures par eau bouillante, métaux fondus, explosions de poudre à canon et de capsules fulminantes, 411.

Individus noyés accidentellement, empoisonnés aussi involontairement par des substances nuisibles ou asphyxiés par des gaz délétères, 46.

Morsures de chiens ou de chats enragés, 146.

Violences contre les personnes par des coups de pied ou de poing, de bâtons ou de couteaux, 903.

Suicides tentés par des armes tranchantes, par le poison, par l'immersion dans l'eau, par des armes à feu, etc., 76.

Blessures involontaires occasionnées par des tessons de verre ou de porcelaine, par des suites accidentelles, par des contusions et par l'usage imprudent de pioches, de crochets, marteaux, ciseaux et autres instrumens de ménage, 3,303.

Apoplexies et épilepsies, 91.

Hernies, hémorrhagies, etc., 95.

On remarque dans cette liste que le nombre de blessures faites avec des couteaux a progressivement augmenté d'année en année, tandis que les cas d'hydrophobie ont considérablement décru.

ORTHOPÉDIE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 22 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 89, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 20 juillet 1841.

INTOXICATION ARSENICALE.

Les tribunes, les pièces qui précèdent la salle des séances et une partie de la cour de l'Académie, sont pleines de jeunes médecins et même de personnes étrangères à l'Académie, avant l'heure de la séance. Cette foule inusitée annonçait que quelque chose d'extraordinaire allait se passer dans l'enceinte de la rue de Poitiers. Il s'agissait, en effet, de la grave question de l'arsenic, de la continuation du combat qui avait si vivement retenti dans les deux séances précédentes.

A trois heures les bancs de l'assemblée commencent à se remplir peu à peu ; M. Orfila est à son poste, avec un paquet de brochures et de livres devant lui. La séance est ouverte ; la lecture du procès verbal dure près de trois quarts d'heure. En attendant, M. Gerdy paraît dans la salle avec un paquet de pièces imprimées sous le bras; tous les regards se tournent vers lui.

M. Pelletier demande la parole sur le procès-verbal. Je trouve le procès-verbal d'une exactitude parfaite, si ce n'est sur un seul point important qui me concerne, et dont je demande la rectification. Je n'ai pas dit que la carbonisation des matières animales à l'aide du nitrate de potasse fût préférable à celle qu'on pratique avec l'acide sulfurique, d'après le procédé de MM. Danger et Flandin ; j'ai soutenu, au contraire, que ce dernier procédé était meilleur, et par conséquent préférable. Je suis membre de la commission, et je n'ai pas adopté l'opinion de cette commission, qui a donné la préférence à l'incinération avec le nitrate de potasse ; à cause de cela je m'étais refusé à signer le rapport; mais enfin j'ai consenti à le signer, en faisant toutefois mes réserves, comptant bien m'expliquer devant l'Académie. Je soutiens que ce procédé est inférieur à l'autre, et je puis en donner les motifs si l'Académie le désire. (Non, non.)

M. le secrétaire annuel, rédacteur du compte-rendu. Mais je ne vous comprends pas : l'avez-vous dit ?

M. Orfila. On consignera la remarque de M. Pelletier au procès-verbal.

M. le président invite M. Pelletier à rédiger une note sur ce qu'il vient de dire, pour être insérée au procès-verbal.

M. Gerdy. Je demande aussi la parole pour une rectification. On fait parler M. Bussy dans le procès-verbal, autrement qu'il ne l'a fait. Il a dit que c'était sur de simples taches qu'on s'était prononcé dans l'expertise de Tulle, et non sur l'arsenic métallique, qu'on n'a pu ou qu'on n'a pas cherché à produire. Je tiens à ce que cette declaration soit consignée au procès-verbal.

M. Bussy. Oui, sur des taches, mais sur des taches arsenicales, ou qui ont présenté toutes les réactions de l'arsenic.

M. le secrétaire. J'ai dit précisément cela, *taches arsenicales.*

M. Gerdy. Oui, sans doute, taches *présumées* arsenicales, d'après les réactions que M. Bussy vient d'annoncer. Mais c'est là précisément la question ; c'est le système des taches que je vais attaquer aujourd'hui, comme insuffisant en matière d'expertise criminelle, et en m'appuyant de très grandes autorités. Ce que je voulais faire constater, c'est que, de l'aveu de M. Bussy, les experts de Tulle n'ont jugé que d'après les seules taches ; ils n'ont pas obtenu l'arsenic métallique reconnu si indispensable aujourd'hui pour se prononcer.

M. le secrétaire répond encore : J'ai dit : *taches arsenicales.*

M. Gerdy. Il me suffit d'en avoir fait faire la remarque ; il m'est indifférent que la rectification soit ou non consignée au procès-verbal.

Après ces observations, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Orfila a la parole à l'occasion du procès-verbal. Quel que soit le motif qui porte M. Gerdy à prendre si souvent la parole dans le débat d'une question sur laquelle il s'est déclaré incompétent, je suis persuadé qu'il regrettera d'avoir été si mal servi par sa mémoire dans la dernière séance, et d'avoir mis l'erreur à la place de la vérité. Deux mots suffiront pour prouver que M. Gerdy, en parlant de M. Christison, lui a prêté un langage qu il n'a jamais tenu. « La découverte de l'absorption de l'arsenic, a dit M. Gerdy, et du transport du poison dans les organes, n'appartient pas à M. Orfila, puisqu'il y a long-temps que le professeur Marx, d'Allemagne, avait, *au dire de Christison*, cherché et retrouvé l'arsenic dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière des animaux empoisonnés par l'estomac. » Voici le passage textuel de l'ouvrage de Christison :

« Toujours est-il que l'on croit généralement que l'arsenic passe dans le sang. Cependant, personne jusqu'ici n'a pu en constater la présence d'une manière satisfaisante. On assure, il est vrai, qu'il a été découvert dernièrement dans le cours de quelques expériences faites dans ce but par le professeur Fodéré. Chez des personnes qui employaient l'arsenic sous forme de médicament, il obtint deux fois des *indices* de la présence de ce poison dans l'urine ; le nitrate d'argent et l'hydrogène sulfuré y produisant l'un et l'autre un nuage d'un jaune-blanc pâle. Mais les remarques déjà faites sur les erreurs auxquelles ces réactifs peuvent donner lieu, ne permettent pas de tirer quelque conclusion de ce résultat.

» Une remarque faite par le professeur Marx, dans son savant ouvrage sur les poisons, tendrait à faire croire que Emmert avait trouvé l'arsenic dans quelques-uns des tissus mous du corps, car il fait observer, d'après l'autorité de cet expérimentateur, que « des différentes parties d'animaux empoisonnés par l'arsenic, » la moelle épinière seule produit des effets fâcheux sur d'autres » animaux, et que du poison injecté, que l'on ne peut retrouver » même dans les vaisseaux sanguins, a été découvert dans la par» tie postérieure du cerveau et dans la moelle épinière. » Mais il m'a été impossible de trouver dans les Mémoires d'Emmert quelque passage qui aurait pu servir de fondement à cette assertion.

» Chez des chats empoisonnés par l'arsenic, les uns lentement, autres promptement, le docteur Hardegg, *cité par Marx*, ne put, en employant les réactifs liquides de ce poison, le découvrir ni dans le sang, ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière.

» Chez un cheval qui avait pris onze drachmes et demie d'arsenic dans l'espace de 60 heures, et qui mourut 36 heures après la dernière dose, le docteur Schubart ne put, en employant le procédé de Rose, découvrir le poison ni dans le foie, ni dans les poumons, ni dans les muscles, ni dans le cœur, ni dans les reins, ni dans la rate, ni dans le sang, ni dans le cerveau.

» On ne doit pas être *surpris du manque de faits* concluans pour prouver la présence de l'arsenic dans le corps, si l'on considère combien sont petites les quantités de poison qui agissent et combien il est difficile de découvrir dans le sang des quantités aussi minimes. » (Christison, Traité sur les poisons, 2e édition, 1832, p. 263 et 264.)

Ainsi, Marx, à qui on attribue la découverte de l'arsenic, n'a pas fait une seule expérience, et Christison, à qui l'on a fait dire que l'arsenic a été trouvé dans les organes, dit formellement le contraire, et cherche à expliquer pourquoi ce poison n'a pas encore été saisi. Tout ceci n'a pas besoin de commentaire.

M. Dupuy présente quelques remarques étrangères à la question.

M. Gerdy. Vidons tout de suite ceci avant d'aller plus loin. Mon honorable adversaire vient de dire. Quel que soit le motif qui a porté M. Gerdy à prendre une part active dans une question dans laquelle il s'est déclaré lui-même incompétent, etc. Le motif, Messieurs, est clair, patent ; c'est ce rapport par trop laudatif, inconvenant, injuste, dont la lecture m'a frappé, que personne ne discutait, et qu'on allait faire passer sans observations et au détriment de la vérité et de l'honneur de l'Académie. (Murmures.)

M. Emery (d'une voix très forte). M. le président, c'est inconvenant ; l'Académie ne peut toérer un pareil langage.....

M. Gerdy (avec énergie). Qu'est-ce que ces murmures qui paraissent coalisés pour m'interrompre à chaque instant. Dans aucune assemblée on n'a vu un pareil scandale ; on respecte la voix des orateurs, quelle que soit leur divergence d'opinions; jamais je ne viens vous interrompre quand vous parlez ; le président n'a pas besoin d'être régenté par M. Emery ni par aucun autre, et si quelqu'un se permettait de le régenter, il aurait le droit de vous imposer silence, de vous dire : Taisez-vous, vous n'avez pas le droit d'interrompre ; la police de la salle et l'ordre des séances m'appartiennent ! (Mouvement d'approbation.) Je dis donc que les motifs qui m'ont porté à prendre part à cette discussion sont patens, ils m'ont été fournis par le rapport lui-même; je n'y étais nullement préparé. Quant à mon incompétence en chimie, je ne crains pas de l'avouer encore ; mais il est des choses qui sautent aux yeux de tout le monde, il n'est pas besoin d'être chimiste pour les apprécier, du bon sens et de la raison suffisent. M. Orfila prétend que ma citation de Christison relativement au professeur Marx est inexacte ; je la vérifierai, je ne connais pas l'anglais, il est possible que j'aie été égaré. M. Orfila a eu huit jours pour préparer sa réponse; je lui répondrai à mon tour dans huit jours, après avoir fait vérifier le passage dans l'original anglais. Si j'ai été égaré, je l'avouerai ; mais dans tous les cas, je dois déclarer d'avance que cela ne change rien au fond des choses, car là n'est pas la question, il s'agit de choses bien autrement graves, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. Voilà ce que j'avais à dire relativement à ces petits incidens ; j'attendrai que mon tour de parole arrive pour entrer dans le foud de la question.

— Avant de donner la parole aux orateurs inscrits, M. le Président l'accorde à M. Londe comme rapporteur de la section d'hygiène et de médecine légale. M. Londe déclare que la commission propose d'inscrire sur la liste des candidats pour la place vacante dans cette section, les cinq médecins qui se sont présentés.

M. le Président: Je vais donner la parole aux orateurs inscrits sur la question de l'arsenic. M. Emery a la parole.

M. Emery: M. Bouillaud est inscrit avant moi; je n'ai pas demandé la parole.

M. le Président: La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud: Je ne comptais pas prendre la parole dans cette question, par la raison que dans le principe il ne s'agissait que de simples taches obtenues par l'appareil de Marsh. La question était restreinte dans les domaines de la chimie, et je ne devais pas m'engager sur ce terrain ; mais à la dernière séance les choses ont changé de face, la question a pris une toute autre extension, la matière s'est agrandie, et elle est rentrée dans la compétence de tous les hommes qui s'occupent de science ; j'ai dû alors me résoudre à prendre part à la discussion. Je ferai d'abord quelques réflexions sur le rapport. Je dois déclarer que je n'en adopte aucunement la forme ; on a fait une question de personne d'une question de science : c'est une erreur grave qu'a commise M. le rapporteur. M. Caventou a commencé par dire, dans son travail, que la science était parfaitement éclairée sur la question de l'arsenic par les travaux antérieurs à ceux de MM. Danger et Flandin ; je ne partage pas cette manière de voir. Depuis trois ans passés que cette question est agitée devant l'Académie, nous avons suivi attentivement les travaux qui ont été produits ; il ne s'agissait d'abord que du mode d'action de l'arsenic sur l'économie animale, et du traitement qui convînt à cet empoisonnement. C'est la le point de départ de toutes les questions qui sont nées depuis ; on se rappelle avec quelle vivacité cette première question a été débattue ; des expériences ont été faites, des rapports ont été lus, des discussions ont eu lieu ; la question n'est pas encore complétement résolue ; d'autres expériences ont été promises. Donc le rapport a eu tort de dire que la science était parfaitement assise sur la question de l'arsenic, puisqu'il restait encore des problèmes importans à résoudre. En 1839, on a annoncé la découverte de l'arsenic normal ; il y avait de l'arsenic dans le corps de l'homme bien portant ! Des mémoires, des travaux, des articles ont été lus, publiés, et la société a été tenue en éveil, dans une sorte d'étonnement pendant trois années. Etonnante découverte ! de l'arsenic partout ! ! De là des disputes de priorité; et ces disputes en valaient bien la peine, puisqu'il s'agissait d'une découverte si remarquable. Dès lors, l'Académie a été plusieurs fois entretenue sur les conséquences de ce prétendu arsenic normal ; les choses vous ont été présentées de la manière suivante (l'orateur lit quelques passages d'un imprimé) : M. Couerbe avait découvert qu'il se dégageait de l'arsenic pendant la putréfaction des cadavres ; M. Orfila a constaté l'existence de ce métal dans les os frais et dans les muscles, mais non dans les viscères, et il disait qu'il savait, dans les expertises, distinguer cet arsenic normal de l'arsenic ingéré. Mais qu'est-il arrivé ? C'est que cet arsenic normal qui a flotté partout pendant trois années, a fini par disparaître ; on s'était trompé. Et c'est après de pareils événemens tout récens, si palpitans, qui se sont passés sous nos yeux, que M. Caventou est venu vous déclarer que la science était parfaitement assise, sur des bases satisfaisantes pour la justice, concernant la question de l'arsenic ? M. le rapporteur a donc commis une erreur grave, je ne crains pas de le lui dire, malgré la haute opinion que j'ai de son savoir et de son talent, en venant soutenir une pareille thèse devant l'Académie.

J'avoue que j'ai vu avec peine M. Gerdy déclarer, dans la dernière séance, qu'il était seul à défendre la cause de la vérité, que personne n'avait osé prendre la parole sur une question aussi grave. On sait qu'il y a à l'Académie des hommes indépendans, prêts à défendre ce qu'ils croient être la vérité, et si personne n'avait fait écho à M. Gerdy, c'est que la question était d'abord restreinte dans les domaines de la chimie ; aujourd'hui elle est de la compétence de tous les médecins, et rien ne saurait faire taire nos convictions. Je désire par conséquent qu'on connaisse les véritables motifs de notre silence jusqu'alors.

Je reviens à l'arsenic normal. Aujourd'hui donc tout le monde s'accorde sur l'arsenic normal, cet arsenic n'existe plus. Il paraîtrait que M. Orfila avait reconnu le premier ce fait négatif dès le mois d'octobre, qu'il l'avait consigné ensuite dans un paquet cacheté, le 3 novembre et remis à l'Académie. Il paraîtrait aussi qu'en même temps MM. Danger et Flandin, sans connaître les expériences et la découverte négative de M. Orfila, annonçaient le même fait à l'Institut. L'Institut s'est assuré de la réalité de ce résultat. Ainsi, voilà un point essentiel, une question fondamentale sur laquelle on est d'accord : il n'y a plus d'arsenic normal. (L'orateur lit maintenant plusieurs passages du rapport de l'Institut relatifs à la non existence de l'arsenic dans la terre des cimetières et au procédé sur la carbonisation des os.) Ainsi il est curieux d'observer, d'après ce passage, que le même procédé qui avait fait découvrir l'arsenic dans les os, n'en a plus donné en présence de la commission de l'Institut.

Autre chose. M. Bussy vous a dit que, dans l'expertise de Tulle, on avait obtenu des taches tellement abondantes, qu'on avait cessé de les recueillir à la fin comme superflues : mais était-ce des taches arsenicales ? C'est là la question. Je ne veux pas dire par là que ces messieurs auraient mal jugé, je crois même qu'ils ont bien jugé ; mais je déclare que je ne me serais pas cru autorisé à prononcer sur une question aussi grave d'après les seules taches ; je déclare même que les experts ont eu tort de se prononcer sur cette seule donnée. L'Institut en effet a déclaré positivement que les taches sont insuffisantes pour se prononcer dans une question de vie ou de mort, et qu'il faut absolument obtenir l'arsenic métallique. Vous le voyez maintenant : le rapport de l'Académie de médecine est en opposition avec celui de l'Institut. Cette dissidence entre les deux Académies est fâcheuse : il est de la plus haute importance de ne pas agir légèrement. Je crois que l'Académie ne doit pas se prononcer aussi ouvertement que le fait le rapport de M. Caventou, et qu'il faut employer dans ce rapport la plus grande circonspection. J'ajouterai en terminant qu'il serait à désirer que les Cours d'assises ne confiassent pas ces sortes d'expertises aux premiers chimistes venus, quels que fussent leur habileté, leur savoir : il faudrait ne les confier qu'à des hommes habitués à ces sortes d'expériences, brisés pour ainsi dire au travail du laboratoire, et qui occupent un rang élevé dans la science, l'erreur étant facile, comme nous venons de le voir, et l'erreur pouvant entraîner la perte de la vie et de l'honneur d'un innocent. Telles sont les seules remarques que j'avais à soumettre à l'Académie ; l'occasion ne me manquera pas, j'espère, dans la suite de la discussion, pour prendre de nouveau la parole.

M. Caventou monte à la tribune. Je tiens à répondre deux mots à ce qu'il y a de bienveillant dans les paroles de M. Bouillaud. Un premier reproche que M. Bouillaud nous a adressé, c'est que nous avions fait une question de personne d'une question de science. La commission a été forcée de s'occuper des travaux de M. Orfila, de mettre ces travaux en opposition avec ceux de MM. Danger et Flandin, de présenter, en un mot, l'historique de la question ; en conséquence, elle n'a fait que son devoir. Un second reproche, c'est que la commission a dit que l'état de la science était satisfaisant avant le travail de MM. Danger et Flandin ; oui, il était satisfaisant sous le rapport des moyens propres à retrouver l'arsenic dans les questions médico-légales. Les procédés de M. Orfila satisfaisaient en effet aux besoins de la science, et nous n'avions pas besoin de MM. Danger et Flandin pour savoir qu'il existe des pseudo-taches, et des caractères propres à les distinguer des taches véritablement arsenicales. Les reproches de M. Bouillaud ne sont, en conséquence, aucunement fondés.

M. Gerdy. Avant d'entrer en matière, je dois répondre un mot à M. Bouillaud. Je n'ai entendu faire un reproche à qui que ce soit, en disant que j'étais seul contre tous dans cette question ; je n'ai voulu par là que me justifier de la nécessité où je me trouvais de prendre plusieurs fois la parole. M. Orfila, en effet, m'a reproché d'avoir déja parlé plusieurs fois.

M. Orfila. Deux fois.

M. Gerdy. D'avoir parlé deux fois ; mais il le fallait bien, puisque j'ai eu à répondre successivement aux différens orateurs qui avaient parlé dans le sens du rapport. Du reste, si la phrase que j'ai prononcée a pu contribuer à exciter notre honorable collègue, M. Bouillaud, à prendre la parole, je m'en applaudis ; car son brillant discours s'accorde parfaitement avec ma manière de

voir, et j'adopte complètement les idées qu'il vient d'exposer. En voilà assez sur ces petits incidens.

L'Académie est sans doute fatiguée de la longueur de la discussion ; l'importance de la question cependant me fait réclamer encore son attention aujourd'hui. Jamais, depuis sa fondation, elle n'en a eu de plus importante ni d'aussi grave pour l'art et pour elle-même. Deux doctrines médico-légales sont en présence; l'une qui pousse des innocens à l'échafaud, l'autre qui laisse échapper des coupables.

Le rapport, sans le prévoir, oppose, dans l'intérêt de l'un de ses honorables membres, l'Académie de médecine à l'Académie des sciences ; il immole la vérité et deux hommes faibles, à un homme puissant qu'il exalte, ce qui n'est ni noble, ni généreux. On a dit que je me trompais, que tel n'était pas l'esprit du rapport de M. Caventou ; cependant il paraît qu'ailleurs on s'est trompé aussi comme moi. (L'orateur fait ici allusion à l'Académie des sciences.) Non, je ne me trompe pas ; la chose m'a été d'ailleurs avancée par M. le rapporteur lui-même. Le jour de la lecture, j'étais inscrit avant lui pour lire un rapport ; il est venu me demander de lui céder mon tour, parce que, m'a-t-il dit, il était pressé de lire son rapport sur l'arsenic, qui devait contre-balancer celui de l'Institut et en détruire l'effet. (Impression, murmures.)

M. Caventou. Non, je n'ai pas dit cela. (Bruits étourdissans.)

M. Gerdy. Oui, vous me l'avez dit ; il paraît que votre mémoire vous trompe ; vous me l'avez dit, sans cela je ne le répéterais pas. (Murmures.) Je vous prie de ne pas m'interrompre; vous aurez tout le temps de me répondre après. Vous n'étoufferez pas, par vos clameurs préméditées, cette discussion; on doit respecter le droit de la défense, surtout lorsqu'elle est si resserrée. J'ai cédé mon tour de lecture parce qu'on m'a pris par un sentiment de générosité, et j'avoue que je ne m'attendais pas à un pareil rapport.

Arrêtons-nous sur la partialité du rapport d'abord. Je m'étais trompé quand j'avais accusé le rapport de présenter un de nos collégues comme le créateur de la médecine légale ; c'est que je n'avais pas lu le rapport, et je dois déclarer ici que je n'ai pu encore le liredepuis : on me l'a refusé ; c'est un malheur. (Sensation.) Il l'a dit seulement pour la toxicologie ; ce qui est encore déplacé à l'occasion d'un rapport sur l'arsenic. Quoique M. Orfila travaille depuis trente ans sur la matière, au dire du rapporteur, le devoir de la commission était de se borner à comparer les dissidences sur les seuls points contestés. A-t-on jamais fait chose sémblable pour un autre membre ? S'il fallait en faire autant dans chaque question de médecine ou de chirurgie qui se présente à l'Académie, on verrait assurément passer continuellement en revue les travaux de chacun de nous, et des éloges nous seraient à chaque instant deversés à pleines mains, ce qui serait ridicule. N'a-t-il pas été évident pour tous, que l'ami de M. Orfila, rapporteur de la commission, a commis l'imprudence de trop louer notre collègue, et qu'en se chargeant de mettre en évidence tous les travaux de son ami, M. Caventou a empiété sur les devoirs de la commission-monstre, qui seule avait reçu une pareille mission ? Comment, cette commission a reculé devant un pareil travail, et vous, vous vous en êtes chargé gratuitement ? Mais n'est-ce pas de la partialité, que tous des éloges exagérés dont vous l'avez couvert ? M. Orfila cependant vous a dit gravement qu'il était aujourd'hui insensible à des éloges, dans sa cinquante-quatrième année. Il a raison, il n'en a pas besoin ; il n'en fallait pas dans le rapport.

En répondant au reproche de partialité, M. Orfila m'accuse d'un débat personnel ; mais est-ce ma faute ; c'est le rapporteur qui l'a voulu. Il est dit dans le rapport que les lumières fournies par les procédés de M. Orfila suffisaient aux besoins de la science et de la justice. Suivant M. Orfila, l'Institut aurait dit plus que cela en sa faveur, en s'appuyant sur le passage suivant du rapport : « Les procédés donnés par M. Orfila *semblaient satisfaire* dans les recherches de la médecine légale, et leur donner les caractères de précision désirables. » (P. 9.) Tel est le passage du rapport de l'Institut que M. Orfila m'a opposé comme contradictoire, comme accablant ; mais qu'est-ce que ce passage signifie? L'Institut dit : les procédés de M. Orfila *semblaient satisfaire*; donc ils ne suffisaient pas ; en effet, il a fallu en chercher d'autres, et l'Institut n'a rien adopté des inventions de M. Orfila.

L'Institut ajoute, après les phrases précédentes : « Mais un résultat tout à fait inattendu vint *compliquer* singulièrement la question ; MM. Couerbe et Orfila annoncèrent, etc. » Vous le voyez, par conséquent, M. Orfila a dénaturé la valeur des mots de la commission de l'Institut, et le rapport de M. Caventou est tombé dans les mêmes exagérations. On nous dit que la science était faite alors qu'elle était à faire ; qu'elle était bien assise, alors qu'elle était vacillante et entremêlée d'erreurs graves.

Mon honorable adversaire est allé plus loin dans la dernière séance ; il a cherché à déprécier MM. Danger et Flandin, en s'appuyant toujours sur le rapport de l'Institut ; il a prétendu que la onzième conclusion de ce rapport, qui dit :

« Vos commissaires, prenant en considération l'importance de la question, *les efforts* que MM. Danger et Flandin ont faits pour éclairer l'emploi de l'appareil de Marsh, vous proposent de les remercier pour leurs diverses communications »,

Que cela, dis-je, signifiait que ces messieurs n'avaient rien fait, rien ajouté à la science, et qu'ils n'étaient remerciés que pour *des efforts* qu'ils auraient faits pour éclairer, etc. Oh ! Messieurs, il ne faut pas jouer sur des mots, sur des interprétations ridicules, qui sautent aux yeux de tout le monde. Lorsque dans un rapport aussi considérable que celui de l'Institut, MM. Danger et Flandin se trouvent placés les premiers dans toutes les appréciations, c'est que leur travail était le plus important parmi ceux qu'on a présentés sur la matière. Ceux de MM. Lasseigne, Kœppelin et Kampmann, ne sont placés qu'après. On commence toujours par la tête, par le plus essentiel, non par la queue, quand il s'agit de proposer une mesure honorable. En conséquence, l'interprétation de M. Orfila est fausse, perfide, contre MM. Danger et Flandin. D'ailleurs, il suffit d'avoir lu attentivement le rapport de l'Institut pour le voir ; à la page 14, il est dit : « Vos commissaires, tout en reconnaissant que les faits rapportés par MM. Danger et Flandin doivent être pris en *considération sérieuse* dans les recherches médico-légales, etc. »

Vous le voyez, l'Institut déclare que dorénavant l'expert doit tenir compte, prendre en *sérieuse considération* les faits signalés par MM. Danger et Flandin, c'est-à-dire les fausses taches qui avaient été la source de tant d'erreurs déplorables, et c'est en présence de cette déclaration solennelle que M. Orfila est venu torturer en quelque sorte le rapport, jouer sur des mots, et chercher à déprécier le service immense que MM. Danger et Flandin ont rendu à la science, à la justice, à la société. Une pareille conduite ne pouvait manquer de réagir à l'Institut, qui lui-même s'en est plaint hautement dans la séance d'hier. (L'orateur lit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 juillet ce qui concerne la séance de l'Académie des sciences.) Une lettre de MM. Danger et Flandin a donc fait réunir la commission de l'Institut durant la séance même. Il s'agissait donc d'une chose importante, grave? Oui, il s'agissait d'une interprétation torturée, fausse, du rapport. Qu'a décidé la commission ? Elle a déclaré hautement qu'elle avait placé en première ligne l'important travail de MM. Danger et Flandin, et, pour couper court à d'autres interprétations, elle présentera un supplément de rapport. Oui, il s'agissait d'une chose grave, l'Institut en a été blessé, M. Arago s'en est plaint. « Il paraîtrait, a-t-il dit, que le rapport aurait été le sujet d'une interprétation *petite, mesquine* (ce n'est pas moi qui le dis), et qu'on aurait déprécié le travail de MM. Danger et Flandin. » Voyez où conduisent les commentaires singuliers de M. Orfila et les exagérations maladroites de M. Caventou.

Mais ce n'est pas tout. Dans la chaleur de son argumentation, de sa mauvaise humeur, M. Orfila a laissé échapper quelques mots sur ces messieurs, qu'il n'aurait peut-être pas voulu prononcer s'il eût été maître de lui, mais que je dois cependant relever, puisqu'ils me paraissent de la plus haute gravité. Il a dit qu'il avait voulu forcer, entraîner malgré eux, *traquer* MM. Danger et Flandin devant cette barre ; oui, *traquer*, c'est le mot dont vous vous êtes servi. Ceci serait très grave pour un homme haut placé ; je présume que telle n'a pas été l'intention de M. Orfila, et que le mot *traquer* lui est échappé malgré lui.

M. Orfila. Je ne me suis pas servi précisément du mot *traquer*.

M. Gerdy. Tant mieux, j'en suis bien aise ; ce sont mes oreilles qui m'ont trompé ; j'aime mieux que vous ayez dit vous-même que vous n'aviez pas prononcé le mot *traquer* ; car c'est bien assez d'avoir dit que vous les avez, avec préméditation, forcés, entraînés à cette barre ! Passons sur ces tristes circonstances.

Je reviens un instant à la carbonisation sur laquelle M. Orfila s'est longuement expliqué. Je suis forcé encore ici de relever quelques fausses interprétations de M. Orfila, et les exagérations de MM. Orfila et Caventou concernant l'incinération avec le nitrate de potasse. L'orateur lit plusieurs passages du rapport de l'Institut, qui accordent, selon lui, au procédé de MM. Danger et Flandin la supériorité sur le procédé de M. Orfila ; il rapporte en peu de mots les expériences nombreuses et comparatives de ces messieurs, qui prouvent la supériorité de l'acide sulfurique sur l'acide nitrique ; il examine ensuite, en citant les mémoires de l'Académie de médecine, les vacillations, les idées flottantes de M. Orfila concernant la carbonisation ; il passe enfin à l'appréciation du procédé de l'incinération à l'aide du nitrate de potasse adopté par M. Caventou, et, s'appuyant sur l'autorité de MM. Thénard et Pelletier, il en fait voir les inconvéniens et l'infériorité relativement au procédé de MM. Danger et Flandin approuvé par l'Institut. Ainsi donc, dit-il, même sous le point de vue pratique, le rapport de M. Caventou est erroné ; il met l'Académie en opposition avec l'Institut, exalte un procédé défectueux, et déprécie le procédé par l'acide sulfurique qui jusqu'à présent est le seul qui fasse perdre le moins possible d'arsenic dans l'opération. J'ajouterai que ce que je viens de dire, je ne l'ai pas énoncé légèrement ; j'ai voulu voir moi-même opérer ces messieurs ; j'ai consulté plusieurs chimistes très habiles, et tous ont été unanimes sur la supériorité du procédé que je défends et que l'Institut a sanctionné.

Je me hâte d'arriver à l'arsenic normal. Ici, Messieurs, j'aurai des réflexions beaucoup plus graves encore à vous soumettre. « Il faut en finir, a dit M. Orfila, avec l'arsenic normal ; M. Couerbe l'a découvert ; je l'ai adopté, je suis trop honnête homme pour le nier. »

Est-ce à moi que M. Orfila adresse ces derniers mots ! Est-ce que j'ai jamais dit qu'il n'était pas honnête homme ! Je n'ai jamais mis en doute sa probité ; ainsi, passons là dessus ; cette espèce de reproche ne peut m'être adressé, puisque je n'ai pas touché à son honnêteté, à sa probité.

Notre honorable collégue vous a dit que dès le mois d'octobre il avait conçu des doutes sur l'existence de l'arsenic normal ; il a consigné ces doutes, ici, le 3 novembre 1840, dans le paquet cacheté qui vous a été lu. Chose singulière, le 3 novembre il a déposé ici le paquet cacheté sur la non-existence de l'arsenic normal, et pourtant le 12 décembre, un mois ou six semaines après, il écrivait dans plusieurs de ses ouvrages que l'arsenic normal existe. Voici ce que M. Orfila écrivait dans *l'Esculape* du 12 décembre, en réponse à la brochure de M. Raspail : « A cela M. Orfila répond qu'il n'a fait qu'exprimer une vérité en disant qu'il est reconnu aujourd'hui *par ses expériences* qu'il existe naturellement dans le corps de l'homme une infiniment petite quantité d'arsenic. On sait, en effet, que si M. Couerbe a annoncé le premier qu'il lui semblait qu'il se développe de l'arsenic pendant la putréfaction, il n'a jamais rien publié avant M. Orfila qui pût faire croire à l'existence de l'arsenic dans les corps non putréfiés. »

Et un peu plus loin, M. Orfila ajoute, toujours le 12 décembre : « Enfin, M. Orfila est tellement peu revenu de son erreur, et il est tellement éloigné de soutenir que dans un cas d'empoisonnement les muscles ne contiennent pas d'arsenic, qu'il persiste plus que jamais à dire que la chair musculaire de bœuf, avec laquelle on prépare journellement le bouillon, renferme une matière arsenicale ; il persiste, parce que c'est la vérité. »

Ces mêmes idées se trouvent reproduites par M. Orfila dans une brochure que voici, publiée dans le même mois de décembre, et dans un almanach qui a paru au mois de janvier 1841.

N'est-ce pas étrange qu'une pareille conduite ? le 3 novembre, M. Orfila disait ici, dans son paquet : Il n'y a pas d'arsenic ; six semaines ou deux mois après, il disait ailleurs : Il y a de l'arsenic, la priorité de la découverte m'appartient. Ici il disait oui, là il disait non ; ici blanc, là noir !!! J'avoue que je n'y comprends rien ; je me perds dans un pareil océan de contradictions.

M. Orfila. Je demande la parole.

M. Gerdy. Vous avez entendu M. Orfila vous dire que la commission de l'Institut avait appris dans ses expériences la non existence de l'arsenic normal, et il a cherché à établir pour lui la priorité de cette découverte négative. Eh bien, entendez le rapport de l'Institut : « Sur ces entrefaites, dit-il, MM. Danger et Flandin ayant annoncé à l'Académie qu'ils n'avaient pas trouvé d'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal, vos commissaires ont prié ces messieurs de répéter, sous leurs yeux, l'expérience décrite dans leur mémoire, en changeant seulement un peu la disposition de l'appareil, etc. (Suivent les expériences.) » L'Institut rend justice pleine et entière à MM. Danger et Flandin ; il reçoit et reconnaît leur communication comme nouvelle, il ne s'occupe nullement de M. Orfila, constate avec eux le fait négatif qu'ils lui ont démontré péremptoirement dans leurs expériences en vases clos, et proclament le fait en leur faveur. Ainsi s'est trouvée ruinée la doctrine de l'arsenic normal ; oui, elle a été ruinée, et cet honneur appartient à MM. Danger et Flandin, quoiqu'en dise M. Orfila.

La commission de l'Institut a été, est vrai, auprès de M. Orfila lui demander la preuve de l'existence de l'arsenic normal qu'il avait soutenue dans ses mémoires. Qu'en est-il résulté? C'est que M. Orfila n'en a pas trouvé, et que le procédé à l'aide duquel il le cherchait était si défectueux, que s'il en existait réellement, il n'aurait pu en trouver.. L'Institut l'a dit très clairement ; voici ses propres paroles : « Le résultat négatif obtenu dans trois expériences par M. Orfila lui-même, ne nous permettait cependant pas de conclure à l'absence de l'arsenic dans les os de l'homme. On sait, en effet, que les acides arsénieux et arsénique sont facilement décomposés à la chaleur rouge par le charbon, même lorsque ces acides sont en combinaison avec une base forte, comme la chaux : *il était par conséquent très peu probable que l'arsenic, s'il existait dans les os, ne se fût pas dégagé pendant la carbonisation.* Mais ces expériences étaient très importantes à nos yeux, parce qu'elles étaient faites exactement par le même procédé que celles d'après lesquelles on avait conclu à l'existence de l'arsenic. »

Ainsi, il est bien clair que si l'arsenic eût existé dans les os, le procédé de M. Orfila n'aurait pu le découvrir, puisqu'en faisant *griller* des os sur un grand feu M. Orfila laisserait échapper l'arsenic ; et la commission a été si étonnée de cette manière de faire, qu'elle a mis, à l'insu de M. Orfila, de l'arséniate de chaux dans une des expériences, et que M. Orfila n'a pas trouvé d'arsenic à l'appareil de Marsh. (Mouvemens divers.) En conséquence, rien ne revient à M. Orfila dans tous les progrès récens concernant la question de l'arsenic normal, et il reste bien prouvé que tout l'honneur du renversement de la doctrine de M. Orfila revient à MM. Danger et Flandin, dont les expériences ont été seules reconnues bonnes et concluantes.

Il m'importe, à présent, de revenir aux taches et à leurs conséquences ; car c'est là le point le plus important du rapport de M. Caventou, et sur lequel mes adversaires ont le plus insisté dans la dernière séance. J'avoue que je comprends à peine comment M. Caventou a pu dire que MM. Danger et Flandin n'avaient pu produire leurs pseudo-taches devant la commission, eux qui les ont analysées, étudiées, décrites, reproduites sous les yeux de l'Institut et en présence de plusieurs d'entre nous. Cet énoncé m'a étonné tellement que j'ai relu le rapport de l'Institut, et pourtant j'y ai trouvé (p. 14) que ces pseudo-taches avaient été produites à volonté ; j'ai enfin demandé des explications à MM. Danger et Flandin eux-mêmes, et ils m'ont déclaré que c'était un oubli de la part de M. Caventou, qu'ils avaient produit leurs taches, et que les procès-verbaux de leurs expériences faites en présence de la commission de l'Académie de médecine étaient là pour prouver l'oubli de M. le rapporteur ; j'ai eu donc recours aux procès-verbaux, qu'heureusement on m'a permis de consulter, et je trouve effectivement que ces messieurs avaient raison, que c'était par oubli que M. Caventou avait pu dire une pareille chose. Voici les détails que j'ai extraits de plusieurs de ces procès-verbaux (L'orateur lit ces détails).

Il est donc bien démontré que ces messieurs ont produit, avec de la chair non empoisonnée, des taches abondantes ayant toutes les apparences des taches obtenues avec de la chair empoisonnée, tellement que je lis dans un des procès-verbaux signés par plusieurs commissaires, que ces messieurs (les commissaires) ont déclaré qu'ils auraient volontiers caractérisé ces pseudo-taches pour arsenicales dans une simple question scientifique, mais qu'ils exigeraient d'autres preuves pour les juger telles dans une expertise criminelle.

Vous le voyez donc, les pseudo-taches existent, elles ont été produites, elles offrent quelquefois une ressemblance frappante avec les taches arsenicales ; elles peuvent tromper ; cela n'est plus douteux maintenant. Cependant M. Orfila et notre rapporteur ne veulent pas qu'elles trompent même des chimistes peu habitués à ce genre de recherches ; et pourtant l'Institut a dit formellement que les faits de MM. Danger et Flandin devaient être pris en *sérieuse considération*, et il ajoute en outre qu'il ne faut pas se fier aux seules taches dans les expertises.

Dans le compte-rendu de l'Institut, publié hier sur la séance du 12 courant, M. Regnault déclare formellement, au nom de la commission, que le système des taches doit être proscrit devant la justice, et qu'il faut que dorénavant l'expert présente l'arsenic métallique pour pouvoir affirmer l'existence du poison. Pourquoi ne faut-il pas se fier au système des taches dans les expertises criminelles ? C'est évident, c'est qu'elles peuvent tromper. Oui, elles peuvent tromper, même les hommes les plus exercés et faire croire à l'existence de l'arsenic là où il n'y en a pas un seul atome. Sans doute que cette proscription du système des taches, cette rigoureuse condition de la production de l'arsenic métal, en quantité suffisante pour juger clairement de sa nature, expose à l'inconvénient de laisser échapper quelque coupable ; mais cet inconvénient est incomparablement moindre que celui du système des taches qui expose à faire condamner des innocens. Ceci est conforme à l'ancien adage de médecine légale adopté par toutes les nations, et ce serait ébranler la tranquillité publique, que de suivre la doctrine médico-légale que je combats.

Je vais vous démontrer avec plus de détails encore les dangers de la malheureuse doctrine des taches adoptée par notre honorable collègue.

M. Orfila établit, dans ses mémoires que voici, que les taches sont arsenicales lorsqu'elles présentent les cinq caractères suivans : 1° le miroitement ; 2° la volatilité ; 3° la solubilité dans l'acide nitrique ; 4° la coloration rouge-brique au nitrate d'argent ; 5° la conversion en sulfure d'arsenic. Il ajoute que les quatre premiers suffisent et puis après il conclut que les trois premiers caractères peuvent suffire (*v.* Mém. de l'Acad., t. VIII, p. 408; Bulletin de l'Acad., t. V, p. 470). Les trois premiers caractères suffisent donc à M. Orfila pour faire tomber une tête. Or, c'est là, Messieurs, qu'est la mauvaise doctrine, la doctrine dangereuse que MM. Danger et Flandin ont combattue en rétablissant l'ancien principe de toxicologie, qui veut que l'expert produise le poison-métal pour fonder son affirmation, doctrine que l'Institut vient de condamner, et que vous ne pouvez aucunement adopter. On crie, on murmure, en disant, mais vous n'êtes pas chimiste, pour juger de pareilles questions. On n'a pas réfléchi que du bon sens et de la raison suffisent pour apprécier de pareils résultats.

Suivant MM. Orfila et Bussy, les taches ne sont autre chose que de l'arsenic sous une certaine forme, et seraient aussi convaincantes que l'anneau métallique. (*V.* Mém. de l'Acad., p. 482, note 1.) Je le demande à ces messieurs, pourquoi donc l'Institut ne partage-t-il pas cette opinion, et a-t-il, au contraire, proscrit comme insuffisant le système des taches ? Probablement parce que le produit n'est ni pondérable, ni mesurable, et que ce n'est pas là un corps isolé manifestement qu'on puisse bien étudier. M. Thénard m'a assuré que les taches étaient insuffisantes en justice, parce qu'elles ne donnaient pas la preuve certaine de

l'arsenic, et ne pouvaient tout au plus être considérées que comme une simple indication.

La société, la justice seraient mal servies par la science, la science elle-même manquerait à sa mission si elle les égarait; elles auraient droit de s'en alarmer. Quel malheur épouvantable, en effet, si, par votre doctrine des taches, vous faisiez tomber la tête d'un innocent? Vainement on dit avoir demandé et extrait l'anneau métallique en théorie, si on ne l'a pas fait en pratique; avoir recommandé la prudence, si l'on a été téméraire! Lorsqu'on a autorisé à conclure par son exemple sur de simples taches, on a commis une faute grave; lorsqu'on n'a exigé de ces taches que quatre caractères, et même trois au besoin, on a commis une faute plus terrible encore, car il n'est pas de tête innocente qui ne puisse tomber à ces conditions. Effectivement, M. Orfila, malgré sa grande habitude et les dix mille expériences qu'il a faites, a été trompé lui-même par sa doctrine des taches. Voici ses mémoires: voyez ces vingt expériences sur l'arsenic normal; partout l'arsenic pleuvait entre ses mains: il en trouvait dans les os de l'homme, des animaux, du chien, du mouton, du bœuf, du cheval, de l'âne, dans la terre des cimetières, dans le bouillon, dans le blé, dans les muscles; partout ces malheureuses taches le poursuivaient, partout il déterrait de l'arsenic. A dire vrai, M. Orfila n'a pas toujours employé les réactions pour juger la nature des taches qu'il obtenait. (Acad., t. VIII, p. 468, 14e exp.; p. 590, 15e exp.) Et voyant que l'arsenic jaillissait partout sous sa main, il ne lui est pas venu à l'esprit de soupçonner la nature des taches qu'il obtenait: il s'est seulement défié de ses réactifs, des vases, et jamais des taches. (Ibid., pag. 470, 71, 91.) Il est prouvé aujourd'hui que M. Orfila s'est trompé dans ces vingt expériences, et qu'il a trouvé vingt fois de l'arsenic là où il n'y en avait pas un atome.

Quelle est la cause de cette erreur? MM. Danger et Flandin l'attribuent aux taches, M. Orfila n'ayant conclu que d'après elles. Donc ce sont ces taches, ces malheureuses taches qui l'ont trompé, ainsi que je le disais tout à l'heure. Donc le système de M. Orfila est faux, trompeur; l'Institut l'a proscrit avec raison; vous manqueriez à votre devoir si vous l'approuviez aujourd'hui en adoptant le rapport. M. Orfila ne veut pas en convenir, je le sais bien; il dit seulement qu'il ne peut s'expliquer son erreur, et il assure qu'il n'a pas été trompé par les taches parce qu'il ne peut les reproduire; c'est qu'il opère autrement. Quoi qu'il en soit, voulez-vous apprécier combien la doctrine que je combats est dangereuse? Supposez que dans tous les vingt cas où M. Orfila a cru à l'arsenic normal, c'eût été des empoisonnemens, des affaires criminelles soupçonnées, il aurait conclu à l'empoisonnement, et vingt têtes innocentes auraient roulé sur l'échafaud!!!

M. Caventou rit.

M. Gerdy. Ah! vous riez, M. Caventou; vous êtes le seul qui ayez ce courage dans une affaire aussi sérieuse!! La doctrine des taches est donc mauvaise, aveugle dans ses jugemens, meurtrière et effrayable par ses effets; vous ne pouvez l'approuver sans suicider l'Académie. Que répondrions-nous aux accusations d'ignorance, de servilisme, quand nous aurions contre nous l'Institut, le public, la presse? La dernière heure de l'Académie aurait sonné!! Qu'est-ce que le ministre pourrait faire d'un corps déshonoré, inutile?

Je me résume: 1° Vous avez à choisir entre deux doctrines, l'une qui peut laisser échapper un coupable, l'autre qui déshonore et tue les innocens; la première vous met en opposition avec *l'Institut* et immole le faible au fort, ce qui est peu généreux. 2° Si le rapport eût été impartial, il ne discuterait que le point contesté, au lieu de se livrer à une apologie étrangère au sujet. M. Orfila s'est trompé, en m'attribuant la personnalité du débat. L'Institut, en disant que les travaux *semblaient* suffire à la toxicologie, n'a pas dit, comme M. Caventou, qu'ils suffisaient. En remerciant MM. Danger et Flandin, et en les citant les premiers, l'Institut leur a rendu justice. M. Orfila n'a pu les forcer, les *traquer*, c'eût été injuste, peu généreux et peu honorable pour lui et pour nous; aussi leur devrions-nous une réparation éclatante. 3° Quant à la carbonisation, l'Institut préfère le procédé à l'acide sulfurique de MM. Danger et Flandin, ainsi que leur incinération. 4° Leur appareil à dégagement d'hydrogène est bon, ingénieux, exact et supérieur à celui de M. Orfila. 5° Quant à l'arsenic normal, ce n'est pas l'Institut qui a détruit cette doctrine, ce sont MM. Danger et Flandin qui l'ont fait sous les yeux de la commission. M. Orfila avait à cet égard deux doctrines; il disait *non* ici, *oui* ailleurs. Ses expériences n'auraient pu démontrer l'arsenic lors même qu'il aurait existé. 6° Quant aux taches, elles pouvaient tromper avant la rectification de l'Institut; elles tromperaient peut-être encore les chimistes peu exercés; du moins l'Institut dit que l'avertissement de MM. Danger et Flandin mérite une sérieuse considération, et qu'on ne doit pas prononcer sur des taches. M. Orfila veut, au contraire, qu'on prononce sur quatre et même sur trois caractères, et il s'est trompé sur les os de l'homme et des bêtes dans vingt expériences; s'il se fût agi d'autant d'affaires criminelles, il aurait prononcé comme dans l'affaire Rigal, et plus de vingt têtes innocentes auraient roulé de l'échafaud! Si c'est là la doctrine que vous voulez couvrir de votre manteau, votez!!!!

M. Orfila. M. Gerdy vient de répéter à peu près ce qu'il avait dit dans les deux séances précédentes; aussi ne répondrai-je pas à tous les points qu'il a traités, pour ne pas m'exposer à des redites qui fatigueraient l'Académie. Pour ce qui est relatif à l'arsenic normal, c'est à tort que M. Gerdy s'obstine à nier que ce soit dans mon laboratoire que MM. les commissaires de l'Institut aient constaté pour la première fois que les os n'en fournissaient pas; qu'il lise au bas de la page 1092 des comptes-rendus de la séance du 14 juin, et il trouvera la preuve de ce que j'avance. Les expériences dont il y est fait mention remontent à la fin d'octobre 1840, c'est-à-dire à une époque antérieure de deux mois à celles de MM. Flandin et Danger. Faudrait-il donc répéter encore que les taches obtenues avec des os, en 1839, étaient véritablement arsenicales? J'ai affirmé qu'elles en offraient tous les caractères chimiques; il est aisé de prouver d'ailleurs qu'elles n'étaient pas formées par la matière indiquée par MM. Flandin et Danger; car, s'il en était ainsi, on devrait faire aussi bien ces taches aujourd'hui qu'autrefois, en suivant le même procédé que l'on employait alors; or, on n'obtient rien, comme l'a parfaitement établi le rapport de l'Institut dans les passages que j'ai cités à la dernière séance du 6 de ce mois. Evidemment, si ces taches étaient dues à la formation de sels ammoniacaux pendant l'action de l'acide sulfurique, on devrait les produire à volonté, en agissant de même, et cela n'est pas.

Si dans un écrit, dont M. Gerdy vient de lire quelques passages, et qui parut en décembre 1840, il est dit qu'il existe une minime quantité d'arsenic dans l'homme, quoique j'eusse déposé à l'Académie, dès le 3 novembre, une note portant que je ne trouvais plus d'arsenic dans certains de nos tissus, cela tient à ce que cette réponse fut imprimée vers le milieu d'octobre. Nous ne voulions faire paraître cet écrit qu'après le jugement de la cour de cassation sur l'affaire de Tulle; mais nous désirions le livrer au public le lendemain du jour que ce jugement aurait été porté; tout était donc préparé long-temps d'avance, et c'est par oubli que l'on ne changea pas le paragraphe auquel M. Gerdy fait allusion. Il n'est donc pas juste de dire que je soutenais publiquement qu'il y avait de l'arsenic dans le corps de l'homme, six semaines après avoir déposé à l'Académie la note dans laquelle j'avançais ne plus pouvoir extraire ce corps.

A propos du même arsenic normal, M. Gerdy prétend que par les procédés que j'employais il n'eût pas été possible de retirer des os l'arsenic qu'ils auraient renfermés, alors même qu'ils en auraient contenu, et il s'appuie sur des expériences faites par la commission de l'Institut. On a mélangé, dit il, de l'acide arsenieux avec des os, on a traité par votre procédé et l'on n'a pas trouvé d'arsenic. Ma réponse sera péremptoire. On lit dans le rapport de l'Institut, expérience 30e, page 1103: « On a ajouté à 500 grammes d'os, deux milligrammes d'acide arsenieux, et on les a soumis au même traitement. Les liqueurs ont donné des taches arsenicales nombreuses. » M. Gerdy me blâme aussi de ne pas avoir dit, en rapportant mes expériences, que j'avais constaté chaque fois par les réactifs que des taches que je disais arsenicales l'étaient en effet. Mais fallait-il toujours répéter ces mots: je me suis assuré de la nature arsenicale de ces taches, en les volatilisant, en les dissolvant dans l'acide azotique, et en les traitant par l'azotate d'argent et par l'acide sulfhydrique. Ces répétitions eussent été fastidieuses et inutiles. Voyez si M. Regnault s'exprime autrement que moi; lisez les détails de toutes les expériences de la commission de l'Institut, à commencer par la 30e que je viens de citer, et vous ne trouverez que ces mots: *les liqueurs ont donné des taches arsenicales.*

M. Gerdy s'appuie sur une nouvelle note lue dans la séance du 12 de ce mois par le rapporteur de la commission de l'Institut dans laquelle, dit-il, les taches sont proscrites. A cet égard, je répéterai ce que j'ai déjà dit: dès l'année 1839, j'ai insisté dans mes écrits, comme je l'ai toujours fait depuis, sur l'utilité qu'il y avait à obtenir à la fois des taches arsenicales et un anneau d'arsenic métallique; j'ai déjà lu et je vais relire encore le passage du Bulletin de l'Académie du mois de février 1839, dans lequel je prescris formellement aux experts d'agir ainsi: j'ai fait plus, j'ai indiqué le procédé à l'aide duquel on recueille des lamelles d'arsenic en employant la porcelaine conseillée par M. Chevallier; ainsi il n'est pas vrai que n'ai jamais parlé de cet anneau ou de l'arsenic recueilli dans le tube.

Mais, Messieurs, c'est étrangement s'abuser que de croire que ces taches sont autre chose que de l'arsenic métallique: c'est en effet de l'arsenic sous une forme sous laquelle il n'avait pas été vu avant 1836. Que l'on proscrive ces taches, en tant que l'on se bornerait à les regarder et à s'en tenir là, je le conçois; mais que l'on dise qu'elles n'ont aucune valeur quand on les a soumises à l'action des réactifs, et que l'on a prouvé qu'elles offraient tous les caractères chimiques de l'arsenic, cela n'est pas admissible; et je pourrais citer bien des passages des rapports de l'Institut où cette doctrine est consacrée. Or, j'ai toujours dit qu'il fallait s'assurer de la nature arsenicale de ces taches. Voici comment s'exprime M. Regnault à cet égard: « M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches observées; l'expert ne devra jamais dire qu'elles sont arsenicales s'il ne leur a pas reconnu les caractères de volatilité et du précipité rouge-brique avec le nitrate d'argent. »

On se trompe si l'on croit que l'expert puisse conclure à l'existence d'un empoisonnement, par cela seul qu'il a obtenu de l'arsenic sous forme de taches ou d'anneau; ce n'est là qu'un des élémens de l'affaire, parce que l'arsenic obtenu aurait pu être ingéré comme médicament ou placé sur une partie du cadavre après coup. Le médecin expert n'affirme qu'il y a eu empoisonnement que lorsque les symptômes observés pendant la maladie et les lésions constatées après la mort établissent qu'il y a eu en réalité action délétère. Afin d'être mieux compris, je citerai un exemple: Un individu, jusqu'alors bien portant, est tout à coup en proie à des accidens graves après avoir mangé un potage; il vomit abondamment et à plusieurs reprises, il a des selles nombreuses, il éprouve des syncopes, de fortes convulsions, etc. Ces symptômes persistent ou se reproduisent souvent pendant 24 ou 36 heures; la mort survient, et à l'ouverture du cadavre, on constate dans le canal digestif des altérations remarquables, une vive inflammation, des ecchymoses, des eschares, etc. D'un autre côté, l'analyse chimique démontre qu'il y a de l'arsenic dans le canal digestif ou dans les matières vomies, ou dans les viscères, tels que le foie, la rate. On conclut de l'ensemble de ces données, que l'individu est mort empoisonné par l'arsenic.

C'est ainsi que j'ai toujours agi dans les affaires médico-légales pour lesquelles j'ai été requis. Je n'ai jamais dit qu'il y eût eu empoisonnement par cela seul que j'avais retiré de l'arsenic. J'ai constamment appuyé mes conclusions à la fois sur l'analyse chimique et sur les élémens pathologiques. Quand ceux-ci manquaient, je me bornais à dire: *Il existe ou il n'existe pas d'arsenic.* Dans l'affaire de Tulle, par exemple, nous étions interrogés seulement sur ce point: *le corps de Laffarge contient-il ou non de l'arsenic?* Je me suis borné à répondre: Il existe de l'arsenic dans le corps de Laffarge, mais je n'ai pas dit qu'il y eût eu empoisonnement; je prends à témoin MM. Bussy et Ollivier (d'Angers) qui attesteront l'exactitude de ce fait, que l'on n'a pas craint de dénaturer. Si la question m'eût été posée en d'autres termes; si l'on m'eût demandé: *Laffarge est il mort empoisonné?* J'aurais vu ce que j'avais à dire en combinant les résultats de l'analyse chimique avec ceux qui avaient précédé la mort et avec les altérations de tissus constatées à l'ouverture du corps.

M. Caventou. Nous n'avons pas à répondre à M. Gerdy sur ce qu'il vient de dire de l'arsenic normal; la commission n'avait pas à s'en occuper. M. Gerdy n'a, du reste, fait que répéter en d'autres termes ce qu'il avait dit dans la précédente séance. (On demande la clôture.)

M. Adelon: Je vois avec regret qu'on cherche à opposer l'Institut à l'Académie; M. Gerdy vient d'émettre des opinions contraires à la vérité et qu'on ne peut laisser passer sans réponse. Je demande que la discussion générale soit continuée à la prochaine séance. (Adopté.)

HOTEL-DIEU ANNEXE. — M. Legroux.

Plusieurs cas de fièvre entéro-mésentérite. Quelques mots sur la nature de cette affection et le traitement qu'elle réclame.

Première observation. — *Entéro-mésentérite assez légère; faiblesse assez grande. Dévoiement abondant. Fièvre de* 85 à 92.

Constant, âgé de vingt ans, commis drapier, né à Elbœuf (Seine-Inférieure); à Paris depuis un mois; demeurant rue Cadet, au deuxième; sa chambre est bien disposée. Cheveux châtains, peau fine, teint habituellement pâle; constitution de force moyenne. A l'âge de dix ans, il a eu des attaques de nerfs qui ont duré deux ans. Malade depuis le 15 janvier, il est pris de douleurs dans les membres, le dos, le bas des reins. Pas de céphalalgie, de dévoiement, de fièvre pendant quatre jours. Le cinquième jour il vomit son dîner, se sent très faible; un peu de fièvre, de mal de tête périorbitaire; ventre dur et douloureux; soif vive; il est alité depuis ce jour. Le sixième jour, trois selles en dévoiement; depuis lors, les symptômes continuent. Avant-hier, treizième jour, épistaxis. Application de 15 sangsues à l'épigastre, parce qu'il avait souvent envie de vomir. Un peu de soulagement dans la soirée. La faiblesse a toujours augmenté; le dévoiement était continu, trois à quatre selles par jour; chaleur très forte, jamais de sueur. Trop faible pour être venu à pied.

30 janvier au soir. Décubitus indifférent; se dit bien faible. L'expression de la physionomie n'est pas très abattue; figure animée, céphalalgie sus-orbitaire; yeux langoureux, brillans; langue d'un rouge vif à ses bords et à la pointe, villeuse, blanche et sèche au milieu; bouche amère, soif vive; pas d'appétit; ventre réniteut, peu développé; douleur à l'épigastre et dans la région iléo-cœcale. Six selles depuis hier. Pas de taches, pas de nausées; urines faciles. Pas de toux, cœur normal, peau un peu chaude; pouls large, plein, assez mou, *bis feriens*; pas de sommeil. Saignée de 2 palettes et demie; couenne légère, caillot peu ferme.

31. Se trouve un peu mieux; figure moins animée, teint plus clair, peu de céphalalgie, un peu de sommeil; langue, même état à peu près; ventre moins douloureux, pas de dévoiement; pouls à 84. Saignée de 2 palettes et demie; 3 pots de tisane; lavement; diète.

1er février. Se trouve comme hier. Pas de selles, ventre non douloureux; langue encore blanche; pas de céphalalgie; un peu de sommeil. 2 pots de tisane; demi-lavement; diète. Sang comme hier.

2. Ne se trouve pas mieux; a mal à la gorge; 2 à 3 selles; pas de mal de ventre; figure toujours injectée; pouls à 92; un peu de rougeur à la gorge. Tisane, 2 pots; cataplasme; demi-lavem.; diète.

3. Va bien. Langue moins chargée; pouls 92; pas [illegible] dévoiement. Diète.

4. Se trouvait mal hier soir; va bien ce mat[illegible] uriné dans son lit. Pouls 92, peau un peu chaude; [illegible] assez bonne; langue blanche, humide; deux selles. 2 p[illegible] de tisane; lav.; catapl.; diète.

5. Un épistaxis. Se trouve bien. Pas de dévoiement, ventre indolent, figure assez bonne, langue blanche, a sué un peu; peau cependant un peu sèche; yeux brillans. Il a faim. 2 pots de tisane; demi-lavement; bouillon coupé.

6. Il ne va pas mal. Pas de dévoiement.

10. La langue est couverte de plaques blanches sur les bords, rouges foncées au milieu. Va bien.

12. Il va bien; même état de la langue. Mauve sucrée; looch blanc; quelques cuillerées de potage.

13. Les plaques s'étendent sur la langue et le palais; pas de dévoiement; appétit. Mauv. suc.; loock bl.; deux bouillons; un potage; alun sur la langue.

14. Ne va pas mal. Deux bouillons; un potage.

16. Très bien; pas de dévoiement; langue moins rouge, plaques moins abondantes; pouls à 80. Mauv. suc.; looch bl.; deux bouillons, une soupe.

17. Les plaques ont augmenté; il y a des aphthes sur la langue; la rougeur n'est pas vive. Se trouve bien.

18. On vient le chercher demain.

19. Il est bien, et s'en va.

Deuxième observation. — *Entéro-mésentérite assez légère. Faiblesse assez considérable. Dévoiement. Fièvre* (88-93). *Bronchite aiguë. Pleuro-pneumonie intercurrente.*

Eugène S., vingt-ans, né à Saint-Lô (Manche), coiffeur, demeurant rue des Bons-Enfans, à Paris depuis quatre ans; cheveux blonds, peau fine, teint ordinairement animé, constitution de force moyenne, santé habituellement très bonne; malade depuis le 22 janvier, après avoir passé plusieurs nuits à travailler; il n'a pas eu de mal de tête d'abord, ni de faiblesse, il conserva un peu d'appétit; soif vive; ne se rappelle pas s'il a eu de la fièvre; dort bien la nuit.

Le lendemain, rhume assez violent, sans gêne de la respiration, ni de douleur; pas de crachats de sang, ils sont blancs; fièvre depuis ce temps. Il s'alite dès le premier jour: la faiblesse, la fièvre, le mal de tête surviennent et continuent les jours suivans; depuis deux jours seulement, dévoiement (3 à 4 selles par jour); fièvre augmentée, mal de ventre à la région hypogastrique lorsqu'il toussait; il est venu en voiture, étant trop faible pour venir à pied. Il n'a pas sué depuis qu'il est malade. Tis. viol.

26 au soir. Décubitus indifférent, faiblesse notable,

mais peu empreinte sur la physionomie ; étourdissemens quand il est debout ; pas de céphalalgie depuis ce matin, pas de sommeil depuis deux jours à cause de la toux; teint animé, figure colorée, bouche amère, soif peu vive, pas d'appétit, langue blanche, peu humide, légèrement rouge sur les bords ; un vomissement le matin pendant un éternuement et une quinte de toux ; ventre très sensible à la pression à l'épigastre et autour de l'ombilic ; gargouillement léger dans la fosse iliaque droite ; 2 selles depuis ce matin ; urines faciles. Du côté de la poitrine, toux fréquente, quinteuse ; pas de crachats ; pas de douleur de côté ; respiration très peu gênée ; à droite, le bruit respiratoire est un peu plus faible qu'à gauche ; partout il est pur ; sonorité égale et bonne. Rien au cœur. Pouls 88-92, assez petit ; peau d'une bonne chaleur ; pas de sueur.

27. Pouls 84, soif assez vive, bouche amère, langue blanche, villeuse au milieu, rouge sur les bords ; 1 selle ; ventre sensible ; pas de céphalalgie. 2 pots tis., catap., lavem., 25 sangs. à l'anus.

28. Se trouve assez bien, se dit faible parce qu'il ne mange pas ; pas d'expression de grand abattement ; figure animée ; air un peu indifférent ; ventre moins douloureux ; 1 selle en dévoiement ; pouls 84, peu fort, petit ; peau peu chaude. 2 pots de tisane, catap., demi-lait, diète.

29. Assez bien ; pas d'appétit, langue un peu moins foncée ; pas de douleur de ventre, taches faibles ; 3 selles ; il a assez bien dormi ; pas de céphalalgie ; physionomie bonne ; pouls 92.

30. Un épistaxis ; langue jaunâtre ; le nombre des taches augmenté, ventre un peu ballonné ; 1 selle ; rhume assez fort ; pas de sommeil ; pouls 84. 2 pots de tis., demi-lait, cat., diète.

31. Va bien ; mêmes taches ; épistaxis. Hier 3 selles, ventre un peu tendu ; enrouement considérable ; pas de céphalalgie ni de somnolence ; peau d'une bonne chaleur ; pouls 96, assez petit. 2 pots tis., cat., diète.

1er février. Encore bien ; 1 selle ; la langue se nétoie et est humide. Looch, cat., bouil. coupé.

2. Id. 2 bouil. coupés.

3. 1 selle ; larges taches sur le ventre ; va bien ; pouls 80 ; peau fraîche ; pas de céphalalgie. Gomme, loochs, 2 bouil.

4. Va bien. 1 selle ; taches nombreuses ; teint pâle ; pouls 80-84. Il est toujours bien enroué. 2 bouil., 1 potage.

5. La langue se nétoie ; pas de fièvre, pas de dévoiement. 2 bouil., 2 potages.

6. Très bien ; langue à peu près nette ; pouls 92 faible ; pas de dévoiement. Il a faim. Gomme, loochs, 2 potages, quart de vin.

7. Il va bien. Le quart d'alimens ; pas de dévoiement.

8-9. Bien, toujours enroué, voix éteinte.

10. Id. ; pédiluve, quart.

11. Gom. suc., loochs, julep diac., quart de lav., toujours aphonie.

22. La voix est revenue sous l'influence d'un vésicatoire placé sur le larynx.

25. Se plaint de douleurs vers l'hypochondre gauche. Bien du reste.

1er mars. Depuis hier, la douleur était plus forte ; dyspnée assez considérable. Hier soir, douleur vive du côté gauche, au dessous du sein, disséminée ; râle crépitant fin en arrière à gauche, dans les deux tiers inférieurs ; pouls 120 ; pas de crachats, très peu de toux. Saignée de 2 pal. et demie.

Ce matin, encore un peu de râle crépitant ; il est beaucoup mieux ; il est ému ; pouls fréquent. Sang couenneux, ferme. Mauve, looch, 1 bouil.

2. Bien, encore un peu de râle crépitant fin.

3. Va très bien.

4. Hier, il se plaignait de nouveau d'une douleur au côté gauche ; application de 10 sangsues. Ce matin il est soulagé. Mauve, looch, sin., cat., quart.

5. Va bien.

7. Bien. Looch, quart.

11. S'en va guéri.

Troisième observation. — *Entéro-mésentérite typhoïde légère. Un peu de fièvre. Léger abattement. Pas de dévoiement.*

Antoine S....., dix-neuf ans, ciseleur, né à Clermont (Puy de Dôme), est à Paris depuis 3 ans. Ce jeune homme a les cheveux châtains, la peau épaisse et ferme, le teint peu coloré, d'une constitution forte ; sa santé habituelle est très bonne. Il est malade depuis le 15 janvier, sans avoir fait aucun excès ni s'être exposé au froid. Il a été pris de frisson, de mal de tête, d'une grande faiblesse ; il n'a eu ni dévoiement, ni épistaxis ; le sommeil était presque nul, les rêves fréquens, et de temps en temps il avait de la chaleur et de la fièvre ; la soif est devenue vive, la bouche pâteuse, amère, et l'appétit nul. Il s'est alité depuis deux jours, parce qu'il s'est senti très faible et que la céphalalgie a augmenté. Il n'a pris rien autre chose que des tisanes adoucissantes.

Le 23 au soir, il présentait les phénomènes suivans ; mal de tête assez fort ; pas d'épistaxis ; trois à quatre heures de sommeil la nuit ; air un peu indifférent ; teint un peu animé, légèrement jaunâtre ; langue rouge à la pointe, blanche sur les bords, collante, blanche, amère, pâteuse ; soif assez vive ; pas d'appétit ; ventre indolent, peu développé ; pas de vomissemens ni de dévoiement ; pas de toux ; pouls large, plein (80 puls.) ; peau légèrement moite. Il se sent encore assez faible.

24. Saignée de 3 palettes. Il est à peu près dans le même état qu'hier ; il a eu un peu de sommeil. Saign. de 3 pal. ; mauve sucrée, 2 pots ; lavement émollient et diète.

25. Il est encore faible ; le mal de tête est toujours assez fort ; 80 puls. ; sueur assez abondante ; langue encore un peu rouge à la pointe. Mauve sucrée ; lavement émollient et diète. Le sang de la saignée présente un caillot épais, un peu ferme, et une couenne d'une médiocre densité ; une petite quantité de sérum assez transparent.

26. Même état.

27. Il se trouve bien ; il dit avoir faim ; la langue est la même ; pas de gargouillement, deux selles. Même traitement.

28. Il a eu encore 2 selles ; il va assez bien ; la langue se nétoie un peu ; il a eu assez de sommeil. 2 bouillons.

29. Il n'a pas de fièvre ; il a de l'appétit. Le quart d'alimens.

31. *Exeat* demain.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 24 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 90, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

Pustule maligne chez un ouvrier peaucier. Cautérisations successives avec le nitrate de mercure liquide, le fer et le muriate d'antimoine liquide.

Au n° 3 de la salle Saint-Jean, est entré, la semaine dernière, un ouvrier peaucier atteint de pustules malignes. La maladie était déjà arrivée à une période avancée; aussi, avait-elle fait de rapides progrès depuis le moment de l'arrivée du malade dans le service jusqu'au moment de la visite du lendemain.

Cet homme, employé dans une fabrique de peaux de mouton, avait en quelque sorte les yeux continuellement ouverts sur la maladie, car on l'avait bien averti qu'il était, comme tout ouvrier peaucier, exposé à attraper des charbons.

Nonobstant cela, quand il est arrivé à l'hôpital, déjà il présentait à la région dorsale de la main, près de l'articulation radio-carpienne, une tumeur dure, un peu déprimée et d'un gris noirâtre au centre, présentant à sa base un certain nombre de phlyctènes qui formaient autour d'elle une sorte d'auréole. Cette auréole de vésicule était cependant peu prononcée alors. En dehors de ces phlyctènes, on remarquait une tension élastique qui occupait de même la base de la tumeur, mais qui ne nous a présenté, à la pression, ni craquement, ni crépitation.

Le lendemain, le cercle des phlyctènes avait augmenté; l'élasticité des parties voisines avait aussi gagné du terrain et s'étendait pour lors jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras; et sur tous les points qu'elle occupait, on remarquait une tension érysipélateuse.

La nature de la maladie n'était pas douteuse; la marche que nous avions à suivre ne l'était pas non plus.

La tumeur a été fendue au moyen d'une incision cruciale, dont l'étendue ne dépassait pas la circonférence de la tumeur, mais qui, profondément, allait jusqu'aux tissus sains. Cela fait, on a fait couler dans la plaie du protonitrate acide de mercure liquide. Nous regrettons maintenant d'avoir donné la préférence à ce caustique, dont l'action trop vive, trop prompte, en donnant lieu presqu'immédiatement à la formation d'une escharre, devient par cela même un obstacle à la pénération du caustique jusqu'aux parties profondes.

Aussi, cette cautérisation n'avait évidemment pas suffi pour arrêter la marche de la pustule, ce qui serait peut-être arrivé si nous avions eu recours au fer rouge, ou bien encore au beurre d'antimoine. Quoi qu'il en soit, après cette cautérisation, nous fîmes appliquer sur la partie un cataplasme arrosé d'eau-de-vie camphrée, afin de continuer la stimulation de la région. Je dois dire ici qu'il convient d'éviter soigneusement, dans ce cas, l'emploi des sangsues, dont l'application peut paraître indiquée par la rougeur qui existe; car il s'agit ici d'une inflammation de mauvaise nature, qui cède plus facilement à une médication excitante. Boyer dit positivement que les malades affectés de pustule maligne, auxquels on applique des sangsues, meurent promptement.

Hier matin (lundi 19 juillet), le mal n'était pas arrêté; la tension œdémateuse s'était étendue jusqu'au milieu de l'avant-bras, ainsi que la rougeur érysipélateuse, qui même allait jusqu'à la partie inférieure du bras. Toutefois, il y avait peu de réaction fébrile; mais, par contre, le malade accusait beaucoup de malaise. Le dos de la main était légèrement brunâtre, et là la tension élastique était plus forte que partout ailleurs. Les lèvres de la plaie étaient boursoufflées, très renversées; la gangrène, en un mot, paraissait faire de continuels progrès, et les symptômes adynamiques, qui n'existaient pas encore, semblaient néanmoins être imminens.

Dans cet état de choses, nous nous décidâmes à cautériser avec le fer rouge; et après avoir de nouveau débridé la plaie avec l'instrument tranchant, nous appliquâmes à trois ou quatre reprises différentes le cautère actuel.

Dans le courant de la journée, le malade fut de nouveau visité par moi, et il me sembla, à quatre heures du soir, que le mal n'avait pas encore cédé. Je songeai alors à une nouvelle cautérisation, faite avec un caustique capable de s'insinuer dans les parties anfractueuses de la plaie; et dans ce but, je crus ne pouvoir pas mieux réussir qu'en employant le muriate d'antimoine liquide, que nous avons laissé à demeure dans la plaie en en imbibant des plumasseaux de charpie.

Cette fois la cautérisation a été profonde; aussi depuis hier, le malade nous paraît être définitivement en voie d'amélioration. D'autre part, l'état général se conserve bon; nous n'avons pas de symptômes typhoïdes, et rien jusqu'alors ne paraît annoncer qu'il doive en survenir. En définitive, tout nous fait accroire que le mal est arrêté; nonobstant cela, nous continuerons aujourd'hui l'action du muriate d'antimoine, dont l'application ce matin a occasionné une douleur accusée par le malade: ce qui doit être considéré comme de bon augure, puisque ce fait démontre que le caustique a franchi les eschares et est arrivé jusque sur les tissus sains.

J'ai évité de faire de nouvelles incisions, animé que j'étais par la crainte d'intéresser des parties importantes qu'il était urgent de ménager. Aujourd'hui l'état du malade est rassurant: il est à présumer que la main sera ultérieurement très peu apte aux mouvemens qu'elle doit exécuter; mais la seule chose qui devait nous préoccuper avant tout, et à laquelle devait céder toute autre considération, était celle de sauver l'existence compromise du malade: ce but, nous ne pouvions espérer de l'atteindre qu'en agissant au moyen des débridemens d'abord, et des caustiques ensuite; car, en agissant ainsi seulement, nous pouvions parvenir à détruire une maladie locale, dont nous avions avant tout à redouter la généralisation.

De quelle nature est la tension qui existe autour de la pustule maligne? On n'est pas généralement d'accord sur ce point, dit M. Blandin. Quelques auteurs prétendent que c'est de l'œdème simplement; mais l'œdème ne présente pas la rénitence, l'élasticité, la tension qui s'observe ici. Serait-ce de l'emphysème? On a prétendu qu'il y avait absence de crépitation, de craquemens, et que par conséquent il ne pouvait y avoir d'air infiltré dans les cellules du tissu cellulaire; car lorsque cet état existe, la crépitation se produit. Je crois, pour mon compte, qu'il y a réellement infiltration gazeuse, et il n'est, du reste, pas difficile de répondre aux argumens contraires que nous venons d'exposer. Disons, avant de passer plus loin, que nous admettons simultanément une infiltration de sérosité. Il n'existe pas de crépitation, a-t-on dit; cela est incontestable, et notre malade nous en offre l'exemple; mais est-ce à dire pour cela que l'infiltration gazeuse n'existe pas non plus? D'abord, dans la pustule maligne, le tissu cellulaire, ou pour mieux dire, aréolaire, est malade: les parois des cellules sont phlogosées, ramollies, épaissies; elles ont par conséquent perdu la ténuité, la sécheresse qui leur permettent de vibrer dans l'œdème simple, où, pour tout état pathologique, elles ne présentent que l'infiltration gazeuse.

Dans la pustule maligne, un état morbide, une inflammation de mauvais caractère a précédé l'infiltration gazeuse, et, en altérant préalablement les parois des aréoles du tissu cellulaire, elle les a rendues inaptes à vibrer, et conséquemment a produit la crépitation. Ajoutons que dans cette maladie, dont la marche est si rapide, les auréoles du tissu cellulaire l'emplissent bientôt de matière plastique.

A quelle période était arrivée la pustule au moment de l'entrée du malade dans le service? Pour préciser ce point, il convient de rappeler rapidement comment se divisent les quatre périodes que l'on assigne généralement à la pustule maligne depuis les travaux d'Enaux et de Chaussier.

La première période est caractérisée par une démangeaison plus ou moins incommode, laquelle ne tarde pas à s'accompagner de la formation d'une ampoule ou vésicule, remplie d'un liquide séreux, transparent, qui s'étend insensiblement. Bientôt la démangeaison s'exaspérant, le sujet ne peut résister au besoin extrême de se gratter, d'où résulte le déchirement de la vésicule et l'épanchement du liquide qu'elle contenait. D'autres fois la vésicule s'ouvre spontanément.

L'issue de la sérosité contenue dans la vésicule, qui de limpide et incolore était devenue rougeâtre, procure la sédation de la démangeaison au moins pour quelque temps. La durée de cette première période est de vingt-quatre ou trente-six heures, rarement de quarante-huit heures.

Dans la deuxième période, au commencement, au lieu de la vésicule on remarque une tache jaunâtre, livide et graisseuse, qui surmonte un noyau ou tumeur peu saillante encore et mobile. La démangeaison se transforme bientôt en une sensation de chaleur vive, de cuisson et même d'érosion. La peau se boursouffle superficiellement, elle est pâle ou rougeâtre livide, ou d'une couleur orangée: dans tous les cas elle est luisante. Bientôt, autour de la tache ou noyau se forment des phlyctènes qui finissent par donner naissance à une auréole complète plus ou moins étendue en largeur. L'insensibilité du tubercule devient de plus en plus manifeste; il devient plus foncé et se durcit davantage. La durée ordinaire de cette période est de quelques heures, rarement de quelques jours.

La troisième période se fait remarquer par l'agrandissement de la tache, qui noircit; le boursoufflement de la peau augmente, l'auréole vésiculaire s'élargit. L'engorgement œdémateux des parties voisines, leur élasticité, leur tension et l'état érysipélateux de la peau, ou érysipélato-phlegmoneux, qui avaient déjà commencé dans la précédente période, font dans la troisième des progrès plus sensibles. Vous avez vu que chez notre malade l'engorgement œdémato-emphysémateux s'étendait déjà à l'avant-bras. Par suite du développement des parties, la pustule ou l'eschare reste enfoncée, déprimée. Le sentiment de chaleur et d'érosion se transforme en un sentiment de pesanteur et d'engourdissement. Cette période est de courte durée dans les cas funestes; elle peut être de plusieurs jours dans les cas heureux; mais jamais elle ne dépasse le cinquième. S'il y a réaction fébrile dans cette période, elle est peu intense, et l'on n'observe pas de phénomènes typhoïdes.

La quatrième période présente ceci de remarquable, qu'au milieu du gonflement énorme que prend la région malade, on voit survenir des phénomènes de réaction générale très intense et des symptômes typhoïdes. La gangrène pénètre profondément et l'ataxie ou l'adynamie se présentent comme pour le charbon.

Quand les choses doivent se terminer d'une manière heureuse, un cercle inflammatoire se dessine autour de l'eschare, l'engorgement baisse, la chaleur devient douce, des battemens se font sentir dans la partie, phénomènes qui annoncent un travail inflammatoire de bonne nature qui prépare l'élimination de l'eschare.

Dans la pustule maligne, continue M. Blandin, tout le mal vient de l'extérieur; aussi les désordres restent-ils pendant long-temps locaux: tout le contraire existe pour le charbon et l'anthrax; ici la maladie vient de l'intérieur; le sujet est d'abord sous l'influence d'une maladie générale; il a de la fièvre, puis l'anthrax arrive. C'est ainsi que les choses se passent dans certaines fièvres graves dans lesquelles l'anthrax n'arrive que d'une manière plus ou moins tardive. Dans la peste de même, avant l'apparition du bubon on observe autre chose, la maladie est d'abord générale.

Comment notre malade a-t-il contracté la pustule maligne? L'explication ne saurait présenter aucune difficulté sérieuse dans ce cas; car cet homme est ouvrier peaucier, et le mal existe sur une partie qui est habituellement découverte. On sait, en effet, que les peaux des animaux qui ont été surmenés, et qui, par suite de sela, sont tombés malades, ou bien qui sont morts de la pustule maligne, jouissent de la funeste propriété de transmettre à l'homme cette fâcheuse maladie. C'est à un fait d'observation contre lequel aucun raisonnement ne saurait prévaloir. Il est du reste des maladies simples des animaux qui paraissent susceptibles de développer la pustule maligne chez l'homme. Ainsi, par exemple, la constipation opiniâtre ou rétention des matières fécales. Voici, à cet égard, un fait bien ancien:

Un nourrisseur de Paris entra à l'hôpital Beaujon avec une pustule maligne. Cependant, aucune des bêtes de son établissement n'en était affectée. La nourriture succulente que l'on fait prendre aux vaches dans le but d'en obtenir beaucoup de lait; les prédisposant singulièrement à la constipation, celle-ci se prolongea assez long-temps chez l'une des vaches pour qu'il devînt nécessaire d'effectuer le curage du rectum; opération que le nourrisseur lui-même exécuta avec la main et en introduisant assez profondément le bras dans le rectum. A la suite de cette manœuvre, la pustule maligne se développa à la partie supérieure et dorsale de l'avant-bras. La cautérisation arrêta les progrès de la pustule, et ce nourrisseur guérit. La vache, du reste, ne fut pas autrement malade que de sa constipation.

L'humeur que la pustule maligne sécrète peut la reproduire chez un autre individu; circonstance bonne à connaître pour ceux qui sont sujets à se trouver en contact avec des sujets qui en sont atteints. La femme d'un boucher la gagna, dit-on, en pansant son mari qui en était atteint. On pourrait objecter, à la vérité, que le mari comme la femme, étant placés dans des conditions à peu près identiques, avaient pu la gagner en quelque sorte à la même source. Nous voulons bien accorder ce fait; mais sa valeur ne sera jamais suffisante pour démontrer que la pustule maligne ne peut pas se gagner de la sorte et se transmettre d'un individu à un autre.

Une fois la cautérisation faite, il paraît que les humeurs de la pustule sont modifiées et deviennent inaptes à la reproduire; ce qui ne veut pas dire cependant qu'il ne faille pas se méfier de son action. K.....

HOPITAUX ITALIENS.

Plusieurs faits remarquables de phlébite utérine diffuse puerpérale, suivis de réflexions; par M. Sachero, professeur de clinique interne à l'Université de Turin (1).

Premier fait. — Une paysanne, âgée de 25 ans, robuste, a été reçue à l'hôpital, en février 1840, pour y accoucher; elle l'a été à l'aide du forceps le 14 mars. Le troisième jour, fièvre intense; on ne lui prescrit rien autre chose qu'un purgatif jusqu'au 22 au soir, huitième jour de l'ac-

(1) Ce travail a été lu devant le dernier congrès scientifique d'Italie; nous en extrairons la partie la plus importante.

couchement, lorsqu'elle a été transportée à la clinique. Elle a offert les symptômes suivans : utérus volumineux, douloureux à une légère pression, la douleur est gravative; céphalalgie, anxiété, langue rouge sur les bords, chaleur brûlante, peau sèche, fièvre intense, pouls très fréquent (140), tendu, résistant, angio-phlébitique; absence de lochies et de lait, diarrhée, odeur fétide *sui generis*, apathie, indifférence pour tout.

Diagnostic : Phlébite utérine diffuse à la seconde période (période typhoïdienne); pronostic douteux. Prescription : saignée du pied, décoction de tamarin pour boissons. Le soir, on répète la saignée; le sang est encore fibrineux.

Le 23, mêmes symptômes, tendance à la stupeur. On pratique deux autres saignées; décoctum blanc de Sydenham.

Les trois jours suivans, un peu d'amélioration.

Le 27 au matin, engourdissement au bras gauche; le soir, paralysie, face rouge, pupilles dilatées, balbutiement, pouls céphalique. On pratique une nouvelle saignée, sangsues à la nuque.

Le 28, affaissement, mort à six heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. Rien de remarquable à l'extérieur.

Crâne. Veines de la pie-mère injectées de sang noir dans l'hémisphère droit; les gros troncs contiennent du sang coagulé et du pus; le lobe moyen du même hémisphère est ramolli et contient des caillots noirs comme des pois, d'autres comme des noyaux de cerise; un peu de sérosité dans le ventricule correspondant.

Pelvis. Utérus volumineux, sa membrane interne est ramollie, couverte d'une couche noire, mais pas de pus; le lieu de l'attache du placenta était au fond et à droite; les veines utérines correspondantes à ce côté sont pleines de pus et de caillots sanguins adhérens; l'ovaire droit, la veine cave ascendante et la cavité droite du cœur sont rouges à l'extérieur.

Poumons crépitans; le sang est liquide. Tube digestif à l'état normal, mais pleins de bile. Péritoine sain. (*Observation recueillie par* M. Signorelli.

Deuxième fait. — Une bonne âgée de vingt-quatre ans, non mariée, tempérament sanguino-nerveux, grossesse laborieuse, a été saignée neuf fois et a subi deux applications de sangsues pendant la gestation; elle est cependant accouchée naturellement le 10 avril 1840, bien que la parturition ait été longue et pénible. Aussitôt après, elle a été saisie de fièvre; on lui pratique deux autres saignées.

Le 15, cinquième jour de l'accouchement, elle a été transportée à la clinique, et a offert l'état suivant : Face pâle (pâleur de cire), exprimant la souffrance; apparence générale leuco-phlegmatique, abattement général, céphalalgie, décubitus dorsal, anxiété, toux sèche, douleur sourde et profonde au pubis, chaleur intense, peau sèche, langue muqueuse, soif ardente, diarrhée, pouls très fréquent (angio-phlébitique), odeur puerpérale; pas de lait, lochies à peine.

Diagnostic : Phlébite utérine diffuse, vers la troisième période. Pronostic très incertain. Prescription : saignée du pied, sangsues au thorax, émulsion arabique.

Le 16, stupeur, garde-robes involontaires, plaintes continues, pouls filiforme. Vésicatoire; mixture avec eau de laurier-cerise.

Les 17 et 18, affaissement plus prononcé, coma, pouls presque insensible; mort le soir, huitième jour de l'accouchement.

Autopsie 32 heures après. Extérieur leuco-phlegmatique; système musculaire et mamelles très flasques.

Crâne. Sérosité entre la dure-mère et l'arachnoïde (transsudation albumineuse); légère injection de la substance cérébrale; aucune autre lésion dans cet organe.

Thorax. Poumons crépitans, adhérens à droite; sérum dans le péricarde; cavités droites du cœur pleines de sang noir et grumeleux; le reste du sang est liquide.

Abdomen. Estomac et intestins pleins d'air; injection veineuse de l'iléon; péritoine sain.

Pelvis. Utérus gros; sa surface interne est noire. Plusieurs veines sont ouvertes dans cette cavité; d'autres sont bouchées par des caillots adhérens, précisément au fond de l'organe à droite, lieu de l'adhérence du placenta. Les veines ovariques et la veine cave ascendante sont rouges; caillots sanguins dans la veine cave supérieure et dans les iliaques. (*Observation recueillie par* M. Capellaro.)

Troisième fait. — Une paysanne, âgée de vingt-cinq ans, non mariée, constitution sanguine, est accouchée, pour la seconde fois, à huit mois, le 30 avril. Aussitôt après, douleur profonde à l'utérus et difficulté dans les mouvemens de la cuisse gauche; absence de lochies, urines rares, diarrhée, fièvre intense. On ne lui prescrit autre chose qu'un purgatif jusqu'au 6 mai, septième jour de la parturition, lorsqu'elle a été reçue à la clinique. A l'examen, on trouve : utérus volumineux, douloureux à gauche sous la pression de la main; veines de la cuisse droite injectées; abdomen un peu gonflé, peau sèche, chaleur incommode; langue rougeâtre, soif; pouls fréquent et un peu vibrant, ayant le caractère angio-phlébitique; carotides battant fortement; face d'une pâleur de cire, abattement général avec crainte de mort, odeur puerpérale.

Diagnostic : Phlébite utérine diffuse, vers la troisième période. *Pronostic* douteux. *Prescription* : saignée du pied, émulsion arabique. Etat stationnaire jusqu'au 8 au soir : décoction de tamarin. A cette époque, exaspération des douleurs métro-péritonéales. *Nouveau diagnostic* : Péritonite sur-ajoutée à l'état précédent. Sangsues à l'anus; infusion de digitale pourprée.

Le 9, vomissemens, douleurs abdominales violentes, diarrhée involontaire. Lavemens d'eau de riz; vésicatoires; boissons anti-émétiques.

Le 11, délire, voix faible, physionomie décomposée, pouls fréquent et petit, abdomen très douloureux; mort à onze heures du soir, le douzième jour après l'accouchement.

Autopsie trente heures après. Maigreur remarquable du cadavre, membres très flasques, ecchymoses gangréneuses sur les piqûres des sangsues.

Crâne. Injection veineuse de la pie-mère de sang liquide; transsudation albumineuse sur l'hémisphère gauche, dans l'étendue de deux travers de doigt; au-dessous, la substance corticale et médullaire est en bouillie et couverte de coagulum noir; les capillaires veineux sont injectés.

Thorax, abdomen et pelvis. Poumons crépitans; cœur pâle, cavités droites pleines de sang noir liquide; la cave inférieure est rougeâtre; les veines ovariques, jusque dans les ovaires, sont également rouges et pleines de pus; les veines utérines sont enflammées et offrent des caillots adhérens; l'ovaire gauche et tuméfié, injecté, couvert d'albumen caillé; la trompe correspondante présente de petits abcès; la membrane interne de l'utérus est ramollie, noire, sans pus. Sérosité albumineuse dans le péritoine; transsudations albumineuses entre les anses intestinales. Tout le sang est liquide et noirâtre. (Observation recueillie par M. Salussolia.)

Quatrième fait — Paysanne, vingt deux ans, non mariée, robuste; grossesse heureuse, accouchement naturel le 11 mai, après une saignée du bras. Lochies peu abondantes d'abord; sont supprimées bientôt après; pas de lait. Le deuxième jour de l'accouchement fièvre intense, diarrhée, malaise général; on ne lui prescrit aucun autre remède qu'une boisson de tamarin. La malade commet des écarts de régime, boit du vin. Elle est transportée à la clinique le 19 au soir, neuvième jour de l'accouchement, et offre l'état suivant : physionomie altérée, exprimant la souffrance; hésitation dans les réponses : face d'un blanc de cire brillant; douleur obtuse à l'hypogastre, sensible à la pression; météorisme indolore; diarrhée, urines rares, brûlantes; aucun écoulement par les parties génitales; mamelles affaissées; respiration peu gênée; langue rouge et muqueuse, soif ardente; peau sèche, chaleur vive, fièvre intense, pouls angio-phlébitique, dur, très fréquent; mobilité des tendons; odeur spécifique.

Diagnostic. Phlébite utérine diffuse presqu'au troisième degré, avec irritation gastro-entérique.

Pronostic incertain. Saignée; décoction de tamarin.

Le lendemain, mêmes symptômes. Autre saignée; même boisson.

Du 20 au 23, aucun changement : pouls vite.

Le 23 au soir, hoquet, douleur à l'hypogastre. Petite saignée; sangsues à l'anus; légère solution d'acétate de morphine.

Le 24 au matin, abdomen douloureux; hoquet plus fréquent. Vésicatoires aux jambes; fomentations froides à l'abdomen; solution de laitue vireuse.

Du 25 au 27, pas d'amélioration.

Le 27 au matin, douleurs intenses dans l'abdomen; somnolence; dents fuligineuses, langue d'un rouge écarlate; pouls très fréquent; visage décomposé.

Pronostic fâcheux. Mort le soir, dix-septième jour de l'accouchement.

Autopsie, 36 heures après la mort. Résolution des membres; abdomen très tendu. A peine a-t-on ouvert la cavité abdominale, qu'il s'échappe des gaz très fétides; épanchement abondant de sérosité dans l'abdomen, avec des flocons albumineux et pseudo-membraneux; estomac à demi plein de substance un peu consistante, analogue à du sang dissous, de couleur noir goudron, produite par extravasation; veines grossies, arborescentes, très saillantes, surtout vers le cardia; membrane muqueuse couverte d'une couche de matière noire très tenace et adhérente; tout le tube intestinal est plein de cette humeur jusqu'au rectum; l'intestin cœcum est dilaté, sa muqueuse est ramollie et ulcérée profondément sur plusieurs points. Dans cet intestin, ainsi que dans le colon ascendant et transverse, les plis de la muqueuse sont peu marqués; depuis la flexion gauche jusqu'au rectum on voit une grande quantité de follicules qui sont très saillantes, hypertrophiées, ulcérées; dans la flexion iliaque sont deux ulcérations de la largeur de plusieurs lignes et qui perforent l'intestin; toutes les veines intestinales sont injectées. La membrane interne de l'utérus et du vagin est ramollie et noire; les points d'attache du placenta sont très saillans; le liquide contenu dans l'utérus est très fétide; les veines utérines sont à peine rouges; par contre, la face interne des veines ovariques offre une couleur rouge foncée, par taches, résistant à la macération et au raclage avec le scalpel; la même condition se rencontre dans toute la veine cave ascendante jusqu'au cœur droit, dans la veine descendante, dans le commencement des sous-clavières, des jugulaires et des artères pulmonaires. Les branches principales de la veine porte, de la splénique, de la mésaraïque, etc., sont également enflammées. Le cœur gauche est presque à l'état normal. Le peu de sang contenu dans les gros vaisseaux est très liquide et noir. Dans le crâne, les sinus de la dure-mère contiennent des caillots noirâtres et fibrineux.

(*Observation recueillie par* M. Bruna.)

Cinquième fait. — Ouvrière en tisseranderie, âgée de vingt-six ans, robuste, de belles proportions, eut une grossesse malheureuse pour laquelle il a fallu la saigner neuf fois; elle est cependant accouchée heureusement le 7 mai 1840. Les lochies coulaient bien d'abord, mais le lait diminuait petit à petit; bientôt une fièvre intense est déclarée, qui a été attribuée à l'abattement moral, au régime excitant et à l'air peu salubre de l'hôpital. Elle a été transportée à la clinique le 14, à trois heures après midi (huitième jour de l'accouchement).

A l'examen on trouve l'état suivant : Visage pâle et triste, céphalalgie gravative; réponses lentes, presque stupides; décubitus dorsal; chaleur cutanée prononcée et âpre; soif ardente; abdomen tendu, dur, mais indolore; constipation; lochies rares; odeur puerpérale; réaction fébrile intense, pouls angio-phlébitique, fréquent et tendu.

Diagnostic. Phlébite utérine diffuse, approchant à la troisième période. Pronostic : Incertain. Prescription : Saignée du pied et clystère émollient; boisson laxative.

Le 15. Meme état.

Le 16 au soir. Exaspération extrême du mal; pouls vibrant. Saignée du bras, le sang est coenneux.

Le 17 au soir. Nouvelle exacerbation; malgré cela les lochies coulent. Nouvelle saignée.

Dans la nuit du 18, frisson, fièvre intense, toujours céphalalgie. Huile de ricin qui produit quatre garderobes. Le soir, le pouls est vibrant et *vasculaire*; quatrième saignée.

Du 19 au 24, la peau est couverte de sueur; odeur moins fétide. Mieux.

Le 24, diarrhée par indigestion. Boissons acidules; diète.

Du 25 mai au 13 juin, amélioration progressive; diarrhée continue, mais moins forte. Décoctum blanc de Sydenham; clystères avec décoction de riz.

Le 13 juin (trente-huit jours après l'accouchement). Apparition d'une *phlegmasia alba dolens* à la jambe gauche et cessation de la diarrhée; pouls à peine fréquent; sangsues autour du genou, bains émolliens. Le gonflement et la douleur diminuent petit à petit. Guérison.

(*Observation recueillie par* M. Querciotti.)

— Six autres observations pareilles sont rapportées par l'auteur : en tout onze faits, dont trois suivis de guérison, huit de mort.

L'auteur se livre à de longues réflexions et à de nombreuses recherches, ce qui donne à son travail le caractère d'un mémoire complet sur la matière. Nous allons extraire les passages qui nous paraissent les plus importans.

Il résulte des faits recueillis dans ces derniers temps par Travers, Wilson, Clarke, Ribes, Tommasini, Dance, Cruveilhier, Robert Lee, Tonnelé, et de ceux qui précèdent, que les cadavres des femmes qui ont succombé à la phlébite utérine puerpérale diffuse offrent les conditions suivantes :

1° La membrane interne de l'utérus et la *muqueuse* vaginale sont ramollies et couvertes d'une couche de sang noir, presque figé et fétide, rarement de pus;

2° Les attaches veineuses du placenta à la face interne de l'utérus sont le plus souvent fermées par des caillots adhérens, ou bien par de la matière putride;

3° En suivant le cours de ces veines, on les trouve également fermées par des caillots sanguins et par du pus véritable;

4° La même condition se rencontre dans les veines ovariques correspondantes et quelquefois aussi dans les veines hypogastriques;

5° Des abcès existent dans les trompes de Fallope, dans les ovaires et aux alentours;

6° La surface interne des veines utérines, des veines ovariques et surtout de la veine cave ascendante, de la cavité droite du cœur, de la veine cave supérieure, est enflammée, rouge, tachetée de rouge foncé; et cette rougeur résiste à la macération et au raclage avec le bistouri; on ne la confondra pas avec la rougeur uniforme dépendant d'imbibition;

7° S'il y a phlegmasie crurale (*alba dolens*), les veines correspondantes sont oblitérées par des caillots de sang et de pus;

8° Les lymphatiques de l'utérus et des environs sont remplis, turgescens, de matière purulente;

9° Il existe aussi du pus dans les veines cérébrales et pulmonaires, dans les veines hépatiques de la veine porte et même dans le parenchyme de ces viscères, ou dans les articulations, dans les cavités pleurales, et ailleurs;

10° Enfin, le sang est liquéfié, noirâtre, le plus souvent sans caillots, par suite de l'altération, de l'hématose, du mélange du pus, de l'influence miasmatique, etc.

Ces lésions qui accompagnent, ou plutôt qui sont l'effet de la phlébite locale et diffuse, n'ont rien de commun avec les indurations, les ramollissemens, les abcès étendus ou la gangrène du parenchyme de l'utérus, qui surviennent après les métrites; elles n'ont rien de commun avec la collection séro-purulente, avec les transsudations albumineuses qui accompagnent la péritonite primitive; bien que, quelquefois, les complications rendent le résultat de cette dernière pareil à celui de la phlébite; ou, pour mieux dire, ces deux lésions existent en même temps.

L'auteur distingue soigneusement la métrite et la péritonite puerpérale de la phlébite utérine qu'il vient d'étudier avec tant de soin; il est possible, il est même facile, selon lui, de diagnostiquer exactement ces trois maladies sur le vivant, soit qu'elles existent séparément, soit collectivement. La métrite est beaucoup moins grave que la péritonite, et cette dernière moins grave que la phlébite. La péritonite existe souvent en union de la phlébite utérine chez les nouvelles accouchées, et affecte la forme épidémique. Cette dernière est appelée diffuse, parce qu'elle

se propage aisément de l'utérus à tout le système veineux ou à une grande partie de ce système.

Il est étonnant, dit l'auteur, qu'un célèbre praticien de Paris, M. Cruveilhier, qui, en 1829, écrivait les paroles suivantes : « La phlébite utérine est une des formes les plus redoutables de la fièvre puerpérale. Le développement de la phlébite utérine après l'accouchement ne doit pas plus étonner que celui de la phlébite à la suite des plaies et des opérations chirurgicales. Pour réparer une si vaste solution de continuité, une fièvre traumatique est nécessaire, etc. » Il est étonnant, disons-nous, que M. Cruveilhier ait dans l'espace de trois ans changé d'opinion, et déclaré rare ce qui était fréquent, léger ce qui était très grave. « Au risque, dit-il, de paraître paradoxal, j'affirme que la phlébite utérine est rare, ou que si elle est fréquente, elle est facilement curable. » Et un peu plus tard, il a déclaré que la péritonite puerpérale était plus grave que la phlébite. « De toutes les maladies, a-t-il dit, qui peuvent attaquer les femmes en couches, il n'en est aucune qui soit plus fréquente, plus grave, plus rapidement funeste que la péritonite dite puerpérale. C'est cette péritonite épidémique que j'ai cru devoir désigner sous le nom de *typhus puerperal*. »

Les anciens avaient décrit la phlébite puerpérale utérine sous le nom générique de *fièvre puerpérale*. Sa nature véritable n'a été signalée que par les modernes, principalement par Wilson, Clarke, Meckel, Crescimbeni, Tommasini, Dance, Cruveilhier, Tonneli, Duplaz, Robert Lee, Helm, Fergusson et quelques autres. Ces recherches ne remontent qu'à une vingtaine d'années.

On a vu que des onze cas que nous avons traité en 1840, nous avons pu sauver à peine trois femmes ; les huit autres sont mortes. En 1836 – 37, nous en avons eu quatre autre cas, dont deux se sont terminés par la mort, les deux autres par la guérison.

En 1839 nous en avons soigné deux autres, dont un mort, l'autre guéri. Ces résultats ne nous permettent pas d'adopter la dernière manière de voir de M. Cruveilhier. Lorsque la phlébite est bornée à l'utérus, elle n'est pas aussi grave que lorsque elle devient diffuse dans tout le système vasculaire des viscères ; c'est cette diffusion vers les membres qui constitue la *phlegmasia alba dolens*.

On comprend la facilité de la phlébite utérine après les couches, lorsqu'on se rappelle que les bouches veineuses, qui répondent à l'attache du placenta, sont d'abord béantes, doivent s'oblitérer et subir par conséquent un travail réparateur, analogue à celui qui a lieu dans les veines externes après les blessures. Plusieurs auteurs ont eu raison de considérer la fièvre de lait comme le résultat de ce travail oblitérant des veines utérines, et comme, durant la fièvre la circulation est plus active, on conçoit que la sécrétion du lait s'opère plus facilement sous son influence. La fièvre cependant n'est pas nécessaire pour que les mamelles sécrètent, et il est inexact de dire que ce qu'on appelle la montée du lait doit nécessairement produire un mouvement fébrile ; il y a long-temps que P. Frank a développé une pareille doctrine, basée sur l'observation rigoureuse.

On comprend maintenant pourquoi la phlébite utérine doit être plus facile après les fausses couches, après les accouchemens provoqués, forcés, exécutés à l'aide de moyens mécaniques, après les manœuvres imprudentes exercées par les sages-femmes ou les accoucheurs ignorans, pour extraire le placenta, par suite de l'action du froid ou de l'air malsain, etc. Heureusement cependant que le travail d'oblitération des veines de l'utérus s'accomplit souvent sans réaction fébrile, ce qui dépend probablement de l'écoulement lochial qui agit comme moyen antiphlogistique et salutaire.

Lorsque la réaction doit survenir, c'est par des frissons qu'elle se déclare, puis par une chaleur intense ; la région utérine offre alors une tumeur globuleuse formée par la matrice, dure, quelquefois saillante, douloureuse à la pression (douleur obtuse). Cette tumeur dépend de la plénitude des veines utérines, surtout de celles qui étaient en rapport avec le placenta et qui sont pleines de sang caillé. L'exploration par le vagin peut facilement faire constater un pareil état de l'utérus, surtout de son col. A la chaleur succède une sueur abondante par suite de l'accélération de la circulation. Cet état peut se dissiper et se dissipe souvent, en effet, sous l'influence de l'écoulement lochial, de la sueur, de la lactation et du repos ; l'utérus se dégorge, la fièvre décline et les fonctions reviennent petit à petit à l'état normal. Si cependant les lochies marchent dans le sens de la phlébite, la phlogose marche de plus en plus dans les veines ; elle s'irradie en quelque sorte par ces vaisseaux, mais le parenchyme de l'utérus reste intact ; elle marche souvent par les veines hypogastriques dans celles des membres inférieurs et constitue la *phlegmasia alba dolens*, elle passe dans les veines des viscères et se propage dans tout l'organisme. Cette diffusion constitue la seconde période de la maladie, ce qui a lieu du troisième au quatrième jour après les couches. Une réaction vasculaire intense a alors lieu (chaleur, fièvre, soif, douleurs d'apparence rhumatismale, dyspnée, urines rares et brûlantes ; pouls supérieur, tendu, fréquent, etc.) ; succède enfin la période typhoïdienne par l'infection purulente, etc. (*Annali univ. di med.*, mai et juin 1841.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Cancer du sein. Amputation. Guérison. Par M. Lisfranc.

Le 27 mai est entrée à la Maison de santé une malade âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament essentiellement nerveux.

Mariée depuis long-temps, elle a eu six enfans, dont trois sont vivans et se portent bien ; les autres ont succombé à des maladies propres à l'enfance. Le père de cette dame est mort à cinquante-deux ans à la suite d'une hépatite chronique qui l'a retenu au lit une dizaine d'années. La mère a été enlevée par une hydropisie ascite. Rien à noter du côté des ascendans. Les couches de madame R. ont été très heureuses. Elle avait deux sœurs qui ont été victimes l'une d'un ulcère de mauvaise nature siégeant dans la gorge, l'autre d'une affection cancéreuse au sein ayant nécessité l'opération. Les règles ont disparu depuis trois mois. Il y a un an, la malade s'est frappé le sein droit sur un des angles de sa couchette ; le coup a été violent et suivi d'une douleur vive. Huit jours après cet accident, madame R. a senti une tumeur grosse comme une noix, qui s'est accrue rapidement, s'accompagnant d'élancemens assez vifs pour troubler complètement le sommeil. Le moral a été, à dater de ce moment, influencé d'une manière fâcheuse, eu égard aux mauvais précédens de la famille, au point que le cancer a parcouru toutes ses périodes en six mois.

Etat actuel. Constitution éminemment nerveuse, détériorée ; couleur jaune-paille de la peau ; organes digestifs et respiratoires exécutant parfaitement leurs fonctions ; rien du côté du cœur ni des centres nerveux. Le sein droit présente une tumeur de la grosseur d'une orange, dure comme de la corne, bosselée, adhérente à la peau, mobile, et siége de douleurs lancinantes que nul moyen ne peut calmer. Au centre de la mamelle existe une ulcération qui a paru depuis le séjour de la malade à Paris. L'exploration minutieuse de l'aisselle fait découvrir un ganglion assez considérable qui se cache sous le bord antérieur du grand pectoral ; on ne rencontre du reste aucun tubercule environnant le sein, et situé soit au dessus soit au dessous de la clavicule.

Le 3 juin, M. Lisfranc procéda à l'opération de la manière suivante : il commença par cerner la tumeur à l'aide de deux incisions semi-lunaires, il disséqua ensuite largement de bas en haut, afin de ne pas être gêné dans sa manœuvre par le sang, qui trouve ainsi un écoulement facile. Cette manière d'agir est en effet bien préférable à celle qui consiste à attaquer le mal par la partie supérieure ; car, dans ce cas, il est arrivé à des opérateurs, par la raison que je viens d'indiquer, de porter le bistouri sous le muscle grand pectoral, dont une partie des fibres se trouvait coupée, et les mouvemens du bras ultérieurement gênés. La mamelle enlevée, les artères sont tordues. Alors le chirurgien de la Pitié, après avoir fait comprimer l'axillaire par un aide, pratique avec beaucoup de précaution une incision qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire, et va à la recherche du ganglion dont j'ai parlé. Fidèle aux principes qu'il professe depuis de longues années, M. Lisfranc se garde bien de faire agir l'instrument tranchant dans une région aussi dangereuse que l'aisselle : il y introduit son doigt indicateur, avec lequel il parvint à énucléer le gros tubercule en question, et à le faire sortir comme un marron de sa coque. Il pénètre immédiatement après jusque sous la clavicule sans rien découvrir ; il s'imagine un instant qu'il existe encore une petite granulation ; mais cette sensation était causée par une perforation produite au moyen de l'ongle sur le feuillet profond de l'aponévrose du petit pectoral. La surface de la plaie est ensuite explorée attentivement pour s'assurer que rien n'a échappé au bistouri, et on réunit par première intention.

La tumeur divisée longitudinalement, on peut reconnaître les différens caractères assignés au cancer par M. Lisfranc d'après l'époque de l'évolution des diverses couches qui le composent. Ainsi, le centre offre un tissu encéphaloïde ramolli, tandis que les parties environnantes sont d'autant moins malades qu'on se rapproche davantage de la périphérie. C'est ce qui a engagé le chirurgien dont je parle à mettre en usage la thérapeutique que tout le monde connaît, et qui lui procure de si beaux résultats.

Le 4 juin, la malade éprouve des nausées et elle vomit à plusieurs reprises ; j'administre à l'intérieur de petits morceaux de glace, ainsi que la potion de Rivière, qui font disparaître ces accidens. A la levée du premier appareil, qui a lieu le lendemain, le pourtour de la plaie est le siége d'un commencement d'érysipèle, qui cède promptement à des onctions d'axonge. Le 8 juin, M. Lisfranc enlève toutes les épingles : la réunion par première intention a lieu partout, excepté dans l'aisselle. Les fils sont laissés encore à demeure pendant quelques jours afin de soutenir la cicatrice. Les choses se passent admirablement bien pendant quelque temps, lorsque tout-à-coup les bords de la solution de continuité s'écartent de près d'un pouce dans les deux tiers externes de son étendue : la cicatrisation semble alors s'arrêter, les chairs deviennent mollasses, fongueuses, présentant un aspect un peu grisâtre. J'applique un plumasseau épais de charpie imbibée de vin aromatique. Je cautérise à intervalles assez rapprochés avec le nitrate d'argent, et je fais usage de bandelettes agglutinatives, ainsi que de compresses graduées. Tout semble rentré dans l'ordre. Mais le 7 juillet, madame R. devient triste, elle prétend qu'une *pointe* la fait beaucoup souffrir ; j'enlève le bandage, et je trouve de la rougeur accompagnée d'empâtement et d'une fluctuation obscure profonde. M. Lisfranc, persuadé qu'il y a du pus, pratique le 8 juillet une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la plaie ; une petite mèche est placée tous les jours dans cette ouverture artificielle pour l'empêcher de se fermer, et à dater de ce moment, la guérison s'est faite rapidement, et madame R. a repris de la fraîcheur et beaucoup d'embonpoint.

La malade a été prise le lendemain de son opération d'un accident léger, il est vrai, mais il aurait pu avoir des suites graves : nous voulons parler de l'érysipèle qui est survenu. De simples onctions d'axonge ont suffi pour le faire disparaître. Il en eût peut-être été autrement si madame R. fût tombée entre les mains de ces chirurgiens qui, suivant leur ancienne routine, ne veulent procéder à la levée du premier appareil que le troisième ou quatrième jour. M. Lisfranc a donc rendu un véritable service à l'humanité en conseillant, il y a quinze ans au moins, de visiter les plaies le lendemain de l'opération. La thèse de M. Ricord, contenant ces maximes, a soulevé des discussions animées à l'Ecole ; on a crié à l'hérésie chirurgicale ! Mais comme l'expérience avait parlé, il a fallu se rendre à l'évidence des faits. Il est arrivé en outre une autre complication assez fréquente après l'amputation du sein, surtout lorsque l'on chercha à obtenir la réunion par première intention sous le climat de Paris : une fluctuation obscure, accompagnée d'un peu de rougeur et d'empâtement s'est manifestée vers le tiers interne de la solution de continuité. Si cette petite collection purulente eût été méconnue, la cicatrice aurait pu se rompre, et la guérison se faire long-temps attendre. Il ne suffit donc pas de bien opérer, il faut être médecin en même temps, afin de pouvoir triompher des accidens à mesure qu'ils surviennent. Mais la chirurgie a-t-elle fait tout ce qu'elle devait pour cette dame en la soumettant aux douleurs du bistouri ? Non certainement. L'affection locale n'existe plus, il est vrai, mais cela ne suffit pas : il faut actuellement modifier la constitution générale, s'adresser à l'économie toute entière, afin de la préserver de la récidive à l'aide d'une thérapeutique convenable. Ce n'est que de cette manière que l'on peut obtenir un succès durable. X., D.-M.-P.

Trois cas d'empoisonnement par l'opium, par l'arsenic et par la strychnine ; par M. Tillot, de Dijon.

1° *Empoisonnement par l'opium.* — Un portefaix, après avoir accumulé par petites portions la quantité de seize grammes de laudanum liquide (ce qui équivaut à quatre grammes d'opium), la prit dans l'intention de se détruire. Il ne tarda pas à être atteint de stupeur ; son sommeil devint extrêmement agité et convulsif. Appelé en hâte par sa femme, et après un examen du liquide que ce malheureux s'était administré, je lui fis prendre une solution de 15 centigr. de tartre stibié, et de plus un lavement où il entrait la même quantité d'émétique. Une demi-heure après, comme les symptômes de l'empoisonnement semblaient avoir un peu moins d'intensité, je revins à l'émétique à la dose de 5 centigrammes, et l'amélioration devint d'une extrême évidence, si bien que le lendemain le malade put reprendre son travail.

2° *Empoisonnement par l'arsenic.* — Un domestique avait fait manger à sa maîtresse, par étourderie, des gaudes qui renfermaient de l'arsenic, et que l'on avait préparées pour détruire des rats. Cette dame s'aperçut de suite de la méprise, et m'en fit prévenir. Je lui donnai du persulfure de chaux convenablement dilué ; les vomissemens survinrent presque aussitôt. Pendant quelques heures la malade continua l'usage de ce médicament, qui fut étendu dans une plus grande quantité d'eau. Enfin il n'y eut plus de vomissemens, et l'arsenic ne donna lieu de cette manière à aucun résultat fâcheux.

A cette observation il convient de joindre la suivante, pour montrer l'utilité du persulfure de chaux dans les cas où il est nécessaire de provoquer de prompts vomissemens.

Un père de famille laissa par mégarde de l'arsenic sur une table ; son enfant, âgé de quatre ans, en prit une pincée qu'il porta dans sa bouche et qu'il avala : ce fut du moins la crainte du père. Un médecin, mandé de suite, se disposait à recourir à l'émétique, afin de provoquer le rejet de la substance vénéneuse ; mais dans la crainte que l'arsenic ne fût absorbé avant que l'émétique n'eût produit l'effet désiré, je recommandai l'emploi du persulfure de chaux, qui répondit de la manière la plus complète à mon attente.

3° *Empoisonnement par la strychnine.* — A l'époque de l'année où, par une sage mesure de sûreté, la police fait empoisonner les chiens, un de ces animaux, de forte taille, fut victime d'une semblable précaution, et son maître ne s'en aperçut que quand se manifestèrent les premiers symptômes occasionnés par la strychnine. Je fis prendre au chien 20 centigrammes d'acétate de morphine ; une demi-heure après les vomissemens n'augmentaient pas ; mais comme l'animal me paraissait encore sous l'influence de la strychnine, je continuai l'usage de l'acétate de morphine à la dose de 1 décigramme ; il se rétablit bientôt, et six à huit heures après, il semblait ne plus rien ressentir de rien.

Bien que la morphine eût annihilé les effets de la strychnine, je pensai que ce n'était peut-être pas le remède spécial, et je songeai à recourir à l'eau de laurier-cerise. En effet, après avoir fait prendre 5 centigrammes de strychnine à un chien de petite taille, je lui donnai de suite une cuillerée d'eau de laurier-cerise ; l'animal vomit promptement et ne fut pas malade. Le lendemain, je renouvelai sur lui le même essai, et j'attendis l'effet du poison, c'est-à-dire le complet développement des effets tétaniques ; je lui fis boire alors une cuillerée d'eau de laurier-cerise qu'il rendit à l'instant, nouvelle dose fut administrée sans avoir été rejetée cette fois ; mais les mouvemens convulsifs, moins violens il est vrai, n'avaient pas

disparu ; ils ne cédèrent complétement qu'à une troisième dose d'eau de laurier-cerise, et peu de temps après l'animal reprit sa vivacité naturelle. (*Journ. de Chim. méd.*)

Charbon retiré des poumons d'un charbonnier ;
Par T.-A. QUEVENNE.

Un charbonnier étant mort à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Cruveilhier, on trouva à l'autopsie, que les deux poumons offraient une couleur noire très prononcée et analogue à celle qu'ils présentent dans la mélanose de ces organes. Cet homme ayant succombé à un ramollissement cérébral, et rien autre chose que sa profession ne paraissant pouvoir expliquer cette coloration anormale des poumons, je m'occupai, suivant le désir de M. Cruveilhier, de voir si l'analyse ne décèlerait pas la présence du charbon.

En conséquence, j'ai traité 65 grammes du parenchyme de l'un de ces poumons par une solution de soude caustique. J'ai dissous par ce moyen toutes les matières organiques et j'ai obtenu un liquide noir trouble.

Par des lavages à grande eau et des décantations successives, j'ai isole une poudre noire très ténue, qui présentait l'aspect du noir animal très divisé, mais qui contenait beaucoup de carbonate et un peu de phosphate de chaux, sels dont je me suis débarrassé par l'acide chlorhydrique ; enfin, après avoir traité en dernier lieu par l'alcool bouillant pour enlever certaines matières organiques, non saponifiables, qui auraient pu rester, j'ai obtenu une poudre jouissant des propriétés suivantes : aspect noir intense du charbon ; brûlant sans flamme et en dégageant à peine une légère odeur empyreumatique ; bouillie avec la solution de carbonate de soude ou l'acide sulfurique affaibli, elle n'est pas attaquée ; il est vrai qu'en la calcinant dans un tube avec un peu de potasse, on dégage des vapeurs alcalines, mais cette propriété pouvait bien ne pas être due à la poudre noire elle-même et dépendre de quelques parties organiques dures et résistantes ou moins attaquables par l'alcali. Il faut dire aussi que cette matière laisse par la calcination un résidu couleur de rouille, volumineux, mais léger, riche en fer, insoluble dans l'acide nitrique, soluble dans l'eau régale (silicate ?) ; ce fer provenait-il des poumons mêmes, ou bien avait-il pour origine la lessive de soude (soude à la chaux et non purifiée à l'alcool) que j'avais employée ? On peut faire la même question relativement au carbonate de chaux trouvé en assez forte proportion dans le dépôt et qui aurait pu se former par double décomposition, à la faveur d'un peu de carbonate de soude resté dans la lessive caustique.

Quoi qu'il en soit de ces dernières circonstances, je pense que, d'après l'ensemble des faits ci dessus rapportés, on doit considérer la poudre noire dont il s'agit comme étant essentiellement formée de charbon, et non de la matière organique riche en carbone qu'on a rencontrée dans la mélanose.

La quantité de charbon obtenue dans cette analyse était de	1,02
Et le résidu laissé par la calcination, de	0,22
Ce qui réduit la proportion du premier à	0,80

Or, en admettant que le poids total des deux poumons fût de 2 kilogrammes, il devait s'y trouver 34 grammes de charbon pur.

La présence de celui-ci dans les poumons ne semblera sans doute à personne pouvoir être expliquée autrement que par la profession de cet homme : le charbon, à l'état de poussière impalpable, avait dû pénétrer par la voie de la respiration. S'il en est ainsi, les poumons de tous les charbonniers doivent se trouver dans un état plus ou moins analogue à ceux de celui-ci.

Cette observation n'est assurément pas sans intérêt et peut faire naître, entre autres questions, celle de savoir si les hommes de cette profession seraient préservés de certaines affections ou plus sujets à d'autres ; elle fait voir quelles grandes quantités de matières étrangères, à l'état pulvérulent, peuvent être ainsi introduites continuellement dans notre économie et y exercer d'autant plus d'influence qu'elles sont très rarement, comme le charbon, inattaquables par le liquide avec lequel elles se trouvent en contact. (*Journ. des Conn. médic.*)

POIDS ET MESURES. — PRATIQUE MÉDICALE.

D'après la loi du 4 juillet 1837, qui interdit dans les actes publics toutes dénominations de poids et mesures autres que celles du système métrique, les médecins ne peuvent plus se servir dans leurs prescriptions médicales, ni les pharmaciens dans leurs préparations pharmaceutiques, des anciennes dénominations telles qu'elles étaient indiquées au Codex ; mais cette disposition est loin d'être exécutée d'une manière générale : dans beaucoup de départemens, des medecins, et surtout des officiers de santé, continuent de formuler leurs ordonnances d'après les divisions de l'ancienne livre, que les pharmaciens sont obligés de traduire en grammes et en centigrammes.

On comprend la perturbation qu'a dû apporter, dans la pratique de la médecine, la loi qui a modifié le dosage des médicamens, et l'on ne peut songer sans effroi aux malheurs qu'elle pourrait entraîner, si les praticiens n'apportaient pas la plus grande attention dans la substitution des poids métriques aux poids anciens, surtout lorsqu'il s'agit de l'emploi de substances vénéneuses. De graves accidens résultant d'erreurs involontaires, et occasionnés par le manque d'uniformité entre les prescriptions des médecins et les préparations effectuées par les pharmaciens, ayant été signalés, M. le ministre de l'instruction publique, pour prévenir les dangers auxquels la santé publique était exposée, vient de recommander à MM les préfets des départemens de veiller avec une attention particulière à ce que, conformément à la loi, le système métrique décimal soit seul employé par les médecins, officiers de santé et pharmaciens, dans la pratique de leur art. MM. les professeurs des Facultés et les membres des jurys médicaux devront s'assurer si la loi de 1837 est ponctuellement observée, en se faisant représenter, lors de leurs visites dans les pharmacies, les ordonnances médicales qui auraient été exécutées dans le courant de l'année ; ils signaleront toutes les infractions qu'ils auraient constatées.

Pour arriver plus sûrement à une réforme complète du mode de formuler, M. le ministre a décidé, en outre, que les jeunes gens qui se présenteraient devant les jurys médicaux, pour être reçus officiers de santé ou pharmaciens, auraient à justifier dorénavant d'une connaissance suffisante du système métrique des poids et mesures dans ses divisions et ses dénominations applicables à la pratique médicale. Ces notions seront comprises dans un des examens que les candidats doivent subir avant leur réception. Il est à désirer que les jurys médicaux se conforment exactement à cette sage prescription et se montrent justement sévères à l'égard de tout candidat qui ne répondrait pas d'une manière satisfaisante aux questions qui lui seront adressées sur le dosage des médicamens. La population entière est intéressée à ce que les ordres du ministre soient ponctuellement exécutés.

Faculté de médecine de Paris. — Concours pour deux chaires de clinique chirurgicale et de pathologie externe, vacantes à la Faculté de médecine de Strasbourg — Aujourd'hui, à cinq heures, le jury s'est assemblé, et la nomination a été rendue publique immédiatement après. Les concurrens désignés sont MM. Sedillot et Rigaud.

Si jusqu'aujourd'hui on n'est point parvenu à guérir radicalement les cors, ognons, durillons et œils-de-perdrix, c'est qu'on a indistinctement employé pour les uns ou les autres les mêmes moyens curatifs, tandis que chacune de ces affections demande à être traitée par un remède particulier.

M. DUNAND, pharmacien, après de longues recherches, est parvenu à composer un Papier et une Pommade dont les effets sont certains pour la guérison des cors et des durillons. Ce papier adhère à la peau et la rend souple. Quand le cor ou durillon est léger, une simple application du papier suffit ; lorsque, au contraire, les racines sont profondes et anciennes, il est nécessaire de recouvrir ce papier d'un morceau de pommade du volume d'un pois.

Pour les ognons et œils de-perdrix, il faut une substance tonique et adoucissante : l'Eau ectylotique de M. Dunand est, sans contredit, le meilleur remède que l'on puisse employer ; elle résout le gonflement et facilite le suintement, s'il y en a. Pour se servir avec avantage de cette Eau, il faut préalablement couvrir le centre de la partie enflammée d'un morceau du Papier dont nous avons parlé, y pratiquer quelques piqûres pour que le suintement s'exerce librement, et recouvrir le pourtour avec un peu de linge imbibé de l'Eau ectylotique.

Nous recevons le 10e volume de la *Biographie des Hommes du jour* par MM GERMAIN SARRUT et SAINT EDME, qui vient de paraître chez KRABBE, éditeur, quai Saint-Michel, 15, et PILOUT, rue de la Monnaie, 22. Au seul vu de la table, on peut dire que les auteurs ne sont pas restés au-dessous des volumes précédens dans le choix des hommes de science auxquels ils ont consacré des articles ; ils ont fait de nombreuses excursions à l'étranger sans négliger les illustrations nationales, car nous trouvons les noms de MM. de Saussure, de Saluces, etc., à côté de ceux de MM. Jourdan, Cayol, etc.

On doit lire surtout la notice consacrée à M. Cayol, afin d'apprécier si, comme à leur ordinaire, les auteurs sont restés fidèles à leur devise : *justice, vérité, impartialité.* La notice de M. Cayol ne doit pas être un travail sur un homme, mais encore un travail sur une institution, celle du concours ; les biographes l'ont compris, et ils sont vraiment descendus dans le fond de la question.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 27 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 91, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Les ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Juillet, le Journal ne paraîtra pas jeudi 29 juillet.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Amputation tibio-tarsienne; par M. le docteur BAUDENS, chirurgien en chef.

Il y a plus d'un an que j'ai pratiqué, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, l'amputation tibio-tarsienne sur un soldat de la garnison de Paris, lequel, par suite d'une entorse chronique, était affecté d'une carie des os du tarse. Cette opération, faite dans des circonstances défavorables, comme on le verra plus bas, n'en a pas moins été couronnée d'un plein succès.

Envisagée au point de vue général de la chirurgie, l'amputation tibio-tarsienne rentre dans la loi commune qui prescrit de toujours conserver aux membres le plus de longueur possible; et qu'on ne dise pas que les indications de cette opération se présentent rarement, cette objection serait à l'instant démentie par les hommes qui, placés à la tete des hôpitaux, savent qu'un très grand nombre d'amputations de jambe reconnaissent pour cause des caries des os du tarse, dont la guérison ne nécessiterait rigoureusement que la perte du pied en totalité.

La possibilité de conserver la jambe en entier doit sourire, parce que, d'une part, plus on s'éloigne du tronc, moins sont épaisses les parties sur lesquelles le couteau doit avoir action; d'où il résulte une surface traumatique moins étendue, une réaction moins forte sur les grands centres de la vie, et une chance plus grande de guérison. D'une autre part, en conservant toute la longueur du levier représenté par la jambe, l'articulation tibio-fémorale reste dotée de toute la plénitude et de toute la liberté de ses fonctions. Quant à la perte du pied, il est si facile d'y suppléer par des moyens prothétiques, qu'elle peut être dissimulée au point de tromper l'œil le plus exercé; mais, soit respect des traditions séculaires, soit exagération de difficultés plus apparentes que réelles, on a fait bon marché des avantages que promettait l'amputation tibio-tarsienne.

Voici la marche que j'ai suivie dans ce mémoire: Dans un coup-d'œil historique et rétrospectif, je fais l'inventaire des documens que la science nous a légués jusqu'à ce jour concernant la désarticulation totale du pied; j'expose mon manuel opératoire pour cette opération; je trace ensuite l'histoire de mes opérés, et je termine par quelques considérations d'ensemble et comparatives.

HISTORIQUE. — Etudié au point de vue des amputations, le membre pelvien témoigne puissamment des efforts et du progrès de la chirurgie. Toutes les parties qui constituent cet appendice ont tour à tour été visitées par le couteau et la scie, à l'exception d'une seule; nous voulons parler de l'articulation tibio-tarsienne.

L'aspect heurté de la mortaise qu'elle représente, la force des saillies malléolaires, le défaut apparent, mais non réel des parties molles, les préjugés relatifs aux tendons, ont défendu cette brisure articulaire contre les empiétemens de notre art, et le respect religieusement observé à son égard a donné plus d'une entorse au précepte, d'ailleurs si sage et si éminemment chirurgical, de toujours couper les membres le plus loin possible du tronc.

Hippocrate, dont le génie a sondé la science avec tant de profondeur et de précision, n'a pas manqué, il est vrai, de signaler cette articulation aux investigations chirurgicales; mais, disons-le franchement, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, les tentatives ont échoué complétement, et l'on n'est point encore parvenu à doter cette opération de lettres de naturalisation.

Voici comment Hippocrate s'exprime dans son livre *De Articulis*, sect. 4: « At resectiones ossium perfectæ circa articulos et in manu, et in tibia malleolos, etc. »

D'après Sabatier (t. III, p. 335), F. de Hilden, après avoir exposé les avantages qu'il croit devoir résulter de l'amputation dans les articles, assure qu'il en a fait un fréquent usage: « idque frequentissime expertus sum. » Cependant, ajoute Sabatier, on trouve peu d'exemples de cette amputation, parce que sans doute on a jugé qu'il était plus à propos de couper la jambe à quelque distance du genou, pour donner aux malades la facilité de se servir d'une jambe de bois. C'est, du moins, ce que l'on peut inférer de ce passage de Paré. « Je sais que le capitaine Le Clerc, étant sur un navire, eut un coup de canon qui lui emporta le pied un peu au-dessus de la cheville, de laquelle plaie il fut guéri; mais quelque temps après, voyant que sa jambe lui nuisait, la fit couper jusqu'à cinq doigts près du genou, et maintenant se trouve mieux à marcher qu'il ne faisait auparavant. »

J'ai cité en entier l'opinion de Paré rapportée par Sabatier à l'occasion de l'amputation tibio-tarsienne, afin de la réfuter sur-le-champ en ce qui concerne le sujet que nous traitons; et, en effet, puisque le coup de canon avait emporté le pied un peu au-dessus des malléoles, n'est-il pas évident que ce fait n'a aucun rapport avec l'amputation tibio-tarsienne? Sabatier a fait ici une erreur; l'objection soulevée ne serait tout au plus applicable qu'à l'amputation au tiers inférieur de la jambe, comme Solingem la pratiquait.

Du reste, Sabatier décrit le procédé opératoire suivant, pour le cas où l'on voudrait recourir à cette amputation.

« On couperait les tégumens autour et au dessous de la jointure, et après les avoir fait relever, on inciserait les ligamens latéraux du pied, en faisant glisser le tranchant du couteau de bas en haut entre les deux malléoles et l'astragale. Il serait ensuite facile de désarticuler le pied, et d'achever le retranchement de cette partie par la section des tendons et des portions de ligamens qui n'auraient pu être entamés. »

M. Velpeau, dans sa Médecine opératoire, publiée en 1839, t. II, p. 499, indique le mode opératoire qui suit:

Deux incisions en demi-lune, passant, l'une sur le coude-pied, l'autre au-dessus du talon, à douze ou quinze lignes en avant et en arrière de l'articulation, se réunissant pour former une autre demi-lune de chaque côté, à un pouce environ au-dessous des malléoles, en constitueraient le premier temps.

Après avoir fait retirer la peau, on diviserait les tendons extenseurs des orteils, des péroniers, du jambier antérieur, des muscles fléchisseurs du métatarse, le tendon d'Achille, les ligamens latéraux externes, latéral interne, antérieur postérieur, le plus près possible de l'articulation. Dès lors, l'astragale pourrait être séparé sans effort de la mortaise péronéo-tibiale, et être enlevé avec le reste du pied. Les moyens hémostatiques appliqués, je voudrais qu'on rapprochât les lèvres de la plaie d'avant en arrière afin que ses angles renfermassent les pointes malléolaires. C'est pour atteindre ce but que je propose d'inciser les tégumens à quelque distance des malléoles et des échancrures articulaires, et non tout près, comme le veulent Brasdor et Sabatier.

Puisque nous venons de citer Brasdor, il est bon que nous sachions ce qu'il conseille au sujet de l'amputation tibio-tarsienne.

A la page 786, tome V, des Mémoires de l'Académie de chirurgie, voici ce qu'il dit: « La jambe étant tenue par un aide dans une situation horizontale, l'opérateur appliquera sa main gauche sur le dessus du pied, qu'il étendra; il prendra le couteau..., le portera au-dessous de la malléole opposée, et le ramènera en le conduisant pas dessus le col du pied et au-dessous de l'autre malléole. Il sera nécessaire d'appuyer fortement pour couper en leur entier les ligamens qui attachent le pied aux malléoles, et toutes les parties molles qui se trouvent dans le trajet de cette section. Au-dessous des malléoles, le tranchant du couteau sera dirigé obliquement de bas en haut; l'opérateur, sans faire de violence, tendra peu à peu à luxer le pied du côté de la malléole au-dessous de laquelle il aura commencé l'incision.

L'articulation de l'astragale avec le cuboïde s'ouvre très facilement; c'est à quoi il faudra prendre garde, parce que l'astragale étant détaché du cuboïde, est plus difficile à ôter de la cavité articulaire formée par les os de la jambe. Cette dernière opération une fois faite, il reste à couper le

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Il vous faut du nouveau, des nouvelles dites-vous; vous voulez un *courrier*. Un courrier? Je suis le vôtre. Du nouveau, des nouvelles? Une explication sur ces mots: Les entendez-vous comme les inventeurs et surtout comme les médecins les entendent? Peut-on vous faire du nouveau avec les Arabes, avec les Grecs? Acceptez-vous les anciennes nouvelles quand je n'en aurai pas de fraîches? Pourrai-je vous annoncer un jour, que Richerand est mort, pour vous dire comment il a vécu? *L'anarchie dans la Faculté de Paris* pourra-t-elle vous être expédiée par dépêche, comme le *dalhia sur le trône chirurgical*, nouvelle la plus nouvelle de toutes, excepté cependant la *chirurgie simplifiée* de M. Mayor, dont quelques parties seulement ont exigé deux énormes volumes in-8°!

Vous permettez, dites-vous, quelques critiques sur les hommes, car c'est l'homme médecin que vous voulez faire connaître. Vous désirez seulement que je ne touche pas aux journaux de médecine, encore moins aux journalistes. C'est ce que je ne puis vous promettre, et pour ne pas vous obéir, je commencerai par vous. Comment, Phocéen! vous avez inventé le vrai feuilleton médical et vous le négligez ainsi! Tandis qu'on voit au bas des volumes de vos confrères de l'esprit en petit texte, vous, avant tout satyrique, vous placez au-dessous des colonnes de la science, encore de la science! Mais, Monsieur, vos abonnés ne sont pas tous bénédictins; il y en a qui sont nés malins et Français: ceux-là sont les asphyxiez, vous les tuez quand, après une clinique de M. Rostan, vous leur servez en feuilleton le poison inventé par M. Giacomini, de Padoue. Croyez-vous qu'un homme qui a dévoré une leçon de M. Velpeau sur les *rétentions d'urine*, n'aimerait pas mieux attendre un autre jour pour lire un feuilleton sur les maladies des os?

Je pourrais vous citer d'autres numéros coupables de pareille lourdeur. Je m'abstiens, car je ne veux pas me brouiller avec tous vos collaborateurs. Vous allez me répondre: « Pour qui aime le comique et la satire, la matière ne manque pas, et les articles qui portent les titres les plus sérieux, qui ont les allures les plus scientifiques, ne sont pas ceux qui renferment le moins de sel; il faudrait chercher et le trouver, voilà tout. » Le trouver, oui; le chercher, non; c'est votre affaire. Il est certain que la discussion sur l'arsenic normal ou non normal, discussion qui a la prétention d'être sérieuse parce qu'elle se passe dans les Académies, il est certain que cette discussion est au fond plus divertissante que les feuilletons du docteur Mathanasius. Je suis bien persuadé aussi qu'il y a beaucoup de *mouches* du Karr médical qui sont moins amusantes qu'un des vingt trois lapins que M. Giacomini a fait gambader dans votre feuilleton du 27 mai pour prouver qu'il y a du poison, même dans l'agent therapeutique par excellence, le sulfate de quinine. Mais tout cela, il faut le chercher avec le microscope de l'esprit, et M. Donné ne nous a fait encore aucune leçon sur l'emploi de cet instrument. D'ailleurs la plupart des praticiens sont éloignés de la première scène du monde médical, ils lisent les rôles, ils ne voient pas les acteurs, ils ne voient pas les coulisses; ils peuvent donc commettre une erreur sur les hommes, erreurs qui ont une grande influence sur l'opinion qu'ils se forment de leurs œuvres. Mais, me direz-vous encore, ce monde médical est si chatouilleux, si ombrageux, et surtout si difficile sur l'esprit qu'il ne fait pas.... Prévention, prévention. Vous êtes arriéré de douze ans, mon cher Monsieur. Il y a douze ans, quand vous annonçâtes une certaine *tournée chirurgicale*, on voulut vous couper la gorge; aujourd'hui, on se fait soi-même des malices de ce genre, et ce ne sont pas les réclames les moins productives Il y a douze ans, la moindre allusion faite aux défauts d'esprit d'un confrère vous en faisait un ennemi: aujourd'hui, on craint moins ces allusions, parce que l'esprit est mieux fait. On a dans un journal de médecine intitulé un article *Histoire d'un âne*; personne, que je sache, n'a réclamé. Il y a douze ans, vous étiez obligé d'avoir de l'esprit à vous seul; tous les frais de ce genre étaient faits par vous: aujourd'hui vous avez des confrères qui en font plus que vous; eh bien, vous leur en emprunterez. Vous aurez ainsi la certitude de rencontrer quelques approbateurs. Vos collègues ne verront pas avec chagrin, ils s'étonneront encore moins que vous ayez trouvé chez eux assez d'esprit pour en prendre et en laisser. Les feuilles médicales ne seront pas seules ouvertes à vos larcins. Le lourd cahier, cette grosse artillerie de la science, a ses feuilletons, et ce ne sont pas les moins piquans; de sorte que vous pourriez faire de l'esprit avec celui des autres comme on fait de la science avec la science des autres. Vous pourriez même le faire sans vous exposer à une accusation de larcin, car l'esprit n'appartient à personne, encore moins à celui qui le fait.

Mais c'est assez parler de vous ou contre vous: voici qui est plus intéressant, mais plus triste.

Vous savez, car on l'a assez dit, que les médecins et chirurgiens qui arriva ent nouvellement aux hôpitaux n'étaient pas indemnisés. Ils ont fait entendre de justes plaintes au conseil général et au conseil municipal. Nos confrères avaient pour eux leurs services, la raison, le droit et même le réglement; ils avaient aussi de leur côté beaucoup d'administrateurs et beaucoup de conseillers Savez-vous ce qu'ils ont obtenu! Six cents francs pour chacun! c'est-à-dire les gages d'une cuisinière de bonne maison, comme le dirait madame Boivin, ce défunt docteur dont il faudra bien vous parler un jour. Mais quel est le budget qui sera grevé d'une si énorme somme (total six mille francs et quelques centimes)? Est-ce dans la caisse de la ville? Dans celle des hôpitaux que l'on prendra? Non, dans la poche de MM. Ferrus, Bally et Pariset, qui s'étaient voués à une retraite demi-volontaire, demi-obligée. Il est vrai de dire que la ville viendra au secours des deux illustres et bons vieillards: ils n'auront plus de traitement, ils recevront une aumône! M. Ferrus ne recevra rien!...

Dans la composition de la dernière fournée de pairs, il a été encore question de quelques noms haut placés dans notre monde médical. M. Double a failli prendre la place de M. de la Redorte; mais M. Soult a lâché son Esculape (style du conseil), quand on lui a dit qu'en nommant l'ami de M. Thiers, le 29 octobre faisait une niche au 1er mars. Absolument comme dans le concours pour la chaire de Richerand, nu juge se rangea du côté des dalhias (1) quand il put comprendre qu'il faisait une niche à un sien voisin qui lui portait ombrage. D'ailleurs, Monsieur, la liste des nouveaux pairs n'est pas encore close. Mais je doute que nos confrères passent avant le peintre du vœu de Louis XIII.

Dr LYRAC.

— Cette lettre a été jetée dans notre boîte; nous la publions dans l'espérance que notre Aristarque inconnu ne voudra pas nous laisser dans l'embarras. Nous ne lui demandons qu'un mois ou deux de verve tous les huit jours. Nos sept in octavos finis, les ongles du Phocéen auront probablement repoussé, et alors gare à lui... et à d'autres, depuis les pachas à trois queues jusqu'aux tribuns!!!...

(1) Nous expliquerons ce qu'on entend par *dalhia* en chirurgie.

tendon d'Achille et l'opération sera terminée.

L'indication de conserver de la peau pour recouvrir les faces articulaires mises à nu, n'a point lieu pour cette amputation. Comme elle représente une cavité, il faudrait que ce tégument, pour s'y enfoncer, se repliât par-dessous les bords, ce que l'on ne peut espérer. Cependant, les extrémités osseuses devant s'affaisser par la suite, on fera bien de porter le couteau un bon travers de doigt au-dessous des malléoles.

Nous l'entendons, un bon travers de doigt au-dessous des malléoles, tandis que Sabatier dit positivement : On couperait les tégumens antérieurs au-dessous de la jointure. M. Velpeau a donc prêté à ces deux chirurgiens une opinion diamétralement opposée à celle qu'ils ont écrite, quand il dit plus haut :

« Je propose d'inciser les tégumens à quelque distance, et non tout près, comme le veulent Sabatier et Brasdor, des malléoles et des échancrures articulaires. Or, ceci posé, il résulte que les procédés opératoires de Brasdor, de Sabatier et de M. Velpeau, sont absolument les mêmes.

Cette revue historique pourra paraître un peu longue ; nous tâcherons d'abréger, et notre tâche sera d'autant plus facile que l'on ne s'est guère occupé de cette amputation qu'accidentellement. Néanmoins, comme nous avons à cœur de bien établir la priorité de notre procédé opératoire, qu'il nous soit permis de demander encore à quelques chirurgiens des plus célèbres, leur opinion concernant l'amputation tibio-tarsienne.

Et d'abord, remarquons que Dupuytren n'en dit pas un seul mot, lui qui a traité à fond la question des amputations dans ses immortelles leçons de clinique. Sir Astley Cooper garde le même silence. Samuel Cooper (Dictionnaire de Chirurgie pratique, page 96), a écrit trois lignes sur cette amputation. Il est inutile, dit-il, d'exposer dans cet ouvrage la manière d'amputer l'articulation tibio-tarsienne ; cette opération ne sera jamais adoptée généralement. Rossi (Elémens de médecine opératoire, tome II), dont les écrits d'ailleurs inspirent peu de foi, s'exprime ainsi qu'il suit :

« J'ai exécuté avec un heureux succès cette extirpation, en coupant les parties molles avec deux ligatures placées une de chaque côté, faisant pour cela entrer deux fils dans le centre de l'articulation de la partie antérieure à la postérieure avec une sonde en cas de carie des os du tarse. »

Rossi ne dit pas un mot des phénomènes qui ont signalé cette opération avant, pendant et après. Combien de temps la guérison s'est-elle maintenue. L'amputé a-t-il pu marcher en appuyant sur le moignon ; et dans ce cas, de quel moyen prothétique a-t-il fait usage ? Sur tous ces faits intéressans, rien, absolument rien. A la page 229, il se contente d'ajouter ces mots : « Tout ce qu'on a dit dans l'article précédent (amputation tibio fémorale), doit s'entendre répété pour l'extirpation du pied avec la jambe. Cette opération devra se faire pour les mêmes causes, dans les mêmes circonstances et avec les mêmes précautions, conservant deux lambeaux de tégumens au moyen desquels on couvre l'extrémité des os de la jambe. »

Voici maintenant l'opinion de Petrunti (t. II, p. 391 ; Naples, 1822) : « La désarticulation du pied ne se pratique jamais, au dire de Richerand, parce que la surface inégale de l'articulation et la proéminence des deux malléoles rendent difficile et presque impossible la cicatrisation ; d'ailleurs le malade ne pourrait jamais s'appuyer sur cette extrémité. » Tel est aussi l'avis des auteurs du Dictionnaire des sciences médicales : à moins que la gangrène ne soit limitée dans ce membre, et qu'une violence traumatique ne l'ait en partie désarticulée ; encore, dans ce cas, préfère-t-on amputer la jambe au lieu d'élection.

Bertrandi ne dit pas un mot de la désarticulation du pied. M. Couprie (thèse n° 110, 1825, p. 9), avance ce qui suit : « Ravaton avait proposé d'amputer le plus près possible du pied... Des chirurgiens ont rejeté cette proposition d'une manière trop exclusive. Une observation digne d'être citée vient à l'appui de ce que nous avançons. Un militaire, pendant la campagne de Russie, eut le calcanéum emporté par un boulet. Un chirurgien fit l'amputation dans l'articulation tibio-tarsienne ; le malade guérit très bien, reçut son congé et vint à Paris, où on lui fit faire une bottine si bien perfectionnée, que cet homme exerce depuis douze ans la profession de menuisier sans ressentir aucune douleur dans le moignon. La claudication est peu sensible. Cet homme est aujourd'hui gardien du cimetière Ste-Catherine. » Nous reviendrons sur ce fait, tout écourté qu'il est.

D'après l'opinion attribuée par M. Couprie à Ravaton, on pourrait croire que ce dernier a pratiqué l'extirpation du pied tibio-tarsienne : il n'en est rien ; seulement ce chirurgien a amputé près des malléoles. En effet, à la page 407 du livre de Ravaton sur les plaies d'armes à feu, voici ce qu'on lit : « L'usage établi de tous les temps, quand il y a une maladie à l'un des pieds qui demande l'amputation, c'est de couper la jambe au dessous du genou, parce que si on le conservait dans toute sa longueur, elle serait incommode et inutile au malade, qui est toujours obligé dans la suite de porter une jambe de bois. Par cette nouvelle méthode on doit la couper le plus bas possible. Il m'est arrivé de faire l'amputation près des malléoles à un paysan, à l'occasion d'une carie ; il continua de marcher et de travailler après la guérison, par le secours d'une bottine de cuir suffisamment exhaussée, matelassée, et bien lacée devant et derrière autour de la jambe. J'examinai le moignon deux ans après, et je trouvai que la peau qui le recouvrait était aussi épaisse, aussi compacte que celle du talon. » Bien que Ravaton n'ait pas fait l'amputation tibio-tarsienne, le fait qu'il rapporte ne laisse pas que de nous intéresser, parce qu'il constate que l'amputé marchait aisément sur son pilon à l'aide d'une simple bottine.

B. Bell (4e édit., t. VI, p. 244), fait aussi bon marché de l'amputation tibio tarsienne ; écoutons-le : « Quelques auteurs recommandent, il est vrai, de faire l'amputation du pied dans l'articulation de la malléole ; mais on ne peut convenablement recouvrir la plaie, et un moignon de cette longueur est moins utile, ce qui suffit pour faire rejeter cette pratique.

M. Larrey dit, en parlant de cette amputation (Clinique chirurgicale, t. III, p. 667) : « Nous ne parlerons pas de l'amputation du pied avec la jambe..... Comme nous l'avons dit à l'occasion de celle qu'on pratique dans la continuité de la jambe au-dessus des malléoles, cette portion du moignon serait plus nuisible qu'utile au sujet, sans parler même des chances fâcheuses que l'amputation faite à cette partie inférieure du membre offre constamment. »

M. Blandin (Anatomie topographique, pag. 656) porte sur l'amputation qui nous occupe le jugement qui suit : « L'extirpation du pied, bien qu'indiquée par Hippocrate, comme peu grave, ne doit point être pratiquée, d'abord parce qu'elle laisserait à nu une surface osseuse très large que l'on pourrait à peine recouvrir avec des lambeaux fournis seulement par la peau et quelques tendons ; en second lieu, parce que toute la portion inférieure de la jambe gênerait dans l'application d'un moyen artificiel convenable. »

Quant à M. Malgaigne (Manuel de médecine opératoire, p. 343), il se borne à rapporter le procédé opératoire de M. Velpeau, cité plus haut ; il ajoute que si les malléoles faisaient trop d'obstacle à la réunion, il n'y aurait aucun inconvénient à les retrancher, et il conclut que la somme des inconvéniens de cette opération est bien au-dessus des avantages qu'on peut s'en promettre, et qu'elle est absolument à rejeter. »

M. Bégin (p. 994, II, t. Médecine opératoire), s'exprime dans les termes suivans : « Indiquée par Hippocrate, mise en pratique par F. de Hilden, et l'objet des éloges de quelques praticiens, l'amputation du pied, dans son articulation avec la jambe est aujourd'hui entièrement abandonnée. Il faudrait, pour qu'elle pût être remise en honneur, qu'il devînt facile d'adapter des bottines mécaniques à l'extrémité inférieure du membre. »

Enfin, M. Sédillot, dans son excellent Traité de médecine opératoire, publié il y a peu de jours, s'exprime en ces termes à la page 331 :

« On a quelquefois enlevé le pied en totalité dans son articulation avec la jambe ; mais cette opération, malgré quelques succès enregistrés dans la science, est toujours restée exceptionnelle et n'a été érigée en règle par aucun chirurgien. Cette réprobation tient, non seulement à l'irrégularité de la plaie et à l'excessive rareté des indications, mais surtout à l'impossibilité où se trouvent les malades de marcher sur l'extrémité du moignon, faute de moyens prothétiques convenablement construits. Telle est la difficulté contre laquelle le génie des chirugiens a échoué jusqu'à ce jour, et, en attendant qu'elle soit levée, on a décrit de nombreux procédés opératoires pour une amputation que personne ne voudrait faire. On a proposé deux incisions en demi-lune passant l'une sur le coude-pied, l'autre au-dessous du talon, à douze ou quinze lignes en avant et en arrière de l'article, et se réunissant de chaque côté à un pouce au-dessous des malléoles. Un autre chirurgien a pensé qu'il valait mieux former un lambeau postérieur. L'on pourrait varier ces procédés qui n'ont d'autre défaut que celui de manquer complètement d'application. »

J'en demande bien pardon à M. Sédillot, dont j'apprécie d'ailleurs tout le mérite ; je ne puis partager son opinion. L'irrégularité de la plaie ne tient évidemment qu'au vice du mode opératoire, et quant aux indications de cette amputation, les cas qui la réclament sont si peu rares, que la plupart des amputations de jambe sont pratiquées pour des altérations des os du tarse qui, rigoureusement, n'exigent que l'ablation du pied. Quant à l'impossibilité de marcher sur le moignon, elle n'est plus fondée aujourd'hui, comme je le démontrerai plus bas.

Nous pourrions augmenter encore le nombre des citations, mais toutes ont, avec celles que nous venons d'exposer, un air de famille si parfait, qu'elles seraient désormais sans intérêt aucun.

Comme on le voit, tous les chirurgiens, tant anciens que modernes, sont unanimes pour repousser l'amputation tibio-tarsienne d'une manière absolue. Toutefois, hâtons-nous de le dire, le prudent et sage Sabatier s'abstient de blâmer cette amputation. M. Velpeau (Médecine opératoire, t. II, p. 498) croit que l'on en a exagéré les inconvé-

---

CONCOURS POUR LES DEUX CHAIRES VACANTES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Le voilà donc fini, ce concours commencé au milieu d'un orage ! L'issue était en grande partie prévue. La voix publique avait d'avance décerné la première place à M. Sédillot, et les épreuves n'auraient fait que confirmer cette nomination anticipée, si elle avait eu besoin de confirmation. Une chose a étonné relativement à M. Sédillot : c'est qu'il n'ait pas eu *littéralement* l'unanimité.

Mais d'abord, voyons comment se sont réparties les voix. Il y avait cinq candidats :

MM. Sédillot,
Rigaud,
Sanson,
Desprez,
Lacauchie.

Au premier tour de scrutin, M. Sédillot a réuni 9 voix sur 10.

Au second tour, M. Rigaud a eu 7 voix, M. Sanson 2, M. Desprez 1.

Ainsi, il y avait cinq candidats, quatre ont eu des voix. Soit dit en passant, M. Lacauchie méritait plus de bienveillance. Sans aucun doute, nous ne voudrions pas soutenir que ses leçons n'ont rien laissé à désirer pour le fond, et ce candidat ne s'est pas suffisamment attaché à faire preuve de solidité dans ses connaissances ; mais enfin il a témoigné d'un bel organe, d'une accentuation nette, d'une exposition précise, correcte, et cela aurait dû le sauver d'un écrasant oubli. Il y avait là dix juges votans ; pas un n'a songé à lui ; il a été laissé dans l'ombre comme non avenu. Si le nombre des candidats eût été plus considérable, cela n'aurait pas été remarqué. Il y a douze candidats : quatre ont des voix, six n'en ont pas, on n'y regarde pas ; mais ici c'était fort différent. Il fallait contenter tout le monde, sauver l'amour-propre de chacun : c'était chose facile. M. Lacauchie méritait certainement que l'on usât de la même libéralité envers lui qu'envers M. Desprez. Si l'un a un peu plus de fond, l'autre a beaucoup plus de forme.

Il est possible que M. Lacauchie se soit fait du tort dans son argumentation contre M. Rigaud, et dans ses argumentations en général. On s'est choqué de certaines locutions qui lui sont échappées trop souvent dans le feu de la discussion ; c'étaient, à chaque instant, des *que diable !* des *quand le diable y serait* (il s'en serait bien gardé, le malheureux !) des... enfin, on trouvait que c'était militaire en diable. Plusieurs fois nous avons surpris une contraction ironique, un sourire improbateur sur le visage de l'un des juges académiques du concours. Dès ce moment, nous avons craint pour M. Lacauchie, attendu que s'il y avait un juge capable de se prononcer en faveur d'un candidat distingué par la forme, c'était bien celui dont nous parlons.

Nous disions donc que M. Sédillot n'avait pas eu littéralement l'unanimité. Littéralement, voilà un adverbe qui en dit gros. En fait, M. Sédillot a été nommé à l'unanimité. M. Desprez ne nous en voudra pas si nous regardons la voix qui est allée le chercher au premier tour de scrutin, comme une voix perdue. Si, en effet, ce candidat avait des chances et de justes prétentions, ce ne pouvait être à coup sûr pour la première place.

Dirons nous ou ne dirons-nous pas quelle est la voix qui a manqué à M. Sédillot ? Ce n'est pas une voix de l'Académie. Ce n'est pas non plus celle d'un professeur de chirurgie... Mais silence : aussi bien le seul dissident de ce nouveau conseil des dix a protesté de ses bonnes intentions. Si la nomination de M. Sédillot eût pu le moins du monde être douteuse, *il aurait voté des deux mains*. Il n'en est pas moins vrai que si tous les juges avaient raisonné de cette manière, au lieu d'avoir l'unanimité, M. Sédillot aurait bien pu ne pas même être nommé au premier tour de scrutin.

Nous avons été sévère dans nos compte-rendus, à l'égard de M. Rigaud. On aura remarqué, cependant, que nos critiques portaient beaucoup moins sur le fond que sur la forme. C'est surtout, à proprement parler, la manière dont il articule qui a été l'objet de nos remarques. Cela semblera, au premier abord, puéril ; mais c'est là cependant un point important. On voudra bien faire attention à ceci : que la première condition pour un professeur est de se faire entendre. Hé bien ! M. Rigaud parle si doucement, et avec une telle multiplicitéde gestes, qu'il y a double fatigue pour ses auditeurs, et qu'en définitive il lui arrive souvent de ne pas être entendu. C'est un conseil que nous nous permettons de donner à M. Rigaud ; il faut qu'il se surveille à l'endroit de la phonation. A plusieurs reprises, pendant son argumentation, le public impatienté, et même les juges, ont dû le prier de parler plus haut.

Voici maintenant une critique d'une autre nature. M. Rigaud a le plus grand besoin de s'affermir dans ses opinions scientifiques. On a dit dernièrement de lui, dans un autre journal, qu'il était l'homme qui faisait l'usage le plus immodéré de la parenthèse, et il est bien vrai qu'a cet égard on pourrait l'appeler l'homme du *cependant* et du *toutefois*. M. Rigaud dit tres bien ce qui a été dit ; mais aussitôt qu'il s'agit de se prononcer, il se tourne de tous côtés, et sa phrase devient si embarrassée, si hésitante, si mêlée d'incidences contradictoires, qu'il est impossible d'y trouver la formule d'un jugement sur l'objet en question. C'est peut-être un paradoxe de la mauvaise espèce que nous allons commettre ; mais nous préférons un homme qui se prononce dans le sens de l'erreur, à celui qui ne sait de quel côté se ranger. Rien n'est plus pénible que cette oscillation, ce flux et ce reflux continuel de l'esprit. L'homme qui se trompe, au moins, nous laisse apercevoir la vérité, et nous aide même à l'apercevoir, parce que l'erreur fait ombre pour ainsi dire ; mais l'homme qui ne sait pas prendre de parti, obscurcit la vérité comme il voile l'erreur, de sorte que tout à la fois la première nous paraît moins probable, et la seconde plus acceptable.

Cet état de l'esprit s'explique de diverses manières ; il peut tenir à un excès de circonspection. Un chirurgien aussi habile à dire de jolies choses qu'à en écrire de bonnes, M. Vidal (de Cassis), puisqu'il faut le nommer, celui-là même qui a fait la phrase de la parenthèse sur M. Rigaud, a dit qu'il fallait autant que possible être d'accord avec les autorités chirurgicales. Cette phrase mérite d'être méditée. Le lecteur concevra aisément que s'il y a un cas dans lequel il faut craindre de heurter les autorités, c'est précisément celui où elles disposent d'une voix qu'elles peuvent vous donner ou vous refuser. Dans ce cas, l'hésitation est un inconvénient grave qui peut nuire au candidat dans l'esprit de ses juges, beaucoup plus que le servir ; mais, enfin, elle ne constitue pas un cas désespéré.

Il n'en est plus de même si cette hésitation est l'état normal, attendu qu'alors elle ne peut plus s'expliquer que par un défaut de connaissances ou par un défaut de jugement. Quand elle se présente à l'état de vacillation intellectuelle permanente chez un homme qui a beaucoup étudié, c'est le pire de tous les cas, et le mal est sans remède, car il a sa source dans un vice congénial de l'intelligence.

M. Rigaud a eu sept voix ; c'est bien certainement plus qu'il n'espérait : il ne devait en avoir que six ; la septième a été le résultat d'une erreur de bulletin. C'est du moins ce qui nous a été assuré. Cette septième voix de M. Rigaud devait faire la troisiè-

niens. « Je pense, dit-il, que si des circonstances favorables se présentaient, il serait permis de faire encore quelques tentatives à ce sujet. » M. Lisfranc, au dire de M. Malgaigne (Médecine opératoire, p. 343), n'en parlait pas dans ses leçons, sans témoigner quelque regret de l'oubli dans lequel elle est plongée.

Nous avons compulsé bien des livres pour connaître si les fastes de la science contiennent quelques observations bien avérées d'amputations faites dans l'articulation tibio-tarsienne ; nos investigations seront peut-être plus heureuses par la suite ; pour le moment, elles n'ont produit que fort peu de résultats. Je n'ai trouvé que deux faits, encore sont-ils écourtés et bien peu concluans. Je ne rappelle pas celui de Rossi, cité plus haut, et ce pour les raisons déjà émises. L'un de ces faits est rapporté par Brasdor, l'autre par M. Malgaigne qui dit le tenir de M. Lisfranc. Voici ce que dit à ce sujet Brasdor, à la page 770, tome V, Mémoires de l'Académie de chirurgie : « Le pied d'un enfant de dix ans tomba en mortification par l'effet d'une cause extérieure ; M. Sédiller, maître en chirurgie à Laval, en fit l'amputation dans l'article même ; le malade ne parut pas souffrir beaucoup pendant l'opération, et, dans la suite, les pansemens ne lui furent pas bien sensibles. Il y eut peu d'inflammation et de suppuration ; les surfaces articulaires ne s'enflammèrent pas, du moins d'une manière visible ; la cicatrice se fit en peu de temps et ne s'est jamais rouverte pendant douze ans que le malade a survécu. »

Cette opération, faite à la suite d'une gangrène traumatique doit nous faire supposer que les parties molles n'étaient pas en excès. Quel mode opératoire a-t-on suivi ? On l'ignore. L'amputé a-t-il marché sur son pilon ? Quelles transformations pathologiques le temps a-t-il amenées ? La peau du moignon est-elle devenue dure et calleuse comme celle de la face plantaire du pied ? Les saillies malléolaires se sont-elles émoussées ? De toutes ces questions, dont la solution répandrait ici un jour si précieux, pas un mot.

Voyons si nous serons plus heureux dans l'exposé du second fait. Voici ce qu'on lit dans l'Anatomie chirurgicale de M. Malgaigne : « La désarticulation tibio-tarsienne, même en enlevant la saillie des malléoles, est toujours une mauvaise opération, attendu qu'on ne peut prendre le lambeau qu'en avant et sur les côtés, et que la cicatrice se trouvant sur les os ne permettra pas au malade d'appuyer dessus sans la déchirer. M. Lisfranc citait, à la vérité, dans ses cours l'observation d'un concierge du cimetière Sainte-Catherine qui, amputé dans cette articulation, pouvait cependant faire plusieurs lieues de suite à l'aide d'un appareil adapté à son moignon. Cet homme avait eu seulement le pied fracassé par un boulet à la bataille d'Esling, et un chirurgien s'était borné à rendre la plaie moins inégale. La malléole externe avait été probablement emportée, car la malléole tibiale existait seule et formait le sommet du moignon. La cicatrice, développée sur la surface articulaire, était tendue et solide ; mais cet homme n'appuyait pas non plus sur elle ; son appareil, examiné par M. Lenoir, était tel qu'il prenait un point d'appui sur la tubérosité sciatique et en outre sur le haut de la jambe ; le moignon était libre dans la bottine et ne supportait aucune pression. »

Plus haut, c'était pour ainsi dire la gangrène qui avait fait l'amputation ; dans ce dernier cas elle a été faite par un boulet. Il est fâcheux que le boulet n'ait pas enlevé du même coup la deuxième malléole et qu'il n'ait pas laissé suffisamment de parties tégumentaires pour matelasser le moignon, sans quoi l'amputé aurait probablement pu marcher sur son moignon, et il eût été piquant pour les hommes jaloux de leur art de recevoir une si singulière leçon.

Du reste, ce fait est évidemment le même que celui qui est rapporté plus haut par M. Couprie ; seulement, en lisant ce que M. Couprie a écrit sur ce sujet, nous supposions que le moignon supportait tout le poids du corps dans la station et la marche ; nous le pensions d'autant mieux, que M. Velpeau (Médecine opératoire, t. II, p. 498) ajoute, dans un but bienveillant pour cette opération : « Au dire de M. Couprie, on a vu long-temps un ancien militaire qui aurait subi l'amputation dont je parle pendant la campagne de Russie, et qui marchait avec une bottine ; cette bottine, imaginée par le blessé, était d'ailleurs construite par le même principe que celle de M. Mille. M. Lenoir, qui a disséqué le membre en 1834, dit que l'amputation du pied chez cet homme n'avait point été régulière, qu'une des malléoles manquait ; ce qui ne fait au reste qu'augmenter l'intérêt du résultat. »

Ce fait serait pour nous d'un très grand poids, si son authenticité, telle qu'elle est établie par M. Velpeau, n'était opposée au récit de M. Malgaigne, qui nous donne une version contradictoire ; et en attendant que la vérité se fasse jour, nous n'osons pas nous prononcer entre deux hommes également bien placés dans la science.

De cet exposé, il résulte qu'y compris le fait de Rossi, toutes les richesses de la science au point de vue de l'amputation tibio-tarsienne se réduisent à trois observations tellement incomplètes, tellement écourtées, qu'il est impossible d'en tirer aucune déduction sérieuse ; de sorte qu'elles deviennent à peu près nulles pour éclairer le praticien qui voudrait s'engager dans cette voie nouvelle. Quoi qu'il en soit, nous avons cru pouvoir faire des essais plus complets sur cette opération.

Et d'abord, disons que nous avons appliqué à l'articulation tibio-tarsienne la méthode mixte que nous avons créée et généralisée pour toutes les amputations, comme on peut s'en convaincre par la lecture de notre clinique des plaies d'armes à feu.

Une règle absolue que nous avons posée pour toutes les amputations qui se pratiquent sur le membre pelvien consiste dans la formation d'un grand lambeau inférieur, lequel, en tombant par son propre poids, se coude et vient de lui-même masquer la surface saignante du moignon.

Cette disposition, en concourant puissamment à la réunion par première intention, abrége la durée du traitement, et soustrait l'amputé aux dangers des phlébites et des réactions viscérales qu'on voit survenir quand de larges surfaces traumatiques sont le siége de suppurations abondantes et de longue durée.

D'après le procédé opératoire que nous avons imaginé pour les amputations tarso-métatarsienne et médio-tarsienne, nous dessinons sur le dos du pied un lambeau dorsal au lieu de le former aux dépens de la face plantaire, comme cela a lieu par les procédés de M. Lisfranc et de Chopart ; de même aussi, pour ce qui concerne l'amputation tibio-tarsienne, nous découpons sur le coude-pied, d'après le patron d'une guêtre, un vaste lambeau tégumentaire dans lequel sont compris tous les tendons, le muscle pédieux en totalité, les nerfs, le plus de tissu cellulaire possible, et la belle artère pédieuse dont les gros rameaux vont porter la vie dans tous ces tissus, et n'exposent pas à leur gangrène. Quand le lambeau est remonté jusqu'à la hauteur de l'articulation tibio-tarsienne, on démasque les malléoles des parties qui les recouvrent, et quand celles-ci sont mises à nu, on ouvre l'articulation en coupant les fibres minces et peu résistantes du ligament antérieur. Cette division laisse voir un sillon transversal qui pénètre dans l'articulation ; c'est dans ce sillon qu'il faut porter la scie afin de couper les malléoles au niveau de la partie médiane de la mortaise articulaire, et d'obtenir une surface osseuse uniforme et sans saillies. Après cette section, on quitte la scie pour reprendre le couteau, et l'on achève la division des parties molles sous lesquelles se trouvent l'artère tibiale postérieure et le tendon d'Achille, qu'il faut inciser le plus bas possible, à son point d'insertion au calcanéum. On fait ensuite la ligature ou la torsion des artères ; le lambeau, en tombant par son propre poids, cache la surface traumatique, et on le fixe par trois points de suture en ayant soin de lier ensemble le tendon d'Achille et quelques tendons des muscles extenseurs des orteils.

A l'aide de ces préliminaires, il sera facile de saisir l'exposé qui suit. La pratique va venir confirmer la théorie, en ce qu'elle présente de favorable à la désarticulation du pied en totalité.

Leblanc, soldat au 58e régiment de ligne, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution lymphatique, éprouva une légère entorse dans un service commandé, le 10 janv. 1839. Nonobstant une difficulté notable dans la marche, ce militaire, animé d'un bon esprit, voulut continuer son service, et ce n'est qu'au bout de trois mois qu'il entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, où il fut soumis, par mon prédécesseur, au traitement ordinaire des affections de cette nature.

Le mal empira, une carie des os du tarse survint ; le calcanéum, l'astragale et le scaphoïde s'altérèrent au point de fournir une suppuration abondante qui s'échappait par une foule de pertuis ouverts au milieu des malléoles. Quelques-uns de ces trajets fistuleux s'étaient fait jour spontanément ; d'autres provenaient d'abcès phlegmoneux qu'il avait fallu ouvrir avec le bistouri. Ces abcès reconnaissaient pour cause l'envahissement de la carie ; presque toujours ils donnaient lieu, quand ils n'étaient pas ouverts de bonne heure à un phlegmon érysipélateux de tout le pied avec douleur vive et réaction inflammatoire sur les grands viscères.

La constituion de ce militaire, quoique bonne, s'était altérée au point qu'il présentait sur le corps plusieurs stygmates de scrofules. La région du col était devenue le siége d'un long chapelet de glandes engorgées, et le bras droit, près de l'attache du deltoïde, présentait trois fistules profondes d'où s'échappait de la sérosité purulente, sans cependant que l'introduction d'une sonde pût faire reconnaître d'altération osseuse.

Telle était la position de ce soldat quand je pris la direction du service chirurgical.

Je compris de suite que la conservation du membre était impossible ; il existait une petite toux sèche qui me faisait craindre la présence de tubercules dans les poumons. L'auscultation n'ayant rien révélé de grave ; je me contentai de faire surgir sur le thorax une multitude de boutons à l'aide de la pommade émétisée et de prescrire chaque jour une pilule de sulfate de quinine de cinq centigrammes, pour agir à la fois comme tonique et contre la résorption purulente.

Ce malade étant ainsi préparé, j'ai fait choix de l'amputation tibio-tarsienne ; mais avant de décrire le procédé opératoire que nous avons créé pour cette opération, arrêtons-nous un instant sur les considérations qui ressortent de l'anatomie chirurgicale de la région sur laquelle nous porterons le couteau.

Anatomie chirurgicale. Notre examen doit comprendre la face dorsale du pied et l'articulation tibio-tarsienne. En procédant d'avant en arrière, on rencontre sur le premier plan le tissu cutané souple, élastique, mince, mais susceptible, comme celui de la face plantaire du pied ou de la région rotulienne, d'acquérir par les frottemens et la pression une épaisseur et une dureté remarquables. Beaucoup d'Arabes que nous avons vus en Afrique, marchent nu-pieds, et la face plantaire de leur pied offre une couche épidermique de l'épaisseur d'un doigt et d'apparence cornue ; d'un autre côté on sait qu'après certaines maladies éruptives, telles que la scarlatine, la plante des pieds se pèle, la peau de cette région devient aussi mince que celle de la face dorsale, et ce n'est qu'après plusieurs mois d'exercice que la marche peut être supportée sans douleur. Chaque jour encore, on voit survenir des durillons sur la face dorsale du pied par suite du frottement prolongé de mauvaises chaussures. Les nombreux exemples de pieds-bots-équins avec enroulement du pied sur la face plantaire au point que les orteils étant relevés jusqu'au talon, tout le poids du corps est supporté par la face dorsale devenue plantaire, démontrent d'ailleurs jusqu'à la dernière l'évidence que les transformations que nous indiquons, relativement au tissu cutané du dos du pied, ne sauraient être taxées d'erreur.

Ce tissu cutané est tellement vasculaire, au-dessous de lui rampent de si gros troncs artériels, qu'on ne doit pas en craindre la mortification en le détachant sous forme d'autoplastie, et en le relevant de la racine des doigts vers l'articulation tibio-tarsienne, pourvu qu'il reste doublé de toutes les parties molles qui le séparent du tissu osseux.

Taillé dans ces conditions, ce lambeau tégumentaire est merveilleusement disposé pour recouvrir, en se coudant par son propre poids, toutes les amputations partielles du pied, dont les unes ont été modifiées et les autres entièrement créées par nous. Pour s'en convaincre, il suffit de répéter ces opérations, 1° soit que l'on ampute le pied en sciat dans leur continuité les cinq os du métatarse ; 2° soit que par une combinaison de l'amputation dans la continuité et de celle dans la contiguité, on désarticule d'abord le premier os cunéiforme d'avec le premier os du métatarse pour porter ensuite plus ou moins en avant ou en arrière selon l'étendue de la lésion, la scie sur le corps des quatre derniers métatarsiens ; 3° soit que l'on opère dans l'articulation tarso-métatarsienne, au lieu d'élection de M. Lisfranc ; 4° soit que, par une fusion des amputations dans la contiguité et dans la continuité on désarticule le scaphoïde d'avec les trois os cunéiformes pour scier ensuite le cuboïde sur un plan uniforme ; 5° soit que l'on ampute dans l'articulation médio-tarsienne au lieu d'élection de Chopart ; 6° soit enfin que l'on enlève le pied en totalité dans son articulation avec la jambe.

Les avantages d'un lambeau dorsal sur les lambeaux que jusqu'à nous on a toujours formés aux dépens des parties molles de la plante du pied, sont tellement saisissans, qu'il est superflu d'en faire mention.

Disons à ce sujet, qu'une condition essentielle de succès pour la réunion par première intention, condition à laquelle nous nous sommes astreint avec un soin scrupuleux dans tous nos procédés opératoires, et à laquelle n'ont pas même songé nos devanciers, consiste à disposer les lambeaux du moignon selon la position que doit avoir le membre amputé quand le malade est replacé dans son lit. Ainsi, pour ne parler que du membre pelvien, il est évident que les amputés, affectant toujours, dans ce cas, le décubitus dorsal, il y a avantage à laisser plus de tégumens en avant qu'en arrière, parce que dans le premier cas un lambeau pris dans les chairs de la région antérieure, viendra de lui-même par son propre poids couvrir les surfaces saignantes et sera infiniment préférable à un lambeau postérieur qui, ramené d'arrière en avant, serait difficilement maintenu, tendrait sans cesse à tomber, s'opposerait à la réunion immédiate, nuirait à la libre issue des matières purulentes et favoriserait la résorption du pus.

Au-dessous de la peau siége un tissu cellulaire lâche et peu chargé de graisse ; mais de même que nous avons vu

---

me de M. Sanson. Au reste, rien n'eût été changé puisque six voix formaient la majorité.

On s'attendait à ce qu'il y aurait eu ballotage entre M. Rigaud et M. Sanson, et même l'opinion publique était assez favorable à ce dernier. C'est qu'en effet les épreuves donnaient à M. Sanson des chances sérieuses, et que, d'un autre côté, si l'on se reportait aux antécédens, on lui trouvait une supériorité incontestable. A instruction chirurgicale égale, et elle l'était, l'avantage semblait acquis aux titres antérieurs, et à celui qui avait le plus d'autorité dans le jugement et dans la parole, en un mot, le plus de qualités comme professeur. La thèse de M. Sanson est un excellent travail, quoique peut être *un peu métaphysique*, comme le lui a reproché M. Sédillot.

Le lecteur inexpérimenté dans ces sortes de matières sera sans doute bien étonné de nous voir parler si délibérément de ce qui s'est passé dans l'ombre de la salle du conseil. Mais quelle ombre traversée de rayons indiscrets ! On lit au fond de cette urne close comme dans un livre, en plein midi. Le secret est divulgué de plus d'une manière. D'abord, en général, chaque juge ne se fait pas prier pour dire son vote à la personne qu'il en a favorisée, laquelle personne ne se fait pas prier non plus pour que l'indiscrétion qu'il a tant avantage à répandre se propage dans le public. Vous concevez que, de cette manière, on finit par connaître tous les votes. Mais il y a un autre procédé. Vous allez chez M. A., puisque maintenant il est convenu de désigner ainsi les professeurs, et la conversation tombe naturellement sur le résultat du scrutin. Que voulez-vous, dit M. A., ce B. est un être si particulier, qu'on ne sait qu'en faire. Imaginez qu'il a voté pour un tel. Et d'un. Le hasard vous fait rencontrer M. C., qui vous dit à peu près les mêmes choses sur le communicatif M. A. lui-même, et ainsi de suite. Maintenant vous comprenez comment nous pouvons vous renseigner sans crainte d'erreur sur la répartition des voix.

En résumé, quelle que soit notre opinion sur les inconvéniens de la nomination des professeurs de province par la Faculté de Paris, il est certain que celle de Strasbourg aura gagné au concours qui vient de se terminer deux chirurgiens dont l'un n'est pas sans mérite, il s'en faut, et dont l'autre, praticien et théoricien habile autant que professeur distingué, est pour elle une acquisition précieuse.

C. J. M.

le tissu cutané dorsal acquérir force et dureté par la pression et le frottement, de même nous sommes fondés à penser que cette couche celluleuse devra s'hypertrophier par l'exaltation de ses propriétés vitales, revêtir comme le tissu cellulaire plantaire les caractères du tissu fibro-adipeux, pour former un coussinet élastique.

Dans la couche cellulaire rampent les veines et les nerfs superficiels. Cette couche peut passer à l'état d'induration et d'épaississement sous l'empire d'une phlegmasie chronique; mais cette induration est susceptible de résolution après l'amputation, et n'en saurait être une contre-indication si l'on était réduit à la comprendre dans la formation du lambeau.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Modification du procédé ordinaire de l'opération du strabisme; par M. Lucien Boyer.

L'opération du strabisme ayant pour but de remédier à une difformité, il ne suffit pas, pour que ce but soit atteint, que l'œil soit droit; il faut encore que sa configuration et celle des parties voisines s'éloigne le moins possible de leur disposition normale. Or, une imperfection du résultat à la suite de l'opération pratiquée suivant le procédé ordinaire, consiste dans un enfoncement plus ou moins prononcé de la caroncule lacrymale; n'étant plus retenue par la conjonctive verticalement coupée à la partie interne de l'œil, elle fuit dans la profondeur de l'angle formé par la convexité de l'œil et la paroi interne de l'orbite. Il en résulte une excavation disgracieuse qui fait ressortir encore davantage la saillie du globe qui suit quelquefois l'opération. Chez quelques sujets, cette disposition nous a paru à peine sensible; et, par opposition nous l'avons vue très manifeste chez beaucoup d'autres. Dans certains cas d'ailleurs de succès complet et facile, je l'ai vu constituer le seul stygmate que l'opération du strabisme laissât subsister. Quoique dans certaines limites, cette imperfection n'empêche par le résultat d'être préférable à la difformité primitive, nous avons cru devoir nous appliquer à la faire disparaître.

Nous avons donc cherché, M. Amussat et moi, en quoi ces cas différaient entre eux, et quelle pouvait être dans la manière dont l'opération avait été exécutée, la cause de ces variétés. Nous avons facilement reconnu que cette tendance de la caroncule à s'enfoncer dans la profondeur de l'orbite, était généralement d'autant plus prononcée que l'incision verticale de la conjonctive avait été plus voisine d'elle, plus étendue, et surtout que la partie moyenne avait été plus exactement en rapport avec le diamètre transversal des paupières. L'incision de la conjonctive fait alors véritablement l'effet d'une boutonnière susceptible d'un bien plus grand écartement à son milieu qu'à ses extrémités, et la caroncule fixée au milieu de sa lèvre interne n'étant plus soutenue par rien, s'applique contre la paroi interne de l'orbite. Il se forme bien, entre ces deux lèvres ainsi écartées un tissu nouveau analogue à la conjonctive, mais dont l'angle de réflexion est d'autant plus profond que l'écartement a été plus considérable.

Le moyen d'éviter ces inconvéniens est de laisser intact le repli semi-lunaire de la conjonctive et la portion de cette membrane qui correspond à la caroncule, de manière à laisser subsister un véritable frein qui la maintienne à sa place. Dans quelques cas de strabisme médiocre ce résultat a été atteint tout en opérant suivant le procédé ordinaire, parce que l'émission de la conjonctive a pu être verticalement peu étendue, et ne pas dépasser, soit en haut, soit en bas, le niveau de la caroncule; mais nous avons dû chercher à établir une règle fixe pour arriver à ce but, et nous avons fait dans cette intention, l'essai de plusieurs directions variées à donner à l'incision de la conjonctive.

D'abord nous l'avons faite transversalement de la cornée vers la caroncule parallèle aux fibres du muscle lui-même, précisément au-devant de la partie moyenne; mais nous avons renoncé à cette manière de faire, qui n'est pas aussi sans quelques inconvéniens. D'abord l'exécution en est un peu difficile, et est accompagnée ordinairement d'une hémorrhagie gênante; en second lieu, elle n'est applicable qu'aux strabismes simples; car si la section du muscle droit interne ne suffit pas, il est impossible de débrider en haut et en bas l'aponévrose sous-jacente à la conjonctive, et à plus forte raison de couper partiellement les muscles voisins, sans inciser en croix les deux lèvres de la plaie, et alors la caroncule se trouve tout aussi détachée que dans le procédé ordinaire, et, de plus, elle correspond à l'une des extrémités de la première incision: d'ailleurs aussi, ce procédé divise le repli semi-lunaire de la conjonctive. La cicatrisation forme quelquefois une bride peu extensible qui gêne les mouvemens d'abduction de l'œil, et qui, se trouvant juste au milieu de l'ouverture des deux paupières, est par conséquent accessible au regard.

Nous avons essayé de faire notre incision au-dessous du niveau du muscle, mais je préfère agir au-dessus; j'en déduirai les motifs après avoir décrit le procédé avec quelques détails.

Le malade étant assis en face du jour, la tête appuyée sur le dossier du fauteuil, les paupières modérément écartées, je fais former avec les deux pinces un pli vertical à la membrane conjonctive saisie un peu au-dessus du niveau du muscle; avec les ciseaux mousses je divise ce pli horizontalement de la cornée vers la paroi interne de l'orbite, en ayant soin de tenir l'extrémité de l'incision toujours écartée de la caroncule. Saisissant alors avec une pince la couche celluleuse qui se trouve au-dessous, je la soulève un peu et l'ouvre d'un coup de ciseaux donné en emporte-pièce; la sclérotique se trouve alors à découvert, bien reconnaissable à la couleur d'un blanc mat qui contraste avec la teinte des parties environnantes. L'extrémité du crochet mousse à deux branches pénètre alors sans aucune difficulté entre elle et le muscle qui est facilement ramené au niveau de la plaie, et en ayant le soin d'abaisser un peu la lèvre inférieure de l'incision, je le coupe entre les deux branches du crochet. En opérant ainsi, il se fait quelquefois aussitôt au-dessous de la conjonctive un trombus qui serait assez long à se résoudre, à moins que l'on ne fasse immédiatement une contre-ouverture à la partie inférieure; cette contre-ouverture n'offre aucune difficulté. Le crochet mousse passé par la plaie supérieure, soulève légèrement la conjonctive et la couche celluleuse, et il suffit d'un seul coup de ciseaux donné entre l'extrémité des deux branches modérément écartées. On dispose alors de deux ouvertures situées, l'une au-dessus, et l'autre au-dessous du muscle.

Par ce moyen, le repli semi-lunaire et l'angle de réflexion de la conjonctive sont respectés; la caroncule reste à sa place, et les deux cicatrices se cachent chacune sous la paupière correspondante. Au moyen des deux ouvertures, on a toute liberté d'agrandir en haut et en bas, s'il en est besoin, le débridement de l'enveloppe celluleuse de l'œil, et, s'il le faut, on peut en venir à pratiquer la section partielle des muscles droits supérieur et inférieur sans plus de difficulté que par le procédé ordinaire.

Si, comme je l'ai quelquefois essayé, on pratique cette opération en commençant par en bas, on éprouve beaucoup plus de difficulté, parce que l'opérateur et les aides sont mal placés pour suivre de l'œil l'action des différens instrumens. On est forcé de faire agir les ciseaux dans le talon du crochet, ce qui offre aussi quelques difficultés. La plaie se trouvant déclive et donnant au sang une issue facile, prévient, il est vrai, l'ecchymose; mais si l'on voulait s'en tenir à elle seule, on se trouverait privé de la possibilité d'agrandir au besoin le débridement en haut; d'ailleurs, la double plaie donnant à l'opérateur la facilité de choisir à volonté l'un ou l'autre passage pour aller chercher le muscle et les tractus celluleux qui peuvent encore retenir l'œil dans la position vicieuse, il court bien moins de risque de déchirer la conjonctive qui le recouvre, et par conséquent de détacher la caroncule.

L'opération pratiquée ainsi que je le conseille offre bien un peu plus de difficulté et de lenteur que par le procédé ordinaire, mais cet inconvénient me semble amplement compensé par la différence des résultats. Ceux que nous en avons obtenus sont infiniment plus réguliers que la plupart de ceux que nous avait fournis le procédé ordinaire. M. Magendie, qui m'a fait l'honneur de m'admettre à pratiquer quelques opérations de strabisme dans son amphithéâtre, en présence de son auditoire, au Collége de France, l'a constaté; son approbation me fait espérer que ce nouveau procédé sera généralement adopté par les chirurgiens qui placent la sûreté et la perfection du résultat avant la rapidité de l'exécution.

Déjà mon estimable confrère, M. Thibault, de Versailles, l'a pratiquée avec succès. D'autres chirurgiens en ont reconnu l'utilité. Outre MM. Mayor, Constantin (de Rochefort), Maldigny (de Versailles), Schuster, Puyoo, etc., je pourrais citer un grand nombre de médecins éclairés qui m'ont fait l'honneur d'assister à mes opérations.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 26 juillet

Intoxication arsenicale. — M. Regnault a la parole au nom de la commission sur l'arsenic, et lit la note suivante:

La commission s'est réunie pour examiner la lettre adressée à l'Académie par MM. Flandin et Danger. Après avoir pris connaissance de la réponse faite immédiatement par un de ses membres, et imprimée dans le compte-rendu, elle déclare qu'elle n'a rien à ajouter, rien à retrancher, rien à modifier soit dans le fond, soit dans la forme, soit dans les conclusions de son rapport.

Maladies des voies urinaires. — M. Ségalas écrit pour demander une commission dans le but de lui soumettre un malade atteint d'une fistule à la portion pénienne de l'urètre, et qu'il va opérer d'après la méthode urétroplastique qui lui a déjà réussi sur un autre malade. Cette méthode consiste à dévier temporairement l'urine à travers une fistule artificielle pratiquée au périnée, et à réunir ensuite les bords de la fistule à l'aide des moyens ordinaires. L'auteur envoie un dessin sur l'état des parties malades. (Commission.)

— M. Civiale adresse les mémoires manuscrits dont les titres suivent, pour être soumis à l'examen de l'Académie: 1° Sur les fongus de la vessie; 2° Sur le cancer de la vessie; 3° Sur les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois vésicales; 4° Sur quelques tumeurs développées à la face interne de la vessie.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 29, ET SAMEDI 31 JUILLET 1841. (14e ANNÉE.) N° 92, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 27 juillet 1841.

Intoxication arsenicale. — Le nombre des personnes étrangères à l'Académie est plus considérable encore qu'à la dernière séance ; les membres de l'Académie éprouvent beaucoup de peine à fendre la foule et à gagner leurs places.

La séance est ouverte avant trois heures.

M. Boullay a la parole à l'occasion du procès-verbal. Je vois avec peine que cette discussion se prolonge encore aujourd'hui ; la discussion ne peut que devenir de plus en plus irritante, et perdre enfin le caractère scientifique. Je pense, d'après ce que j'ai entendu, que le rapport doit être modifié. En conséquence, je propose qu'il soit renvoyé à la commission pour être remanié et modifié d'après les vœux qui ont été exprimés dans cette enceinte, et que la discussion s'arrête là.

M. Chevallier. Je m'oppose à l'adoption de la proposition de notre honorable collègue. La commission soutient son rapport parce qu'elle le croit juste, et n'entend rien changer à sa rédaction qui est parfaitement conforme à celle de l'Institut. Je déclare que la religion de l'Académie a été trompée, lorsqu'on a soutenu que notre rapport était en opposition avec celui de l'Institut.

M. Caventou. Notre honorable collègue, M. Boullay, s'est trompé en disant que la commission consentait à modifier la rédaction de son rapport. La commission persiste complétement dans l'adoption de son travail.

M Boullay demande à développer sa proposition.

M. Bouillaud. M. Boullay ne peut pas, à l'occasion du procès-verbal, entrer ainsi dans la discussion ; d'autres orateurs sont inscrits avant lui, il parlera quand son tour arrivera.

M. Boullay. Mon affaire est faite. (On rit.)

Suspension de la discussion. — *M. le Président.* Je donne un instant la parole à M. Gauthier de Claubry, qui a un rapport officiel pressé et très court à faire.

M. Gauthier de Claubry lit, au nom de la commission de vaccine, un rapport sur un nouveau cow-pox découvert dans le département de la Côte-d'Or, par M. Sauloi, médecin, sur une jeune fille qui, après s'être piquée à un doigt avec une épingle, est allée le lendemain traire une vache malade ; il lui est survenu au doigt une magnifique pustule vaccinale dont le pus, inoculé par M. Sauloi, a donné d'excellentes pustules. L'examen de la vache a fait voir qu'elle avait plusieurs pustules aux mamelles. La commission propose d'écrire à M. le ministre que le nouveau cow-pox observé par M. Sauloi offre une ressemblance parfaite avec le cow-pox observé à Passy, et qu'il peut servir parfaitement aux inoculations. (Adopté.)

Reprise de la discussion. — *M. Bussy* demande à parler, son tour d'inscription devant être le premier dans cette séance.

M. le Président donne la parole à M. Caventou, comme rapporteur.

M. Bussy. M. le rapporteur a été invité à la dernière séance, à réfuter M. Gerdy ; il a dit deux mots, et a fini par demander la clôture. Il n'a pas, par conséquent, le droit de parler le premier dans cette séance ; le droit de parler le premier m'appartient d'après l'ordre d'inscription.

M. le Président. Le rapporteur a le droit de prendre la parole quand il veut ; je la lui accorde en conséquence.

M. Caventou. Messieurs, M. Gerdy continue à soutenir la discussion avec une grande ténacité. Battu dans les deux premières séances, il est rentré en lutte dans la dernière avec une nouvelle intrépidité ; mais plus habile cette fois, et désertant avec adresse le vrai terrein de la discussion établi par le rapport, il s'en est constitué un à sa convenance ; presque toujours à côté de la question et discutant à perte de vue ce que personne ne lui conteste, il a obtenu ce qu'il croit être sans doute un succès académique. Les grands mots à effet, les images lugubres n'ont point manqué à M. Gerdy ; il avait eu le soin de ressusciter un mort, l'arsenic normal, et il en faisait le bourreau de l'innocence. Avec un tel texte et le beau talent d'élocution que possède incontestablement M. Gerdy, il lui a été facile de frapper les esprits et d'obtenir ce succès du moment qu'il faudrait toutefois dédaigner dans les sanctuaires des sciences.

Quittons néanmoins ce champ d'exploits faciles pour revenir à la question : elle roule sur des faits positifs que M. Gerdy n'a jamais abordés que timidement et avec cette modestie d'un homme supérieur à d'autres titres ; pourquoi faut-il que plusieurs expressions amères irritantes aient trouvé place dans son discours ? Faut-il les attribuer à la chaleur du débit oratoire ? Je le pense ; aussi ne les relèverons-nous pas.

Arrivons donc au rapport : M. Gerdy se contentait dès ces deux premières séances, de l'amender ; mais enhardi par je ne sais quels renseignemens erronés, il en a demandé le rejet dans la dernière séance, et pourquoi ?

« Parce que la doctrine des taches, dit-il, est mauvaise, aveugle dans ses jugemens, meurtrière et effroyable par ses effets ; doctrine que vous ne pouvez approuver sans anéantir l'Académie.

» Que répondrons-nous aux accusations d'ignorance, de servilisme, quand nous aurions contre nous l'Institut, le public, la presse ? La dernière heure de l'Académie aurait sonné !! Qu'est-ce que le ministre pourrait faire d'un corps déshonoré, inutile ?

» Enfin, vous avez à choisir entre deux doctrines ; l'une qui peut laisser échapper un coupable, c'est celle de l'Institut ; et l'autre qui déshonore et tue les innocens, c'est celle prêchée dans le rapport qu'on vous propose d'adopter. »

Vous voyez, Messieurs, je cite textuellement les paroles de M. Gerdy, je n'affaiblis en rien la vigueur et l'énergie des expressions ; elles sont claires, et si elles étaient aussi vraies qu'elles sont fortes, qu'en adviendrait-il à votre rapporteur et à la commission qu'il représente ? Je vous le demande, Messieurs, et je le demande à M Gerdy lui-même ? Comment ! une commission composée d hommes qui ont fait leurs preuves depuis long-temps et [illegible] vis des titres à être crus, se serait occupée pendant quatre [illegible] l'étude et de l'examen d'un sujet scientifique dont elle comprenait la portée tout aussi bien que M. Gerdy, et cette commission, par camaraderie, par servilisme, l'ai-je bien entendu ! viendrait, dans un rapport perfide, criminel même, chercher à surprendre votre bonne foi et à vous faire consacrer une doctrine qui tendrait à envoyer l'innocence à l'échafaud ! cela n'est pas possible, M. Gerdy s'est trompé ; aucun de vous ne l'a cru, Messieurs ; et en effet, c'est que tout ce fracas oratoire se réduit à des paroles creuses et sonores ! M. Gerdy use de ses armes à défaut des faits qui persuadent et prouvent, il a recours aux phrases qui fascinent et abusent : c'est ce que nous démontrerons.

Vous parlez de la doctrine des taches... ; mais où est-elle cette doctrine ? c'est vous qui l'avez inventée, car je ne la trouve nulle part... Est-elle dans le rapport ? Non... Nous ne connaissons qu'une doctrine, pour me servir de votre expression ; c'est celle qui consiste à extraire l'arsenic et prouver sa présence dans un empoisonnement ; que faut-il pour cela ?

Mettre à nu le métal en quantité suffisante, à l'effet de constater, sans le plus petit doute, tous ses caractères physiques et chimiques : pour atteindre ce but, nous affirmons que le procédé suivi et indiqué par M. Orfila est bon, exact, suffisant ; il consiste à obtenir à la fois l'anneau métallique et les taches arsenicales ; il réussit parfaitement ; la commission l'a vu et vérifié ; les commissaires de l'Institut l'ont vérifié comme nous ; que veut-on de plus ?

Où est donc cette doctrine des taches, si ce n'est dans votre imagination ardente et féconde ? Nous voulons suffisamment d'arsenic pour ne point le méconnaître, qu'il soit à l'état de taches agglomérées, comme dans l'anneau métallique ; qu'il soit à l'état de taches disséminées et condensées ensuite par les dissolvans connus, que nous importe, pourvu qu'en définitive nous puissions prouver la présence du métal ? C'est là le problème, et quoi que vous en disiez, c'est là ce que proclame bien haut le rapport de la commission.

Vous identifiant avec les amis que vous défendez avec un dévouement que j'admire, mais qui vous égare souvent, vous ne voyez que leurs taches, vous en exaltez l'importance avec une exagération qu'excuse un sentiment honorable ; à vous entendre enfin, elles auraient apparu, comme un nouveau Messie, pour sauver les hommes de l'erreur... Mais n'en avait-on pas auparavant signalé bien d'autres tout aussi importantes, et le rapport de l'Institut, plus juste que vous à ce sujet, ne rend-il pas justice à la prévoyance de M. Orfila ? (Page 1083 de compte-rendu.)

Rabattez donc de vos prétentions lorsqu'on vous prouve surtout que vos amis n'ont jamais pu nous produire leurs taches dans l'application des procédés prescrits en chimie légale ; et je ne conçois pas comment, avec votre pénétration d'esprit, vous soyez venu, pous nous prouver le contraire, lire un fragment de nos procès verbaux ; il confirme ce que nous avons dit, et si l'Académie voulait consentir à échanger ses bancs contre ceux de l'école, nous soutiendrions la discussion sur ce point tant qu'on voudrait.

J'arrive maintenant à un sujet plus grave, et que j'ai été surpris de voir traiter par M. Gerdy avec si peu de ménagemens ; je veux parler de la menace qu'il nous a faite de notre dissidence, selon lui, avec l'Institut, et des conséquences déplorables qu'elle pourrait avoir pour l'honneur et la considération de l'Académie. Cette partie du discours de M. Gerdy m'a vivement affecté ; elle m'aurait humilié si je n'avais réfléchi à l'instant même au rang éminent qu'a conquis l'Académie royale de médecine depuis bientôt vingt-un ans que date son existence dans le monde savant.

L'Académie a bien le droit, sans doute, de penser par elle-même, et je suis persuadé que M. Gerdy n'a pas prétendu soutenir le contraire, et surtout à l'égard d'une question de médecine légale. S'il est un corps compétent dans ce monde pour traiter une telle question, c'est bien l'Académie de médecine ! Mais j'admets qu'une dissidence sur ce point vienne à s'établir entre les deux corps savans ; faut-il donc en conclure pour cela que l'un sera écrasé par l'autre ? De ce que Proust n'a point pensé comme Bertholet dans une discussion relative à un point élevé de philosophie chimique, en est-il résulté la plus légère atteinte dans la haute opinion qu on avait d'eux ? Non certainement.

Quand de part et d'autre on est convaincu de bonne foi, abstraction faite de tout orgueil personnel, et dans le seul et unique intérêt de la vérité, il est honorable d'avoir le courage de son opinion, c'est un devoir, indépendant de toute considération ; il serait sans doute inquiétant de voir l'Académie de médecine en opposition de principes avec l'Académie des sciences sur un point aussi capital de la toxicologie chimique ; mais cela est-il ? Avons-nous à déplorer une dissidence si fâcheuse dans la question si grave, si éminemment sociale qui nous occupe ? Non, Messieurs ; M. Gerdy l'a dit, et vous avez entendu dans quels termes, et vous allez voir qu'il n'a trouvé cette dissidence que dans son imagination ; il me suffira pour cela de comparer les dires des deux rapports.

Commençons par la première conclusion du nôtre : que disons-nous ?

A. Pour ce qui concerne les deux assertions capitales faites par MM. Flandin et Danger, savoir :

1° Qu'il est possible de confondre les vraies taches arsenicales avec d'autres, qui en présenteraient jusqu'à un certain point la plupart des propriétés physiques et des caractères chimiques ;

2° Que les animaux en proie à un empoisonnement aigu par l'arsenic n'urinent pas.

Nous répondons : Non, ces deux assertions ne sont point fondées.

Que dit l'Institut ? Parle-t il autrement que nous ? Vous allez en juger.

« MM. Flandin et Danger annoncent que leurs taches présentent non-seulement par leur aspect une ressemblance frappante avec les taches arsenicales, mais que la ressemblance se soutient même dans les propriétés chimiques.

» Les expériences de ces Messieurs montrent seulement que quand la carbonisation est mal faite, on peut obtenir des taches qui présentent à l'œil une grande ressemblance avec les taches arsenicales ; mais si les apparences physiques se ressemblent, il n'en est pas de même des caractères chimiques : au moyen de ces derniers caractères, rien n'est plus facile que de distinguer ces taches des taches arsenicales pures. Il est vrai que ces caractères deviennent moins tranchés lorsque ces taches sont elles mêmes mélangées de matières étrangères, comme cela arrive quand les carbonisations des chairs empoisonnées ont été imparfaites, mais un chimiste un peu exercé ne s'y trompera jamais.

» Ainsi, vos commissaires, ajoute M. Regnault, croient de leur devoir de repousser l'explication donnée par ces Messieurs, et d'insister sur ce point que ces taches ne sauraient être confondues avec les taches vraiment arsenicales, toutes les fois qu'elles seront soumises à l'action des réactifs, qui peuvent seuls permettre de prononcer sur l'existence réelle de l'arsenic. » (Pages 1088 et 1089 des Comptes-rendus de l'Académie des sciences.)

Je vous le demande, Messieurs, y a-t-il là divergence d'opinions entre l'Institut et nous ? La conclusion que nous vous proposons d'adopter est-elle opposée dans sa signification à la pensée exprimée par l'Académie des sciences ? Non, assurément. Et c'est cependant là le point capital développé dans le rapport que l'on veut vous faire rejeter.

Maintenant, sommes-nous plus en désaccord relativement à l'assertion faite par ces messieurs que les animaux empoisonnés d'une manière aiguë par l'arsenic n'urinent pas, assertion que nous déclarons n'être pas plus fondée que la précédente ?

Le rapport de l'Institut ne présente que deux faits qui aient trait à ce sujet : on les trouve dans les dixième et onzième expériences relatées pages 1094 et 1095 du Compte-rendu, et on voit que, dans le premier cas, on a retiré 100 grammes d'urine, et que, dans l'autre, la quantité de ce fluide n'a point été déterminée ; mais on a constaté dans les deux expériences les nombreuses taches arsenicales fournies par ces urines dans l'appareil de Marsh. Ces taches étaient jaunâtres, dit le rapporteur (on n'avait point carbonisé l'urine), et, par les réactifs, il a été facile de reconnaître la présence de l'arsenic.

Toutes ces expériences, dont les résultats ont été très nets, ajoute M. Regnault, ont convaincu vos commissaires de l'exactitude des faits énoncés par M. Orfila sur l'absorption de l'arsenic, et sur le passage de ce poison dans l'urine.

Je vous le demande, Messieurs, disons-nous le contraire, et voyez-vous un seul point de notre première conclusion blesser en quoi que ce soit la pensée écrite de l'Académie des sciences ? Non, certainement, et quelque talent que l'on possède à torturer le sens des mots, on ne parviendra jamais à prouver le contraire.

Ainsi, il est bien évident que l'Académie de médecine, en votant notre première conclusion, marchera parfaitement d'accord avec l'Institut.

Passons maintenant à la seconde conclusion de notre rapport.

B. Quant au procédé par carbonisation adopté par ces messieurs, nous le regardons comme bon ; toutefois, il ne doit pas être préféré au procédé par incinération au moyen du nitrate de potasse, tel que nous l'avons décrit d'après M. Orfila ; sous le rapport même de la netteté, de la sensibilité et de l'aspect métallique du poison, ce dernier procédé est supérieur à l'autre.

Ainsi, nous disons : le procédé de M. Flandin est bon, mais il ne faut pas le préférer à l'autre ; ce qui veut dire qu'ils sont également exacts ; cependant nous trouvons que, par le nitrate de potasse, qui brûle en totalité la matière organique, tandis que par l'acide sulfurique on ne fait que la charbonner, on obtient le poison avec un aspect métallique plus sensible et plus net ; ce que tout le monde comprendra facilement.

A quelque procédé qu'ils aient recours, disons-nous dans ce rapport, MM. les experts peuvent avoir la certitude qu'ils arriveront à la vérité en employant soit l'une, soit l'autre méthode.

Ainsi, nous n'imposons pas un procédé sur un autre, nous ne nous attachons qu'à faire ressortir les avantages particuliers qu'ils présentent.

L'Académie des sciences est-elle d'un autre avis ? Examinons :

Les procédés de carbonisation par l'acide nitrique et le nitrate de potasse peuvent réussir d'une manière complète, dit le rapport, p. 1108 ; mais comme on n'est pas maître quelquefois d'empêcher une déflagration très vive à la fin de l'expérience (le rapporteur fait ici allusion au procédé par l'acide nitrique, que nous avons déclaré être moins sensible que les deux autres), nous préférons la carbonisation par l'acide sulfurique dans un grand nombre de cas.

Ainsi l'Académie des sciences préfère le procédé de MM. Flandin et Danger dans un grand nombre de cas, ce qui veut dire implicitement, ce me semble, qu'il est des cas où les autres procédés, qu'elle a déclarés aussi réussir d'une manière complète, peuvent lui être préférés.

Mais, sans vouloir nous livrer à des interprétations dont nous n'avons pas besoin, nous demanderons sérieusement si l'Académie des sciences pense autrement que nous, et si l'Académie de médecine, en adoptant notre deuxième conclusion, compromettra son autorité dans le monde savant.

L'Académie des siences trouve le procédé par le nitre bon, mais elle préfère le procédé par l'acide sulfurique ; l'Académie de médecine trouve ce dernier procédé bon, mais elle dit qu'il ne doit point être préféré à celui par le nitre ; à moins de se copier servilement l'une sur l'autre, peut-on désirer un meilleur accord entre deux Académies sur un même sujet ? Cela n'est pas possible.....

Passons à la troisième conclusion.

C. Enfin, tout en reconnaissant que l'appareil inventé par MM. Fandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic dégagé de l'appareil de Marsh est bien imaginé, nous pensons qu'il faut préférer le tube modifié tel que nous l'avons indiqué, parce qu'il est plus simple, d'une application beaucoup plus facile, et qu'il donne des résultats aussi satisfaisans.

Sur ce point, sommes-nous en dissidence avec l'Académie des sciences ? Examinons.

« MM. Flandin et Danger, toujours préoccupés, dit M. Regnault, de l'inconvénient que présenteraient les matières organiques qui pourraient n'avoir pas été complètement détruites,

même lorsque les liqueurs sont limpides et ne donnent pas de mousse dans l'appareil de Marsh (mouvement que ne présente pas le procédé par le nitre que nous avons décrit dans notre rapport), ont imaginé un appareil particulier dans lequel le gaz hydrogène est complètement brûlé, ainsi que l'arsenic et les matières entraînées. Vos commissaires ont vu exécuter, avec cet appareil, plusieurs expériences dont les résultats ont été très nets. »

Et cependant l'Académie des sciences abandonne cet appareil et préfère un simple flacon bi-tubulé avec un tube à dégagement dans lequel se trouve introduit de l'amianthe ; c'est ce que nous proposons aussi ; seulement l'Académie des sciences chauffe son tube avec des charbons, tandis que nous employons la lampe à esprit de vin, qui donne des résultats aussi satisfaisans, et notre flacon n'a qu'une tubulure.

Trouvera-t-on là une opposition réelle entre les deux Académies ?

Quatrième conclusion.

D. Pour ce qui regarde les travaux de M. Orfila, dont l'exactitude et la précision avaient été mises en doute, sous le point de vue des applications médico-légales, il ressort évidemment de ce rapport que ces doutes n'avaient aucun fondement.

Que dit à ce sujet le rapport de l'Académie des sciences ?

« M. Orfila a appliqué le procédé de Marsh dans un grand nombre de recherches importantes sous le point de vue physiologique et toxicologique, et qu'il a exposées dans plusieurs mémoires lus à l'Académie de médecine.

» M. Orfila s'est proposé de rechercher si, dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, le poison passait dans l'organisation animale, s'il était absorbé, et, par suite, s'il était possible de le retrouver après la mort dans les différentes parties du corps. Cette question est de la plus haute importance, non seulement pour la physiologie, mais encore pour la médecine légale.

» Par un grand nombre d'expériences faites, d'un côté, sur plusieurs individus qui avaient péri victimes d'empoisonnement par l'arsenic, et, de l'autre, sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, M. Orfila fit voir que l'acide arsénieux pouvait être retrouvé, après la mort, dans le sang, dans les viscères et dans l'urine. »

Suivent les détails relatifs à l'ensemble de ces expériences.

Plus loin, M. Regnault continue et dit :

« Votre commission, désirant se livrer à une étude complète de la question qui lui était soumise, a cherché, avant de commencer ses propres expériencee, à apprécier par elle-même les méthodes suivies actuellement dans la médecine légale. M. Orfila a bien voulu consacrer plusieurs séances à mettre sous ses yeux les principaux faits annoncés dans ses mémoires.

« Suivent les détails des expériences, et M. Regnault conclut par affirmer que les résultats en ont été très nets, et ont convaincu les commissaires de l'exactitude des faits annoncés par M. Orfila. » (Pag 1080 et suiv. à pag. 1093 du *Compte rendu*.)

Notre conclusion dit-elle autre chose ? Seulement comme l'exactitude de ces résultats, soumis à notre examen, avait été mise doute, nous proposons de déclarer ce doute mal fondé. Y a-t-il là matière à compromettre l'Académie ?

Notre cinquième conclusion ne peut faire l'objet d'aucune difficulté, car elle a pour but de voter des remercîmens à MM. Flandin et Danger, comme l'a fait l'Académie des sciences.

Enfin, notre dernière conclusion est ainsi conçue :

« Quant à M. Orfila, la commission s'abstiendra de toute proposition à son égard. L'intérêt soutenu que l'Académie a porté à tous les travaux de notre savant collègue ; les marques d'estime dont elle les a toujours honorés, en ordonnant à diverses reprises, et par des dispositions exceptionnelles, la double insertion de ces travaux dans le *Bulletin* et les *Mémoires* de la compagnie, ont dû être et seront toujours, sans aucun doute, pour M. Orfila la plus douce récompense qu'il pouvait ambitionner. »

Cette conclusion, Messieurs, n'a point d'analogue dans le rapport de l'Institut, et vous savez pourquoi ; la cause en est publique et bien connue, c'est que l'Académie des sciences ne vote des remercîmens qu'aux savans qui viennent lui offrir leurs travaux, et elle n'avait rien à statuer à cet égard pour M. Orfila, puisque ce savant vous a fait hommage de tous les siens. Ainsi notre dernière conclusion est donc tout à fait de votre ressort.

Telles sont, Messieurs, les six conclusions de notre rapport sur lesquelles vous allez avoir à voter. Y en a-t-il une seule qui soit hostile ou en opposition avec celles adoptées par l'Académie des sciences ? Y en a-t-il une qui soit dans le cas de faire tomber une tête innocente ? Non, heureusement non, car l'accord entre les deux académies sur une aussi haute question d'intérêt général est tout ce qu'on pouvait désirer de plus tranquillisant. M. Gerdy a donc eu tort d'affirmer le contraire ; et peut-être sera-t-il maintenant bien convaincu que je n'ai pu le prier de me céder son tour de parole pour effacer, par la lecture de mon rapport, la fâcheuse impression qu'aurait produite celle du rapport de l'Institut. J'ai dit à M. Gerdy, et j'espère qu'il voudra me croire sur parole, que je désirais lire mon rapport immédiatement après la correspondance, pour ne pas en scinder la lecture ; qu'en me cédant son tour, il m'en fournissait les moyens, que la question arsenicale étant une question d'actualité, et l'Institut s'étant déjà prononcé à cet égard, je croyais utile et convenable que l'Académie le fît le plus tôt possible de son côté.

Avant de finir, Messieurs, permettez-moi de revenir encore, et pour la dernière fois, sur un point fort délicat de mon rapport qu'on a appelé la partie laudative à l'égard d'un de nos collègues, partie du rapport dont nos adversaires ont tiré si habilement parti.

Je l'avouerai franchement, cette partie de mon rapport est une œuvre de conscience et de conviction de votre rapporteur à l'égard de services scientifiques qu'il est plus souvent à même qu'un autre peut être d'apprécier dans la spécialité de l'enseignement public dont il est chargé. J'aurais à refaire mon rapport sur ce point, je n'y changerais pas un seul mot. J'ai, à trois reprises différentes, lu ce rapport aux membres de la commission, et il n'est venu à l'idée d'aucun d'eux de me faire la plus petite observation sur les termes dans lesquels je parlais de M. Orfila. A ce moment, ils réfléchissaient sans doute dans leur for intérieur aux injures et aux calomnies dont notre collègue est abreuvé depuis trois ans au sujet de ses travaux sur l'arsenic ; pas plus que moi peut-être, ils n'avaient oublié qu'on l'avait traité comme induisant la justice en erreur, et se jouant de l'honneur et de la vie des accusés ! N'a-t-on pas été jusqu'à supposer, avec une perfidie atroce, qu'il aurait suffi de quelques parcelles d'acide arsénieux restées adhérentes au bout de ses doigts pour lui faire trouver, par ses manipulations, les preuves d'un prétendu empoisonnement dans ses expertises judiciaires ? Et bien convaincus, comme moi, que ces travaux si cruellement attaqués et dénaturés recevraient enfin, dans ce qu'ils ont de plus utile, une confirmation solennelle, et dans cette enceinte et dans une autre non moins grave, mes collègues de la commission ont pensé, comme moi, qu'il y aurait eu lâcheté à ne pas le dire avec ce sentiment de satisfaction que donne la certitude d'une vérité acquise ; ils ont approuvé mes paroles sans objection, et quoi qu'il advienne de ce rapport, je les en remercie bien sincèrement ; s'ils m'avaient proposé des changemens sur ce point, j'aurais pu y consentir par égard et par convenance, mais non par conviction.

M. Gerdy a dit, en parlant de cette partie du rapport, qu'il lui avait semblé entendre une oraison funèbre ; cette comparaison a pu faire sourire, moi tout le premier, puisque heureusement elle n'était qu'une fiction : j'aurais donc dit vrai, du propre aveu de M. Gerdy, puisqu'on ne doit aux morts que la vérité, et mon seul tort serait de l'avoir dit du vivant de notre honorable collègue... ; où est le mal cependant ?... Faudrait-il toujours attendre qu'un homme fut enterré pour lui rendre justice ? Non, je pense mieux du cœur humain, et si c'est une illusion, je supplie M. Gerdy de la respecter.

Je termine, Messieurs, en priant l'Académie de mettre un terme à cette discussion, et de prendre une décision quelconque : comme rapporteur, je crois avoir rempli la tâche que vous m'avez imposée avec toute la conscience, le zèle et le dévouement dont je suis capable. Pendant quatre longues séances, je serai resté sur ce banc à écouter et prendre part à la discussion ; il m'est donc permis de croire mon mandat terminé.

M. Moreau. Je demande la clôture.

M. Emery. Appuyé.

M. Londe. A la fin de la dernière séance, la clôture a été mise aux voix et rejetée ; l'Académie a décidé que la discussion continuerait aujourd'hui ; en conséquence, il n'y a pas lieu de proposer de nouveau la clôture. (Mouvement d'adhésion.)

M. Pelletier. On a décidé que la discussion continuerait aujourd'hui, et je crois qu'on a eu tort d'accorder d'abord la parole à M. le rapporteur, qui avait demandé qu'on mît aux voix le rapport. Je devais parler avant lui, puisque j'étais inscrit le premier. D'ailleurs, l'écrit qu'il vient de lire ne fait point partie de la discussion, puisqu'il n'est pas entré dans l'examen des questions en litige. Tout cela prolonge la discussion, et l'Académie est ennuyée sans être éclairée.

Plusieurs voix. Aux voix ! aux voix ! la clôture !

M. le Président. Je vais mettre la clôture aux voix.

On vote.

La clôture est rejetée.

M. Pelletier a la parole. L'Académie a vu avec quelle énergie et quelle conviction M. Gerdy a attaqué le rapport de la commission. Je ne partage pas toutes les opinions qu'il a émises ; je crois en conséqence devoir le combattre sur quelques points. Mais avant de rompre une lance avec ce fort joûteur, je dois faire quelques observations.

On a dit que nous étions en dissidence avec le rapport de l'Institut : cela n'est vrai que sur un seul point, sur le procédé de destruction des matières animales. Ce point est essentiel, je demande à m'expliquer. La commission de l'Institut a rejeté le procédé d'incinération par le nitrate de potasse, et a préféré la carbonisation avec l'acide sulfurique, tandis que la commission de l'Académie de médecine a donné la préférence au premier procédé. Je crois que le nitrate de potasse offre une foule d'inconvéniens, et qu'il laisse échapper le poison lorsqu'il y en a fort peu dans les tissus qu'on analyse, tandis que l'acide sulfurique, qui carbonise parfaitement, n'offre pas cet inconvénient.

L'orateur entre ici dans de longs détails chimiques pour prouver qu'en opérant comme il le fait avec le nitrate de potasse, M. Orfila obtient un arséniate neutre de potasse qui est insoluble. Il ajoute que ce sont probablement les inconvéniens qu'il vient de signaler qui avaient dans le temps forcé M. Orfila à abandonner le nitrate de potasse et à préférer l'acide nitrique. L'acide nitrique en effet est meilleur que le nitrate de potasse, mais l'acide sulfurique est lui-même préférable à l'acide nitrique. En conséquence, je demande que le rapport de M Caventou soit modifié dans le paragraphe relatif à la carbonisation.

Quant au système des taches que M. Gerdy a attaqué avec tant de vigueur, je ne suis pas tout à fait de son avis. Cependant, je conviens que l'anneau métallique constitue une preuve plus certaine. Un chimiste adroit obtient facilement soit les taches, soit l'anneau métallique ; mais s'il n'a pas l'habitude d'opérer, il se pourrait qu'il n'obtînt même pas de taches, car la flamme fait évaporer l'arsenic, et les taches elles-mêmes ne se fixent pas si la soucoupe n'est pas froide. Voilà pourquoi l'Institut a proposé l'amianthe, afin de recueillir le poison dans le tube avant que la flamme ne fût en contact avec l'oxygène. Mais la commission de l'Académie des sciences n'a pas pour cela entendu blâmer le système des taches.

Quant à l'appareil de MM. Danger et Flandin, je l'ai déjà dit, il est ingénieux et utile pour recueillir les plus faibles quantités de divers poisons ; mais je ne pense pas qu'il soit très avantageux pour recueillir les faibles quantités d'arsenic, car il laisse échapper une partie de ce poison.

Je pense, au reste, que M. Gerdy a eu tort de soutenir que notre rapport est en opposition flagrante avec celui de l'Institut.

M. Orfila a la parole pour répondre à un fait personnel ; c'est pour défendre le procédé par le nitrate de potasse ; il soutient qu'en opérant comme il le fait, il obtient de l'acide arsénique qui est déliquescent. Suivent des détails chimiques à l'appui de cette assertion.

M. Pelletier réplique négativement ; il prétend et s'efforce de démontrer chimiquement que M. Orfila se trompe.

M. Orfila déclare que la seule raison qui lui avait fait abandonner le nitrate de potasse, c'est la croyance dans laquelle il s'est trouvé pendant trois mois, que le nitrate du commerce pouvait être arsenical. Il ajoute que tout en préférant le nitrate de potasse, il reconnaît comme bon, comme excellent, le procédé de MM. Danger et Flandin, approuvé par l'Institut.

M. Gerdy a la parole pour un fait personnel.

M. le président. Vous avez la parole pour un fait personnel, et non pour entrer dans la discussion générale.

M. Gerdy. Je tâcherai de me borner dans le fait personnel en attendant que mon tour de parole arrive. J'avoue cependant qu'il me faut de grands efforts pour ne pas me laisser entraîner dans la discussion générale. (On rit.) Comment me retenir, en effet, alors que M. Caventou est venu dire que j'avais été battu, deux fois battu, très battu ; je lui démontrerai tout à l'heure, je l'espère, que je ne suis pas encore mort ! (Hilarité générale.)

On vient de dire que j'avais eu tort de soutenir que le rapport de M. Caventou mettait cette académie en dissidence avec l'Institut ; mais n'ai-je pas démontré que cette dissidence est claire, évidente, à chaque page du rapport ? M. Caventou a prétendu que la dissidence, s'il y en avait, n'avait pas d'importance à ses yeux ; je crois au contraire, qu'elle blesserait fortement les convenances. M. Arago ayant eu dernièrement à présenter à l'Institut une demande officielle concernant le filtre Suchon, s'est opposé à ce qu'on nommât une commission, uniquement parce que ce filtre avait été le sujet d'un rapport à l'Académie de médecine, et qu'il eût été inconvenant d'opposer le jugement d'un corps savant à celui d'un autre corps savant.

La dissidence que j'ai démontrée et que je démontrerai encore tout à l'heure, est donc une chose qui blesse hautement les convenances. Puisqu'un rapport avait été fait à l'Institut sur le travail de MM. Danger et Flandin, il fallait, ou ne pas faire d'autre rapport, ou se mettre en harmonie avec celui-là, ou bien enfin faire disparaître les noms propres, ne s'occuper que de la seule question scientifique, et motiver les opinions contraires qu'on aurait à émettre dans le seul intérêt de la science, tout en regrettant qu'un autre corps savant eût soutenu une thèse opposée. Au lieu de cela, que fait-on ? On emploie les cinq sixièmes du rapport en éloges démesurés pour un membre de l'Académie, puis on consacre quelques lignes au travail qu'on était en devoir d'apprécier, et uniquement pour blâmer les deux jeunes savans qui l'ont présenté. (Murmures.)

Vous le voyez, c'est un parti pris, arrêté d'avance d'étouffer mes paroles, on s'est proposé de ne pas me laisser parler ; un, deux, trois individus se sont donné la mission de gouverner l'Académie, de prendre la place de président en ôtant la parole à qui leur déplaît. Eh bien, je le répète hautement, c'est insulter le président, c'est insulter l'Académie ; je dirai de dures vérités malgré vos clameurs.

M. Andral père. Vous avez eu la parole pour un fait personnel, et vous parlez au contraire sur la discussion générale.

M. *Gerdy.* Vous n'avez pas le droit de m'interrompre, je suis dans le fait personnel ; le fait personnel, c'est le reproche qu'on m'a fait d'avoir trouvé l'Académie de médecine en opposition avec l'Institut ; je ne suis pas sorti de la question, je continue.

M. Andral père. Ce n'est pas là un fait personnel.

M Adelon répète cette phrase.

M. Barthélemy à M. Andral père. Pourquoi n'en avez-vous pas dit autant tout à l'heure à M. Orfila, qui, sous le prétexte d'un fait personnel, a répondu à son aise à une question de pure chimie ? Je crois que la parole doit être maintenue à M. Gerdy.

M. le président. M. Gerdy a la parole.

M. Gerdy. J'ai fini ; je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet lorsque mon tour de parole arrivera.

M. Castel parle en faveur de M. Orfila et contre M. Gerdy ; il égaie beaucoup l'auditoire, en passant de la question de l'arsenic à celle du magnétisme.

M. Bussy. Dans la discussion qui occupe l'Académie, et en dehors de toutes les considérations personnelles dont elle est entourée, il y a une question de principe sur laquelle il me paraît de la dernière importance que l'Académie soit bien fixée, c'est la valeur de ce qu'on a appelé *le système des taches* en matière d'empoisonnement par l'arsenic.

Au dire des honorables membres qui ont attaqué le rapport, ce système devrait être frappé d'une réprobation absolue, et les données qu'il a fournies en matière d'expertise légale seraient nécessairement entachées d'erreur. C'est contre cette opinion que je demande la permission de présenter quelques observations.

Je ne me pose point en antagoniste du rapport qui a été fait à l'Académie des sciences, mais la considération sincère que je professe pour la savante commission qui l'a rédigé, ne doit pas m'empêcher d'exprimer mon opinion personnelle dans une question de médecine légale qui est essentiellement de la compétence de l'Académie de médecine ; je le ferai sans discuter jusqu'à quel point je puis être en harmonie ou en désaccord avec le rapport auquel je fais allusion.

Quelle est donc la valeur du système des taches ?

Afin de ne pas revenir sur les motifs qui ont été déjà développés par M. le rapporteur, je vais essayer de présenter ma pensée sous une forme nouvelle que je crois propre à éclaircir la question aux yeux des personnes peu familiarisées avec l'appareil dont il s'agit.

Supposons pour un instant que l'or soit un métal toxique capable de donner la mort à très faible dose ; supposons encore que, par un moyen quelconque on soit parvenu à retirer des matières suspectes analysées, une très petite quantité de métal (1 ou 2 milligrammes) et que cet or soit en petit globule, ce globule sera à peine visible à l'œil nu, il faudra prendre une loupe pour l'observer et personne ne sera dans le cas de dire si c'est un globule d'or, de cuivre, de laiton ou de tout autre métal.

Supposons au contraire que cette même quantité d'or ait pu, par les procédés employés, être étendue sous forme de couche mince sur une assiette de porcelaine de manière à produire une dorure, il pourra couvrir alors une surface de 10 à 20 centimètres carrés qui ne laisseront à personne le plus léger doute sur l'existence du métal, ce qui n'empêchera pas que l'or ainsi étendu ne puisse être dissous par le mercure, par l'eau régale, de manière à ce qu'on puisse étudier ses propriétés chimiques s'il est nécessaire.

Au reste, cette méthode qui consiste à étendre, à multiplier en quelque sorte la matière que l'on recherche, afin de la saisir plus facilement, n'est point nouvelle en chimie. Si l'on recherche du cuivre, par exemple, au lieu de s'attacher au très petit morceau de métal qu'on aurait pu obtenir, on le dissout dans l'acide nitrique, on ajoute de l'ammoniaque à la dissolution et là où l'on avait un grain imperceptible, on obtient une dissolution d'un bleu foncé qui ne laisse aucun doute sur l'existence du métal.

Je pense donc que le système des taches, sous le point de vue sous lequel je viens de le présenter est extrêmement propre à établir la conviction de l'expert et très propre surtout à faire passer cette conviction dans l'esprit d'un auditoire, d'un jury, des personnes, en un mot, qui, étant étrangères à la science, ne lui demandent que le résultat définitif de son travail.

Cependant on fait à ce système, dans l'application, de très graves objections que je crois pouvoir combattre avec succès, mais dont je ne me dissimule pas la portée.

Une première objection est celle-ci :

« Les taches que vous produisez sont tellement minces, qu'elles sont en quelque sorte impondérables ; il n'y aurait pas de balance assez sensible pour les apprécier. »

Cette objection ne me paraît pas avoir toute la valeur qu'on lui attribue dans le cas présent ; sans doute il vaudrait mieux obtenir un gramme ou deux d'arsenic ; mais l'appareil le plus parfait ne peut donner, en définitive, que ce qu'il renferme. Vous y mettez des traces d'arsenic ; il vous donne des traces d'arsenic. Et remarquez bien que c'est dans ces cas là particulièrement que l'appareil de Marsh est employé. Lorsque l'arsenic est en quantité notable, tous les procédés pour en démontrer la présence sont bons ; mais lorsqu'il ne reste rien des matières rejetées, qu'on n'a rien trouvé dans le tube digestif, qu'il s'agit de rechercher 5 ou 6 centigrammes d'arsenic disséminés dans tous les tissus, et qu'on n'a souvent à sa disposition que q[illegible] grammes de matière, on ne peut pas espérer recueillir de

tités bien considérables d'arsenic. Faudrait-il dans des cas semblables renoncer à la recherche du poison ?

Croit-on d'ailleurs que la balance pût donner un plus grand degré de certitude ?

Mais quel est le chimiste assez habile, assez exercé, possédant un instrument assez parfait, qui voudrait répondre sur sa tête d'une pesée d'un milligramme, en opérant même dans le silence du cabinet et à l'abri de toute cause de perturbation. Et cependant, ce poids d'un milligramme d'or, dont la balance n'oserait pas répondre, s'il était étendu en couche mince, pourrait couvrir une surface de 10 centimètres carrés, et, sous cette forme, ne laisserait aucun doute dans l'esprit du moins clairvoyant; personne n'oserait mettre en question qu'une portion de matière animale avec laquelle on aurait obtenu un semblable effet, ne contînt réellement de l'or.

Je passe actuellement à une objection plus sérieuse. Les taches que vous présentez ne sont-elles point une illusion, est-ce bien de l'arsenic que vous voyez, et non point une de ces matières pseudo-arsenicales dont l'existence a été signalée ?

A cela je réponds :

1° Il est toujours possible, à l'aide des précautions les plus simples, d'éviter la formation de ces fausses taches : on évite celles qui proviennent de la présence de la matière animale en la traitant par le nitrate de potasse ; on évite celles qui proviennent du zinc au moyen d'un dégagement lent de gaz, ou mieux, en les faisant passer sur de l'amianthe, comme l'a recommandé la commission de l'Institut ;

2° Eût-on omis de prendre ces précautions, et eût-on obtenu des taches équivoques ou de fausses taches, on pourra toujours s'en assurer au moyen des réactifs chimiques, et ce n'est qu'après avoir acquis cette certitude qu'un expert honnête et consciencieux, ainsi qu'on doit nécessairement le supposer, se permettra de prononcer. L'expert sera d'autant plus porté à faire cette vérification, que ces taches qui pourraient tromper sont signalées depuis long-temps, ainsi que la nécessité de se mettre en garde contre cette cause d'erreur. Je trouve la preuve de ce que j'avance dans un document qui ne sera pas récusé par les adversaires du système, dans une pièce qui n'a pas été faite pour les besoins de la cause, le rapport de l'Académie des sciences. Je lis dans ce rapport:

« M. Orfila a fait également un grand nombre d'expériences sur les diverses taches que l'on obtient quelquefois avec l'appareil de Marsh, en opérant sur des liqueurs qui ne renferment pas d'arsenic, et il a donné des caractères physiques et chimiques pour les distinguer des taches arsenicales.

» Les taches d'arsenic se distinguent aisément des taches d'antimoine aux caractères suivans : lorsque les taches sont altérées par la présence d'une matière organique plus ou moins décomposée, ou par des matières sulfurées, elles prennent une teinte jaune, etc.

» M. Orfila a constaté, dans le cours de ses expériences, qu'en opérant avec une flamme un peu forte sur des liquides organiques, il se produisait quelquefois sur la capsule des taches brunes plus ou moins foncées, assez larges, en aucune façon arsenicales, et auxquelles il a donné le nom de taches de crasse. Ces taches, d'après ce chimiste, se distinguent aisément des taches arsenicales, etc.

» M. Orfila a signalé une autre espèce de taches qu'il considère comme bien autrement importantes, parce qu'elles se produisent souvent et qu'elles pourraient être quelquefois confondues avec les taches arsenicales, etc.

» M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches obtenues ; l'expert ne devra jamais dire qu'elles sont arsenicales, s'il ne leur a pas reconnu les caractères de la volatilité et du précipité rouge-brique avec le nitrate d'argent, etc. »

Je crois avoir suffisamment prouvé par ce que je viens de dire que ce qu'on a appelé dans cette discussion le système des taches est un système parfaitement fondé en principe, qu'on a pu l'employer avec avantage, avec toute certitude et en toute sûreté de conscience dans les expertises légales, en prenant les précautions commandées par l'état de la science. Est-ce à dire pour cela que ce procédé soit parfait ? Non, sans doute : il présente plus d'un inconvénient ; le plus grave est sans contredit de perdre une portion considérable de l'arsenic qu'on recherche ; mais cette circonstance, très grave au point de vue chimique, est au contraire très rassurante pour la défense de l'accusé, pour la conscience de l'expert et pour celle du juré, car en perdant une portion plus ou moins considérable du corps du délit, on en rend la preuve plus difficile.

Je ne regarde donc pas, je le répète, ce procédé comme le meilleur possible: à mesure qu'on travaillera, on le perfectionnera davantage ; c'est là loi inévitable du progrès que personne ici ne prétend méconnaître, et c'est pour cette raison que j'adhère aux éloges qui sont donnés à MM. Flandin et Danger pour la part qu'ils ont prise à la solution de l'important problème qui nous occupe.

M. Adelon défend la commission du reproche de partialité qui lui a été fait par M. Gerdy ; il adopte la manière de voir de MM. Caventou et Bussy, et finit par les paroles suivantes : Je déclare, moi, professeur de médecine légale à la Faculté, que dans l'état actuel de la science, je ne connais pas de meilleurs procédés pour découvrir l'arsenic, que ceux de M. Orfila. Ces procédés me paraissent pouvoir être adoptés en toute sûreté. Comme l'Académie est fatiguée par la longueur de la discussion, je n'entrerai pas dans le fond de la question, et je demanderai la clôture.

Plusieurs voix. Appuyé, appuyé ; la clôture.

M. le président. Je vais mettre le rapport aux voix. (Bruits étourdissans.)

M. Gerdy avec énergie. Une iniquité déplorable paraît dominer la discussion. On permet la parole à tous mes adversaires, qui se sont déchaînés en personnalités contre moi, et l'on refuse maintenant la parole à la défense. Une pareille injustice est révoltante. J'ai été seul contre tous ; tous, à l'exception de M. Bouillaud, qui m'a prêté l'appui de sa parole, ont pu parler librement, sans être interrompus, en faveur de M. Orfila et du rapport, et l'on s'est coalisé pour m'ôter la parole, pour étouffer la défense après m'avoir lancé un orage de personnalités. Cela ne s'est vu dans aucune assemblée d'hommes civilisés. (Bruits divers.)

M. Breschet. Vous ne pouvez maintenant refuser la parole à M. Gerdy.

Plusieurs voix. Oui, oui, laissez parler.

M. le président. M. Gerdy a la parole.

M. Gerdy (silence, attention générale). Je ne répondrai pas aux personnalités grossières qu'on m'a adressées ; je m'arrêterai seulement à la partie scientifique de la question, et je mettrai de côté tous les noms propres, car il paraît qu'il suffit que je nomme quelqu'un, même avec tout le ménagement possible, pour qu'on donne le change à mes paroles, en leur attachant arbitrairement le caractère d'offense qui assurément n'existe ni dans leur signification ni dans mes intentions. Je désirerais sincèrement que mes adversaires missent autant de modération dans leurs paroles que j'en mets dans les miennes.

M. le rapporteur a dit que l'on pouvait, dans une expertise, aussi bien conclure sur les simples taches que sur l'anneau métallique. Je vous ai cependant démontré le contraire dans la dernière séance. Nous avons vu que les simples taches pouvaient en imposer, même aux chimistes les plus exercés, et faire conclure à l'existence de l'arsenic là où il n'y en avait pas un seul atome ; il m'a suffi pour cela de vous citer les vingt expériences sur le prétendu arsenic normal ; aussi est-ce avec raison que l'Institut a cru devoir s'expliquer très clairement en ajoutant le supplément suivant à son rapport. Ecoutez le rapporteur de l'Académie des sciences, dans le compte-rendu de la séance du 19 juillet : « M. Regnault fait observer que si la commission a montré, par des expériences nombreuses, que le procédé de Marsh, appliqué avec les précautions qu'elle a indiquées, pouvait constater, avec toute certitude, la présence de très petites quantités d'arsenic absorbées, elle n'a pas voulu dire que ces procédés pouvaient être confiés à des mains peu habiles. Les procédés nouveaux, de même que les anciens, demandent, pour présenter une garantie suffisante, des mains exercées. La commission est si bien d'accord à cet égard avec M. Magendie, qu'elle a voulu que, dans aucun cas, l'expert ne se rapportât aux caractères physiques des taches ; elle a même *proscrit complètement la méthode des taches* dans les instructions qu'elle a données ; elle a voulu que l'expert pût remettre entre les mains de la justice, comme pièce de conviction, l'arsenic avec tous ses caractères. Aux yeux de la commission, l'appareil de Marsh, considéré comme moyen de produire des taches est donc *sans valeur* ; considéré, au contraire, comme moyen de concentrer l'arsenic pour en constater ensuite les caractères par les procédés chimiques connus, c'est un appareil très important, très sûr, qu'elle devait recommander et qu'elle recommande, en effet, avec toute confiance aux chimistes, pour les occasions les plus délicates. »

Vous le voyez, l'Institut proscrit complétement la méthode des taches ; notre commission, au contraire, soutient la méthode des taches, et l'on vient pourtant vous dire que l'Académie de médecine n'est pas mise en dissidence avec l'Institut. N'est-ce pas là jouer sur des mots, essayer de donner le change à des choses très évidentes, très claires ? A quoi sert d'avoir recommandé la prudence, d'avoir prescrit autrefois la nécessité de produire l'anneau métallique, alors qu'on s'est soi-même départi de ce principe, qu'on s'est contenté des seules taches pour juger des causes de vie ou de mort, et qu'on n'a nullement cherché à réduire le métal, s'il y en avait ! Je le demande, est-il vrai, oui ou non, qu'on a jugé d'après les seules taches et sans anneau métallique !

M. Chevallier (vivement et d'une voix très forte). Oui, oui, oui, on a recueilli le métal ! (Murmures, bruits divers, interruption.)

M. Chevallier. Je demande la parole.

M. Gerdy. En vérité, Messieurs, il n'est pas possible de discuter au milieu d'hommes qui n'ont pas l'habitude des convenances académiques.

M. le président. M. Gerdy a la parole.

M. Gerdy. Est il vrai que des causes de vie ou de mort ont été jugées d'après les seules taches ? Oui, on en est convenu ; M. Bussy l'a affirmé lui-même ; et j'ai d'ailleurs en main des pièces imprimées, des rapports d'expertises criminelles dont le jugement a été basé sur les simples taches. Ainsi, il n'est point douteux qu'on a jugé sur les simples taches, et qu'on n'a pas cherché à obtenir l'anneau métallique. Or, c'est là précisément la doctrine malheureuse que je combats dans l'intérêt de la sûreté sociale et de la justice ; c'est là qu'est la plaie du système que l'Institut a formellement proscrit, et que notre commission voudrait faire revivre dans l'intérêt de l'amour-propre de l'un de nos collègues. Et l'on vous dit ensuite que l'Académie de médecine n'est pas en opposition avec l'Institut par le rapport de M. Caventou ! Je regarde cette opposition, Messieurs, comme une très grande inconvenance et comme très malheureuse pour l'Académie de médecine. L'Académie des sciences est plus haut placée que nous ; elle est une autorité suprême en France, en Europe, dans le monde entier, pour ce qui touche aux sciences physiques ; en vous mettant en opposition avec elle, vous vous attirerez les persécutions de la presse et le mépris du public. (Murmures.) Oui, votre rapport est malheureux, il entraînera la ruine de l'Académie de médecine ; c'est dans l'intérêt de notre propre corps que je me suis placé ici en opposition avec un parti d'hommes dévoués à l'un des membres de cette compagnie. J'ai donné, je crois, des preuves, en plus d'une occasion, de mon ardeur pour la défense de l'honneur de l'Académie ; c'est le même esprit qui m'a animé à entrer en lice cette fois, bien que je connusse la faiblesse de mes connaissances en en chimie. J'ai été tellement frappé des termes du rapport de M. Caventou et du silence qui avait suivi ce rapport, que je n'ai pu rester impassible en présence des faits graves que j'ai eu l'honneur de vous signaler ; j'ai pris pour fil conducteur de mon argumentation le rapport de l'Institut, je ne crois pas m'être trompé ; on m'a accusé cependant de passion malgré toute la modération que j'ai mise dans mes paroles ; on aurait dit que chacune de mes paroles avait arraché la peau des personnes auxquelles j'ai fait allusion, et l'on n'a pas trouvé inconvenantes pourtant les personnalités grossières qu'on m'a adressées ; je dois déclarer que si mon argumentation a été jugée passionnée, ce reproche doit alors tomber sur la commission de l'Institut ; car c'est son rapport que j'ai suivi.

J'arrive aux fragmens du rapport de l'Institut qu'on vient de lire en faveur du système que je combats (je supprime à dessein les noms propres, afin qu'on ne renouvelle pas encore le prétexte des personnalités). Nul doute qu'en tronquant ainsi quelques phrases de chaque paragraphe du travail de l'Institut, vous ne donniez à ce travail une tout autre signification que celle qu'il présente. Nous ne pouvons pas jouer ainsi sur des mots. Puisque vous n'avez fait que scinder des phrases, je vais vous lire les passages entiers qui se rapportent à ces phrases, et dont l'ensemble signifie autre chose que ce que vous cherchez à faire croire. L'orateur lit plusieurs passages du rapport ; il reprend ensuite en sous-œuvre la question des taches, examine leurs caractères, leur minceur extrême qu'il compare à un trait de crayon, les doutes que les réactions chimiques doivent laisser dans ces cas, l'insuffisance des caractères fixés par M. Orfila, et les erreurs qu'elles ont occasionnées dans les recherches de l'arsenic normal. La comparaison de M. Bussy concernant les taches ne lui paraît pas exacte, attendu que les taches qu'on obtient par l'appareil de Marsh sont ordinairement mélangées de matières diverses, et n'offrent pas par conséquent la pureté de l'anneau métallique pour être jugées sans aucun doute. Il reprend ensuite en ces termes.

Que nous reste-t-il maintenant des travaux de notre collègue sur la question qui nous occupe ?

1° L'arsenic normal ? Erreur, erreur déplorable vingt fois répétée dans les mémoires de l'Académie. L'arsenic normal des os de l'homme, du bœuf, du mouton, du cheval, de l'âne, des muscles, de la terre des cimetières, du bouillon et d'une foule d'autres corps, n'existait que dans le système des taches.

2° La carbonisation avec l'acide nitrique ou avec le nitrate de potatse ? L'Institut a condamné l'un et l'autre procédé ; vous venez d'ailleurs d'entendre M. Pelletier sur le peu de cas qu'on doit faire de l'incinération avec le nitrate de potasse ;

3° L'appareil de Marsh modifié par lui ? L'Institut l'a rejeté comme une source d'erreurs.

D'autre part, qu'a dit l'Institut des travaux de MM. Danger et Flandin ? Il les a placés en première ligne ; leur carbonisation à l'acide sulfurique est ce qu'il y a de plus parfait dans l'état actuel de la science ; leur appareil à hydrogène a été jugé ingénieux, et surtout d'une grande exactitude ; leurs pseudo-taches constituent un fait précieux acquis à la chimie légale : M. Bussy lui-même vient d'avouer que le travail de ces messieurs était digne d'éloges, qu'il avait rendu service à la science en signalant des causes d'erreur et en enseignant un procédé parfait de carbonisation. Il est donc clair que le rapport de M. Caventou n'est pas conforme à la vérité des faits qui précèdent, et qu'il ne peut passer tel qu'il est. Je demande en conséquence qu'il soit modifié de la manière suivante :

1° Que l'honneur de la découverte négative de la non-existence de l'arsenic normal appartient à MM. Danger et Flandin ;

2° Que les pseudo-taches par eux signalées constituent un fait précieux acquis à la chimie légale, et qui met à l'abri d'erreurs graves ;

3° Que leur appareil est ingénieux et sûr ;

4° Que leur procédé de carbonisation, à l'aide de l'acide sulfurique, est ce qu'il y a de plus parfait dans l'état actuel de la science ;

5° Qu'en raison de ces services rendus à la science, ils doivent être remerciés, et leurs noms portés sur la liste des candidats, etc.

Quand vous aurez apporté ces modifications au corps du rapport, je verrai ce que j'aurai à dire sur les conclusions.

— Plusieurs membres demandent la parole. (Bruit, tumulte ; aux voix, aux voix ; la plupart des membres se lèvent et quittent leurs bancs.)

M. le président. Plusieurs membres ayant demandé à parler, je renverrai la fin de la discussion à la prochaine séance.

Séance levée à cinq heures et demie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Le *strophulus*, dont il nous reste à parler dans l'ordre des papules, a été séparé par Battemann de l'espèce lichen ; mais bien qu'il présente quelques particularités, on peut cependant le regarder comme une variété de cette affection papuleuse. Il est remarquable, en effet, en ce qu'il n'attaque guère que les enfans dans l'âge le plus tendre, et qu'il s'observe plutôt sur les enfans riches, bien soignés, que sur tous autres. Il est souvent lié au travail de la dentition. La face est son siége le plus habituel ; les groupes de petites papules enflammées qui le caractérisent ont ordinairement une marche rapide. Ces papules sont quelquefois blanches ou seulement environnées d'une légère auréole inflammatoire, quelquefois aussi entremêlées de taches érythémateuses qui donnent à la maladie différentes apparences désignées par Battemann sous les noms de *intertinctus*, *confertus*, *volaticus*, etc. Un régime adoucissant et peu nutritif, de légers laxatifs, quelque onction appropriée, tels sont les moyens propres à combattre cette affection qui se prolonge rarement au-delà de trois ou quatre semaines.

Nous allons nous occuper maintenant de l'ordre des *vésicules*, qui comporte trois divisions : la gale, l'herpes et l'eczéma.

La gale, cette maladie si commune, a, selon les uns, une origine fort ancienne ; selon d'autres, elle n'aurait pas été connue avant le quatorzième siècle. Il a toujours régné beaucoup de confusion dans les écrits des auteurs sur le sens précis à accorder aux mots *psora* des Grecs, *scabies* des Latins, *cnuza* ou *cnismos* d'Hippocrate, *pruritus* des Latins ; de sorte que l'une ou l'autre de ces opinions trouve un point d'appui convenable dans ces discussions contradictoires.

Quoi qu'il en soit, M. Biett a indiqué d'une manière tellement précise et rigoureuse les caractères de la gale, qu'il est facile maintenant d'éviter toute confusion dans le diagnostic de cette affection ; aussi nous appliquerons-nous à suivre la description qu'il en a tracée.

La gale se caractérise par de petites vésicules pointues, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux. Ces vésicules, constamment accompagnées de prurit, peuvent se développer sur toutes les parties du corps ; mais on les remarque, surtout au début, isolées, disséminées en petit nombre dans l'intervalle des doigts, au poignet et sur la face palmaire des avant-bras. La gale est une maladie essentiellement contagieuse, qui se propage par le contact médiat ou immédiat. La propagation peut d'ailleurs être favorisée ou empêchée par une foule de circonstances accessoires. C'est parmi les jeunes gens que l'on trouve les plus nombreux exemples de gale. Les femmes en sont beaucoup moins atteintes que les hommes. Les sujets sanguins et lymphatiques sont d'ailleurs ceux parmi lesquels il s'offre le plus de galeux.

La cause prochaine de cette maladie est toujours la contagion. C'est à tort que quelques auteurs croient à la possibilité de son développement spontané, à ses retours périodiques, à son mode de propagation épidémique ; et dans le cas où l'on a cru pouvoir constater un de ses phénomènes, l'on s'en est sans doute laissé imposer par des affections d'une autre nature, ou l'on a été mal renseigné par les malades.

Le mode de communication de l'individu sain et de

l'individu malade influe beaucoup sur le siége de l'éruption. On la voit, en effet, souvent apparaître aux parties du corps qui ont subi le contact. Il est rare de la voir se montrer aux mains chez les individus exerçant une profession qui rend la peau de cette partie calleuse et imperméable. D'un autre côté, les circonstances dans lesquelles la peau est entretenue dans un état de moiteur et de perméabilité plus grande sont favorables à la contagion.

On a cru pouvoir rapporter à l'existence d'un insecte particulier la cause du développement et de la propagation de la gale. Cet insecte aurait été, selon Battemann, signalé par Avenzoar, dans le douzième siècle. De nombreux auteurs en ont parlé depuis et l'ont même décrit avec soin. De nos jours, M. Galès présenta à une commission de l'Institut, nommée à cet effet, un insecte qu'il dit être l'acarus scabiei. M. Galès n'eut pas de contradicteurs et l'insecte parut hors de doute. Cependant Willan et Battemann, en Angleterre, et chez nous le professeur Alibert et après lui M. Biett, firent de vains efforts pour retrouver cet animalcule, qui se déroba toujours à leurs investigations. On douta alors des expériences de M. Galès, et un examen attentif du dessin qu'il avait produit fit reconnaître l'acarus du fromage.

L'insecte de la gale existait cependant, et en 1834, un étudiant corse, M. Renucci, est venu le révéler aux yeux des incrédules. Ce petit animal se trouve dans les sillons blanchâtres qui avoisinent les vésicules de la gale; on l'extrait de ce sillon au moyen d'une aiguille passée sous l'épiderme. Il est visible à l'œil nu. Examiné au microscope, il paraît comme une petite outre, du volume d'un gros pois, pleine de sérosité, garnie d'appendices filiformes. C'est un insecte à huit pattes et il diffère beaucoup de l'acarus du fromage qui est sensiblement plus allongé. L'acarus scabiei est-il la cause ou le produit de l'éruption ?

La période d'incubation de la gale est fort difficile à préciser, les malades qui en sont atteints cachant avec soin les circonstances dans lesquelles ils l'ont contractée. Toutefois, d'après ce qu'on a pu constater, elle paraît être d'autant moins longue que le sujet est plus jeune et mieux portant. Elle serait de quatre ou cinq jours chez les enfans, de huit à vingt jours et plus chez les adultes; de quelques semaines et même plusieurs mois chez les vieillards et les sujets débilités par les maladies chroniques.

La gale se manifeste par un prurit léger augmentant la nuit et sous l'influence de toutes les causes d'excitation. Bientôt, au lieu occupé par le prurit, on voit apparaître de petites vésicules qui ne tardent pas à grossir, à se multiplier et à s'étendre de l'intervalle des doigts ou du poignet aux avant-bras, au pli du coude, à la poitrine, au ventre, aux cuisses, au pli du jarret. Ces vésicules, légèrement rosées chez les sujets jeunes et sanguins, sont de la même couleur que la peau chez les sujets débiles et valétudinaires. Le malade les écorche en se grattant quand le prurit est violent, et le liquide visqueux qu'elles contiennent s'épanche et se concrète en petites croûtes minces et peu adhérentes. La gale, reconnue et traitée à son début, se dissipe ordinairement avec facilité; mais négligée, et surtout irritée par le défaut de soins et de propreté, par un régime échauffant, etc., elle s'accompagne d'une irritation vive des tégumens, d'où résulte le développement de phlegmasies accidentelles qui viennent obscurcir le diagnostic de cette affection. C'est alors que l'on voit apparaître les taches de l'érythème, les vésicules enflammées de l'eczéma rubrum et impétiginode, les pustules de l'ecthyma, les papules du lichen, et que par suite se forme fut des croûtes ou des squammes, résultat de quelques-unes de ces éruptions. On peut même voir survenir, dans certains cas, de vives inflammations, des furoncles et des abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les deux variétés d'eczema que nous venons de citer sont les maladies qui peuvent apporter le plus d'incertitude dans le diagnostic de la gale. Cependant, dans l'eczema rubrum, les vésicules réunies en groupe sont plus enflammées que celles de la gale, elles se montrent de préférence aux parties les plus sujettes à la transpiration, où abondent les poils et les follicules cutanées, comme aux aisselles, aux oreilles, au front, aux parties génitales; elles s'accompagnent plutôt d'un sentiment de cuisson que d'un véritable prurit, et donnent fréquemment lieu à la formation de concrétions squammeuses assez étendues. Les vésicules de l'eczema impetiginodes s'accompagnent d'une inflammation plus vive que celle de la gale, deviennent purulentes, et donnent aussi lieu à des concrétions squammeuses ou croûteuses.

La gale n'est point une maladie dangereuse par elle-même, et elle n'acquiert un certain degré de gravité qu'en raison des circonstances étrangères qui peuvent l'accompagner et la compliquer, telles que l'état cachectique du sujet affecté, la coexistence de phlegmasies internes aiguës ou chroniques, etc. La rétrocession de la gale n'est point à craindre, et nous pensons avec Joseph Franck que les accidens internes, que le vulgaire est porté à attribuer à une prompte disparition de l'éruption, sont dus bien plutôt à l'action sur l'économie de remèdes violens et intempestifs. Ainsi, il est convenable, dans certains cas, de ne pas attaquer immédiatement la gale par les topiques irritans qui réussissent à la guérir; et si le sujet est sanguin, irritable, si surtout les tégumens sont vivement enflammés, il faudra préluder au traitement par des émissions sanguines, des lotions émollientes et autres remèdes antiphlogistiques.

Le soufre doit être mis au premier rang des remèdes employés contre cette maladie, et il entre en effet, sous des formes diverses, dans presque tous les topiques par lesquels on l'attaque. Ainsi, les bains sulfureux comptent de nombreux succès; on les prépare avec le sulfure de potasse, ou mieux avec le sulfhydrate de soude (sel de Barèges de Quesneville). On fait prendre un de ces bains tous les jours ou tous les deux jours, selon les forces du malade. On peut en aider l'effet au moyen d'un liniment (liniment de Valentin) ainsi composé: huile d'amandes douces, 32 grammes; sulfure de chaux, 4 grammes; camphre, 1,25 centigr. Avec ce remède, on obtient la guérison dans un espace de temps qui varie de dix à quinze jours. Nous citerons la *pommade Helmerick*, qui a eu des effets avantageux; elle se compose de deux parties de soufre, une de potasse purifiée et huit d'axonge. La pommade sulfuro-alcaline d'Alibert, composée de soufre sublimé et lavé, 6 grammes; carbonate de potasse, 6 grammes; axonge, 64 grammes. Cette pommade donne une guérison un peu lente, mais n'est point irritante; c'est celle que l'on donne aux malades qui viennent réclamer des soins au traitement externe de l'hôpital St-Louis.

Le second genre à étudier dans l'ordre dont nous parlons est le genre herpès. Ce mot, appliqué par plusieurs auteurs à des maladies fort différentes les unes des autres, a jeté une grande confusion dans la science. Quoi qu'il en soit, nous désignerons avec Willan et Battemann, sous le nom d'herpès, une affection cutanée, souvent aiguë, caractérisée par l'éruption de petites vésicules réunies en groupes, qui grossissent successivement, deviennent opaques et se terminent par des croûtes légères, ou se sèchent même sans desquammation. Leur apparition a lieu avec ou sans symptômes précurseurs généraux. Un sentiment de prurit et une cuisson plus ou moins intense se font sentir dans le lieu malade, qui est aussi parfois le siége de douleurs plus profondes. Après le dessèchement des vésicules, la peau reste plus ou moins colorée, puis pâlit, et ne tarde pas à reprendre son état naturel. Chaque vésicule parcourt ses périodes en dix jours environ, mais les éruptions successives peuvent faire durer la maladie jusqu'à vingt et trente jours.

Les causes de l'herpès sont à peu près inconnues. Il peut être dû à des circonstances locales; quelquefois il paraît être le symptôme ou la crise d'un dérangement local ou général des fonctions.

Cette maladie offre plusieurs variétés qui sont : l'*herpès labialis*, — *zoster*, — *phlyctœnodes*, — *præputialis*, — *circinatus*, — *iris*.

L'herpès labialis apparaît au déclin des fièvres éruptives, des fièvres catarrhales, etc.; mais si cette éruption peut être regardée dans quelques cas comme critique, elle paraît aussi quelquefois symptomatique et liée à une phlegmasie de la pituitaire, de l'estomac, des voies aériennes, etc. Elle est souvent produite par l'action locale d'une cause irritante quelconque. Elle se manifeste par un groupe de cinq à six vésicules, soutenu par une base enflammée; quelquefois plusieurs groupes semblables se forment ainsi autour des lèvres. Ces vésicules grossissent, le liquide qu'elles contiennent devient opaque, purulent en un ou deux jours et elles se rompent ou se sèchent sans s'ouvrir et forment, au bout de quatre à six jours, des croûtes épaisses et noirâtres peu adhérentes qui tombent du huitième au douzième jour.

Nous parlerons plus tard des cinq autres variétés de l'herpès.

SUPPLÉMENT

Imprimerie [illegible], rue de Vaugirard, 36.

INTOXICATION ARSENICALE.

PROCÈS D'AIX (Bouches-du-Rhône).

AFFAIRE MICHEL,

JUGÉE LE 4 JUILLET 1841.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

Sur un cas présumé d'empoisonnement par l'acide arsénieux ;

Par M. ROGNETTA, D.-M.-P. (1).

En donnant ici mon avis sur des questions médico-légales qui m'ont été soumises par la défense d'un homme accusé du crime d'empoisonnement, je dois déclarer que je ne connais ni l'accusé ni son honorable défenseur ; que je ne suis ni parent ni allié ni avec aucun membre de sa famille ; que je me suis borné à une œuvre de pure science que je n'ai pu refuser (mes devoirs de profession m'y obligeant), dans le seul intérêt de la vérité, et en dehors de toute influence des faits moraux de la cause que j'ignore complétement, et auxquels je n'entends préjuger en aucune façon. Puissent les faibles lumières que je vais consigner dans ce travail servir à éclairer la justice.

PREMIÈRE PARTIE.

FAITS MÉDICAUX.

« Madame Michel était jeune encore et d'une complexion sanguine ; elle était, de plus, sujette depuis son enfance à des maladies d'estomac et à des palpitations assez fortes. Mariée depuis environ douze ans, elle avait eu plusieurs grossesses, lors desquelles elle avait toujours été saignée, et elle ne le fut pas dans la grossesse pendant laquelle elle mourut. J'ajoute qu'à l'époque de ces événemens déplorables, il régnait à Orgon une épidémie de scarlatine.

» La maladie a duré dix jours, avec les variations ordinaires des maladies inflammatoires. La première visite du médecin eut lieu le deuxième jour de la maladie ; madame Michel se plaignait alors de fortes douleurs de bas-ventre et paraissait craindre d'avorter; elle se plaignait aussi de grandes douleurs et d'éblouissemens dans la tête ; la malade avait le visage fortement coloré, la poitrine ainsi que les bras couverts d'une éruption scarlatineuse ; il y avait eu la veille des vomissemens de matières mucilagineuses ou glaireuses. Le médecin opéra une saignée, et ordonna la diète et l'eau d'orge. Le médecin crut connaître une inflammation d'estomac, ou gastrite dégénérée sur la fin en fièvre ataxique. Un médecin étranger, appelé deux jours après, a trouvé une fièvre assez forte, le visage et la poitrine rouges ; la malade se plaignait de douleurs à la gorge, de maux d'estomac et de coliques. Il ordonna des calmans ; les vomissemens et les douleurs cessèrent, et la malade commença à dormir. Trois jours après, il fut mandé de nouveau ; les douleurs d'entrailles et les vomissemens avaient reparu, il y avait même de la diarrhée, et, malgré les remèdes, les douleurs persistaient. Il apprit qu'il y avait eu une forte hémorrhagie par le nez, et des palpitations de cœur tellement fortes qu'il avait fallu recourir à une seconde saignée. Il a aperçu, dans les derniers jours, les symptômes d'une fièvre typhoïde. Enfin, deux autres médecins ont visité la malade, et aucun des quatre n'a pensé que la maladie pût être le résultat d'un empoisonnement.

» Cet empoisonnement, d'après l'accusation, aurait commencé en avril 1838, époque à laquelle, par une coïncidence fatale, Michel avait acheté de l'arsenic pour détruire des rats, et il se serait continué à petites, mais continuelles doses, jusqu'à la crise du mois de juillet qui a emporté madame Michel. En effet, en avril, madame Michel avait été assez gravement indisposée ; mais elle s'était complétement relevée de cette indisposition, et avait joui d'une bonne santé en mai, juin et partie de juillet.

» Le poison a été livré en plein jour, et ouvertement, à un domestique de Michel ; il se composait de 4 gros d'arsenic mêlés par le pharmacien lui-même dans 5 onces de farine de froment : il aurait donc fallu donner à la victime la farine en même temps que l'arsenic.

» L'inhumation avait eu lieu dans les derniers jours de juillet. On a exhumé le 27 décembre suivant, *cinq mois après.* Il résulte du procès-verbal d'exhumation, que le cadavre était complétement défiguré et en état de décomposition complète ; il était, comme d'ordinaire, enfermé dans une caisse de sapin. On a extrait du cadavre *les parties décomposées et réduites en bouillie de tous les viscères abdominaux, et une portion des vertèbres lombaires et dorsales,* qui ont été déposées dans un vase de fer-blanc. » (Lettre de M. de la Boulie, ancien membre de la Chambre des Députés, bâtonnier de l'ordre des avocats, défenseur de l'accusé).

Tel est le seul document qu'on m'a remis sur cette partie de la cause (14 juin 1841).

Les faits précédens se partagent naturellement en trois catégories.

§ I. ÉTAT DE MADAME MICHEL AVANT SA DERNIÈRE MALADIE.

Il résulte du document précédent, qu'indépendamment de son état habituel de santé et des incommodités propres à sa grossesse, madame Michel a été malade vers le mois d'avril, c'est-à-dire trois ou quatre mois avant la dernière maladie qui s'est terminée par la mort. On ne dit pas quelle a été cette maladie du mois d'avril, quels symptômes elle a présentés, combien de temps elle a duré, comment et par quels moyens elle s'est dissipée. On fait remarquer cependant, et cela est fort important, que « madame Michel s'est complétement relevée de cette indisposition, et avait joui d'une bonne santé en mai, juin et partie de juillet. »

Jusque là, rien d'extraordinaire, l'indisposition de la dame Michel pouvait s'expliquer naturellement par son état de grossesse, par l'omission des saignées habituelles, ou par d'autres circonstances naturelles inappréciables.

Une réflexion importante cependant se présente :

Cette indisposition, quelle qu'elle fût, s'est promptement dissipée. Or, cette terminaison franche, complète, exclut jusque là tout soupçon d'empoisonnement par l'arsenic ; car une dose de ce poison, capable de déranger sérieusement l'organisme, de produire une maladie, en un mot, quelque légère qu'on la suppose, donne constamment lieu à des suites d'une longue durée ; jamais, dans ce cas, la maladie ne se termine promptement et franchement ; l'individu reste ordinairement extrêmement faible, maigrit considérablement, et ses membres sont comme paralysés.

Ajoutons que la constitution sanguine, pléthorique, de la malade, jointe aux palpitations habituelles qu'elle éprouvait, permettent de présumer que le cœur était chroniquement malade chez elle, probablement hypertrophié ; ce qui s'accorde parfaitement avec la coloration rouge du visage. Probablement aussi la malade devait être sujette à des maux de tête. On parle aussi de maux d'estomac que la malade éprouvait dès l'enfance : toutes ces données me paraissent plus que suffisantes pour écarter naturellement ce premier chef de l'accusation.

Il est dit néanmoins dans l'accusation que l'empoisonnement avait été chronique ; qu'il aurait commencé au mois d'avril et aurait été continué à petites doses jusqu'à la crise du mois de juillet, qui a emporté madame Michel. Cette assertion me paraît en contradiction manifeste avec les faits précédens, puisqu'il est établi que la dame Michel a été bien portante durant les mois de mai, juin et partie de juillet. C'est une erreur de croire qu'on pût administrer à une personne bien portante des doses répétées, excessivement faibles d'arsenic, sans produire des symptômes appréciables au bout d'un petit nombre de jours.

§ II. CONDITIONS DE LA DERNIÈRE MALADIE.

L'instruction établit que la dame Michel a succombé à une maladie de dix jours, de bien portante qu'elle était auparavant ; à une maladie aiguë par conséquent, maladie mortelle par elle-même, puisqu'elle a été réfractaire aux secours portés par quatre médecins. Il s'agit de savoir de quoi la malade est morte. L'accusation suppose un empoisonnement par l'arsenic ; nous ne devons raisonner, par conséquent, dans cette appréciation, qu'en comparant les symptômes qu'a présentés la dame Michel à ceux qui sont propres à l'intoxication arsenicale. Or, l'examen approfondi et consciencieux de ces symptômes fait voir qu'il n'en est pas un seul qui puisse rigoureusement être rattaché à un empoisonnement par l'arsenic ; tandis qu'ils s'expliquent tous naturellement par la présence d'une affection éruptive aiguë de la peau (scarlatine), compliquée, comme d'ordinaire, de gastro-entérite et de congestion encéphalique. Les symptômes présentés par la dame Michel se réduisent aux suivans :

1° *Coloration du visage.* Dans l'empoisonnement mortel par l'arsenic, le visage est très pâle au contraire, couvert de sueurs froides, visqueuses ; les traits sont rétractés, les yeux enfoncés, et le timbre de la voix est rauque, sépulcral, absolument comme dans le choléra algide. La coloration rouge du visage chez la dame Michel constitue un caractère négatif d'empoisonnement ; et ce caractère, qui suppose une congestion sanguine vers les vaisseaux de la tête, s'accorde d'ailleurs parfaitement avec l'état de grossesse, avec la maladie du cœur (palpitations habituelles) et avec l'omission des saignées auxquelles la femme était accoutumée dans les autres gestations.

2° *Fièvre intense.* Dans l'empoisonnement mortel par l'arsenic, le pouls, loin d'être fébrile, est petit, contracté, filiforme, misérable ; et par cela même la surface du corps froide et couverte de sueurs visqueuses. Or, chez madame Michel, les quatre médecins qui l'ont successivement observée, ont trouvé, au contraire, le pouls tellement élevé, qu'ils ont pratiqué des saignées ; la peau était chaude, par conséquent, puisqu'il y avait fièvre. Ce caractère, comme le précédent, est donc en opposition manifeste avec l'hypothèse d'une intoxication arsenicale.

Faisons remarquer, en outre, que les saignées qu'on a pratiquées ont beaucoup soulagé la malade. Or, s'il s'agissait d'un empoisonnement par l'arsenic, les évacuations sanguines auraient considérablement augmenté le mal. Mes expériences sur les animaux vivans ont précisément prouvé ce fait capital. Ce résultat de la saignée chez madame Michel s'accorde d'ailleurs avec le diagnostic que nous venons de poser. L'importance de ces deux premiers caractères est tellement grande à mes yeux, qu'il suffirait, à la rigueur, de leur seule présence pour rejeter la présomption d'un empoisonnement par l'arsenic. Sans doute qu'on trouvera des hommes, des chimistes surtout, peu versés dans l'étude des lois de l'organisme, qui penseront autrement ; mais ces hommes, ces chimistes, n'ont pas approfondi la matière sur l'organisation vivante. Il en est de la symptomatologie arsenicale comme de certaines affections chirurgicales ; la présence ou l'absence d'un petit nombre de caractères peut autoriser un jugement, une présomption.

3° *Céphalalgie, éblouissemens.* Les maux de tête, avec ou sans éblouissemens, accompagnent presque toujours les affections éruptives aiguës de la peau, surtout chez l'adulte. La variole, la scarlatine, le rougeole, nous en offrent tous les jours des exemples. Ce symptôme se rattache à une congestion vers le cerveau et ses membranes, et n'accompagne jamais l'empoisonnement mortel par l'arsenic. Le condamné Soufflard, mort il y a deux ans environ à la Conciergerie de Paris, d'une forte dose d'arsenic, n'a pas présenté le moindre symptôme du côté de la tête. On pourrait citer un très grand nombre de faits pareils.

4° *Mal à la gorge.* Ce caractère accompagne, il est vrai, dans beaucoup de cas, l'empoisonnement par l'arsenic, mais il n'est pas un médecin qui ignore que le même symptôme accompagne aussi presque toutes les affections éruptives aiguës de la peau. Il y a cette différence cependant dans les deux cas : dans l'empoisonnement, le mal à la gorge est constitué par une sorte de constriction spasmodique du pharynx, comme dans l'hystérie et dans l'hydrophobie ; la langue, ainsi que le gosier, sont blancs, contractés, tandis que dans les dermatoses aiguës, le mal à la gorge tient à une véritable phlogose de la muqueuse de ces parties, l'inflammation du derme se propageant très facilement à l'entrée de toutes les cavités muqueuses, qui sont formées, comme on sait, par le derme externe réfléchi.

5° *Hémorrhagie nasale.* Jamais ce symptôme n'a été observé dans l'empoisonnement par l'arsenic ; il est très fréquent, au contraire, dans les congestions cérébrales, chez les personnes sujettes à une hypertrophie du cœur, chez la femme enceinte, et, en général, chez les sujets jeunes et pléthoriques comme la dame Michel.

6° *Vomissemens et diarrhée.* Ce qui frappe le plus le vulgaire, ce qui lui fait souvent soupçonner un empoisonnement, c'est surtout le vomissement et la diarrhée. Ce double symptôme accompagne effectivement le plus souvent l'empoisonnement en question ; je dis le plus souvent, car il est des cas dans lesquels la mort a lieu sans ces symptômes. Aux yeux des médecins instruits cependant les vomissemens et la diarrhée n'ont pas une valeur absolue dans l'espèce, attendu que ces phénomènes accompagnent une foule de maladies diverses ; le choléra-morbus sporadique, les gastro-entérites aiguës et chroniques, la péritonite, la métrite (surtout chez les femmes enceintes), les fièvres dites bilieuse, muqueuse, etc., etc., offrent généralement ce double symptôme. Il s'agit donc de savoir si, chez la femme en question, les vomissemens et la diarrhée peuvent être rattachés à un empoisonnement, ou bien à l'une ou l'autre des maladies spontanées que nous venons d'indiquer.

Admettons, pour un instant, l'hypothèse de l'empoisonnement ; mais, dans ce cas, les vomissemens et la diarrhée auraient présenté d'autres caractères ; ils auraient été accompagnés d'un froid général, de sueurs froides, d'un pouls filiforme, et les matières rendues seraient bilieuses, noirâtres, tandis qu'elles étaient muqueuses chez la dame Michel, comme elles le sont ordinairement chez la femme enceinte. Les saignées auraient aggravé cet état, tandis qu'elles l'ont apaisé, au contraire.

Si l'on réfléchit, d'autre part, que dans l'espèce, les vomissemens et la diarrhée trouvent leur explication naturelle dans la maladie cutanée aiguë, dans la gastro-entérite, dans l'action sympathique de la matrice grosse et dans la réaction même de l'encéphale congestionné, on sera forcé de conclure que le double symptôme dont il s'agit est en contradiction flagrante avec l'hypothèse d'un empoisonnement.

7° *Douleurs abdominales; menaces d'avortement.* Le raisonnement précédent s'applique également à ces deux symptômes. Madame Michel était enceinte ; elle était atteinte d'une maladie compliquée que nous venons de caractériser ; qu'y a-t-il d'extraordinaire qu'elle éprouvât des douleurs dans le ventre, qu'elle fût menacée d'avortement ? On s'étonnerait assurément du contraire, et je ne

---

(1) *Lettre de M. le défenseur de l'accusé à M. Rognetta.*

« Aix, 6 juillet 1841.

» Monsieur,

» L'affaire Michel s'est terminée par un acquittement qui, en » grande partie, a été dû aux précieux documens que vous nous » avez fournis ; permettez-moi de vous remercier de nouveau...

» Votre dévoué serviteur, DE LA BOULIE,

Ancien membre de la Chambre des Députés, bâtonnier de l'ordre des Avocats. »

— J'ai été plus heureux cette fois que dans le procès de Dijon, l'accusé ayant été acquitté ; et pourtant il s'agissait des mêmes faits, des mêmes questions, des mêmes argumens, des mêmes convictions scientifiques ; une expertise que j'ai cru erronée et que j'ai combattue de toutes mes forces constituait la base de l'accusation dans les deux cas ; et néanmoins que de différence dans les résultats ? Ici acquittement, là condamnation ! Grâce au travail précieux de MM. Danger et Flandin, et surtout au rapport mémorable de l'Académie des sciences (14 juin 1841), la vie et l'honneur des citoyens ne seront plus desormais exposés à la merci des faux systèmes, le corps du délit ne sera plus constitué par une *ombre* de poison, par des taches insignifiantes données par l'appareil de Marsh ! ROGNETTA.

Paris, ce 25 juillet 1841.

vois pas quelle corrélation on pût trouver raisonnablement entre ces phénomènes et l'hypothèse d'un empoisonnement.

8° *Phénomènes adynamiques.* Cet état complique fort souvent les maladies graves, surtout les gastro-entérites aigue, les affections éruptives, qui se compliquent elles-mêmes de congestion encéphalique. Il n'y a rien là qui puisse être rapporté à l'intoxication arsenicale.

Il résulte de cette analyse et de ces rapprochemens :

1° Que les symptômes que madame Michel a présentés dans sa dernière maladie se rapportent rigoureusement à une scarlatine compliquée de gastro-entérite et de congestion encéphalique ;

2° Qu'aucun de ces symptômes ne saurait être rationnellement rattaché à l'hypothèse d'un empoisonnement par l'arsenic.

§ III. RECHERCHES NÉCROPSIQUES.

Madame Michel est morte vers la fin de juillet, après dix jours de maladie. Son corps n'a point été ouvert immédiatement ; cela est très regrettable, car l'autopsie immédiate aurait sûrement éclairci bien des doutes, et très probablement la justice n'aurait pas trouvé de quoi fonder des poursuites. Ce fait négatif, cependant, bien qu'il soit sans doute fâcheux pour l'accusé, ne permet en attendant de tirer aucune conclusion favorable à l'accusation. La science, néanmoins, ne reste pas tout à fait muette en présence d'un cadavre en putréfaction, livré à des suppositions diverses et dangereuses.

Il est établi dans l'instruction que l'exhumation a eu lieu cinq mois après la mort, et que la putréfaction du cadavre était tellement avancée, que tous les viscères abdominaux étaient désorganisés, détruits, confondus, réduits à une sorte de putrilage. Cette circonstance est importante, car elle est en opposition frappante avec tous les cas connus d'empoisonnement par l'arsenic suivis d'exhumation.

Il résulte en effet de l'examen de ces faits que constamment, lorsqu'il s'est agi d'empoisonnement par l'arsenic, le tube digestif s'est trouvé parfaitement conservé au milieu de la putréfaction générale ; et cette conservation a été attribuée avec raison à l'action local du poison métallique qui *tanne* les membranes, les durcit plus ou moins et les préserve ainsi de la putréfaction. Si le poison ingéré a été en grande abondance, le cadavre entier est lui-même moins putrescible qu'à l'ordinaire. Des expériences que j'ai faites sur les animaux confirment cette observation. Voici quelques faits à l'appui de ces assertions.

Le docteur Trail, d'Edimbourg, a exhumé juridiquement un cadavre cinq mois après la mort ; l'appareil digestif était intact comme dans les cadavres récens, et renfermait plusieurs grammes d'acide arsénieux. (Christison, On Poisons, p. 324, troisième édition.)

MM. Riley et Symond, de Bristol, pratiquèrent en 1824 une exhumation pareille quatorze mois après la mort ; même état de conservation du tube digestif, et existence du poison dans celui-ci. (Trans. of prov. med. and surg. assoc., t. III, p. 432.)

En 1809, deux sujets exhumés juridiquement à Bayreuth, l'un six mois, l'autre quatorze mois après le décès, ont offert les mêmes conditions. (Christison, *loc. cit.*)

MM. Ozanam et Its constatèrent le même fait dans une exhumation pratiquée sept ans après la mort.

Il existe d'autres faits pareils. On sait d'ailleurs que l'arsenic est une des substances dont on se sert pour embaumer les cadavres humains et les animaux.

Comment expliquer ce contraste entre l'état excessivement avancé de putréfaction du cadavre de la dame Michel et celui des cadavres réellement empoisonnés et exhumés à des époques diverses ? Et pourtant, notez bien, il s'agit d'un empoisonnement que l'accusation présume avoir été opéré avec de l'acide arsénieux en poudre, mêlé à de la farine ; cette circonstance supposerait par conséquent l'administration d'une grande quantité de poison pour pouvoir produire la mort ; car l'arsenic se trouvant mêlé à un corps *enveloppant*, la farine, dans la proportion d'un dixième (quatre gros ou 16 grammes d'arsenic dans cinq onces ou 160 grammes de farine, donnent une proportion de 1 : 10), est moins facilement résorbé que s'il était donné à l'état libre. Or, cela aurait non seulement *tanné* fortement le tube intestinal, préservé celui-ci de la putréfaction, mais encore laissé d'abondans restes de sa présence dans les organes digestifs. Nous verrons tout à l'heure de quelle importance est une pareille remarque. Tirons en attendant cette conséquence toute naturelle que l'état de putréfaction extrême dans lequel se trouvaient les organes abdominaux de la dame Michel constitue une présomption négative d'empoisonnement.

DEUXIÈME PARTIE.

FAITS CHIMIQUES.

L'exhumation n'ayant offert qu'un cadavre en fusion, pour ainsi dire, MM. les experts chargés de cette opération n'ont pu recueillir, comme corps du délit, que les matières, les détritus organiques qu'ils ont trouvés dans la cavité abdominale. Ce mélange hétérogène, fétide, de membranes, de graisse, de liquides décomposés et de quelques vertèbres a été déposé *dans un vase en ferblanc !!* Ce vase a été fermé avec un couvercle de même substance et *soudé avec la soudure ordinaire des ferblantiers !!!* puis mis dans une caisse et expédié de Tarascon à Montpellier pour être analysé par trois habiles chimistes de cette ville. Ces matières ont séjourné *dix jours* dans ce vase métallique et subi les vicissitudes du voyage ; elles remplissaient seulement le cinquième du récipient ; une grande masse d'air atmosphérique a par conséquent alimenté la putréfaction pendant le voyage, et des réactions importantes ont pu se faire sur le vase métallique dont nous parlerons tout à l'heure.

§ Ier. EXTRAIT DU RAPPORT DE MM. LES CHIMISTES DE MONTPELLIER. (*MM. Pouzin*, professeur de chimie organique et de toxicologie à l'Ecole de pharmacie de Montpellier ; *Ballard*, professeur de chimie à la Faculté des sciences, et *Gay*, professeur de chimie à l'Ecole de pharmacie de la même ville.)

« Nous avons trouvé dans l'intérieur de ladite caisse un vase en fer-blanc de cinq à six litres environ de capacité, fermé hermétiquement par un couvercle soudé.....

» La corde enlevée a mis à découvert des bandes de papier cachetées, sur l'une desquelles nous avons lu l'inscription suivante : Résultat de la décomposition des viscères abdominaux réduits en bouillie, et quelques vertèbres lombaires et dorsales, extraites du cadavre de la dame André, épouse Michel.....

» Le couvercle du vase de fer-blanc ayant été *dessoudé*, nous avons trouvé dans l'intérieur une masse grise brunâtre, fort hétérogène, occupant le cinquième environ de la capacité du vase, et exhalant l'odeur des matières animales dont la putréfaction est très avancée. Au milieu de cette masse, nous avons observé beaucoup de membranes, des matières grasses et plusieurs portions de colonne vertébrale..... »

« PREMIERE EXPÉRIENCE. On décharne et enlève les vertèbres, on délaye toute la masse dans de l'eau distillée ; on fait bouillir le mélange pendant un quart d'heure dans un vase de porcelaine, puis filtrer à travers une étamine à l'aide d'une pression graduée qui a déterminé le passage d'un liquide d'une consistance pulpeuse et de couleur brunâtre. Les parties membraneuses restées sur l'étamine ont été placées au milieu d'une nouvelle dose d'eau distillée bouillante, et la filtration précédente ayant été renouvelée après un quart d'heure d'ébullition, on a obtenu une seconde liqueur qui a été réunie à la première.

» Les deux liquides mêlés ont été acidulés avec l'acide hydrochlorique, et portés à l'ébullition qui a duré demi-heure environ. Une grande quantité des matières grasses et albumineuses se sont séparées et rendues à la surface, nous les avons enlevées pour la plus grande partie, et la liqueur a été ensuite filtrée au travers d'un papier.

» Cette filtration a été fort longue ; elle n'était pas encore terminée après 24 heures. Nous avons pris alors une portion de ce liquide que nous avons immédiatement traité par le procédé de Marsh, modifié par Liebig..... (Description de ce procédé.) La portion de liqueur que nous avons soumise à ce procédé était peu considérable, environ un dixième ; le gaz qui s'est dégagé par l'addition du zinc, de l'acide sulfurique, se portait au dehors de l'appareil en passant à travers un tube de verre très peu fusible, et dont le diamètre intérieur était étroit. Ce tube était chauffé au rouge *dans un point* de sa longueur, à l'aide de *la flamme d'une lampe à l'alcool à double courant.....*

» En agissant comme nous venons de le dire, nous avons remarqué :

» 1° Que la flamme du gaz hydrogène qui se dégage offre une nuance bleuâtre ;

» 2° Qu'il se dépose à un demi-pouce tout au plus du point rougi une matière qui a présenté divers aspects aux différentes époques de l'opération. Cette matière, d'abord un peu grisâtre, a pris une teinte brune foncée, noirâtre ; d'autres portions étaient brunes et ressemblaient à de *l'hydrure d'arsenic* ; il s'est formé aussi une petite quantité de matière jaune-rougeâtre, ayant l'aspect du *sulfure rouge d'arsenic*. Nous avons remarqué, après trois quarts d'heure, que la quantité de la matière déposée ne s'accroissait plus ; nous avons alors arrêté l'opération.

» La quantité de matière qui s'était déposée constituait une pellicule excessivement mince ; la portion du tube qui la renfermait ayant été chauffée, nous avons observé que cette substance *était très volatile*, et, de plus, elle a éprouvé une altération dans son aspect ; « la quantité de » matière jaune-rougeâtre est devenue alors plus consi- » dérable. »

» Ces caractères nous permettaient de supposer que le dépôt adhérent au tube était, non pas de l'arsenic, « mais » un mélange d'une petite quantité de ce métal, d'hy- » drure d'arsenic et divers sulfures de ce métal. »

» Nous avons dû chercher à nous convaincre, par quelques essais, de la vérité de ces soupçons. La portion du tube a été alors isolée ; nous avons chauffé la substance, qui s'est peu à peu « convertie en une matière blanche, » volatile, que nous supposons être de l'acide arsénieux. »

» Pous nous en assurer, nous l'avons dissoute dans un peu d'acide hydrochlorique, et la liqueur a été traitée par l'acide sulfhydrique ; *elle n'a point jauni.*

» Cette dernière expérience n'a point confirmé nos soupçons ; « mais nous sommes assurés que cette expérience » ne devait pas être considérée comme négative (!!!!!), » à cause de la petite quantité de matière sur laquelle nous avions agi.

» Nous avons, en effet, recueilli dans un tube une *pellicule d'arsenic métal* ; nous avons *transformé cette pellicule en acide arsénieux* ; nous avons détaché une portion de celui-ci, très petite, mais un peu plus grande que celle que nous avions employée dans l'expérience précédente ; cette portion, qui était *positivement de l'acide arsénieux*, ayant été dissoute dans l'acide hydrochlorique, et puis traitée par l'acide sulfhydrique, *n'a cependant pas jauni.*

» De ces diverses circonstances, il résulte pour nous une très grande probabilité que les matières remises contenaient de l'arsenic (!!!!!), mais il paraissait aussi que la quantité était excessivement faible.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. » Nous ne pouvions espérer d'acquérir une conviction complète à cet égard qu'en opérant sur une portion de matière beaucoup plus grande que dans la première expérience, et susceptible de nous fournir une quantité de la substance décrite telle, que sa nature pût être rigoureusement constatée. Les neuf-dixièmes de la liqueur restante furent alors évaporés à une douce chaleur jusqu'à siccité, et reprises de nouveau par l'eau distillée, la liqueur fut filtrée, et les trois quarts de cette nouvelle liqueur furent destinés à une nouvelle expérience. »

Par cette expérience absolument pareille à la précédente, et que les auteurs ne décrivent point, on a obtenu une matière en tout point semblable à celle dont nous avons donné plus haut la description.

« La portion du tube qui la renfermait étant étroite, nous avons soudé celui-ci à une de ses extrémités, et nous avons sublimé la matière vers ce point. Nous avons alors placé au-dessus de petits fragmens d'un charbon sec imprégné de carbonate de soude. L'autre extrémité du tube a été étirée à la lampe, et la matière a été chauffée dans le point le plus voisin du charbon. Pendant que celui-ci était chauffé au rouge, une petite quantité de cette matière s'est volatilisée sur ledit charbon alcalin, y a éprouvé une réaction qui l'a transformée en une matière volatile qui s'est déposée un peu plus loin que lui, et a formé un « petit anneau extrêmement mince qui nous a » présenté tous les caractères extérieurs de l'arsenic mé- » tallique. »

» Cet anneau chauffé se volatilisait avec facilité et se condensait plus loin en présentant toujours les mêmes caractères : mais la quantité de matière y était si faible qu'il a disparu dans ces divers traitemens.

» Une portion échappée du tube sous forme de vapeur a donné à l'un de nous, celui qui tenait le tube dans cet instant, la sensation très appréciable d'une odeur arsenicale.

» Le tube dans lequel nous opérions renfermait encore, au-dessous du charbon alcalin une portion assez notable de matière obtenue qui n'avait pas été mise en contact avec le charbon alcalin. Nous pensons qu'il serait convenable de mettre à nu toute la portion du métal qu'elle renfermait. Dans ce but, nous brisâmes la portion du tube qui la contenait. Cette portion de tube fut pulvérisée et mêlée avec du charbon alcalin sec en poudre ; le tout fut introduit dans la partie inférieure d'un tube soudé de 2 lignes environ de diamètre, et qui avait été parfaitement desséché. La portion de ce tube située un peu au-dessus du mélange fut étirée à la lampe, de manière à n'offrir qu'un diamètre de demi-ligne environ. Tout étant ainsi disposé, la portion du tube qui renfermait le mélange fut chauffée et portée au rouge ; « nous vîmes alors se former » à une petite distance un anneau métallique qui occupe » la partie inférieure de la portion rétrécie du tube, et qui » présente tous les caractères de l'arsenic. »

» Ce tube a été conservé et remis à M. le juge d'instruction *comme pièce de conviction.*

» La quantité de substance sur laquelle nous avons agi était trop petite pour la soumettre à tous les modes d'expérimentation qui peuvent servir à constater la nature de l'arsenic. Obligés de choisir entre ces derniers modes, nous avons préféré celui que nous venons de décrire parce qu'il est d'une sensibilité plus exquise, et qu'il conserve d'ailleurs la matière de l'empoisonnement avec des *caractères qui ne permettent pas de la confondre avec toute autre substance !!!*

Conclusion. » En nous résumant, nous pensons que les matières qui nous ont été remises par M. le juge d'instruction de Montpellier, et qui se sont trouvées renfermées dans le vase de ferblanc envoyé de Tarascon, *contiennent de l'arsenic* ; mais que la proportion de cette substance y était excessivement faible. »

» Fait à Montpellier, le 2 mars 1839. »

(*Suivent les signatures.*)

§ II. EXAMEN CRITIQUE DU RAPPORT PRÉCÉDENT.

La conclusion finale du rapport de MM. Pouzin, Ballard et Gay aurait une portée fort grave si elle était bien fondée, si elle découlait logiquement des expériences de l'expertise, si le rapport ne se réfutait pas parfaitement lui-même dans tous ses points. Nous allons voir que la nullité absolue de ce rapport tient moins à l'habileté incontestable des savans professeurs qui l'ont rédigé, qu'à l'état imparfait de la science à l'époque où ils l'ont écrit (1839). Il est probable que reconnaissant eux-mêmes la valeur des faits contradictoires que les progrès récens de la science permettent de leur opposer, ces messieurs retireront leur conclusion comme erronée.

Disons d'abord que la conservation des matières suspectes, pendant dix jours dans un vase de fer-blanc, constitue une monstruosité que la justice doit déplorer et que la défense doit hautement relever comme une faute fort grave. On sait, en effet, que les matières en putréfaction peuvent enlever, après un certain temps, la couche d'étain qui couvre le ferblanc et oxyder le fer sous-jacent. Nos ustensiles culinaires nous offrent souvent des exemples de ce cas. Or, il a été constaté que l'étain contient fort souvent de l'arsenic et de l'antimoine (Berzelius, Traité de Chimie, t. III, p. 155. édit. de Paris), et que l'oxyde de fer peut lui-même fournir également des taches arsenicales. Il est reconnu d'autre part que la soudure des ferblantiers, qui,

comme on sait, se compose de parties égales de plomb et d'étain, exhale, pendant la fusion, des vapeurs qui renferment de l'arsenic (Berzelius, *ibid.*, p. 189). Or, l'on ne doit pas oublier que le vase de ferblanc, dont les quatre cinquièmes étaient remplis d'air, a pu recevoir une partie de la vapeur de la soudure et la déposer à la surface des matières à analyser. Ces premières conditions font déjà pressentir combien l'expertise aurait pu devenir déplorable si elle eût donné des résultats positifs.

Un autre fait non moins important que nous devons signaler, c'est qu'après avoir délayé la matière cadavérique dans de l'eau distillée, MM. les experts n'ont pas cherché à découvrir le poison à l'état solide, qui aurait dû, s'il y en avait, se déposer au fond du vase sous forme de poudre blanche; du moins ils n'en parlent pas dans leur rapport. Or, s'ils ne l'ont pas cherché de la sorte d'abord, ils auraient commis une omission grave; et s'ils l'ont cherché sans en trouver, ils auraient dû mentionner ce fait négatif, dont la portée est immense dans l'espèce. Il est prouvé, en effet, par un grand nombre de faits, que, quelle que soit l'époque de l'exhumation, les restes de l'estomac et des intestins conservent fidèlement une grande partie de la poudre arsenicale, s'ils en avaient reçu durant la vie. Dans les cas que j'ai cités précédemment, d'exhumations opérées plusieurs mois ou plusieurs années après le décès, on a trouvé l'acide arsénieux à l'état pulvérulent, à l'aide du simple lavage des matières cadavériques. (*V.* ma brochure sur l'empoisonnement par l'arsenic, p. 33.) Or, nous venons d'insinuer que chez la dame Michel, l'empoisonnement, qui aurait été la cause des symptômes qu'elle a présentés, supposait l'administration de fortes doses d'arsenic, doses dont les restes auraient dû être découverts facilement dans les matières recueillies dans l'abdomen. Il est fâcheux que MM. les experts aient omis une opération extrêmement simple, banale, si l'on veut, mais sûre, pour se livrer de suite à des manipulations, savantes sans doute, mais fort imparfaites à l'époque où ils les ont suivies.

« Dans le plus grand nombre des cas d'empoisonnement, disent les véritables princes de la chimie, l'expert n'aura pas besoin de procéder à la recherche de l'arsenic qui a passé dans l'économie animale; une étude attentive des matières vomies, ou de celles qui sont restées dans l'estomac, suffira presque toujours pour le convaincre de la présence de l'arsenic. » (Rapport à l'Académie des sciences, dans la séance du 14 juin 1841, par MM. Thénard, Dumas, Boussingault, Regnault.)

Un troisième fait beaucoup plus grave encore se présente dans le rapport que nous avons sous les yeux. MM. Pouzin, Ballard et Gay se sont servis dans leurs operations du zinc et de l'acide sulfurique sans s'assurer de la pureté de ces réactifs. C'est là une faute capitale qui, à elle seule, suffit pour frapper de nullité leur expertise. On sait, en effet, que le zinc du commerce renferme fort souvent de l'arsenic (Berzelius, *loc. cit.*, p. 199), et que l'acide sulfurique lui-même en donne très fréquemment par l'appareil de Marsh. On conçoit à quels déplorables résultats pourrait conduire une pareille omission dans une question de vie ou de mort. MM. les membres de la commission de l'Académie des sciences ont consacré un article spécial à cet important sujet: « L'acide sulfurique que nous avons employé, disent-ils, était de l'acide purifié par distillation, et le zinc était du zinc laminé en feuilles minces. Dans tous les cas, il est indispensable que l'expert essaie préalablement, avec le plus grand soin, toutes les substances qu'il doit employer dans ses recherches. Nous pensons même que quelques essais préliminaires ne donnent pas une garantie suffisante, et qu'il est nécessaire que l'expert fasse en même temps, ou immédiatement après l'expérience sur les matières empoisonnées, une expérience toute semblable à blanc, en employant tous les mêmes réactifs en même quantité que dans l'opération. » (Rapport cité.) MM. les experts de Montpellier ne pouvaient pas, à l'époque de leur travail, prendre ces précautions que la science a signalées postérieurement; mais leur rapport doit inévitablement subir la conséquence de ces faits.

Abordons maintenant directement la première expérience de ces messieurs.

Ces messieurs ont procédé d'après le procédé de Marsh modifié par M. Liebig, et sans carboniser préalablement les matières animales; » et ils ont cherché à décomposer le gaz dans le tube d'échappement à l'aide d'une lampe à l'alcool. Ce mode opératoire est reconnu aujourd'hui défectueux: d'abord, parce qu'en ne faisant que le simple *pot-au-feu* à l'eau distillée, comme MM. les chimistes de Montpellier, le gaz hydrogène entraîne les matières animales et ne peut pas donner de produits nets; ensuite, parce que la lampe à l'alcool appliquée sur *un point* (mot textuel dans le rapport) n'a pas de force suffisante pour décomposer le gaz. Il en résulte des dépôts hétérogènes, d'aspects variables sur les parois du tube, lesquels en imposent aisément, même aux hommes les plus exercés, et peuvent faire croire à la présence de l'arsenic alors qu'il n'y en a pas un seul atome. MM. les membres de la commission de l'Académie des sciences se prononcent formellement sur cette question fondamentale. Voici leurs propres paroles:

« Il est de la plus haute importance, disent-ils, que la carbonisation de la matière organique soit complète, sans cela on obtient non-seulement une liqueur qui mousse dans l'appareil de Marsh, mais cette liqueur peut donner des taches qui présentent quelquefois dans leur aspect de la ressemblance avec les taches arsenicales..... Ces taches pourraient donner lieu à des méprises très graves si l'expert se contentait des caractères physiques qui se ressemblent. » (Rapport cité.)

C'est précisément dans cette dernière conséquence que se trouve le travail des chimistes de Montpellier; ils se sont contentés d'opérer sans carbonisation; ils ont obtenu des matières équivoques qu'ils ont caractérisées d'après les seules apparences physiques; ils ont dit: telle substance ressemblait à l'hydrure d'arsenic, telle autre à du sulfure d'arsenic, telle autre enfin à de l'acide arsénieux; mais ils n'ont pu vérifier la nature de ces corps par la véritable pierre de touche, les réactions chimiques et la réduction finale à l'état de métal, capable de subir lui-même toutes les transformations connues. En conséquence, les assertions de MM. les chimistes de Montpellier sont des assertions sans preuve, des assertions qu'ils déclarent eux-mêmes impossibles à démontrer, et, ce qui est plus, lorsqu'ils ont essayé de produire les réactions chimiques sur les produits de leur opération, ils ont constamment obtenu des résultats *négatifs*. Ces remarques sont très faciles à démontrer.

En effet, ils disent:

1° Que la flamme du gaz qui se dégageait était bleuâtre.

Qu'est-ce que cela signifie? La matière qu'ils avaient mise dans l'appareil de Marsh étant un mélange fétide de substances putréfiées non carbonisées, il n'y a rien d'étonnant que l'entraînement d'une partie de leurs élémens ait donné à la flamme une pareille couleur.

2° Que les parois du tube ont présenté « une matière » noirâtre, rougeâtre ou jaunâtre, et une pellicule mince, » volatile, qui s'est convertie en poudre blanche comme » l'acide arsénieux. » Toutes ces matières sont parfaitement connues aujourd'hui; MM. Danger et Flandin ont démontré à l'Académie des Sciences que ces substances, qu'on avait prises autrefois pour des composés arsenicaux, sont tout simplement des *sulfites et des phosphites ammoniacaux* qui se dégagent de la matière animale non carbonisée. Ce qui prouve d'une manière certaine que MM. les chimistes de Montpellier ont pris des sulfites et des phosphites ammoniacaux pour des composés arsenicaux, c'est que lorsqu'ils ont voulu soumettre leurs produits à l'épreuve des réactions chimiques, ces produits ont disparu sous leurs yeux; et la substance blanche qu'ils prenaient pour de l'acide arsénieux, lorsqu'elle a été dissoute et soumise à la réaction de l'acide sulfhydrique, *n'a point jauni*, ce qui prouve incontestablement que ce n'était pas là de l'acide arsénieux. Aussi avions-nous raison de dire en commençant que le rapport s'était parfaitement réfuté lui-même. Ces résultats négatifs cependant n'avaient pas empêché MM. Pouzin, Ballard et Gay d'émettre l'opinion suivante:

« De ces diverses circonstances, il résulte pour nous, disent-ils, une très grande probabilité que les matières remises contenaient de l'arsenic. »

Evidemment la conclusion contraire est seule admissible dans l'état actuel de la science. Nous pouvons même aller plus loin et affirmer, que, quand même le prétendu composé arsenical eût jauni à l'épreuve de l'acide sulfhydrique on n'aurait pu conclure à ce seul caractère que ce fût de l'arsenic. « Si la liqueur, dit Berzelius, devient jaune sans qu'il se dépose du sulfure d'arsenic pendant l'évaporation, on ne doit pas regarder cette coloration comme une preuve de la présence de l'arsenic. La liqueur prendra presque toujours cette teinte quand elle contient de l'acide nitrique qui, réduit à l'état d'acide nitreux, teint en jaune les matières animales dissoutes. » (*Loco citato*, pag. 449.)

La seconde expérience de MM. les experts de Montpellier n'est pas plus heureuse, bien que ses apparences pussent au premier abord en imposer aux personnes qui n'auraient pas approfondi la matière. Ils ont opéré, cette fois, sur les trois quarts des neuf dixièmes restans de la matière; ils ont suivi exactement le même procédé que dans le cas précédent, et ils ont obtenu des résultats qu'ils croient plus positifs.

1° L'un des experts a reçu du tube qui renfermait les produits de l'expérience une bouffée de gaz dans le nez, et qui lui a donné distinctement la sensation de l'odeur arsenicale.

Qu'est-ce que cela prouve dans une question de vie ou de mort? Quoi, trois experts affirment un fait grave d'après la sensation passagère éprouvée par le nez de l'un d'eux? Qu'entendent-ils par odeur arsenicale? Odeur d'ail; odeur aliacée, sans doute! Or, l'on sait aujourd'hui que les matières animales non empoisonnées, qu'on introduit dans l'appareil de Marsh, produisent exactement l'odeur d'ail par les phosphites ammoniacaux qui s'en dégagent. On doit cette odeur au phosphore qui se trouve dans les matières animales.

2° La matière du tube a donné, en dernière analyse, un anneau extrêmement petit, d'apparence métallique et qui présente aux yeux des experts tous les caractères physiques de l'arsenic.

Cet anneau n'a été soumis à aucune épreuve chimique pour établir positivement que c'était là réellement de l'arsenic. MM. les experts ont craint de le voir disparaître comme dans les épreuves précédentes; et ils se sont contentés de remettre ce petit tube à M. le juge d'instruction, comme pièce de conviction. Parmi les caractères de l'arsenic métallique, ces messieurs n'en ont vérifié qu'un seul, la volatilité, ce qui ne prouve rien; et parmi les caractères chimiques qui sont les plus importans, les seuls décisifs, ils n'en ont vérifié aucun, et c'est pourtant sur ces données insignifiantes, équivoques, qu'ils basent leur terrible conclusion à l'existence de l'arsenic!

Deux questions se présentent en face de la pièce prétendue de conviction de MM. les experts: 1° le corps luisant, excessivement petit, obtenu par ces messieurs, est-il réellement métallique ou bien un simple anneau de *crasse animale?* 2° si ce corps est métallique, est-il formé d'arsenic, d'antimoine, de zinc, d'étain ou de toute autre substance? Il n'est pas un seul chimiste, quelque habile qu'on le suppose, qui puisse décider ces deux questions fondamentales par la seule inspection oculaire. Il faut inévitablement en venir à une double série d'épreuves, savoir: aux transformations du métal en différens produits connus, sous l'influence de certains réactifs, et à la réduction consécutive de ces produits en métal pur. (*Voy.* le rapport de l'Académie des sciences, 14 juillet 1841. Or, non-seulement MM. les experts ont déclaré que ces épreuves étaient impossibles sur la matière par eux obtenue, vu la petitesse extrême de celle-ci, mais encore quand ils ont voulu tenter quelques-unes de ces épreuves, comme, par exemple, de convertir l'arsenic en acide arsénieux, et celui-ci en sulfure d'arsenic, ils n'ont obtenu que des résultats négatifs; ce qui revient en définitive à dire que leur expertise est nulle ou fort équivoque, scientifiquement parlant.

Au reste, MM. Pouzin, Ballard et Gay ne seraient pas les seuls qui auraient été trompés par l'appareil de Marsh. Dans une époque très récente, un chimiste qui occupe plusieurs places éminentes dans l'Université de Paris, a proclamé de la tribune de l'Académie de médecine, dans les Bulletins et les mémoires de cette assemblée, et dans les colonnes des grands journaux politiques, la découverte de l'arsenic normal dans les os de l'homme et des animaux, dans le bouillon du pot-au-feu le plus innocent de nos tables, et dans la terre des cimetières. Eh bien, on vient de démontrer aujourd'hui à l'Académie que ce chimiste s'était trompé, qu'il avait établi l'existence de l'arsenic là où il n'y en avait pas un seul atome.

« Quant à l'arsenic que l'on avait annoncé, disent MM. Thénard, Dumas, Boussingault et Regnault, exister dans le corps de l'homme à l'état normal, toutes les expériences que nous avons faites, tant sur la chair musculaire que sur les os et le bouillon, nous ont toujours donné des résultats négatifs. » (Rapport cité.)

Je le demande maintenant, quelle confiance la justice, la société, peut-elle avoir dans les résultats de l'appareil de Marsh, dans des questions de vie ou de mort, alors que des hommes très exercés se sont trompés dans son emploi (1)? MM. les commissaires de l'Académie des sciences ont, en quelque sorte, prévu le cas des produits douteux obtenus par MM. les experts de Montpellier: « On devra, disent-ils, considérer COMME NULLES OU AU MOINS COMME TRÈS DOUTEUSES les indications que l'appareil de Marsh fournirait, si le dépôt qui s'est formé dans la partie antérieure du tube chauffé ne permettait pas à l'expert de vérifier d'une manière précise les caractères chimiques de l'arsenic. » (*Loc. cit.*)

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Des faits et considérations qui précèdent, nous pouvons conclure:

1° Que l'hypothèse d'un empoisonnement chronique chez la dame Michel est insoutenable; l'état antérieur à sa dernière maladie n'offrant rien qui pût se rapporter à cette hypothèse; sa santé, en effet, était parfaite pendant les deux ou trois mois qui ont précédé sa dernière maladie.

2° Que la dernière maladie qui s'est terminée par la mort n'offre aucun des symptômes propres à l'intoxication arsenicale; loin de là, ces symptômes sont en opposition directe avec une pareille présomption, et s'expliquent naturellement par la présence d'une scarlatine compliquée de gastro-entérite et de congestion encéphalique.

3° Que l'état de putréfaction extrême du cadavre constitue une présomption négative d'empoisonnement par une substance minérale quelconque, en particulier par l'arsenic.

4° Que l'expertise chimique de MM. Pouzin, Ballard et Gay, professeurs à Montpellier, est frappée de nullité dans tous les points, par les progrès récens de la science. Le produit que ces messieurs ont présenté à M. le juge d'instruction comme pièce de conviction, ne prouve absolument rien dans l'espèce, sa nature étant fort équivoque, et sa quantité extrêmement minime ne permettant pas de le soumettre à l'épreuve des réactions chimiques, seules capables de fournir la conviction. Il y a même tout lieu de croire que le produit en question n'est pas métallique, puisque les réactions auxquelles MM. les experts ont voulu le soumettre dans leur première expérience ont donné constamment des résultats négatifs.

Signé: ROGNETTA,
Docteur en médecine et en chirurgie.

Paris, ce 21 juin 1841.

Lettre à l'Académie des Sciences sur un nouveau cas de guérison obtenue au moyen des mouchetures urétrales, et lorsqu'une centaine de cautérisations avec le nitrate d'argent solide et la potasse caustique n'avaient produit aucun résultat satisfaisant.

Monsieur le président,

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des Sciences, en 1839, un septuagénaire guéri complètement par

(1) Je crois avoir démontré ailleurs que lorsque l'examen direct des viscères qui ont dû recevoir primitivement l'arsenic (estomac, intestin), donne un résultat négatif, on ne peut rien conclure de l'analyse des viscères éloignés, à l'aide de l'appareil de Marsh. (*V.* ma brochure.)

mes nouveaux procédés opératoires de rétrécissemens de l'urètre; rétrécissemens calleux très anciens, qui, après avoir produit pendant quinze ans une incontinence d'urine, avaient fini par déterminer une infiltration urineuse et la gangrène de tout le scrotum. Mais comme la commission, composée de MM. Breschet, Larrey et Roux, n'avait examiné ce malade que trois ans après son rétablissement, et n'avait pu constater, dans cette circonstance, que le résultat heureux de plusieurs opérations pratiquées par moi antérieurement sur des coarctations de l'urètre réputées incurables, permettez-moi, je vous prie, de soumettre à l'examen de la société savante que vous présidez, un ancien capitaine, âgé de soixante-neuf ans, encore en traitement, et qui, après deux opérations seulement, très peu douloureuses, pratiquées sur les coarctations de l'urètre, cause de tous ces accidens, et vingt-six jours de soins, a été complètement débarrassé : 1° d'un abcès volumineux de la prostate qui s'est ouvert dans l'urètre; 2° de quinze fistules urinaires dont le scrotum et le périnée, énormément tuméfiés, étaient le siége.

Ce malade, pour lequel j'ai été appelé peu de jours après son arrivée à Paris par M. le docteur Dubreuil, urinait difficilement depuis quarante ans, et souvent même il s'était trouvé dans l'impossibilité de satisfaire à ce besoin.

Au printemps de 1823, ses souffrances n'étant plus tolérables, M. ... vint à Paris réclamer les soins du successeur de Ducamp (M. Nicod), qui constata trois rétrécissemens, sur lesquels il porta quinze fois la pierre infernale. Ce traitement ne procura aucune amélioration; il fut, au contraire, suivi d'abcès urineux au périnée, qu'on ouvrit avec l'instrument tranchant. La dilatation fut ensuite essayée, mais l'élargissement des coarctations obtenu ainsi n'étant que de courte durée, et, désireux d'obtenir une guérison radicale, M. ... se décida, en 1838, à tenter de nouveau l'emploi des caustiques. Depuis cette époque jusqu'à la fin de 1839, il s'est encore fait cautériser l'urètre soixante ou quatre-vingts fois, d'abord avec le nitrate d'argent, puis avec la potasse caustique, par deux chirurgiens auxquels il s'adressa, et qui constatèrent que les trois rétrécissemens reconnus par Nicod quinze ou seize ans auparavant, avaient beaucoup augmenté.

L'emploi des caustiques ne fut pas plus avantageux en dernier lieu qu'il ne l'avait été précédemment. Les trois rétrécissemens sont devenus durs, calleux; ils se sont réunis de manière à n'en former qu'un circulaire, s'étendant de trois pouces un quart à cinq pouces un quart. Sur la paroi inférieure de l'urètre, se trouvent les deux ouvertures qui se sont formées derrière les deux plus fortes coarctations et conduisent l'urine au dehors par les quinze fistules.

Aujourd'hui, M. le président, après avoir employé quatre fois, dans l'espace de cinq semaines, une méthode de traitement que j'ai ajoutée à la thérapeutique des maladies des voies urinaires, les rétrécissemens, cause de tous ces désordres sont presque complètement guéris, quoiqu'ils aient tourmenté le malade pendant quarante ans, qu'ils aient été cautérisés sans succès près d'une centaine de fois et que leur dureté fût telle qu'en les divisant mes instrumens fissent entendre un bruit semblable à celui que produit la section d'un cartilage au moyen d'un instrument tranchant.

Cette méthode consiste : 1° En des incisions pratiquées avec des instrumens *ad hoc* sur les obstacles à la sortie de l'urine par la voie naturelle; 2° dans le dégorgement local résultant de ces mêmes incisions; 3° dans la compression exercée avec des sondes ou des bougies de plus en plus volumineuses, et que j'ai portées chez ce malade jusqu'à quatre lignes de diamètre. Les grosses sondes avaient pour but de tenir béantes, jusqu'à leur guérison, les plaies que j'avais faites, de comprimer excentriquement les coarctations résultant de l'inflammation chronique du tissu sous-muqueux de l'urètre et, en écartant les parois du canal, de s'opposer à ce que l'urine pénétrât dans les fistules.

Ce nouveau fait, Monsieur le président, confirme ce qui m'a été démontré par quelques centaines d'autres faits analogues, et dont je suis autorisé à tirer les conclusions qui terminent cette lettre. Je dis quelques centaines, car je pourrais citer plus de onze cents guérisons obtenues et sans avoir encore rencontré, jusqu'à présent, un seul cas de coarctation urétrale incurable, bien qu'un certain nombre eût été considéré comme tel par des chirurgiens très recommandables.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° Que toutes les maladies qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile et souvent impossible, n'étant pas de nature identique, ne peuvent être guéries par un traitement exclusif, et que les moyens thérapeutiques doivent être appropriées à la nature de l'affection.

2° Que le chirurgien ne peut faire choix des méthodes de traitement à opposer aux coarctations qu'après avoir bien établi son diagnostic sur l'état maladif du canal; s'être assuré de la nature, de la situation, de la forme, et de la longueur des obstacles à la sortie de l'urine.

3° Que la dilatation, le plus ancien des moyens thérapeutiques, n'est que palliative; qu'elle ne guérit pas plus aujourd'hui qu'elle ne guérissait autrefois, quoiqu'en disent quelques praticiens, mais qu'elle est un auxiliaire puissant qui ne doit pas être négligé, et dont on retire de grands avantages quand on l'emploie convenablement.

4° Que la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre, soit avec le nitrate d'argent solide, soit avec la potasse caustique, est un mode de traitement sur lequel on ne peut guère compter, et qu'on ne tardera pas à abandonner complétement; que la cautérisation avec une solution caustique plus ou moins concentrée suivant les cas, et qu'on porte dans l'urètre avec des instrumens *ad hoc*, est de beaucoup préférable.

5° L'incision des coarctations, l'emploi des mouchetures ou saignées locales convenablement pratiquées sur les rétrécissemens dans l'urètre, aidées de la dilatation, sont, dans l'immense majorité des cas, ainsi que je le démontrerai dans l'ouvrage dont la première partie paraîtra prochainement, les moyens les plus prompts et les plus sûrs pour obtenir la guérison radicale de ces maladies si fréquentes de nos jours.

Cette lettre étant déjà trop longue, pour ne pas répéter ce que j'ai dit sur le même sujet dans mon mémoire, je m'abstiens de parler de l'*excision*, de la *résection*, de l'*arrachement*, etc.

J'ajouterai encore que si je n'ai pas publié plus tôt les faits dont je viens de résumer les conclusions, c'est parce que je voulais avoir un grand nombre de guérisons à opposer à ceux qui repoussèrent tout d'abord mes méthodes de traitement, comme on repoussa dans le temps la lithotritie, cette belle conquête de la chirurgie moderne, et parce que je désirais aussi qu'un temps assez long s'écoulât pour savoir si ces guérisons étaient suivies de rechutes, ainsi que cela a lieu après celles obtenues par les autres méthodes généralement employées.

Depuis une douzaine d'années que je suis parvenu à approprier le mode de traitement à la nature des affections urétrales, jusqu'à présent du moins je n'ai point encore observé de récidive. M. Cullerier, dont le nom fait autorité dans la science, me disait dernièrement que lui aussi, sur environ 300 malades qu'il m'a adressés depuis le commencement de 1828, soit de son hôpital, soit de la ville, n'avait point encore observé une seule rechute. Cependant, depuis cette époque, il a revu un grand nombre de ces mêmes personnes, dont plusieurs, lorsqu'il me les adressa, se trouvaient dans des états excessivement graves, et avaient déjà été traitées sans succès par des hommes d'une grande réputation.

Je rapporterai encore ce fait, que je crois très concluant : c'est qu'à l'autopsie de M. F..., mort aux Néothermes le 30 avril 1841 d'une fièvre cérébrale, et que j'avais guéri en 1834 de deux rétrécissemens de l'urètre jugés incurables par une de nos célébrités dans cette spécialité, il a été reconnu que les parties du canal où les rétrécissemens avaient existé étaient précisément plus larges que les parties voisines.

M. le docteur Lagneau, qui m'avait adressé ce malade, avait constaté, le 19 mai 1840, avec MM. Cullerier et Roux, que la guérison des rétrécissemens calleux dont il avait été affecté était complète, et qu'elle s'était maintenue telle depuis sept ans, bien que la dilatation eût été abandonnée depuis 1835.

Le 4 mai dernier, à l'examen de cette pièce, que je conserve soigneusement, et que je dois à l'obligeance de M. le docteur Alquier, médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, M. Lagneau a reconnu et a fait remarquer aux autres commissaires nommés par l'Académie de médecine, MM. Roux, Velpeau et Cullerier, *que cet urètre est tout à fait à l'état normal et ne présente aucune trace des rétrécissemens calleux dont il avait été le siege pendant un grand nombre d'années.*

J'ai l'honneur d'être, etc., GUILLON, D.-M.-P.,
Chirurg. consultant du roi.

Paris, le 18 juillet 1831.

Section des muscles du dos dans le traitement des déviations latérales de l'épine.

Dans la séance de l'Académie des sciences du 19 juillet, M. le docteur Jules Guérin adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» L'Académie a entendu, dans sa dernière séance, la lecture d'un mémoire sur l'opportunité de la section des muscles du dos dans le traitement des déviations de l'épine. Je n'ai pas l'intention de répondre aujourd'hui à cette attaque; je me propose de le faire aussitôt que l'Académie voudra bien m'accorder la parole. Mais, en attendant, je prie M. le secrétaire perpétuel de vouloir bien donner lecture du contenu d'un paquet cacheté, dont l'Académie a accepté le dépôt le 6 mai 1838. Ce paquet renferme l'énoncé de ma théorie des déviations de l'épine par rétraction musculaire, et relate ma première opération de myotomie rachidienne, pratiquée le 3 février 1838.

» Cette date montre qu'il n'est pas exact de dire, comme l'a avancé l'auteur du mémoire lu dans la dernière séance, que la myotomie rachidienne a été d'abord proposée en Allemagne, puis appliquée en France. L'ouvrage auquel on a fait allusion est celui du docteur Pauli, de Landau; il n'a paru que dans le mois de juin 1838, c'est-à-dire quatre mois après ma première opération. Quelle que soit l'idée qu'on se forme de la valeur de ma méthode, je désire qu'il soit bien établi qu'elle ne m'avait été suggérée par personne, et que je l'ai mise en pratique longtemps avant que personne eût songé à la proposer.

COPIE DU CONTENU D'UN PAQUET CACHETÉ, DÉPOSÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 6 MAI 1838.

Déviations latérales de l'épine produites par la rétraction et l'arrêt de développement des muscles du dos. Section sous-cutanée des muscles rétractés; par M. Jules GUÉRIN.

« Il existe des déviations de la colonne vertébrale produites par la rétraction primitive et l'arrêt de développement de quelques muscles (sacro-lombaires, longs dorsaux et transversaires épineux). Ces déviations, qui offrent la répétition de ce qui se passe dans le torticolis ancien causé par la rétraction et l'arrêt de développement des sterno et cléido-mastoïdiens, peuvent être traitées, comme le torticolis, par la section sous-cutanée des muscles rétractés. J'ai fait cette opération pour la première fois le samedi 3 février. Comme je fonde de grandes espérances sur ce mode de traitement, qui n'avait jamais été appliqué aux déviations latérales de l'épine, je crois devoir prendre date, aujourd'hui 5 mai 1838, par un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences. J'attendrai, pour faire connaître cette nouvelle application de la ténotomie :

» 1° Que j'aie pu préciser les caractères anatomiques appartenant à celles des déviations latérales qui sont produites par une rétraction et un arrêt de développement de quelques-uns des muscles de la colonne vertébrale;

» 2° Que j'aie pu fixer les rapports anatomiques existans entre les muscles rétractés et les parties environnantes;

» 3° Que j'aie obtenu des résultats capables de fixer sur le degré d'utilité de cette méthode.

Paris, le 5 mai 1838. » Signé JULES GUÉRIN. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 5 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 93, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

INTERRUPTION COMPLÈTE DU TUBE DIGESTIF DEPUIS QUARANTE JOURS SUR UNE FEMME AGÉE DE 50 ANS. ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI AVEC SUCCÈS DANS LA RÉGION LOMBAIRE DROITE SUR LE COLON ASCENDANT, SANS OUVRIR LE PÉRITOINE ET SANS SAVOIR POSITIVEMENT OU ÉTAIT L'ÉTRANGLEMENT.

PAR M. AMUSSAT.

Madame B....., âgée de cinquante ans, d'un tempérament nerveux, habituellement constipée, comme le sont du reste beaucoup de femmes, eut, dans le mois de mai 1839, une perte utérine assez abondante qui nécessita des soins continus pendant près d'un mois. Cet accident, que l'on considéra comme précurseur de l'époque critique, n'empêcha pas les règles de paraître régulièrement jusqu'au mois de janvier dernier; depuis ce temps, elles ont complétement cessé.

Cette dame est accouchée heureusement de six enfans. Elle a eu deux fausses couches; la première a été suivie d'accidens du côté de l'utérus qui, depuis cette époque, a presque toujours été la source de quelques douleurs.

Après la cessation des règles, et surtout à partir du mois de septembre dernier, madame B... eut de plus grandes difficultés qu'auparavant à aller à la garde-robe; la constipation devint plus opiniâtre, elle durait plus long-temps et ne pouvait être vaincue que par des lavemens répetés. Les matières fécales étaient dures, noirâtres et en boulettes; d'autres fois, elles avaient l'aspect de sangsues accollées les unes aux autres. Néanmoins, à part quelques vomissemens, des douleurs épigastriques, des coliques et un état de malaise qui survenait à la suite des efforts de défécation, madame B... avait de l'appétit, et n'éprouvait aucune douleur qui pût faire craindre les suites de cette constipation plus opiniâtre que de coutume. Mais dans le courant du mois de mai dernier, les selles devinrent plus difficiles encore; souvent, au lieu de matières fécales, madame B... ne rendait que des gaz; elle avait des coliques, et après ses repas, elle se sentait gonflée et elle était obligée de desserrer les cordons de ses vêtemens.

Le 27 mai, après quatre ou cinq jours passés sans aucune évacuation de gaz ni de matières fécales, madame B... fut obligée, à cause des douleurs qu'elle éprouvait, de réclamer les soins d'un médecin. Des sangsues, au nombre de 28, furent appliquées à l'épigastre qui était douloureux; des lavemens furent prescrits ainsi [que de] légers laxatifs, mais ils n'eurent aucun résultat; et l'état [de la] malade devenant de plus en plus grave, la constipation per[sistan]t toujours, on fit appeler d'abord M. Chomel, et plus tard [M. D]eguise qui resta seul chargé du traitement. Ce praticien [distin]gué mit en usage tous les moyens connus pour favoriser la contraction des intestins et amener des garde-robes, moyens qui avaient déjà été conseillés par M. Chomel: des lavemens, des purgatifs drastiques, etc., le cathétérisme du rectum avec une sonde œsophagienne, furent tour a tour employés et repris; on eut aussi recours aux douches ascendantes à l'aide de l'appareil Bizet.

Le 27 juin, M. Deguise ayant épuisé sans résultat toute la série de moyens dont il dirigeait lui-même l'administration, pensa qu'il n'y avait plus que l'établissement d'un anus artificiel capable de remédier à l'état alarmant de madame B., et ce fut sous l'influence de cette idée qu'il me fit appeler. Alors, il y avait 34 ou 35 jours au moins que la malade n'avait rendu ni gaz ni matières par l'anus; le ventre était très distendu, et par suite de l'amaigrissement qui survient constamment dans ces circonstances, on voyait à travers les parois amincies de l'abdomen des *anses intestinales gonflées par des gaz*, et donnant à la percussion un son clair tympanique.

La malade étant placée sur le ventre, le flanc droit nous parut un peu plus distendu que le gauche. Une sonde de gomme élastique fut introduite dans le rectum, mais arrivée à 6 ou 8 pouces de hauteur, elle se recourbait et ne pouvait pas pénétrer au delà. En examinant par le vagin, on reconnut en effet que la sonde s'était repliée dans le rectum, et on constata que l'utérus n'était pas déplacé, mais qu'il était un peu plus volumineux peut-être que dans l'état ordinaire. Les lavemens ne pénétraient qu'avec la la plus grande difficulté; ils étaient expulsés aussitôt sans entraîner de matières fecales; depuis quelques jours seulement, il y avait eu des vomissemens bilieux, sans odeur fécale, et le pouls, qui depuis le commencement de la maladie n'avait pas été fébrile, était assez fort et sans fréquence.

Quelle était la cause de cette rétention des gaz et des matières fécales survenue presque tout à coup chez notre malade? Telle fut la question que nous agitâmes d'abord, sans pouvoir y répondre d'une manière satisfaisante, car les antécédens et l'état actuel ne nous fournissaient aucune indication qui pût nous éclairer.

Avions-nous affaire à une tympanite essentielle, c'est-à-dire produite simplement par une atonie, une espèce de paralysie des intestins? Cela n'était pas probable, car les faits de cette nature, s'ils existent réellement, doivent être excessivement rares. Disons même que depuis les progrès de l'anatomie pathologique, de cette science si bien cultivée de nos jours et qui a déja fait disparaître tant de maladies prétendues essentielles, on est porté à penser qu'autrefois, dans beaucoup de cas, la cause des accidens produits par la rétention des matières était méconnue, parce qu'alors les autopsies des individus qui succombaient n'étaient pas faites ou n'étaient pratiquées qu'incomplètement.

S'agissait-il d'un volvulus, d'une invagination intestinale, d'un étranglement produit par une bride, etc.? Sans doute, dans ces affections, le cours des matières fécales est arrêté subitement; mais il existe en même temps des symptômes généraux beaucoup plus graves que ceux que nous observions chez notre malade, des accidens semblables à ceux qui accompagnent presque constamment les hernies étranglées; et de plus, nous n'avions pas constaté chez madame B. les vomissemens stercoraux qui surviennent si souvent dans les étranglemens internes produits par les causes que nous venons d'indiquer. De l'absence de ces vomissemens, devions-nous conclure que l'obstacle était situé dans un point assez rapproché de la fin du gros intestin, vers l'S iliaque, par exemple? Il est vrai de dire que dans les rétrécissemens de cette portion du tube digestif, ce phénomène a manqué quelquefois. Mais les observations publiées sur ce sujet sont ou incomplètes ou trop peu nombreuses pour servir utilement au diagnostic.

L'utérus ou ses annexes étaient-ils le siége de productions morbides, de tumeurs ayant effacé, par leur développement, le calibre du gros intestin? Cela pouvait être; mais il était impossible, à cause du ballonnement considérable du ventre, d'être fixé à cet égard, et le toucher, par le vagin et par le rectum, ne faisait reconnaître qu'une hypertrophie peu prononcée de la matrice.

Enfin, l'obstacle était-il produit par des corps étrangers accumulés dans le gros intestin, comme M Cruveilhier et d'autres observateurs en ont publié des exemples?

Malgré l'impossibilité de découvrir la cause, la nature et le siége de l'étranglement, nous ne devions pas, nous ne voulions pas rester spectateurs passifs de la mort inévitable de la malade. Mais que fallait-il faire? Dans quel point de l'abdomen pouvions-nous tenter, avec le plus de chances de succès, l'établissement d'un anus artificiel!... On comprendra sans peine qu'il est difficile qu'un chirurgien soit placé dans une position plus embarrassante.

Quoi qu'il en soit, la nécessité d'opérer étant bien reconnue, je m'empressai de répéter mon procédé sur le cadavre d'un homme ayant succombé a une hémorrhagie provenant de la rupture d'un anévrisme de l'artère carotide, et je dois avouer que, malgré toutes les précautions que j'ai prises et le soin que j'ai mis à cette répétition importante, j'ai ouvert le péritoine sans m'en douter. Pourtant j'étais bien sur mes gardes. Il est vrai de dire que l'intestin était vide et que je ne l'avais pas insufflé; mais le péritoine est si mince, en dehors du colon, que je l'ai ouvert en croyant couper la lame externe ou le tissu cellulaire qui recouvre la séreuse. Je raconte ce fait avec intention, afin d'engager les chirurgiens à faire toujours cette répétition avant de pratiquer l'operation sur le vivant; ils apprendront alors à éviter la faute que je viens de signaler. D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit dans mon premier mémoire, on est bien plus sûr de soi, et moins préoccupé de la difficulté en face de laquelle on va se trouver, lorsqu'on a répété sur le cadavre une opération quelconque que l'on est appelé à pratiquer, et de laquelle dépend souvent la vie d'un individu.

Pour m'assurer de nouveau qu'il est difficile, souvent même impossible d'introduire une sonde au delà de l'*S* iliaque, et que, par conséquent, le cathétérisme de l'intestin est presque toujours illusoire et ne peut servir au diagnostic des retrécissemens situés dans un point élevé de l'intestin, parce que la sonde s'est repliée alors qu'on croit être arrivé très haut; pour m'assurer, dis-je, de ce fait important, sur lequel d'ailleurs j'étais déjà à peu près fixé, j'introduisis dans le rectum d'un cadavre, autre que celui qui m'avait servi pour pratiquer mon opération, une grande sonde œsophagienne, portant à son extrémité une olive formée par un mélange emplastique destiné à prendre la forme des rétrécissemens, et j'acquis la conviction, en ouvrant le cadavre, que cette sonde s'était arrêtée dans l'un des replis de l'*S* iliaque; même après l'enlévement des intestins grêles, en voulant pousser ma sonde avec un peu plus de force, je vis l'olive de l'instrument, qui était cependant en cire assez molle, déprimer fortement le point sur lequel elle appuyait, et enfin déchirer l'intestin. Ainsi, d'après cette expérience que j'ai souvent répétée, et dernièrement encore, en presence de M. Récamier, Mayor et de plusieurs autres médecins, le cathétérisme forcé de l'intestin est dangereux parce que, si on le pratique avec force, on peut produire des déchirures. Il est presque toujours illusoire, comme je l'ai déja dit, parce que la sonde se replie et donne une fausse idée de la hauteur a laquelle elle est introduite. Il est bien entendu que nous parlons seulement ici dans la supposition d'une disposition normale de l'*S* iliaque, laissant de côté les cas dans lesquels cette partie du gros intestin étant droite et non contournée, comme cela existe quelquefois, une sonde peut être introduite assez facilement et a une assez grande hauteur; mais ces

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Je suis depuis plusieurs mois à Paris. J'ai fait ce voyage pour étudier ce que vous appelez la strabotomie sous et sus-cutanée, et pour revoir mes anciens maîtres, mes anciens condisciples. Je viens vous faire part de mes impressions, que vous garderez pour vous, car je ne fais jamais de confidence au public. Le sentiment né de ces impressions, c'est l'étonnement. Depuis mon séjour dans la capitale, je suis dans un état pareil à celui d'Epiménide.

Premier étonnement.

Quoi, mon nom au bas d'un de vos feuilletons! Vous allez me déconsidérer, comme chirurgien, dans mon arrondissement. Pour moi, je ne serais pas fâché de me faire une petite réputation de littérateur; mais comme elle nuirait à celle d'opérateur, je réclame, et je vous supplie de faire savoir à vos lecteurs qu'il y a deux Lyrac comme il y a eu deux Fabrice. Je serai le petit si l'autre veut être le grand Lyrac, peu m'importe; ce que je demande, c'est qu'on sache que je n'écris pas, car, je vous le répète, cela nuirait à ma réputation. Chez moi, on croit qu'une main qui sait tenir une plume ne tient pas bien le bistouri. Or, comme le bistouri est plus productif que la plume dans un pays où on lit peu et où on louche beaucoup, dites, je vous en prie, dans votre plus prochain numéro, que j'ai un Sosie.

Second étonnement.

C'est la barbe dont sont pourvus les facies de trois confrères que vous connaissez bien: leurs yeux sont seuls visibles. L'un traite surtout des vieillards; l'autre ne traite personne: leur barbe n'a donc aucun grave inconvénient. Mais le troisième, d'après votre Journal même, traiterait des enfans, car je lis souvent, en tête de vos colonnes: *Clinique des enfans à la mamelle* par M. T. Ces malheureux enfans vont avoir peur; gare les convul[sions]. Il m'a toujours semblé que les médecins étaient institués [pour] faire éviter et pour guérir les maladies, et non pour les [donner]. Je croyais aussi qu'il n'y avait que les sapeurs de la garde [nation]ale qui étaient créés et mis au monde pour faire peur aux [enfans]. Mais comme ces citoyens se sont rasés, voila que les mé[decins] vont faire le contraire par esprit d'opposition à la milice bourgeoise; car je ne croirai jamais à des intentions de croquemitaine.

Troisième étonnement mêlé de ridicule.

Un concours a eu lieu dans le sein de la Faculté de Paris pour octroyer deux professeurs à la Faculté de Strasbourg!

Quatrième étonnement mêlé de douleur.

Dans ce concours, il y avait pénurie de sujets; un d'entre eux avait cependant des titres plus que suffisans pour devenir un professeur d'une faculté de province; il lui fallait donc la chaire et l'unanimité des suffrages. Eh bien! le professeur qui était peut-être le plus persuadé du mérite de ce candidat a été précisément celui qui n'a pas voté pour lui. Cependant, après le concours, ce juge a déclaré à M. Sédillot qu'il aurait voté *des deux mains* s'il avait su que sa nomination fût douteuse. Je vous dirai, Monsieur, que je trouve cela un peu Gridaine. Vous savez que le père Gridaine voulait aussi signer *des deux mains* je ne sais quel chiffon politique. Un homme qui a été marchand de draps et ministre a des habitudes bimanuelles, et ces deux qualités lui donnaient aussi des droits à l'équivoque: le mot du père Gridaine obtint donc quelque succès dans le monde politique. Je doute que celui du professeur en question fasse fortune dans le monde médical. On conçoit, en effet, une double signature quand on est ambidextre et qu'on a deux noms, comme qui dirait votre M. Lyrac; mais je ne sais si on peut dire *voter des deux mains*. Ce que je sais, c'est que, dans mon pays, on vote ordinairement avec un organe qui n'est pas double dans l'économie.

J'ai la conviction que ce juge a été mu par un sentiment délicat, par une espèce de dévouement; car je le connais fort bien, c'est un de mes anciens condisciples, celui même qui a laissé dans mon cœur les meilleurs souvenirs de franchise et de sagacité. Aussi s'il pardonne mon étonnement, je lui pardonnerai sa conduite plutôt encore que son bon mot... Je sais que M Sédillot fera le contraire; mais M. Sédillot est trop exigeant. Voilà pour l'étonnement; voici pour la douleur. Après l'homme supérieur, après M. Sédillot enfin, se rangeaient sur un second plan deux hommes d'un vrai mérite; aussi pouvait-on, à ce point de vue, les mettre *ex æquo*. Mais l'un commence sa carrière, l'autre la parcourt depuis long-temps; il a, comme on dit, des antécédens. Tout devait gagner à celui-ci l'intérêt, la sympathie des juges; ses malheurs, plus grands encore que son nom, devaient faire pencher la balance de son côté. Je le croyais, car les amis du népotisme étaient en majorité dans le jury. Je disais à un jeune chirurgien dont les mots sont toujours vrais, quoique toujours déchirans; je lui disais: « Eh bien! le malheur va être bon à quelque chose, il sauvera Sanson. — Non, répondit-il, ils donneront une larme à Sanson et leur voix à Rigaud. » Mais il y a eu des promesses faites; tant pis pour celui a qui elles ont été faites. En effet, Monsieur, j'ai su que les trois juges qui avaient généreusement voté pour Sanson ne lui avaient rien promis...

Cinquième étonnement mêlé de confusion.

J'ai dit que M. Sanson avait eu trois voix, et cependant son nom n'est sorti que deux fois de l'urne. Voici ce qui est arrivé: Il est arrivé ce qui n'arrive jamais dans mon arrondissement, même quand les élections sont passablement frauduleuses; il est arrivé ce qui n'arrive jamais à aucune Faculté, ce qui n'arrive nulle part, mais ce qui arrive, dit-on, quelquefois à la Faculté de Paris. On a mis dans l'urne un nom pour un autre, Rigaud pour Sanson! Avouez qu'il y a là de quoi être profondément étonné et légèrement confus pour la Faculté de Paris, bien entendu quand on ne la connaît pas. Ceux qui hantent les coulisses vous expliquent la chose de la manière la plus naturelle. Voici leur glose: les noms des candidats sont inscrits par le secrétaire sur de petits carrés de papier, lesquels sont répandus sur la table; c'est là que le juge puise le nom du candidat pour lequel il veut voter; mais la main peut ne pas obéir à la conscience, et se porter sur un bulletin qu'elle désavoue. C'est ce qui est arrivé, c'est ce qui me surprend. Mon étonnement redouble quand j'apprends que la méprise est le fait d'un homme qui n'a jamais eu la moindre des distractions dans toute sa vie. J'ai répondu: « Est ce que les juges ne pourraient pas écrire eux-mêmes les noms des candidats pour lesquels ils veulent voter? — Non, car l'écriture des juges étant toujours connue de celui qui dépouille le scrutin, ce scrutin ne serait plus secret. Or, il faut absolument qu'il soit secret. » Cette réponse, Monsieur, a produit sur moi un sentiment inférieur à l'étonnement. Expliquez-moi ce que c'est qu'un scrutin secret que vous publiez le lendemain du vote, et que vous tirez à des milliers d'exemplaires. Est-ce que je ne sais pas que c'est MM. Gerdy et Roux qui ont voté pour M. Sanson; que c'est M. Velpeau qui a voulu voter pour lui? Faut-il nous dire ceux qui n'ont pas voté comme ces Messieurs?.. J'ai toujours soupçonné que le concours était une amère dérision, car je n'ai jamais pu être nommé seulement interne des hôpitaux; mais aujourd'hui c'est pour moi une vraie conviction. Il y a surtout dans l'histoire des concours un fait bien récent qui doit à jamais le déshonorer. Ce fait, je ne le citerai pas: car je crains un peu vos indiscrétions.

cas sont excessivement rares.

Je reviens à notre malade.

Le lendemain 28 juin, M. Deguise et moi nous insistâmes encore sur les lavemens forcés; nous renouvelâmes nos explorations avec toute l'attention possible, mais sans arriver à un diagnostic plus précis sur le siége de l'étranglement. Aucun point de l'abdomen ne donnait un son mat à la percussion; les flancs n'étaient pas plus bombés, plus saillans d'un côté que de l'autre. Dans ces circonstances graves et embarrassantes, nous convînmes qu'il fallait, avant de recourir à l'opération qui seule nous paraissait offrir des chances de succès, réunir auprès de la malade quelques-uns de nos confrères les plus capables de nous éclairer.

Le même jour, dans la soirée, MM. Magendie, Breschet, Chomel, Foville, se rendirent avec empressement à notre invitation. Après un examen attentif et une discussion approfondie, à laquelle prirent part MM. L. Boyer, Filhos, Delarue et Levaillant, il fut décidé à l'unanimité que l'on insisterait encore sur les lavemens forcés, sur les douches ascendantes, qu'on emploierait le galvanisme, et que dans le cas où tous ces moyens n'apporteraient aucun changement dans l'état actuel de la malade, il faudrait pratiquer l'opération d'après le procédé que j'avais déjà appliqué deux fois avec succès.

Immédiatement après cette consultation, nous administrâmes des douches ascendantes d'eau et d'air; des lavemens furent également donnés, en ayant le soin de fermer l'anus aussi exactement que possible pour que le liquide entrât forcément; mais après avoir poussé trois lavemens, nous vîmes que malgré tous nos efforts, le liquide s'échappait par l'anus, et qu'il sortait aussi clair qu'il était entré; le résultat de toutes nos tentatives à ce sujet n'aboutit qu'à nous prouver qu'un seul lavement pouvait être conservé par la malade, et qu'au-delà de cette quantité de liquide, il était impossible d'en faire pénétrer davantage.

Le lendemain matin, c'est-à-dire le 29 juin, l'électricité fut appliquée avec beaucoup de soin par M. le docteur Schuster; elle ne produisit aucun changement dans l'état de la malade, pas plus que les douches ascendantes et les lavemens forcés que l'on administra encore une fois. Dès lors, il n'y avait plus à hésiter: il fallait sans tarder davantage pratiquer l'opération. Il y avait urgence, car la malade s'affaiblissait, et d'ailleurs nous avions agi avec toute la prudence possible, en nous aidant des conseils de nos savans confrères, qui avaient approuvé le moyen extrême qu'il nous restait à employer.

Le 30 juin à quatre heures du soir, tout était disposé pour pratiquer l'opération; MM. Foville, Mayor, Scoutteten, Thibault, Cléver de Maldigny, Poyer, James, Dubrac, etc., avaient été invités à y assister; mais il nous fut impossible de décider la malade à s'y soumettre.

Le 1er juillet, madame B... était assez calme, malgré la contrariété et l'inquiétude que lui avait causées la veille la nécessité bien démontrée d'une opération. Elle n'avait pas de fièvre, le pouls était assez fort; le ventre était cependant un peu plus distendu encore, sans être douloureux; mais il n'y avait eu aucune évacuation par l'anus, soit de gaz, soit de matières. Les vomissemens bilieux avaient été un peu plus fréquens.

Le 2 juillet au matin, l'affaiblissement est plus grand; le pouls est petit et fréquent; l'haleine est fétide, et la malade exhale une odeur stercorale. Les vomissemens bilieux ont été plus abondans; le ventre est très distendu, et la malade a éprouvé cette nuit des douleurs épigastriques très violentes. Cet état d'aggravation dans les symptômes, ainsi que la difficulté ou plutôt l'impossibilité de préciser le siége et la nature de l'étranglement intestinal, nous empêchèrent encore cette fois d'agir sans l'approbation des confrères que nous avons nommés plus haut. La nécessité de l'opération déjà reconnue, ne faisait sans doute que l'accroître; nous étions bien fixés sur le lieu où nous pratiquerions l'anus artificiel et sur le procédé à suivre, puisque sans le refus de la malade nous aurions déjà agi. Mais, d'une part, madame B... était très affaiblie; n'avions-nous pas attendu trop long-temps? Et d'autre part, notre projet d'opération était fondé sur un diagnostic si obscur, que nous étions incertains sur sa réussite. Nous désirions donc que sur l'un et l'autre de ces points importans une nouvelle discussion eût lieu. Le soir même, MM. Magendie, Breschet, Chomel furent encore réunis en consultation. Il y eut *unanimité* sur la nécessité de pratiquer promptement l'opération; mais il n'en fut pas de même sur le lieu où l'anus artificiel devait être établi, car ni l'examen du ventre, ni la percussion, ni la succussion n'avaient fait découvrir aucun signe qui pût fixer le diagnostic. Quelques-uns des consultans voulaient qu'on attaquât le colon lombaire gauche, parce que dans ce point l'intestin devait être distendu, l'obstacle se trouvant probablement au-dessous, puisque la malade ne pouvait recevoir qu'un seul lavement; d'autres, au contraire, rejetant ce moyen de diagnostic comme incertain et illusoire, car dans l'état normal quelques individus sont dans ce cas, insistaient pour qu'on ouvrît de prime-abord le colon lombaire droit. Je m'étais déjà arrêté à cette dernière opinion, que j'aurais mise à exécution trois jours auparavant sans le refus de la malade; et dans le doute où j'étais toujours si je ne serais pas forcé d'agir sur l'intestin grêle, je persistai à penser qu'il valait mieux arriver d'abord sur le colon ascendant que j'ouvrirais s'il était distendu; et dans le cas contraire, j'étais décidé à faire une incision en avant du cœcum, pour trouver la fin de l'intestin grêle et aller à la recherche de l'étranglement.

Le 3 juillet, à six heures du matin, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Breschet, Deguise, L. Boyer, Filho, Schuster, Bowman, Delarue, Guérineau et Levaillant.

Après que les objets nécessaires à l'opération eurent été préparés (bistouris convexes droits, courbes et boutonnés; quatre pinces à torsion, des ciseaux droits et courbes, des ténaculum simples et doubles, des sondes cannelées, un petit trois-quarts, des aiguilles à acupuncture, des aiguilles courbes enfilées de fils cirés, des aiguilles à suture en platine, des canules élastiques droites et courbes, une seringue pleine d'eau tiède, etc.; enfin, comme réserve, un bistouri de Pott et les instrumens nécessaires pour faire la suture des intestins), la malade fut placée sur un lit de sangle, le ventre appuyé sur des oreillers, afin de faire saillir les régions lombaires. *Des deux côtés, même volume, même son à la percussion.*

Une incision d'à peu près quatre pouces d'étendue fut pratiquée transversalement dans la région lombaire droite, au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière fausse côte, et à partir de la masse commune des sacro-lombaire et long dorsal. Le bord de ces muscles ayant été incisé, ainsi que les tissus adjacens, bientôt j'arrivai sur le carré des lombes, que je reconnus facilement à sa direction très oblique en bas et en dehors. Je coupai le bord de ce muscle, je tordis une petite artère; après avoir coupé le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, j'aperçus le tissu cellulaire intermédiaire à la masse adipeuse qui recouvre le rein et le colon. Je touchai et je fis toucher le rein; puis j'incisai verticalement la masse adipeuse qui se trouve constamment au-dessous de cet organe, et, portant mes recherches en arrière, je sentis sous mes doigts un intestin distendu. C'était le colon lombaire droit dépourvu de péritoine; je le reconnus *à la résistance de ses parois et à ses fibres musculaires* plus prononcées que celles de l'intestin grêle, et je le fis reconnaître aux personnes présentes.

Ce point important, capital dans l'opération, étant bien établi, grâce à l'assistance éclairée de MM Breschet et Deguise, je passai, avec une aiguille courbe, un fil dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin, afin de le maintenir, et je pratiquai une ponction avec un petit troquart. Beaucoup de gaz et très peu de matières fécales sortirent par la canule; mais l'instrument étant ressorti, de l'air s'infiltra dans le tissu cellulaire environnant que je fus obligé de réséquer pour mettre complètement à découvert le colon. Aussitôt cet intestin fut attiré au dehors à l'aide du fil que j'avais passé dans ses parois, puis je l'ouvris assez largement surtout dans le sens vertical avec un bistouri boutonné; enfin, les bords de l'ouverture furent attirés et maintenus par trois pinces à torsion. Après avoir broyé avec le doigt indicateur introduit par la voie nouvelle des matières fécales assez dures, il s'en écoula une assez grande quantité. Au milieu de ces matières demi-solides, on reconnut des *pepins de groseilles* et des *noyaux de cerises* en assez grand nombre. Je facilitai les évacuations en injectant de l'eau tiède dans la partie supérieure et inférieure du colon que je venais d'ouvrir. En portant de nouveau mon doigt dans la partie inférieure de l'intestin, je touchai et je crus reconnaître la valvule iléo-cœcale. Quelques lambeaux de tissu adipeux qui environnent le rein et le colon furent réséqués; enfin, dès que les évacuations furent moins abondantes, je fixai solidement l'ouverture de l'intestin aussi près que possible de l'angle antérieur de la plaie, au moyen de cinq points de suture entrecoupée, en ayant le soin de renverser la muqueuse en dehors, et je pratiquai en outre un point de suture entortillée pour réunir l'angle postérieur de la plaie.

La malade, qui avait supporté avec courage cette opération, fut replacée dans son lit, que l'on avait garni d'alèzes, et on l'engagea à se tenir sur le côté droit, afin de permettre aux matières fécales de s'écouler librement. L'anus artificiel fut recouvert d'un large cataplasme, et l'on recommanda de faire sur la plaie des lotions fréquentes avec de l'eau tiède pour la débarrasser des matières qui pourraient se trouver en contact avec elle.

Dans la soirée, nous revîmes madame B., elle était calme et se sentait soulagée; le ventre était souple et insensible à la pression; l'anus artificiel livrait fréquemment passage à des gaz et à des matières fécales. Le pouls avait repris de la force sans avoir acquis de la fréquence.

Le lendemain, des matières fécales continuent à sortir par l'anus artificiel. Le ventre est souple, non douloureux à la pression, mais un peu distendu encore; l'intestin ouvert s'est un peu rétracté; les sutures ne se sont pas dérangées. Il n'y a pas eu de vomissemens. Le pouls est assez fort: il donne 70 ou 80 pulsations par minute. La nuit a été bonne.

Le 5 juillet, madame B. demande à manger; son état s'améliore; elle a pris un lavement opiacé qui l'a engourdie, et plus tard lui a causé des étourdissemens; elle croyait que son lit tournait.

Le 6, j'introduis mon petit doigt dans l'anus artificiel, et je donne un quart de lavement qui n'est pas rendu. Les fils qui ont servi à la suture ne tiennent plus qu'à la peau. La malade croit avoir rendu cette nuit des gaz par le rectum, ce qui me paraît fort douteux.

Le 8, toutes les sutures se sont détachées; l'anus artificiel est solidement fixé à la plaie, qui a un très bon aspect. En introduisant mon doigt dans l'ouverture artificielle, après avoir pratiqué des injections, j'ai touché le rein à travers les parois de l'intestin et j'ai trouvé des matières fécales dans la partie inférieure du colon ascendant. Les évacuations sont abondantes; les cataplasmes, appliqués continuellement sur la plaie, sont changés plusieurs fois par jour, et ils sont toujours recouverts de matières fécales. Le ventre est souple et insensible à la pression, il n'y a pas eu de fièvre.

10 juillet. Même état. Le ventre est encore un peu volumineux, malgré les évacuations abondantes de gaz et de matières fécales qui ont lieu facilement. Mais comme l'a observé judicieusement mon excellent ami M. le docteur Troussel, en examinant la malade, cela tient à ce que les intestins ayant été long-temps distendus, il faut un certain temps pour que la membrane musculeuse revienne à son état normal. Jusqu'à présent, il n'est pas survenu le moindre accident; le travail inflammatoire autour de la plaie a été aussi simple et aussi régulier que si un intestin n'eût pas été ouvert.

Le 14 juillet, M. Magendie constate avec nous que la malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant; l'appétit augmente, ainsi que les forces. L'anus artificiel est bien établi; il est situé à l'angle antérieur de la plaie, mais comme il a de la tendance à se rétracter et à se resserrer, je crois devoir le dilater avec une mèche de charpie assez grosse, analogue à celle qu'on emploie après l'opération de la fistule à l'anus. Des lavemens ont été donnés tous les jours; ils facilitent la sortie d'une grande quantité de matières fécales.

Le 15, madame B...., croit avoir rendu quelques matières par l'anus normal. Pour m'assurer de ce fait, j'introduis le doigt indicateur dans le rectum, je trouve qu'il est affaissé d'avant en arrière; je ne rencontre pas de matières fécales; en retirant mon doigt, ma main est tachée de sang, qui me paraît venir de la vulve et non pas du rectum, comme la malade le pensait. Après avoir administré un lavement par le rectum, il est sorti des grumeaux de matière caséeuse et quelques boulettes de matières fécales dures et noirâtres. Le toucher par le vagin me fait connaître que l'utérus est placé à gauche, que

---

Sixième étonnement, mêlé de regrets, avec cause de cassation.

Le professeur distrait (une fois dans sa vie) demande à rectifier l'erreur: il déclare franchement, en pleine assemblée, qu'il a mis dans l'urne un nom qui n'est pas celui de son candidat. Il demande un second vote, qui est refusé par la majorité du jury.

Il est vrai qu'une voix de plus ne donnait pas la place à M. Sanson. Mais, pendant ce second vote, le cœur aurait pu parler, des regrets auraient pu naître dans le jury. L'erreur commise involontairement par un juge, au préjudice de M. Sanson, aurait pu être faite à son avantage par deux autres; on aurait alors commis une bonne action; on se fût couché, le soir, sur elle, et on eût mieux dormi, j'en suis sûr. Au lieu de cela, le jury a voulu consacrer une erreur par une injustice, se donner un regret, et faire deux ennemis de plus à celui qui s'est trompé. M. Velpeau aura, en effet contre lui, celui pour lequel il n'a pas voté et celui pour lequel il a voté.

Septième étonnement, mêlé d'un peu de duplicité.

Il est bien entendu que je ne fais que m'étonner et que la duplicité ne me connaît pas. Voici d'où elle vient: Quand M. Sanson a concouru pour la chaire de Richerand, il était cité par quelques personnes comme l'argumentateur qui avait la meilleure logique et comme celui qui s'en servait le mieux. Eh bien! ce sont les mêmes hommes qui le louaient alors sur ses argumentations (il en est parmi eux, peut être, qui lui ont fait avoir une première place à l'épreuve *thèse*, quand, dans un précédent concours on a voté sur chaque épreuve en particulier), eh bien! ces mêmes hommes ont motivé le rejet de M. Sanson sur sa mauvaise manière d'argumenter. Pourquoi cela? Voici le pourquoi qu'on m'a infusé: « Dans le concours de Richerand, M. Sanson surtout été trouvé bon argumentateur, quand il a mordu les amis des ennemis; aujourd'hui il a été détestable, parce qu'il a déchiré les amis des amis. » Voilà le mot de l'énigme, se on un sphynx qui m'a l'air de deviner beaucoup d'énigmes de cette nature. Dans mon pays, quand on veut tuer un chien, on dit qu'il est enragé.

Huitième étonnement.

J'ai cru l'être (enragé), pour mon compte, quand je me suis surpris dans le grand amphithéâtre et au milieu des argumentateurs, après avoir traversé dans les couloirs un véritable égoût. Est-ce par mesure d'hygiène publique que l'on permet une pareille infection? J'ai eu beau me boucher le nez, l'odeur me poursuit encore depuis huit jours, percius que je suis dans mon lit par un rhumatisme gagné sur vos bancs; car ce que vous ne savez peut-être pas, c'est qu'il pleut dans votre amphithéâtre: j'ai vu le président forcé de quitter son siége; les parapluies étaient ouverts, et j'avais eu la maladresse d'oublier le mien.

Neuvième étonnement, mêlé de stupéfaction.

Je vais rue de Poitiers, où, de mon temps, un certain nombre de confrères s'assemblaient pour faire de la science, répondre au ministre sur les questions d'épidémie, de remèdes secrets, etc. On y discutait sans esprit, mais aussi sans acidité, et en présence d'une demi-douzaine de médecins qui constituaient tout le public de cette paisible assemblée. J'étais donc rue de Poitiers, et croyais être à l'Académie de médecine; pas du tout, j'étais au Palais, aux Assises, ou peut-être à une Convention nationale. Au lieu de M. Gueneau de Mussy, à la parole de miel et quelque peu Mont-Rougienne, je vois, j'entends un accusateur public; il est question de milliers de têtes qui vont rouler sur l'échafaud. Il y a une Montagne, et un chef de cette Montagne avec un chapeau gris et une tête noire et jaune. Le mot arsenic est le plus doux mot qu'on trouve dans la plupart des discours qu'on s'adresse. On fait l'oraison funèbre d'un homme vivant. La foule encombre la salle et toutes ses avenues; on n'y peut entrer, on n'en peut sortir (ce qui est plus fâcheux). J'entends une voix qui dit: « Je n'ai fait que frôler votre peau; vous, vous l'avez déchirée, vous m'avez fait une plaie à lambeau. » Je monte sur un banc; je vois M. Double qui voile sa tête nue; le président se couvre, la séance est levée. A mardi le cinquième acte.

Toutes les places étant retenues d'avance, et ayant assez comme cela d'étonnement, je me priverai du cinquième acte qui pourra bien avoir quelque danger même pour les spectateurs. Je me contenterai de lire le compte-rendu de votre *Gazette des Hôpitaux* qui, si cela continue, devra bientôt être appelée *Gazette des Tribunaux*, et vous serez attaqué en contrefaçon. Voilà ce que vous auront produit l'arsenic et l'Académie pour les avoir rendus si célèbres.

Dr LYRAC.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 2 août.

Hygiène publique (gélatine). — M. Magendie a achevé aujourd'hui la lecture de son grand travail sur la gélatine, commencé et continué dans les deux séances précédentes. Ce travail, basé sur un très grand nombre d'expériences, sera bientôt imprimé; nous le reproduirons en totalité [illegible] haute portée pratique. Contentons-nous d'annoncer pour le moment que la commission s'était proposé de traiter deux questions:

1° La gélatine est-elle une substance alimentaire suffisante à elle seule à entretenir la vie?

2° Mêlée à d'autres substances, réputées alimentaires, contribue-t-elle utilement à la nutrition?

Les expériences qu'elle a pu faire jusqu'à présent ne portent que sur la première question, qu'elle a résolue négativement. La commission abordera prochainement la seconde question expérimentale et présentera un second rapport à l'Académie.

Cette lecture, écoutée avec un très grand intérêt et une religieuse attention jusqu'à la fin, a provoqué une discussion assez animée, à laquelle ont pris part MM. de Blainville, Thénard, Flourens, Magendie, Chevreul, Arago, Darcet, Poisson. Nous publierons cette discussion à la suite du rapport, où elle se placera naturellement.

— M. Larrey présente une femme qu'il a guérie radicalement d'une tumeur blanche au genou, à l'aide d'un très grand nombre de moxas. Le mal était si avancé que l'amputation de la cuisse avait été jugée indispensable. L'articulation est parfaitement ankylosée et en ligne droite; le membre est un peu raccourci par suite de l'érosion ancienne des cartilages et du fibro-cartilage inter-articulaire; les os cependant ne sont ni gonflés, ni douloureux; la guérison paraît être aussi parfaite que possible, en un mot.

— M. J. Guérin écrit pour annoncer qu'il vient de pratiquer l'herniotomie ombilicale à l'aide du débridement sous-cutané.

— Le 4 octobre aura lieu un grand concours pour l'admission d'élèves-chirurgiens dans les hôpitaux d'instruction de Metz, Strasbourg, Lille, et à l'école de perfectionnement de Paris. Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan. Deux des principales conditions sont celles-ci: être âgé de 16 à 23 ans, et être pourvu du diplôme de bachelier ès-lettres.

— M. Girardin, pharmacien à Neufchâteau, vient de faire don au musée des Vosges d'un instrument de chirurgie qui a appartenu à Ambroise Paré, célèbre médecin des rois Henri II et Charles IX.

le col est en arrière, qu'il est gros et dur, et que sa surface et sa cavité sont le siége de petites végétations polypeuses. Mon doigt est taché de sang brun, et il entraîne quelques caillots. La malade me dit que ce sont ses règles qui reviennent, et qu'il est probable que le sang s'est accumulé dans l'utérus depuis quatre mois.

Le 17, madame B. a eu des coliques après avoir bu du jus de pruneaux mélangé avec une décoction de séné. La plaie est belle et se rétrécit remarquablement. Un bourgeon assez gros paraissant appartenir au tissu adipeux qui recouvre le rein a presque entièrement disparu. L'anus artificiel est plus évident et plus largement ouvert que les jours précédens. Il n'est pas sorti de sang par la vulve depuis hier. La malade croit avoir rendu des gaz par l'anus normal.

Le 20, M. Chomel a visité madame B., qui continue à avoir de l'appétit et à reprendre des forces.

Le 22 juillet, après un lavement donné dans le rectum, il est sorti par l'anus normal un *cylindre de matières fécales noirâtres bien moulées*, et des mucosités sanguinolentes. Cette expulsion de matières anciennes nous fait espérer que peut-être les évacuations reprendront leur cours naturel. La malade est enchantée de penser qu'on pourra la débarrasser de son anus artificiel.

Malgré la sortie de ces matières fécales par le rectum, il y a eu des évacuations abondantes par l'anus artificiel, qui est maintenant largement ouvert at qui présente un très bon aspect.

Madame B.. est aujourd'hui, 2 août, trente jours après l'opération, dans un état très satisfaisant : l'appétit est revenu ainsi que les forces, l'anus artificiel est parfaitement établi à la partie antérieure de la plaie, et on peut y introduire le doigt indicateur. La plaie n'est pos encore complètement cicatrisée, mais elle est très rétrécie, des bourgeons charnus existent sur sa surface, et il n'y a pas la moindre trace d'inflammation autour de ses bords. Tout nous fait espérer que ce succès se maintiendra, et que la malade n'aura plus bientôt qu'une supportable infirmité à laquelle elle devra la vie.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Absence incomplète du vagin chez une fille de dix-huit ans, opérée avec succès. Quelques considérations sur les vices de conformation du vagin.

Au n° 4 de la salle Ste-Suzanne est couchée une jeune fille, nommée Euphrasie C..., journalière, née à la Cherte, département de Seine-et-Oise.

Cette jeune fille, bien portante jusqu'à l'âge de dix-sept ans, éprouva, au mois de mars de l'année dernière, un certain ordre de phénomènes qui indiquaient les efforts tentés par la nature pour amener la menstruation. Les organes situés dans la région hypogastrique devinrent à cette époque le siége d'une chaleur et d'une tension considérables, en même temps qu'une douleur assez vive apparaissait dans ces parties. Ces phénomènes persistèrent pendant huit jours, et ne furent accompagnés ni suivis d'aucun écoulement sanguin. Depuis ce moment, ils ont reparu cinq fois à des intervalles à peu près égaux, et c'est le 10 mars de cette année qu'elle fut prise pour la dernière fois de ces douleurs qui présentaient les mêmes caractères que les premières. Le médecin, qu'elle consulta à cette époque, lui fit appliquer huit sangsues à la partie interne et inférieure de chaque cuisse ; mais celui-ci ne voyant succéder à cette application aucun écoulement sanguin du côté des parties génitales, se décida à faire l'examen de ces organes, examen qui lui démontra qu'un vice de conformation du vagin s'opposait à l'écoulement des menstrues. C'est alors qu'il l'adressa à M. Bérard, dans le service duquel elle est entrée le 25 mai 1841.

Euphrasie est âgée de dix-huit ans ; sa constitution paraît très bonne ; elle a la peau brune, les cheveux châtains; Les mamelles présentent un volume qui ne diffère pas sensiblement de celles des jeunes filles pubères. Les parties externes de la génération n'offrent rien d'anormal : le pénil est ombragé par une assez grande quantité de poils; les grandes et petites lèvres sont bien développées ; on aperçoit le méat urinaire en avant du bulbe, au dessous duquel on remarque l'ouverture de la membrane hymen.

Le doigt, porté dans cette dernière ouverture, pénètre dans le vagin ; mais celui-ci, après un trajet de 2 centimètres environ de profondeur, se termine en cul-de-sac.

Une sonde, introduite par le méat urinaire, ne rencontre aucun obstacle qui l'empêche de pénétrer dans la vessie ; le doigt placé dans le vagin peut aisément suivre la sonde jusqu'au niveau du cul-de-sac qui le termine.

Si l'on porte le doigt dans le rectum, la face palmaire tournée en avant, on sent d'abord celui qui est placé dans le cul-de-sac ; puis en pénétrant plus en avant, on parvient à sentir la sonde placée dans la vessie, dont il n'est séparé que par une très petite épaisseur de parties molles, épaisseur qui paraît beaucoup moins grande que dans l'état naturel. Plus profondément introduit dans le rectum, le doigt cesse de sentir la sonde, et arrive à une tumeur offrant toutes les apparences extérieures de l'utérus. Il semblerait qu'il existe, à la partie antérieure de celui-ci, une dépression analogue à l'orifice du museau de tanche. Quant au corps de l'utérus, il a un volume plus considérable que celui qu'il présente ordinairement chez les jeunes filles de cet âge.

Si l'on veut savoir quelle est la distance qui existe entre le fond du cul-de-sac et l'extrémité inférieure de l'utérus, on pourra la connaître de la manière suivante : le doigt indicateur de la main gauche est introduit dans le cul-de-sac, la pulpe tournée du côté du rectum, tandis que la face dorsale est en rapport avec la surface inférieure de la vessie. L'on pénètre de même dans le rectum avec l'index de la main droite, de telle sorte que sa face dorsale soit en rapport avec la concavité du coccyx, et que sa face palmaire soit en contact avec celle de l'autre indicateur. Celui qui est placé dans le rectum doit pénétrer assez profondément pour que la pulpe de la phalange unguéale arrive au bord inférieur de l'utérus ; puis l'ongle de l'index, placé dans le vagin, marque le point où il rencontre la face palmaire de celui qui est dans le rectum. Cette distance peut varier en plus ou en moins, suivant les malades ; chez celle-ci, elle peut être estimée à deux centimètres et demi environ.

L'examen auquel nous venons de nous livrer, indique évidemment un vice de conformation qui consiste, ou dans une oblitération incomplète, ou une absence partielle du vagin.

Ceci posé, doit-on tenter quelque opération pour cette jeune fille, ou bien la laisser vivre avec une pareille difformité ? Ce dernier parti est loin, selon moi, d'être le meilleur. En effet, cette disposition vicieuse des organes de la génération, non-seulement rend la jeune fille impropre aux fonctions du mariage, mais l'expose encore à tous les accidens qui peuvent résulter de la rétention des menstrues.

Les accidens que l'on a vu survenir dans ces cas peuvent avoir une intensité variable suivant l'espèce d'occlusion qui existe, et suivant que celle-ci est complète ou incomplète.

Si l'occlusion est complète en même temps que congénitale, il ne survient aucun accident avant l'époque de la puberté ; si, au contraire, elle est accidentelle, c'est à l'époque menstruelle qui suit l'oblitération, à moins toutefois qu'elle ne soit survenue après le moment de la conception, cas auquel le travail de l'accouchement peut seul la rendre évidente.

Dans le premier cas, la jeune fille éprouve pendant quelques jours les prodromes de l'éruption menstruelle, tels qu'un sentiment d'accablement, de la lassitude dans les membres, de tension vers le bas-ventre, de tiraillement dans les aines et les reins, de chaleur et de pesanteur dans le bassin; il ne se fait aucun écoulement sanguin par les organes sexuels : au bout de quelques jours, ces symptômes s'affaiblissent et tout rentre dans l'ordre habituel. Quelquefois ces accidens, en revenant plus tard, augmentent d'intensité à mesure que les époques menstruelles se succèdent, et que le sang s'accumule dans le vagin et dans l'utérus ; bientôt l'hypogastre se distend, le ventre se gonfle, les reins se tuméfient, des vomissemens surviennent, des phénomènes nerveux hystériques se manifestent et peuvent faire croire à l'existence d'une grossesse.

Lorsque la cause de ces accidens est méconnue, ou quand on la reconnaît trop tard, les malades sont exposées à périr comme dans les cas cités par Dehaën et Boyer (tome X, pages 354 et 355).

D'autres fois la constitution de la malade résiste mieux à tous les accidens, et l'accumulation du sang dans la cavité utérine peut amener une rupture des parois de cet organe ; rupture qui peut avoir lieu à sa partie inférieure, et amener ainsi dans le péritoine un épanchement sanguin qui occasionne une péritonite mortelle, ou bien encore à sa paroi inférieure et postérieure, c'est-à-dire dans l'intestin rectum. C'est la terminaison la plus heureuse qui puisse arriver à la malade ; c'est par là que s'écoulent toutes les matières sanguinolentes qui séjournent dans l'utérus ; c'est aussi par là que se fera plus tard l'écoulement menstruel. Il existe plusieurs faits de ce genre ; un entre autres chez une femme que ce vice de conformation n'empêcha point de se marier. La réunion des sexes ayant eu lieu par cet espèce de cloaque constitué par le rectum, elle put concevoir et même, après neuf mois de gestation, donner le jour à un enfant qui sortit par cette voie tout à fait insolite.

Notons encore que quelquefois on a vu le sang séjourner pendant long-temps dans l'intérieur de l'utérus sans se décomposer : dans ce cas il se transformait en une matière sirupeuse qui ne commençait à s'oblitérer que lorsqu'elle était mise au contact de l'air atmosphérique.

Sauf le cas de terminaison spontanée indiqué tout à l'heure, les vices de conformation du vagin nécessitent toujours une opération chirurgicale qui peut avoir des conséquences plus ou moins graves suivant la nature de la maladie.

Parmi les vices de conformation congénitaux, celui qui se présente le plus fréquemment de tous, et qui est en même temps du diagnostic le plus facile, est sans contredit l'imperforation de la membrane hymen. Dans ce cas, le traitement se borne à faire une incision qui puisse donner issue au sang accumulé dans le vagin. On peut faire une seule incision linéaire, ou bien une incision cruciale, les deux lignes étant perpendiculaires (+) ou obliques (×). On a conseillé de les faire obliquer pour éviter la blessure de l'urètre.

Cette ouverture est maintenue béante à l'aide d'une mèche de charpie enduite de cérat. L'on est sûr d'obtenir ainsi une guérison rapide et durable.

Quelquefois on rencontre dans le vagin plusieurs cloisons qui forment comme autant de diaphragmes complets. On doit alors se comporter avec chacun d'eux séparément, comme s'il s'agissait d'un hymen imperforé.

Mais maintenant, lorsque la difformité est acquise, c'est-à-dire lorsque l'oblitération a succédé à l'inflammation et à l'ulcération des parois vaginales, le cas est un peu plus difficile, mais cependant on peut encore assez aisément se guider sur la cicatrice que l'on incise en allant des parties superficielles vers les parties profondes, c'est-à-dire de la vulve à l'utérus.

Si cette oblitération s'est faite pendant la gestation, il n'y a pas urgence d'opérer de suite la section de la cicatrice : on peut, sans grand inconvénient, attendre l'époque de l'accouchement, car quelquefois l'on a vu ces brides et cicatrices céder à l'effort de la pression qu'exerçait sur elles la tête du fœtus et ne plus opposer d'obstacle à la sortie de ce dernier.

Enfin le vagin peut manquer en partie ou en totalité, soit à cause de l'affrontement des parois, soit à cause de l'absence de celles-ci. C'est probablement ce dernier cas qui se présente chez la jeune fille placée dans la salle Sainte-Suzanne. En effet, comme nous le faisions remarquer tout à l'heure, le canal vulvo utérin existe chez elle dans toute son intégrité à sa partie inférieure, mais un peu plus haut, on n'en retrouve plus même trace, et la vessie paraît se trouver immédiatement en rapport avec le rectum, c'est-à-dire que si l'on vient à faire une coupe de la cloison recto-vésicale au-dessus du cul-de-sac, l'on trouvera les élémens suivans, en procédant de la vessie vers le rectum :

1° Les tuniques muqueuse, fibreuse et musculeuse appartenant à la vessie ;

2° Un peu de tissu cellulaire intermédiaire à la vessie et au rectum ;

3° Les tuniques musculaire, fibreuse et muqueuse de l'intestin rectum.

L'on conçoit aisément que la connaissance intime de cette cloison ne doit pas être sans intérêt pour le chirurgien, attendu que l'opération deviendra plus ou moins facile suivant qu'il existera ou non des rudimens des tuniques du conduit utéro-vulvaire.

Un autre phénomène qui mérite encore de fixer l'attention du chirurgien, c'est de savoir s'il existe un cul-de-sac en arrière ; c'est-à-dire si, quoique oblitéré à sa partie moyenne, le vagin existe à sa partie supérieure. Nous ne connaissons aucun moyen physique de constater cette existence, à moins que le sang accumulé dans l'utérus ne vienne distendre ce second cul-de-sac. Le toucher par le rectum et la sonde placée dans la vessie pourront faciliter le diagnostic à cet égard.

Epoque d'action. — Doit-on opérer aussitôt que la difformité est reconnue, ou bien attendre les accidens que peut produire la rétention des menstrues ?

Pour résoudre ce problème, qui est de la plus haute importance, nous devons examiner attentivement, et l'un après l'autre, les avantages et les inconvéniens qui peuvent résulter de l'emploi de ces deux méthodes.

Si l'on adopte la première, c'est-à-dire si l'on opère immédiatement, l'utérus n'étant point distendu, sera plus difficile à atteindre, et l'exécution rendue, par conséquent, moins facile.

Dans la seconde, au contraire, on voit cet inconvénient disparaître par suite de l'augmentation du volume de l'utérus, qui tend à descendre dans le petit bassin et à se rapprocher, par conséquent, de la vulve et du cul-de-sac, lorsque toutefois il existe.

Il est des inconvéniens plus grands encore qui peuvent résulter du retard apporté dans l'opération. En effet, nous notions tout à l'heure, entr'autres accidens qui suivent la rétention des menstrues, une maigreur augmentant de plus en plus, la détérioration de la santé en même temps qu'un dépérissement général ; en un mot, un état de l'économie qui devra diminuer les chances de succès ; car il est admis en chirurgie que meilleure est la santé générale d'une malade, plus on a de chances de réussite.

En différant l'opération, on doit en outre craindre de voir survenir des accidens inflammatoires comme septiques, amenés par l'altération du sang accumulé dans l'utérus, accidens qui peuvent succéder à l'opération et se terminer par une suppuration sanieuse de mauvaise nature qu'il n'est pas toujours facile de modifier convenablement.

Dans cette méthode, l'on est de plus obligé, lorsqu'on est arrivé au corps de l'utérus, de pénétrer dans l'intérieur de ce dernier pour aller à la recherche des caillots sanguins qui, séjournant dans sa cavité, pourraient amener l'inflammation dont nous venons de parler.

Ceci posé, nous pensons que l'on doit préférer la méthode qui consiste à opérer aussitôt que l'on a constaté la difformité. Mais cependant si celle-ci était reconnue dès les deux ou trois premières années de la malade, nous pensons aussi qu'il faudrait attendre l'époque de la puberté, attendu que jusqu'à cette époque il ne peut survenir aucun trouble dans l'économie résultant de cette imperforation ; et, en attendant cet âge, les organes seront en outre plus développés, et faciliteront, par conséquent, les manœuvres du chirurgien.

Procédé opératoire. — Les chirurgiens n'ont point encore donné de règles précises sur la manière dont on doit opérer, attendu que jusqu'à présent il n'y a que trois exemples d'opération faite dans des cas semblables, c'est-à-dire avec absence d'une partie du vagin et présence de l'utérus. Ces trois cas appartiennent à des chirurgiens différens qui ont suivi chacun une méthode particulière.

La première qui se présente, celle qui paraît la plus naturelle, a été mise en usage par M. Williaume, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz. Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans, grande et bien faite, mais qui était, à l'époque où M. Williaume la vit pour la première fois, dans un état de dépérissement tel, qu'on pouvait craindre qu'elle n'eût plus que peu de jours à vivre. L'abdomen était aussi volumineux que s'il eût existé une grossesse de six mois ; on y distinguait une tumeur considérable, dure, rénitente, pyriforme, étendue depuis l'hypochondre droit jusqu'à la région iliaque gauche. Ce chirurgien fit, avec le bistouri, par des incisions transversales et répétées, une plaie de plus en plus profonde, intermédiaire à la vessie

et au rectum, et arrivant jusqu'à l'utérus. Le col de ce dernier n'étant point béant, une ponction fut pratiquée dans cet organe à l'aide d'un pharigotôme. Deux ans après, le canal artificiel avait conservé un diamètre tel qu'il pouvait admettre le petit doigt. Les règles coulaient, quoique lentement et avec difficulté, et dans les intervalles il existait une leucorrhée abondante. D'ailleurs, la santé s'était parfaitement rétablie. (*V.* Bibliothèque médicale, année 1828, tome Ier, page 136: séance de l'Académie de médecin du 29 novembre 1828.)

Un second procédé appartient à M. Mannoury, de Chartres. Ce chirurgien, dans un cas analogue, plongea un trois-quarts dans la direction du vagin, en suivant l'épaisseur de la cloison recto-vésicale, et eut le bonheur d'arriver de cette manière dans la cavité utérine; nous disons le bonheur, parce que l'on conçoit aisément que la moindre déviation en avant ou en arrière devait faire pénétrer l'instrument dans la vessie ou dans l'intestin rectum. La canule du trois-quarts, qui donna issue à une grande quatité de sang noir altéré, fut remplacée par une sonde en gomme élastique, dont on augmenta progressivement le volume. Plus tard, la malade fut prise d'une diarrhée qui passa à l'état chronique; il survint aussi un abcès dans la fosse iliaque, et la mort arriva un an après l'opération. L'on ne put faire l'examen nécroscopique des organes génitaux, parce que le parens refusèrent la permission de faire l'autopsie.

L'on ne peut véritablement pas, en saine pratique, conseiller d'imiter M. Mannoury; un pareil procédé offre trop d'incertitude, et a de plus l'inconvénient grave de pouvoir amener à la suite de l'opération manquée une fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale.

M. Amussat, qui est l'auteur du troisième procédé, a mis celui-ci en usage sur une jeune fille de dix-sept ans et demi, d'une bonne constitution, mais affaiblie. A l'époque de l'opération elle avait le teint décoloré, le ventre présentait à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semblait constituée par l'utérus beaucoup plus développé qu'à l'état normal. Les parties externes de la génération étaient bien conformées; la surface concave correspondante à l'orifice du vagin était lisse et comme tapissée par une membrane muqueuse. Ce chirurgien exerça avec le doigt une pression modérée d'avant en arrière, qui refoulait de l'extérieur à l'intérieur les tissus intermédiaires à la vessie et le rectum. Il parvint ainsi peu à peu, et dans plusieurs séances, à former un conduit qu'il tenait dilaté à l'aide de petits morceaux d'éponge préparée. Ces tentatives, qu'il répéta pendant huit jours (du 29 février au 9 mars 1832) pour opérer le déchirement des tissus, furent très douloureuses, mais la malade les supporta avec courage. Pour arriver dans la cavité utérine, M. Amussat se servit d'un bistouri droit, à lame étroite, et muni, à son extrémité, d'une petite boulette de cire, et le dirigea à plat sur la face dorsale de son doigt indicateur placé dans le canal artificiel. L'incision qu'il pratiqua au col de l'utérus donna issue à un sang gluant, épais et noirâtre, qui offrait une grande ressemblance avec du chocolat à l'eau fort épais.

Des moyens appropriés furent mis en usage pour débarrasser l'utérus des matières qu'il contenait, et maintenir libre ce nouveau canal utéro-vulvaire. Deux ans après la guérison persistait, et la santé de la jeune fille était des des meilleures. (*V.* le Journal hebdomadaire médical, 1834, tome Ier, page 237.)

Le procédé, que nous nous proposons de suivre, ajoute M. Bérard, diffère à quelques égards de ceux que nous venons d'indiquer. Nous allons combiner ensemble les deux procédés de MM. Williaume et Amussat, et voici de quelle manière nous y procéderons:

La malade étant placée comme dans l'opération de la taille, c'est-à-dire sur le bord de son lit, les cuisses aussi écartées que possible; nous ouvrirons les grandes lèvres et nous débriderons, par deux incisions latérales, la membrane hymen, dont l'ouverture actuelle est trop étroite pour nous permettre de manœuvrer librement; puis nous inciserons transversalement le fond du cul-de-sac, de manière à produire une solution de continuité ayant la forme d'un fer à cheval, dont les branches seront tournées en avant et en bas, et la partie convexe située dans l'épaisseur de la cloison recto-vésicale. Cette incision faite, nous chercherons immédiatement avec l'index, et peut-être le médius de la main droite, à décoller les tissus sous-jacens, chose qui ne nous paraît pas devoir présenter de grandes difficultés, à cause de la laxité du tissu cellulaire qui existe en ce point.

Pour éviter la blessure de la vessie ou du rectum, un aide maintiendra une sonde dans la vessie en même temps qu'il placera dans le rectum le doigt indicateur de l'autre main. Une fois le décollement opéré, nous nous arrêterons, attendu qu'il nous semble inutile de pénétrer aujourd'hui dans la cavité utérine, peu distendue par le sang. Si, plus tard, les menstrues ne s'écoulaient point facilement, il serait temps encore de faire cette ponction.

L'opération fut pratiquée le 2 juin, suivant le procédé que M. Bérard venait d'indiquer. Lorsque le doigt qui opérait le décollement ne fut plus séparé de l'utérus que par un peu de tissu cellulaire, il s'arrêta; car s'il eût voulu continuer, il serait arrivé vers le péritoine en passant entre l'utérus et le rectum.

L'opération fut peu laborieuse pour le chirurgien, et n'occasionna pas de grandes douleurs à la malade. On plaça dans ce nouveau canal un morceau d'éponge préparée, qui fut maintenu en place par un plumasseau de charpie, une compresse et un bandage double en T.

Le jour de l'opération, la malade éprouve un peu de cuisson du côté de la partie opérée; point de fièvre; sommeil bon pendant la nuit.

Le lendemain (3 juin), on retire l'éponge, qui s'est bien gonflée, ce qui fait souffrir un peu la malade; l'éponge est imbibée d'une assez grande quantité de sang; du reste, pas de douleur. Injections d'eau de guimauve; même pansement.

Les jours suivans la malade continue à bien aller; l'éponge est toujours tachée d'un peu de sang. Aucun symptôme d'inflammation.

Le 28 juin, M. Bérard pratique le toucher, et fait observer que les parois rectales et vésicales paraissent plus épaisses et que l'utérus paraît moins volumineux qu'avant l'opération. On remplace l'éponge préparée en un gros pessaire en caoutchouc, que l'on fixe de la même manière que l'éponge. On continue, à chaque pansement, à faire les injections. Au bout de quelques jours la malade se panse elle-même, et l'utérus paraît diminuer de volume.

Le 24 juin, la malade, qui s'ennuie beaucoup à l'hôpital, veut retourner dans son pays, sans attendre le retour de M. Bérard, qui avait été forcé d'aller à la campagne. Le canal utéro-vulvaire a toujours les mêmes dimensions que le jour de l'opération.

Mort de M. Sanson. — Nous avons la douleur d'apprendre à l'instant la mort de M. Sanson aîné, professeur de clinique chirurgicale. La chirurgie fait en lui une perte immense. M. Sanson était doué d'un bon jugement, d'un esprit sagace; il était opérateur habile. Elève de prédilection de Dupuytren, il avait conservé intactes les traditions de son école.

Son caractère était loyal et sa droiture bien connue.

Il a succombé à une affection de la moelle épinière, qui depuis long-temps ne laissait plus d'espoir à ses amis. Deux jours avant sa mort, il pressentait sa fin prochaine et disait à M. Cruveilhier, son médecin: « Mon corps s'éteint comme une lampe qui n'a plus d'huile; dans deux jours tout sera fini. »

Comme on l'engageait à avoir recours au ministère d'un prêtre, il répondait avec calme, simplicité et sans forfanterie: « que lui dirai-je, je n'ai jamais déguisé ma pensée, et n'ai jamais fait de mal à personne. » M. Sanson n'avait pas 50 ans.

Les obsèques se feront mercredi matin, 4 août, à dix heures, rue Louis-le-Grand, n° 3.

— Une épidémie, à laquelle on donne le nom de *miliaire*, règne à Coutances depuis plus d'un mois. Elle a enlevé, lors de son apparition, trois ou quatre personnes de la classe aisée, parmi lesquelles un chirurgien de l'hospice. Depuis le 18 de ce mois, jusqu'au 24, on a compté quinze décès; plus de cent quarante personnes sont atteintes aujourd'hui, et il est à craindre qu'on n'ait de nouvelles pertes à déplorer. Le médecin de la ville le plus appelé vient de succomber. Il ne reste plus à Coutances que quatre médecins, dont un en convalescence, et les autres exténues de fatigue, et ne pouvant suffire à visiter les nombreux malades.

Le maire a réclamé l'assistance des gens de l'art du c[illegible] ils ont entendu cet appel: deux de nos plus habile[illegible] viennent de partir. Le plus grand mal, en ce moment [illegible] reur qui accable la population de Coutances. Beaucou[illegible] sont partis, et cette émigration continue. La maladie a[illegible] rement les enfans; elle sévit spécialement sur les person[illegible] âges de 25 à 50 ans. Il est à remarquer que le collége, la caserne et l'hospice sont jusqu'à présent restés à l'abri de ses atteintes.

Les *Cigarettes arsenicales* du docteur *Trousseau*, contre la phthisie, se trouvent à la pharmacie de Villette, rue de Seine-Saint-Germain, n° 87, à Paris.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les *vésicatoires* agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le spapadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la maindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 5 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 94, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Paris, 4 août.

Tant que la cause de l'arsenic a été réellement pendante devant l'une et l'autre Académie, nous avons voulu ne troubler en aucune manière la marche de discussions importantes; nous les avons laissé se développer à l'aise, et personne ne pourra nous reprocher d'avoir, dans nos comptes-rendus, atténué ni l'attaque ni la défense. Aucun argument ne nous a échappé; les paroles ont été rapportées fidèlement, sans interprétations, sans équivoques, sans réticences. Des questions de vie et de mort n'étaient point urgentes, nul autre accusé que le rapporteur n'était sur la sellette, le glaive ne pesait sur aucune tête, il ne s'agissait que de science, c'était à la science seule d'assurer des garanties à l'avenir; et pour cela, il fallait du calme, de l'impartialité non moins que de l'indépendance. Nous n'avions pas à nous poser en avocats passionnés, mais en narrateurs exacts; en ce cas, affaiblir, tronquer, dénaturer les argumens de ses adversaires, c'est faire preuve de mauvaise foi, c'est s'attacher à combattre des fantômes, c'est se préparer un triomphe futile et sans gloire, et l'on doit laisser aux Don Quichotte le soin de se battre les flancs à froid et de rompre leurs lances contre les moulins à vent.

Au point où est arrivée la discussion à l'Académie de médecine, rien d'utile ne peut en sortir; rétréci de part et d'autre dans les limites de l'intérêt personnel, le rapport de la commission est frappé d'avance de nullité; admis ou rejeté, il sera sans poids sur l'opinion. Nous n'irons donc pas ressusciter les questions de personnes; on a fatigué, épuisé ce sujet; la leçon que méritait un ton maladroitement louangeur a été assez rudement donnée pour que l'on puisse se dispenser d'y revenir. Que nous importent d'ailleurs les contradictions, les froissemens d'amour-propre, les présomptions, les erreurs, et même la bonne ou la mauvaise foi? Ce qui nous importe, ce n'est point encore la chute d'un système que nous avons combattu, mais le retour aux saines doctrines, la résurrection de ce doute sans lequel il n'y a point de science, et qui seul protége la vie des accusés et la conscience des juges.

Tel est depuis trois ans le but de nos efforts, ce but est aujourd'hui atteint; le rapport de l'Institut, la discussion du rapport de l'Académie de médecine, ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Les princes de la science ne jugeront plus en dernier ressort; ce n'est plus sur des taches impondérables, soumises ou non aux réactifs chimiques, que l'on voudra prononcer des arrêts sans appel; on se méfiera des infiniment petits, et l'homœopathie n'aura pas plus de succès aux barres des cours d'assises que dans la pratique des hommes sages et éclairés.

Que de travaux, que d'efforts, que de discussions il a fallu pour arriver à ce point! On pouvait commencer par le doute, on a préféré finir par là. Que dis-je, finir? le doute est dans tous les esprits, mais il n'est pas encore dans les conclusions académiques. Lisez-les: vous y verrez que *l'arsenic normal n'existe pas, que les taches arsenicales ou non arsenicales peuvent se distinguer aisément les unes des autres, etc.* Vous y verrez tranchées bien d'autres questions; les erreurs ou les découvertes récentes ont arrêté le progrès; la perfection est close, il n'y a plus qu'à monter au Capitole, et rendre grâce aux Dieux!

L'arsenic normal n'existe pas! on le trouvait partout, on ne l'a plus trouvé dans les récentes expériences de MM. Flandin, Danger et Orfila. Mais qui nous assure qu'un de ces jours un autre Couerbe ne viendra pas le trouver de nouveau, et prouver une fois encore le peu de certitude de la science, dût-il s'exposer aux plus vives réclamations de priorité?

A-t-on expérimenté « sur le cadavre d'un des ouvriers des mines d'argent arsenifère, a-t-on fouillé dans les entrailles de ces sujets qui vivent au milieu des émanations alliacées du papier teint en vert par l'arséniate de cuivre, etc.? A-t-on déterré les restes enfouis dans des terrains arsenicaux (1), » et les a-t-on soumis à la flamme de l'appareil de Marsh? A-t-on répété ces expériences mille fois, et mille fois ont-elles été négatives? Jusque-là ne nous prononçons pas, restons sur le qui vive; le doute est encore un devoir.

A-t-on comparé toutes les taches d'apparence arsenicale, a-t-on épuisé tous les réactifs, sait-on même si cet arsenic que l'on poursuit est un corps simple? sait-on si un de ces jours on ne le formera pas de toutes pièces sous nos yeux étonnés, et si les théories chimiques les plus savantes ne crouleront pas sans laisser aucune trace de leur passage?

L'aspect et l'éclat métallique, la volatilisation des taches à la flamme du chalumeau, la dissolution dans l'acide nitrique, dans l'acide sulfurique, la couleur jaunâtre du soufre, la couleur rouge de brique par le nitrate d'argent, et vingt autres caractères que l'on attribuerait à la présence de l'arsenic, qui nous dit qu'on ne prouvera pas qu'ils appartiennent à d'autres substances organiques ou inorganiques! Doutons donc, doutons encore, même après les travaux de MM. Orfila, Danger et Flandin, même après les rapports de deux Académies; doutons, car le doute est un devoir. Le doute est toujours de la science.

Et vous qui, chargé de formuler un jugement académique, en avez maladroitement amoindri la portée; qui, de bonne foi sans doute et par un acte de complaisance que nous ne voulons pas suspecter, avez étouffé l'amitié dans une atmosphère d'encens; vous qui, au lieu d'estimer froidement des travaux chimiques, avez cherché à déprécier le mérite de jeunes et laborieux savans au profit de votre puissant protégé, comprenez maintenant la faute que vous avez commise. Admis ou rejeté, nous le répétons, votre rapport est discrédité d'avance, la science ne peut en tirer aucun parti; vous avez compromis la société savante dont vous avez fait l'organe, et qui ne vous demandait ni panégyrique ni oraison funèbre *ad hominem*; vous avez été la cause première de la vivacité des attaques personnelles, et le blâme d'une discussion acerbe doit retomber uniquement sur vous.

Mais vous aussi, qui vous êtes consacré à la noble tâche de moraliser une société; vous, dont les attaques auront pour avantage incontestable de relever la valeur des discussions et de donner un intérêt nouveau aux séances académiques; vous, qui savez *combattre le puissant et défendre le faible*, soyez juste avant tout, ne commencez pas la science là où ont commencé les travaux de vos amis, jetez les yeux en arrière, relisez Berzélius et Rose; relisez les magnifiques argumentations du procès de Dijon, relisez l'affaire Laffarge, et dites-nous si tout n'est pas prévu, si tout n'est pas indiqué dans cette admirable critique. Si vous pensez comme nous, si vous trouvez justes nos observations, nommez-en l'auteur modeste et retiré, lors même qu'on n'en aurait tenu aucun compte dans les rapports académiques; servez-vous de ses argumens, reproduisez ses pages, mais ne lui enlevez pas la part qui lui revient; on peut le citer sans rougir dans les discussions scientifiques; son nom est une lettre morte dont on peut se servir, et l'on n'est point frappé d'ostracisme pour avoir jeté un regard sur l'ermitage de Montrouge.

Il y a toujours profit et gloire à faire preuve de bonne foi, d'indépendance, de justice, de savoir et de générosité.

(1) Raspail, procès de Dijon (*Gaz. des Hôp.*, décembre 1839.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Jobert (de Lamballe).

Déchirure complète du périnée. Périnéoraphie. Guérison.

Le 22 juin 1841, est entrée dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis la nommée Almeyes (Suzanne), âgée de 25 ans, née à Witersteniel.

Cette femme, d'une bonne constitution, accoucha, il y a sept mois, de son premier enfant. Le travail fut très long et très pénible, et il ne put être terminé qu'en ayant recours au forceps. Il nous est impossible de dire si ce fut par suite de l'emploi mal dirigé de cet instrument, ou à la suite de la longueur du travail et des compressions exercées par l'enfant, que les accidens consécutifs dont nous allons parler se sont développés. Il est, en effet, fort difficile d'obtenir des renseignemens précis de cette malade, qui comprend à peine quelques mots de français, et qui paraît, du reste, fort peu capable de nous donner des détails de quelque valeur. Tout ce que nous pouvons savoir d'elle, c'est qu'elle a longuement souffert, et que l'application du forceps a occasionné d'atroces douleurs.

En examinant les organes génito-urinaires, on reconnaît que cette malheureuse femme est affectée: 1° d'une fistule vésico-vaginale; 2° d'une déchirure complète du périnée.

Nous n'aurons pas à nous occuper, pour le moment, de la première de ces infirmités, que le chirurgien se propose de traiter postérieurement par le procédé élytroplastique qui lui est propre. Nous dirons seulement que cette fistule est située au bas-fond de la vessie, et que son ouverture est assez exactement comparable, pour son étendue, à la surface que présente une pièce de dix sous.

La déchirure du périnée doit donc fixer toute notre attention; voici les conditions dans lesquelles elle se présente:

Elle intéresse toute l'épaisseur de la cloison recto-vaginale: c'est une déchirure complète; la division remonte à plus de trois centimètres au-dessus de l'orifice anal. Les bords de cette déchirure sont partout cicatrisés. Chez cette malade, il y a incontinence des matières fécales, qui, aussitôt qu'elles arrivent à l'extrémité inférieure du rectum, n'étant plus retenues par les sphincters, se précipitent dans le vagin.

La matrice est fortement abaissée, et présente de la rétroversion. Ce déplacement occasionne des douleurs lombaires très violentes.

Il était donc urgent de débarrasser la malade de ces infirmités dégoûtantes qui transformaient ainsi le vagin en un véritable cloaque. Il est inutile de dire que toutes ces parties, continuellement irritées par la présence des urines, des mucosités intestinales et des matières fécales, se trouvaient vivement enflammées, ce qui rendait la marche excessivement douloureuse.

Dans ce cas il n'était pas possible de songer à obtenir la guérison par le rapprochement des cuisses après avoir avivé, soit par l'instrument tranchant, soit par la cautérisation, les bords de la division. L'étendue de la déchirure d'une part, et d'autre part surtout la présence d'une fistule vésico-vaginale par laquelle l'urine s'écoulait constamment sur la plaie, constituaient des obstacles très difficiles à vaincre, et qui devaient engager le chirurgien à modifier le procédé ordinaire.

Voici, du reste, comment M. Jobert pratiqua cette opération, le samedi 3 juillet: La malade étant couchée sur le bord d'un lit, les jambes écartées et maintenues par des aides, l'opérateur a d'abord ravivé les bords de la division dans l'étendue d'un centimètre et demi environ; de telle sorte qu'il produisit une plaie saignante entourant de toute part la déchirure périnéale, formant comme elle un angle à sommet supérieur. Quand ce premier temps fut exécuté, saisissant une aiguille courbe ordinaire entraînant avec elle un large fil ciré, il la plongea d'avant en arrière, au niveau de la partie supérieure de la division, à un demi-centimètre et à gauche de cette division, puis, faisant basculer l'aiguille, il la fit ressortir en lui faisant décrire un demi-cercle, à un centimètre en dehors du point par où elle avait pénétré. Passant ensuite l'autre extrémité du fil dans le châs de l'aiguille, il se comporta à droite comme à gauche. Deux autres fils furent placés de la même façon, l'un au-dessous de ce premier, et l'autre tout à fait au bas de la division. Alors le chirurgien, en nouant ces fils successivement, produisit en même temps le refoulement des lèvres de la division en arrière et l'adossement des parties sur lesquelles avait été enlevé la muqueuse vaginale. Les liens furent solidement fixés sur de petits rouleaux d'agaric, pour ménager les tissus déjà vivement enflammés, comme nous l'avons dit.

Une sonde fut ensuite placée à demeure dans la vessie.

La malade ayant été portée sur son lit, on recommanda de lui maintenir les cuisses rapprochées. Cette position offrit le double avantage: 1° d'empêcher tout tiraillement sur la plaie; 2° de diminuer encore l'écoulement des urines par la fistule vésico-vaginale.

M. Jobert prescrivit de donner à la malade, chaque jour, une pilule contenant deux centigrammes d'opium; il a toujours obtenu, par l'emploi de ce médicament, une constipation favorable dans des cas de ce genre. Potion calmante; eau gommeuse; diète.

Pendant les premières heures qui suivirent l'opération, la malade éprouva de vives douleurs, mais peu à peu elles se calmèrent et la nuit fut bonne. Les urines sortaient très bien par la sonde.

Le 4 juillet, la malade se trouve bien. La plaie, qu'on examine avec précaution, est dans un état satisfaisant. Même prescription.

Les jours suivans, tout continue à se passer convenablement. La malade n'éprouve aucune envie de se présenter à la garderobe. Les urines passent presque en totalité par la sonde. On peut donner quelques potages gras.

Le 8, on coupe une des ligatures, la moyenne. Cette opération se fait sans provoquer la moindre douleur. La réunion paraît complète.

Le 10, on enlève le point de suture supérieur, et le 13, dix jours après l'opération, le dernier fil est supprimé; on constate qu'en aucun point les fils n'ont coupé les tissus, et la malade, transportée à l'amphithéâtre, est examinée par les élèves qui suivent la clinique: on voit que dans toute l'étendue de la plaie la cicatrice est parfaitement formée; sa position sur la ligne médiane et sa régularité la peuvent faire comparer au raphé; il ne reste aucun point de pertuis fistuleux.

Les évacuations involontaires de gaz et de matières fécales n'ont point reparu. L'opium avait parfaitement produit l'effet qu'on attendait le chirurgien: il n'y a eu jusqu'aujourd'hui aucune évacuation, et cependant le ventre est indolore et souple. Lavement émollient.

Le 15, la malade, qui paraissait dans un état de guérison parfaite, fut prise de coliques avec diarrhée abondante. Diète, potion gommeuse, lavement avec guimauve et pavot.

Le 16, l'état de la malade n'est pas meilleur; il se joint aux douleurs de ventre quelques symptômes d'adynamie qui peuvent faire craindre le développement d'une fièvre grave; mais peu à peu ces symptômes diminuent, et le 2 la santé est tout à fait rétablie.

Actuellement, cette femme est complètement guérie d'une de ses graves infirmités: la cloison recto-vaginale est bien constituée dans toute son étendue, et solidement réunie. Les urines qui la baignaient n'ont en aucune façon altéré la cicatrice.

Cette observation nous paraît intéressante en raison de la gravité des complications que le chirurgien avait vaincre. Nous voyons d'abord qu'on avait affaire à une division complète et très étendue, et l'on sait que souvent la périnéoraphie dans ces cas est suivie d'insuccès; quelques malades même sont mortes des suites de l'opération. Mais en outre de cette étendue de la lésion qui devait rendre le succès difficile, l'opérateur avait à craindre que l'irritation des parties, entretenue encore par l'écoulement continuel des urines, ne fût un insurmountable obstacle à la réunion.

M. Jobert nous a paru avoir fait une heureuse application de la suture entortillée dans cette circonstance, et augmentant ainsi l'étendue des surfaces à réunir, et en refoulant en arrière, loin du contact des urines, les lèvres de la division, il a assuré le succès de son opération. On voit, du reste, qu'il a suivi le même principe d'adossement des surfaces qu'il a déjà préconisé pour la suture intestinale. Cette méthode nous paraît en outre avoir l'avantage de donner plus d'épaisseur et de solidité à la cloison recto-vaginale.

Dans un prochain article, nous rapporterons une observation de staphyloraphie pratiquée sur une femme dont le voile du palais avait été en partie détruit par une affection syphilitique.

E. Laborie.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Amputation tibio-tarsienne ; par M. le docteur Baudens, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 91.)

Après cette couche celluleuse, on rencontre l'aponévrose dorsale du pied. Cette toile fibreuse fait suite à celle de la jambe. Remarquablement renforcée au coude-pied, elle est lâchement unie au périoste qui recouvre les malléoles. Trois forts ligamens annulaires, dorsal, externe, interne, subdivisés ensuite pour livrer passage aux tendons des muscles extrinsèques du pied, sont, dit-on, formés par des replis de cette aponévrose, qui se subdivise en deux feuillets, profond et superficiel. Ce dernier descend jusqu'aux orbites et forme une enveloppe générale. Un seul muscle appartient exclusivement à la région qui nous occupe, c'est le muscle pédieux ; les autres viennent de la jambe. Ce sont, en avant, les tendons du jambier antérieur ; des extenseurs propre et commun des orteils et du péronier antérieur ; en dehors ceux des péroniers latéraux; en arrière, ceux du long fléchisseur commun des orteils, du fléchisseur propre et du jambier postérieur ; plus en arrière encore, le tendon d'Achille.

Jusque dans ces derniers temps, on pensait que les tendons étaient nuisibles à la cicatrisation des membres amputés, et on recommandait soigneusement de les éviter. Ainsi, on amputait l'avant-bras à sa partie moyenne au lieu de le couper au-dessus du poignet. C'est encore là un de ces vieux et funestes préjugés dont l'esprit progressif du siècle a fait bonne justice. Loin de partager cette erreur routinière, nous pensons, au contraire, qu'à raison de leur peu de sensibilité, les parties tendineuses modèrent l'inflammation des surfaces traumatiques, et ne sauraient nuire aux progrès de la cicatrisation.

Il est vrai que de petites tumeurs synoviales peuvent naître dans les gaînes de ces tendons, mais elles sont assez innocentes, et elles se dissipent, soit après les avoir ponctionnées avec la lancette, soit sous l'empire d'une légère compression.

Tous les tendons de la région dorsale, tant extrinsèques qu'intrinsèques, sont conservés par nous avec soin dans toute l'étendue du lambeau cutané qu'ils sont destinés à matelasser. Quant au muscle pédieux privé de ses attaches supérieures, quand il est détaché en totalité et relevé jusqu'aux malléoles avec le lambeau que nous taillons pour l'amputation tibio-tarsienne, on aurait pu, *à priori*, en redouter la mortification. Les faits pratiques se sont chargés de donner un démenti à ces préoccupations. Le muscle pédieux continue à recevoir ses élémens nutritifs par sa face antérieure, qui a conservé dans toute son intégrité ses rapports normaux.

Au-dessous de tous les muscles de la région dorsale du pied, on retrouve le feuillet profond de l'aponévrose que nous avons étudiée plus haut. Ce feuillet se continue également jusqu'aux orteils, où nous n'avons plus à le suivre. Il recouvre les gros troncs artériels, les veines profondes et les deux branches terminables du nerf tibio-antérieur.

Prolongement de l'artère tibiale antérieure. L'artère pédieux s'étend du coude-pied à l'extrémité postérieure du premier os métatarsien, où elle traverse perpendiculairement le premier espace inter-osseux pour de là gagner la face plantaire du pied. Chemin faisant, elle fournit les artères malléolaires, les artères du tarse et du métatarse ; et avant que de plonger dans l'espace inter-osseux, elle donne un beau rameau qui rampe sur le côté externe du premier os du métatarse. Nous conservons avec soin toutes les branches artérielles dans le lambeau que nous formons sur le dos du pied, quand nous amputons ce dernier, soit en totalité, soit partiellement. Ces branches artérielles ne sont du reste, pas les seules qui versent les élémens de la vie dans notre lambeau ; une branche de l'artère péronière, du nom de péronière antérieure partage, avec elles cette fonction.

Le tissu osseux est séparé de ces diverses couches de parties molles par des lamelles celluleuses assez lâches. Si l'on fait effort sur ces liens celluleux en soulevant avec les doigts de la main les couches de parties molles superposées, ces liens cèdent, et il est aisé de les détacher du tissu osseux à l'aide d'un petit couteau à amputation. Nous mettons à profit cette particularité pour notre mode opératoire.

L'étude de toutes les brisures articulaires du pied n'entrant pas dans notre sujet, nous bornerons notre examen à l'articulation tibio-tarsienne.

Considérablement amincis au tiers inférieur de la jambe, le tibia et le péroné vont en s'élargissant de plus en plus jusqu'à leur terminaison articulaire, d'où il résulte que l'amputation sus-malléolaire, au point de vue de la base de sustentation, est dans les conditions les plus défavorables, tandis que le contraire a lieu après l'extirpation du pied en totalité.

A mesure que le renflement de ces deux os augmente, l'espace inter-osseux diminue, et quand ce dernier a disparu, les os se touchent et finissent par se souder. Cette soudure, opérée par quatre ligamens, est tellement serrée et forte, qu'elle ne permet aucun mouvement, et qu'il serait plus facile de briser les os que de les désunir par des violences extérieures, de sorte qu'elle présente une base de sustentation immobile quand, après la désarticulation du pied, elle doit porter le poids du corps. Ici encore, l'amputation sus-malléolaire serait moins bien partagée que celle qui nous occupe.

Le plus grand diamètre de l'articulation tibio-tarsienne est en travers ; deux fortes saillies dites malléoles en forment les extrémités.

Formée par le péroné, la malléole externe est moins étendue d'avant en arrière, plus longue de 4 à 5 lignes, plus saillante et placée plus en arrière que l'interne qui appartient au tibia. Ces deux reliefs osseux sont séparés par une large surface articulaire dont la concavité s'accroît de toute l'étendue de leurs surfaces internes qui, comme elle, sont incrustées du fibro-cartilage. Cette disposition terminale du tibia et du péroné présente une mortaise heurtée destinée à s'articuler avec la poulie de l'astragale, à l'aide d'un très fort ligament divisé en trois faisceaux en dehors, d'un seul ligament en dedans, et deux autres ligamens rudimentaires, dont un antérieur, et l'autre postérieur.

Le ligament rudimentaire antérieur joue un rôle important dans notre procédé opératoire. Pour l'extirpation du pied, nous le coupons en travers pour ouvrir l'articulation et placer la scie dans le sillon que laisse sa section, afin de réséquer du même coup les deux malléoles à la hauteur de la surface articulaire qui sépare ces deux saillies osseuses. Il est à noter que l'axe de l'articulation, considéré au point de vue de la station, tombe bien plus près du bord interne du pied que de l'externe. Cet axe, d'après Dupuytren, divise le pied en deux parties fort inégales ; l'antérieure représente à peu près les trois quarts de sa longueur, et la postérieure l'autre quart. Ces considérations ne devront pas être perdues de vue dans la confection des moyens prothétiques destinés à remplacer la perte du pied.

Procédé opératoire. Le patient est placé sur une table, comme s'il s'agissait de l'amputation de la jambe ; l'artère crurale est comprimée sur l'arcade pubienne, et en même temps au creux du jarret par la main d'un aide intelligent.

Dans le premier temps opératoire, le tranchant d'un petit couteau à amputation, tenu de la main droite, est appliqué avec force sur le talon au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum, pour être ramené ensuite en coupant les parties molles jusqu'aux os d'arrière en avant, sur la ligne de démarcation des faces plantaire et dorsale du pied jusqu'à quelques millimètres de la membrane interdigitale des orteils, de manière à découper une vaste guêtre. Toutefois, sur le bord interne du pied, l'incision devra tomber un peu moins bas qu'en dehors, pour éviter de comprendre dans le lambeau un petit trousseau de fibres musculaires appartenant à la face plantaire. Le sommet de ce vaste lambeau sera arrondi, et si le chirurgien manquait d'habitude, il ferait bien d'en décrire au préalable le tracé avec une plume.

Dans le deuxième temps, je saisis vivement de la main gauche le lambeau par son sommet, je le tends avec force pour le disséquer à grands traits, et je l'isole de ses adhérences avec le tissu osseux, qui ne doit conserver que ses ligamens, afin que le lambeau contienne à la fois le tissu cutané, les tendons des muscles qui proviennent de la jambe, le muscle pédieux en totalité, des tissus aponévrotique et cellulaire, des veines, des nerfs, et surtout l'artère pédieuse qui règne dans presque toute l'étendue du lambeau, pour lui porter les alimens nutritifs. C'est la présence de cette artère qui, *à priori*, m'a fait présumer que je pourrais conserver le muscle pédieux et un très long lambeau tégumentaire sans craindre la gangrène, bien que le muscle pédieux fût privé de ses attaches sur le tissu osseux. Ce lambeau doit avoir sa base au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et immédiatement au-dessus des saillies malléolaires, dont la peau est aisément détachée, à cause de la laccité du tissu cellulaire, qui assez souvent même est converti en ce point en une bourse muqueuse. Ici, les fibres minces et transparentes du ligament articulaire antérieur doivent être coupées, et cette section laisse voir un sillon transversal qui pénètre dans l'articulation.

Dans le troisième temps, un trait de scie est porté en travers dans le sillon même, pour abattre les malléoles et mettre sur un plan uniforme les os qui, plus tard, supporteront le poids du corps. Il vaut mieux agir ainsi que de couper les malléoles après le retranchement du pied, comme nous l'avions fait sur notre premier opéré.

Dans le quatrième temps, le couteau est repris et porté sur les parties que la scie a respectées, afin de couper d'avant en arrière des tissus ligamenteux, l'artère tibiale postérieure, dont un aide s'empare à l'instant, comme il l'avait déjà fait pour l'artère pédieuse. Plusieurs tendons sont ainsi divisés, et, parmi, eux, le tendon d'Achille, par lequel je termine l'amputation, en ayant bien soin de raser la surface postérieure du calcanéum, pour conserver de ce tendon le plus possible.

A voir la vaste dénudation opérée sur le pied dont on pourrait parfaitement étudier la syndesmologie, on croirait que les tégamens sont en excès, et cependant il n'en est rien, même quand on opère sur le cadavre, et à plus forte raison quand l'opération a lieu sur l'homme vivant, parce qu'alors les tissus ont toujours acquis autour des malléoles un peu de tuméfaction par le fait de l'engorgement chronique dont cette région est le siége.

Sur notre opéré, je n'ai eu à faire que deux ligatures, celle de l'artère pédieuse et celle de l'artère tibiale postérieure. Le lambeau, abandonné à son propre poids, est alors venu de lui-même masquer la surface saignante du moignon. Son sommet se trouvant en contact avec le tendon d'Achille, j'ai fixé par un point de suture ce dernier avec quelques tendons du muscle extenseur commun des orteils, dans l'espérance que le tendon d'Achille, en se rétractant plus tard, entraînerait avec lui, en arrière et en haut, la cicatrice. Deux autres points de suture furent appliqués à droite et à gauche du premier, et entre ces points de suture j'ai affronté, à l'aide de bandelettes de taffetas anglais, les lèvres de la plaie d'une manière très exacte, à l'exception de l'hyatus raccourci, pour livrer passage aux fils des ligatures artérielles. Une compresse fenêtrée enduite de cérat fut ensuite posée sur le moignon ; elle-même fut tapissée par un large morceau de coton cardé avant la forme d'une grande compresse carrée, et le tout fut fixé par quelques jets de bande.

Le coton a l'avantage de se mouler admirablement bien sur les parties, d'y entretenir une chaleur très avantageuse quand on a affaire, comme dans le cas dont nous parlons, à un sujet détérioré, chez lequel le vitalisme fait en quelque sorte défaut. Il a, il est vrai, l'inconvénient de ne pas absorber la suppuration ; aussi, pour y remédier quand elle est abondante, je place entre lui et la compresse qui recouvre la plaie un plumasseau de charpie de toile, pour empêcher la macération du moignon dans les humidités purulentes. A part ce désavantage, auquel il est, comme on le voit, facile de remédier, je trouve que le coton, ainsi disposé, convient parfaitement bien pour panser les plaies qui exigent une grande douceur.

Dès le premier jour de l'amputation, nous avons nourri notre amputé de tisanes au bouillon de poulet ; cette tisane plaît singulièrement aux malades qui sont fatigués des sirops ; elle se digère très bien et relève les forces vitales. Dès le deuxième jour, nous avons permis matin et soir un potage léger au bouillon de poulet, avec addition d'un peu de vermicelle, et nous avons augmenté graduellement l'alimentation. Tout alla si bien, que je ne touchai pas à l'appareil jusqu'au dixième jour. La plaie était cicatrisée dans ses quatre cinquièmes ; il restait un écartement visible au point occupé par le tendon d'Achille ; le fil de la suture avait cédé, et le tendon était remonté de deux centimètres. Je fis un pansement simple qui fut renouvelé trois jours plus tard. A cette époque le fil des ligatures tomba ; dès ce moment la plaie, qui était fort peu étendue, fut pansée chaque jour, et un mois après l'opération tout était cicatrisé.

Depuis long-temps le moignon, qui ressemble assez bien à un pied d'éléphant, est laissé à nu exposé au contact de l'air ; il est masqué par un tissu cutané abondant ; les tendons et surtout les muscles pédieux lui forment un coussinet protecteur qui permet au malade de peser de tout le poids de son corps sur ce moignon sans éprouver la moindre souffrance. Quant à la constitution générale du malade, elle s'est souverainement améliorée ; les glandes du cou sont moins fortes ; les plaies fistuleuses de l'épaule se ferment, et le système sanguin paraît lutter avec avantage contre le système lymphatique.

Le morceau du pied amputé a fait reconnaître une carie de l'astragale et surtout du calcanéum ; le tissu spongieux ramolli se laissait aisément couper par le bistouri ; ses lamelles, distendues au point de présenter plusieurs excavations capables de loger le bout du doigt, étaient remplies de matières sanieuses et purulentes ; les liens articulaires étaient en partie détruits, les fibro-cartilages n'existaient plus, la face interne des malléoles externe et interne étaient elles-mêmes érodées ; les parties molles et principalement le tissu cellulaire, étaient indurés et traversés par des trajets fistuleux qui versaient au dehors le produit des sécrétions morbides.

De l'amputation tibio-tarsienne comparée aux amputations qui se pratiquent dans la continuité de la jambe.

Nous terminerons ce chapitre, relatif à la désarticulation tibio-tarsienne, par quelques réflexions que nous a suggérées un examen critique et comparatif entre cette opération et les amputations dans la continuité de la jambe. Celles-ci se pratiquent au tiers inférieur de la jambe, au-dessus des malléoles et au tiers supérieur de ce membre. Nous ne parlerons pas du précepte donné par Hey, d'amputer à la partie moyenne, ce précepte est complètement tombé dans l'oubli.

Et d'abord, rappelons que malgré les efforts récens de plusieurs chirurgiens d'un grand mérite pour faire revivre la méthode de Solingen (l'amputation au tiers inférieur de la jambe), la grande majorité des chirurgiens n'en persiste pas moins à placer le lieu d'élection au tiers supérieur, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité du tibia, alors même que le mal ne dépasse pas l'articulation de la jambe avec le pied. On conserve ainsi l'expansion aponévrotique des trois muscles couturier, grêle interne et demi-membraneux, et le moignon offre des dimensions parfaites pour transmettre le poids du corps à un membre artificiel.

On est allé plus loin encore. M. Larrey, et avant lui Delamotte et Bromfield, ont donné le conseil de porter plus haut le lieu d'élection, jusqu'au dessus de la tubérosité du tibia ; mais il est démontré aujourd'hui qu'en opérant ainsi au dessus de la tête du péroné, on aurait à redouter d'ouvrir la synoviale du genou, qui parfois s'étend jusqu'à cet os. Aussi, ce conseil est-il rejeté, et suivi que dans des cas exceptionnels, quand il fau entre lui et l'amputation de la cuisse. Pour mon c je ferai dans ce cas du juste-milieu chirurgical, j'ai rai dans l'article.

(La suite à un prochain numé

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 3 aoû

Monument à Broussais. — L'Académie a reçu une let M. Orfila, au nom de la commission chargée de diriger le vaux du monument qu'on doit élever par souscription à B sais dans l'hôpital du Val-de-Grâce ; l'inauguration de ce m

ment aura lieu le 21 août, à deux heures. La commission invite l'Académie à se faire représenter à la cérémonie par un certain nombre de ses membres.

M. le président désigne une commission.

M. le président annonce la perte que l'Académie vient de faire en la personne de M. Sanson ; il désigne une commission pour assister à ses funérailles.

Intoxication arsenicale.— L'ordre du jour porte la continuation de la discussion sur le rapport de M. Caventou.

M le président. Je crois, Messieurs, que l'Académie est suffisamment éclairée sur le fond de la question relative à l'arsenic, et que ce serait la fatiguer que d'en prolonger davantage la discussion. En conséquence, je vais mettre aux voix la clôture sur la discussion générale. (Adopté.)

M. Breschet. Je m'étonne que l'Académie n'ait pas adopté dans la dernière séance la proposition de M. Boullay, qui consiste à renvoyer le rapport à la commission pour être modifié. Je renouvelle formellement aujourd'hui cette proposition, et je demande que le rapport soit modifié d'après les idées exprimées par MM. Pelletier et Adelon. Vous ne pouvez faire autrement que de modifier le rapport, puisque tel est le vœu de MM. Pelletier et Adelon qui sont membres de la commission.

Plusieurs voix : Appuyé.

M. Caventou. Je dois répondre à M. Breschet que la commission vient de se réunir et de s'entendre sur ce sujet, et pour en finir, elle a consenti à modifier la rédaction des conclusions, le fond, bien entendu, restant le même. Si l'Académie veut me le permettre, je vais lire la nouvelle rédaction.

M. Breschet. La modification de la rédaction dont vient de parler M. Caventou serait une modification officieuse apportée au rapport : elle ne peut être acceptée ; nous vous demandons officiellement au nom de l'Académie le renvoi du rapport à la commission.

M. Chervin. J'appuie la proposition de M. Boullay renouvelée par M. Breschet.

M. Pelletier. La commission s'est réunie, a revu son travail et en a modifié les conclusions dans le sens exprimé par M. Adelon et moi. Maintenant, si vous le renvoyez à la commission, elle ne peut faire que les modifications qu'elle a faites, c'est-à-dire qu'elle ne touchera pas à son rapport tel qu'il est aujourd'hui. Je demande en conséquence qu'on écoute d'abord la rédaction nouvelle.

M. Emery parle avec vivacité contre la proposition de M. Breschet.

Bruits prolongés : Lisez, lisez.

M. le président. M. Caventou a la parole.

M Caventou lit la nouvelle rédaction des conclusions.

Première conclusion. (Nous donnons le sens de la rédaction. Cette première conclusion comprend quatre chefs numérotés).

1° Est-il vrai que l'appareil de Marsh peut quelquefois produire des taches non arsenicales qui offrent une grande partie des caractères physiques et chimiques des taches arsenicales, ainsi que cela a été annoncé par MM. Danger et Flandin, et par d'autres avant eux ? Oui ; mais c'est lorsque la carbonisation des matières animales a été incomplète.

2° Peut-on confondre les pseudo-taches avec les taches véritablement arsenicales ? Non.

3° Dans une expertise judiciaire, peut-on se prononcer positivement d'après les produits donnés par l'appareil de Marsh, soit sous forme de taches, soit sous forme d'anneau métallique ? Oui.

4° Les chiens empoisonnés d'une manière aiguë urinent-ils ? Oui.

En conséquence, les deux assertions de MM. Danger et Flandin ne sont pas fondées.

Deuxième conclusion. Le procédé de carbonisation à l'aide de l'acide sulfurique proposé par MM. Danger et Flandin est bon. Le procédé d'incinération à l'aide du nitrate de potasse proposé par M. Orfila est également bon. L'un et l'autre peuvent donner d'excellens résultats ; c'est cependant à l'expérience à venir décider lequel des deux est le meilleur.

Troisième conclusion. L'appareil à hydrogène imaginé par MM. Danger et Flandin est bon, mais la commission donne la préférence à l'appareil beaucoup plus simple adopté par l'Institut.

Quatrième conclusion. Remerciemens.

Cinquième conclusion. Cette conclusion est relative à M. Orfila, elle reste la même que dans l'ancienne rédaction.

M. le président (au rapporteur). Vos conclusions, M. Caventou, ne se détachent pas bien ! (Hilarité générale prolongée.)

M. Londe. Il est évident pour tous que la rédaction de ces conclusions offre de la confusion, surtout la première qui est très complexe. Il est impossible de bien saisir et de discuter une pareille rédaction ; je demande, en conséquence, que tout le travail soit renvoyé à la commission.

M. Lecanu. Je renouvelle la proposition de M. Breschet, de renvoyer le rapport à la commission.

M. Guibourt. Appuyé. (Bruits divers.)

M. Gerdy. Avant d'aller plus loin, j'ai une proposition importante à faire à l'Académie. L'Académie a dû voir avec quelle chaleur le rapport a été discuté ; elle a dû remarquer que malheureusement il a été souvent question de personnes. Il devient important par conséquent, pour la liberté entière de chaque membre, d'avoir le vote secret sur chacune des conclusions et sur l'ensemble du rapport. Je demande donc que l'Académie décide qu'il y aura vote secret sur les conclusions et sur l'ensemble du rapport.

Plusieurs voix. Appuyé.

M. Pelletier. Je ne m'oppose pas à ce que le vote soit secret, mais l'Académie perdra de la sorte un temps infini. Je propose donc qu'on vote ostensiblement sur chacune des conclusions, et qu'on n'admette le vote secret que pour l'ensemble du rapport.

M. Bussy. Je demande à combattre la proposition de M. Gerdy, concernant le vote secret. Cette motion tendrait à faire croire que l'Académie est divisée en deux camps, en deux partis, dont l'une voterait par conviction, l'autre par égards. Non, cela n'est pas ; nous sommes tous pour la vérité ; chacun de nous vote d'après ses convictions, sa conscience. En conséquence, je m'oppose, autant qu'il est en mon pouvoir, au vote par le scrutin secret.

M. Gerdy. Le réglement est formel à cet égard. Si dix membres appuient ma proposition, le vote secret sera de rigueur : toute discussion devient inutile.

M. Londe. Sans doute que le vote secret serait inutile à l'occasion de tout autre rapport ; mais comme dans celui-ci il est trop question de personnes, qu'un membre de l'Académie y est intéressé, je crois que le vote secret est nécessaire. Comment discuter, en effet, certains points du rapport, en présence de M. Orfila ? Le rapport donne de très grands éloges à M. Orfila ; M. Orfila a fait ouvrir un paquet cacheté, déposé le 3 novembre, dans lequel il affirme qu'il n'y a pas d'arsenic normal, tandis qu'il est prouvé qu'il a imprimé dans plusieurs de ses écrits postérieurs, que l'arsenic normal existe, etc. Ce sont là des choses délicates qu'on n'ose pas discuter en présence de M. Orfila. Voilà pourquoi les usages académiques veulent que les personnes sur lesquelles on lit des rapports ne soient pas présentes, afin que la discussion soit libre. J'appuie le vote secret.

M. Orfila. Le rapport contient deux sortes de conclusions ; des conclusions sur des principes et des conclusions sur des personnes. Je sentais moi-même la nécessité de ne pas assister au vote de ces conclusions ; j'en ai parlé au conseil d'administration et je lui ai exprimé l'intention que j'avais de ne pas être présent ; il m'a répondu que je pouvais rester dans la discussion des conclusions relatives aux principes. Je déclare, en conséquence, qu'avant l'insinuation de M. Londe, qui désirerait que je ne fusse pas présent, ma résolution formelle était de me retirer lorsqu'on arriverait à la partie personnelle.

MM. Breschet, Lecanu, Guibourt et *Chervin* renouvellent leur proposition de renvoyer le rapport à la commission pour être modifié.

M. Caventou veut combattre cette proposition.

M. Breschet. Mettez donc aux voix la proposition du renvoi qui est appuyée ; vous ne pouvez faire autrement.

M. Adelon déclare, au nom du réglement, que, malgré les modifications apportées dans la nouvelle rédaction, le président doit mettre aux voix la proposition de MM. Boullay et Breschet.

M. le président. Je vais donc mettre aux voix la proposition de MM. Boullay et Breschet, qui consiste à renvoyer le rapport à la commission.

— On vote. La proposition est rejetée.

M. Gerdy. J'ai proposé le vote secret pour les conclusions et pour l'ensemble du rapport ; il me faut l'appui de dix membres pour faire admettre cette proposition. En voici déjà six d'inscrits. (L'orateur montre un papier où les noms sont inscrits.) Je vais en recueillir quatre autres. (L'orateur se lève et passe à différens bancs où il fait inscrire quatre autres membres.) Voici un total de dix, demandé par le réglement ; j'en confie la liste à M. le président. (Hilarité prolongée.)

M. le président. Les membres qui ont signé à l'appui de la proposition de M. Gerdy, sont : MM. Gerdy, Londe, Bricheteau, Chervin, Burdin, Dubois (d'Amiens), Desportes, Gauthier de Claubry, Bouillaud et Rochoux. En conséquence, le vote secret est admis.

M. Bouillaud. Le vote secret n'est réellement nécessaire que sur l'ensemble du rapport ; les conclusions en particulier peuvent être votées ostensiblement. Je propose, en conséquence, l'adoption de la motion de M. Pelletier.

M. Gerdy. Je veux bien faire cette concession, mais je maintiens le vote secret pour les conclusions relatives aux personnes comme pour l'ensemble du rapport.

Je demande à présent la parole sur les conclusions que M. Caventou vient de lire.

M. le président. Vous avez la parole.

M. Gerdy. Avant d'aborder l'examen détaillé des conclusions, je dois dire quelques mots sur leur ensemble, sur leur forme. Tout le monde a dû être frappé d'une chose à la lecture de M. Caventou : c'est de la confusion qui règne dans sa rédaction. On ne dirait pas que ce sont des conclusions : ce sont plutôt des propositions diverses accumulées sous des chefs qu'on ne comprend pas bien, et puis des détails à côté de chaque proposition qui vous font perdre de vue l'objet principal. Voyez en effet la première conclusion : elle comprend deux objets essentiellement distincts, le système des taches et la question des urines ; plusieurs interrogations, plusieurs réponses et des questions incidentes sont groupées autour de ces deux points, toujours dans la même conclusion. En vérité, ce n'est pas là une conclusion claire, nette, simple, logique ; il est impossible de recevoir une pareille rédaction. Notez bien que je ne parle pour le moment que de la forme ; je vous ferai voir, quand j'en aborderai le fond, qu'elle est inadmissible. Une nouvelle rédaction devient donc indispensable : il faut séparer tous ces objets pour les bien discuter ; j'en suis fâché, mais je ne puis faire autrement que de redemander le renvoi à la commission.

M. Caventou relit la première conclusion.

M. Gerdy. Vous le voyez, non-seulement cette rédaction est confuse, compliquée, sans logique, mais elle n'est même pas française. Ecoutez en effet ces innombrables phrases incidentes avant d'arriver au mot qui vous donne le sens : évidemment, ce n'est pas français... (On rit.)

M. Lecanu. L'académie perd son temps à discuter sur des mots. Je demande de nouveau le renvoi du rapport à la commission.

M. Double. La lecture que M. Caventou vient de faire m'a paru non-seulement obscure, mais encore renfermer des propositions qui se contredisent ou qui s'embarrassent. Je l'ai écoutée attentivement, et je crois l'avoir assez comprise pour en demander le renvoi à la commission, mais pas assez pour voter. Néanmoins, je désirerais qu'une nouvelle lecture en fût faite lentement, afin que chacun de nous pût mieux en saisir le sens.

M. Caventou relit les quatre chefs de la première conclusion, sans aller jusqu'au bout.

M. Double. Evidemment, il y a de tout dans cette conclusion. On ne peut pas la mettre aux voix, car on ne saurait pas bien sur quoi on voterait.

M. Dubois (*d'Amiens*). Je ne comprends pas qu'une commission puisse venir présenter à l'Académie de pareilles conclusions. Que vous propose-t-on de mettre aux voix ? Des questions de fait ; savoir si les chiens ont pissé ou n'ont pas pissé ! qu'en savons-nous ? Nous n'avons rien vu, nous ne pouvons pas voter là-dessus ; c'est à la commission à savoir si les chiens ont pissé ou n'ont pas pissé, si ces messieurs ont produit ou non les fausses taches ; mais ce ne sont pas là des choses à mettre aux voix. Le devoir de la commission est de venir proposer de remercier ces messieurs s'ils ont fait quelque chose d'utile, ou de passer à l'ordre du jour, et non d'engager l'Académie dans des affirmatives ou des négations qu'elle n'est pas en état de faire. En conséquence, je crois que les conclusions de la commission ne sont pas de nature à être mises aux voix.

M. Londe. Sans doute, M. Dubois a raison ; l'Académie ne peut pas affirmer des faits qu'elle n'a pas vus ; cependant un grand nombre de membres ont assisté aux expériences qui forment l'objet du rapport ; ils ont vu les fausses taches, ils ont vu si les chiens ont pissé ou n'ont pas pissé. J'ai observé moi-même tout cela ; mais au reste, croyez-vous que tout cela est neuf ? On savait depuis fort long-temps que les médicamens minéraux ingérés revenaient en partie par les voies urinaires, en partie par les sueurs. Cardan en parle de la manière la plus positive. Je crois donc qu'on peut se prononcer sur ces questions, les faits étant suffisamment connus.

M. Adelon combat la proposition de M. Dubois (d'Amiens) ; il convient que la rédation des conclusions est défectueuse ; mais le fond lui paraît inattaquable. Il développe cette proposition et conclut en appuyant le renvoi de tout le travail à la commission.

M. Double demande qu'on ait la patience d'entendre en entier la première conclusion qu'on a tronquée tout à l'heure.

M. Orfila propose d'ôter les propositions incidentes de la conclusion, ce qui, selon lui, la rendrait claire.

M. Pelletier veut relire lui-même la rédaction qu'on avait arrêtée dans la commission, mais il ne peut déchiffrer que les premières phrases.

M. Rayer. L'Académie ne veut voter que des propositions distinctes, claires et faciles à saisir. Or, la rédaction qu'on vient de lire étant obscure et complexe, nous ne pouvons l'accepter au vote. En conséquence, je demande que le rapport soit renvoyé à la commission pour une nouvelle rédaction.

M. Husson. Appuyé ; aux voix le renvoi.

M. Bouillaud propose le renvoi de la première conclusion seulement.

M. Adelon demande qu'on renvoie le tout.

M. Caventou. Je ne conçois pas qu'on ne trouve pas claire cette rédaction ; je vais lire de nouveau. (Bruits étourdissans et prolongés.)

M. Moreau. Renvoyez tout le rapport à la commission.

M. le président. Je vais mettre aux voix le renvoi de la première proposition. (Les bruits continuent.)

Plusieurs voix. Tout, tout.

M. Gerdy. Consultez l'Académie.

M. Renauldin. Je crois que vous ne pouvez renvoyer la première conclusion sans renvoyer le reste.

M. Rayer. Votez sur la première conclusion d'abord, puis on relira les autres.

— On vote. Le renvoi de la première conclusion est adopté.

M. Breschet. M. Adelon vient de vous dire que la première conclusion embrassait les points principaux, l'ensemble du rapport. En conséquence, maintenant que vous avez renvoyé cette conclusion, vous ne pouvez faire autrement que de renvoyer tout le travail à la commission, pour être remanié.

M. Renault. Mieux vaut entendre les autres conclusions ; si la rédaction ne vous convient point, la commission le saura dès à présent.

M. Caventou lit la seconde conclusion.

M. Double. Cette conclusion infirme ou détruit la première, et elle manque d'ailleurs de logique. Qu'y dit-on ? Le procédé par l'acide sulfurique est bon ; celui par le nitrate de potasse est également bon, mais l'expérience, ajoute-t-on, décidera de leur bonté ! L'Académie ne peut accepter une pareille rédaction. (On rit.)

M. Chevallier. La commission ne veut et ne doit pas se prononcer d'une manière absolue sur la bonté relative de chacun de ces procédés. J'ai fait, cette semaine, une vingtaine d'expériences avec chacun de ces procédés, et j'avoue que je ne sais auquel donner la préférence ; il est peut-être des cas où je me servirais de l'un ; il en est d'autres où j'emploierais l'autre ; de sorte qu'on ne peut rien dire d'une manière absolue ; voilà pourquoi la commission a cru devoir mettre de la réserve et attendre les résultats du temps.

M. Caventou veut relire la seconde conclusion.

M. Pelletier parle dans le sens de M. Chevallier : il déclare que la commission ne peut dire lequel des deux procédés est le meilleur.

M. Adelon revient à sa proposition du renvoi de tout le rapport à la commission.

Aux voix le renvoi de tout le rapport.

M. Gerdy. Lisez, lisez le reste : tout est vicieux, tout est à refaire.

M. le président met aux voix le renvoi de la seconde conclusion. (Adopté.)

M. Double. A présent, il est trop tard, vous ne pouvez examiner le reste. Renvoyez le tout à la commission.

M. Caventou lit la troisième conclusion.

On vote. (Renvoyée.)

M. Boullay. Renvoyez le tout.

On vote. Le renvoi de tout le rapport est adopté.

(Séance levée bruyamment après cinq heures.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Mal vertébral de Pott. Emploi des toniques à l'intérieur joints aux dérivatifs cutanés. Guérison ; par M. Bouillaud.

Le 23 mars dernier, est entré à la Maison de Santé un jeune homme de la province, âgé de dix-neuf ans, et d'un tempérament éminemment lymphatique.

Il est né de parens jouissant actuellement d'une assez bonne santé, surtout le père qui paraît robuste, à cela près, que de temps à autre il est pris de phénomènes gastro-intestinaux qui finissent par disparaître pour se montrer de nouveau, et cela sans porter atteinte à la constitution. La mère a failli succomber, il y a une dizaine d'années, à un érysipèle gangréneux du cuir chevelu qui a envahi toute la face, comme il est facile de s'en convaincre en voyant les traces que cette affreuse maladie a laissées de son passage. Notre malade avait un frère qui est mort tuberculeux ; il lui reste une sœur fort délicate qui a été saignée à outrance par les médecins de son pays, dans le but de la délivrer d'étouffemens et de douleurs de poitrine qui inquiétaient beaucoup la famille. Il n'a pas été difficile pour M. Bouillaud d'assigner aux symptômes dont je viens de parler leur véritable origine, car en auscultant la poitrine de cette jeune fille, on ne trouve rien qui dénote un commencement de phthisie ; mais le stéthoscope appliqué sur le cou fait entendre un *bruit de souffle* continu modèle dans la sous-clavière droite ; joignez à cela des palpitations, des maux de tête, et un peu de fleurs blanches, et vous aurez la preuve que l'on ne pouvait pas méconnaître la chlorose. La vie de collége a été fatale à M. D... Il s'est livré avec ardeur à la pernicieuse habitude de l'onanisme et des boissons alcooliques ; il a bientôt senti ses forces diminuer et vu son teint pâlir.

Éprouvant, il y a deux ans, des douleurs assez fortes dans le dos, on examina attentivement le trajet de la colonne vertébrale, où l'on découvrit une petite saillie de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur augmenta avec assez de rapidité, au point d'apporter une gêne considérable dans les mouvemens des bras, et de causer une névralgie intercostale très douloureuse. Le malade se décida alors à venir à Paris.

Etat actuel. Figure pâle et plombée, constitution anémique; système musculaire encore assez bien conservé. La percussion de la poitrine donne un son clair partout. L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire parfait; rien du côté du cœur. Les organes digestifs remplissent parfaitement leurs fonctions; presque jamais de diarrhée; émission involontaire, pendant le sommeil, d'une faible quantité d'urine. Ce phénomène, d'après la déposition de la mère, ne s'est présenté qu'à de rares intervalles depuis le début de la maladie. Le malade affecte de préférence le décubitus dorsal, toute autre position le faisant beaucoup souffrir. Au sortir du lit, le matin, il a l'air très fatigué; il lui est impossible de s'habiller tout seul à cause de la faiblesse des membres thoraciques et abdominaux, mais principalement des bras. Lorsque M. D... s'est promené quelque temps dans sa chambre, ses forces reviennent, il peut alors faire des courses comme un individu pour ainsi dire en bonne santé; cependant, quand il s'est trop fatigué, ou qu'il s'est livré à un écart de régime ou bien à un excès de coït, il paie très cher, quelques jours après, cette infraction aux lois de l'hygiène. On remarque sur le trajet de la colonne épinière, à la réunion de la sixième avec la septième vertèbre dorsale, une gibbosité de la grosseur d'un moyen œuf de poule, nullement douloureuse à la pression. Il existe de l'orthopnée et une névralgie intercostale qui augmente avec les variations atmosphériques.

Le diagnostic n'était pas obscur, l'on avait affaire au mal vertébral de Pott; mais il s'agissait de recourir à une thérapeutique convenable. Il est évident que l'on ne devait pas songer à mettre en usage les antiphlogistiques, les élémens de la maladie et la constitution appauvrie de M. D. ne le permettant pas. M. Bouillaud prescrivit donc à l'intérieur les pastilles de lactate de fer et une alimentation choisie parmi les viandes grillées et rôties. Deux cautères de la largeur d'une pièce de cinq francs furent appliqués sur les parties latérales et supérieures de la saillie vertébrale. Lorsque ce double exutoire eut cessé de fournir une abondante suppuration, on le remplaça par deux autres cautères qui eurent pour effet bien marqué de diminuer considérablement la gibbosité. A l'aide de ce traitement, qui dura trois mois, M. D. put quitter la Maison de Santé dans un état très satisfaisant, conservant seulement quelques douleurs erratiques dans les parois de la poitrine.

L'observation que nous venons de rapporter, démontre l'influence de l'hérédité dans la production de certaines maladies. Il est certain que l'affection de M. D. ne reconnaît pas d'autre cause que le funeste penchant de l'onanisme, qu'il a contracté dès l'enfance; mais toujours est-il que s'il fût né de parens bien sains, il eût peut-être réagi contre le principe morbide qui a envahi chez lui la colonne vertébrale. Remarquez qu'un des frères est mort tuberculeux, et que la sœur est éminemment chloro-anémique. Or, j'ai dit que la mère de notre malade, eu égard à sa mauvaise constitution, avait manqué devenir victime d'un érysipèle gangréneux; il est donc probable que les accidens observés du côté des enfans, viennent de là.

L'affection de M. D. a été combattue en province par des applications réitérés de nombreuses sangsues et par les débilitans de toute espèce. M. Bouillaud, au contraire, qui a bien compris l'essence de la maladie, a eu recours aux toniques et à de puissans dérivatifs, à l'aide desquels il a obtenu une guérison rapide. Il est vraiment remarquable que ce professeur, que l'on accuse généralement de soustraire du sang dans tous les cas, soit précisément celui qui, à part les maladies aiguës, telles que la pneumonie, le rhumatisme articulaire aigu, l'entéro-mésentérite typhoïde (fièvre typhoïde), etc., saigne le moins. Tout le monde sait, en effet, que M. Bouillaud a réellement le mérite d'avoir le premier appelé l'attention de ses confrères sur cet état chloro-anémique si commun chez les jeunes filles et chez les femmes des grandes villes en général. Or, ces maladies disparaissent très promptement par l'usage des préparations ferrugineuses et par un régime alimentaire substantiel, tandis que les émissions sanguines agissent dans le sens de cet état pathologique. Voyez cependant la plupart des praticiens, ils ne manquent pas, dans ce cas, de pratiquer d'abondantes saignées; tandis que le médecin de la Charité tonifie avec juste raison.

X., D.-M.-P.

Aujourd'hui mercredi, à dix heures, a eu lieu l'inhumation du professeur Sanson. La plupart des professeurs de la Faculté, plusieurs membres de l'Académie de médecine, un grand nombre de praticiens et d'élèves, faisaient partie du cortège. Le service funèbre a été célébré dans l'église de l'Assomption; le convoi s'est ensuite dirigé jusqu'au cimetière du père Lachaise, et là plusieurs des anciens amis et élèves de ce malheureux professeur ont voulu payer un tribut à sa mémoire, et rappeler au moment de le quitter pour toujours ses travaux et ses qualités honorables. MM. Cruveilhier, Bégin, Roche, Gerdy, Royer-Collard, Bourjot et Pigné, ont successivement pris la parole au nom de la Faculté de médecine, de la chirurgie militaire, de l'Académie de médecine, des anciens élèves et des amis de J. Sanson.

Monsieur le Rédacteur,

Plusieurs personnes de ma connaissance ayant fait usage de l'*Eau de Mars* contre les maux de dents, en ont obtenu un résultat tellement satisfaisant, que je crois rendre service à mes concitoyens en donnant de la publicité à ce fait, que je puis certifier.

Veuillez, Monsieur le Rédacteur, donner place à ces lignes dans les colonnes de votre Journal.

Agréez, etc.,

STOEKLY, D.-M.-P., à Compiègne.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 7 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 95, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Fracture de la clavicule; par E. DUMESNIL, interne des Hôpitaux.

La fracture de la partie sternale de la clavicule, quoique facile à réduire ordinairement, offre de grandes difficultés quand il s'agit de maintenir cette réduction. Tous ceux qui pratiquent la chirurgie sont d'accord sur ce point; il suffit d'ailleurs de parcourir la série considérable des appareils et des modifications d'appareils mis en usage dans ce cas, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, pour se convaincre, fût-on étranger à l'art, de la presque impossibilité d'obtenir un résultat satisfaisant. Il en est pour cela comme de certaines affections médicales, contre lesquelles on a préconisé une multitude de médications, preuve incontestable de leur malignité et de notre impuissance. Sans en excepter peut-être la fracture du col du fémur, aucune n'a plus exercé l'esprit des praticiens pour sa consolidation parfaite; bien qu'une coaptation vicieuse soit ici sans danger et même sans inconvénient, puisque tous les mouvemens du bras et de l'épaule ne perdent absolument rien de leur étendue ni de leur précision, néanmoins, c'est une affaire d'art, si je puis m'exprimer ainsi, qui justifie tous les efforts que l'on a tentés pour atteindre un but, désiré surtout par les jeunes femmes qui, soumises aux exigences de la mode, doivent laisser à découvert la partie supérieure de la poitrine, dans une étendue variable, mais qui constamment va jusqu'au dessous de la clavicule.

Je ne dois pas donner la description fastidieuse, ni même la liste des moyens tour-à-tour employés et rejetés. Hippocrate, Paul d'Egine et Galien, pour ne parler que d'eux parmi les anciens; Petit, Louis, Desault, Boyer, Richerand, Cruveilhier, Delpech, etc., parmi les modernes, ont été forcés d'avouer, malgré leurs méthodes variées, qu'il est presque toujours impossible d'éviter un raccourcissement de la clavicule et une saillie du fragment sternal. Aujourd'hui, chaque chef de service panse ses malades à sa manière, en modifiant plus ou moins tel ou tel procédé, surtout celui de Desault, qui est le plus ordinairement adopté. Rarement, l'on fait à peu près bien, et les blessés guérissent avec une difformité plus ou moins marquée. Le contraire n'a lieu que dans des circonstances extrêmement favorables et très rares, celles où les deux fragmens ont conservé leurs rapports, soit que la fracture existe incomplète, ce qui se conçoit à la rigueur, soit que le périoste reste intact, d'après l'exemple et l'explication de Delpech. (Mém. de chir., t. I, p. 245.)

L'on peut dire d'une manière générale qu'un bandage est d'autant moins efficace qu'il est plus compliqué, et celui de Desault, quoique un des plus simples, n'est pas entièrement à l'abri de ce reproche. Les bandes se relâchent, le coussin s'affaisse, le coude n'a plus un point d'appui solide, les mouvemens de la poitrine sont gênés, ce qui est très grave quand les sujets sont asthmatiques; l'atrophie, la paralysie du bras, des escarrhes, voilà quelques-unes des objections fondées que l'on a faites à ce mode de traitement des fractures de la clavicule. L'on en a oublié une, entre autres, qui est, à mon avis, d'une très grande importance. En effet, il est rare qu'il ne faille pas changer, ou au moins serrer les bandes qui se sont relâchées; alors, quelque précaution que l'on prenne, et quelque attentifs que soient ceux qui soutiennent le bras affecté, il est impossible que ce bras n'éprouve pas ou transversalement, ou d'avant en arrière, ou de haut en bas des mouvemens nuisibles à la consolidation, sans parler de ceux que les malades peuvent faire automatiquement. Enfin, comme on ne touche à l'appareil que le moins souvent possible, il arrive que chaque fois qu'on est obligé d'y procéder, on a une nouvelle réduction à faire, car les fragmens ont cessé de se correspondre en totalité ou en partie.

L'appareil inamovible a été employé pour ces fractures; mais peu de personnes peuvent le supporter, et il ne faut pas perdre ses malades de vue pendant les quarante-huit heures qui suivent son application. On a des exemples de suffocations qui auraient été promptement funestes si on n'eût coupé immédiatement les tours de bande qui fixaient le membre supérieur au thorax. Je sais que cet accident n'est guère à craindre, quand on prend ses précautions; mais on a aussi un autre inconvénient à redouter. Supposons que l'on soit assez heureux pour avoir trouvé le degré convenable au maintien de la fracture sans gêner la respiration; l'on n'est pas plus avancé au bout de quelques jours, que si l'on eût adopté le bandage précédent. Malgré la dextrine et l'amidon, l'avant-bras descend, le bras et l'épaule le suivent, le blessé n'a plus sur lui qu'une espèce de cuirasse incommode, que le chirurgien va bientôt remplacer, et il éprouve tous les embarras que nous venons de signaler il n'y a qu'un instant à propos du relâchement du bandage de Desault. L'on ne peut nier, du reste, que l'appareil inamovible n'ait tout d'abord un des désavantages de l'autre, c'est l'affaissement du coussin ou de la pelote que l'on a engagé dans le creux axillaire.

Un chirurgien, connu par son talent comme opérateur et surtout pour ses idées ingénieuses, publiées dans un ouvrage qu'on ne lit pas assez (*Nouveau système de déligation chirurgicale*), M. Mathias Mayor a cherché un mode de pansement qui fût plus efficace que tous les autres, et pour cela le plus simple possible. Un des auteurs de l'article *Fracture de la clavicule*, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, dit qu'en 1833 M. Mayor appliqua son bandage sur un malade de l'hôpital Saint-Antoine, et que, pour l'efficacité et la simplicité il est supérieur à tout ce qu'on a fait en ce genre. La description qu'il en donne n'est pas exactement semblable à celle qu'on trouve dans le *Bulletin général de thérapeutique*, t. IX, pag. 372, année 1835, ce qui peut embarrasser ceux qui n'ont pas vu agir M. Mayor lui-même.

Dernièrement, pendant son séjour à Paris, M. Mayor fut engagé par M. Lisfranc à faire dans son amphithéâtre l'exposition de quelques-uns de ses procédés de déligation chirurgicale; il parla du traitement des fractures de la clavicule, et je vis que ce que l'on avait écrit ne répondait pas en tout point à la démonstration qu'il fit sous nos yeux. Le lendemain, par une heureuse coïncidence, il entra dans la salle Saint-Louis, un malade qui avait la clavicule brisée et qui fait le sujet de l'observation suivante :

Hubert (François), âgé de trent-un ans, garçon d'écurie, travaillant sur la route d'Ivry, fut fortement pressé contre un mur par deux chevaux qui se battaient et qu'il voulait séparer. Il fut serré transversalement par les épaules, et la clavicule droite, qui était du côté de la muraille, fut entièrement rompue. Transporté à l'hôpital de la Pitié, le 14 juin dernier, jour même de l'accident, nous observâmes, avant de chercher la crépitation, tous les signes de la fracture claviculaire dans sa portion sternale. L'épaule droite n'est pas à la même hauteur que l'épaule gauche. La tête et le tronc sont inclinés vers le membre affecté; ce membre a éprouvé une légère rotation en dedans. Il est impossible de faire porter la main sur la tête; signe qui peut manquer si, comme l'avait indiqué M. Cloquet, le fragment externe est taillé en biseau aux dépens de sa face inférieure, ce qui lui permet encore de trouver un point d'appui sur le fragment interne taillé en sens inverse. J'en ai vu un exemple, il y a quatre ans, à l'hôpital de la Charité.

Toutes ces circonstances réunies nous prouvèrent que nous avions affaire à une rupture de la clavicule, entre le sternum et l'apophyse coracoïde, avec fragment interne supérieur. Au toucher, nous trouvâmes que ce fragment avait plus de deux pouces d'obliquité, qu'il était complétement détaché de l'inférieur sur lequel il jouait si librement, qu'on pouvait le porter en bas et en haut sans le moindre effort; la crépitation était, on le conçoit, des plus évidentes. M. Lisfranc fit pratiquer deux saignées générales, et me chargea de panser le malade. Je posai l'appareil de Desault, modifié par Boyer; j'obtins une presque réduction, qui m'aurait satisfait sans le souvenir des belles observations rapportées par le chirurgien de Lausanne. Le lendemain à la visite, les fragmens n'étaient déjà plus en rapport. Alors, on écrivit à M. Mayor, qui eut la bonté de venir le vendredi suivant, 18 juin, visiter notre blessé, et qui me dirigea dans l'application du ban-

FEUILLETON.

HISTOIRE ACADÉMIQUE DU MAGNÉTISME ANIMAL, ACCOMPAGNÉE DE NOTES ET DE REMARQUES CRITIQUES SUR TOUTES LES OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES FAITES JUSQU'A CE JOUR;

Par MM. BURDIN jeune et Fréd. DUBOIS (d'Amiens), membres de l'Académie de médecine (1).

Dans les sciences métaphysiques, il n'est pas d'absurdité qu'on ne puisse soutenir avec un certain air de vérité. L'histoire de la théologie de chaque peuple nous en fournit la preuve; c'est qu'on s'adresse à l'imagination. Les grands prêtres, les sycophantes de l'antiquité, les habiles jongleurs, les imposteurs célèbres de tous les temps doivent à ce principe leurs éclatans succès. Les progrès des sciences physiques ont de plus en plus affaibli de pareils succès, et Rome elle-même se soucie fort peu de béatifier aujourd'hui; tant les choses merveilleuses d'autrefois paraissent naturelles de nos jours. On voit néanmoins des hommes habiles apparaître de temps en temps et frapper les masses par leurs nouveaux systèmes, fonder des sectes et obtenir des succès au sein même des cités les plus civilisées. Il y a à peine une soixantaine d'années qu'un homme, se nommant Mesmer, est venu de Vienne ouvrir au centre de Paris une véritable boutique, faisant sortir d'un énorme baquet, et au son de mélodieux pianos, la découverte d'un principe universel, d'un fluide qui pénètre tous les corps comme l'électricité, qui excite, fait vivre les êtres organisés, s'équilibre, s'accumule en passant d'un corps à un autre, et est susceptible de produire d'immenses modifications dans l'organisation vivante. Ce fluide, je le nomme *magnétisme animal*, a dit Mesmer, pour le distinguer du magnétisme terrestre; je sais le gouverner, puisque j'ai découvert les lois qui le régissent, et je me charge de guérir toutes les maladies sous son influence. Mesmer a eu la sage prévoyance de s'adresser surtout aux femmes nerveuses; dès lors son succès a été assuré : « Adressez-vous de préférence aux femmes, répètent avec Diderot MM. Burdin et Dubois; elles reçoivent promptement, parce qu'elles sont ignorantes; elles répondent avec facilité, parce qu'elles sont légères; elles retiennent long-temps, parce qu'elles sont têtues. » Eh, n'avons-nous pas vu de nos jours un autre système non moins mystificateur, venant aussi du pays de l'Allemagne, l'homœopathie, exploiter avec non moins de succès la croyance des femmes vaporeuses et des hommes hypochondriaques! (Fur die gesammte, mars 1841, p. 417.)

Un fait remarquable cependant, qui ressort de l'histoire des grandes jongleries de chaque siècle, fait que MM. Burdin et Dubois ont cherché à mettre en évidence dans leur savante introduction, c'est qu'à côté de chaque charlatanisme se trouve un médecin, apôtre de la vérité et du bon sens, qui en dévoile l'artifice et qui chaque fois en fait tomber le prestige.

« A côté des oracles et des jongleries des prêtres de l'antiquité, on trouve, disent MM. Burdin et Dubois, quelques philosophes naturalistes qui osent douter, et plus tard le médecin Van Dale, qui explique le merveilleux de toutes ces impostures. A côté des jongleries du moyen-âge, on trouve le fameux Rabelais, docteur en médecine et curé de Meudon, qui les couvre de ridicule. A côté des possessions de Loudun, on trouve la faculté de médecine de Montpellier tout entière qui en explique les causes naturelles, et le courageux Duncan, médecin contemporain, qui expose sa vie pour démontrer la fourberie. A côté des convulsionnaires de Saint Médard, on trouve le célèbre Hecquet, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui en démontre le naturalisme. A côté des exorcismes de Gasner, on trouve de Haën, l'illustre clinicien de Vienne, qui en fait voir les causes toutes naturelles. Enfin, à côté du mesmérisme apparaît Thouret, le réorganisateur de nos écoles de santé, qui, font des exemples de ceux qui l'ont précédé, en démontre à son tour le charlatanisme. »

Ainsi, ce sont toujours les médecins qui dévoilent le charlatanisme des grands jongleurs de chaque siècle, en expliquant par des lois ordinaires de la nature les phénomènes que l'imposture donnait comme surnaturels. Cette mission n'a pas toujours été sans danger : on sait qu'au dix septième siècle Urbain Grandier a été brûlé vif à Loudun, par ordre et sous les yeux du fameux Laubardemont, ministre des vengeances du cardinal de Richelieu, pour avoir soutenu que les prétendus prodiges des religieuses du couvent des ursulines de Loudun n'offraient rien de surnaturel, et s'expliquaient aisément par les seules lois ordinaires de la physique; et nous verrions encore de nos jours des victimes comme Urbain Grandier, dans le centre même de nos villes civilisées et dans quelques sociétés soi-disant savantes, si la presse n'était là pour tenir la bride haute au petit nombre des Laubardemont pour lesquels la science ne serait qu'un simple instrument des mauvaises passions. On s'imagine à peine toutes les coteries, les cabales, l'imposture qui ont régné dans la procédure de cette affaire de Loudun, et l'atrocité avec laquelle on a sacrifié la vie et l'honneur d'un honnête homme aux lâches vengeances de quelques individus cachés derrière les misérables accusateurs qui leur servaient d'instrumens. MM. Burdin et Dubois, en nous rappelant ces faits historiques, nous ramènent naturellement à d'autres souvenirs non moins déplorables.

Après ces intéressans préliminaires, les auteurs entrent en matière par quelques détails bibliographiques relatifs à Mesmer, regardé par ses adeptes comme le Messie, comme le fondateur du magnétisme animal. Ils prennent Mesmer au début de sa carrière médicale, à l'époque de sa thèse inaugurale intitulée : « De l'influence des astres, des planètes, sur la guérison des maladies (1766); » le suivent à Vienne dans ses contestations avec le père Hell, et dans ses aventures, tant soit peu scandaleuses, avec une jeune personne âgée de dix-huit ans, aveugle, qu'il gardait chez lui, et à laquelle il devait rendre la vue; puis à son arrivée à Paris (1778) dans son établissement magnétique (place Vendôme), dans l'emploi de ses baquets, chaînes et verges magnétiques, dans son savoir faire, dans le parti qu'il a su tirer de sa grande habileté musicale comme chanteur, comme pianiste et comme joueur de l'harmonica, instrument tout nouveau alors pour bien des personnes; dans ses premières relations avec les corps savans, et enfin dans les richesses qu'il a amassées avec ses prétendues cures magnétiques. Pour donner une idée de l'outrecuidance de Mesmer, MM. Burdin et Dubois citent le passage suivant d'une lettre qu'il écrivait au célèbre Francklin :

« Je suis comme vous, Monsieur, disait-il, au nombre de ces hommes qui, parce qu'ils ont fait de grandes choses, disposent de la honte comme les hommes puissans disposent de l'autorité...... Ma découverte intéresse toutes les nations, et c'est pour toutes les nations que je veux faire mon histoire et mon apologie. »

Le baquet magnétique de l'invention de Mesmer, et son mode d'application sont trop curieux pour ne pas fixer un instant notre attention.

« Dans une grande salle était une cuve en bois de chêne, de quatre à cinq pieds de diamètre, d'un pied de profondeur, fermée par un couvercle en deux pièces et s'enchâssant dans une cuve ou baquet. Au fond se plaçaient des bouteilles en rayons

(1) Un vol. in-8° de 650 pages. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

dage que je vais essayer de décrire, et que je recommande à tous les praticiens.

L'avant-bras du côté malade fut fléchi à angle droit et porté en haut de la poitrine du côté sain, pour réduire autant que possible. Il n'y avait ni pelote ni coussin dans le creux de l'aisselle. Une serviette pliée en triangle et pouvant faire tout le tour du corps, fut placée comme un châle (c'est-à-dire que le sommet du triangle était dirigé en bas) sur le coude maintenu en position par un aide. Là, on cousit une boucle faite avec un bout de bande. Les deux angles de la base de cette espèce de châle furent solidement cousus par derrière pour empêcher tout écartement de l'avant-bras, qui fut bientôt soutenu comme dans une gouttière, quand on eut fait glisser le sommet du triangle entre lui et la poitrine. Ce sommet du triangle ou du châle, formé de deux pièces, fut cousu à son extrémité, ce qui fit une anse. Une autre serviette pliée en cravate fut attachée par son milieu à la partie postérieure du tronc sur les deux angles réunis de la précédente; puis les deux bouts en furent ramenés, l'un sur l'épaule gauche, l'autre sur l'épaule droite. Celui-là fut passé dans l'anse, replié sur lui-même et fixé avec de fortes épingles; celui-ci fut passé dans la boucle et maintenu par d'autres épingles; mais comme il correspondait à la clavicule rompue, on eut soin de mettre sur cet os une couche assez épaisse de coton cardé.

MM. Lisfranc et A. Sanson admirèrent ce procédé; on doutait néanmoins que la réduction pût être exacte sans un coussinet; mais M. Mayor nous assura qu'il était plus nuisible qu'utile, qu'il n'y avait jamais recours, et que chez ses malades on ne pouvait guère trouver le cal après la consolidation. En glissant légèrement le doigt sous la ouate du côté du moignon de l'épaule, nous acquîmes la certitude qu'il n'y avait pas le moindre déplacement. Le soir je trouvai un peu de relâchement, et pour y remédier, j'enlevai les épingles du côté droit, et je serrai comme quand on fait glisser une bretelle dans sa boucle pour en diminuer la longueur. C'est là seulement tout ce qu'il a fallu faire de temps en temps, pendant les vingt-huit jours que l'appareil a été laissé en place.

Si l'on se reporte aux ouvrages que j'ai cités plus haut, on verra qu'il n'y est pas fait mention d'une seconde serviette. Si on ne l'emploie pas, on doit coudre au sommet de la première, pliée en triangle, des lacs qui, ramenés d'avant en arrière, doivent la remplacer. Mais ces lacs sont peu solides, et leur étroitesse empêche de maintenir aisément les compresses ou le coton, qu'il est bon de placer sur toute la longueur du fragment interne. Quoique l'indication ne soit pas d'agir sur ce fragment, ce qu'Hippocrate avait fort bien fait connaître, contrairement à l'opinion des médecins qui l'avaient précédé, et à ceux qui vivaient de son temps; on comprend pourtant que le fragment externe sera porté en haut avec moins de peine, et pour le chirurgien et pour le blessé, si le fragment sternal est recouvert de quelques morceaux de linge ou d'un peu de coton.

Je pense donc que la serviette en cravatte est préférable aux lacs, et que M. Mayor a eu une bonne idée en les supprimant.

Tous les médecins à qui on a présenté Hubert, ont déclaré que jamais ils n'avaient observé une fracture de la clavicule aussi heureusement consolidée. A la vue, on ne pouvait saisir aucune saillie ni aucun raccourcissement, et, chose singulière, ceux qui n'avaient pas suivi le cas, et qui voulaient deviner de quel côté l'accident avait eu lieu, indiquaient plus souvent le côté gauche que le droit. Promené superficiellement sur toute la longueur de l'os, le doigt ne percevait pas le plus léger soulèvement. En saisissant la clavicule avec l'index et le pouce, on trouvait à peine un peu plus d'épaisseur, mais si faible, que quelques personnes, en touchant, ont cru la fracture à gauche. Voilà donc encore un fait ajouté à ceux qui ont déjà été publiés, et à ceux plus nombreux observés par M. Mayor, et que lui seul possède.

Malgré les éloges que ce bandage mérite, les résultats toujours avantageux qu'on en a obtenus, il faut avouer qu'il a joui de peu de faveur jusqu'à présent; aussi je me hâte de rappeler l'attention sur ce moyen efficace et facile pour le traitement des fractures de la clavicule; moyen qui, j'en suis persuadé, serait le seul mis en usage aujourd'hui, si toute description d'appareil n'était pas pénible à lire et difficile à comprendre, si l'habitude n'avait pas tant de pouvoir sur notre esprit, si surtout chaque praticien eût vu un seul cas semblable à celui que je viens de rapporter.

En terminant ce sujet, je ne puis passer sous silence une observation que j'ai recueillie dernièrement. Quelques jours avant la leçon de M. Mayor, un docteur en médecine de mes amis vint me chercher pour lui aider à réduire et à maintenir réduite une luxation de la clavicule en dehors. Le malade était un vieux soldat très docile; nous eûmes recours au bandage de Desault, que nous serrâmes fortement, et cela était indispensable; car on sait combien ces réductions sont rebelles.

Le lendemain on sentait une saillie de la clavicule à travers la masse de compresses que nous avions mise à l'extrémité de cet os. Nouveau pansement, nouvelle réduction, et quelques heures après nouveau déplacement. Voyant l'impossibilité d'arriver à notre but par cette voie, nous décidâmes d'employer l'appareil inamovible, qui ne nous réussit pas mieux. Nous avions déjà été forcés de le renouveler quand M. Mayor vint à la Pitié, et je proposai à mon ami ce nouveau moyen. Nous enlevâmes nos bandes, notre coussin, et nous vîmes avec chagrin qu'en dépit de nos soins assidus depuis quinze jours, nous n'avions encore absolument rien obtenu, quoique notre malade eût beaucoup souffert. Il se trouva aux anges, c'est son expression, dans son nouveau pansement, et nous demanda pourquoi nous n'y avions pas recouru dès le commencement. Enfin, un mois après, la clavicule du côté affecté était à peine plus saillante que celle du côté sain. Je suis sûr que si cet appareil eût été employé tout d'abord, nous eussions vu la guérison parfaite d'une luxation de la clavicule en dehors, ce que l'on n'a peut-être pas encore observé une seule fois.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

De l'accouchement.

Avant de traiter de la question du phénomène de l'accouchement, M. P. Dubois croit utile de jeter un coup-d'œil sur les causes qui le déterminent.

L'accouchement a pour but l'expulsion du produit de la conception, c'est-à-dire du fœtus et de ses annexes; mais ce n'est pas le seul; il en est un autre, celui de ramener l'organe de la gestation dans l'état où il se trouvait avant la conception; et l'on comprend que si cette dernière condition ne se trouvait pas remplie, l'accouchement, dans le plus grand nombre des cas, serait fatal à la mère. Il faut donc que ces deux choses marchent ensemble, savoir l'expulsion du produit de la conception, et immédiatement après, la rétraction de l'utérus.

Il n'y a plus de doute aujourd'hui sur la part que prend l'organisme maternel dans l'acte de la parturition, à l'accomplissement duquel le fœtus est tout à fait étranger, bien que chez certains animaux inférieurs on observe chez celui-ci quelques mouvemens de la tête qui pourraient faire croire à une participation de sa part au phénomène de l'accouchement. Mais ici ces mouvemens de la tête du fœtus dépendent le plus souvent de l'état de souffrance peu grave, à la vérité, dans lequel celui-ci se trouve.

Bien entendu que chez les animaux où le fœtus est tout à fait distinct de la mère, celui-ci est le propre agent de son expulsion, ou à peu près. Mais pour les mammifères, et l'homme en particulier, la mère seule joue un rôle important dans l'acte de la parturition. Et il devait en être ainsi; car dans le cas de mort du fœtus dans l'utérus, il fallait bien que celui-ci fût expulsé, ce qui n'aurait pu avoir lieu si la nature lui avait confié ce soin.

Pour sortir de l'espèce de prison où il est renfermé, le fœtus a plusieurs obstacles à vaincre; ou plutôt, obligé qu'il est de traverser deux cavités, la cavité utérine et la cavité abdominale, il lui faut deux sortes d'agens d'expulsion; le premier, l'essentiel, c'est l'utérus lui-même; le deuxième, supplémentaire, ce sont les muscles abdominaux.

L'on connaît aujourd'hui d'une manière assez exacte les divers élémens qui entrent dans la composition de l'utérus, et qui sont au nombre de trois; savoir, une partie externe ou membrane séreuse; une interne, ou membrane que tout le monde s'accorde à considérer comme membrane muqueuse, et une troisième, la plus importante, celle dont il sera parlé ici avec quelques détails, le tissu propre de l'utérus, situé entre les deux membranes séreuse et muqueuse. Cette partie moyenne, organe essentiel de l'expulsion du fœtus, se compose d'une membrane musculaire dont les fibres présentent une disposition assez curieuse.

Pour se faire une idée plus exacte de cette disposition, il faut diviser l'utérus en deux parties; la première, qui comprend le fond et le corps de l'organe, et la deuxième son col.

Le corps et le fond de l'utérus présentent à étudier deux ordres de fibres, une couche externe et une couche interne. La première se compose de deux faisceaux longitudinaux qui se portent du fond de l'organe vers le col, où ils disparaissent dans l'état de plénitude; et d'une autre série de fibres qui, partant de la ligne médiane en avant et en arrière, convergent vers les angles latéraux et supérieurs. Or, ces fibres se dirigent, les inférieurs vers le ligament rond, les postérieures vers l'ovaire, et les supérieures vers les trompes. Les fibres inférieures représentent assez bien deux bandeaux de cheveux, dont les parties laterales seraient figurées par les ligamens ronds.

La couche interne ou profonde offre une disposition toute particulière. Partant de la ligne moyenne, les fibres qui la composent se dirigent, sous forme de deux vaisseaux de plus en plus concentriques, vers les trompes, dans lesquelles elles se continuent; elles représentent ainsi deux sortes de mamelles ou de cônes adossés par leur base. Cette disposition offre une analogie parfaite avec les organes creux destinés à contenir et à expulser des corps

---

convergens et couchées de manière que le goulot se tournait vers le centre de la cuve. D'autres bouteilles partaient du centre en sens contraire, ou en rayons divergens, toutes remplies d'eau, bouchées et magnétisées. On mettait souvent plusieurs lits de bouteilles, la machine était alors à haute pression. La cuve renfermait de l'eau qui baignait les bouteilles; quelquefois on y ajoutait du verre pilé et de la limaille de fer. Il y avait aussi des baquets à sec. Le couvercle était percé de trous pour la sortie de tringles en fer coudées, mobiles, plus ou moins longues, afin de pouvoir être dirigées, appliquées vers differentes régions du corps des malades qui s'approchaient du baquet. D'un anneau du couvercle partait une corde très longue dont les patiens entouraient leurs membres inférieurs sans la nouer. On n'admettait pas, du reste, les affections pénibles à la vue, telles que les plaies, les loupes et les difformités. Enfin les malades se rapprochaient pour se toucher par les bras, les mains, les genoux et les pieds. Les plus beaux, les plus jeunes et les plus robustes magnétiseurs tenaient par-dessus le marché une baguette de fer dont ils touchaient les retardataires et les indociles. Comme le baquet, les bouteilles, les tringles et les cordes étaient préparées, les patiens entraient bientôt en crise. Les femmes, toujours les plus impressionnables de toutes les créatures, éprouvaient d'abord des bâillemens, des pandiculations; leurs yeux se fermaient, leurs jambes ne les soutenaient plus, elles étaient menacées de suffocation. En vain les sons de l'harmonica, les roucoulemens du piano et des chœurs de voix se faisaient entendre: ces secours paraissaient accroître les convulsions des malades. Des éclats de rire sardonique, des gémissemens douloureux, des torrens de pleurs éclataient de toutes parts. Les corps se renversaient en des mouvemens tétaniques, la respiration devenait râleuse, tous les symptômes les plus effrayans se manifestaient! A ce moment, les acteurs d'une scène si étrange couraient les uns au devant des autres, éperdus, délirans: ils se félicitaient, s'embrassaient avec joie ou se repoussaient avec horreur. On emportait les plus fous dans la *salle des crises*. Cette pièce, matelassée, présentait un nouveau spectacle: on y délaçait les femmes, qui battaient de leurs têtes les murailles ouatées ou se roulaient sur un parquet en coussins, avec des serremens à la gorge. Au milieu de cette foule palpitante, Mesmer se promenait en habit lilas, étendant sur les moins souffrantes une baguette magique, s'arrêtant devant les plus agitées, enfonçant ses regards dans leurs yeux, tenant leurs mains appliquées dans les siennes, avec les quatre pouces et les doigts majeurs en correspondance immédiate, pour se mettre en rapport, tantôt opérant par un mouvement à distance avec les mains ouvertes et les doigts écartés, *à grand courant*, tantôt croisant et décroisant les bras avec une rapidité extraordinaire pour les passes définitives. »

Il existait chez Mesmer quatre baquets, dont l'un pour les pauvres ne produisait rien, mais dont les trois autres produisirent long-temps, l'un dans l'autre, plus de trois cents louis par mois.

N'y a-t-il pas une certaine analogie entre ces baquets de Mesmer et ces conducteurs d'un fluide imaginaire, avec le prétendu accroissement de la vertu des remèdes en raison de leur division infinitésimale et de leur trituration dans un sens plutôt que dans un autre des homœopathes? Il y a, comme on le voit, un rapprochement très curieux à faire entre Mesmer et Hahnemann sous le point de vue de leurs hautes conceptions mystifiantes.

En se mettant en rapport avec les corps savans, Mesmer avait adopté une tactique singulière; il ne demandait pas à être jugé, il voulait seulement qu'on constatât, qu'on s'initiât, qu'on s'instruisît à ses merveilles; il demandait, disait-il, à mettre les Académies au fait de la question, et ne tolérait pas qu'on mît un seul instant en doute sa découverte. « Les difficultés entre les savans et moi, disait-il, proviennent de ce que je me contente d'invoquer leur témoignage, de ce que je les presse uniquement de constater et confesser hautement l'existence et la réalité de ma découverte; ils voudrait en être les arbitres, les juges, etc. »

Voici la lettre que Vicq d'Azyr, secrétaire perpétuel de la Société royale de médecine, écrivit à Mesmer, en réponse aux conditions que ce dernier voulait imposer à la commission qu'il avait fait nommer.

Paris, 6 mai 1778.

« La Société royale de médecine m'a chargé, Monsieur, dans la séance qu'elle a tenue hier, de vous renvoyer les certificats qui lui ont été remis de votre part, sous la même enveloppe que l'on a eu soin de ne pas décacheter. Les commissaires qu'elle a nommés, d'après votre demande, pour suivre vos expériences, ne peuvent et ne doivent donner aucun avis, sans avoir auparavant constaté l'état des malades par un examen fait avec soin. Votre lettre, annonçant que cet examen et les visites nécessaires n'entrent pas dans votre projet, et que pour y suppléer, il nous suffit, suivant vous, d'avoir la parole d'honneur de vos malades et des attestations. La Société, en vous la remettant, vous déclare qu'elle a retiré la commission dont elle avait chargé quelques-uns de ses membres à votre sujet. Il est de son devoir de ne porter aucun jugement sur des sujets dont on ne la met pas à portée de prendre une pleine et entière connaissance, surtout lorsqu'il s'agit de justifier des assertions nouvelles; elle doit à elle-même cette circonspection, dont elle s'est toujours fait et se fera toujours une loi.

» Je suis très parfaitement, Monsieur, etc.

» Vicq-d'Azyr. »

Cette lettre est un modèle de convenance et de raison; elle met dans tout son jour le charlatanisme de Mesmer. Trois mois plus tard, Mesmer s'y prit d'une manière plus adroite pour arriver à son but; il écrivit la lettre suivante au secrétaire perpétuel de la même société:

« 20 août 1778.

» Ne doutant pas, Monsieur, que messieurs de la Société royale n'aient pris connaissance de la réponse que j'ai eu l'honneur de leur faire, par votre médiation, le 12 mai dernier, et les traitemens que j'ai entrepris à Créteil, devant finir avec ce mois, je m'empresse d'inviter ces Messieurs à venir s'assurer, par eux-mêmes, du degré d'utilité du principe dont j'ai annoncé l'existence. Si vous avez la bonté, Monsieur, de m'annoncer le jour et l'heure où ils voudraient bien m'honorer de leur visite, je serai disposé à les recevoir et à leur répéter l'assurance de mes respectueux sentimens.

» J'ai l'honneur d'être, etc., Mesmer. »

Vicq d'Azyr ne se laissa pas prendre à ce piége. Il répondit à Mesmer, huit jours après, la courte épître suivante:

« J'ai communiqué, Monsieur, la lettre que vous m'avez écrite, à la Société royale de médecine. Cette compagnie, qui n'a eu aucune connaissance de l'état antérieur des malades soumis à votre traitement, ne peut porter aucun jugement à cet égard.

« J'ai l'honneur d'être, etc., Vicq d'Azyr. »

Ce qu'il y a de surprenant au milieu de ces échecs de Mesmer, c'est qu'il était parvenu à en imposer aux gens du monde, que sa prétendue découverte était crue et ses guérisons reçues comme réelles.

Les hautes protections qu'il s'était procurées eurent une telle influence auprès du gouvernement français, qu'un ministre d'état d'alors, M. de Maurepas, se hâta de mander Mesmer et de lui déclarer que le gouvernement était suffisamment instruit de la réalité de ses cures, et qu'il lui accordait, pour reconnaître ses

étrangers, comme l'intestin grêle, la vessie.

Si, par la pensée, on allonge chacune de ces parties latérales, on verra qu'elles ressemblent parfaitement à deux cornes adossées et confondues.

Pour le col, la disposition des fibres musculaires est différente : les unes sont horizontales, minces et très peu apparentes ; les autres circulaires.

Mais ce ne sont pas là tous les élémens musculaires qui entrent dans la composition de l'utérus ; entre les couches internes et externes, il s'en trouve une troisième difficile à étudier, et qui se présente sous l'aspect d'une sorte de feutre musculaire.

En examinant la disposition générale des fibres musculaires de l'utérus, l'on voit que les supérieures, en se contractant, doivent avoir pour effet l'expulsion du produit de la conception ; les inférieures, au contraire, sont de véritables agens de résistance, antagonisme que plus tard il sera utile d'étudier.

Mais l'œuf n'est pas seulement contenu dans l'utérus, la cavité abdominale le renferme également ; par conséquent de nouveaux agens d'expulsion sont nécessaires. Ces agens sont les muscles abdominaux. L'on retrouve ici tous les élémens musculaires propres à l'utérus : couche externe, couche interne, fibres longitudinales, circulaires ; une partie inférieure, le périnée, qui représente le col de l'utérus, antagoniste des muscles abdominaux ; en sorte que l'enfant se trouve placé au milieu de diverses parties qui concourent au même but, et présentent, d'un côté, la force d'expulsion, de l'autre côté la force de résistance.

Pour que l'utérus soit propre à expulser de sa cavité le fœtus qu'il contient, il faut que la tunique moyenne (la tunique musculeuse) soit douée de sa contractilité organique et de sa contractilité de tissus. La première est cette propriété en vertu de laquelle l'utérus se resserre brusquement ; elle s'exerce d'une manière intermittente. C'est en vertu de la deuxième que l'utérus revient sur lui-même : celle-ci est continue.

La contractilité organique n'a pas été assez étudiée jusqu'à ce jour : elle le mérite pourtant à cause des caractères qu'elle présente. Et d'abord, elle existe dans toutes les parties de l'organe, et jamais dans un point seulement (hormis quelques cas très exceptionnels) ; mais elle n'est pas prononcée au même degré dans tout l'utérus : ainsi elle l'est plus dans le fond de l'organe que vers sa partie inférieure.

La contractilité organique n'est pas nécessairement en rapport avec le développement du système musculaire extérieur ; ainsi, il peut arriver qu'une femme forte ait de faibles contractions, tandis qu'une femme délicate en aura de très prononcées et d'énergiques. Chez les unes, elles résistent à tout ce qui peut les affaiblir ; chez les autres, au contraire, elles sont à peine sensibles et ne sauraient remplir le but assigné par la nature à l'expulsion du produit de la conception. La contractilité organique n'est pas soumise à l'influence de la volonté, du moins pour la grande majorité des cas : cependant M. Velpeau a publié l'observation d'une femme qui pouvait à son gré suspendre les contractions utérines. Il pourrait se faire qu'on ait confondu ici l'influence de la volonté avec l'influence des impressions morales. Quoi qu'il en soit, ce qu'on peut assurer, c'est que presque toujours cette propriété de l'utérus est indépendante de la volonté au moins directement, car il arrive quelquefois que sous l'influence de la contraction des muscles abdominaux, la contractilité organique de l'utérus peut être mise en jeu.

Il est des causes qui excitent la contractilité organique de l'utérus, d'autres qui la paralysent. Les premières ont été divisées en causes excitantes naturelles, et causes excitantes artificielles. Les causes excitantes naturelles, c'est-à-dire les causes qui amènent l'expulsion du fœtus au terme de la gestation, ou bien les causes déterminantes, sont encore à trouver. Les causes excitantes artificielles sont une irritation produite sur quelque point de l'utérus ; il existe en effet une solidarité telle entre les diverses parties de cet organe, qu'il suffit d'en toucher un seul point pour qu'aussitôt il se contracte. Mais c'est surtout l'excitation produite sur la partie interne de la matrice qui est plus promptement suivie d'effets ; par exemple, un épanchement de sang dans sa cavité amène presque sûrement de violentes contractions.

Il est encore d'autres causes excitantes qui, passant par tout l'organisme, fixent leur action sur l'organe gestateur ; ainsi l'emploi du seigle ergoté. Mais ce médicament, qui ranime avec une grande rapidité les douleurs quand celles-ci se sont ralenties, ne paraît pas pouvoir sûrement les provoquer d'emblée.

Les causes qui paralysent la contractilité organique de l'utérus sont une distension trop considérable de cet organe, la durée trop long-temps prolongée des contractions (ce qui est commun aux autres muscles de l'organisme), les impressions morales, ainsi qu'il s'en est montré un exemple il y a quelque temps dans les salles d'accouchement de la Clinique.

Parmi les médicamens qui peuvent paralyser la contractilité organique de l'utérus, l'opium doit tenir le premier rang. Ses effets sont d'autant plus prononcés qu'on le donne à dose propre à produire le narcotisme. La rupture des fibres de l'utérus fait cesser définitivement les contractions utérines. Enfin, certaines lésions de la moelle épinière paraissent avoir une influence très grande sur la contractilité organique de l'utérus, sans que, pour cela, il soit nécessaire d'admettre que cette contractilité soit soumise à la volonté.

De la durée de la grossesse. C'est une question difficile, qui a souvent été controversée, que celle de déterminer d'une manière exacte la durée de la grossesse. Cependant le terme de 9 mois, ou 39 semaines et quelques jours, ou 273 à 275 jours, sans être absolument rigoureux, peut être considéré comme un terme moyen qui s'approche le plus de la vérité. S'il existe un peu d'obscurité dans cette question, cela tient à plusieurs causes.

Une première cause, c'est une sorte de contradiction dans les termes ; ainsi les médecins-légistes ont fixé pour terme de la grossesse 9 mois, c'est-à-dire 275 jours, tandis que quelques accoucheurs ont entendu parler de mois lunaires ; en sorte qu'il ne faut pas s'étonner de voir les vieux auteurs fixer la durée de la gestation à 10 mois. Quelques accoucheurs contemporains désignent encore la durée de la grossesse par le nombre des époques menstruelles écoulées depuis la conception, ce qui, avec des expressions différentes, est la même chose que compter par mois lunaires.

Une autre cause d'incertitude touchant la durée de la grossesse, c'est la difficulté qu'on éprouve pour fixer l'époque de la conception.

L'on ne peut, à ce sujet, qu'avoir une approximation ; car le jugement du médecin ne saurait être fondé que sur quelques sensations particulières qu'éprouvent certaines femmes quelques jouas après un coït fécondant, la cessation des règles, l'apparition des mouvemens du fœtus, enfin, dans certains cas, sur l'époque où les femmes se sont exposées à devenir enceintes. Il suffit de cette simple énumération pour faire voir combien ces données sont variables et trompeuses. Que conclure de cela ? Que dans la plupart des cas, l'accouchement se fait à la fin du neuvième mois ; mais quelquefois aussi il a lieu quelque temps avant ou quelque temps après le terme indiqué. Dans le premier cas, on dit : l'accouchement est à terme ; dans le deuxième, il est précoce ; il est tardif dans le troisième.

Dans quelle limite de temps l'enfant peut-il avoir acquis le développement nécessaire pour vivre de la vie extérieure, en d'autres termes à quelle époque l'enfant est-il viable ? Sept mois dans la très grande majorité des cas, et s'il y a quelques exceptions à la règle, ces exceptions ne comportent que quelques jours.

La grossesse peut-elle dépasser son terme ordinaire ? Cette question a été très controversée : on a voulu la résoudre par le raisonnement, par des expériences sur les animaux et par l'observation. Par le raisonnement, on a dit que l'évolution du fœtus devait se faire dans un temps toujours le même, mais cette assertion n'est rien moins que fondée : ne voit-on pas en effet que les autres évolutions des organes varient considérablement quant à l'époque où elles se font ; et pour ne citer qu'un exemple, l'évolution des dents combien est-elle sujette à variations ! Par les expériences sur les animaux, on ne pouvait arriver qu'à conclure par analogie. M. Tessier s'est livré à de nombreuses recherches sur ce sujet : il a vu des variations très grandes dans la durée de la gestation. Ainsi, pour les vaches, qui portent 280 jours, il a observé quelquefois un retard de 41 jours ; pour les jumens, qui portent 335 jours, ce retard a été jusqu'à 84 jours ; 6 jours pour le mouton qui porte 5 mois, etc. La constitution apparente des individus n'a paru avoir aucune influence sur le retard. Il n'y a, comme on le voit, rien de bien concluant dans ce résultat ; seulement quelques-uns des animaux sur lesquels M. Tessier a fait ses observations ont présenté dans la gestation un retard plus considérable que celui reconnu par la loi française ; c'est-à-dire que la vache, qui porte ordinairement 280 jours (durée de la grossesse chez la femme, à quelques jours près), a pu ne mettre bas qu'après le 321e jour, tandis que la loi ne reconnaît pas comme légitime (dans le cas où la légitimité est contestée) l'enfant qui naît après le 300e jour, à partir de l'époque de la dissolution du mariage.

M. Tessier voulut savoir ce qu'il advenait quand des animaux d'une espèce différente, et chez lesquels la durée de la gestation n'est pas la même pour chaque espèce, se livraient ensemble à l'acte générateur, et il vit que la durée la plus longue prédominait ; ainsi, quand une jument avait été fécondée par un âne, le travail de la parturition ne se faisait qu'au bout de onze mois, et il en était de même quand une ânesse avait été fécondée par un cheval. Cette question, bien qu'étrangère au sujet traité par M. P. Dubois, lui a paru néanmoins assez curieuse pour être mentionnée en passant.

Enfin, c'est par l'observation que l'on a pu élucider la question du retard dans l'accouchement. Mérimann a vu dans un cas l'accouchement n'avoir lieu qu'au bout de 296 jours, et dans un autre cas au bout de 300 jours ; W. Hunter a observé quatorze jours de retard chez une femme, et il croyait en avoir vu deux autres qui n'étaient accouchées que 300 jours après la conception ; Désormeaux a cité le cas d'une femme atteinte d'aliénation mentale, accouchée quinze jours après le terme, c'est-à-dire 290

---

services et le fixer en France, 20,000 francs de rente viagère et 10,000 francs par an pour frais d'emplacement. Mesmer fut mal inspiré cette fois ; il ne trouva pas cette offre suffisamment généreuse, et il déclara qu'il préférerait, pour toute récompense, le château et la terre de..... comme local de ses séances et comme propriété, ce qui ne put lui être accordé. Il quitta Paris et se dirigea vers l'Angleterre en 1781. A Mesmer succédèrent plusieurs de ses élèves, à la tête desquels était le docteur Deslon, qui exploitait avec non moins d'habileté les baquets et les passes du maître.

Dès lors de nouvelles tentatives commencèrent auprès des académies par les disciples de Mesmer. Deslon, professeur de l'École de médecine de Paris, frappa à la porte de l'Académie des sciences, se soumit aux exigences d'une commission et il fut parfaitement *dégommé*, pour me servir d'une expression à la mode. Le rapport fait en 1784, par le célèbre Bailly, à l'Académie des sciences, au nom d'une commission composée de MM. Borie, Sallin, d'Arcet, Guillotin, Francklin, Le Roy, Bailly, de Bory, Lavoisier, renversa de fond en comble le fameux édifice mesmérien. Ce rapport, que MM. Burdin et Dubois reproduisent en entier, basé sur un très grand nombre d'expériences, est un modèle à consulter sous le triple rapport du bon ton, de la modération et de la haute sagesse qui règnent à chaque page. On y démontre, avec cette urbanité qui distingue et qui caractérise tous les actes publics du grand Bailly, que le magnétisme animal n'est qu'une véritable chimère.

La conclusion de ce remarquable rapport mérite d'être mieux connue. « Les commissaires ayant reconnu, dit le rapport, que ce fluide magnétique animal ne peut être aperçu par aucun de nos sens, qu'il n'a eu aucune action ni sur eux-mêmes, ni sur les malades qu'ils lui ont soumis ; s'étant assuré que les pressions et les attouchemens occasionnent des changemens rarement favorables dans l'économie animale, et des ébranlemens toujours fâcheux dans l'imagination ; ayant enfin démontré par des expériences décisives que l'imagination sans magnétisme produit des convulsions, et que le magnétisme sans imagination ne produit rien ; ils ont conclu d'une voix unanime sur la question de l'existence et de l'utilité du magnétisme, que rien ne prouve l'existence du fluide magnétique animal ; que ce fluide sans existence est par conséquent sans utilité ; que les violens effets que l'on observe au traitement public appartiennent à l'attouchement, à l'imagination mise en action, et à cette imitation machinale qui nous porte malgré nous à répéter ce qui frappe nos sens ; et en même temps, ils se croient obligés d'ajouter, comme une observation importante, que les attouchemens, l'action répétée de l'imagination pour produire des crises sont également dangereux à cause de cette imitation dont la nature semble nous avoir fait une loi ; et que, par conséquent, tout traitement public où les moyens du magnétisme seront employés ne peut avoir à la longue que des effets funestes. »

Depuis 1784 jusqu'à 1841, les magnétiseurs ont-ils démontré rien qui infirmât les conclusions de ce rapport ? Rien absolument.

La commission de l'Académie des sciences avait été saisie de ce sujet par ordre du roi. Elle a cru de son devoir d'ajouter à ce rapport un second travail rédigé aussi par Bailly, et intitulé *rapport secret*. Ce rapport secret est adressé directement au roi pour son instruction particulière : il est extrêmement curieux ; la commission signale des faits extrêmement graves relatifs à l'indécence des attouchemens que les magnétiseurs exerçaient sur de jeunes femmes à imagination facilement excitable, ce qui était la cause des crises que ces femmes éprouvaient sous l'influence de ces manœuvres, exercées surtout par des jeunes gens, etc., etc.

Les commentaires spirituels et pleins de vérité que MM. Burdin et Dubois ont ajoutés à ces deux rapports rendent la lecture de cette première partie de l'ouvrage extrêmement intéressante.

Vient le rapport des commissaires de la Société royale de médecine, également nommés par le roi. Ce rapport est daté de la même époque que le précédent (1784), et a pour point de départ le même magnétiseur Deslon, qui n'a pas mieux réussi qu'à l'Académie des sciences. Le magnétisme est ici traité de chimère, de système absolument dénué de preuves. Le rapport est signé par Poissonnier, Caille, Mauduyt, Audry.

Arrive le rapport de Jussieu. Ce savant s'était séparé de ses collègues, comme on sait, et n'avait pas voulu signer le rapport de la commission de l'Académie des sciences dont il faisait partie ; il n'en fallait pas davantage pour que les magnétiseurs en fissent un de leurs adhérens. Il n'en est rien cependant au fond, au dire de MM. Burdin et Dubois ; De Jussieu s'est refusé à signer le rapport à cause de certaine explications que le rapporteur avait introduites concernant certains phénomènes physiologiques et pathologiques ; De Jussieu avait désiré qu'on n'adoptât aucune explication sur les crises dont il avait été fait mention. Ce rapport, au reste, est très curieux, et offre une certaine tendance aux croyances magnétiques. On doit savoir gré à MM. Burdin et Dubois de l'avoir reproduit textuellement, peu de personnes le connaissant en entier jusqu'à présent.

A la suite de ces documens, MM. Burdin et Dubois ont placé un extrait assez étendu fait par Vicq-d'Azyr (1784), de la correspondance de la Société royale de médecine, relativement au magnétisme animal. Cet extrait se rapporte à des lettres de magnétiseurs des provinces, qui prétendaient avoir obtenu des guérisons diverses à l'aide du nouvel agent ; MM. Burdin et Dubois font voir l'inanité de ces prétendues guérisons, les faits pouvant s'expliquer naturellement sans l'hypothèse magnétique.

Le magnétisme ne devait pas s'arrêter là ; une nouvelle découverte devait l'immortaliser encore, nous voulons parler du somnambulisme magnétique signalé par le marquis de Puységur et M. Deleuze. C'est dans ce chapitre surtout que la plume de MM. Burdin et Dubois brille de tout son éclat, la satyre, le ridicule, l'absurde sont lancés avec une adresse, une convenance et une justesse parfaite. On peut dire que ce morceau est un des plus piquans.

Les expériences de Bertrand et Georget, les relations de M. Foissac avec l'Académie de médecine, le rapport de M. Husson, les prodiges de mademoiselle Pigeaire, le rapport de M. Dubois (d'Amiens) sur les séances de M. Berna, le prix Burdin, les opinions particulières exprimées par les membres de l'Académie de médecine, les détails des faits amusans qui y sont relatifs, la clairvoyance, l'empire de la volonté magnétique, les somnambules-médecins, l'audition magnétique, une note piquante de M. Gerdy, les promesses de M. Frappart, la séance de M. le docteur Teste, etc., tels sont les sujets exposés dans le reste de l'ouvrage.

A ce tableau on pourrait joindre aujourd'hui le rapport récent de M. Magendie à l'Académie des sciences, sur les prétendues guérisons des sourds-muets de M. Dupotet à l'aide du magnétisme, et une correspondance curieuse entre M. Chervin et M. Teste, publiée dernièrement dans *l'Expérience*, concernant un prétendu sujet somnambule-médecin.

« Quelles sont les merveilles auxquelles nous avons refusé notre croyance, disent en terminant MM. Burdin et Dubois ? Quels sont les faits somnambuliques que nous avons déclarés à jamais impossibles ? Nous l'avons déjà dit ; les magnétiseurs les ont rangés sous quatre chefs ; ce sont : 1° des faits de clairvoyance ; 2° des faits de transposition des sens ; 3° des faits d'intuition ; 4° des faits de prévision. Or, nous n'hésitons pas à répéter que ces faits sont et seront toujours au-delà des limites imposées par la puissance créatrice à la nature humaine. Telle est

jours après les derniers rapports avec son mari; Lamotte rapporte l'observation d'un accouchement au 297me jour; Mongomery en a vu un 291 jours après la conception, et un autre au 300me; un autre auteur, dont le nom cité par M. P. Dubois nous a échappé, a vu un accouchement au 310me jour de la grossesse.

Voici des faits authentiques observés par des hommes consciencieux, qui ne laissent aucun doute sur la possibilité d'un retard dans le terme de la parturition; la loi française a donc dû en tenir compte, et cependant 300 jours est le terme qu'elle a fixé, malgré les faits qui démontrent la possibilité d'un accouchement au-delà de ce terme.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Tumeur de mauvaise nature, de la grosseur d'une petite noix, siégeant dans l'épaisseur de la joue droite, à un pouce de la commissure. Extirpation. Réunion par première intention. Guérison au bout de quinze jours; par M. Blandin.

Le 4 juillet est entré à la Maison de Santé un malade des environs de Boulogne-sur-Mer. Il est âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament éminemment sanguin.

Il y a quinze mois, M. C. sentit dans l'intérieur de la bouche, sur les gencives, une chaleur insolite, qui, en se propageant aux lèvres, s'accompagna d'un herpès labialis. Quelques jours après, il survint à la commissure du côté droit un bouton qui, en s'ulcérant, donna issue à un peu de matière sanieuse. Le malade m'assura n'avoir jamais contracté aucune des formes de la syphilis. Il a toujours joui d'une excellente santé; aucun membre de sa famille n'a été atteint de cancer. M. C. a depuis fort long-temps contracté l'habitude de fumer, et il fait constamment usage d'une pipe en terre à tuyau très court. Au mois de février dernier, le malade se fit opérer une première fois par un chirurgien de son pays; la récidive eut lieu un mois après, et fut suivie de l'apparition, dans l'épaisseur de la joue droite, à un pouce de la commissure, d'une petite tumeur qui prit bientôt de l'extension et devint le siége de douleurs lancinantes.

Au moment où j'examine le malade, il se trouve dans l'état suivant: constitution vigoureuse, figure fortement colorée, bouche rétrécie, région canine du côté affecté faisant un peu de saillie et douloureuse à la pression; ulcération circulaire, grisâtre, située vers la commissure labiale, et présentant au centre un petit trajet fistuleux donnant issue à un peu de suppuration: un stylet introduit par cette ouverture ne pénètre pas au delà de quelques lignes, on sent à l'aide du doigt indicateur porté dans la bouche une tumeur grosse comme une noix placée immédiatement derrière la muqueuse de la joue, et qui semble se prolonger au moyen d'un pédicule fibreux jusque sur l'os maxillaire supérieur. Du reste la maladie est très bien limitée, on ne rencontre nulle part de ganglions engorgés.

Le 5 juillet, M. Blandin, en présence du docteur Lamathe de Bayonne, procède à l'opération de la manière suivante: il insinue à plat dans la bouche un bistouri à lame étroite, dont il fait pénétrer la pointe de dedans en dehors; il divise en même temps d'un seul coup les tissus de la joue dans l'étendue d'un pouce et demi, à partir de la commissure. L'artère faciale est saisie avec une pince à torsion et liée sur-le-champ. M. Blandin attaque ensuite la tumeur, qui est bientôt séparée des parties voisines; immédiatement après, il pratique une incision en V à l'angle interne de la solution de continuité, afin d'enlever l'ulcération dont j'ai parlé. Il s'agissait maintenant de se rendre maître du sang, une foule de petites artères donnant de tous côtés; le chirurgien de l'Hôtel-Dieu préfère à la torsion la ligature qu'il fait dans beaucoup de circonstances au moyen d'un ténaculum et de fils de soie dont il coupe les deux chefs tout près du nœud, et cela pour des raisons que tout le monde connaît; M. Blandin affronte ensuite les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée.

Le soir, le malade se plaint de maux de tête, la figure est rouge, animée, le pouls plein, vibrant, accéléré. Je pratique une saignée de 380 grammes.

6 juillet. La joue du côté opéré est le siége d'un commencement d'érysipèle, qui disparaît le surlendemain à l'aide des onctions d'axonge et des lavemens purgatifs.

10 juillet. M. Blandin enlève les épingles et les fils; la réunion par première intention est complète et la cicatrice à peine visible. Des injections d'eau fraîche sont prescrites dans la cavité buccale afin d'entraîner les mucosités purulentes, et le malade quitte la Maison de Santé parfaitement guéri. L'ouverture de la bouche est un peu rétrécie, mais il est probable que les contractions de la face feront disparaître par la suite cette légère difformité.

X., D.-M.-P.

M. Longet commencera jeudi prochain, 12 août, à l'Ecole pratique, un cours d'anatomie et de physiologie du système nerveux. — Ce cours sera continué pendant les vacances.

notre conclusion finale, conclusion banale, si l'on veut, et telle que les gens les plus simples la formulent chaque jour; car, qui ne sait qu'il est impossible de voir sans le secours des yeux? qu'il est impossible de voir ce qui se passe dans son propre corps et dans celui des autres? qu'il est impossible enfin, de prévoir à heure et minute fixes les événemens à venir? Mais il était bon de le dire et de le répéter, puisqu'on a été jusqu'à traiter d'insensés ceux qui prétendaient que les somnambules, pas plus que d'autres, ne sauraient franchir ces étroites limites. C'est donc tout simplement la cause du bon sens que nous avons voulu plaider ici; serons-nous assez heureux pour avoir ainsi débarrassé notre âge de nouvelles erreurs? C'est le jugement que nous attendrons de ceux qui auront lu avec quelque attention et avec impartialité cette histoire académique du magnétisme animal. »

Considéré comme recueil complet des pièces authentiques qui constituent la science réputée magnétique, le livre que nous venons d'analyser est une production extrêmement utile; les médecins, les élèves, les savans qui désireraient s'en occuper, n'importe dans quel but, trouveront à peu de frais tout ce qui se rattache à cette question. Comme style et comme logique sévère, c'est un modèle que les amis de la littérature apprécieront avantageusement. C'est une œuvre de conviction, de conscience, qui portera ses fruits à la véritable science. X.....

— L'épidémie dont nous avons eu à souffrir, dit une lettre de Coutances du 1er août, touche à son terme; aujourd'hui nous pouvons même dire qu'elle a complètement disparu. Depuis lundi, il n'a été constaté que deux ou trois décès occasionnés par la miliaire; à peine s'est-il déclaré au commencement de la semaine quelques nouveaux cas sans aucune gravité.

Nous apprenons que la maladie a disparu aussi dans les communes voisines, où elle a fait quelques victimes.

A Coutances, au fort de l'épidémie, plus de cent malades furent frappés dans une nuit, il y a près de quinze jours, et quelques décès instantanés jetèrent l'épouvante dans la population. Le petit nombre de médecins valides restés debout, devenant insuffisant pour les besoins, fut aussi effrayé du nombre des malades croissant à chaque instant.

La maladie n'a pénétré dans aucun établissement public. Au collége, pas un élève n'a été atteint.

C'est la partie la plus élevée de la ville, réputée la plus saine, et les personnes aisées qui ont été le plus frappées.

La caserne, où sont réunis près de deux cents hommes, n'a pas eu un seul malade jusqu'à ce jour.

M. Bégin, en terminant le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Sanson, a témoigné le désir qu'un monument public fût élevé à la mémoire de l'homme vertueux et pauvre dont nous pleurons la perte. Nous voulons nous associer à cette généreuse pensée, et nous nous empressons d'annoncer qu'une souscription est ouverte au bureau de la *Gazette des Hôpitaux* et chez Charrière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 7;
— Baillière (J.-B.), rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nous osons nous flatter que cet appel sera entendu, et que tout confrère qui honore le talent et la vertu apportera son tribut, quelque faible qu'il soit.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 10 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 96, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Albuminurie.

Chez la femme du n° 25, de la salle Sainte-Anne, atteinte de la maladie de Brigth et dont nous vous avons déjà entretenu, la fièvre est tombée, le gonflement œdémateux des membres a disparu, et la santé paraît bonne ; mais les urines contiennent toujours une très grande quantité d'albumine.

Il y a quelques jours, cette malade rendit quelques crachats péripneumoniques qui ont cessé dès le lendemain, et quoique l'auscultation et la percussion n'aient fourni aucun renseignement sur l'existence d'une phlegmasie pulmonaire, les crachats rouillés étaient trop caractéristiques pour que nous refusions de croire à une pneumonie, très circonscrite néanmoins.

Eh bien, nous allons voir chez cette femme la maladie marcher quoique nous fassions, et s'accompagner de phlegmasies intercurrentes, comme cela est arrivé chez un colon de l'Ile-de-France dont nous avons rapporté l'histoire. Peu à peu la peau se décolorera, les membres, puis les autres parties s'infiltreront et la mort arrivera.

Malgré cette issue probable, l'on pourrait dire certaine, de la maladie, nous ne sommes pas sans faire quelque chose pour cette femme : quatre cautères lui ont été appliqués dans la région des reins, une saignée lui a été pratiquée, et elle prend le calomel à l'intérieur, médicament dont M. Martin-Solon a obtenu quelques bons effets.

Catarrhe chronique. Emphysème pulmonaire. Fumigations arsenicales.

Nous avons au n° 35 de la salle Sainte-Anne une jeune fille rachitique, âgée de dix-sept ans, blanchisseuse, entrée dans notre service avec un catarrhe chronique et de l'emphysème pulmonaire. Cette malade présente une voussure assez prononcée de la partie intérieure du thorax ; il y a faiblesse du bruit respiratoire et résonnance plus grande du son dans les points correspondans à la déformation.

Le catarrhe s'annonçait par une toux fréquente, du râle muqueux et sibilant dans toute l'étendue de la poitrine, et une expectoration très abondante. L'oppression, symptôme que l'on pouvait rapporter et au catarrhe et à l'emphysème, était considérable.

Que fallait-il faire ? Pour l'emphysème, rien que nous sachions ; rien n'est pas ce qu'il convient de dire, et nous allons à ce sujet entrer dans quelques détails. Un individu prend la coqueluche, qui dure avec opiniâtreté pendant six mois, par exemple ; il succombe, et à l'autopsie l'on trouve de l'emphysème vésiculaire et interlobulaire. Quelle est la cause de cette lésion ? Très probablement celle qui chez les enfans atteints de croup amène des emphysèmes vésiculaires et interlobulaires, que l'on voit dans certains cas s'étendre au cou et jusqu'à la face. Si l'on réfléchit à ce qui se passe dans les efforts de toux, l'on verra qu'après une inspiration la glotte se ferme instinctivement ; l'air enfermé dans le poumon résiste en vertu de son élasticité. Qu'en résulte-t-il ? Les efforts continuant, les vésicules se dilatent ou se rompent, et donnent lieu à l'emphysème vésiculaire ; le mécanisme est le même pour l'emphysème interlobulaire.

Il est le même aussi pour la dilatation des bronches : c'est toujours la compression exercée par l'air sur les parois de ces tuyaux, et non pas, ce qui serait absurde, l'inflammation dont ceux-ci peuvent être le siége, qui détermine cette lésion. Absolument comme dans les artères : quand les tuniques qui composent ces vaisseaux sont trop faibles pour résister au choc de la colonne sanguine, elles cèdent, se dilatent, et donnent lieu ainsi aux anévrismes. Si, par les efforts de toux, les bronches peuvent bien se dilater, comment les vésicules ne se dilateraient-elles et ne se rompraient-elles pas sous l'influence de la même cause ?

Le catarrhe chronique, dans le cas qui nous occupe, est donc la cause de l'emphysème pulmonaire, au moins c'est fort probable : car il serait difficile d'expliquer d'une autre manière cette dernière affection. En guérissant le catarrhe, il pourra arriver que les vésicules reviennent sur elles-mêmes, et qu'ainsi nous voyions l'emphysème sinon disparaître complètement, au moins s'amoindrir d'une manière très notable. Voilà comment s'expliquent les guérisons d'emphysèmes chez les individus envoyés aux Eaux-Bonnes, c'est-à-dire que l'on a fait disparaître l'inflammation de la muqueuse bronchique, et que la cause de l'emphysème une fois enlevée, cette affection a pu à son tour se dissiper peu à peu.

C'était donc faire beaucoup pour l'emphysème que de guérir le catarrhe chronique ; aussi était-ce là le seul but que nous nous proposions.

Mais quels moyens choisir ? Nous avions les balsamiques ; il a suffi dans certains cas de mettre le malade dans une atmosphère de goudron pour guérir la phlegmasie chronique des bronches ; le copahu, en donnant à la malade une, deux ou trois capsules de Mothes de manière à ne pas trop offenser le tube digestif, l'on pouvait espérer modifier le catarrhe comme l'on modifie à l'aide du même médicament l'urétrite blennorrhagique, l'on pouvait également donner la térébenthine, qui agit à peu près de la même manière que le copahu. Nous avions encore des moyens indirects, tels que séton, cautère, vésicatoire, ou bien certains médicamens propres à fluxionner le tube digestif ; ainsi les pilules gourmandes, les graines de moutarde blanche, etc. Enfin nous avions des moyens directs analogues aux collyres dans les ophthalmies, et aux injections dans les blennorrhagies ; ces derniers moyens sont les fumigations.

Jusqu'ici l'on n'avait conseillé que des fumigations de vapeurs émollientes, et quelquefois aromatiques ; nous avons eu l'idée de remplacer celles-ci par des vapeurs irritantes, comme dans la phthisie pulmonaire. Et si, pour cette dernière maladie, nous n'avions nul espoir de guérison, il n'en était pas de même pour la phlegmasie des bronches ; et voici pourquoi. Dans le traitement des tubercules par les fumigations arsenicales, nous avons souvent vu le catarrhe concomitant diminuer de la manière la plus évidente ; nous avons donc modifié la phlegmasie de la muqueuse, comme par un moyen topique quelconque l'on modifie, l'on fait disparaître un érysipèle qui complique et entoure quelquefois les écrouelles : l'on ne guérit pas les tubercules, mais l'on fait cesser la phlegmasie qui les environne. Que si nous avons pu modifier l'état catarrhal qui accompagne l'affection si grave et si inamovible de la phthisie, à plus forte raison devions-nous espérer beaucoup de l'emploi de ce moyen dans le catarrhe simple.

Chez notre jeune fille, à l'aide des fumigations arsenicales, nous avons considérablement modifié l'expectoration qui a presque complétement cessé ; il n'y a plus ni oppression notable, ni toux, et ce catarrhe, qui tous les hivers durait deux à trois mois, a complétement disparu en quelques jours.

Cette médication est simple et facile. Ferait-on mieux avec le mercure, le zinc ? C'est chose possible ; mais l'arsenic n'a aucun inconvénient, il ne donne point de coliques, il ne détermine point d'intoxication, et, comme on le voit pour la malade du n° 35, il donne les résultats les plus satisfaisans.

Nous nous proposons d'essayer plus tard les fumigations avec le nitrate acide de mercure dans les affections syphilitiques du larynx, avec le zinc qui, dit-on, est un puissant modificateur des spasmes, et nous espérons, par cette voie toute nouvelle, arriver à quelques bons résultats.

— Après quelques jours de traitement, l'espérance de M. Trousseau s'est réalisée ; l'oppression et le catarrhe ont diminué notablement, et cette malade a pu sortir dans un état beaucoup plus satisfaisant.

Fièvre typhoïde. Diagnostic difficile.

Au n° 29 de la salle Sainte-Anne, est une femme dont voici en quelques mots l'histoire : elle est institutrice, n'a jamais eu que de très légers rhumes chaque hiver, et se portait bien d'ailleurs. Le 2 février, elle fut prise d'une toux violente avec fièvre intense. Entrée le 5 dans notre service, nous la voyons le lendemain à la visite : l'oppression est extrême ; l'on entend dans toute la poitrine, en arrière, du râle ronflant et sibilant très prononcés, sans diminution dans la résonnance du son. La fièvre est considérable. Nous croyons à un catarrhe capillaire très grave, et nous faisons pratiquer une saignée : le sang est couenneux. Le deuxième jour, deuxième saignée, que nous faisons répéter le lendemain ; elle prend le soir un vomitif. Le sang de la troisième saignée est encore couenneux, et comme les accidens persistent avec à peu près la même intensité, nous avons recours au kermès ; mais ce dernier médicament est mal supporté. Nous faisons appliquer alors un large vésicatoire entre les deux épaules.

Aujourd'hui, 15, l'on entend du râle sous-crépitant assez nombreux dans toute l'étendue de la poitrine en arrière ; la résonnance reste d'ailleurs la même, ce qui nous porte à croire que le catarrhe devient de plus en plus capillaire, que l'inflammation marche rapidement vers la terminaison des bronches. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais la malade a pris un vomitif.

L'état de stupeur dans lequel se trouve cette femme et la rougeur de la langue, feraient craindre une fièvre typhoïde ; mais il n'existe pas de taches dothinentériques, pas de dévoiement, pas de ballonnement du ventre, ainsi qu'on l'observe au douzième jour de cette maladie.

Est ce un catarrhe aigu simple ? Bien que les signes fournis par l'auscultation soient bien ceux de cette affection des bronches, cependant la teinte violacée de la face

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Comme je le craignais, vous m'avez imprimé, et cela, sans la moindre correction. Je ne sais pas encore l'effet que j'ai produit dans mon arrondissement ; à Paris on m'a pris pour un écrivain, et je dirais un écrivain aimé du public, s'il n'y avait pas quelque fatuité à écrire ces choses là. Cependant je dois demander pardon à la plume que j'ai ainsi compromise. Puisque je suis compromis moi-même, je vous dirai encore quelques-unes de mes impressions. D'abord je n'en ai reçu aucune de l'Académie : j'ai craint le cinquième acte. D'ailleurs, j'ai appris à Paris qu'il est de bon goût de ne pas voir la fin d'une pièce, même quand elle est bonne. Je me suis contenté de la lecture du compte-rendu des séances dans les feuilles médicales et d'un feuilleton médical qui se termine ainsi : « Veuille l'ange gardien de l'Académie, si elle en a un, l'abriter de ses ailes et détourner d'elle *l'esprit de vertige et d'erreur.* » Quand dans un journal où l'esprit abonde on en vient à invoquer l'esprit céleste, le danger est grand ; c'est une preuve encore qu'il ne menace pas seulement l'Académie.

J'ai assisté aux obsèques de M. Sanson : elles ont eu un caractère de haute simplicité qui s'harmonisait parfaitement avec la vie de l'excellent chirurgien que nous venons de perdre. Il n'y avait pas foule ; aussi aucune profanation. Ceux qui devaient y être y étaient, et tout le monde était à sa place ; personne même n'a pris celle des chevaux ; on ne s'est pas attelé au char funèbre ; il n'y a pas eu de ces ballotemens de cercueil auxquels sont exposés les hommes qui ont allumé des passions qui vivent encore après eux. Le convoi ne brillait pas par la quantité, mais par la qualité des amis. On y a pleuré. Les héritiers des places de Sanson ont été habilement tristes. Les discours ont été estimables.

Sanson laisse vacantes quatre places qui seront recherchées : il était professeur à la Faculté, chirurgien des hôpitaux (1), membre de l'Académie de médecine, chirurgien consultant du roi, etc. De ces places, la première sera mise au concours, la seconde est due à l'ancienneté, la troisième est soumise à l'élection, la quatrième au choix de S. M. ; l'intrigue, dit-on, n'aura pas la plus petite part.

Il y a encore quelqu'un qui s'est chargé de me dire les noms des co-héritiers de M. Sanson. Je crois même qu'il me les a dits. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que tous les prétendans en savent autant que moi, ce qui ne les empêchera pas de prétendre, de concourir et de se livrer aux exercices les plus pénibles. Si mon séjour se prolonge à Paris, il paraît que j'assisterai à un de ces tournois des plus animés et des plus chevaleresques, car la certitude de la défaite rend, dit-on, plus ardens et plus beaux les vaincus. Le vainqueur seul ne sera pas obligé d'être ni ardent, ni beau, ni fort. On m'a dit que c'est ainsi que cela se passe ; mais je veux le voir pour répondre aux calomniateurs de notre époque, sans cesse accusée de manquer de poésie et surtout de naïveté. D'ailleurs, quand, chez moi, on me demandera ce que c'est qu'un concours, je répondrai par ce que j'aurai vu, je dirai : « Quatorze talens des plus forts entrent en lice ; un seul doit être couronné, les autres le savent d'avance, ce qui augmente leurs espérances. On se bat pour le plus grand honneur, le plus grand profit du seul vainqueur possible, lequel vainqueur n'est pas absolument obligé de vaincre. » On sera étonné dans mon arrondissement, quand je leur ferai cette logique mêlée de morale ; mais on aura une meilleure idée de notre époque et surtout des jeunes chirurgiens de cette même époque : voilà tout ce que je demande.

Mais voici un incident : On dit qu'un chirurgien célèbre, se trouvant à l'étroit dans la chaire d'une faculté de province, ne serait pas fâché de venir se placer dans celle que son ami vient de laisser. Si ce projet était mis à exécution par l'auteur des *Lettres sur l'encéphale*, le prochain concours prendrait un nouvel intérêt. Je n'ose dire un mot sur une aussi grosse affaire. D'ailleurs ce bruit me paraît ressembler à tous les bruits de cette nature qu'on fait courir quand un concours important va s'ouvrir. On lance en l'air un nom célèbre qu'on ne voit jamais sur le registre d'inscription.

Pour la place de chirurgien du roi, la calomnie, qui a cours dans les coulisses de la Faculté de médecine et de l'Académie, a dit : « M. Blandin, devenu professeur et par conséquent plus occupé que jamais, permuterait sa place de chirurgien par quartier (1), qui est fort ennuyeuse, contre celle de chirurgien consultant, vacante par la mort de Sanson, et celle de M. Blandin serait donnée au parent d'un juge du concours-Blandin. (Morale des concours.) » La carrière chirurgicale du prétendant date de la naissance de la strabotomie.

Dans ma première lettre je suis tombé d'étonnement en étonnement jusqu'à la stupéfaction ; mais un étranger, à Paris, n'est pas seulement étonné, il est souvent mystifié. Voici comment

(1) Cette place n'existe pas réellement, M. Sanson ayant été remplacé lors de sa nomination comme professeur de Clinique ; il n'y aura une place que si son successeur est déja chirurgien des hôpitaux.

(1) Cette place est déjà donnée, dit-on.

et l'état de stupeur que présente cette malade ne sont point des symptômes que l'on observe ordinairement dans ce cas. Ajoutons à cela que la maladie s'est très notablement aggravée, malgré les moyens énergiques que nous avons mis en usage, et nous avons tout sujet de penser que ce n'est point à un catarrhe simple que nous avons affaire.

Ainsi nous sommes dans le doute entre une fièvre typhoïde et un catarrhe capillaire.

Mais il reste une troisième maladie à laquelle nous pourrions bien rapporter ce que nous observons, la phthisie aiguë. Il doit paraître étrange, tout d'abord, qu'avec les moyens d'investigation qui sont en notre pouvoir, le diagnostic d'une phthisie puisse rester ignoré; cependant, bien que rares, de pareils faits se rencontrent quelquefois, et, pour notre part, nous en avons observé trois de ce genre depuis vingt ans que nous sommes dans les hôpitaux.

Celui qui nous a le plus frappé, s'est présenté à l'hôpital de Tours. Une femme entra dans cet hôpital avec des symptômes ataxo-adynamiques; il y avait en outre chez elle rougeur de la langue, dévoiement, ballonnement du ventre. M. Bretonneau diagnostique une dothinentérie, et, à l'autopsie, l'intestin n'est le siége d'aucune altération. Mais la poitrine est ouverte et l'on trouve dans les deux poumons une congestion sanguine générale; chaque incision pratiquée dans le tissu pulmonaire laisse écouler une assez grande quantité de sang. Ces deux organes présentent en outre des myriades de tubercules.

Le deuxième cas de ce genre s'est présenté à l'hôpital Necker, chez une infirmière de l'hôpital des Enfans: nous en avons parlé dans une de nos précédentes réunions.

Le troisième, c'était chez une femme, à l'hôpital Saint-Antoine. Dans ce cas, comme dans les deux précédens, nous avons observé tous les symptômes d'une fièvre typhoïde, et nous croyions à l'existence de cette maladie, quant, à l'autopsie, nous n'avons trouvé aucune altération des glandes de Peyer, mais les poumons tout remplis de tubercules.

Ces faits, qui sont loin d'être communs, doivent nous faire tenir sur nos gardes.

Nous ajouterons que la malade du n° 29 présente la conformation tuberculeuse des doigts, ce qui nous fait pencher pour l'existence d'une phthisie aiguë. Mais, au point de vue thérapeutique, comme la médecine ne peut rien contre cette dernière maladie, y eût-il dix-neuf raisons contre une de penser que c'est bien à une phthisie que nous avons affaire, notre traitement n'en devra pas moins être dirigé contre le catarrhe capillaire, maladie qui pourra céder à notre médication. C'est dans ce but que nous avons fait pratiquer trois saignées, donner un vomitif, le kermès, etc. Nous continuerons l'emploi de ces moyens jusqu'à ce qu'il nous soit bien démontré qu'il existe des tubercules, auquel cas nous cesserions de tourmenter notre malade.

— Chez cette femme, les symptômes faisant chaque jour de nouveaux progrès, et l'état typhoïde se prononçant de plus en plus, deux vésicatoires ont été appliqués aux cuisses, mais sans aucun avantage. La mort est survenue quelques jours après leur application.

A l'autopsie, les poumons ne présentaient aucune trace de tubercules; il y avait seulement de l'engouement à leur partie postérieure, et des signes de catarrhe aigu. En examinant l'intestin, l'on aperçut des ulcérations des glandes de Peyer, larges mais peu nombreuses.

De la formation de la couenne dans le sang.

Nous allons vous entretenir quelques instans de la formation de la couenne dans le sang, sans toutefois nous arrêter aux conditions pathologiques qui peuvent hâter ou retarder ce phénomène.

Lorsqu'on saigne un animal herbivore, un bœuf, un cheval, etc., l'on observe, comme phénomène invariable, la formation de la couenne, à moins que l'animal sur lequel on opère n'ait été surmené, ou bien qu'il ne soit dans des conditions pathologiques typhoïdes, ou atteint de charbon, dans lequel cas le sang restant en dissolution, la couenne se forme moins souvent.

Le sang du cheval diffère du sang de l'homme sous le rapport des conditions physiologiques; cette différence consiste dans la coagulation plus facile dans le dernier que dans le premier.

En général, plus un animal est carnivore, plus aussi le sang se coagule promptement. Au contraire, ce phénomène sera d'autant moins évident que l'animal sera plus herbivore.

Cette différence de sang dans les différens genres d'animaux, se prouve par les expériences les plus simples.

Si, sur un chien, on ouvre une des premières divisions de l'artère carotide ou l'artère parotide elle-même, le sang, ordinairement, s'arrête spontanément. Et plus l'animal sera carnivore, plus aussi ce phénomène sera constant et facile. Chez le cheval comme chez l'homme, la section de cette artère est constamment suivie de mort.

Si l'on fait arriver dans une éprouvette longue et à plein jet le sang de l'homme et le sang du cheval, l'on verra que celui-ci restera plus long-temps liquide que le précédent.

Voyons maintenant l'influence des agens physiques sur la coagulation.

Le calorique est celui de tous les agens physiques que l'on a regardé comme ayant une action plus prononcée sur le phénomène qui nous occupe, et l'on disait que le sang de l'homme ayant, en sortant de la veine, une température de 32 degrés, perdait son calorique en tombant dans le vase, descendait à 20 ou 15 degrés et se coagulait. Conséquemment, avant les expériences auxquelles nous nous sommes livrés, conjointement avec M. Leblanc, l'on pensait que le refroidissement était la cause de la coagulation du sang. Eh bien, pour nous, cette cause c'est la mort du sang; c'est-à-dire qu'il se passe dans le liquide, une fois sorti des vaisseaux qui le contenaient, un véritable phénomène cadavérique.

Si la perte du calorique était, en effet, la cause de la coagulation du sang, en maintenant celui-ci à la température de l'économie, le phénomène n'aurait pas lieu. Or, nous avons placé une éprouvette dans de l'eau à 30 degrés, et nous y avons fait arriver un jet de sang d'un cheval, et la coagulation fut très rapide. Nous avons élevé la tempéaature graduellement jusqu'à 40 degrés, et le sang se coagulait en tombant dans l'éprouvette. Ainsi donc, en mettant le sang dans un milieu à une température qui lui est habituelle, il se coagule.

Nous avons fait l'expérience inverse: nous avons placé des éprouvettes dans de l'eau dont nous avons fait varier la température de 20 degrés à 0; nous y avons fait arriver un jet de sang, et nous avons pu voir que la coagulation se faisait d'autant moins bien que la température était plus près de 0. Arrivé à ce point, le sang ne se coagulait plus du tout; de telle sorte que nous avons conservé dans un bain de neige du sang liquide pendant quatre et cinq jours. Donc, la perte du calorique n'est pour rien dans la coagulotion du sang.

Est-ce à la perte du mouvement qu'il faut l'attribuer? Faites tomber du sang de cheval dans un bassin à 29 degrés; si vous l'agitez il se coagule sur le champ; c'est-à-dire que la partie fibrineuse se coagule, et qu'il ne reste plus de liquide que le cruor et le sérum.

Il faut revenir à ce que nous disions tout à l'heure, que la coagulation du sang est due à la mort de ce liquide.

Recherchons maintenant pourquoi, dans la coagulation du sang, la couenne vient toujours à la surface du caillot.

Voyez dans une palette le sang d'une personne atteinte de péripneumonie ou de rhumatisme articulaire; la couenne apparaît à la partie supérieure, tandis que la partie cruorique se précipite; c'est que la fibrine est des parties constituantes du sang la plus légère. Dès-lors il faut bien concevoir que ce phénomène ne peut avoir lieu qu'après un certain temps; mais si la coagulation du sang se fait avec rapidité, la fibrine alors se trouve enveloppée dans les mailles du caillot, et ne peut, par conséquent, apparaître à la surface. Ainsi, toutes les fois que vous constaterez l'existence de la couenne, vous pourrez dire que le sang, en se coagulant, s'est trouvé dans des conditions de temps convenables pour que le cruor ait pu se précipiter et la fibrine venir à la surface. Ce phénomène s'accomplit aussi avec d'autant plus de facilité, que la sérosité du sang qui tient en dissolution la fibrine et le cruor sera plus abondante.

En effet, c'est à l'état plus grand de dissolution du sang et à la persistance de la liquidité, qu'est due l'apparition de la couenne, celle-ci sera en quantité d'autant plus grande que ces conditions physiques du sang seront elles-mêmes plus prononcées. Nous avons gradué des éprouvettes par centimètres, nous les avons placées dans de l'eau, dont la température variait de 29 degrés à 0, nous y avons fait arriver le sang du même animal, et nous avons vu que la couenne, qui n'était que d'un centimètre à 25 degrés, présentait, à 0, son summum d'épaisseur: à cette température la couenne était toujours la même; celle-ci diminuait en raison de l'élévation de la température.

Dans le sang qui présente le moins de couenne, la coagulation s'est faite avec rapidité; ainsi, la couenne augmente en raison du temps que le sang met à se coaguler. Si, prenant le sang peu couenneux et mettant dans l'eau sa partie cruorique, vous battez celle-ci à l'aide d'un balai, vous retrouverez en plus la quantité de fibrine que vous aviez en moins dans la couenne. Dans le sang qui se coagule promptement, le cruor, ainsi que nous l'avons dit, contient toujours presque toute la fibrine du sang.

Vous voyez donc que dans le rhumatisme et la pneumonie, la couenne ne dépend pas, ainsi qu'on le croit généralement, de la plasticité du sang, mais bien de sa liquidité et des autres conditions physiques qui permettent au cruor de se précipiter plus facilement; mais il ne s'ensuit pas que, dans ces circonstances, le sang ne contienne pas une plus grande proportion de fibrine; au contraire, les expériences de MM. Andral et Gavarnet démontrent que la proportion de fibrine augmente dans le rhumatisme comme dans la pneumonie. Ce que nous avons constaté, c'est que le sang est plus couenneux parce qu'il est plus liquide, et cette assertion repose sur un très grand nombre d'expériences que nous avons faites conjointement avec M. Leblanc, et dont nous avons rendu compte dans un journal de médecine vétérinaire il y a plus de dix ans.

Cet autre point a été agité; à savoir si la sérosité tenait la fibrine en dissolution. C'est une chose que l'on peut démontrer avec la plus grande facilité; et ce fait, que nous avions mis hors de doute dans notre mémoire, n'a plus aujourd'hui de contradicteurs.

DISCOURS PRONONCÉS SUR LA TOMBE DU PROFESSEUR SANSON, LE 4 AOUT 1841.

M. Roche. Messieurs, il est des hommes qui, dès leur naissance, semblent marqués du sceau d'une inexorable fatalité. Naître pour souffrir, vivre pour lutter incessamment contre l'adversité, puis mourir au moment où, à force de talent, de persévérance et de courage, ils sont parvenus à dompter la mauvaise fortune, telle paraît être leur triste et inévitable destinée. Cette prédestination fatale pèse sur toute leur existence; elle les domine, les asservit, les enchaîne, les pousse dans une voie de souffrances et de combats dont elle ne leur permet pas de s'écarter un seul instant; puis, un jour, et comme irritée de la résistance, elle les prend, les étreint, les brise, et les jette tout meurtris dans la tombe.

Ces hommes portent sur leur physionomie l'empreinte de la douleur et de la tristesse, comme ils portent dans les relations sociales l'humeur chagrine et l'énergique impatience des souffrances et des luttes journalières. Mais fouillez sous cette écorce, et voyez quels trésors elle recouvre. Bons et compâtissans, parce qu'ils ont beaucoup souffert; francs et sincères, parce qu'ils ont été souvent victimes de la fourberie et du mensonge; loyaux et probes, parce qu'ils ont eu à s'indigner chaque jour contre le succès insolent de l'intrigue et de l'improbité; justes jusqu'au fanatisme, impartiaux jusqu'à l'injure, parce qu'ils ont eu toujours à se plaindre de l'injustice du sort et des hommes à leur égard; épurés en un mot par la souffrance et le malheur comme les métaux précieux par la fournaise; tels sont ces hommes, et tel fut, Messieurs, celui dont nous déplorons aujourd'hui la perte prématurée, tel fut notre collègue, notre ami, Sanson..., professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et de plusieurs autres sociétés savantes de la France et de l'Étranger, chirurgien consultant du roi, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Légion-d'Honneur.

N'attendez pas, Messieurs, que je déroule ici le tableau de sa vie, trop courte pour la science et l'enseignement, trop courte, hélas! pour l'amitié, et cependant si pleine de travaux importans et de bons exemples. Les arides détails d'une biographie étoufferaient votre émotion et la mienne, et j'ai besoin de lui laisser un libre cours auprès de la tombe d'un ami si cher, et d'un collaborateur de vingt années. Et vous le désirez sans doute aussi, Messieurs; vous, ses amis, qui sentez si douloureusement l'immensité de la perte que vous venez de faire; vous, ses collègues à l'Ecole et à l'Académie de médecine, qui regrettez si profondément cet excellent, et digne, et honorable collègue; et vous, ses élèves, pressés en foule autour de cette tombe pour lui rendre un dernier et pieux devoir, et qui perdez en lui un maître habile entre tous, l'héritier des préceptes et des traditions du célèbre Dupuytren, dont il fut le disciple de prédilection et le digne successeur dans l'enseignement, un guide sûr et dévoué, un ami, presqu'un père, et le modèle de toutes les qualités qui font l'honnête homme et le grand chirurgien.

Je ne vous apprendrais rien sur cette vie si pure, et pourtant si tourmentée, passée presque toute entière dans la souffrance, le travail et les privations, et terminée par la plus longue et la plus cruelle agonie. Et vous tous, vous n'êtes venus ici que pour ré-

---

je l'ai été: Vous savez que MM. Velpeau et Blandin ont *inventé* des aponévroses; vous avez connu mieux que moi cet infortuné Thomson, qui a passé sa vie à *inventer* des feuillets aponévrotiques, ce qui l'a conduit au suicide. Eh bien! moi, j'ai inventé des vaisseaux dans le crâne, ce qui va me conduire a un procès en contrefaçon. Voici comment: Je veux un jour démontrer les vaisseaux de mon invention; on m'ouvre un amphithéâtre de la capitale; on me livre un cadavre. Mais au moment où j'allais pratiquer une incision au cou, et découvrir la carotide afin d'injecter les vaisseaux de la tête, une main amie arrête la mienne et me dit: — Malheureux Lyrac, tu vas te faire un procès ruineux. C'est par-là qu'on embaume maintenant, et l'inventeur du nouvel embaumement a pris un brevet d'invention. — Je le sais, ai je répondu; aussi ne me servirai je pas de l'injection, qui est la propriété d'un homme auquel j'ai toujours désiré beaucoup de cadavres opulens. — Mais, mon cher, l'incision que vous allez faire est aussi la propriété de l'embaumeur. — Ce qui ne m'a pas empêché de la faire. — Maintenant, mon cher confrère, dites-moi si j'ai été tout simplement mystifié, ou si j'aurai un procès. Je préférerais le procès, car j'aurai l'occasion ainsi de prouver mon érudition en plein tribunal; je prouverai, je l'espère, à force de recherches, que l'incision oblique du cou, selon la direction du sterno-cléido-mastoïdien, a été faite un peu avant la révolution de juillet, et j'espère, par ce procès, gagner ce que vos feuilletons m'auront fait perdre dans mon arrondissement. Mes concitoyens verront que la plume n'a pas été ma seule occupation pendant mon séjour à Paris.

Ce séjour aura été aussi marqué par une grande, une imposante cérémonie: le 21 de ce mois, on inaugure la statue de Broussais au Val-de Grâce, là où son génie a brillé, là où il tonnait contre les vieux systèmes qu'il a ébranlés. On dit qu'il se prononcera force discours; je n'en écouterai que deux, celui de M. Cayol et celui de M. Bousquet. Je serai sourd à la parole des élèves de Broussais, parce qu'ils disent toujours la même chose, et ils le disent mal. J'excepte cependant le *médecin du cœur* (style du grand monde), parce que celui-ci est un maître; il a su parler noblement et éloquemment sur la tombe de Dupuytren. Devant la grande figure de Broussais, il ne lui sera pas difficile de trouver de ces inspirations qui le font applaudir à la Charité et à l'Académie.

Je voudrais tirer tout le parti possible de mon voyage. Je sais la loucherie, la strabotomie; je voudrais exploiter un peu *le paquet cacheté*, car il a un grand succès dans le monde, surtout pour acquérir une forte dot. Dernièrement on parlait, dans un salon, d'un jeune médecin qu'on voulait marier à une riche héritière; on faisait surtout valoir *son paquet cacheté*. M. D..., disait-on, a *un paquet cacheté* à l'Institut; ce paquet renferme une grande découverte: on brisera le cachet après le mariage. — Pourquoi pas avant, ai-je dit? — Taisez-vous donc, me dit un ami du prétendu, vous allez rompre le mariage. Quoique provincial, je compris l'ami du prétendu et tout le parti qu'on peut tirer d'*un paquet cacheté* Aussi j'en ai confectionné un en toute hâte, non pas pour me marier, mais pour donner à vos lecteurs le plaisir d'en lire le contenu, et pour me donner à moi même des airs d'inventeur pendant une seule semaine. Je ne le déposerai pas à l'Institut, parce que je ne veux pas que mon nom coure les colonnes des journaux politiques, littéraires et musicaux; il y en a bien assez de votre feuilleton. Ce paquet, je le dépose sur votre bureau; vous l'ouvrirez mardi prochain, et on verra.

Dr Lyrac.

pandre quelques larmes sur son cercueil et lui dire un triste et dernier adieu.

Adieu donc Sanson. Adieu, adieu, homme de bien, de cœur, d'intelligence et de savoir... Adieu !

M. Gerdy. Messieurs, il n'y a rien de plus grand que l'honnête homme ; de toutes les vertus et de toutes les qualités qui honorent l'humanité, il n'y en a point de supérieures à celles de la probité, de la justice, de la fermeté et de l'honnêteté qui les comprend toutes, parce qu'il n'en est point par laquelle l'homme s'élève davantage au-dessus des penchans irrésistibles de la brute, et se rapproche autant de l'idée que l'on se fait des perfections de la divinité.

Il y a, entre autres, dans l'homme deux natures toujours en lutte depuis le moment où il commence pour ainsi dire à ouvrir les yeux à la lumière jusqu'à celui où la mort vient les lui fermer : une nature supérieure, qui semble venir d'en haut, comme si elle descendait de la divinité ; une nature inférieure, qui vient d'en bas et tient de l'animalité. A la première se rapportent les qualités de l'honnête homme, de l'homme d'élite qui s'élève au-dessus de l'égoïsme, au-dessus d'une ambition immodérée et sans frein, qui marche droit et avec fermeté dans les voies si difficiles, si épineuses de la haute probité ; de la seconde viennent les fautes de l'homme faible et sans vertu, de l'homme ordinaire qui chancelle, trébuche, tombe à chaque pas et ne se relève que pour tomber encore.

Sanson, Messieurs, Sanson que nous pleurons en ce moment, Sanson, dont il ne nous reste plus que l'enveloppe inanimée, était l'homme d'élite, l'homme probe, l'homme juste, ferme et pour tout résumer en un mot, l'honnête homme dont je viens de parler.

Ses qualités ressortent avec éclat de l'histoire de sa vie de labeur et de souffrance, car il n'est pas né au milieu des délices de la fortune ; la carriere n'a pas été pour lui semée des fleurs qui en rendent le trajet agréable ; elle a éte remplie d'épines et d'obstacles incessamment, renaissans, et, malgré les douleurs qu'il y rencontrait à chaque pas, malgré les mauvais exemples, si communs de nos jours, il l'a parcourue toute entière, avec un courage et une fermeté héroïques, avec la douceur et la résignation d'un ange, sans chercher jamais aux dépens de la vertu à suivre une voie plus douce et plus commode. Cette courageuse et ferme persévérance dans le bien, cette horreur de ce qui est mal à l'époque de corruption sociale où nous vivons, voilà, Messieurs, ce qui ne peut être assez loué et assez honoré, et sur quoi je veux, pour ainsi dire, appeler exclusivement votre attention. Aussi je laisserai en ce moment à des voix plus éloquentes célébrer ses vastes et solides connaissances, la sûreté de son tact et de son jugement, sa grande habileté de chirurgien, les ouvrages et les découvertes dont il a enrichi notre art ; d'autres encore, pourront sonder la profondeur de la perte que la science, les pauvres et l'humanité souffrante viennent de faire en sa personne, je veux, moi, me borner à vous esquisser l'histoire de sa vie pour en montrer a vos yeux la partie la plus honorable si non la plus brillante.

Louis-Joseph Sanson, connu parmi nous sous le nom de Sanson aîné, pour le distinguer de son frère, si distingué lui-même par la variété de ses connaissances, naquit à Paris le 25 janvier 1792, au milieu des orages de notre première révolution, de parens livrés au commerce. Il fut sur le point de devenir un planteur des Antilles ; mais par bonheur pour la chirurgie française, la guerre maritime le retint à Paris. Il y fit ses études dans une pension particulière et au collége Sainte-Barbe. M. Ruffin, alors chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, détermina les parens du jeune Sanson à lui faire suivre la carrière de la médecine. Nommé par concours élève externe dans les hôpitaux en 1807, Sanson devint interne par concours en 1808. Il passa alors à l'Hôtel-Dieu sous Pelletan et particulièrement sous Dupuytren. Si les bons exemples ne manquèrent pas à l'élève, l'élève capable de les recueillir et de les propager ne manqua pas au maître ; aussi Dupuytren se l'attacha-t-il bientôt comme prosecteur. Sanson se distingua par son exactitude à remplir ses devoirs et par son habileté d'anatomiste qui lui préparait la main à une habileté plus difficile, plus précieuse encore, et faisait entrevoir le grand chirurgien dans le prosecteur habile.

Néanmoins, l'indépendance naturelle de Sanson ne put s'asservir assez aux exigences impérieuses de son maître, pour qu'ils restassent parfaitement et long temps unis; il y avait d'ailleurs trop d'opposition dans leurs caractères pour que leur liaison ne fût pas troublée de temps en temps, par quelques déchiremens ; aussi le prosecteur finit-il par quitter le professeur. Cependant toute relation d'amitié ne fut pas rompue : Dupuytren estima toujours les talens et les qualités de Sanson, Sanson resta toujours l'admirateur des talens de Dupuytren et son ami sincère.

Cependant les grandes et terribles guerres de l'empire moissonnaient en France les générations en herbe : le tour de Sanson était venu de payer à la défense de la patrie le tribut que des enfans doivent à la mère commune ; Sanson partit, et pour utiliser ses connaissances et son habileté chirurgicales, si précieuses alors, Percy le nomma chirurgien aide-major du 2e corps de l'armée d'observation du Rhin. C'était le 20 février 1813. Il fit successivement les campagnes d'Allemagne et de France; le soleil de l'empire un instant éclipsé par les nuées qua le nord avait poussées sur la France, Sanson rentra dans ses foyers ; mais à la réapparition de l'astre de la France guerrière, Sanson se retrouva sur les champs de bataille où Napoléon jetait ses derniers feux et brillait d'un éclat qui s'éteignait.

Sanson, en rentrant dans la vie civile, retourna aux hôpitaux et à l'étude. Il devint docteur en chirurgie le 18 décembre 1817, après avoir soutenu sur la taille *recto-vésicale*, qu'il avait l'honneur d'avoir inventée, une des thèses les plus remarquables de l'époque. En 1820, lui qui était pauvre jusqu'à la nécessité, devint chirurgien des pauvres d'un dispensaire et d'un bureau de charité. Il faisait la charité, quand il aurait eu besoin qu'on la lui fît.

En 1822, il écrivit pour vivre, mais avec la conscience sévère de l'écrivain honnête qui voit dans la presse un ministère sacré dont on doit d'autant moins abuser qu'il est plus puissant. Alors, réuni à notre honorable confrère, M. Bégin, Sanson ajouta de savantes notes à la médecine opératoire du professeur Sabatier. Devenu chirurgien du Bureau central par concours, Dupuytren l'appela à l'Hôtel-Dieu comme chirurgien en second. Bientôt, il publia, de concert avec notre honorable confrère, M. Roche, un nouvel ouvrage, un traité complet et élémentaire de pathologie médicale et chirurgicale, qui a été et est encore fort utile par sa clarté, son exactitude et sa précision.

Nommé par concours agrégé à la Faculté de médecine de Paris en 1830, et chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, il se livrait tout à la fois avec ardeur à l'enseignement théorique et pratique de la chirurgie, et à des publications chirurgicales nombreuses dans le Dictionnaire en 15 volumes, dont elles forment les articles les plus importans et les plus remarquables Et lorsque Dupuytren, parvenu à la fin de sa carrière, mourait en détail, Sanson suffit à ses fonctions de chirurgien, et à celles de Dupuytren comme chirurgien et comme professeur.

Aussi ces succès et ceux qu'il obtint dans les concours de la Faculté lui en ouvrirent-ils les portes à une grande majorité en 1836. Aussi me rappellerai toujours avec un véritable bonheur d'avoir contribué alors à récompenser tout à la fois dans sa personne un homme de talent et par dessus tout un honnête homme.

On pouvait alors espérer de voir cesser, pour notre honorable et excellent collégue, cette vie austère, mal aisée et malheureuse que les plaisirs de l'amitié et de la famille purent seuls adoucir, seuls distraire et égayer. Le destin, un destin fatal et funeste, en avait décidé autrement, et comme si pour lui il eût cessé d'être aveugle pour être méchant, injuste et cruel, quand sa persévérance et son talent venaient de lui ouvrir les portes de la Faculté, quand généralement aimé et estimé, la Fortune vaincue, lui devenait enfin favorable et lui ouvrait ses trésors, son mauvais destin le frappa, au milieu des plus riantes espérances, d'une maladie longue et douloureuse qui le paralysa de la moitié inférieure du corps et mit plus d'un an à le faire mourir.

Sanson, qui jusqu'alors avait montré le plus beau type de l'homme honnête et modeste, devint un modèle de résignation, et mourut comme un philosophe antique après avoir vécu avec l'austérité d'un sage.

Si, comme je le crois et comme je le disais en commençant, il y a dans l'homme deux natures toujours en lutte, l'une supérieure qui semble descendre du ciel et fait l'honnête homme, l'autre inférieure qui vient de la terre, Sanson fut un de ces hommes supérieurs, un de ces hommes d'élite dont on trouve trop peu d'exemples dans l'histoire de l'humanité, qu'ils honorent beau coup plus encore par leur sagesse et leur honnêteté que par les brillantes qualités de l'esprit et les lumières de l'intelligence.

M. Royer-Collard. Messieurs, nous n'étions que trop avertis du coup funeste qui vient de nous frapper. Depuis long-temps l'arrêt était porté ; nous suivions chaque jour des yeux les progrès d'un mal sans remède ; et, en présence de cette lente agonie, dans la muette résignation d'une douleur qui a perdu toute espérance, nous en étions réduits à implorer ce moment suprême où cessent enfin les souffrances avec la vie. Et cependant, maintenant que tout est fini, nous voici arrêtés et immobiles devant cette tombe, comme étonnés, comme surpris, en quelque sorte, par un événement subit et que personne n'aurait dû prévoir.

C'est qu'il n'y a point de préparation suffisante pour de si tragiques catastrophes ! c'est qu'on ne saurait se faire à cette idée de voir disparaître à tout jamais un homme dont l'existence semblait être devenue nécessaire non seulement à ceux qui lui survivent, mais à la science, qui est de tous les temps, à l'exemple des vertus humaines sur la terre, et, le dirai-je ? à la manifestation de l'éternelle justice de la Providence !

Pendant trente années de lutte, de pauvreté, de travaux pénibles et obstinés, M. Sanson s'était vu retardé par mille obstacles de toute nature, et, il faut le proclamer à sa louange, par l'excès peut-être de sa modeste et consciencieuse délicatesse. Enfin, les barrières tombaient devant lui ; il arrivait à cette célébrité qui n'est si souvent que le mensonge de la gloire, mais sans laquelle la gloire elle-même manque aux plus dignes. La supériorité de son mérite n'était plus contestée. Pour les élèves, il était un guide infaillible ; pour les maîtres, le plus précieux appui, le plus sûr conseil ; pour tous, il représentait, presque à lui seul, la tradition vivante de la grande école où il s'était formé, maintenant, hélas ! morte avec lui et descendue dans le même tombeau ! Qui de nous ne s'est réjoui de ce succès si légitime ? C'était comme un soulagement pour les âmes honnêtes, que cette récompense tardive accordée au savoir et à la probité. Mais voilà que, par un de ces retours soudains, de ces terribles jugemens qui semblent faits pour confondre toutes nos pensées, tout d'un coup la mort vient le saisir, dans le moment de sa plus grande force et sur le seuil même de son triomphe !

Et quelle mort, Messieurs ! une mort qui dure plus d'une année, dans laquelle tout se détruit, se décompose à petit bruit et sans relâche ! Et, au milieu de cet anéantissement graduel, l'âme seule, encore toute vivante, assistant à la ruine du corps, aussi ferme, aussi courageuse que douce et tendre devant ce qu'elle aime ; toujours noble, simple, vraiment héroïque !

Je laisse à d'autres le soin de vous dire quelle fut la vie de M. Sanson, et les phases diverses de sa carrière ; je ne me sens pas le cœur de n'être aujourd'hui qu'un biographe. Ce n'est pas, d'ailleurs, en qualité de collègue que j'ai voulu apporter ici ce dernier hommage ; c'est à titre d'élève respectueux et reconnaissant; c'est au nom de mes anciens amis et condisciples de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs, il y a six ans à peine que Dupuytren est mort. Quand nous fermions les yeux de notre illustre maître ; quand il semblait à tous que la chirurgie aussi venait de périr, nous, à travers notre profonde douleur, nous gardions encore quelque courage. Nos regards alors se tournaient vers M. Sanson. Le monde, les savans même l'ignoraient ou lui refusaient justice ; mais nous avions appris à le connaître, et nous comprenions que le jour était proche où il fallait que la vérité se fit sentir, et que l'excellence de notre école et de nos maitres éclatât enfin à tous les yeux. Notre confiance n'a pas été trompée. Vous avez vu M. Sanson ; vous savez s'il s'est trouvé digne de recueillir et de porter ce grand héritage ! On eût dit qu'entre ses mains les saines doctrines parûssent plus nettes et plus sûres, et qu'elles empruntassent du caractère même de l'homme cette autorité morale que le génie à lui seul ne peut obtenir.

Quel vide, Messieurs, après une telle mort ! Qui nous rendra, je ne dis pas son savoir et son talent, ce n'est pas là ce qui manque aujourd'hui, mais cette rectitude admirable de jugement, cette prudence ferme et décidée, et surtout cette mâle et généreuse probité que son nom même semble respirer, seule garantie dans un si terrible ministère, et sans laquelle la science elle-même, livrée en proie à des ambitions agitées et avides de bruit, quelquefois à de viles passions, peut devenir dangereuse et presque criminelle ? Cette perte, Messieurs, est irréparable ; et, je ne crains pas de le dire, elle devient, dans cette tristesse des temps, un véritable malheur public.

Que, du moins, l'émotion douloureuse qu'elle nous cause, les larmes qu'elle nous arrache, soient pour tous une leçon utile et un avertissement sévère ! Que la mémoire de l'honnête homme et du savant nous reste toujours chère et toujours sacrée ! Montrons-nous dignes d'avoir eu de tels maîtres ; non seulement par notre deuil et par le témoignage d'une douleur stérile, mais par le souvenir de leurs enseignemens et l'émulation de leurs exemples !

M. Bourjot Saint-Hilaire. Messieurs, vous qu'un même sentiment, celui de l'estime, a réunis autour de cette tombe qui va se fermer, pour rendre à M. J. Sanson un pénible et pieux devoir, vous permettrez à l'un de ses élèves, qui a le mieux pu comprendre et apprécier ce noble caractère, de vous en offrir les principaux traits.

La perte que la Faculté, que l'Académie, de médecine, que l'art et la dignité de la profession chirurgicale viennent de faire, surtout si vous la considérez sous le côté moral, est on peut dire immense ! Nous ne relèverons pas ici les titres à la gloire scientifique de J. Sanson : nous y reviendrons ailleurs et plus tard.... Qu'il suffise aujourd'hui de vous dire que l'homme qui est là devant vous, attendant un jugement et un adieu, fut toujours stoïquement sage et loyal Une existence sociale long temps pauvre, plus tard difficile, jamais riche, à peine aisée à ses derniers jours, mais honnête, mais laborieuse, mais modeste, fut parcourue par lui.

Sanson fut un de ces types de pureté de mœurs, de vertus privées, de modération dans les désirs, que la Faculté doit être heureuse et fière de montrer comme un bel exemple à suivre à la jeune génération médicale...

En effet, la chirurgie, ce terrible ministère qui comporte à la fois les deux actes les plus sévères pour la conscience, d'une part le jugement sur la nécessité de l'opération au point de vue de la prévision scientifique ; d'un autre côté de la balance, l'intérêt d'honneur, de réputation, d'or à recevoir pour salaire, la chirurgie exige une vertu trois fois forte de celui qui ne veut pas compromettre légèrement la vie de son semblable, de celui qui craint de se trouver coupable dans le for intérieur d'un de ces homicides à prix d'argent d'autant plus exécrables, que le crime se cache et reste impuni derrière les excuses de l'art.

Oh ! je me rends garant, et vous tous avec moi, pour notre ami, votre collègue, notre maître, que ses mains sont restées aussi pures qu'habiles ; qu'il est sorti de la vie net de tels actes, et que la justice divine, *qui scrute les reins et les consciences*, ne peut le trouver coupable d'avoir été l'un de ces hommes *dont la droite est pleine d'iniquités, et dont la gauche est pleine de présens.*

Ici, au moment de cette séparation temporaire, ce verdict favorable que nous rendons, que Dieu sanctionnera et rendra exécutoire en ouvrant à Sanson une vie meilleure, doit suffire à son repos. Heureux celui que ses frères absolvent, Dieu les absoudra à son tour. Voilà pourquoi vos jugemens à cette heure suprême sont utiles et graves.

Sanson fut un homme de labeur. Jeune, il accompagna nos soldats malheureux depuis les désastres de Leipsick jusqu'aux derniers jours de la lutte de l'empire, à Lafère, à Montmirail, sous les murs de Paris. Rentré dans la vie civile, il fut plus longtemps qu'il n'aurait dû l'être attaché aux travaux pénibles du cabinet. Plus tard, placé au premier rang de la chirurgie française, Sanson se montra un chirurgien d'une haute moralité. Voilà aujourd'hui notre jugement sur lui, le suffrage qu'il vous demande. Viennent demain les éloges académiques, pour vous le montrer complet dans son art.

Nous n'avons plus qu'à dire aux restes inanimés de notre maître, de votre collègue un dernier adieu, qu'à les confier à la terre. Qu'ils y reposent en paix sous la tutelle d'une conscience sainte. J'ai dit. — Adieu !

M. Pigné. Messieurs, après les éloquentes paroles que vous venez d'entendre, je n'oserais parler de Sanson, si je n'étais soutenu par l'amitié vive qu'il me témoignait et par le dévouement illimité qui m'attachait à lui.

Quoique mon ame soit brisée par les émotions douloureuses de ces derniers temps, je trouverai assez de force pour faire connaître son beau caractère à ceux qui ne l'ont pas connu, et je suis certain d'avance que ceux qui furent assez heureux pour l'approcher ne trouveront aucune exagération dans le portrait dont je ne tracerai ici qu'une simple esquisse.

Louis-Joseph Sanson naquit à Paris le 24 janvier 1790. Ce fut au milieu de la tourmente révolutionnaire et du tumulte des rues qu'il passa ses premières années, et à l'âge de neuf ans il entra dans une institution, où, pendant trois ans, il reçut les premières notions de la langue latine ; à l'âge de treize ans, c'est-à-dire en 1803, il obtint l'autorisation de se livrer aux études chirurgicales ; en 1805, il fut nommé externe des hôpitaux et placé à l'Hôtel-Dieu. Il devint alors l'un des prosecteurs du cours d'anatomie pathologique de Dupuytren, qui bientôt le nomma prosecteur unique. En 1807, il devint interne des hôpitaux ; en 1813, il partait pour la campagne de Saxe, attaché aux ambulances de la vieille garde ; ce fut à la bataille de Bautzen qu'il éprouva les premières atteintes d'une affection rhumatismale, dont il s'est ressenti toute sa vie, et qui devint plus intense par suite des fatigues et de la pluie qui accablèrent notre brave armée à la bataille de Waterloo.

Quelques jours plus tard, nous le retrouvons à la bataille de Paris ; après la capitulation de Paris, il accompagne à Fontainebleau les débris de l'armée ; et, après l'abdication de Napoléon, il accompagne encore nos héroïques soldats sur les bords de la Loire. Cette dernière armée impériale est licenciée, et Sanson revient à Paris, rentre dans la chirurgie civile, et reprend les cours d'anatomie qu'il faisait avec éclat avant son départ pour l'armée.

En 1817, il est reçu docteur en chirurgie ; en 1823, membre du bureau central des hôpitaux ; en 1825, chirurgien en second de l'Hôtel Dieu ; en 1830, professeur agrégé à la Faculté ; en 1833, membre de l'Académie de médecine ; en 1836, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, et meurt le 1er août 1841.

Je ne vous parlerai pas plus au long de sa vie ; on vient de vous retracer les périls et les dangers qu'il courut dans sa carrière militaire, les travaux et les fatigues qui vinrent l'assaillir dans sa carrière civile. Sa vie entière ne fut qu'un long combat ; quelques-uns d'entre vous partagèrent avec lui les dangers du champ de bataille, et ceux-là savent combien alors son courage grandissait avec les périls, et combien les revers de nos armées réveillaient en lui de force et d'énergie. La plupart d'entre vous ont depuis assisté à ces luttes nombreuses qui, sans offrir autant de dangers, ne nécessitaient pas une moindre énergie, une moindre persévérance ; en est-il un seul, juge ou compétiteur, qui, à chaque lutte nouvelle, n'ait rencontré en lui des forces nouvelles ? Chaque combat nouveau le retrouvait armé de nouvelles pièces, et ses forces morales, au lieu de se laisser abattre par l'insuccès, semblaient au contraire grandir et acquérir une puissance nouvelle.

Pendant toute sa carrière, qui fut courte, mais bien remplie, Sanson n'a pas démenti un seul instant le caractère indépendant qui le distinguait dans sa jeunesse : il fut toujours ferme, souvent sévère, mais jamais inflexible ; c'est que, à la justice et au senti-

ment profond du devoir, qui lui faisaient réprimander les écarts, il joignait la bonté, qui lui faisait pardonner les fautes qu'on avait commises.

Si les paroles qu'il adressait à ceux qui manquaient à leurs devoirs étaient parfois dures, elles étaient toujours tempérées par quelques mots conciliateurs; et, quelque rudes que fussent quelquefois ses reproches, on les lui pardonna toujours, parce qu'ils étaient bientôt suivis de paroles qui annonçaient la paix et promettaient l'oubli du passé. Plusieurs d'entre nous l'ont vu rétracter en public des reproches immérités et même (chose courageuse et rare!) faire spontanément des excuses, dès qu'il reconnaissait ses torts.

La flatterie n'effleura jamais ses lèvres. Il la méprisa toujours chez les autres; fier envers les puissans, il sut, toutes les fois que l'occasion s'en présenta, descendre au niveau de ses inférieurs. Mieux que personne, il sentit que, suivant ses propres expressions, les sollicitations ravalaient celui qui les faisait et dégradaient celui qui les recevait. Que de tribulations le culte de cette vérité ne lui a-t-il pas préparées! Que d'amertume ne lui a-t-il pas ait éprouver!

Elève externe, son zèle, son exactitude et son intelligence le faisaient remarquer de ses chefs, au point que Dupuytren le proposait pour modèle à ses camarades.

Il était interne lorsque Lerminier écrivait, en parlant de lui: « Il s'annonce comme devant être un jour un sujet précieux dans l'art de guérir. »

Praticien, il se souvint toujours qu'il avait été nourri à l'école du positivisme le plus pur; aussi ne donna-t-il jamais rien au hasard. S'il n'eût pas le génie innovateur, il possédait au suprême degré un grand sens chirurgical qui lui faisait discerner avec une merveilleuse sagacité ce qui, dans les inventions modernes, pouvait être applicable sans danger, de ce qu'elles pouvaient avoir de funeste. Sa sagesse et sa prudence bien connues faisaient rechercher ses conseils, même de ceux qui publiquement cherchaient à porter atteinte à sa réputation.

Dans les concours il fut toujours redoutable par l'étendue de ses connaissances, par la solidité de ses argumentations, par la justesse de son jugement et la rapidité de son esprit investigateur.

Comme professeur, il inspira toujours le respect, parce que, grave et sérieux en public, il ne donna jamais prise à la plaisanterie; il n'inspira jamais de crainte, parce qu'on avait foi en sa justice. Il manifesta toujours sa pensée sur les opinions d'autrui, mais il ne le fit qu'avec décence, et méprisa toujours ceux qui, sous prétexte d'instruire la jeunesse, cherchent à faire passer en elle et la jalousie qui les anime, et les passions mauvaises qui les agitent.

Il commit peut-être moins d'erreurs que qui ce soit, et il en a avoué plus que personne. Loin de les pallier, il les rappelait souvent, pour les faire servir à l'enseignement de ses auditeurs. S'il n'eut pas le talent de la parole, nul ne fut plus méthodique; nul mieux que lui ne sut débarrasser ses leçons et ses écrits de toutes ces phrases sonores qui fixent momentanément l'attention, mais ne laissent rien après elles. Son style toujours pur, toujours clair, était à la portée de toutes les intelligences.

Enfin, il fut trop loyal pour jamais s'attribuer les idées d'autrui; il fut trop généreux pour se plaindre des larcins qu'on lui faisait.

Si maintenant nous l'examinons dans son intérieur, nous verrons cet homme si froid, si impassible en public, laisser sur le seuil du toît domestique cette écorce rude qui enveloppe celui qui a été souvent victime de l'injustice et le jouet d'une fortune contraire. Nous le verrons admettre peu de personnes dans son intimité, mais leur accorder une confiance illimitée: alors il était gai, expansif, d'une cordialité rare; mettant son cœur à découvert, il caractérisait par un mot, quelquefois par un geste, et les principaux faits de l'époque et les sommités scientifiques et politiques du jour. Il aimait, dans la conversation, à revenir sur les premières années de sa vie, à rappeler les combats, quelquefois même sanglans, que se livraient les enfans de son âge, et auxquels il ne manquait jamais de prendre part. Souvent aussi il racontait avec complaisance les faits dont sa carrière militaire l'avait rendu témoin, et riait avec bonheur des espiègleries dont il avait été l'objet, et de celles qu'il faisait aux autres.

Avec des talens supérieurs et incontestés, avec une vertu digne des temps antiques, Sanson vécut pauvre, parce qu'il fut modeste; et, au moment où il entrevoit le bonheur et la fortune, il est brusquement arrêté dans sa carrière, et meurt n'ayant goûté aucun des plaisirs de la vie, et n'en ayant connu que les soucis et les misères.

Ses titres scientifiques nous restent; ils sont entre les mains de tous; ses ouvrages sont devenus classiques; mais ce qui nous est enlevé, ce que le cercueil renferme, ce que nous pleurons aujourd'hui, c'est un homme probe et consciencieux; un savant profond et modeste, un praticien éclairé, sage et désintéressé; un critique sévère, franc et toujours impartial; un ami sûr et dévoué, un citoyen sans tâche et sans faiblesse.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 9 août.

M. Larrey continue et termine la lecture de son mémoire relatif a l'extirpation de la glande parotide, et dont nous avons déjà rendu compte.

— M. Duméril fait un rapport favorable snr un travail manuscrit de M. Jobert de Lamballe concernant les nerfs de la matrice et la cautérisation du col de cet organe. Nous publierons ce rapport.

— M. Civiale soumet au jugement de l'Académie un nouveau mémoire manuscrit intitulé: De l'hématurie. L'auteur soutient que ce phénomène morbide se rattache presque toujours à la surdistension (textuel) mécanique des parois de la vessie par la présence de l'urine ou de tout autre corps, et que le meilleur moyen de le combattre consiste à écarter les obstacles qui empêchent la libre sortie de l'urine.

— M. Julien adresse un échantillon de la terre dont les Chinois se servent pour aliment en temps de disette. C'est une terre d'apparence calcaire, sous forme concrète, en masse, facile à pulveriser, et qui offre un peu le goût de la réglisse sur la langue. (Commission.)

— M. Duméril fait un simple rapport verbal, sans présenter de conclusions, sur un appareil présenté par M. Mayor, destiné à donner des bains partiels. M le rapporteur pense que cet appareil peut être utilement employé dans certains cas.

— M Blacke, médecin à Londres, écrit pour faire connaître les expériences qu'il a faites dans le but de résoudre cette question: Les poisons agissent-ils par leur contact sur les nerfs, ou par leur transport dans les vaisseaux de la circulation? Cette dernière opinion lui paraît seule admissible dans l'état actuel des connaissances, ce qui était parfaitement connu par une foule de travaux anciens et modernes. M. Blacke a été par-là conduit à étudier le temps que les corps introduits dans les vaisseaux sanguins mettent pour arriver au cœur; il a fait pour cela usage de l'instrument de M. Poiseuille, et est arrivé à cette conclusion: que, pour passer de la veine jugulaire aux artères coronaires du cœur, les corps mettent chez le cheval 16 secondes, chez le chien 10 secondes, chez le lapin 4 secondes, chez le poulet 6 secondes. La strychnine ne fait pas exception à ces lois.

L'usage fréquent des vésicatoires dans le traitement des maladies aiguës ou chroniques, et la nécessité de les entretenir pendant un temps plus ou moins long, suggérèrent à M. Albespeyres, pharmacien à Paris, rue du Faubourg-Saint-Denis, 84, l'heureuse idée de composer et préparer le Papier épispastique qui porte son nom.

Sa supériorité sur tous les autres épispatiques nous fait un devoir de le recommander à nos lecteurs. Ils remarqueront qu'il ne porte aucune odeur et n'irrite jamais, quoiqu'il produise une abondante suppuration.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 12 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 97, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

Double pied-équin-varus. Section du tendon d'Achille et du jambier antérieur, d'après le procédé de M. Bouvier. Gangrène de la peau, au niveau de la section du tendon d'Achille à droite. Pneumonie intercurrente. Mort. Autopsie. Examen spécial des tendons coupés.

Au n° 14 de la salle Sainte-Thérèse, était couchée une petite fille, de dix-huit à dix-neuf mois, affectée d'un double pied-équin-varus, qui avait nécessité, à gauche, la simple section du tendon d'Achille, et à droite, celle de ce tendon ainsi que du tendon du muscle jambier antérieur. Cette triple opération fut pratiquée vers les derniers jours de juin (le 24). Pendant deux jours on appliqua du sparadrap sur les petites plaies et les pieds furent simplement enveloppés dans des bandes; après quoi on leur substitua, comme d'ordinaire, un appareil dextriné.

Quatre à cinq jours se passèrent sans accidens. Puis, au bout de ce temps, la petite fille manifesta une souffrance au pied droit, assez vive pour nous déterminer à ôter l'appareil dextriné. A notre grand étonnement nous trouvâmes la peau gangrenée au niveau du lieu où la section du tendon d'Achille avait été faite.

La section du tendon d'Achille avait été pratiquée d'arrière en avant, ainsi que l'indique M. Bouvier, et rien ne pouvait faire présumer que quelque irrégularité commise dans l'exécution de cette simple opération, eût pu contribuer à la production de cet accident insolite.

Toutefois, le mal n'était pas d'abord de nature à inspirer de vives alarmes: nous songeâmes alors à diriger sur la plaie des pansemens convenables, sans plus nous occuper pour le moment du redressement du pied. Mais le 8 juillet, la plaie commença à prendre un mauvais aspect: elle était languissante, la suppuration était fluide, séreuse, mal liée, telle qu'on l'observe dans les plaies qui ne sont pas franchement animées, par le degré de phlogose nécessaire à la réparation des tissus mous. Pour remédier à cet état de choses, nous fîmes remplacer les pansemens simples par des pansemens avec le digestif animé et le coton; mais ce nouveau traitement n'amena aucune amélioration notable.

Sur ces entrefaites, notre petite malade fut atteinte de pneumonie; vous savez combien cette complication est fréquente chez les malades de cet hôpital, et quelles sont les conséquences qu'elle entraîne dans l'immense majorité des cas; on peut annoncer que sur 12 il en meurt 10, ce qui constitue un résultat effrayant et beaucoup plus notable que cela n'a lieu pour les sujets adultes et surtout pour les jeunes gens. Aussi notre petit sujet a-t-il succombé.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire les lésions que le poumon a présentées, et je me contenterai de vous dire qu'à la partie inférieure et postérieure du poumon gauche on a constaté quelques noyaux d'hépatisation grise. Mais ce qui doit surtout nous intéresser dans ce cas, c'est l'examen des tendons qui ont été coupés; car heureusement l'occasion ne se présente pas souvent de procéder à cet examen après leur section récente chez l'homme.

Le jambier antérieur avait subi un écartement de quatre lignes environ, et l'intervalle était rempli par un tissu tendineux accidentel, d'apparence charnue, rougeâtre, de consistance encore celluleuse, et manifestement très riche en vaisseaux sanguins. Le tendon d'Achille correspondant au côté où était survenue la gangrène était cicatrisé, mais la cicatrisation y était moins avancée qu'au tendon du jambier antérieur; ici également le tissu de cicatrice était rougeâtre, mais évidemment plus celluleux, et était encore complétement opaque. L'autre tendon d'Achille était parfaitement cicatrisé; le travail de réparation était tellement avancé qu'il y avait presque lieu de confondre le tissu tendineux accidentel avec le reste du tendon lui-même; sa transparence, sa diaphanéité était presque parfaite. Ces parties étaient examinées vingt-quatre jours après l'opération.

Nouveau procédé à lambeaux antéro-postérieurs pour l'amputation sus-malléolaire; par M. Tavignot, interne du service.

Un aide fixe le pied et se tient disposé à le mettre dans l'extension lorsqu'on taille le lambeau antérieur, et à le porter au contraire dans la flexion lorsqu'il s'agit du postérieur: les parties ainsi tendues ne s'en coupent que mieux, et ajoutent à la régularité de l'opération. L'opérateur étant placé à la partie interne du membre, il abaisse deux incisions verticales sur les parties latérales de la jambe. Leur étendue est de 7 à 8 centimètres; elles viennent se terminer à 5 ou 6 centimètres de la partie inférieure des malléoles. Puis avec le tranchant du couteau, on réunit antérieurement ces deux incisions par une troisième qui décrit une courbure à concavité supérieure, de manière à avoir un lambeau antérieur convexe à son bord libre. Celui-ci est exclusivement cutané, pourvu autant que possible cependant du tissu cellulaire sous-jacent; sa dissection est très facile. Puis avec la pointe de son instrument, que l'on dirige, non pas horizontalement, mais bien obliquement de haut en bas à cause de la saillie postérieure du péroné, on rase les surfaces osseuses; avec les doigts et le pouce de la main gauche, on a la précaution de tirer en bas la peau et les parties sous-jacentes, de manière à en conserver le plus possible dans le lambeau que l'on va tailler, de manière aussi que les bords du lambeau taillé par les incisions verticales soient respectés. Puis on dirige le couteau de haut en bas, en le portant carrément, jusqu'à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, et cela selon les règles ordinaires de la méthode à lambeaux, incision circulaire des parties musculeuses, tendineuses, etc. Les deux lambeaux, on le prévoit aisément, n'ont pas une égale étendue; le postérieur est à l'antérieur comme 5 est à 3; l'un est cutané, l'autre est doublé par une assez grande quantité de tissu cellulaire et de portions vasculaires et tendineuses. La cicatrice est donc transversalement dirigée; elle se trouve située, non pas au milieu du moignon, mais bien à la réunion de ses 2/5 antérieurs avec ses 3/5 postérieurs.

C'est même là un des avantages de ce procédé; c'est l'absence de cicatrices antérieure et postérieure, circonstance toujours fâcheuse, puisqu'elle favorise l'ulcération consécutive du moignon; accident qui jusque-là arrivait quelquefois pendant la marche, par suite du frottement en avant et en arrière, frottement que l'on ne saurait éviter, quoique par lui-même le moignon ne supporte pas le poids du corps. Ajoutez à cela la possibilité d'éviter la gangrène des lambeaux.

Ce procédé opératoire nouveau comme exécution, et surtout en ce qu'il saisit mieux peut-être que tous les autres les indications spéciales que nécessite l'amputation sus-malléolaire (1), a été pratiqué il y a deux mois sur deux sujets.

La première (enfant de onze ans; tumeur blanche au pied gauche), opérée par M. Tavignot, n'a été guérie qu'au bout de vingt-sept jours, à cause d'un érysipèle traumatique qui a désuni la plaie, et a duré huit jours.

La seconde (onze ans; tumeur blanche au pied droit), a été pratiquée par M. Guersant fils. Le malade a vu sa plaie entièrement cicatrisée le vingt et unième jour, et cela sans le moindre accident.

Ces deux malades attendent leur bottine.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

Amputation tibio-tarsienne; par M. le docteur Baudens, chirurgien en chef.

(Suite du numéro 94.)

Le conseil donné par Solingen, vers la fin du dix-septième siècle, d'amputer au-dessus des malléoles, était ou-

(1) Mémoire sur l'amputation sus-malléolaire, n° 35, Gaz. Méd. 1840.

FEUILLETON.

NOUVELLE ORGANISATION DU CORPS MILITAIRE DE SANTÉ.

Un jour que nous avions beaucoup entendu parler de la considération ou, plus exactement, de la déconsidération du corps médical, nous allions devant nous, et nous pensions, ce qui, de prime abord, semblera au lecteur médiocrement intéressant. Mais voici à quoi nous pensions. Nous nous demandions si les médecins, et en particulier les chirurgiens militaires, car c'est d'eux surtout que nous nous préoccupions, devaient espérer plus de considération et d'avantages en temps de paix qu'en temps de guerre, ou si c'était le contraire qui devait avoir lieu. Là dessus nous faisions en nous-même une foule de raisonnemens. En temps de guerre, disions-nous, les services des chirurgiens militaires sont évidens, multipliés; chacun peut avoir besoin d'eux, et le gouvernement a besoin d'eux pour tous; on les aime un peu pour eux, beaucoup pour soi; on les flatte, on lès favorise. Le rude grenadier qui ne se dérange pas pour un officier, cède sa place, au feu du bivouac, à l'aide-major auquel il pourra réclamer un tour de faveur le lendemain pour se faire amputer un membre ou extraire une balle. Décidément, nous disions-nous, c'est le temps de guerre qui est le plus favorable aux chirurgiens militaires. Nous nous rappellions la glorieuse amitié de Napoléon pour le chirurgien en chef de ses armées, qui ne serait pas commandeur de la Légion d'Honneur depuis plus de trente ans, et qui serait comte, sénateur de l'empire, si la *cavale* de M. Auguste Barbier ne s'était abattue un jour et, *du coup*, n'avait *cassé les reins* à son *cavalier corse*. Nous nous rappellions aussi que ce fut quand la France tout entière était enveloppée de soldats ennemis, qu'un décret de la convention assimilait les chirurgiens en chef d'armée aux généraux de brigade... Sans doute; sans doute, c'était la guerre qu'il fallait pour que les chirurgiens fussent considérés selon leur services et selon leurs mérite. Mais non, répliquions-nous aussitôt, non. La guerre amoindrit la valeur de l'homme par tout le mépris de la mort qu'elle inspire. Il meurt tant de monde, que la vie d'un homme n'est plus estimée son prix. Qu'est-ce qu'un homme, quand en un seul jour il en reste 40,000 couchés sur la terre, comme à la Moskowa? Or, là où la vie n'est plus estimée, là où l'on se fait tuer si délibérément, la considération de celui qui peut guérir doit diminuer en proportion de la déconsidération même de la vie. Pendant la paix, au contraire, les arts, le luxe, l'industrie, tout se développe, tout se réunit pour donner du charme à l'existence, et la considération du médecin augmente avec le prix que l'on attache à la vie dont ses soins peuvent prolonger la durée. Oh! bien certainement, c'est pendant la paix que les médecins, en général, et aussi les chirurgiens militaires, mêlés aux idées, soumis à toutes les influences, peuvent obtenir le plus haut degré de considération et de faveur auquel ils doivent prétendre. Voilà comment nous étions tombé d'une conclusion dans la conclusion tout à fait opposée. Pourtant nous hésitions à prendre notre parti, et il y avait en nous quelque chose qui inclinait vers la guerre. Mais voici que décidément, — ô bizarrerie des choses humaines! — l'administration de la guerre précisément nous confirme dans notre seconde solution. Les onze ans qui viennent de s'écouler ne peuvent passer pour un temps batailleur; eh bien! pendant ces onze années, le corps des officiers de santé militaires n'a cessé d'être l'objet de l'attention bienveillante des divers ministres qui se sont succédés à la guerre. C'est une justice qu'il faut rendre, en particulier, au ministre de la guerre actuel. Dans les visites officielles, son premier mot est toujours celui-ci: Et nos hôpitaux? On comprend bien que celui qui se préoccupe si vivement des hôpitaux, ne peut pas ne pas se préoccuper des chirurgiens militaires. Aussi le maréchal est-il aimé de ces derniers, comme d'ailleurs il est aimé de toute l'armée, quoique l'on fasse pour que le contraire ait lieu.

Oui, depuis onze ans, il est évident que les meilleures intentions animent, en faveur des officiers de santé militaires, les haut-fonctionnaires du ministère de la guerre. Il est tel de ces fonctionnaires que nous pourrions nommer, et qui a consacré et consacre bien des veilles, bien des méditations à ce sujet de réformes nécessaires, mais délicates et difficiles. Récapitulons: les officiers de santé ont été complètement assimilés aux officiers militans par l'application qui leur a été faite, d'après le vœu des chambres et celui du gouvernement, de la *loi des officiers*. D'après cette loi, garantie essentielle de nos institutions militaires, le grade est à jamais acquis à celui que le Roi en a revêtu, sauf, bien entendu, le cas de déshonneur et de jugement par un conseil de guerre. En outre, la solde a été augmentée de beaucoup. Les sous-aides, qui n'avaient que 1200 fr., en ont près de 1600 en province, et plus de 2000 à Paris. Quel est le jeune homme de vingt ans — car on peut être sous-aide à cet âge — qui gagne 2000? Ne parlons pas ici des exceptions; parlons de ce qui est général. Quelle est l'administration publique, quel est le ministère qui offre autant d'avantages aux personnes qui commencent leur carrière? Combien de temps un commis reste-t-il à 1200 fr. d'appointemens? Combien lui faut il d'années avant d'avoir les 2000 fr. du sous-aide? Et quelle différence entre l'existence de l'un et celle de l'autre!

La position de l'aide-major s'est également améliorée; elle est d'autant plus avantageuse, comparativement, qu'en général l'aide-major n'a pas un état de maison, et que ses besoins ne sont pas différens de ceux du sous-aide. L'aide-major a maintenant 3000 fr. à Paris, et 2000 fr. en province. 3000 fr. à Paris, tout le monde sait ce que cela vaut. Ce n'est pas grand'chose; mais c'est suffisant. 2000 francs, en province, c'est une fortune.

Enfin, la position des chirurgiens-majors et des grades plus élevés a subi une amélioration proportionnelle.

Une ordonnance récente est venue témoigner encore hautement de la bienveillance du gouvernement pour le corps militaire de santé; c'est celle qui constitue deux classes d'aides-majors et deux classes de chirurgiens-majors. Jusqu'ici les chirurgiens-majors des corps avaient été payés comme capitaines de première classe de l'arme dans laquelle ils servaient; la nouvelle mesure change cette disposition, et élève le traitement des chirurgiens-majors de première classe, de telle sorte qu'il se rapproche beaucoup plus de celui des chefs d'escadron que de celui des capines de première classe.

Jusqu'ici les inspecteurs, membres du conseil de santé, n'avaient été inspecteurs que nominalement; désormais ils inspecteront. C'est encore une heureuse et radicale innovation que nous devons à l'administration actuelle de la guerre. Nous nous plaisons à le répéter: jamais administration n'a recherché le bien avec plus de zèle et plus de sollicitude.

Il y avait une question que cette administration si éclairée ne semblait pas avoir examinée, et, en effet, cette question, au premier abord, semble frivole; elle a son importance cependant: c'est celle de l'uniforme. Pour notre compte, soit orgueil, soit indifférence, elle nous toucherait très peu. Mais, enfin, il y a parmi ces messieurs beaucoup de jeunes gens, et les jeunes gens, qu'il importe d'attirer à soi, aiment les dorures, parce qu'instinctivement ils savent bien que la considération y est attachée. Ils se disent avec grande raison qu'un général et un intendant ne seraient pas l'un brodé d'or, l'autre brodé d'argent sur tout leur habit, si cet éclat n'avait pour résultat de commander

blié; et en le donnant, près d'un siècle plus tard, Ravaton pensa l'avoir émis le premier. Il obtint, à ce qu'il paraît, de très grands succès. L'un de ses opérés, entré aux Invalides, aurait si bien marché avec une bottine de l'invention de ce chirurgien, qu'il aurait pu aller faire en Allemagne une campagne de trois ans.

Il est vrai que Morand, dans ses opuscules, prétend que le cavalier de Schomberg, qui fait le sujet de cette observation rapportée par Ravaton, a dû renoncer à la bottine et recourir à une jambe artificielle, parce que la pression opérée par la prothèse rouvrait sans cesse la cicatrice du moignon. Quoi qu'il en soit, abandonnée depuis Ravaton, et remise en honneur dans ces derniers temps, l'amputation sus-malléolaire a permis à des opérés que tout le monde a pu voir, de marcher avec une grande facilité à l'aide de la bottine de M. Martin; ces opérés pouvaient même sauter et danser.

L'amputation sus-malléolaire a, sur celle qui se pratique au tiers supérieur de la jambe, le grand avantage de s'éloigner beaucoup plus du tronc que celle-ci, de conserver un plus long levier et tous les mouvemens de l'articulation tibio-fémorale, de mettre à découvert une surface traumatique bien moins considérable, et de donner un bien plus grand nombre de guérisons que lorsqu'on ampute au lieu d'élection.

A ces considérations, on objecte que l'extrémité du moignon ne peut supporter seule le poids du corps sans être exposée à des déchirures incessantes, qu'il est urgent de prendre un point d'appui sur les tubérosités de l'articulation tibio-fémorale sur l'ischion et sur la branche ascendante du pubis, et qu'il faut recourir à des machines dont les complications exigent l'intervention d'un habile mécanicien, quand une pièce vient à se rompre. Enfin, on a argué du prix élevé de ces machines (100 fr.), afin de combattre une opération dont les bienfaits ne devraient, dit-on, être réservés que pour les riches, comme si les lois éternelles de la morale n'étaient pas pour le pauvre comme pour le riche, et ne réprouvaient pas l'encens ainsi donné au veau d'or. Et d'ailleurs, une question domine toutes les autres; du moment que cette amputation offre plus de chances de guérison que celle qui se fait plus haut, comme, avant tout, la mission du chirurgien est de guérir, il n'a plus le droit d'opter; les conseils municipaux et les hôpitaux feront les frais des moyens prothétiques.

Telle est notre pensée, à nous, telle sera notre règle de conduite. Mais, disons-le, les préjugés en faveur de l'amputation au-dessous de la rotule ont encore de si profondes racines, que le triomphe de l'amputation sus-malléolaire est encore un problème que le temps seul pourra résoudre. Cette question doit heureusement beaucoup moins nous préoccuper aujourd'hui que la science s'est enrichie de la désarticulation du pied en totalité. Indiquée dans presque tous les cas qui permettent d'amputer au-dessus des malléoles, surenchérissant sur tous les avantages que celle-ci présente sans en avoir les inconvéniens, l'amputation tibio-tarsienne nous paraît devoir emporter tous les suffrages et mettre tout le monde d'accord.

En effet, elle s'éloigne plus encore du tronc que l'amputation sus-malléolaire, et comme elle, elle conserve à l'articulation tibio-fémorale tous ses mouvemens; elle met à découvert moins de surface traumatique que l'amputation au tiers supérieur de la jambe, et partant, les chances de guérison sont plus en sa faveur que pour celle-ci. Comme l'amputation sus-malléolaire, elle permet au malade de marcher sur son pilon, mais sans emprunter comme elle les points d'appui que nous avons signalés. Enfin, la bottine destinée à l'amputation tibio-tarsienne n'offre pas de complications, et son prix peu élevé la met à la portée de toutes les bourses.

Moyens prothétiques. Notre amputé était guéri, mais pour que notre opération pût entrer dans le cadre du progrès, pour qu'elle devînt préférable aux amputations de la jambe dans la continuité de ce membre, il fallait accomplir deux clauses essentielles : la première m'imposait la condition de faire marcher mon opéré sur son pilon, en lui faisant supporter seul, sans point d'appui étranger, tout le poids du corps, et sans l'exposer à de la douleur, à des déchirures, ni même à des excoriations; le deuxième exigeait la découverte d'une bottine qui fût simple, facile à se procurer partout, et d'un prix peu élevé.

Nous croyons avoir heureusement accompli les deux conditions de ce programme. Quant à la première, chacun peut se convaincre que notre opéré marche en appuyant sur son moignon de tous le poids de son corps. La cicatrice offre une ligne à peine visible; elle est si solide qu'on ne saurait concevoir aucune crainte de la voir se rouvrir.

Le coussinet des parties molles placé entre le tissu osseux et la peau, loin de s'atrophier comme quelques chirurgiens auraient pu le craindre, se développe au contraire et s'arrondit d'une manière notable par la marche et par l'exercice; l'épiderme se durcit, le derme devient de plus en plus épais; de jour en jour la progression est plus facile, et elle peut être supportée pendant plusieurs heures consécutives sans provoquer la moindre douleur. Ajoutons que les mouvemens de la jambe sont tellement libres, qu'il n'y a pas de claudication, et que la perte du pied peut aisément être dissimulée.

Ce militaire sera admis sous peu à l'hôtel royal des Invalides; il nous sera permis d'étudier les phénomènes qui ultérieurement pourront se développer.

Quant à la bottine, voici comment elle a été confectionnée par M. Charrière, d'après nos indications :

Au soulier dont se servait ce militaire avant d'être opéré, nous avons fait ajouter une tige comme celle d'une botte, mais beaucoup plus solide, un peu évasée d'en bas, montant à mi-jambe, ouverte sur le devant et pouvant se fermer comme une guêtre de chasseur à l'aide de trois courroies et de trois boucles espacées le long de cette tige. Le fond du soulier est occupé par un large morceau de liège et par un tampon rempli de crin assez épais pour remplacer la perte du calcanéum et de l'astragale. Toute grossière qu'était cette bottine, elle remplit de suite en grande partie le but que nous nous proposions; le malade marcha le premier jour sans éprouver beaucoup de douleur, mais avec le secours d'une canne qu'il put supprimer dès le lendemain. Nous avions d'abord eu l'idée de briser le pied par une articulation artificielle près du talon, afin d'imiter les articulations naturelles et faciliter la progression; loin de là, notre amputé nous pria de consolider la semelle du soulier afin d'agrandir la base de sustentation.

Une forte plaque de fer ayant été placée sous le soulier et fixée à la semelle, la marche en devint plus aisée, mais l'immobilité du soulier n'était pas parfaite. M. Charrière, d'après notre avis, et pour atteindre cette immobilité, a enlevé le contre-fort en fer et l'a remplacé par une bande du même métal, large d'un travers de doigt et disposée en forme d'étrier, de manière que le soulier ne pût entrer tout au plus que du tiers de sa longueur dans cet arceau; les deux côtés de l'étrier, au lieu de se réunir en haut, restent ouverts, convergent vers le coude-pied, ou ils se rapprochent considérablement pour s'écarter de nouveau, gagner le tiers inférieur de la jambe et s'y fixer en s'épanouissant, afin d'embrasser largement la bottine et de ne pas blesser les parties molles sous-jacentes, ce qui arriverait si elles présentaient une insertion étroite.

Cet arcboutant a un triple effet : le premier, de rendre le soulier immobile dans ses deux tiers postérieurs, et de fournir ainsi une large base de sustentation; le deuxième, de repousser le membre en arrière s'il avait tendance à se porter en avant; et le troisième, de faire supporter une partie du poids du corps au point de la jambe où les deux tiges de l'étrier arcboutent, et de décharger d'autant le moignon. Inutile de dire que cette pièce de fer peut et doit être cachée dans l'épaisseur de la bottine.

Notre amputé n'a pas encore fait usage d'autre chaussure que de celle-ci; mais aussitôt qu'elle aura besoin d'être remplacée, nous en ferons confectionner une plus élégante et moins lourde. Les dix à douze francs qu'elle peut coûter en rendent le prix moins élevé que celui d'une jambe de boir.

Une objection nous a été faite par M. Bégin : « Votre opéré, disait-il, ne pourra marcher avec sa bottine, sans se donner continuellement des entorses. » Il y a une réponse bien simple : c'est d'abord que le pied n'existe plus, ensuite que le col, partie étranglée et située au dessus du moignon, permet de fixer la bottine d'une manière tout à fait immobile. L'expérience, du reste, a démontré que cette objection n'était nullement fondée.

Ce militaire marchait déjà sur son pilon quand nous avons entrepris une deuxième amputation tibio-fémorale sur un soldat de la garde municipale qui, aussi, portait une carie profonde du calcanéum et de l'astragale, par suite d'une entorse chronique dont la date remontait à plus d'un an.

L'amputation avait été supportée avec un courage remarquable; cette fois j'avais donné la préférence à la torsion des artères sur la ligature.

Tout alla très bien jusqu'au douzième jour; la plaie était vermeille; la suppuration était de bonne nature et peu abondante, parce que la réunion se faisait par première intention. La guérison nous semblait assurée et nous n'avions plus de craintes sur notre amputé. Le treizième jour, il se dispute violemment avec un infirmier; un violent accès de fièvre survient, accompagné de frissons pendant six heures et de réaction très forte avec méningite et délire. Combattue par les saignées locales permanentes et les réfrigérans sur le front, le délire ne cesse qu'après cinq jours. A cette époque, la suppuration, dont la source s'était tarie, reparaît; la plaie, qui était devenue sèche et grisâtre, reprend un meilleur aspect, mais une eschare linéaire se forme entre les parties qu'une cicatrice tendre réunissait; cette eschare tombe en peu de jours, sans nuire en rien au lambeau, et tout nous fait encore espérer que notre malade guérira. Je fis, à cette époque, une absence de deux jours. A mon retour, j'apprends qu'une nouvelle dispute a eu lieu avec un infirmier; une nouvelle méningite était survenue. Cette fois, ce pauvre amputé était trop faible pour subir un traitement antiphlogistique actif, et au bout de cinq jours, le vingt-cinquième après l'opération, il mourut. A l'autopsie, nous constatâmes que le moignon était dans de parfaites conditions de succès.

---

un sentiment de respect. Il y a long-temps qu'on l'a dit : un juge ne serait plus un juge sans sa robe. Voyez les médecins eux-mêmes, dans la vie civile; ne les reconnaissez-vous pas à leur classique cravatte blanche, à leur vêtement noir?

Pour le médecin, qu'il soit civil ou militaire, la première condition est d'inspirer de la confiance; or, la confiance ne va pas sans la considération, et la considération dépend un peu de l'habit. Cette question donc ne semblait pas avoir fixé l'attention du gouvernement qui vient de s'en occuper. L'uniforme des officiers de santé a été modifié de la manière la plus gracieuse pas l'addition de deux pattes brodées en or, attachées sur les épaules, et dont l'une, la gauche, sert à retenir la giberne, qui est aussi très élégante. De plus, à l'avenir les officiers de santé ne seront plus exposés au désagrément d'être pris pour des sergens de ville, comme cela pouvait leur arriver quand ils étaient en petite tenue, c'est-à-dire en chapeau à cornes et capote, celle-ci privée de toute marque distinctive. Une ordonnance ministérielle vient de prescrire aux officiers de santé de mettre à leur capote le collet brodé de leur grade. Nous avons entendu des chirurgiens militaires demander, pour être entièrement satisfaits (il faut vous dire que les chirurgiens militaires demandent toujours; c'est une habitude qu'ils auront bien de la peine à perdre) : 1° une bande bleue à leur pantalon garance, attendu que les officiers de santé relèvant directement de MM. les intendans, qui, portent cette bande, il est logique qu'ils la portent aussi; à quoi nous avons répondu que réciproquement, d'après ce raisonnement, les intendans devraient porter la giberne : toutefois, nous ne voyons pas de raison sérieuse pour refuser ce petit agrément; 2° une bordure à leur chapeau; 3° enfin, une dent-de-loup aux paremens pour les sous-aides, aides-majors et chirurgiens-majors; ce qui, d'après ces messieurs, serait d'autant plus juste que les employés des diverses administrations militaires ont une broderie semblable.

Mais la mesure la plus importante, la plus favorable au développement du corps, la plus radicale, est celle qui fait le sujet de la dernière ordonnance royale relativement aux élèves. Cette mesure signale une ère nouvelle : dès à présent, il n'y a plus à craindre que nos hôpitaux d'instruction manquent d'élèves. D'une part, les parens des élèves et les élèves eux-mêmes auront en perspective une carrière honorable, honorée; pour leur âge mûr, une place de chirurgien-major sédentaire dans une ville, où il ne leur sera pas difficile, avec de l'instruction et de la dignité, de cumuler la clientelle civile et le service de leur hôpital. De l'autre, bien des familles qui n'étaient pas à même de suffire à trois années d'étude d'un jeune homme, le pourront désormais avec l'aide du gouvernement, qui vient de décider que les élèves seront rétribués, ou du moins qu'ils recevront une gratification, fixée à 400 fr. par an pour les hôpitaux d'instruction et à 600 fr. pour l'hôpital de perfectionnement. Les familles pauvres auront peu de chose à ajouter à cette gratification, car il est évident que l'on peut vivre en province avec 800 francs et à Paris avec 1200. Nous voudrions être sûr d'arriver aussi haut dans la science que certaines personnes qui ont vécu, étudié et grandi à Paris avec les seuls 600 francs que le gouvernement alloue à ses chirurgiens élèves de l'hôpital de perfectionnement.

Voilà, selon nous, une belle et grande façon d'interpréter l'égalité constitutionnelle, et voilà du nivellement bien entendu. Les fortunes sont diverses : les unes permettent des sacrifices que les autres ne permettent pas. Hé bien ! s'est dit l'administration, je vais mettre les unes au niveau des autres, autant que possible du moins; et l'ordonnance a été rendue. Ces choses-là passent inaperçues, et cependant elles mériteraient d'être remarquées, car elles honorent un gouvernement.

La durée de l'éducation des chirurgiens militaires est fixée à trois ans : deux ans dans les hôpitaux de province et un an dans celui de perfectionnement. Mais cette durée peut être réduite de deux ans, selon le nombre d'examens que l'élève a déjà passés devant une Faculté; de telle sorte qu'un élève peut entrer directement au Val-de-Grâce, et en sortir sous-aide au bout d'un an.

Ajoutons, pour comble d'avantages, que le gouvernement se charge des frais du doctorat, hormis les droits de présence aux professeurs, ce qui réduit la dépense de plus des deux tiers. Toutefois, par une juste restriction, si l'officier de santé qui a participé à cette faveur veut quitter la chirurgie militaire avant d'y avoir servi 15 ans, il est tenu de rembourser au ministère de la guerre la somme que ce dernier a versée au ministère de l'instruction publique pour son doctorat.

L'élève nommé sous aide est envoyé dans un hôpital de province ou à l'armée, d'où il revient toujours à Paris passer, dans son grade, une année à l'hôpital de perfectionnement, et subir à la fin de cette année un examen à la suite duquel sera prononcée son aptitude à remplir les fonctions d'aide-major. Aide-major, il est envoyé dans un régiment, où son service est doux, où il fait lui-même sa considération, qui n'a pas de limites, et où sa vie est aisée. Il peut, selon ses goûts, concourir pour les places de médecin-adjoint ou pour celles de pharmacien aide-major, emplois qui n'offrent pas les chances de déplacement attachées nécessairement à celui d'aide-major dans un régiment. Prochainement nous examinerons plusieurs autres questions qui se rattachent à la vie des officiers de santé militaires, particulièrement celle du travail.

Voilà, comme on pourrait dire, un petit feuilleton de ménage. Nous sommes descendu à ces menus détails de chiffres dans l'intention d'être utiles aux familles, en leur indiquant les abords d'une carrière honorable, dans ce moment où toutes les avenues sont encombrées.

Il importe de faire remarquer que, par suite de ces dispositions nouvelles au sujet des élèves, il n'y aura plus de concours pour la nomination de sous-aides auxiliaires. C. J. M.

A la suite d'un concours pour deux places de pharmacien en chef, vacantes dans les hôpitaux de Paris, ont été nommés pour remplir ces fonctions, M. Fordos, de Sérent (Morbihan), interne et lauréat des hôpitaux de Paris, et M. Grassi (Tarn), interne des hôpitaux et lauréat de l'Ecole de pharmacie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 11 aout 1841.

A l'ouverture de la séance, M. Bégin est invité par M. le président à lire le discours qu'il a prononcé sur la tombe de Sanson. Ce discours a été écouté avec une religieuse attention ; l'auteur n'a pu retenir ses larmes. L'Académie décide que ce discours sera inséré dans ses mémoires.

M. Roche lit à son tour le discours que nos lecteurs connaissent déjà. (Insertion.)

— *M. le président* déclare que samedi prochain il y aura séance extraordinaire pour entendre des lectures arriérées, et comité secret vers la fin, pour entendre la commission de vaccine concernant les prix.

— *M. Bousquet* propose, au nom du comité de publication, l'insertion des mémoires suivans dans le prochain fascicule des actes de l'Académie :

1° Mémoire de M. Raciborski sur le système veineux ;

2° Sur la révulsion morale dans le traitement de la folie, par M. Leuret ;

3° Sur un cas de luxation congénitale de l'humérus, par M. Gaillac.

M. Londe s'oppose à l'insertion du mémoire de M. Leuret.

On vote sur cette proposition ; elle est rejetée.

— *M. Caventou* a la parole pour lire la nouvelle rédaction des conclusions du rapport. (Nous en donnons le sens.)

Première conclusion. Par suite d'incinération ou de carbonisation incomplète, il se forme quelquefois, par l'appareil de Marsh, des taches non arsenicales qui ont l'apparence des taches arsenicales.

MM. Gerdy et *Londe* font quelques remarques sur le style seulement de la rédaction.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

Deuxième conclusion Il n'est pas possible de confondre ces taches non arsenicales avec celles de nature arsenicale, en tant qu'on les soumet aux réactions chimiques.

M. Gerdy combat le sens trop absolu de cette conclusion ; le mot *pas possible* lui paraît conduire à cette conséquence, que l'erreur serait toujours impossible ; que les chimistes ne pourraient pas se tromper. *Errare humanum est*, dit-il ; et d'ailleurs, l'erreur est possible, ajoute-t-il, lorsque les taches sont très mélangées et que la quantité de l'arsenic est très faible. S'il s'agissait de taches pures, oui, il est difficile de se tromper ; mais dans le cas contraire, les réactions chimiques peuvent être si peu tranchées, si douteuses, que l'expert le plus exercé peut se tromper. Vous vous rappelez, en effet, que dans les expériences de MM. Danger et Flandin, ces messieurs ont présenté à la commission des taches non arsenicales et des taches arsenicales, sur lesquelles les réactions ont donné des résultats si embarrassans, qu'il n'a pas été facile de les distinguer. Vous voyez donc qu'il importe, dans l'intérêt de la science et de l'Académie, de ne pas se prononcer d'une manière aussi absolue.

(M. Caventou gesticule vivement contre M. Gerdy ; M. Mérat en fait autant de sa place.)

M. Gerdy. Vous ne faites que gesticuler et faire des signes désapprobateurs quand je parle. Comment voulez-vous que j'expose ma pensée toute entière si vous m'interrompez de la sorte.

M. Mérat (à M. Gerdy). L'Académie est fatiguée de la longueur de la discussion : il faut en finir.

M. Gerdy. M. Mérat paraît très pressé ; cependant ce n'est pas moi qui suis la cause des ennuis de M. Mérat ; la question est assez grave pour mériter qu'on s'en occupe sérieusement. Je le répète donc ; la formule de la conclusion du rapport est trop absolue ; elle mérite une légère modification.

M. Pelletier soutient que l'erreur dont a parlé M. Gerdy peut être évitée, si l'on a la précaution d'essayer une série de réactions. On peut alors se prononcer sûrement, vu la multiplicité des propriétés qu'on a pu vérifier. Sans cela il ne serait jamais possible d'avoir la certitude en chimie, ni de faire avancer la science. Un expert habile ne se trompera jamais ; voilà pourquoi nous disons : Il n'est pas possible de confondre, etc.

Les sulfites et phosphites eux-mêmes, qu'on a tant invoqués comme cause d'erreur, ne peuvent tromper réellement, puisqu'il est facile de les convertir en sulfates et phosphates.

Aux voix ! aux voix !

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

Troisième conclusion. Le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique, et celui d'incinération par le nitrate de potasse, sont également bons ; c'est aux circonstances à indiquer à l'expert lequel des deux doit être préféré dans les différens cas.

M. Gerdy. Cette conclusion est dans le vrai ; cependant j'ai quelques remarques à présenter. Je dis elle est dans le vrai comme les deux précédentes, car elles sont fort différentes de celles que la commission avait d'abord présentées, et elles ressemblent beaucoup à celles que j'avais formulées dans mes argumentations devant l'Académie. (Marques d'incrédulité.) Oui, n'aurai-je obtenu que cela dans l'intérêt de la vérité et de l'Académie, je m'applaudirais de mes efforts ; la différence est immense entre ces conclusions et les premières, et si des personnes irréfléchies m'obligeaient de démontrer en détail cette différence, la chose me serait très facile Puisque la commission porte aujourd'hui les deux procédés *ex æquo*, je me permettrai de lui demander si elle a tenu compte d'un procédé particulier d'incinération que MM. Danger et Flandin lui ont présenté, et qui offre une grande supériorité sur celui de M. Orfila, et, en outre, si la commission s'est assurée des pertes comparatives d'arsenic entre ces trois procédés ; car il paraîtrait que par le nitrate de potasse M. Orfila perd les huit dixièmes, tandis que par l'acide sulfurique MM. Danger et Flandin ne perdent que les deux dixièmes, ou même rien du tout, ce qui conduit à des différences immenses, et ne permettrait pas de donner au procédé de M. Orfila l'importance que lui accorde la commission.

M. Caventou. Quant au procédé d'incinération de MM. Danger et Flandin, la commission n'a pas eu le temps de s'en occuper, une seule expérience ayant été faite par ces messieurs. Pour ce qui est des pertes comparatives d'arsenic entre l'acide sulfurique et le nitrate de potasse, elles sont à peu près égales dans les deux procédés. La commission s'en est assurée par l'expérience.

M. Bégin. Je demande pardon à l'Académie si je me permets de dire un mot dans une question dans laquelle je suis incompétent. Il me semble que cette conclusion est rédigée en termes trop vagues. Vous dites : les deux procédés sont également bons ; mais, ajoutez-vous, c'est aux circonstances à indiquer lequel des deux est préférable dans chaque cas particulier. Or, je le demande, quelles sont ces circonstances ? Moi, expert de province, je suppose, j'ai une analyse à faire, je veux choisir le procédé, je dois rechercher d'abord les circonstances dans lesquelles je me trouve ; mais quelles circonstances ? (Hilarité et marques d'approbation). Il me semble donc important que la commission indique ces circonstances d'une manière générale au moins.

M. Pelletier. L'indication demandée par M. Bégin doit se trouver dans le corps du rapport, non dans les conclusions. Si M. le rapporteur ne l'a pas faite, il la fera.

M. Bouillaud. La remarque de M. Bégin me paraît fort juste. Je prierai M. le rapporteur de nous dire s'il a précisé les circonstances dans le considérant de son rapport.

M. Caventou. Oui, en partie. Je pense qu'il faut préférer l'acide sulfurique au nitre, lorsqu'on a affaire à de la matière grasse qu'on veut détruire parfaitement. Je remplirai, au reste, cette lacune du rapport.

Aux voix, aux voix !

La conclusion est mise aux voix et adoptée.

Quatrième conclusion. L'appareil de MM. Danger et Flandin est ingénieux, mais la commission lui préfère celui qui a été décrit dans le Bulletin, et qui, au fond, est le même que celui qui a été adopté par l'Institut.

M. Gerdy. Cette conclusion, bien qu'elle soit vraie en partie, me paraît susceptible de remarques importantes, que l'Académie appréciera. En disant, d'une part, que l'appareil de ces messieurs est ingénieux, de l'autre, que vous préférez celui décrit au Bulletin, et qui, au fond est le même que celui de l'Institut, vous oubliez une circonstance essentielle, c'est que l'appareil de l'Institut n'a été construit que postérieurement et d'après les indications fournies par celui de MM. Danger et Flandin. L'appareil auquel vous faites allusion au Bulletin est donné comme propre à M. Orfila, M. Orfila, cependant, n'a fait autre chose que copier l'Institut.

Or, notez bien, l'appareil adopté par l'Institut non seulement est postérieur à celui de MM. Danger et Flandin, mais encore offre plusieurs défauts que n'a pas celui de ces messieurs. Remarquez d'abord la petitesse du tube et la difficulté d'introduire l'amiante, ce qui fait perdre du temps et laisse échapper une partie du gaz arsenié, ensuite les vacillations de la flamme qui doit décomposer le gaz, ce qui fait un troisième inconvénient assez sérieux. Il me semble donc peu convenable, peu généreux, peu juste de sacrifier ainsi le fruit des recherches de ces jeunes savans et de faire rejaillir sur M. Orfila un honneur qui leur revient en définitive. Cette conclusion doit donc être modifiée. Je propose qu'on ajoute à la conclusion, cette phrase finale : *Appareil imaginé depuis le leur*. Cette addition exprime une vérité, et me paraît parfaitement conforme à la justice.

M. Caventou répond que, d'après son expérience, l'appareil à l'amiante est meilleur que celui de MM. Danger et Flandin ; car il permet d'obtenir et les taches et l'anneau, tandis que celui de ces messieurs ne donne que de l'acide arsenieux, qui a lui-même besoin d'être réduit. Quant aux inconvéniens reprochés par M. Gerdy à l'appareil à l'amiante, ils sont très faciles à éviter.

MM. Pelletier et *Adelon* parlent dans le sens du préopinant.

M. Bussy. J'avoue, avec ma franchise ordinaire, que je préfère l'appareil de l'Institut à celui décrit dans le Bulletin. Rien n'est plus commode, plus simple, plus sûr que ce dernier appareil.

M. Caventou. L'appareil que la commission préfère est celui de M. Orfila ; elle préfère celui-ci à celui de l'Institut.

M. P. Dubois. Puisque le conflit s'est engagé sur ce point, je pense que la commission doit s'expliquer plus clairement dans sa conclusion. Au lieu de dire qu'elle préfère l'appareil décrit à telle page du Bulletin, je propose qu'elle dise en toutes lettres, *l'appareil de M. Orfila*.

M. Gerdy. Entendons-nous bien sur ce sujet : je crains que l'Académie ne soit induite en erreur. L'appareil auquel la commission fait allusion appartient à l'Institut, non à M. Orfila ; c'est l'Institut en effet qui a proposé et mis en pratique l'amiante. Si l'on veut parler de l'appareil de Marsh que M. Orfila a modifié dans le temps et adopté comme sien, je le veux bien, mais je dois dire que c'est le plus mauvais des appareils connus, car il laisse passer tout ce qui se trouve dans la fiole ; carbone, hydrogène, matière animale, etc., tout se précipite dans la soucoupe, et l'on ne peut rien discerner dans les produits. Notre commission peut faire comme l'Institut si elle veut ; elle peut, sans manquer aux convenances et à la justice préférer l'appareil de l'Institut ; mais alors il ne faut pas préjuger l'honneur qui revient à MM. Danger et Flandin en jetant une sorte de discrédit sur leur invention, puisqu'elle est antérieure à l'appareil de l'Institut et a servi d'indication à ce dernier. La vérité est que l'appareil de M. Orfila est inférieur à celui de l'Institut ; la commission de l'Institut a mieux rendu justice que vous ne le faites à MM. Danger et Flandin, puisqu'elle a fait l'éloge de leur appareil, et tout en préférant un autre, elle n'a pas préjugé l'avenir de leur invention. Je suis obligé malheureusement dans cette discussion de prendre l'Institut pour bouclier, ma position étant ici fausse, vu la nature de la question. Aussi remercierai-je sincèrement M. Bussy d'être venu à mon secours, en déclarant lui même que l'appareil de l'Institut est supérieur à celui de M. Orfila ; c'est là la vérité ; la conclusion de M. Caventou est donc erronée.

M. Caventou (debout et avec une vivacité extraordinaire). Non, l'appareil de l'Institut est inférieur à celui de M. Orfila.

M. Gerdy (très vivement). Oui, l'appareil de M. Orfila est inférieur à celui de l'Institut. Vous attribuez à M. Orfila ce qui ne lui appartient pas. (Cris étourdissans.) Il me faut une patience d'ange pour tolérer de pareilles interruptions...... Oui, je le répète, l'appareil de M. Orfila est inférieur à celui de l'Institut et à celui de MM. Danger et Flandin, et il est peu convenable de venir soutenir de pareilles choses au détriment de la vérité, de la justice. Il y a toujours honneur pour un corps savant de rendre hommage à la vérité, d'être juste, surtout quand cela revient en faveur du faible que l'on veut écraser dans l'intérêt du fort. (Murmures tumultueux et prolongés.) Dites plutôt, si vous voulez être justes : L'appareil de MM. Danger et Flandin est ingénieux et bon, mais depuis leur invention l'Institut en a construit un autre qui, selon nous, est meilleur. (Tumulte incessant.)

Aux voix, aux voix la clôture.

M. Londe (au milieu des bruits généraux). Il est, en vérité, impossible de mettre plus de patience et de modération qu'en a mis M. Gerdy. On ne veut pas qu'on discute...

M. Bouillaud. Laissez la discussion libre, je m'oppose à la clôture.

M. Pelletier. Je propose un amendement qui doit contenter tout le monde. Ajoutez cette phrase à la conclusion : La commission préfère l'appareil de M. Orfila qui est le même que celui de l'Institut, et qui a été imaginé après celui de MM. Danger et Flandin.

M. Caventou (avec mécontentement à M. Pelletier). Comment, depuis ce matin que la commission s'est réunie avec vous, vous changez ainsi en si peu d'heures ? (On rit.) La commission a arrêté avec vous qu'elle ne toucherait pas à ses conclusions, et vous venez lui proposer un amendement ! Il fallait le lui présenter ce matin ! ! (Rire général.) Je ne toucherai pas à la rédaction, et s'il y avait un changement à faire à l'article, ce serait au contraire d'ôter le dernier membre de la phrase, qui dit que l'appareil de M. Orfila est au fond celui de l'Institut. J'ôterai, si l'on veut, cette dernière phrase.

M. Chevallier soutient que le principe de l'appareil de l'Institut lui appartient.

M. Caventou relit la conclusion pour la troisième fois.

M. Gerdy. Dites : appareil imaginé depuis celui de MM. Danger et Flandin.

M. Adelon défend le rapport.

M. Chomel. Je demande qu'on mette aux voix l'article tel que la commission l'avait arrêté ; un membre de la commission n'a pas le droit de venir proposer en séance une modification, alors qu'il avait été d'accord avec la commission.

M. Gerdy (vivement). Je demande à combattre ce que vient de dire M. Chomel : c'est là un faux principe. Quoi ! un membre d'une commission n'a pas le droit de parler d'après ses convictions, uniquement parce qu'il aurait voté préalablement avec la commission ? Et si la discussion publique lui a dessillé les yeux, fait connaître son erreur, il devrait donc se taire, sacrifier la vérité ? La doctrine de M. Chomel serait subversive de toute raison, et tendrait à abrutir l'intelligence. (Nouveau tumulte étourdissant)

M. Pelletier demande à mettre aux voix son amendement. (Bruit.) La sonnette du président est agitée en vain.

M. Barthélemy. La conclusion comprend deux paragraphes ; mettez-les successivement aux voix.

M. Caventou. Non, non ; cela n'est pas possible ; il faut mettre aux voix tout ou rien.

— Relisez les conclusions.

M. Caventou relit. (Les bruits recommencent avec plus de force.)

M. Caventou. Je propose d'ôter la dernière phrase de la conclusion.

Plusieurs voix. Oui, oui, appuyé. Non, non.

M. le président met aux voix la proposition au milieu des bruits. On constate 35 votes. La majorité de l'Académie ne répond pas à la seconde épreuve.

M. P. Dubois. Je demande qu'on mette aux voix ma proposition ; savoir : que l'appareil indiqué dans le Bulletin est celui de M. Orfila.

Cette proposition est adoptée au milieu d'un tumulte épouvantable.

MM. Pelletier et *Gerdy* veulent, à leur tour, que leurs amendemens soient mis aux voix.

M. Adelon s'efforce de prouver, le règlement à la main, que cela est impossible. (On rit.)

M. Caventou (debout et d'une voix très forte) : Aux voix tout l'article.

M. Andral père (monté sur les marches de la tribune) : Aux voix tout l'article.

Le tumulte devient excessif. Le président ne peut plus rétablir le silence.

M. Moreau s'avance vers le bureau et crie à haute voix : Président, faites votre devoir ; mettez aux voix tout l'article.

M. Gerdy ne peut se faire entendre.

M. Pelletier ne le peut pas davantage.

M. Oudet se lève et s'approche de M. Pelletier, le priant, à haute voix, de ne plus insister sur son amendement.

M. Rayer veut faire une motion d'ordre.

M. Pelletier veut répondre à un fait personnel. (Non, non.)

Une partie de l'assemblée se lève.

M. le président, n'étant plus entendu, après avoir résisté plus de dix minutes, jette la sonnette. Tout le monde se lève : il n'est plus possible de rétablir l'ordre.

Séance levée tumultueusement avant cinq heures.

— Quelques altercations scandaleuses ont eu lieu après la séance. M. Emery est dans une exaspération tétanique et quitte la salle en vociférant.

Nous avons dit que nous n'attendions plus rien de l'Académie dans la question qui l'occupe ; nous serons donc sobres de réflexions sur cette séance. Il serait difficile de se faire une idée du tumulte et du désordre qui ont régné presque constamment. Les cris aux voix, les interpellations les plus vives n'ont cessé de se faire entendre de tous les points. Le public lui-même prenait parti pour telle ou telle opinion, et la séance a été suivie d'une scène scandaleuse et déplorable ; un membre de l'Académie, un médecin des hôpitaux, que nous nommerons s'il le faut, s'est permis, vis à vis de M. Gerdy, des injures grossières et des menaces du plus mauvais ton, auxquelles celui-ci a fort bien fait de ne pas répondre.

Quelque vives que deviennent les discussions, il est des bornes que l'on ne peut jamais dépasser sans faire preuve d'un bien mauvais esprit et d'un défaut absolu d'éducation. Un académicien quel qu'il soit a le droit de prendre la parole et de défendre son opinion avec toute l'énergie qui peut lui paraître convenable ; mais avoir recours *au gros poing* et à l'injure, c'est transformer une assemblée scientifique en émeute de halle, et quitter un habit honorable pour le costume de bras-nu et de crocheteur.

Si pareille scène se renouvelait, nous déshabillerions à notre tour ce singulier athlète, et nous examinerions quels sont ses droits aux places qu'il occupe et les titres qui lui ont fait sa position.

C'est une manière de *boxer* qui vaut bien la sienne.

Danse de Saint-Guy. Liniment spiritueux du Dr Chrestien.

M. le docteur A. Legrand a adressé à l'Académie la lettre suivante (séance du 10 août) :

Monsieur le Président, avant de tomber malade, un des membres-correspondans les plus distingués de l'illustre compagnie que vous présidez, feu M. le docteur J.-J. Chrestien, avait rédigé le mémoire ci-joint, et il m'avait chargé d'en faire la lecture dans une de vos séances ; mais sa maladie, puis sa mort, ont été cause que je n'ai pas donné de suite à ce projet.

J'ai aujourd'hui l'honneur d'adresser à l'Académie ce mémoire ; et, avant de vous dire les motifs qui m'y déterminent, permettez-moi de vous en faire connaître l'objet en peu de mots.

Dans cet opuscule, que son auteur a intitulé : *Observations sur les effets d'un liniment spiritueux dans le traitement de la chorée, ou danse de Saint-Guy*, Chrestien a eu en vue de démontrer les avantages qu'on peut retirer du liniment de Rosen, en frictions pratiquées le long de la colonne vertébrale trois fois par jour, à la dose d'une cuillerée à café par friction. Ce liniment, que Rosen employait de la même façon pour le traitement de la lienterie, se compose de 125 grammes d'alcool de Genièvre, qui tiennent en suspension, plutôt encore que dessous, 5 grammes d'huile essentielle de gérofle et autant de baume de muscade. Chrestien a huit fois expérimenté avec ce liniment, et huit fois il a obtenu le succès le plus complet : ces huit cas font le sujet des huit premières observations. Les neuvième, dixième et onzième observations lui ont été adressées par MM. Fourché et Bertin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, et par M. Chamayon, médecin à Alais. Les succès obtenus par ces trois praticiens n'ont pas été moins remarquables que ceux remportés par M. Chrestien, qui avait été conduit à essayer de cette médication par cette pensée, que la chorée devait dépendre d'un certain état d'atonie des nerfs de la moelle épinière.

Je n'avais point eu jusqu'alors l'occasion d'employer le liniment de Rosen, dans le traitement de la chorée ; elle vient de m'être offerte, je l'ai saisie avec empressement et c'est le succès que j'ai obtenu qui m'a engagé à ne pas retarder davantage l'envoi du mémoire de Chrestien à l'Académie de médecine.

Veuillez me permettre, M. le président, de faire ici le récit succinct de ce cas de chorée, guérie par la méthode proposée par un ami, dont l'art de guérir ne saurait trop déplorer la perte.

Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde qui avait été fort longue et fort grave et qu'avait compliqué vers la fin un rhumatisme articulaire aigu, mademoiselle Victorine ***, âgée de dix-huit ans accomplis, commença à s'apercevoir qu'elle n'était pas absolument maîtresse de tous ses mouvemens du bras gauche ; moi-même, quelque temps auparavant (vers le milieu d'avril dernier), j'avais cru remarquer quelque chose de convulsif dans son rire, qui n'était pas bien motivé. Bientôt les mouvemens volontaires furent impossibles et l'usage du bras gauche absolument interdit ; en effet, à tous momens il était convulsivement porté en arrière dans l'état de flexion et si violemment que la main allait toucher l'omoplate droite. En même temps la face fut le siége de mouvemens convulsifs, et ces gimaces involontaires étaient plus fréquentes et plus prononcées quand on regardait la malade et qu'on l'interrogeait. Cet état alla en empirant ; la maladie envahit d'abord la jambe gauche, au point que, dans la marche, qui était fort difficile, quelquefois même impossible, Victorine traînait sa jambe ou était obligée de la projeter en avant. Il ne lui était pas moins difficile de rester longtemps debout ; car sa jambe pliant sous elle, elle fut nécessairement tombée. Enfin, tous les membres furent agités de mouvemens involontaires, et la progression fut pendant deux ou trois fois impossible, et même la station assise fort difficile.

C'est le 5 mai que Victorine commença l'usage du liniment de Rosen à la dose d'une cuillerée à bouche frictionnée chaque matin le long de la colonne vertébrale ; et déjà le 15 il y avait dans son état un amendement marqué, qui fut encore plus prononcé à la fin du même mois. Le 25, la menstruation eut lieu comme précédemment, mais elle fut plus abondante ; elle reparut encore le 25 juin, et cette fois, elle fut parfaitement convenable quant à la quantité et quant à la qualité de sang perdu, ce qu'on ne pouvait pas dire pour celui des époques précédentes. Dès ce moment, le rétablissement de Victorine put être considéré comme complet, puisqu'elle put reprendre ses travaux de couture ; en même temps l'appétit était bon, les digestions parfaites et le sommeil excellent. Aussi Victorine commença à reprendre de l'embonpoint, de la fraîcheur, et à recouvrer tout ce que lui avait fait perdre la maladie grave qui avait mis sa vie en péril pendant plus d'un mois.

Victorine a cessé son traitement depuis le 25 juillet, époque où elle a vu reparaître ses règles, qui ont été extrêmement abondantes ; elle continue d'être dans l'état le plus satisfaisant.

Agréez, etc. LEGRAND, D.-M.

ORGANISATION ET PHYSIOLOGIE DE L'HOMME,

Expliquées à l'aide de figures coloriées, découpées et superposées ; Par ACHILLE COMTE.

Quand il s'agit de connaissances scientifiques, on ne saurait trop faire d'abrégés, de résumés, de précis, soit pour les élèves qui commencent à apprendre, soit pour ceux qui veulent repasser ce qu'ils savent, soit même pour les hommes qui, devant enseigner à autrui, ont besoin de concentrer leurs connaissances et de les amoindrir, pour ainsi dire, au niveau de ceux qu'ils sont chargés d'instruire.

C'est à ces diverses classes de personnes qu'est destiné l'ouvrage de M. Achille Comte. (Voir *aux Annonces.*) Assez élémentaire pour éclaircir la vue générale de la *Physiologie* aux gens qui ne veulent l'étudier qu'en amateurs, il est en même temps rempli de descriptions de détails, très propres à attacher les commençans, et à leur indiquer la direction de leurs recherches. M. Comte a fait marcher parallèlement, dans son livre, l'examen de l'*organisation* et l'étude de la *physiologie de l'homme*, et, se dégageant avec bonheur des habitudes routinières de la science, il n'a pas séparé, par des coupes artificielles, des phénomènes que la nature a faits inséparables. Au lieu de tracer, en effet, une histoire des fonctions, qui n'eût pas été l'histoire de l'être vivant, dans ses rapports avec les agens extérieurs, ou une histoire générale des organes qui n'eût été ni l'une ni l'autre des deux précédentes, il a embrassé, en une seule et même vue, tous les actes de la vie, et les a successivement étudiés dans leurs instrumens et dans leurs effets, en fesant servir à sa démonstration tout ce que l'état actuel de la science comporte de plus positif et de mieux connu.

Il y a, dans cette publication, une partie qui est toute entière de l'invention de M. Achille Comte, c'est la *disposition des figures de son Atlas* ; les dessins des planches sont combinés de telle sorte que le *verso* et le *recto* figurent des plans qui s'articulent et se superposent les uns aux autres. Ces figures, coloriées et retouchées au pinceau, avec le plus grand soin, rappellent fidèlement la forme et la teinte des organes, et, comme elles peuvent se détacher du dessin principal et se soulever en plusieurs pièces, elles permettent à l'œil de pénétrer, couche par couche, de la surface extérieure d'un appareil de fonctions, jusque dans les moindres replis de sa texture.

Cette ingénieuse idée a reçu, dans cette *Troisième Édition* de l'ouvrage de M. Comte, tous les développemens et la perfection qu'elle comportait, et nous pensons, de plus, que son application à l'anatomie chirurgicale aurait d'excellens résultats. X...

Epidémie de suette.

Mon cher confrère,

Veuillez insérer ce petit résumé de deux lettres que j'ai reçues de Périgueux et d'Angoulême ; elles m'ont paru présenter quelque intérêt dans les circonstances actuelles.

Il règne en ce moment une terrible épidémie de suette à Cendriers, dans le département de la Dordogne. M. le docteur Farrot, médecin distingué de Périgueux, qui a été envoyé par le préfet, M. Romieux, sur le théâtre de l'épidémie, porte le nombre de malades à 1500, et celui des morts à 400. M. Farrot se distingue autant par son zèle et son activité à soigner ses malades, que par son amour pour la science ; déjà il a pratiqué avec tout le soin dont il est capable, onze autopsies dont il donnera les détails aussitôt que l'épidémie aura cessé de sévir avec autant de force, et lui accordera quelques instans de relâche pour mettre ses idées en ordre.

L'épidémie de Cendriers, s'étendant de proche en proche, avait gagné la Charente, département limitrophe de celui de la Dordogne. Lavalette, Gurat, Rousenac et plusieurs autres communes du canton de Lavalette étaient devenues sa proie ; MM. Boucheron et Bonis, médecin du chef-lieu de canton, ne pouvaient suffire à donner leurs soins aux nombreux malades qui les réclamaient. Informé de cet état de choses alarmant, M. le préfet Larigni s'empressa d'envoyer sur les lieux M. le docteur Gigon, qui, doué d'un excellent tact médical fortifié par de bonnes études, reconnut promptement que la complication la plus terrible de la maladie était une fièvre de prodrome à accès pernicieux, qui avait fait succomber en peu de jours 30 individus dans une commune de 700 habitans. Grâce à cette découverte et à l'administration du quinquina à fortes doses en temps opportun, le docteur Gigon arrêta promptement la maladie dans son cours, qui menaçait d'envahir tous les lieux humides et bas du département. M. Gigon a remarqué que souvent les accès se succédaient avec beaucoup de rapidité, de quart d'heure en quart d'heure, de demi-heure en demi-heure, et que les malades succombaient quelquefois au troisième ou quatrième, et que par cette raison il fallait observer avec beaucoup de soin l'intermittence pour administrer le médicament héroïque, sans lequel, dans beaucoup de cas, il n'y a pas de salut. Une fois la principale complication reconnue, le remède a été administré ; personne n'a plus succombé, et la peur qui avait gagné tous les habitans s'est dissipée avec le danger.

Nous engageons les médecins de Cendriers et ceux de Contances, où une semblable épidémie règne en ce moment avec une violence extrême, à bien observer si elle n'est pas compliquée d'accès pernicieux qu'il serait possible d'arrêter par le quinquina, ainsi que l'a fait le docteur Gigon avec tant de succès, et contre lesquels les antiphlogistiques n'ont aucune puissance.

Dr DUFRESSE.

Sentence de la Congrégation de l'inquisition du St-Office de Rome contre les magnétiseurs.

Par décret du 21 avril dernier, approuvé par Sa Sainteté, la Congrégation générale de l'inquisition romaine et universelle vient de défendre comme immoral l'usage du magnétisme animal. L'acte est redigé dans les termes suivans.

« Dans les opérations magnétiques, il existe une tendance *(prossima occasione)* à la mécréance et à la corruption des mœurs ; on désirerait, pour la tranquillité des consciences, connaître quelle est à ce sujet la véritable opinion du Saint-Siége.

» On n'ignore pas la réponse qu'a déjà faite la Congrégation du Saint-Office ; mais il serait à désirer que le Saint-Siége se prononçât formellement sur cette importante matière.

» Quelle que soit la conviction individuelle sur les faits énoncés et reconnus par des auteurs graves et religieux, il appartient à la Sainte-Eglise catholique, apostolique, romaine, de les juger, de décider sur des choses d'une si grande importance pour la religion et pour la morale publique. Il serait extrêmement important que l'Église se prononçât, sinon par une décision formelle, au moins par une instruction qui servît de règle aux gouvernemens catholiques, constitués par le Seigneur pour protéger la religion et veiller à l'exécution des lois relatives aux mœurs et à la morale publiques. »

« Feriâ IV, die 21 aprilis 1841.

« In Congregatione generali S. romanæ et universalis inquisitionis habita in conventu S. Mariæ supra Minervam coram eminentissimis Ecclesiæ cardinalibus inquisitionis, proposita supra dicta instantia, iidem eminentissimi et reverendissimi DD. dixerunt : Usum magnetismi prout exponitur non licere. »

Suit l'approbation en latin de Grégoire XVI, pape actuel par la grâce de Dieu. (*Il racc. med. di Fano*, 5 juill. 1841.)

Nous rappelons à nos lecteurs l'excellente fabrique de DEBAUVE-GALLAIS, qui doit sa réputation à la supériorité de ses produits. (*Voir* aux Annonces.)

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 14 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 93, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr ; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Des phénomènes de l'accouchement.

Le travail de l'accouchement est précédé de symptômes ou de phénomènes appelés précurseurs par la plupart des auteurs, et auxquels un accoucheur a donné le nom de *temps secret*. Dans ce premier temps, la matrice s'abaisse, le ventre s'affaisse, les flancs se creusent, les lèvres de la vulve se gonflent; des mucosités plus abondantes qu'auparavant, et quelquefois mêlées d'un peu de sang, s'écoulent des parties génitales; ces mucosités ramollissent la vulve et semblent la rendre plus dilatable, en sorte que même chez les primipares l'introduction du doigt est très facile. Dans les mouvemens qu'elle exécute, la femme éprouve de la pesanteur dans le bassin; elle a de fréquentes envies d'uriner. Si l'on examine alors avec attention, l'on voit que l'utérus se contracte; mais ces contractions, la plupart des femmes les ignorent, ce qui rend très heureuse et très exacte l'expression de *temps secret* servant à désigner les phénomènes précurseurs. Le gonflement des mamelles, assez rare dans l'espèce humaine, s'observe très fréquemment chez certains animaux, surtout chez ceux dont le lait n'est point employé à des usages domestiques. Ainsi la jument, à l'approche du part, éprouve un gonflement considérable des mamelles; peut-être verrait on la même chose chez la femme, placée dans d'autres conditions sociales.

Il survient aussi, à cette époque, de notables changemens dans les habitudes de la femme. Celle-ci se sent plus légère, plus allègre, plus disposée au mouvement; elle est plus gaie; la respiration est plus facile, les digestions sont moins laborieuses. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, au contraire; quelquefois, en effet, l'altération de la face devient plus grande, les mouvemens sont pénibles, la femme est tourmentée par de l'insomnie; au lieu de gaîté, dit Denman, l'on observe alors chez elle de la tristesse et une prévision fâcheuse de l'avenir.

Enfin, après ces phénomènes, dont la durée est variable, se déclarent les premiers symptômes de l'accouchement. Comme le canal représenté par la filière du bassin offre, par rapport au fœtus qui doit le parcourir, une étroitesse notable, des efforts expulsifs sont donc nécessaires; il faut que la voie se prépare, que l'orifice utérin se dilate: c'est la première conséquence du travail. Vient ensuite la dilatation des parties externes; d'une autre part, l'œuf étant trop volumineux et ne présentant pas une résistance assez considérable, il doit se diviser; de là rupture des membranes. Pour la dilatation du périnée et de la vulve, les contractions utérines ne suffisant plus, il faut le concours des muscles abdominaux. Grâce à ces diverses circonstances, le fœtus pourra être expulsé; puis l'utérus, en vertu de sa rétractilité, reviendra sur lui-même, et plus tard chassera le délivre au dehors.

Comme l'acte de l'accouchement doit avoir pour but l'expulsion d'un corps volumineux, à cause du volume du corps et par la nature des résistances qu'il y aura à vaincre, ce phénomène doit s'accompagner de douleurs. Celles-ci vont retentir au loin; les autres fonctions de l'organisme se trouvent modifiées, altérées. Ainsi, le pouls est fort et fréquent; il y a de la chaleur fébrile, des sueurs abondantes; la respiration se trouve également influencée; la réaction de l'utérus sur l'estomac peut donner lieu à des vomissemens; cet organe peut aussi réagir sur le système nerveux, et donner lieu à de l'agitation, de la somnolence, du trouble dans les idées, etc. Or, tout cela, tout cet ensemble de phénomènes a été divisé en plusieurs temps: le premier, appelé *temps secret*, se compose des symptômes précurseurs; il en a été parlé plus haut. Le second temps, ou mieux le premier temps du travail proprement dit, commence à l'invasion des premières douleurs et finit à la rupture des membranes, et lorsque la dilatation du col est à peu près complète. Le deuxième commence à la rupture des membranes et finit à l'expulsion du fœtus. Le troisième enfin comprend l'expulsion des annexes du fœtus ou la délivrance; ce troisième temps a été considéré par la plupart des accoucheurs, et bien à tort sans doute, comme un temps à part.

Le premier phénomène, le phénomène essentiel qui se manifeste dans le premier temps, sans contredit le plus important, ce sont les contractions utérines ou les douleurs, deux expressions qui sont devenues synonymes. Les contractions ont donc cela de particulier qu'elles s'accompagnent de sensations pénibles; cela est vrai, mais il y a à cet égard une infinité de différences; l'on observe même des contractions sans douleurs, comme celles qui se manifestent dans les phénomènes précurseurs, et dont la femme quelquefois n'a pas même conscience. Dans la rupture prématurée des membranes, il y a aussi des contractions non douloureuses; mais dans la grande majorité des cas les contractions s'accompagnent de douleurs. Celles-ci ne sont pas toujours proportionnées à l'intensité des contractions: ainsi des contractions énergiques peuvent ne déterminer que des douleurs légères, et *vice versâ*.

La perception de la douleur doit varier en raison de la susceptibilité des femmes qui accouchent, et son expression suivant leur courage ou leur pusillanimité. Ainsi une femme courageuse exprime faiblement une douleur très aigue; une femme pusillanime au contraire pousse des cris perçans pour une sensation pénible facilement supportable.

Les contractions utérines ou les douleurs se reproduisent par accès: d'abord courtes et séparées par un assez long intervalle de temps, elles deviennent ensuite plus longues, plus rapprochées et de plus en plus violentes. Les premières sont nommées *mouches*; les secondes, *douleurs préparantes*. Les troisièmes, dites *douleurs expulsives*, sont caractérisées par l'expression d'efforts violens: elles sont plus aigues et plus longues que celles qui précèdent; pendant la durée de la douleur, l'utérus se contracte, se durcit, prend une forme globuleuse assez facile à apprécier par la seule application de la main sur les parois abdominales; le col se contracte, ses bords deviennent tendus, et les membranes forment à travers l'orifice utérin une saillie qui est plus ou moins considérable. Dans l'intermittence des douleurs, l'utérus se relâche et reprend sa première mollesse, le col se détend, ses bords deviennent flasques.

Les intermittences présentent d'autres caractères qui varient au début, au milieu et à la fin du travail. Au début du travail, la femme présente dans l'intervalle des douleurs un repos d'esprit qui lui permet souvent de vaquer à ses occupations; au milieu du travail, les intermittences ne sont pas complétement exemptes de souffrances: la femme a le sentiment de la douleur passée et la prévision de la douleur qui va venir; vers la fin du travail, les intermittences reprennent le caractère qu'elles avaient au commencement: la femme alors éprouve un repos complet; quelquefois meme elle se livre au sommeil.

Chaque accès présente aussi une physionomie toute particulière: ainsi, dans le commencement, la femme ne paraît ni souffrante, ni inquiète; plus tard elle se plaint sans cesse, toutes ses paroles indiquent le découragement le plus complet. Enfin, vers la fin du travail cette dernière expression disparaît, la femme reprend courage; non-seulement elle ne craint plus les douleurs, mais elle les désire, et si elles sont long-temps à reparaître, elle se plaint de cette longueur.

Dilatation du col. A mesure que les douleurs se rapprochent, les bords du col s'écartent. On dit que la dilatation du col est complète, quand elle est assez considérable pour laisser passer la tête du fœtus. Cette dilatation du col de l'utérus mérite d'être examinée avec attention. Au commencement du travail, les bords du col, chez les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfans, sont épais et écartés; ils sont, au contraire, minces et résistans chez les primipares. A mesure que le travail fait des progrès, l'épaisseur de ces bords diminue, puis la levre antérieure s'épaissit de nouveau, semble se contourner sur elle-même, et vient former une sorte de bourrelet derrière le pubis; mais la tête du fœtus continuant d'avancer, cette lèvre antérieure s'amincit de nouveau. La lèvre postérieure n'éprouve point ces dernières modifications; elle reste mince. Cet épaississement de la levre antérieure se rencontre également chez les primipares.

La dilatation du col présente encore cette autre particularité; à savoir, que l'orifice utérin ne se trouvant pas placé dans l'axe de l'utérus, cette dilatation du col n'est pas régulière; la lèvre antérieure chemine plus en avant que la postérieure, ce qu'il est facile d'apprécier par le toucher pratiqué au commencement ou à la fin du travail.

Causes de la dilatation du col. On a beaucoup raisonné sur ce sujet; cependant il suffit de réfléchir un peu pour voir que les contractions utérines et l'intervention du fœtus sont les seules causes de la dilatation du col.

La première de ces causes est active, la seconde est purement passive, et pour ce motif ne saurait agir isolément. L'action combinée de ces deux causes est nécessaire pour amener à bien la dilatation du col. Il est facile de concevoir comment cette dilatation a lieu. Il faut se rappeler que les parois de l'utérus sont appliquées sur la surface des membranes, qui offrent une forme régulièrement ovoïde, ou après la rupture des membranes sur le corps du fœtus qui, replié sur lui-même, présente une forme à peu près semblable; que les fibres de l'utérus, les longitudinales, sont les plus nombreuses; qu'enfin les fibres circulaires du col sont affaiblies par la distension excessive qu'elles ont subie, et que celles qui forment le cercle de l'orifice peuvent seules opposer une résistance, d'abord assez forte, mais qui s'affaiblit de plus en plus, à mesure qu'elles sont obligées de céder à l'action des fibres longitudinales.

Si maintenant ces fibres longitudinales entrent en contraction, l'on comprend facilement que, ne pouvant rétrécir la cavité de l'utérus, qui se trouve remplie, toute leur action doit être employée à tirailler chacun des points de l'orifice auquel elles viennent aboutir, et à les éloigner du centre.

Dès qu'il y a un commencement de dilatation suffisant, l'extrémité inférieure des membranes s'engage à la manière d'un coin entre les bords de l'orifice, presse uniformément sur tous les points avec toute la force d'impulsion communiquée au fluide par la contraction des parois de l'utérus. Après la rupture des membranes, c'est par la tête ou la partie du fœtus qui se présente que ce rôle est rempli. Cela étant, la dilatation sera en raison de l'énergie des contractions *et vice versâ.* L'intervention de l'œuf ou du fœtus une fois admise comme une des causes de la dilatation, celle-ci marchera avec d'autant plus de rapidité que l'œuf s'engagera davantage à travers l'orifice; le contraire devra, par conséquent, amener de la lenteur dans ce phénomène.

A présent, dans le cas de difformité du bassin, quand l'œuf se trouve retenu au détroit supérieur et ne peut appuyer sur l'orifice de l'utérus, l'on comprend que la dilatation se fasse très lentement; la meme lenteur existera dans le cas de présentation de l'épaule et dans toute présentation qui ne permettrait pas au fœtus de s'engager dans la filière du bassin. Il y a plus; c'est que souvent, dans de semblables circonstances, le col de l'utérus, après la rupture des membranes, revient sur lui-même et son orifice se rétrécit. D'où il faut conclure que les deux agens dont il a été question plus haut: savoir, les contractions utérines et l'intervention soit de l'œuf soit du fœtus, sont nécessaires pour amener une dilatation complète du col.

L'état de résistance ou de mollesse du col utérin influe aussi sur la durée de la dilatation; ainsi celle-ci se fera plus lentement chez une primipare que chez la femme qui aura eu déjà des enfans. Enfin, une dernière remarque, c'est que le col tient un peu des sphincters: le commencement de la dilatation est le plus difficile; une fois commencée, celle-ci marche assez rapidement. De même que lorsqu'il s'agit de pratiquer le toucher anal, il est plus difficile de faire pénétrer un premier doigt qu'un second et même un troisième.

Division de l'œuf. En conservant le volume qu'il présente a la fin de la grossesse, en restant intact, l'œuf ne pourrait jamais traverser le bassin; il faut donc qu'il se divise. La division de l'œuf comprend trois phénomènes étudiés ensemble par les auteurs, quoiqu'il y ait un grand intéret pratique à les dissocier. Ces phénomènes sont: 1° la formation de la poche des eaux; 2° la rupture de cette poche; 3° l'écoulement du liquide qu'elle contenait.

Une fois l'orifice utérin assez dilaté pour recevoir une portion des membranes, celles-ci s'y engagent et viennent former dans le vagin une tumeur d'un pouce de saillie sur un diamètre de quatorze à dix huit lignes, d'une forme demi-sphérique, tumeur qui ne tarde pas à se rompre sous l'influence des contractions utérines. Cette tumeur est tendue et lisse pendant la durée des douleurs; alors aussi la tête du fœtus s'élève, puis, la douleur cessant, la saillie que constitue la poche des eaux s'affaisse, les membranes sont flasques et leur interposition entre la tête et le doigt est difficilement sentie; la tete, qui s'était élevée dès l'apparition de la contraction utérine, s'abaisse quand celle-ci a cessé.

La poche des eaux présente à étudier quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt. Elle est ordinairement demi-sphérique, mais l'on a dit qu'elle prenait la forme de l'orifice utérin. Cette assertion est vraie, mais à une condition; c'est que la saillie formée par la poche des eaux ne sera pas considérable. Quelques accoucheurs ont encore avancé que, dans certaines circonstances, la poche des eaux avait une forme allongée, et ils disaient que cette disposition se rencontrait quand l'une des extrémités de l'enfant se présentait à l'orifice. Jamais, suivant M. P. Dubois, cela n'a lieu. La forme de la saillie de la poche des eaux est toujours ou presque toujours globuleuse. (L'on verra plus loin dans quelles circonstances cette forme globuleuse ne se rencontre pas.)

Au reste, la laxité des parois du vagin ne permettrait pas aux membranes de prendre une forme allongée. La saillie formée par la poche des eaux présente, avant la rupture des membranes, une longueur d'un pouce, quelquefois moins, quelquefois plus; mais il arrive aussi que la poche dépasse à peine l'orifice utérin: c'est ce que les auteurs anciens appelaient *poche plate, eaux plates*, expressions conservées par madame Lachapelle. Cette circonstance tient à ce que la tête étant volumineuse, s'engage dans le détroit supérieur et ne se relève pas dans chaque contraction; elle est pour ainsi dire enclavée; l'eau, obligée de contourner les côtés de la tête, perd de sa force d'impulsion. Cette circonstance a une influence notable sur la marche du travail qu'elle ralentit et sur la rupture des membranes qu'elle rend tardive.

La saillie considérable de la poche des eaux est une circonstance importante à connaître. Dans ce cas, en effet, ce n'est pas la tête qui se présente, ou bien celle-ci est très élevée ou très petite, ou enfin il existe un vice de conformation du bassin. Ainsi la connaissance de ce fait doit faire présager, à l'accoucheur qui le rencontre, une présentation vicieuse et un accouchement laborieux.

L'alternative de tension et de relâchement des membranes mentionnée plus haut, manque quelquefois. Cela peut tenir à une trop grande réplétion des membranes qui, alors, restent toujours tendues. Cette circonstance ralentit les contractions utérines ; il convient donc d'opérer la rupture artificielle de la poche des eaux, afin de placer l'utérus dans de meilleures conditions. Cette tension continuelle des membranes peut aussi tenir à un état de contraction permanente et comme tétanique de l'utérus. Dans ce cas, c'est à la saignée et à l'emploi des opiacés qu'il faut avoir recours.

La poche des eaux, ordinairement lisse, offre quelquefois une épaisseur et une rudesse toute particulière; comme s'il existait des points indurés séparés par des intervalles lisses ; enfin, dans d'autres circonstances, elle est molle et tomenteuse, ce qui arrive quand c'est une partie des membranes voisines du placenta qui se présente, partie qui alors renferme la membrane caduque.

Mais la poche des eaux n'existe pas dans tous les cas ; quelquefois, en effet, les membranes se rompent dès le commencement du travail, avant de s'engager dans l'orifice utérin.

Rupture de la poche des eaux. Lorsque les membranes qui constituent la poche des eaux ont acquis un volume considérable, et qu'elles ne peuvent plus supporter les efforts du liquide poussé par les contractions de l'utérus, elles se rompent. Cette rupture peut se faire de deux manières, ou bien les membranes s'affaiblissent peu à peu sous l'influence des douleurs, s'éraillent, et l'eau de l'amnios alors s'écoule silencieusement, sans que la femme en ait conscience autrement que parce qu'elle se sent mouillée. Dans ce cas, l'accoucheur s'aperçoit de cette rupture parce qu'il ne sent plus les membranes interposées entre la tête et son doigt, ou bien cette rupture arrive au milieu d'un effort de contractions. Dans ce cas elle se fait avec bruit, avec éclat, ce qui inspire souvent de la crainte à la femme, surtout si elle est primipare.

Relativement à l'époque où elle se montre, la rupture de la poche peut être prématurée ou tardive. Elle est prématurée quand elle se fait au début du travail, ou même avant que le travail n'ait commencé. L'on verra plus tard l'influence de cette circonstance sur l'écoulement du liquide amniotique. Elle est tardive : 1° quand la résistance des membranes est trop considérable, ou quand les contractions sont trop énergiques ; 2° quand l'impulsion communiquée au liquide par les contractions se trouve diminuée, affaiblie, comme dans le cas où il existe une poche plate, quand la tête, engagée dans la filière du bassin, ne se relève pas. Cette persistance de la poche des eaux mérite d'être connue et étudiée ; car elle peut ralentir les contractions utérines, et l'on comprend qu'alors l'art doit intervenir.

Cette rupture de la poche des eaux correspond le plus souvent à l'orifice utérin ; quelquefois elle se fait au-dessus de cet orifice ; circonstance qui a une certaine influence sur l'écoulement du liquide et sur la marche du travail.

Écoulement du liquide. En général, une fois la rupture des membranes opérée, il s'écoule une certaine quantité de l'eau de l'amnios ; mais, par un mécanisme facile à comprendre, la tête se présente aussitôt à l'orifice utérin qu'elle ferme complètement, et empêche ainsi la sortie du reste du liquide ; de cette façon, le placenta, le cordon ombilical et le fœtus lui-même, échappent à une compression trop médiate des parois de l'utérus. Cependant l'écoulement du liquide continue, bien que très modérément, au commencement et à la fin de chaque contraction. Voilà ce qui arrive le plus ordinairement ; il s'agit maintenant de voir ce qui se passe dans certaines circonstances.

Dans le cas de *poche plate*, il ne s'écoule que peu de liquide ; la tête, engagée dans le détroit supérieur, empêche, comme on l'a vu plus haut, cet accouchement, et la grande quantité d'eau qui reste alors dans l'utérus, ralentit la marche du travail. Cette disposition de la poche des eaux demande déjà qu'on en pratique artificiellement la rupture ; ensuite la sortie d'une petite quantité d'eau indique qu'il faut avec le doigt soulever la tête pour en favoriser l'écoulement et pour faire que les contractions reprennent de l'énergie.

Dans le cas de *poche saillante*, il s'écoule une grande quantité de liquide : c'est surtout dans des présentations vicieuses que cette disposition des membranes se rencontre, et comme l'orifice ne se trouve point fermé par la tête (puisque c'est une autre partie qui se présente) toute l'eau contenue dans la cavité utérine s'écoule, circonstance qui ajoute au danger de la présentation. Et puis, plus l'utérus se contractera plus l'eau s'écoulera ; de sorte que lorsque l'orifice utérin présentera une dilatation assez grande pour permettre l'introduction de la main, celle-ci, n'étant plus protégée par un reste de liquide amniotique, ne manœuvrera que difficilement, si tant est que les contractions lui permettent de manœuvrer.

Lorsque la poche des eaux se rompt prématurément, c'est sous l'influence de la rétractilité de l'utérus ; et non en obéissant aux lois de la pesanteur que le liquide s'écoule, et dans ce cas souvent la perte de liquide est loin d'être en rapport avec le développement du ventre ; en sorte qu'il faut conclure que, dans ce cas, l'eau se forme instantanément. Cette dernière circonstance pourrait bien causer quelque étonnement ; cependant, si l'on se rappelle que certaines femmes, au lieu de perdre du sang après leurs couches, comme cela a lieu ordinairement, voient s'écouler une certaine quantité d'eau, cet étonnement cessera ; car s'il se fait dans ce cas par la surface interne de l'utérus une sécrétion abondante de ce liquide, pourquoi la même chose n'aurait-elle pas lieu dans le cas de rupture prématurée des membranes ?

Dans le cas de rupture prématurée des membranes, l'écoulement du liquide, ainsi que cela a été dit précédemment, se fait au début et à la fin de la contraction ; c'est une circonstance qui augmente la durée du travail en ralentissant sa marche. L'utérus alors, ne trouvant plus le point d'appui sur lequel il compte, la contraction avorte ; de même que si quelqu'un veut soulever un fardeau sur un sol mobile, malgré sa ferme volonté, les efforts qu'il fera avorteront. En conséquence, il faut rendre à l'utérus le point d'appui qui lui manque, et pour cela soulever la tête et faciliter la sortie du liquide.

Lorsque la rupture des membranes s'est effectuée dans un point situé au-dessus de l'orifice de l'utérus, l'écoulement du liquide se fait comme dans le cas précédent ; mais si l'on pratique le toucher au milieu d'une douleur, l'on s'aperçoit que les membranes font encore saillie à travers l'orifice. La conduite de l'accoucheur, ici, est de rompre cette poche, plaçant de la sorte l'utérus dans de meilleures conditions. Cette circonstance donne lieu à un phénomène particulier ; la tête, venant à s'appliquer sur la partie des membranes qui fait saillie, l'entraîne avec elle ; et l'enfant naît, comme on le dit, *coiffé*. On a voulu regarder cette coiffe comme pouvant être dangereuse pour l'enfant en couvrant le nez et la bouche, et empêchant ainsi la respiration de s'établir ; mais cette crainte est peu fondée ; il faudrait, pour que cela eût lieu, que l'enfant tombât dans des mains bien inattentives.

Il reste une dernière remarque à faire, à savoir : que l'œuf peut être expulsé tout entier. Ceci s'observe surtout dans le cas d'avortement ; cependant on en a vu quelques exemples chez des femmes arrivées à une époque assez avancée de leur grossesse. Dans ce cas il n'y a ni formation ni rupture de poche des eaux, ni écoulement de liquide amniotique. M. P. Dubois a vu deux faits de ce genre à la Maternité.

HOPITAUX DE LONDRES.

Observations sur le diabète et les bons effets de l'ammoniaque contre cette maladie; par M. George H. Barlow.

Sydenham avait dit, puis Place en 1714, et plus tard Rolio, ont répété que l'origine de cette remarquable maladie devait être rapportée à un dérangement de l'estomac ou des organes digestifs, plutôt qu'à une perversion des fonctions des reins. Cette opinion a sans doute acquis du crédit ; cependant il reste toujours à éclaircir les rapports chimiques de l'urée et du sucre, et il est intéressant d'abord de rechercher les causes du diabète d'après les connaissances que nous possédons actuellement sur les fonctions des reins.

« La sécrétion urinaire, dit Muller, est un moyen d'expulser de l'organisme les matières animales décomposées et inserviables, telles que l'urée et l'acide lithique (élémens essentiels de l'urine), les matières salines superflues, et les corps étrangers qui sont accidentellement entrés dans la circulation, qu'ils aient ou non subi une altération de leur état primitif. »

Je me permettrai de faire remarquer que chez l'homme et les animaux carnivores, ces élémens essentiels sont très azotés ; tandis que chez les herbivores, l'acide lithique est remplacé par l'acide hippurique, substance qui contient un peu plus de cinq pour cent de nitrogène. Parmi les organes purificateurs, les poumons paraissent destinés à sécréter du carbone sous forme d'acide carbonique ; le foie, à enlever du carbone, de l'hydrogène et du nitrogène, mais principalement du premier, de sorte qu'il peut être regardé en grande partie comme coadjuvant ou supplémentaire des poumons, et comme chargé en outre d'une fonction de plus ; la peau, à suppléer à tout le reste, surtout aux fonctions des reins.

On pourrait s'attendre, d'après cela, que les fonctions de l'un de ces organes pourrait remplacer en totalité ou en partie les fonctions d'un autre ou de tous pris ensemble. L'anatomie comparée nous apprend, en effet, que dans les différentes classes des animaux vertébrés le volume du foie augmente à mesure que la respiration diminue ; il est au maximum dans les poissons, au minimum dans les mammifères, et entre ces deux termes, dans les reptiles. L'expérience journalière nous apprend d'ailleurs que quand la bile cesse de couler par le conduit cholédoque, elle se montre dans les urines.

En conséquence, la présence d'une substance dans la sécrétion d'un organe, substance propre à la sécrétion d'un autre organe, doit être plutôt attribuée à la cessation de fonction de celui-ci qu'à la perversion de celui-là ; en d'autres termes, la présence d'un produit très carbonique dans l'urine indique un dérangement dans la fonction d'un autre organe, non dans les fonctions des reins. De là, la conséquence naturelle que la présence du sucre dans l'urine des diabétiques est moins l'effet de l'action des reins que du dérangement d'autres organes. D'autre part, que peut-on déduire pour la pathologie des autres conditions morbides des urines, ou, ce qui revient au même, qu'indiquent les autres produits morbides ? Je ne veux pas sortir des limites de la pratique dans ce travail : en conséquence je n'examinerai pas ces questions ; qu'il me suffise seulement de faire remarquer que de tous les autres élémens morbides contenus dans l'urine, il n'en est aucun, si l'on excepte ceux qui appartiennent à la composition du sang normal, dont la présence ait été attribuée à des maladies des reins ; en conséquence, les connaissances que nous possédons sur la pathologie des autres conditions morbides des urines ne fournissent aucune donnée pour attribuer la présence du sucre dans les urines, sucre qui ne se rencontre jamais dans le sang normal à une maladie des reins. Or, puisqu'il n'est pas probable que le sucre de l'urine soit le résultat d'une lésion foctionnelle des reins, et puisque le sucre a été retrouvé dans le sang des sujets diabétiques par MM. M. Grégory, Ambrosiani et Rees (surtout par ce dernier qui en a retrouvé des quantités considérables), il serait bon de rechercher jusqu'à quel point sa présence dans le sang peut rendre compte des symptômes de la maladie.

Et d'abord, pour ce qui est de l'urine, il est connu, par les recherches de de Woehler, que toute substance soluble, non gaziforme, non décomposable dans l'organisme, est expulsée par les reins, ce qui explique déjà comment le sucre doit se trouver nécessairement dans les urines. On a prétendu, il est vrai que la quantité de sucre trouvée dans le sang des diabétiques n'est pas suffisante pour expliquer celle qui se rencontre dans les urines. Cette objection cependant n'est pas d'un grand poids, si l'on se rappelle la promptitude extrême avec laquelle les corps solubles introduits dans l'économie sont expulsés par les urines. Ajoutons que les matières qui sont susceptibles d'être poussées ainsi dans un organe sécréteur, sont stimulantes, à ce qu'il paraît, pour ce même organe ; c'est ce que nous voyons tous les jours arriver avec les sels neutres, qui agissent de la sorte sur les reins. En conséquence, le sucre qui est séparé du sang doit, en se portant aux reins, stimuler ces organes et provoquer un flux urinaire (1).

Premier fait. Un cordonnier s'est présenté au dispensaire Surrey dans l'été de 1836, se plaignant d'une maigreur consomptive et d'une diminution progressive des forces depuis un mois. A l'examen, je trouve la poitrine saine ; le malade cependant me dit alors qu'il rendait depuis plusieurs jours une quantité considérable d'urine, à peu près quinze pintes par vingt-quatre heures. Sa peau était sèche et très âpre ; langue chargée, soif intense, appétit très bon. Son urine était douce au goût et d'une gravité spécifique 1,041. Je l'ai mis d'abord à l'usage d'un grain d'opium toutes les quatre heures, de l'huile de ricin de temps en temps, régime alimentaire modéré, repos au lit. Au bout de cinq jours, l'urine avait beaucoup diminué, mais sa gravité spécifique avait augmenté (1,044), mais le malade se trouvait dans une grande prostration, ce qui dépendait peut-être de l'opium. Je lui ai alors ordonné 30 centigram. (6 grains) de sesquicarbonate d'ammoniaque, trois fois par jour, dans une potion contenant 4 grammes d'esprit de lavande ; 25 centigrammes (5 grains) de poudre de Dower le soir.

Huit jours de ce traitement ont réduit l'urine à douze pintes par vingt-quatre heures, et sa gravité spécifique à 1,035. Le malade transpire modérément la nuit ; la soif est beaucoup moindre.

J'ai alors augmenté la quantité d'ammoniaque à 40 centigrammes (8 grains) toutes les vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce remède, la gravité spécifique de l'urine a rapidement diminué, et, au bout de six semaines, le malade avait acquis de l'embonpoint et de la force, et, se croyant guéri, il a quitté le dispensaire.

Cinq semaines plus tard, cependant, il est revenu, la maladie ayant récidivé. Sa peau était de nouveau rude et sèche, son urine excédait deux galons par vingt-quatre heures ; il a maigri considérablement, mais il n'est pas aussi maigre que la première fois ; sa langue est blanche, mais humide ; son haleine exhale l'odeur de foin. Je l'ai traité comme précédemment, et au bout de deux mois il était guéri. A l'époque de son *exeat* il rendait trois pintes d'urine par jour, non sucrée, pesant 1,020. La guérison ne s'était point démentie trois ans après.

Deuxième fait. Je dois cette observation à mon ami, le docteur Golding Berd. Un homme, âgé de trente-un ans, a été peintre de voitures pendant onze ans. Au bout de ce temps, il a quitté cet état par suite d'une colique saturnine accompagnée de paralysie, et il s'est fait revendeur. Ses habitudes étaient sobres, mais il a souvent éprouvé des chagrins et de grandes privations. Il y a six ans, il avait eu la main droite paralysée par l'action du plomb, dont je l'avais traité à l'aide de la strychnine ; trois mois plus tard il a essuyé la colique des peintres et de grandes difficultés pour aller à la garderobe. Il y a quatre ans, il

(1) L'auteur raisonne évidemment en mécanicien, et ne paraît pas bien connaître la physiologie de la sécrétion urinaire. Il n'est exact de dire que l'excitation des reins détermine un flux urinaire; au contraire, lorsque les reins sont excités véritablement par une cause quelconque, la sécrétion urinaire diminue ou s'arrête complètement, et ce n'est que dans des conditions d'adynamie rénale que l'urine devient abondante. Ce qui n'est pas pas plus exact, c'est que le sucre et les sels neutres aient la propriété de stimuler les reins ; il nous serait facile de démontrer que la doctrine de l'auteur, concernant la source du sucre des urines est complètement erronée, et qu'il est impossible de la chercher ailleurs que dans les organes eux-mêmes qui sécrètent l'urine. Arrivons aux faits : s'il est vrai que le diabète guérit sous l'influence de l'ammoniaque, nous trouverons là la confirmation de l'opinion de quelques physiologistes, qui regardent cette maladie comme une affection asthénique des nombreux vaisseaux artériels et veineux des reins ; mais laissons-là ces doctrines. (*Note du Trad.*)

s'est aperçu, pour la première fois, qu'il urinait plus qu'à l'ordinaire ; il rendait enfin deux galons d'urine par vingt-quatre heures. Un mois plus tard son corps s'est couvert d'une éruption pustuleuse, et la quantité d'urine est revenue à l'état normal ; mais bientôt après, l'éruption ayant disparu, l'urine a reparu comme auparavant.

A l'examen, le malade est pâle, anémique et scrofuleux; sa mémoire faiblit beaucoup depuis plusieurs mois ; il éprouve des céphalalgies fréquentes, et lorsque l'urine diminue, ces symptômes empirent et la stupidité augmente. La langue est lisse, pâle, rouge sur les bords ; les papilles ne sont pas développées ; appétit vorace, soif excessive ; ventre constipé, surtout depuis l'augmentation des urines; lorsqu'il va à la garderobe ses matières sont noires et sentent le sucre en ébullition. Pouls mou et faible ; peau sèche et aride ; circulation capillaire faible, extrémités froides ; pas de transpiration depuis le mois de novembre 1839, époque à laquelle il avait essuyé de la pluie. Il se plaint souvent de douleurs lombaires. Il est souvent obligé de se lever la nuit pour uriner ; il rend deux galons d'urine par vingt-quatre heures ; elle est pâle, pas très douce, de gravité spécifique 1,027. Les organes générateurs sont presque dans l'impuissance depuis trois mois.

6 mars. Sesquicarbonate d'ammoniaque 30 centigrammes (5 grains) ; infusion de serpentaire 32 grammes (1 once) ; poudre de rhubarbe ; alimentation végétale, surtout des choux.

Le 13, urine un galon et demi par vingt-quatre heures; constipation ; mieux ; même traitement ; plus poudres purgatives.

Le 20, vomissemens, pas de garderobe ; les urines diminuent, puis elles augmentent. Même traitement, plus poudre de jalap.

Le 27, mieux ; urine un galon et demi ; insomnie. Même traitement, plus hydrochlorate de morphine.

Le 10 avril, urine un galon par 24 heures ; sueurs fréquentes depuis une semaine ; une seule garderobe depuis sept jours ; langue rouge, mais pas aussi lisse qu'auparavant. Même traitement, morphine, bolus cambogiæ le soir.

Le 16, purgations violentes par le bol ; sueurs copieuses ; mieux ; la mémoire est plus vive, les organes sexuels ont plus de vigueur. Traitement, *ut suprà*.

Le 22, le dernier bol a été vomi avec beaucoup de phlegmes ; deux garde-robes depuis hier, matières jaunes et fétides ; pouls 80, mou ; érections ; transpirations abondantes. Urine, trois quarts de pinte par vingt-quatre heures ; poids spécifique, 1,017. Du porter pour boisson ; alimens farineux.

Le 29, le malade se sent tout à fait bien et veut son *exeat*, qui lui est accordé.

Le 12 juin il est revenu à l'hôpital, sa guérison ne s'était point démentie ; l'urine cependant est restée à six ou sept pintes par vingt-quatre heures et plus colorée qu'à l'état normal. Poids spécifique, 1 017 ; pas de sueurs.

Troisième fait. Une femme âgée de trente ans, brune, mère de deux enfans, habituellement bien portante, bien réglée, éprouve depuis six mois, à la la suite de chagrins, une maigreur excessive. Depuis quatre mois elle rend plus d'urine qu'à l'état normal (dix pintes par vingt-quatre heures), douces au goût ; langue humide et blanche ; grande soif ; appétit excessif ; peau rude ; transpiration entièrement arrêtée. Je lui ai prescrit 40 centig. (8 grains) de sesquicarbonate d'ammoniaque et 5 gouttes de teinture d'opium, dans une infusion de *columbo*, à répéter toutes les six heures ; régime alimentaire animal et végétal.

Au bout d'une semaine, l'urine était descendue à neuf pintes. Huit jours plus tard, la soif est beaucoup moindre ; légère transpiration générale pendant la nuit.

Après trois semaines, l'urine est à huit pintes et demie. Transpiration abondante ; langue humide ; les forces augmentent beaucoup. On élève la dose de l'ammoniaque jusqu'à 75 centig. (15 gr.) toutes les quatre heures ; alors l'urine descend à six pintes. Retour de l'embonpoint, des forces et de la transpiration. Suivent d'autres détails. Guérison. L'auteur rapporte un quatrième fait terminé aussi par la guérison. (*Guy's hospital reports.*)

HOPITAUX ITALIENS.

Extirpation d'une notable portion de l'intestin rectum carcinomateux; par M. da Gumin, chirurgien à Trieste.

Une servante âgée de soixante-cinq ans éprouvait depuis long-temps du ténesme incessant, et était par là obligée de faire des efforts fréquens pour aller à la garderobe, sans effet. Depuis quelques mois elle ne rendait pas de fèces moulées ; ses matières étaient fluides, ténues, souvent jaunâtres, quelquefois muqueuses et teintes de sang. Elle éprouvait un sentiment de pesanteur, d'anxiété, du météorisme ; des coliques fréquentes et obstinées, des vomissemens, de la chaleur après les évacuations alvines, des douleurs lancinantes qui s'irradiaient jusqu'à la base du sacrum ; souvent du prurit en urinant ; parfois de la strangurie. On avait caractérisé la maladie pour une dysenterie, et on l'avait traitée en conséquence.

M. da Gumin a diagnostiqué un cancer au rectum ; il a trouvé l'anus à l'état de procidence entre les fesses, comme s'il était poussé par une force intérieure ; les plis rayonnés de l'anus étaient aplatis ; l'ouverture anale constamment béante, comme si elle était pour donner passage à un corps solide ; cette ouverture offrait de la ressemblance avec celle d'une bague ; elle était étroite et ne permettait qu'à peine le passage du petit doigt ; ses bords étaient fendillés et laissaient suinter du sang. Le doigt ayant été introduit par cette ouverture, fait reconnaître l'intestin rectum, dont les parois étaient indurées, tuberculeuses, excoriées et douloureuses. Le toucher par le vagin a fait mieux apprécier le volume, la densité, les limites de la tumeur, qui s'étendait à quatre pouces de hauteur.

L'opération a été pratiquée de la manière suivante : La malade a été placée comme pour la cystotomie périnéale, et de manière que l'anus fît saillie. Un aide a soutenu le périnée moyennant un doigt placé dans le vagin. Le chirurgien, armé d'un bistouri à tranchant convexe, a pratiqué une incision semi-lunaire à la peau, de chaque côté de l'anus, de manière à comprendre celui-ci dans l'ovale ; il pénétra ensuite, en incisant dans la même plaie à un pouce de profondeur, et sépara les sphincters, en disséquant le tissu cellulaire qui fait adhérer le vagin à l'intestin rectum. Deux troncs de l'artère hémorrhoïdale inférieure et de la honteuse externe ayant été divisés ont été tordus. Le chirurgien a continué alors la dissection, tantôt avec des ciseaux courbes, tantôt avec le bistouri, dans le but toujours d'isoler la masse morbide. A mesure que ce travail d'isolement avançait, il tirait en bas la tumeur ; enfin il est arrivé à la partie saine et l'a excisée, avec les ciseaux, à trois quarts de pouce au-dessus de la partie morbide.

Aussitôt l'excision opérée, il s'est échappé par la plaie plusieurs globes volumineux de matières excrémentielles. La membrane muqueuse, loin de se rétracter, s'est allongée et s'est laissé étaler dans toute l'étendue de la brèche jusqu'aux bords tégumentaires de la plaie ; elle a été cousue contre ces bords. La plaie a été abstergée, lavée à l'eau froide. La malade est tombée en syncope, mais elle est revenue de cet état.

Le soir, pas de fièvre ; la malade est dans un état satisfaisant ; écoulement continu de matières fécales ; la plaie, qui paraissait énorme au moment de l'opération, est peu spacieuse maintenant que les cuisses sont rapprochées. Fomentations froides sur la plaie ; limonade et bouillon pour boisson.

Les choses ont marché ainsi jusqu'au troisième jour ; à cette époque, fièvre, chaleur ; la plaie est rosée ; la surface ulcérée offre une couleur de plomb, comme si elle eût été touchée par le nitrate d'argent ; la muqueuse, extroversée et cousue, est elle-même rougeâtre ; symptôme d'entéro-péritonite. Antiphlogistiques ordinaires, sangsues, etc. L'état de la malade s'aggrave jusqu'au sixième jour ; à cette époque, les choses ont pris un meilleur aspect, la cicatrisation commence. Plus tard, nouvelle réaction, diarrhée ; puis mieux, guérison.

(*Ann. univ. di med.*, mai et juin 1841.)

— A côté de ce fait, le journal que nous venons de citer en rapporte un autre pareil. L'opération a été pratiquée par le docteur Rizzoli. Ces deux observations se recommandent par la simplicité du mode opératoire et par leur heureux résultat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 1er juillet 1841.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — 1° Lettre de M. Parent, qui demande un congé de trois mois pour cause de maladie.

2° Envoi du quatrième numéro de la Gazette médicale de Montpellier.

3° M. le docteur Rigal, présenté par MM. Nauche et Puzin comme candidat, adresse à M. le secrétaire général un mémoire manuscrit sur le rhumatisme aigu. MM. Nauche et Rouvin sont nommés commissaires.

— *M. Chalut* rend un compte verbal de deux mémoires insérés dans le 27e Bulletin des travaux de la Société médico-pratique. Dans le premier, l'auteur, le docteur Oustalet, médecin à Montbéliard, traite de la fièvre typhoïde, et, contrairement à l'opinion d'un grand nombre de praticiens, la regarde comme éminemment contagieuse. Il décrit une épidémie de cette fièvre, qu'il a observée dans un village composé de 136 habitans : sur vingt personnes atteintes de la maladie, quatre ont succombé. La maladie, après avoir débuté chez un jeune homme, s'est communiquée à la jeune servante qui le soignait ; de là à la sœur de celle ci, puis aux dix-sept autres qui ne paraissent point cependant avoir eu de communications immédiates avec les premiers qui ont été frappés. Y a-t-il eu réellement contagion ? ou n'est-ce qu'une épidémie ?

Dans le second mémoire, M. Oustalet rapporte plusieurs exemples d'accidens qui ont signalé la descente des testicules retardataires dans les bourses. Il pense qu'on pourrait prévenir ces accidens en oblitérant au moyen d'un bandage l'anneau inguinal, du moment qu'on aurait constaté l'absence des testicules dans les bourses. C'est, dit M. Chalut, à l'expérience et aux praticiens à décider cette question.

M. Tanchou aurait désiré que son confrère eût déclaré ce qu'il pense au sujet de la contagion, il est bon, ajoute-il, qu'on connaisse l'opinion de la Société sur cette question.

M. Chalut répond que dans un rapport verbal, on doit faire connaître les opinions émises par l'auteur et non les siennes.

— Avant l'ouverture de la séance, *M. Duperthuis* avait soumis à l'examen de quelques-uns de ses confrères, un homme souffrant depuis deux ans d'une douleur à l'estomac, avec amaigrissement et perte des forces. La maladie a résisté aux saignées, aux dérivatifs, aux ferrugineux, aux opiacés employés sous toutes les formes ; chose remarquable, la digestion n'a subi aucune altération. Cette douleur s'est manifestée après la disparition de quelques dartres, traitées cependant méthodiquement par un praticien expérimenté. M. Duperthuis revient sur ce sujet, et demande à ses confrères ce qu'on pourrait tenter dans un cas semblable.

M. Sorlin rapporte avoir été témoin d'un fait qui offre quelques analogies avec celui dont il est question. Une dame d'un âge déjà avancé, et guérie récemment de dartres anciennes placées aux jambes, ressentit tout à coup à la région de l'estomac une douleur atroce ; elle comparait cette douleur à celle que provoquerait dans cette partie la déchirure causée par un millier d'épingles. Cette maladie se manifestait chaque jour, de deux à cinq heures. On ne fit consentir cette dame qu'avec peine à prendre du sulfate de quinine, qui coupa l'accès. Un an après, le mal reparut, mais cette fois fixé à la tête, et ne disparut qu'après l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille. La malade fut assez imprudente pour fermer cet exutoire ; mais la nature, plus sage, fit disparaître le mal qui s'était montré de nouveau, en provoquant derrière l'oreille un suintement séreux, et sur tout le corps l'apparition de quelques plaques dartreuses.

M. Serrurier pense que la première indication à remplir chez le malade présenté par M. Duperthuis, serait de rappeler au moyen d'un vésicatoire l'éruption supprimée.

M. Tanchou. M. Duperthuis a demandé notre opinion sur un malade affecté de dartres dont il a eu le malheur de guérir, et suivant nous, c'est un cas souvent grave, car il est de ces maladies cutanées qui, anciennes, ont fait élection de domicile et doivent être respectées. Si le mal était plus récent, je conseillerais de rappeler les dartres aux jambes ou de les suppléer par l'emploi des purgatifs ; mais j'ai palpé le malade, j'ai senti vers le bas-fond de l'estomac une tumeur rénitente. Pour moi, il y a un cancer commençant causé par la sensibilité augmentée de la muqueuse qui tapisse ce viscère. Le mal est incurable, je n'ai point d'avis à donner.

M. Nauche admet l'explication de M. Tanchou quant à la nature de la maladie et aux causes qui l'ont déterminée ; mais il déclare qu'il n'hésiterait pas à suivre le conseil de M. Serrurier, qu'il couvrirait les jambes de vésicatoires, ou que mieux encore, il les frictionnerait avec la pommade stibiée. Il aurait aussi confiance dans l'usage des bains de vapeur, les applications aux jambes de coton recouvert de taffetas gommé, afin de maintenir ces parties dans une moiteur continuelle. En supposant l'existence d'une affection cancéreuse, il donnerait matin et soir une cuillerée d'une dissolution de 2 à 3 centigrammes de bichromate de potasse dans 500 grammes d'eau. Par ces moyens et le suc de carottes donné à la dose de 70 à 140 grammes, il est parvenu à améliorer l'état d'une jeune personne dont l'estomac ne pouvait plus recevoir de nourriture ; en touchant la région épigastrique, on ressentait comme une douleur rénitente, et la malade accusait une vive douleur. Elle ne pouvait marcher et tombait en syncope à chaque moment. A ces moyens M. Nauche a joint l'usage du chlorure d'antimoine dissous à la dose de 2 à 3 centigrammes, et celui de l'iodure de potassium (4 à 8 décigrammes) dissous dans 500 grammes d'eau distillée. On faisait prendre matin et soir une cuillerée d'une de ces liqueurs dans un verre d'eau sucrée.

Les moyens que j'ai indiqués, ajoute notre confrère, ont ramené cette jeune personne à un état de santé presque complet ; usez chez le malade en question des mêmes moyens. Que risquez-vous ? si vous restez dans l'inaction, il périra ; si vous agissez, il aura une chance de salut.

M. Fouquier. On vient de parler de métastases fâcheuses ; j'en ai observé une des plus singulières chez un de mes amis âgé de soixante-cinq ans. Vers l'âge de quarante-cinq ans, il devint sujet à des vomissemens bilieux qui revenaient chaque matin, après quoi il déjeûnait et se portait bien le reste du jour. Sa mère avait éprouvé la même incommodité pendant vingt ans. Fatigué de ces vomissemens quotidiens, il voulut en être débarrassé, et me consulta sur ce qu'il y avait à faire. Je lui conseillai l'usage de l'eau magnésienne gazeuse. Effectivement, les vomissemens ne reparurent plus, mais sa vue s'obscurcit, des troubles étrangers se manifestèrent dans la vision, les objets paraissaient brisés ou renversés. Je voulus en vain parer à ces accidens et ramener les vomissemens par de petites doses d'ipécacuanha ; inutilement des oculistes le couvrirent-ils de vésicatoires ; deux cataractes se montrèrent, et le malade attend qu'il n'y voie plus clair à se conduire pour se faire opérer.

Fistules urinaires anciennes. — *M. Guillon* montre un dessin représentant le scrotum et le périnée énormément tuméfiés, très rouges dans une assez grande étendue, avec quinze tubercules très saillans. Au centre de chacun de ces tubercules se trouve une ouverture par où passe l'urine lorsque ce malade veut expulser ce liquide de la vessie. A la face postérieure du scrotum on observe huit fistules urinaires ; au périnée, qui fait une saillie considérable, on en compte sept, et de plus on trouve une tumeur fluctuante grosse comme un petit œuf de poule.

Une note rédigée par le malade et lue par M. le secrétaire-général fait remonter le commencement de cette maladie à 1801 ; elle indique en outre que depuis une vingtaine d'années le malade a subi sans aucun avantage plus de cent cautérisations dans l'urètre.

Ce malade, dit M. Guillon, avait en 1823 trois rétrécissemens de l'urètre qui ont été reconnus et cautérisés quinze fois à cette époque par Nicod. En 1828 et 1839, environ quatre vingts cautérisations avec le nitrate d'argent solide et la potasse caustique ont encore été pratiquées, et la maladie s'est toujours aggravée.

Depuis lors, les trois rétrécissemens se sont réunis et n'en forment plus qu'un seul de cinq à six centimètres de longueur.

Aujourd'hui, après deux opérations de mouchetures pratiquées sur les coarctations et seize jours de soins, ce rétrécissement est à moitié guéri ; l'abcès qui était apparent au périnée et dont la prostate était le siége s'est ouvert dans l'urètre, et douze fistules sont complétement cicatrisées.

Sur la demande de M. Guillon, une commission composée de MM. Nauche, Rousseau et Guersant examinera le malade, et en rendra compte à la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Charles Masson, secrétaire annuel.

Rapport de M. Duméril sur un mémoire de M. le docteur Jobert de Lamballe, contenant des recherches anatomiques sur la terminaison des nerfs de la matrice, avec des applications à la physiologie et à la pathologie de cet organe. (Académie des sciences, séance du 10 août.)

« J'ai été chargé par l'Académie, avec MM. Double et Roux, de lui faire le rapport que nous avons l'honneur de lui présenter sur le mémoire dont nous venons d'indiquer le titre, et qui offre un grand intérêt sous le double rapport de la science et de l'art.

» Ce mémoire, accompagné de très grands et beaux dessins coloriés, est principalement consacré à l'exposé des recherches anatomiques entreprises par l'auteur, pour reconnaître et établir d'une manière positive la véritable

distribution et la terminaison des nerfs qui pénètrent et se répandent dans l'épaisseur de l'utérus chez la femme et même chez quelques-unes des espèces de mammifères, avec les modifications que ces nerfs subissent suivant les âges, avant, pendant et après les révolutions naturelles des organes génitaux.

» Les pièces anatomiques conservées démontrent que ce travail consciencieux a été fait avec beaucoup de soins, d'adresse et de persévérance; car les dissections très bien préparées, qui ont été mises sous les yeux de vos commissaires, paraissent en effet démontrer les faits consignés dans ce mémoire, et par suite les conséquences que l'auteur en a déduites. Cependant, dans les sciences physiques, il est toujours à craindre qu'un seul fait bien constaté ne vienne un jour infirmer une proposition négative, même lorsqu'elle semble établie par l'observation la plus habile et la mieux dirigée sur un grand nombre de sujets.

» Comme l'analyse de ce mémoire a été faite par l'auteur, et insérée dans le n° 20 du Compte-Rendu hebdomadaire de cette année (à la page 882), nous ne la reproduirons pas ici; nous dirons en abrégé que M. Jobert a relaté dans la première partie l'historique des recherches faites sur le même sujet, et des opinions émises par les auteurs depuis Galien jusqu'à M. Robert Lee, qui a publié un travail spécial sur les nerfs de l'utérus dans la femme, à diverses époques du développement de cet organe pendant la gestation, et chez des individus d'un âge avancé ou très jeune. Les écrits cités et analysés par l'auteur sont ceux de Willis, dont les descriptions ont été adoptées et reproduites par la plupart des anatomistes lorsqu'ils ont eu à faire connaître la naissance et la distribution des nerfs ovariques, hypogastriques et sacrés; de Walter, qui a donné de si belles planches pour représenter les nerfs provenant du grand sympathique et qui forment en particulier le plexus hypogastrique, et dont les dessins sont d'accord avec les notions exactes qu'avaient données précédemment De Graaf et Haller. Vient ensuite l'exposé des recherches des deux Hunter, de celles de Tiedemann adoptées dans le grand ouvrage de madame Boivin et du professeur Dugès; enfin le travail spécial de Lobstein. L'origine de ces nerfs part, comme on le sait, de deux sources différentes: de la moelle vertébrale qui fournit les plexus hypogastrique et sacré, et du grand sympathique ou trisplanchnique dont les filets sont dans les dépendances de la vie organique.

» M. Jobert s'est convaincu que ces nerfs s'entremêlent et se confondent en pénétrant dans le tissu intime ou dans le parenchyme de la matrice; mais en se livrant aux recherches les plus minutieuses de l'anatomie même microscopique, jamais il n'a pu en suivre les filets jusqu'au col de l'utérus. Toute la portion de cet organe qui fait saillie dans le vagin et qu'on nomme le museau, celle qui constitue les lèvres de l'orifice utérin n'admet aucun filet nerveux; les filamens qui semblent s'y diriger après avoir éprouvé une sorte d'intrication, produisent un nouveau plexus dont il se sépare, sous le rapport de la direction, deux ordres de fibrilles. Beaucoup sont rétrogrades; elles se relèvent pour se distribuer dans l'épaisseur des parois de la matrice, et les autres descendent pour pénétrer dans le tissu même du tube qui constitue le vagin.

» Ce résultat, obtenu par l'étude des organes génitaux de la femme, se trouve confirmé par l'anatomie comparée des parties correspondantes dans une guenon, une jument, une chienne, et chez les femelles du lapin, de la marmotte, de l'écureil et du cabiai; car dans tous ces animaux les filets nerveux, destinés principalement aux parois du canal qui précède le véritable orifice de l'utérus et qui proviennent du plexus hypogastrique, ne parviennent pas dans l'épaisseur du bourrelet plus ou moins saillant qui termine le col ou orifice commun des cornes de l'utérus chez ces animaux.

» C'est d'après ces investigations anatomiques que M. Jobert s'est rendu compte des faits que lui et la plupart des chirurgiens ont souvent observés: c'est que, dans le plus grand nombre des cas pathologiques et chirurgicaux, lorsque les bords de l'orifice utéro-vaginal sont seuls attaqués ou lésés, jamais cette partie ne fournit l'indice de la sensibilité exaltée ou d'une vive douleur toutes les fois que l'effet ou la cause irritante se porte uniquement sur cette partie de l'organe. Aussi peut-on appliquer le fer rougi au feu et les caustiques sur cette partie sans occasionner une vive douleur; c'est ce qu'on a pu observer souvent dans le traitement chirurgical de certains cancers encéphaloïdes, dans la section partielle des bords du museau de tanche altérés par quelques ulcérations peu profondes.

» L'auteur de ce mémoire s'appuyant dans sa pratique sur les succès obtenus au moyen du cautère actuel par Marc-Aurèle Séverine, par Puteaux et par les célèbres chirurgiens de notre temps tels que Percy, Dupuytren, et par notre confrère M. Larrey, rapporte à la suite du mémoire que nous faisons connaître six observations dans lesquelles il a obtenu le plus grand succès de la cautérisation à l'aide d'un fer rouge porté sur les bords de l'orifice utéro-vaginal, opérations qui n'ont déterminé localement qu'une douleur bien supportable.

» Dans la première de ces observations chirurgicales, il s'agit d'une métrorrhagie rebelle dépendant d'un ulcère fongueux. Dans la seconde, c'était une hypertrophie avec un ramollissement du col également accompagné d'hémorrhagie. Dans la troisième, c'est un ulcère compliqué de névralgie. Dans la quatrième, il s'agit d'une récidive de cancer. Enfin, dans les deux dernières, on trouve l'histoire et la guérison d'ulcères chroniques et fongueux. Dans tous ces cas, la cautérisation par le fer rouge a eu les plus heureux résultats.

» M. Jobert conclut de son travail, que l'observation anatomique, les faits de pathologie et les opérations chirurgicales semblent démontrer que le museau de tanche ou le bourrelet de l'orifice utéro-vaginal est à peu près privé de nerfs, puisqu'il est insensible à l'action des instrumens tranchans, à la plupart des caustiques chimiques et même au cautère actuel; pourvu que, selon la méthode indiquée en particulier par notre honorable confrère M. Larrey, on fasse usage d'un spéculum d'ivoire ou de corne, ou de toute autre matière peu conductrice du calorique pour protéger les parois très sensibles du canal des règles.

» Ce mémoire, résultat de recherches habiles et persistantes, est surtout recommandable par les descriptions anatomiques et les belles planches qui représentent les nerfs utérins chez la femme et dans quelques espèces de mammifères; nous proposons à l'Académie d'adopter ce travail, en le faisant insérer dans la Collection des mémoires des savans étrangers. » (Adopté.)

M. le docteur Crespiat nous adresse la note suivante, extraite d'une lettre qu'il a reçue de Cendrieux :

« La commune de Cendrieux, près Périgueux (Dordogne), où a régné une épidémie de suette dans la première quinzaine du mois de mai dernier, compte mille habitans, dont un quart à peu près a été plus ou moins atteint par l'épidémie. Neuf hommes, tous laboureurs, âgés de vingt quatre à trente-six ans, et un enfant de sept ans ont succombé après quatre à cinq jours de maladie. Quelques femmes ont été malades, mais aucune n'est morte. Au 15 mai, l'épidémie avait presque entièrement disparu, grâce aux lumières de MM. Parrot et Brou de Laurières. »

Depuis près de 800 ans, l'École de Salerne est en possession de dicter des lois d'hygiène aux médecins et aux gens du monde. Ecrite en vers latins rimés et d'une structure originale, elle doit à cette singularité et à l'excellence des préceptes qu'elle renferme, l'honneur d'avoir été, parmi les ouvrages de médecine, reproduite par la presse, avec le plus de fréquence et de succès. Mais il fallait qu'un médecin consciencieux fît la part du bien et du mal, qu'il portât sans crainte une main hardie sur cette arche un peu usée de l'hygiène antique. C'est ce qu'a fait le docteur Demommerot, dans la traduction nouvelle qu'il publie avec le texte en regard et des notes critiques. Le traducteur n'a rien négligé pour rendre cette édition complète et exacte. Ce n'est pas tout; à l'exemple de l'Ecole de Salerne, il a aussi donné en vers français, dont la facilité et la justesse étonnent tous les préceptes d'hygiène moderne. Sous le titre d'*Ecole de Paris*, le docteur Demommerot résume en vers faciles à retenir, tous les préceptes de nos meilleurs hygiénistes; de sorte que le petit volume qu'il publie et qui contient l'hygiène ancienne et moderne, est vraiment d'une utilité indispensable aux médecins et aux gens du mode.

Un vol. in-18. Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 cent. par la poste.

Chez Thivet, rue des Poitevins n° 2;

Et chez M. Ledoyen, galerie d'Orléans, n° 31.

L'éditeur Aubert vient de mettre en vente la *Physiologie de l'Employé*, par M. de Balzac. Le talent si connu de l'auteur s'est soutenu dans les quatorze chapitres qui composent cette histoire des employés, où chaque page est marquée au coin de l'observation la plus judicieuse. C'est, sans contredit, la Physiologie la plus remarquable qui ait paru jusqu'à ce jour. Nous engageons nos lecteurs à l'acheter.

ORTHOPÉDIE.

Nous croyons devoir, dans l'intérêt de l'humanité, signaler au public médical les appareils orthopédiques de M. BECHARD, bandagiste-mécanicien, rue de Tournon, n° 15, faubourg Saint-Germain. Ses appareils se recommandent par leur ingénieux mécanisme et surtout par leur légèreté; ils n'empêchent en rien les personnes qui s'en servent de vaquer à leurs affaires, et produisent les résultats les plus heureux. Ils ont été soumis à des hommes haut placés dans les sciences et dans les arts mécaniques, et reconnus par eux préférables à tout ce qu'ils avaient vu dans ce genre jusqu'à ce jour. — Une médaille d'argent à l'exposition de 1841, a été la juste récompense des travaux orthopédiques de M. BECHARD.

Incontinence d'urine chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

Son traitement rationnel par la méthode des injections. Par M. DEVERGIE, docteur des Facultés de Paris et de Gœttingue, professeur honoraire des hôpitaux militaires de Paris, etc.

Chez G. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17; et chez l'auteur, rue Taranne, 20. Prix : 2 f. 50 c.

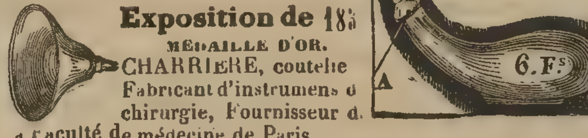
Des pertes séminales involontaires, par M. LALLEMAND, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Institut, etc. — Tome deuxième et dernier partie, un volume in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

Montpellier, chez Louis Castel, libraire, 32, Grande-rue.

Nouveau traité théorique et pratique du Dentiste; par J. LEFOULON, chirurgien dentiste à Paris. Avec 130 figures sur bois gravées par Badoureau. Un beau volume in-8°, prix : 7 fr.

Paris, chez Chamerot, libraire, 33, quai des Augustins, et chez Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine.







PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 17 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 99, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr ; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Rapport fait au nom de la Commission dite de la gélatine.
(Séance du 2 août 1841.)

(Commissaires, MM. Thénard, d'Arcet, Dumas, Flourens, Breschet, Serres, Magendie, rapporteur.)

La Commission au nom de laquelle j'ai l'honneur de prendre la parole, existe depuis dix ans. Elle a subi, durant cette longue période, par décès ou par démission, plusieurs mutations dans son personnel. Elle est aujourd'hui composée de MM. Thenard, d'Arcet, Dumas, Flourens, Serres, Breschet et Magendie rapporteur.

Déjà (en 1832), la Commission a présenté à l'Académie, par l'organe de M. Chevreul, un rapport sur la confection et les propriétés du bouillon de la Compagnie hollandaise. Ce rapport, l'Académie ne l'a pas jugé sans importance, puisqu'elle en a ordonné l'impression.

Depuis cette époque, la Commission a été fréquemment interpellée de dire quand elle ferait son rapport définitif, et, à chaque interpellation, elle a dû répondre qu'elle poursuivait des expériences auxquelles il était impossible d'assigner un terme précis. L'Académie jugera par l'exposé qui va lui être présenté, si nous avons perdu du temps ou si nous avons fait ce qu'il était possible de faire dans les conditions où nous étions placés.

Rappelons d'abord brièvement les circonstances qui ont amené la création de la Commission tellement connue aujourd'hui sous la qualification de *Commission de la gélatine*, qu'elle ne saurait décliner cette épithète, bien qu'en fait, elle puisse en contester la justesse, car la gélatine est loin d'avoir été l'objet exclusif de ses études.

Vous savez, Messieurs, avec quelle persévérance M. d'Arcet s'occupe depuis près de trente ans, de l'extraction de la gélatine des os et de son emploi comme pouvant suppléer la viande, particulièrement dans la confectin du bouillon et des soupes destinées aux indigens. Bien que notre confrère ait rencontré dans cette longue carrière des obstacles de plus d'un genre, ses efforts ne se sont pas un instant ralentis; ses convictions, ses espérances sont encore aujourd'hui ce qu'elles étaient en 1812, époque de ses premiers essais.

Malgré son zèle, ses publications nombreuses et les argumentations qu'il n'a cessé d'accumuler en faveur de son idée favorite, M. d'Arcet n'est pas parvenu à la faire généralement partager; il a soulevé, au contraire, une opposition des plus vives; non-seulement l'on a soutenu et on soutient encore que la gélatine ne peut pas remplacer la viande, mais on ajoute que cette substance est peu ou point nutritive, et même que son usage n'est pas sans inconvéniens.

En vain notre confrère a combattu avec constance et courage ses adversaires, multipliant les témoignages et les raisonnemens : ses preuves furent repoussées par d'autres preuves, ses témoignages contredits par d'autres témoignages. Cette discussion alla si loin, devint si vive, que M. d'Arcet lui-même, aussi bien que ses opposans, désirèrent que la question fût décidée par l'Académie, qui, acceptant ce délicat et difficile arbitrage, nomma la Commission qui vient aujourd'hui vous rendre compte de ses travaux (1).

Dès ses premières réunions, la Commission reconnut que la question des qualités nutritives de la gélatine ne saurait être restreinte dans la confection du bouillon destiné aux pauvres; que, dans ces limites, cette question était plutôt culinaire que scientifique, et ses véritables juges les consommateurs.

La Commission se refusa également à prendre isolément en considération chacun des nombreux mémoires qui lui ont été renvoyés par l'Académie. Outre qu'ils ont été imprimés et qu'ils sont ainsi tombés dans le domaine public, en s'astreignant à les suivre, la Commission eût été gênée dans la direction de ses propres recherches. Elle préféra envisager la question dans sa plus grande extension, et se la posa à elle-même dans les termes suivans :

Peut-on, par un procédé économique, extraire des os un aliment qui, seul ou mêlé à d'autres substances, tienne lieu de la viande?

Avec cette latitude le problème prenait un immense intérêt, puisqu'il ne s'agissait de rien moins que de mettre en lumière et de livrer à la consommation une nourriture abondante, peu dispendieuse et jusqu'ici négligée. Aussi la Commission, se voyant composée de chimistes, de physiologistes et de médecins, jugea opportun de se livrer à des études qui conduiraient peut-être à la solution définitive d'un problème aussi intéressant pour l'humanité.

Votre Commission peut le dire aujourd'hui avec quelque satisfaction, bien qu'elle entrevît qu'un semblable travail serait de longue haleine et qu'il offrirait de grandes difficultés, elle n'hésita pas un instant à l'entreprendre.

Deux parts furent faites : l'un de nous fut spécialement chargé des recherches qui auraient trait à la chimie; à un autre furent confiées les recherches relatives à la physiologie.

Nous allons avoir l'honneur de vous faire connaître les résultats généraux d'un travail qui a duré, sans interruption, pendant près de dix ans, et qui, pour arriver à son terme, aurait besoin, tant il est vaste, d'être encore long-temps continué.

(1) M. d'Arcet, par un sentiment de délicatesse qui ne surprendra personne, s'est abstenu de prendre une part active et directe à nos travaux ; mais il s'est empressé, avec une complésance inépuisable, de nous procurer tous les documens qui pouvaient éclairer et favoriser nos recherches.

Mais tel qu'il est, notre travail, du moins nous l'espérons, ne sera pas indigne de votre attention ; car vous y reconnaîtrez le caractère distinctif et si attrayant des recherches expérimentales, c'est-à-dire des résultats inattendus, le plus souvent nouveaux, dont quelques-uns contredisent des opinions en apparence très-plausibles.

Vous verrez, en outre, comment, avec l'intention de nous occuper particulièrement de la gélatine, nous avons été conduits à étudier les propriétés nutritives de plusieurs autres substances qui entrent dans la composition de nos alimens, et à faire ainsi une véritable étude sur l'alimentation en général, l'un des points les plus importans mais aussi l'un des plus obscurs de la physiologie.

Historique sur l'extraction et l'emploi de la gélatine des os comme substance alimentaire.

Avant d'exposer le travail de la Commission, nous avons besoin de dire que l'emploi alimentaire de la gélatine est un problème fort anciennement agité par les savans et les économistes. L'Académie elle-même s'en occupait déja peu d'années après sa fondation, et s'en est occupée de nouveau à une époque beaucoup plus rapprochée de nous.

En 1680, un médecin français (son nom est inscrit dans cette enceinte parmi les noms illustres qui feront à jamais l'orgueil et la gloire de l'Académie); un médecin français dis je, résidant en Angleterre, où il cultivait la physique avec distinction, passant par Paris, y annonça qu'il avait inventé un appareil à l'aide duquel il « amollissait les os et cuisait beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusque alors, toute espèce de viande au point de rendre, par exemple, la vache la plus vieille et la plus dure, aussi tendre et d'aussi bon goût que la viande la mieux choisie (1). »

L'appareil où s'opéraient de si surprenantes transformations, fut présenté à l'Académie, qui le vit fonctionner, et put ainsi contempler la vapeur à une haute température, s'appliquant pour la première fois à des usages économiques. Est-il besoin de le dire? cet appareil, était le fameux digesteur ou marmite de Papin ; ce voyageur physicien était Papin lui-même, qui préludait ainsi à son ingénieuse et célèbre machine à feu de Cassel.

Il ne paraît pas cependant que le digesteur réalisa devant l'Académie la transformation de « vache dure et vieille en excellente viande. » La vapeur, dans sa toute-puissance actuelle, n'a pas encore fait ce prodige ; mais on eut par cet instrument la preuve démonstrative que les os contiennent dans leur parenchyme une grande proportion de gelée, beaucoup plus que la viande elle-même. Dès lors on se crut fondé à les regarder comme une mine féconde où l'on pouvait puiser un abondant aliment; car la gelée était déjà pour beaucoup de gens l'aliment par excellence.

Dans la première période de la révolution française, époque où la philanthropie était fort en honneur, on s'occupait avec ardeur d'améliorer la nourriture du peuple et celle du soldat. De tous côtés on songea à tirer parti des os.

Plusieurs savans, parmi lesquels nous citerons Proust, d'Arcet, le père de notre confrère, Pelletier, etc., en firent l'objet d'études sérieuses qui toutes confirmèrent que les os contiennent une très-grande quantité de gelée. Ces habiles chimistes donnèrent des procédés faciles pour l'extraire et même pour l'employer.

Un tel résultat, publié dans ces temps d'exaltation où la nouveauté, quelle qu'elle fût était accueillie avec faveur, excita dans les cercles littéraires et politiques un enthousiasme d'autant plus vif qu'on venait d'éprouver les funestes effets de la disette. Alors on put lire dans une instruction publiée par ordre du gouvernement, dont le but était de répandre parmi le peuple l'usage de la gélatine, les assertions suivantes :

« Un os est une tablette de bouillon formée par la nature.

« Une livre d'os donne autant de bouillon que six livres de viande.

» Le bouillon d'os, sous les rapports diététiques, est préférable au bouillon de viande.

» Un étui, un manche de couteau, une douzaine de boutons d'os sont autant de bouillons volés à l'indigence. »

Vous apercevez, au milieu de ce langage hyperbolique poussé jusqu'à ses dernières limites, la croyance que gelée et substance nutritive sont synonymes. On calcule sans hésitation la puissance nourrissante de la viande ou celle des os par la quantité de gélatine qu'ils contiennent, et cependant aucun fait authentique, aucune expérience n'autorisaient une telle pensée.

L'auteur de l'écrit que nous venons de citer, Cadet de Vaux, ardent philanthrope, mais savant superficiel, soumit à l'Institut sa manière d'envisager l'emploi des os. Il en fit l'objet d'un mémoire que MM. Guyton Morveau et Deyeux examinèrent.

Le rapport qui fut fait à cette occasion ne dut pas satisfaire complétement l'auteur du mémoire : tout en admettant que la gélatine est nutritive, et qu'elle peut même en certains cas remplacer la viande dans la confection du bouillon (certes la concession était grande), les commissaires ne peuvent s'empêcher de remarquer « qu'il n'est pas démontré que la qualité nutritive d'un aliment se mesure par la dose de gélatine qu'il contient; car, disent-ils, la viande des jeunes animaux, bien que plus gélatineuse que la viande faite des animaux adultes, est cependant moins nourrissante. » Aussi, tout en louant le zèle de l'auteur, se bornent-ils, pour conclusion, à l'engager « à continuer des recherches dont l'objet est si intéressant et à l'inviter à ne négliger aucun des moyens qu'il croira nécessaires pour détruire les préjugés qui, peut-être, jusqu'ici ont été la cause qu'on a fait si peu de cas de la gélatine des os, malgré les preuves sans nombre qu'avaient données Proust et d'Arcet de son utilité. »

A l'époque où fut fait ce rapport (24 messidor an x), tout se réunissait pour le succès de la gélatine : travaux des savans, approbation de la première classe de l'Institut, protection du gouvernement, disposition générale des esprits à soulager la misère du peuple, car de toutes parts se fondaient des sociétés philanthropiques pour la distribution des secours de tous genres, mais particulièrement de soupes économiques. Et cependant, il faut bien l'avouer, l'usage de la gélatine ne se propagea pas, du moins à notre connaissance, même parmi les classes indigentes.

(1) « La manière d'amollir les os et de cuire toutes sortes de viandes, etc.; » nouvellement inventée par M. PAPIN, docteur en médecine; Paris, 1682.

Quelle pouvait en être la raison? Etait-ce l'un de ces préjugés aveugles et sourds qui se rencontrent si souvent dans l'esprit du vulgaire, et qui se refusent à tout examen, à toute démonstration? Cela n'était pas impossible, car il n'est pas rare de voir les hommes, sous l'empire de leurs passions, s'élancer vers la souffrance avec la même ardeur qu'ils mettent d'ordinaire à rechercher leur bien-être.

Toutefois, il paraît difficile qu'en un point aussi déterminé, aussi pratique, aussi personnel à chacun que celui des alimens, toute une population s'accorde pour refuser ce qui serait bon et salutaire.

Peut-être trouverions nous une explication plus simple de cette répugnance dans les résultats de quelques expériences de d'Arcet. Ce savant, persuadé que, dans la viande comme dans les os, la gélatine est la matière essentiellement nutritive, voulut savoir dans quelle proportion relative elle s'y trouve.

Il reconnut que les os fournissent par la décoction dans l'eau, une quantité de gelée infiniment supérieure à celle que peut en fournir la viande. Mais en même temps, il trouva que la gélatine des os diffère beaucoup, par ses qualités physiques de la gélatine extraite de la viande,

« Celle-ci, dit-il, restaure par son odeur et réjouit par sa saveur. La gélatine des os, au contraire, est insipide comme la gomme ou le mucilage; elle n'est que nourrissante, et c'est pour cela qu'elle a besoin d'un assaisonnement, car l'assaisonnement est une des conditions essentielles de tout aliment, pour les animaux comme pour les hommes. »

Ainsi, d'après d'Arcet, la gelée de viande est, ce que chacun sait, agréable au goût et à l'odorat; elle est réputée, d'ailleurs, très nutritive, car on la donne aux malades et aux convalescens; tandis que la gelée des os est inodore, insipide, et a besoin d'un assaisonnement. Et, quant à ses qualités nutritives, ce chimiste ne les met pas un instant en doute. « C'est, dit-il, un gluten élaboré et presque prêt à remplir les fonctions auxquelles la nature le destine. » Mais, pas plus que ses prédécesseurs, ce savant ne tente de constater par lui-même ce fait fondamental.

Faut-il donc s'étonner de la préférence que les consommateurs, riches ou pauvres, ont continué de donner au bouillon de viande sur le bouillon d'os? Entre un aliment dont l'odeur restaure, dont la saveur réjouit et dont les qualités bienfaisantes sont connues de tout le monde, et une matière sans odeur ni saveur, qualifiée d'excellent aliment par quelques hommes recommandables, mais dont personne n'a vérifié les vertus nutritives, le choix n'est pas douteux et se fait promptement.

Une mort imprévue vint enlever le savant que nous venons de citer, avant qu'il ait pu terminer ses intéressantes recherches sur la gélatine; il les légua à son fils, et, nous le dirons à l'honneur de notre confrère, jamais legs de cette nature ne fût plus religieusement accompli.

En effet, ses premiers travaux en chimie ont eu pour objet la la gélatine; et pendant près de trente ans, il n'a jamais cessé de s'en occuper, et s'en occupe aujourd'hui avec plus d'ardeur, s'il est possible, que dans son jeune âge.

Il ne nous appartient pas même d'examiner les travaux multipliés de notre confrère, soit pour perfectionner l'extraction de la gélatine des os, soit pour en répandre l'usage comme aliment (1) : nous dirons cependant que M. Darcet a hérité de la foi de son père dans la vertu nutritive de la gélatine. Selon lui, un utilisant d'une manière convenable les os de quatre bœufs, on pourrait réellement en créer un cinquième, ou, selon son expression, de quatre bœufs en faire cinq, c'est-à-dire accroitre dans une proportion considérable le meilleur aliment de l'homme.

La confiance de notre confrère dans les qualités nutritives de la gélatine était d'autant plus naturelle au début de sa carrière, qu'elle était partagée par les hommes les plus estimables et les plus instruits de cette époque. Cette confiance dut encore s'accraître par les circonstances suivantes :

La Société philantropique de Paris, à laquelle M. d'Arcet avait proposé de mêler la gélatine aux alimens des indigens, soumit à la Faculté de médecine de Paris les deux questions suivantes :

1° La gélatine de M. d'Arcet est-elle nutritive, et à quel degré?

2° Son usage comme aliment est-il salubre, et ne peut-il entraîner aucun inconvénient?

La savante compagnie ne jugea pas nécessaire d'examiner la première question; elle la regarda comme parfaitement résolue. » Il n'est personne, dit-elle dans sa réponse, qui, connaissant la nature de la viande, ne soit convaincu que la propriété nutritive qu'elle communique au bouillon ne soit due, pour la plus grande partie, pour ne pas dire la totalité, à la gélatine. »

Quant à la seconde question, la gélatine de M. d'Arcet est-elle salubre, les commissaires répondent « que des quarante personnes qui ont fait usage pendant trois mois d'un bouillon fait à la Charité, d'après les procédés de M. d'Arcet, pas une n'a éprouvé quoi que ce soit qui puisse être attribué à la gélatine : les maladies ont suivi leur cours ordinaire, et les convalescences n'ont pas été plus longues que dans les circonstances ordinaires. »

Les commissaires concluent de ces faits : « que non-seulement la gélatine est nourrissante, facile à digérer, mais encore qu'elle est salubre, et ne peut, employée comme le propose M. d'Arcet, produire par son usage, aucun mauvais effet sur l'économie animale. »

(1) *Voir*, à la suite de ce rapport, une note de M. d'Arcet dans laquelle il expose ses travaux sur la gélatine.

Chacun a pu s'apercevoir que les commissaires n'ont pas répondu nettement aux questions si bien posées par la Société philantropique. A la demande de savoir si la gélatine est nutritive, et à quel degrés, ils disent que la question est résolue et ils ne s'en occupent pas. A celle de savoir si la gélatine est salubre, ils répondent qu'un bouillon où cette substance entrait pour une certaine proportion, n'a produit ni bien ni mal.

Rien n'était donc changé à l'état de la science par ce rapport, et la Société philanthropique en jugea sans doute ainsi, car elle n'adopta pas la proposition qui lui avait été faite.

L'opinion de la Faculté de médecine eut, toutefois, une grande influence sur l'emploi de la gélatine. Plusieurs établissemens publics de Paris, parmi lesquels nous citerons l'hôpital de la Charité, la maison de refuge de M. de Belleyme, l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, l'hôtel des Monnaies, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu, firent établir l'appareil de M. d'Arcet pour la fabrication de l'eau gélatineuse à l'aide de la vapeur. Bientôt cependant plusieurs y renoncèrent, en s'appuyant de raisons plus ou moins plausibles, mais particulièrement sur la répugnance des consommateurs.

A l'Hôtel-Dieu de Paris, le rejet de l'emploi de la solution fut motivé dans un rapport au Conseil général des hospices par les médecins, chirurgiens et pharmaciens de l'hôpital, parmi lesquels se trouvaient deux membres de cette Académie. A ces juges, bien compétens sans doute, s'était joint M. Henry père, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux.

Ce rapport est important, car tout ce qui regarde la préparation et l'emploi de la solution gélatineuse y est traité d'une manière qui nous paraît laisser peu à désirer. C'est à ce titre que nous sommes dans l'obligation d'en donner une analyse d'une certaine étendue, et de mettre le rapport lui même au nombre de nos pièces justificatives.

Cinq chapitres le composent. Le premier offre un exposé historique sur l'extraction de la gélatine des os et sur son emploi dans la confection du bouillon; nous ne nous y arrêterons pas.

Le second contient les résultats de recherches sur la gélatine des os et sur le bouillon dans la confection duquel elle entre comme élément.

Dans ce chapitre, que nous citons textuellement en note (*voir à la suite de ce rapport*), les commissaires examinent le mode d'extraction de la gélatine des os et la création de la solution gélatineuse au moyen d'un appareil à vapeur composé d'une chaudière et de cylindres de fonte; les qualités physiques et chimiques de la solution; son emploi dans la confection du bouillon comparée à d'autres bouillons faits par les procédés ordinaires.

Les conclusions de ce chapitre, qui renferme une foule de faits, d'expériences d'un grand intérêt, sont, sur tous les points, défavorables à l'emploi du nouveau procédé. « Ainsi, disent les commissaires, le bouillon fait avec la dissolution gélatineuse est de mauvaise qualité; ce bouillon est plus putrescible que le bouillon préparé par l'ancien procédé;

» Il est d'une saveur désagréable, qui va même jusqu'à inspirer un véritable dégoût;

» Il est moins digestible que le bouillon ordinaire, et il peut même diminuer les fonctions des organes digestifs;

» Il contient une moins grande quantité de matière nutritive que le bouillon fait par l'ancienne méthode;

» Ce qu'il contient de matière nutritive est d'une qualité inférieure à celle que contient le bouillon ordinaire. »

Le troisième chapitre du rapport envisage la confection du nouveau bouillon sous le point de vue de l'économie, et la trouve si minime, qu'elle ne saurait compenser l'infériorité du bouillon. Elle n'aurait été, en effet, que de 7 fr. 13 c. par jour pour la consommation d'un aussi important établissement que l'Hôtel-Dieu.

Le quatrième chapitre contient des remarques pratiques sur les différens procédés pour la confection du bouillon de viande en grand.

Enfin, ce rapport se termine par les conclusions générales suivantes :

« 1° La gélatine extraite des os, dissoute dans l'eau, forme un liquide qui présente les caractères suivans :

» Il est légèrement opale et visqueux;

» Il a une saveur et une odeur nauséabondes des plus prononcées;

» Il laisse au goût une impression désagréable qui se conserve long-temps;

» Il est très putrescible;

» Il a, lorsqu'il est gâté, une odeur et une saveur fétides;

» 2° Projetée dans l'estomac, même à faible dose, la dissolution gélatineuse, quoique rendue plus sapide par l'addition soit de sel, soit de sucs de légumes, détermine des nausées, une soif ardente, des borborygmes, des flatuosités, de la diarrhée; elle exerce sur les organes digestifs une action débilitante qui trouble leurs fonctions.

» 3° La dissolution gélatineuse emporte ses qualités dans tous les mélanges dans lesquels elle entre, et ses qualités y sont d'autant plus apparent qu'elles s'y trouvent en plus grande proportion.

» 4° Le bouillon préparé avec la dissolution gélatineuse et la viande a une couleur louche;

» Il ne peut être clarifié;

» Il a une odeur et une saveur nauséabondes,

» Il fournit un extrait sec, insipide et dans lequel l'osmazôme est en très petite quantité, et en quantité d'autant moindre, qu'il entre moins de suc de viande dans sa confection.

» Il n'a ni les qualités odorantes et aromatiques, ni la sapidité indispensables pour que le bouillon soit de bonne qualité;

» Il n'exerce pas sur les organes digestifs l'action excitante nécessaire pour que la digestion soit facile et les produits nutritifs.

» 5° Les qualités du bouillon dans lequel on a fait entrer de la dissolution de gélatine extraite des os, nuisibles pour les personnes valides, le sont bien davantage encore pour les malades et les convalescens;

» 6° La viande cuite dans dissolution gélatineuse, pour faire le bouillon, a une couleur rouge qui inspire de la répugnance à ceux qui en font usage;

» 7° La gélatine extraite des os, offrît-elle toute les qualités nécessaires pour faire un bon bouillon, ne se trouve dans la dissolution obtenue par la vapeur, qu'en trop petite quantité pour remplacer le suc de la viande auquel elle est substituée;

» 8° L'extraction de la gélatine des os par la vapeur est dangereuse par le procédé employé, qui exige l'action de la vapeur comprimée;

» 9° Les économies qui paraissent devoir résulter de l'introduction de la gélatine extraite des os dans le bouillon, sont anéanties par la facilité et la fréquente altération putride du bouillon qui en est le produit;

» 10° Le procédé d'extraction de la gélatine des os par la vapeur est défectueux en lui-même par la qualité du produit, qui contient une certaine quantité de matière animale saponifiée par suite de l'action d'une chaleur trop élevée. Cette chaleur est cependant indispensable pour extraire une quantité notable de la gélatine des os.

» 11° Le procédé d'extraction fût-il plus parfait, ne changerait pas encore la nature de la gélatine, qui n'est pas un bon aliment, si même elle est nutritive;

» 12° L'économie apparente qui résulte de l'extraction de la gélatine des os et de sa substitution à une certaine quantité de viande, n'est obtenue que par un déplacement d'emploi qui ne diminue pas effectivement la consommation en viande et la dépense qui en résulte.

» Ce déplacement d'emploi a l'inconvénient grave d'affaiblir et de détériorer l'aliment qui constitue la principale nourriture des malades, savoir, le bouillon et la soupe, pour améliorer l'aliment des convalescens presque rétablis et des personnes valides, auxquels seuls le rôti et le bœuf à la mode peuvent convenir. »

Le rapport concluait en outre à la suppression de l'appareil, suppression qui fut en effet immédiatement ordonnée. Mais avant de le faire démonter, le conseil-général des hospices voulut s'assurer s'il n'y aurait pas quelques moyens de rendre ses produits moins inférieurs. Il consulta sur ce point M. Soubeiran, chimiste bien connu de l'Académie.

Se renfermant dans la question qui était proposée, M. Soubeiran répondit :

1° Qu'avec la solution gélatineuse sortant de l'appareil à la vapeur de M. d'Arcet, et en employant 250 grammes de viande par litre, il est à peu près impossible de faire un bouillon clair;

2° Que si l'on sature la solution avec un peu d'acide acétique en laissant une légère acidité à la liqueur, il se fait un dépôt d'apparence muqueuse, la dissolution gélatineuse est alors transparente et ferait un bouillon clair;

3° Que la gélatine extraite des os par l'acide chlorhydrique et mis encore humide dans la marmitte, donne un bouillon très clair.

« Dans mon opinion, dit M. Soubeiran en terminant sa note, l'extraction de la gélatine des os frais par l'acide chlorhydrique est préférable à l'emploi de la vapeur, ce dernier système étant trop difficile à diriger pour le service journalier d'un hôpital (1). »

A peu près à la même époque, M. Donné, après avoir été grand partisan de la gélatine, reconnut que les propriétés nutritives de cette substance n'avaient encore été l'objet d'aucunes recherches spéciales (2).

M. Donné fit des essais sur lui-même et sur des animaux; et, bien que la gélatine n'entrât que pour une fraction dans son alimentation et dans celle des deux chiens qu'il soumit concurremment à ses épreuves, il n'en acquit pas moins la conviction que la gélatine était peu ou point nutritive.

« La gélatine que j'ai employée, dit M. Donné dans son Mémoire, était à l'état de gelée, très concentrée, sucrée et aromatisée pour moi, soit avec du citron, soit avec quelque liqueur alcoolique. Je l'ai donnée à mes chiens, mélangée avec de la graisse et salée. Après avoir pris pendant les six premiers jours, à trois heures différentes de la journée, depuis 20 grammes jusqu'à 50 de gélatine sèche, accompagnée de 85 à 100 grammes de pain, je me trouvai diminué en poids de deux livres. Pendant tout le temps, j'avais été tourmenté par le sentiment de la faim, et j'éprouvais une véritable défaillance qui ne se calmait qu'après avoir dîné à mon ordinaire. »

Des deux chiens sur lesquels M. Donné expérimenta, l'un, pendant les quatre premiers jours, mangea chaque jour près de 120 à 240 grammes de pain, après quoi l'animal refusa de toucher à la gélatine, sous quelque forme qu'on la lui ait présentée, même mélangée avec du bouillon gras ou un peu de viande, et il se serait laissé mourir de faim à côté d'elle, car il devenait d'une maigreur excessive.

L'autre chien mis en expérience, resta couché quatre jours près de la gélatine préparée de toutes les manières, sans avoir voulu une seule fois y toucher.

Le mémoire de M. Donné fut l'occasion d'un travail du même genre, mais beaucoup plus étendu. M. Gannal, chimiste manufacturier, fabricant de colle forte, avait depuis long-temps fait la remarque que, dans ses ateliers, les rats, si avides de toutes les substances animales, ne touchaient point à la gélatine, ni à la colle. Cette remarque avait jeté dans son esprit quelques doutes sur les propriétés nutritives de la gélatine. La publication de M. Donné le décida à entreprendre une série d'expériences pour s'éclairer sur cette importante question et savoir :

1° Si la gélatine seule peut nourrir;

2° S'il est ou non nécessaire de l'associer à d'autres substances et dans quelle proportion?

3° Et, enfin, quels sont les avantages qui résulteraient de son emploi, s'il était constaté que la gélatine fût un bon aliment?

Ces recherches, dont l'objet était, comme on voit, nettement déterminé, furent faites sur l'auteur lui-même, cinq personnes de sa famille, dont trois enfans, ainsi que sur plusieurs élèves de l'hôpital militaire de Val-de-Grâce; elles eurent pour témoin *Sérullas*, membre de cette Académie.

Nous ne saurions entrer ici dans le détail des expériences; mais les résultats en furent très-tranchés. Ils démontrèrent à l'auteur qu'il est impossible de se nourrir en mangeant de la gélatine aromatisée et rendue d'un goût agréable. Loin de là, son usage altère promptement la santé, cause de violens maux de tête, des défaillances et des envies fréquentes d'uriner, accidens qui disparaissaient bientôt dès qu'on revint à l'usage des alimens ordinaires.

Ils démontrèrent, en outre, qu'un régime où la gélatine était associée avec une assez forte proportion de pain, suffisait à l'alimentation, bien qu'il excitât une soif inaccoutumée; mais, et ceci est un fait qui mérite attention, car nous le verrons se reproduire ailleurs; mais, dis-je, que si, en conservant la même quantité de pain, on substituait à la gélatine de l'eau pure, l'alimentation se faisait également bien, et même avec quelque avantage pour ce dernier régime; car, dit l'auteur, « en le suivant, je me sentais plus léger et plus dispos. »

Toutefois, ces essais ne purent se prolonger au-delà de quelques semaines, car toutes les personnes qui s'y étaient si honorablement prêtées furent prises d'un tel dégoût pour la gélatine, qu'il leur devint impossible d'en continuer l'usage sous aucune forme.

M. Gannal tira de ses expériences les conséquences les plus sévères, car il déclara que la gélatine non-seulement n'était pas alimentaire, mais qu'elle était nuisible à la santé dès qu'on l'introduisait dans le régime, au-delà de certaine proportion.

Dans le temps que M. Gannal se livrait à ces recherches, un philosophe très exercé dans l'art difficile des expériences physiologiques, M. Edwards aîné, ayant pour collaborateur M. Balzac, faisait de son côté des essais sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire.

Le travail de ces savans, curieux sous plus d'un rapport, l'est surtout relativement à leur point de départ.

Ils reconnaissent d'abord que la gélatine seule n'est point alimentaire, en s'appuyant d'expériences faites autrefois par l'un de nous; et que, sous ce point de vue, elle ressemble à plusieurs autres matières végétales ou animales.

Ces messieurs admettent, d'après les mêmes expériences, que le pain blanc lui-même ne saurait suffire seul à l'alimentation. Ils regardent, en outre, comme démontré, qu'une soupe faite avec du pain blanc et du bouillon de viande de cheval est une nourriture suffisante et convenable pour les chiens, animaux qui ont servi à leurs expériences.

Les résultats les plus remarquables de ce travail sont : qu'en associant au pain blanc une solution de gélatine alimentaire, on n'a point encore une alimentation suffisante. Les animaux soumis à ce régime perdent, en général, de leur poids, et tombent dans une faiblesse, présage certain de leur mort prochaine. Que, cependant, ce résultat est plus prompt quand, au lieu de réunir la gélatine au pain, on ne donne aux animaux que du pain et de l'eau légèrement salés. Le fait le plus saillant, peut être, de ce Mémoire, est le suivant :

Une chienne encore jeune, avait été, pendant quelque temps, soumise à un régime composé de pain et de gélatine. Cet animal avait perdu presqu'un tiers de son poids, et était d'une faiblesse excessive; il allait succomber, disent les auteurs. A ce moment, on ajouta à sa ration journalière quatre cuillerées à bouche de bouillon de viande, et, à dater de cet instant l'animal reprit son poids et ses forces primitifs; sa nourriture était devenue suffisante. Heureux effets de quelques traces des matières odorantes et sapides de la viande. Toutefois, ce résultat rentre dans ce qu'on sait, de temps immémorial, que le bouillon de viande répare les forces, et ramène à la santé les convalescens et les personnes affaiblies, soit par l'inanition, soit par d'autres causes.

Il eût été à désirer que les auteurs, après avoir affaibli des animaux par le régime du pain mêlé à la gélatine, eussent supprimé celle-ci, et l'eussent remplacée par une petite quantité de bouillon de viande. On aurait pu mettre en évidence, de la sorte, la part que la gélatine pouvait avoir dans les résultats.

Les conclusions du Mémoire de MM. Edwards et Balzac sont :

1° Que le régime du pain et de la gélatine est nutritif, mais qu'il est insuffisant;

2° Que la gélatine, associée au pain, a une part effective dans les qualités nutritives de ce régime;

3° Que le régime de pain et de bouillon est susceptible d'opérer une nutrition complète;

4° Qu'une addition de bouillon de viande au régime de pain et de gélatine alimentaire la rend susceptible de fournir à une nutrition complète.

On voit que dans ce travail, bien qu'évidemment entrepris dans des dispositions favorables à la gélatine, l'avantage a été pour le bouillon de viande. Si ce bouillon entre même, en faible proportion, dans le régime, celui-ci est nutritif et suffisant; si le bouillon est absent, la nutrition est insuffisante et incapable de soutenir la vie; et quant à la quantité nutritive de la gélatine, si l'on en décide d'après les expériences de MM. Edwards et Balzac, elle semblerait fort restreinte et même douteuse, puisque les auteurs ne lui attribuent qu'une fraction dans un régime qui, continué pendant un certain temps, conduit à la mort par inanition. Encore regardent-ils cette interprétation de « leurs résultats seulement comme probable et non comme certaine (1).

D'après des recherches aussi bien conduites et des conclusions si sages, on éprouve une véritable surprise de voir M. Edwards, dans un écrit postérieur et intitulé : « Recherches statistiques sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire, » parler de la gélatine dans des termes tels que ceux-ci :

« Il est une substance (dit M. Edwards) qui, de temps immémorial, fait partie de la nourriture de l'homme; l'usage en est si ancien qu'il est bien antérieur aux monumens de l'histoire, puisqu'il remonte au temps où l'homme a fait un des premiers pas dans le développement de l'humanité, en cessant de se nourrir de chair crue.. Quel aliment (dit encore M. Edwards) a reçu une sanction plus grande de l'expérience : d'une part, deux ou trois voix dissidentes, d'autre part l'approbation du monde entier depuis quelques milliers d'années; c'est l'infini en faveur du monde (2). »

Ce travail de M. Edwards ne contient d'ailleurs aucune recherche, aucun fait scientifique nouveau, touchant l'emploi de la gélatine, mais il offre un relevé des établissemens publics qui ont fait entrer la gélatine pour une part plus ou moins forte dans la nourriture des pauvres.

Il pousse en ce genre l'exactitude jusqu'à calculer le nombre des rations qui ont été ainsi distribuées. Ce nombre est très-élevé; mais quel qu'il soit, il n'éclaire point le fond de la question, car il prouve seulement qu'une part de gélatine peut entrer sans inconvénient dans les alimens que prépare et distribue la charité publique.

Tel était à peu près l'état de la science à l'époque où la Commission de la gélatine prit la résolution d'expérimenter par elle-même les propriétés nutritives de cette substance.

A vrai dire, sa tâche aurait pu se trouver singulièrement simplifiee, car les plus chauds sectateurs de la gélatine ne soutenaient plus, comme naguère « qu'elle est l'aliment par excellence, qu'un os est une tablette de bouillon, et que le bouillon d'os est préférable au bouillon de viande. » On ne présentait plus la gélatine que comme une substance azotée propre à ali-

---

(1) *Voir*, à la suite de ce rapport, une Note de M. Soubeiran, chef de la pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris.

(2) On ne saurait considérer comme telle une expérience faite sur un chien par M. Robert; cet animal, après avoir vécu cinquante jours en [illegible] que de la gélatine, se serait échappé.

(1) Journal des Connaissances usuelles; tome XVII, page 17; mai 1833.

(2) Ce qui, dans cette circonstance, paraît avoir jeté l'esprit, d'habitude si logique de M. Edwards dans ces exagérations de pensées et de style, c'est qu'il confond ici, comme la plupart des personnes qui ont vanté la gélatine, le bouillon d'os avec le bouillon de viande : là est l'illusion. Or, d'après M. Edwards lui-même, il est démontré que la gélatine est un aliment insuffisant, tandis que le bouillon de viande serait essentiellement nutritif et restaurant. On verra dans la suite de ce travail, les résultats de nos propres recherches sur ce point important.

maliser l'eau qu'on ajoute soit au bouillon de viande, soit à divers légumes.

Or, même dans ces limites, la question était jugée par les établissemens publics qui, tels que l'hôpital Saint-Louis, à Paris, et plusieurs établissemens de la province, emploient dans la confection de leur bouillon la solution gélatineuse. Il est évident qu'en proportion minime, cette solution n'a point d'inconvéniens graves et peut avoir des avantages, s'il est vrai que, mêlée au bouillon de viande, elle soit plus nutritive que l'eau pure, ce qui jusqu'ici n'a pas été complétement éclairci; car on a vu dans l'historique que nous venons de faire que l'eau mêlée dans les mêmes proportions au bouillon, non seulement ne serait pas inférieure à la solution gélatineuse, mais qu'elle y serait préférable.

Toutefois la Commission, négligeant pour un temps tous ces documens, voulut étudier l'emploi alimentaire de la gélatine, comme si personne ne s'en fût occupé.

Disons d'abord que nos expériences ont été faites dans les vastes caves du Collége de France, à une température et à une hygrométrie à peu près constantes; elles ont eu pour sujets des chiens, animaux d'autant plus convenables pour ce genre de recherches, que leur régime habituel participe plus ou moins de celui de l'homme et qu'ils ont un goût prononcé pour les os; ils les broient, les digèrent, séparant ainsi à leur profit le tissu organique.

Avant tout, il était nécessaire de déterminer qu'elle était la matière qui devait servir à nos expériences.

Ce parenchyme, que les chiens extraient des os; par l'acte de la digestion, était-ce la gélatine?

Ces tendons, ces cartilages, cette peau, etc., avec lesquels se fabrique la gélatine, contiennent-ils cette substance toute faite? Évidemment non; c'est en modifiant, en altérant ces divers tissus à l'aide de l'eau et de la chaleur, que la chimie crée réellement cette substance. La gélatine, on le sait depuis long-temps est donc une production de l'art, et non un élément organique.

Cette distinction était pour nous des plus importantes, car, s'il en est ainsi, un animal pourrait se nourrir avec des os, et ne pas se nourrir avec la gélatine; en effet, à mesure que les tissus animaux sont modifiés par les agens chimiques, qu'ils perdent leur texture, qu'ils deviennent solubles, on les voit aussi devenir moins putrescibles et moins assimilables.

L'un de nous a développé ailleurs ces idées qui devaient fixer ici notre attention. Elles étaient de nature à ranger parmi les possibilités que la gélatine manque de propriétés nutritives, tandis que celles-ci existeraient à un degré incontestable dans les parenchymes animaux d'où on la retire.

Ajoutons que les tissus qui fournissent la gélatine ne donnent pas tous le même produit.

Tantôt la gélatine se mêle sans trouble avec les dissolutions de fer ou d'alumine, et tantôt elles les précipite. Dans le premier cas, la liqueur recèle la véritable gélatine; dans le second, elle contient une matière différente, désignée par le nom de *chondrine*

Enfin la gélatine s'altère par une ébulition prolongée ou par une température qui dépasse 105°; des sels ammoniacaux s'y développent; elle devient sirupeuse; elle perd sa propriété caractéristique de former gelée avec l'eau.

Il résulte de ces considérations préliminaires, que par le mot gélatine, on désigne plusieurs substances fort différentes:

1° *Le parenchyme* organique des os; des cartilages, des ligamens, *etc.*, qui se transforment en gélatine par certains procédés; 2° La chondrine; 3° la gélatine, proprement dite; 4° cette même substance, altérée par la chaleur.

Entre ces quatre substances, une seule, la gélatine, devait d'abord servir à nos expériences. C'est là, en effet, la matière qu'on extrait des os, par des procédés assez économiques pour qu'elle puisse entrer avec avantage, sous le rapport de son prix, dans une alimentation à très bon marché.

Expérience sur la Gélatine.

Cette première série d'expériences eut pour objet de savoir si des chiens se nourriraient en mangeant de la gélatine.

Dans ce but, on donna à un certain nombre de chiens, privés de toute autre nourriture, de la gélatine pure dite alimentaire. La forme en fut diversement variée: on la donna tantôt sèche, tantôt humide et tantôt enfin en gelée tremblante.

Le résultat de ces premiers essais fut que la gélatine pure n'était pas un aliment du goût des chiens; plusieurs de ces animaux souffrirent les angoisses de la faim, ayant à leur portée de la gélatine, et n'y touchèrent point; d'autres y goutèrent, mais ne voulurent point en manger; d'autres en prirent une première et une seconde fois en certaine quantité, puis refusèrent obstinément d'en faire usage.

Nous acquîmes ainsi la preuve que la gélatine, bien différente des os que les chiens appètent avec avidité, épurée et devenue insipide et sans odeur, n'avait aucun attrait pour ces animaux, même quand ils ressentaient une faim des plus vives.

Le premier résultat, bien que négatif, n'était pas sans importance; car les animaux affamés, et particulièrement les chiens, ne sont pas délicats sur le choix des moyens de satisfaire le besoin qui les presse. Renfermés en certain nombre, par exemple, privés de tout aliment et pendant plusieurs jours, ils ne tardent point à s'entre-dévorer. Sous ce point de vue (cela est triste à dire), ils se rapprochent beaucoup de l'homme, comme ne le prouve que trop, avec tant d'autres exemples analogues, le fameux naufrage de *la Méduse*.

Expérience sur la Gelatine assaisonnée.

Après avoir éclairci ce point, nous entreprîmes une autre série d'expériences sur la gélatine rendue sapide et agréable au goût par divers genres d'assaisonnemens.

Nous commençâmes par la gelée véritablement alimentaire que préparent les charcutiers pour la consommation journalière de l'homme. Cette gelée, qui s'ajoute au jambon, à la galantine, est faite par la décoction de diverses parties du porc, réunies souvent aux abattis de volailles; elle est d'un goût très agréable, et est fort recherchée des consommateurs.

Le premier chien auquel cette gelée fut donnée, la prit pendant quelques jours avec une véritable avidité; mais cette appétence se calma bientôt: il mettait plus de temps à prendre la gelée, quelques jours encore, et il ne la prenait qu'en partie et avec des signes de dégoût; enfin il n'y toucha plus du tout, et se contentait de la flairer, sans doute pour s'assurer si ce qu'on lui donnait n'aurait pas subi quelques changemens. En somme, l'animal, au vingtième jour de l'expérience, était mort de faim, ayant à sa disposition un aliment que, d'abord, il avait accepté avec empressement.

Cette expérience fut répétée sur plusieurs autres chiens; elle eut exactement le même résultat, c'est-à-dire la mort avec tous les signes de l'inanition complète, le vingtième jour au plus tard.

Bien que le doute ne fût plus possible, nous voulûmes cependant multiplier ces essais, afin de nous assurer s'il n'y avait rien d'individuel dans nos résultats. A cet effet, nous soumîmes d'autres chiens au régime de la gelée de charcutier, mais nous ne poursuivîmes pas l'expérience au-delà de la manifestation du dégoût, qui se montrait rarement plus tard que le sixième ou huitième jour; après quoi nous remettions l'animal à un régime ordinaire, et sa santé ne souffrait aucune atteinte.

D'après ces expériences, un chien pouvait vivre vingt jours en se nourrissant exclusivement de gélatine aromatisée par les principes odorans et sapide de la viande. Mais dans cette durée de l'existence, quelle était la part de la gélatine digérée. L'animal succomberait il plus tôt, s'il ne prenait aucune nourriture?

Le désir d'éclaircir ce doute fut l'occasion d'une nouvelle série d'expériences qui fut exécutée sur vingt-deux animaux.

En voici le résumé:

Expérience sur l'abstinence.

De ces animaux, les uns furent soumis à une abstinence complète, les autres furent également privés de tout aliment, mais ils eurent de l'eau à discrétion.

Nous reconnûmes d'abord un fait depuis long-temps connu en physiologie, et qui vient d'être récemment constaté de nouveau dans le beau travail de M. Chaussat sur l'abstinence; savoir, que la mort de faim est d'autant plus prompte que l'on est plus jeune. En effet, des chiens âgés de quatre jours, sont morts après quarante-huit heures d'abstince; des chiens âgés de plus de six ans, vivaient encore au trentième de diète absolue; d'autres, plus jeunes, ont vécu de sept, dix, onze, quinze et vingt jours.

Pour atteindre l'objet que nous nous proposions, nous n'avions donc qu'à comparer les âges des animaux mis au régime de la gélatine alimentaire, et ceux qui avaient été soumis à l'abstinence complète.

En comparant l'âge des chiens morts en mangeant de la gélatine, et l'âge de ceux qui étaient morts de faim, nous trouvâmes que la différence était fort peu de chose. En prenant des animaux du même âge, l'époque de la mort était, à quelques heures près, la même. Il faut dire toutefois, pour l'intelligence de ce résultat, que les animaux soumis au régime de la gelée de charcutier, se condamnaient eux-mêmes à une abstinence volontaire, après avoir pris cette gelée pendant huit à dix jours, et qu'il y avait eu réellement abstinence de part et d'autre dans les dix ou quinze derniers jours de l'expérience.

Nous venons de dire que, dans la série d'expériences dont nous rapportons les résultats, plusieurs animaux avaient été privés d'alimens mais non d'eau. Il était curieux, en effet, de savoir si l'eau aurait quelque influence sur la prolongation de l'existence des animaux soumis à l'abstinence. Cette influence a été manifeste: tous les chiens qui ont bu de l'eau, ont vécu six, huit, et même dix jours au-delà du terme fatal à ceux qui en étaient privés.

Un tel résultat n'a rien qui doive surprendre. Le corps des animaux, le nôtre, sont composés, en très grande partie, d'eau qui se perd incessamment par diverses issues, telles que les poumons, la peau, les reins, etc. Il faut que de nouvelle eau vienne remplacer celle qui s'échappe; sans quoi, les rouages de la machine vivante cesseraient bientôt de fonctionner. Sous ce rapport et sous plusieurs autres, l'eau est donc un véritable aliment et des plus indispensables.

On pourrait conclure de ces faits, que l'eau pure est plus nutritive que la gelée alimentaire. Sans rejeter entièrement cette conséquence, nous vîmes qu'elle ne ressortait pas rigoureusement des expériences précédentes; car, d'une part, les animaux mis au régime de la gélatine, cessent assez promptement d'en manger, et tombent alors dans le cas de l'abstinence complète; et de l'autre, les animaux mis à l'usage exclusif de l'eau en boivent jusqu'aux derniers instants de leur vie. Nous avions donc besoin de nous livrer à de nouvelles tentatives propres à éclaircir si la gélatine est ou n'est pas nutritive.

Expérience sur la gélatine associée à diverses matières alimentaires.

Pour cela, nous résolûmes de mêler la gélatine à diverses matières alimentaires, et de nous assurer par là si nous ne pourrions pas en prolonger l'usage assez long-temps pour en apprécier les effets nutritifs.

Dans ces nouvelles expériences qui nous ont pris beaucoup de temps, car plusieurs se sont prolongées quatre-vingts et quatre-vingts-dix jours, la gélatine, generalemént à forte dose, a été donnée, soit cuite dans du bouillon de viande, soit mêlée au pain et à la viande, tantôt isolément et tantôt réunis.

La quantité de gélatine sèche, associée avec ces matières, a pu être portée jusqu'à 500 grammes par jour pour des animaux du poids total de 10 ou 12 kilogrammes; elle était prise sans trop de répugnance, et a pu donner ainsi tous ses effets nutritifs, et cependant, dans tous ces essais qui ont été variés de beaucoup de manières, où la dose de la gélatine a été tantôt croissante et tantôt décroissante, ainsi que celle des alimens auxquels elle était associée, nous ne sommes jamais arrivés à une alimentation complète. Loin de là: nos animaux sont morts avec tous les signes de l'inanition; tous ont perdu rapidement de leur poids; tous ont éprouvé des diarrhées abondantes, et sont tombés dans cet affaiblissement extrême, précurseur presque inévitable de la mort par defaut de nutrition.

On trouvera à la suite de ce Rapport les détails de ces expériences; nous en citerons cependant ici quelques-unes, afin de donner une idée de la manière dont elles ont été conduites.

Expérience. — Un jeune chien, de grande taille, âgé de près d'un an, poids 11kil 25, est mis au régime d'une soupe composée de pain 250 gr. et égale quantité de colle de Flandre. Il y reste pendant quarante-quatre jours en maigrissant beaucoup; le quarante-cinquième jour, le régime se compose de pain 120 gr., colle de Flandre 370, c'est-à-dire, qu'on ajoute en gélatine ce qu'on diminue en pain. L'animal laisse bientôt la soupe avec dégoût, et tombe dans une débilité excessive; on reprend alors le précédent régime de pain et de colle de Flandre à parties égales 250 gr., en y ajoutant un demi-litre de bon bouillon gras: l'animal reprend sa soupe avec avidité; l'état des forces s'améliora. Mais ce mieux ne fut que de courte durée; l'animal, en soixante-trois jours, était redevenu très faible; il ne pesait plus que 8 kil.50, au lieu de 11 kil.25, poids initial.

La diarrhée la plus abondante n'a pas cessé pendant ces soixante-trois jours. Le voyant dans cet état, et sa mort étant inévitable si on persistait dans le même regime, on mit l'animal au régime de la viande pendant quatre jours, ce qui rétablit ses forces et fit cesser la diarrhée. Au soixante-seizème jour, le chien étant bien remis, on reprit le régime de la soupe de pain, de colle et de bouillon, mais l'animal ne le prend qu'avec dégoût et meurt le 83e jour avec une maigreur excessive.

Autre expérience. — Une grosse chienne adulte, pleine, bien portante, fut mise à l'usage d'un mélange composé, pour vingt-quatre heures, de:

Gélatine sèche alimentaire.	200	grammes.
Pain.	250	*id.*
Viande de cœur de bœuf.	130	*id.*
Deux œufs.		
Sel, quant. suff.		

Elle prend cette nourriture pendant dix-huit jours, durant lesquels elle maigrit très sensiblement.

Du douzième au vingt-deuxième jour de l'expérience, la dose de gélatine est portée jusqu'à 500 grammes pour ving-quatre heures; mais le dégoût se manifeste: on est forcé de réduire la dose de gélatine.

Le vingt-troisième jour la chienne met bas cinq petits. Nous remarquons qu'elle a seulement quatre mamelles développées et contenant du lait. L'un des petits ne tarda pas à périr, probablement parce qu'il ne trouva pas de mamelles pour s'y attacher.

On continue la même alimentation, mais avec 250 grammes de gélatine seulement.

Le vingt-quatrième jour, l'amaigrissement, après la délivrance, paraît très notable.

Du vingt-quatrième au vingt-neuvième jour, l'animal prend avec ses alimens, suivant la dose indiquée ci-dessus, 970 grammes de gélatine sèche. Il manifeste de la répugnance pour sa nourriture, quoiqu'il présente cependant tous les signes d'une faim excessive. Une des quatre mamelles cesse de fournir du lait, et un des petits est trouvé mort.

Du vingt-neuvième au quarante-troisième jour on cesse la gélatine pour nourrir l'animal avec la tripe. Dès le troisième jour de ce régime, toutes les mamelles sont pleines et donnent abondamment du lait.

Le quarante troisième jour on reprend la gélatine. Bientôt les mamelles supérieures s'affaissent, les trois inférieures sont encore remplies de lait.

Le cinquante-cinquième jour toutes les mamelles flétries ne contiennent plus de lait. La mère, devenue très maigre, repousse d'abord ses petits. Au cinquante-huitième jour, elle ne les laisse plus s'approcher d'elle; aussi ne tardent-ils pas à périr d'inanition.

Dans l'espace de vingt jours l'animal a mangé, indépendamment du pain et de la viande, 3210 grammes de gélatine sèche. Cette alimentation a eu pour résultat évident de suspendre la sécrétion du lait, qui revenait aussitôt qu'on changeait de nourriture. Ce régime n'était donc pas suffisamment nutritif.

On peut conclure sans crainte des faits qui précèdent, que la gélatine, même aromatisée par les principes sapides et odorans de la viande, ne peut seule servir d'aliment et entretenir la vie, et qu'elle excite promptement un dégoût insurmontable;

Que son introduction, en certaine proportion, dans le régime, même pour moitié, n'améliore pas celui-ci, et qu'au contraire elle le rend incomplet et insuffisant.

Restait à examiner une préparation alimentaire, où l'on fait entrer quelquefois la gélatine pour une faible proportion, et qu'on distribue ensuite aux indigens. Je veux parler du bouillon de viande fait en partie avec la solution gélatineuse obtenue par le procédé de M. d'Arcet.

Expériences sur le bouillon gélatineux et le bouillon de viande.

Dans la vûe d'éclairer ce point particulier, qui cependant est d'une haute importance, puisqu'il touche à l'alimentation des pauvres valides ou malades, nous avons crû bien faire en comparant le bouillon qui se fabrique à l'hôpital Saint-Louis par les procédés de M. d'Arcet, et le bouillon que distribue et vend dans Paris, en très grande quantité, la Compagnie hollandaise.

Pour rendre cette comparaison plus fructueuse, l'un de nous, d'après le désir de la Commission, s'est consacré pendant trois mois (septembre, octobre, novembre 1835), à l'examen attentif de la dissolution gélatineuse et du bouillon qu'on prépare à l'hôpital Saint-Louis.

Tous les jours il faisait prendre à l'hôpital le bouillon et la dissolution gélatineuse du jour même. A leur arrivée au laboratoire de l'École Polytechnique, où toutes ces expériences ont été exécutées, on constatait leurs caractères physiques, leur saveur et leur action sur le papier, etc.

On évaporait ensuite un litre de chaque liqueur au bain de vapeur, jusqu'à ce que le résidu ne perdît plus rien. Après avoir examiné ce résidu lui-même, on le brûlait avec ménagement pour en détruire la matière organique et en doser les sels.

On verra dans le tableau qui suit, et où se trouvent renfermés les résultats de cette longue suite d'essais, que le bouillon de l'hôpital Saint-Louis est souvent neutre ou faiblement acide; qu'on le rencontre fréquemment louche, et que son goût, assez inégal, laisse quelquefois à désirer. Ce bouillon paraît contenir moyennement 14 grammes de matière sèche, par litre, dont 8 grammes en matière organique et 6 grammes de sels où domine le sel marin. Quant à la matière organique, elle se compose essentiellement de graisse, de gélatine et d'extrait provenant de la viande ou des légumes. Ce bouillon renferme un peu de sel ammoniac qu'on n'a pas cherché à doser exactement.

La dissolution gélatineuse renfermait généralement 10 grammes de gélatine par litre; mais comme cette quantité est un produit moyen, on a étudié des dissolutions plus pauvres obtenues des os déjà épuisés. Toutes ces liqueurs se sont montrées plus ou moins alcalines, quelquefois louches et de mauvais goût, mais souvent sans saveur. On n'y trouve, en général, que des traces de substances salines. La liqueur ne renferme guère en réalité que de l'eau, de la gélatine et un peu de graisse en quelque sorte émulsionnée par la présence de quelques traces des composés ammoniacaux.

C'est l'alcalinité de la dissolution gélatineuse qui explique le peu d'acidité du bouillon qui en provient, les acides fournis par la viande ou les légumes étant neutralisés par l'alcali de la dissolution.

C'est aussi son aspect louche et la saveur assez désagréable qu'elle présente quelquefois, qui rendent compte de l'état trouble du bouillon et de la saveur peu satisfaisante qu'on lui a reconnue dans quelques-unes des épreuves.

Une surveillance active et éclairée est donc plus nécessaire, plus indispensable quand il s'agit de fabriquer du bouillon avec une dissolution gélatineuse sujette à varier selon les soins qu'on porte au choix des os, à leur manutention et à la bonne direction de l'appareil. Nul doute qu'on ne puisse obtenir, avec l'appareil de M. d'Arcet, une dissolution gélatineuse sans saveur et sans odeur, et par suite, un bouillon agréable; mais on n'observe pas toujours, sans doute, les précautions qui seraient nécessaires pour y parvenir.

Examen chimique comparatif du bouillon gras et de la dissolution gélatineuse confectionnés à l'hôpital Saint-Louis.

DATES. — 1835.	BOUILLON PAR LITRES.				DISSOLUTION GÉLATINEUSE PAR LITRE.			
	RÉSIDU sec.	MATIÈR. organ.	SELS.	OBSERVATIONS.	RÉSIDU sec.	MATIÈR organ.	SELS.	OBSERVATIONS.
	gr.	gr.	gr.		gr.	gr.	gr.	
24 septembre.	13,54	8,24	7,30	Neutre, louche, goût ordinaire, mais pas très bon.	10,60	10,52	0,08	Faiblement alcaline, un peu louche, fade.
25.	12,34	6,97	5,37	Neutre, louche, goût ordinaire.	12,78	»	»	Faiblement alcaline, un peu louche, goût cru.
26.	13,24	5,53	7,69	Neutre, louche, goût ordinaire.	10,30	10,17	0,13	Faiblement alcaline, louche, goût mauvais.
28.	12,34	6,82	5,52	Acide, louche, goût sur.	11,88	11,74	0,14	Faiblement alcaline, goût cru.
29.	13,42	8,32	5,10	Faiblement acide, louche, mauvais goût.	11,80	11,66	0,14	Faiblement alcaline, louche, mauvais goût.
30.	17,10	10,34	6,76	Faiblement acide, très louche. goût ordinaire.	12,12	11,97	0,15	Alcaline, sans saveur, louche.
1er octobre.	13,10	8,34	4,76	Faiblement acide, louche, goût sur.	8,40	»	»	Neutre, louche, fade.
2.	12,86	5,50	7,36	Neutre, presque clair, goût bon.	15,12	»	»	Alcaline, presque claire, fade.
3.	13,60	6,20	7,40	Neutre, louche, bon goût.	10,62	10,50	0,12	Faiblement alcaline, goût ordinaire, un peu louche.
5.	13,76	6,54	7,22	Neutre, louche, goût ordinaire.	11,22	»	»	Alcaline, un peu louche, goût ordinaire.
6.	14,38	6,20	8,18	Faiblement acide, louche, goût ordinaire.	10,20	»	»	Un peu alcaline, un peu louche, fade.
7.	11,92	6,43	5,49	Un peu acide, louche, mauvais goût.	10,38	10,20	0,18	Faiblement alcaline, presque claire, goût ordinaire.
8.	14,36	7,44	6,92	Faiblement acide, louche, goût ordinaire.	10,52	10,39	0,13	Faiblement alcaline, louche, goût ordinaire.
9.	17,02	8,06	8,96	Faiblement acide, louche, goût sur.	11,86	»	»	Faiblement alcaline, louche, goût ordinaire.
16.	12,60	6,80	5,80	Un peu acide, louche, bon goût.	6,90	6,78	0,12	Sans saveur, faiblement alcaline, assez claire.
19.	13,77	6,23	7,54	Neutre, louche, goût gélatineux.	7,66	7,52	0,14	Faiblement alcaline, un peu louche, goût ordinaire.
20.	13,52	7,78	5,74	Un peu acide, louche, goût ordinaire.	14,30	»	»	Faiblement alcaline, un peu louche, goût ordinaire.
21.	15,60	8,33	7,27	Neutre, louche et coloré, un peu amer.	8,10	7,98	0,12	Faiblement alcaline, un peu louche, goût ordinaire.
22.	13,88	6,68	7,20	Acide, louche, goût un peu sur.	8,88	»	»	Faiblement alcaline, assez claire, fade.
23.	13,78	6,86	6,92	Neutre, louche, pas très bon.	8,28	8,18	0,10	Faiblement alcaline, un peu louche, sans saveur.
24.	15,14	8,71	6,43	Faiblement acide, louche, mauvais goût.	10,88	10,72	0,16	Faiblement alcaline, sans saveur, louche.
26.	14,40	7,34	7,06	Un peu acide, louche, goût faible et pas bon.	13,40	13,17	0,23	Faiblement alcaline, louche, fade,
27.	13,96	8,13	5,83	Un peu acide, louche, goût mauvais et sur.	5,38	4,42	0,96	Faiblement alcaline, assez claire, insipide.
28.	13,50	6,59	6,91	Neutre, trouble, bon goût.	7,74	7,60	0,14	Faiblement alcaline, assez claire, goût ordinaire.
29.	15 96	10,21	5,75	Faiblement acide, louche, goût assez bon.	4,42	»	»	Faiblement alcaline, claire, insipide.
30.	13,68	6,01	7,67	Neutre, louche, goût assez bon.	9,80	9,64	0,16	Un peu alcaline, louche, sans saveur.
31.	13,20	7,31	5,89	Neutre, un peu louche, goût assez bon.	9,86	9,66	0,20	Alcaline, un peu louche, sans saveur.
2 novembre.	13,90	7,02	6,88	Neutre, louche, bon goût.	6,44	6,36	0,09	Faiblement alcaline, claire, insipide.
3.	13,60	6,93	5,67	Neutre, peu louche, très bon goût.	6,00	5,92	0,08	Neutre, claire, insipide.
4.	11,80	6,22	5,58	Neutre, un peu louche, bon goût.	6,20	6,11	0,09	Faiblement alcaline, assez claire, sans saveur.
5.	15,20	8,13	7,07	Neutre, assez clair, bon goût.	7,74	7,61	0,13	Faiblement alcaline, un peu louche, insipide.
6.	15,66	7,74	7,92	Faiblement acide, clair, très bon goût.	3,74	3,71	0,03	Alcaline, claire, insipide.
7.	13,92	6,06	7,86	Faiblement acide, louche, bon goût.	11,40	11,26	0,14	Faiblement alcaline, louche, goût ordinaire.
9.	15,64	5,78	9,86	Neutre, louche, bon goût.	9,20	9,06	0,14	Alcaline, louche, goût ordinaire.
10.	12,18	6,38	5,80	Acide, louche, goût ordinaire.	14,48	14,30	0,18	Alcaline, louche, goût ordinaire.

Comme on se proposait de comparer dans les expériences physiologiques le bouillon de l'hôpital Saint-Louis à celui de la Compagnie hollandaise, on a exécuté quelques nouvelles expériences chimiques sur ce dernier, qui n'ont fait que confirmer l'analyse faite avec tant de soins par M. Chevreul.

En général, le bouillon de la Compagnie hollandaise est d'une acidité très marquée, d'une saveur agréable et appétissante, souvent un peu louche. Il renferme très régulièrement par litre 24 à 25 grammes de matière sèche, dans lesquels il faut compter 8 à 10 grammes pour les sels, et en particulier pour le sel marin, et 15 grammes pour les matières organiques, c'est-à-dire la graisse, la gélatine, l'extrait de viande, et les parties solubles fournies par les légumes.

Quand on compare le résidu sec laissé par le bouillon de l'hôpital Saint Louis à celui que laisse le bouillon de la Compagnie hollandaise, leur odeur et leur saveur présentent des caractères si tranchés, que c'est bien certainement l'un des meilleurs moyens de les juger; cependant on n'a pas voulu tenir compte de cette comparaison dans les tableaux.

Examen chimique du bouillon de la Compagnie hollandaise.

DATES. — 1835.	PAR LITRE.			
	RÉSIDU sec.	MATIÈRE organique.	SELS.	OBSERVATIONS.
	gr.	gr.	gr.	
11 novembre.	25,50	15,98	9,52	Acidité faible, bon goût, un peu louche.
12 —	22,96	12,98	9,98	Acidité, bon goût, assez clair.
13 —	23,80	14,77	9,03	Acide, bon goût, un peu louche.
16 —	23,96	15,21	8,75	Acide, bon goût, un peu louche.
17 —	23,92	15,17	8,75	Acide, bon goût, un peu louche.
18 —	21,56	14,28	7,28	Acide, bon goût, un peu louche.
19 —	24,58	15,41	9,17	Acide, bon goût, un peu louche.
20 —	24,40	15,04	9,36	Acide, bon goût, assez clair.

Dans le même temps que l'un de nous se livrait à ces études chimiques comparatives, un autre comparait ces mêmes produits sous le rapport nutritif.

A cette fin, dans un certain nombre d'expériences, il mit en regard deux chiens aussi semblables que possible sous le triple rapport de l'âge, du poids et de la bonne santé. On nourrissait l'un avec une soupe composée d'une quantité déterminée de pain blanc et de bouillon hollandais; l'autre était nourri avec la même dose de pain, mais mêlée au bouillon de l'hôpital Saint-Louis. On constatait chaque jour, sur l'un et sur l'autre, l'influence du régime sur le poids du corps et sur l'exercice des fonctions.

Voici quelques-unes de ces expériences ainsi que leurs résultats.

Un chien, que nous désignerons sous le nº 1, pesant 8kil. 250, est mis pour nourriture à l'usage d'une soupe composée de pain blanc 250gr. et bouillon gélatineux de l'hôpital Saint-Louis, 1 litre.

La santé s'entretient bonne pendant cinquante-six jours, mais l'animal ne pèse plus que 7kil.15; il a donc perdu dans cet intervalle, et sous l'influence de ce régime, 1kil 235.

On remplace alors le litre de bouillon de l'hôpital Saint-Louis par un litre de bouillon de la Compagnie hollandaise, le pain étant toujours 250gr. pour chaque jour. Au cent onzième de l'expérience et au cinquante-cinquième de ce nouveau régime, l'animal se porte bien, il pèse 7kil.90; il a donc récupéré 90 gr. sur le poids primitif.

Un chien nº 2, du poids de 6kil.50, fut mis au régime d'une soupe composée de bouillon hollandais, 1 litre et pain 250gr. Au cinquante-sixième jour, son poids était augmenté de 15 gr. On le met à l'usage de la soupe faite avec le bouillon de l'hôpital St-Louis, 1 litre et 250 gr. de pain. Au cent onzième jour de l'expérience, au cinquante-cinquième du nouveau régime, l'animal ne pèse plus que 6kil.15: il a donc perdu 40 gr.

Voici d'autres expériences dans lesquelles la quantité de pain a été diminuée, afin de mieux mettre en évidence les effets du bouillon.

PREMIER SUPPLEMENT

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

Chien n° 3, pesant 3kil.75, régime par jour :

Bouillon hollandais,	1 litre.
Pain,	120 grammes.

Au dix-septième jour, l'animal pèse 3kil.60; il a donc perdu 15 grammes.

On change le régime :

Bouillon Saint Louis,	1 litre.
Pain,	120 grammes.

Le chien pèse 3 kil.75 au quarante et unième jour; il a donc récupéré son poids primitif.

Chien n° 4, pesant 4 kilogrammes :

Bouillon Saint-Louis, par jour,	1 litre.
Pain,	120 grammes.

Au dix septième jour, l'animal pèse 3kil 80; il a donc perdu 20 grammes.

On change le régime :

Bouillon hollandais,	1 litre.
Pain,	120 grammes.

Au quarante et unième jour, le chien pèse 4kil.50 : il a donc gagné 50 grammes sur son poids primitif, et 70 sur celui qu'il avait acquis en prenant le bouillon gélatineux.

D'après ces exemples, que nous avons pris comme les plus simples, on voit que l'avantage, bien que faible, est toujours resté au bouillon de viande que fait avec tant de soin la Compagnie hollandaise; au contraire, le bouillon de l'hôpital Saint Louis, qui est aussi un bon bouillon de viande, mais étendu pour moitié de la solution gélatineuse, n'a que médiocrement soutenu l'épreuve de la concurrence.

Nous devons ajouter, comme un fait important, que, dans plusieurs cas, des chiens nourris avec la soupe au bouillon, soit hollandais, soit de Saint Louis, et bien que la quantité de pain ait été portée jusqu'à 380 grammes par jour, n'étaient pas suffisamment alimentés et qu'ils sont morts avec tous les signes de l'inanition, bien que l'on ait changé leur régime avant la fin de l'expérience et qu'on les ait mis à l'usage de la viande.

Tel, est, Messieurs, le récit aussi abrégé que possible des nombreuses expériences auxquelles votre commission s'est livrée, dans le but spécial d'apprécier les propriétés nutritives de la gélatine. Nous pouvons, ou plutôt nous devons en tirer cette conséquence, que si la gélatine peut entrer sans désavantage pour une part dans les alimens, il ne faut pas que sa proportion dépasse certaines limites, car elle donne alors lieu à des inconvéniens graves et particulièrement à un dégoût insurmontable, au point que les animaux se laissent mourir d'inanition plutôt que de toucher à cette substance, quel que soit son mode de préparation.

La concordance frappante qui se remarque entre nos résultats et ceux des expérimentateurs qui nous ont précédés, ne permet donc pas de partager les espérances flatteuses que certains philanthropes avaient conçues à différentes époques du parti qu'on pouvait tirer des os.

Expériences sur le parenchyme des os.

Dans toutes les recherches dont il vient d'être question, il s'est *toujours* agi de la gélatine proprement dite, produit de la réaction de l'eau et de la chaleur sur certaines parties des animaux. Il aurait été curieux, sans doute, d'expérimenter comparativement sur la *chondrine ;* mais, outre qu'il n'est pas facile de se procurer cette matière, elle aurait peut-être encore besoin d'être étudiée par les chimistes, avant de servir de base à des expériences sur l'alimentation. Nous aurions pu aussi diriger nos investigations sur la gélatine qui, par une trop forte chaleur ou par quelque influence atmosphérique, a perdu la propriété de faire gelée avec l'eau ; mais l'odeur et la saveur repoussante de cette gélatine sirupeuse s'opposent à ce qu'elle puisse être employée comme aliment. Nous n'avons donc pas jugé à propos de la soumettre, non plus que la *chondrine*, à des expériences spéciales, dont l'utilité eût été fort contestable.

Il n'en était pas de même des os et de la matière organique qui forme leur parenchyme ; il était intéressant de chercher si ces substances étaient de bons ou de mauvais alimens.

Dans cette intention, nous nous sommes procuré à l'établissement de l'île des Cygnes, des os déphosphatés et décarbonatés par l'acide chlorhydrique. Réduits ainsi à leur parenchyme organique, les os sont demi transparens, flexibles, élastiques, ont une odeur de graisse et une saveur acide qu'ils doivent à l'opération chimique par laquelle une grande partie de leurs sels calcaires a été enlevée.

Ces produits, qui portent le nom collectif de *gélatine alimentaire*, sont cependant de deux espèces. Les uns proviennent de le tête du bœuf et de celle du mouton. Ils se transforment presque en gélatine par l'action de l'eau bouillante : leur odeur de graisse est peu prononcée. Les autres proviennent des pieds de mouton ; ils ont une apparence plus opaque que les premiers ; ils contiennent évidemment une certaine quantité de graisse.

Plusieurs chiens auxquels ces deux espèces d'os furent offertes les mangèrent pendant quelques jours également bien, mais après cinq ou six jours une distinction bien tranchée s'établit entre ces produits : les animaux refusèrent les os de têtes de bœuf et de mouton, et nous dûmes renoncer à les employer. Les chiens qui mangeaient les os provenant des pieds de mouton, continuèrent à s'en nourrir pendant un mois à la dose de 250 gr. par jour, sans jamais avoir donné aucun signe de répugnance, les recevant au contraire chaque matin avec une satisfaction non douteuse.

Pendant ce temps, ces animaux se sont toujours bien portés, sont restés vifs et gais ; leur digestion était régulière ; cependant leur poids a subi une légère diminution, ce qui indique que leur alimentation n'était pas complète. Ajoutons toutefois qu'après un mois de ce régime le dégoût s'est manifesté par des signes non équivoques, ainsi que les annonces de l'inanition. Nous dûmes dès lors nous borner à constater que le parenchyme organique des pieds de mouton avait suffi à l'alimentation pendant tout un mois.

Ce résultat, bien que remarquable, n'a rien de surprenant. Chacun sait que les animaux carnassiers de grande taille, que les chiens eux mêmes, broient les os spongieux et s'en nourrissent, rejetant par la défécation les sels calcaires presque sans mélange. En enlevant aux os, à l'aide d'un acide, leur phosphate et leur carbonate de chaux, c'est leur faire subir une véritable préparation culinaire qui rend ici, comme dans une multitude d'autres circonstances, l'aliment d'une masticationa plus facile et d'une digestion plus prompte.

Il n'est pas aussi facile de comprendre comment les chiens qui acceptent pendant un mois les os de pieds de mouton déphosphatés, refusent, après quelques jours, les os de têtes de bœuf et de mouton, également privés de leur partie saline.

Dans la vue de jeter quelque lumière sur cette anomalie singulière, au moins en apparence, nous avons analysé comparativement ces deux sortes d'os. Les os de pieds de mouton ont été trouvés composés pour 100 parties de

Eau,	47,22
Graisse,	5,55
Matière qui se transforme en gélatine,	17,30
Phosphates terreux et autres sels,	12,42
Matière animale insoluble,	17,51
	100,00

Les os de têtes de bœuf ou de mouton contiennent :

Eau,	22,87
Graisse,	11,54
Matière qui se transforme en gélatine,	27,99
Phosphates terreux,	32,77
Matière animale insoluble,	4,83
	100,00

Ainsi, la substance que les animaux refusent contient plus de graisse, plus de gélatine et plus de sels que celle qu'ils acceptent, et dont ils se nourrissent quelque temps. Celle ci contient plus d'eau et surtout plus de matière animale insoluble que la précédente. Est-ce à cette proportion de matière insoluble qu'il faut attribuer la préférence que les chiens lui accordent, et sa vertu nourrissante ? On peut le supposer, mais rien jusqu'ici ne le prouve rigoureusement.

Toutefois, ce parenchyme des os de pieds de mouton, que les chiens mangent avec plaisir, et dont ils peuvent se nourrir exclusivement pendant un mois, est en partie composé de la matière organique qui se change facilement en gélatine. Il devenait curieux de savoir si, après avoir subi cette transformation, cette matière conserverait au même degré ses propriétés nutritives temporaires.

Nous fîmes donc macérer dans l'eau chaude, mais non bouillante, une certaine quantité d'os de pieds de mouton déphosphatés, et nous nous procurâmes ainsi une gelée assez compacte, retenant encore par son odeur et sa saveur quelque chose de son origine, et dont la surface était recouverte d'une couche écumeuse contenant évidemment de la graisse.

Nous mîmes plusieurs chiens à l'usage de cette gelée ; parmi eux se trouvaient ceux qui, précédemment, s'étaient nourris de pieds de mouton déphosphatés : les animaux soumis à ce régime ne tardèrent pas à présenter tous les caractères de l'inanition, et même à périr dans le marasme le plus complet.

Nous citerons comme exemple un chien qui s'était bien trouvé pendant un mois de la nourriture exclusive de pieds de mouton déphosphatés : après dix jours de l'usage de la gelée faite avec ces mêmes pieds, il avait perdu 500 gr. de son poids : son extérieur, alors, est entièrement changé ; il n'a plus sa vivacité ; il se soutient à peine ; ses yeux sont ternes ; son poil est hérissé ; il répand une odeur infecte, il est poursuivi d'une diarrhée incessante Cet état s'empire encore durant les jours suivans ; enfin l'animal meurt le treizième jour de l'expérience dans une émaciation excessive, ayant cependant continué à manger la gelée jusqu'au dernier moment

D'autres chiens qui débutèrent par manger de la même gelée, ne survécurent pas plus de vingt jours en en mangeant à discrétion.

Nous remarquâmes dans le cours de ces expériences, comme une circonstance curieuse, que ces animaux mangeaient avec une préférence marquée l'écume grasse de la surface et la gélatine qu'elle recouvrait immédiatement, et qu'ils délaissaient, au contraire, la gélatine qui occupait le fond du vase et qui était dépourvue de saveur grasseuse.

Ce n'est donc pas uniquement parce qu'ils retiennent de la graisse et des sels calcaires, que les os de pieds de mouton sont nutritifs, c'est probablement aussi à raison de leur condition de parenchyme organique. Ainsi s'est introduit expérimentalement un nouvel élément dans la grande question de l'alimentation, et cet élément nous a fourni matière à des recherches ultérieures dont nous dirons les résultats.

Dans le but de nous éclairer sur son influence, nous résolumes de soumettre les os eux-mêmes à l'expérience ; que si les os satisfaisaient seuls à une alimentation complète, on aurait une preuve de plus de l'influence de la condition organique sur les propriétés des alimens.

A cet effet, nous avons mis des chiens à un régime exclusivement composé d'os et d'eau ; mais aux uns, les os étaient donnés crus, dépouillés autant que possible des chairs ; aux autres, les os étaient donnés cuits, c'est à-dire dépouillés complètement de toutes les parties molles, et en partie de leur graisse.

Le résultat de ces expériences est celui ci :

Les chiens qui ont mangé les os crus se sont parfaitement bien trouvés de ce régime ; ils l'ont subi sans interruption pendant trois mois, sans aucun trouble dans leur santé et sans aucune perte de leur poids.

Il n'en a pas été de même des chiens qui se sont nourris d'os cuits ; après deux mois de cette nourriture, ils sont morts avec tous les signes de l'inanition et une diminution considérable de leur poids.

La conséquence naturelle de ces expériences, c'est que la condition d'organisation n'est pas toute puissante, et qu'elle a besoin de se combiner à d'autres conditions pour produire une nutrition complète et de longue durée.

Mais pour donner à cette déduction toute la valeur désirable, il était nécessaire de l'établir sur un plus grand nombre de faits, et d'expérimenter comparativement sur les divers tissus animaux qui servent ordinairement à la confection de la gélatine et des diverses espèces de colle-forte.

Nous fîmes, dans cette vue, plusieurs séries d'expériences.

Expériences sur les tendons.

La première eut pour sujet les tendons ;

La seconde, les cartilages, le cuir cru ou tanné.

Nous ne sommes en mesure de parler en ce moment que de ce qui regarde les tendons ; les autres expériences ne sont pas terminées ; elles trouveront leur place dans un rapport supplémentaire que nous préparons.

Comme type de nos recherches sur les qualités nutritives des tendons, nous citerons le fait suivant, qui, a lui seul, résume ce que nous avons observé sur ce point.

Le 23 mars dernier, un chien adulte, pesant 16kil.300, est mis à l'usage des tendons de bœuf pour toute nourriture, avec l'eau pour boisson. Il a de l'un et l'autre à descrétion, et l'aliment est renouvelé chaque matin.

Le premier jour, l'animal consomme 1 1/2 kil. de tendons qui paraissent le satisfaire ; mais à dater du 10 avril, il s'en dégoûte, n'y touche presque plus, et bientôt, le 15 avril, il les refuse formellement. Pesé à ce moment (23ᵉ jour de l'expérience), il a perdu 1kil.800 de son poids, et offre d'ailleurs les signes non douteux de l'inanition. On change alors son régime ; on lui donne des os crus qu'il mange avec avidité, à la dose de 2 kil. par jour. Il retrouve rapidement ses forces et son activité. Le 15 mai, il avait récupéré, en poids, 1 kil., et continuait à manger ses os avec satisfaction et se bien porter.

Les tendons ne sauraient donc, pas plus que le parenchyme des os, suffire seuls à l'alimentation au delà d'un certain temps.

Expériences sur les propriétés nutritives de l'albumine, de la fibrine et d'autres principes immédiats des animaux.

Les nombreuses expériences qui précèdent ont surabondamment démontré que la gélatine est peu ou point nutritive. Mais ces propriétés négatives étaient elles donc propres à cette substance ? les principes immédiats, animaux ou végétaux, lui seraient-ils supérieurs ? ou bien seraient-ils sur la même ligne ? La commission résolut de se livrer à des recherches qui pussent amener une solution quelconque à ces intéressantes et nouvelles questions. C'est ici que notre travail a pris une immense extension ; car il ne s'agissait de rien moins que de répéter pour chacun de ces principes immédiats organiques, qui entrent dans la composition de nos alimens, les mêmes essais que nous avions entrepris et terminé sur la gélatine.

Nous savions déjà, par les travaux de l'un de nous, que l'alimentation composée d'un seul élément était rarement suffisante, et qu'elle conduisait à la mort après un temps plus ou moins long.

Cependant nous résolûmes d'examiner directement tous les faits qui pourraient se rapporter à la question.

Expériences sur l'albumine.

Nous prîmes d'abord l'albumine, qui, sous plus d'un rapport, se rapproche de la gélatine. Cependant il n'en est pas de cette substance comme de la gélatine : celle-ci est un produit de l'art ; l'albumine, au contraire, existe toute formée dans l'économie et particulièrement dans le sérum du sang, dans celui de la lymphe, etc. ; on pouvait donc présumer qu'une nourriture exclusivement composée d'albumine suffirait, au moins pour un temps, à l'alimentation. On va voir qu'il n'en fut pas ainsi.

Nous essayâmes d'en nourrir des chiens ; mais nous fûmes promptement forcés d'abandonner notre entreprise; car plusieurs animaux auxquels nous donnâmes pour toute nourriture pendant quelques jours des blancs d'œufs, cuits ou crus, n'y touchèrent pour ainsi dire pas, et se seraient certainement laissés mourir de faim à côté.

L'albumine seule coagulée ou liquide, de même que la gélatine, était donc instinctivement repoussée, délaissée par des animaux tourmentés par une faim des plus vives (1).

Ces résultats relatifs à l'albumine étonneront : car si l'on s'accorde à regarder le blanc d'œuf durci comme difficile à digérer, du moins est il qu'on ne saurait, d'après les notions communes, lui refuser les qualités d'un aliment.

Le blanc d'œuf, liquide ou cuit faiblement, passe d'ailleurs, comme on sait, pour un aliment léger et très propre à une bonne et facile assimilation.

On trouve, en effet, réunies dans le blanc d'œuf nombre de conditions favorables à la digestion : il est alcalin, il renferme des sels et, en particulier, du sel marin en assez forte proportion ; la matière animale qu'il contient est la même qui se retrouve dans le chyle et dans le sang ; elle y est liquide et se coagule pourtant par les acides de l'estomac, en flocons de peu de cohésion ; enfin, le blanc d'œuf renferme quelques membranes organisées qui peuvent jouer dans la digestion un rôle utile et peut être indispensable.

Malgré toutes ces bonnes raisons, l'albumine est repoussée par les animaux On verra plus loin comment on peut s'expliquer, en partie au moins, un tel résultat ; pour le moment, nous nous contenterons de bien établir les faits.

Après ces essais sur l'albumine, nous voulûmes étudier la fibrine.

Expériences sur les propriétés nutritives de la fibrine.

Cette substance se présentait à nous avec une réputation, justement méritée, de substance nutritive par excellence. N'est-ce pas elle, en effet, qui forme presqu'en entier la chair musculaire, aliment principal de l'homme et des animaux carnassiers ?

Nous devions nous attendre à des résultats bien différens de ceux que nous avaient fournis la gélatine et l'albumine, qui, en définitive, n'ont jamais servi exclusivement de nourriture à aucun animal.

Au lieu de faire nos premières expériences sur la chair musculaire, où la fibrine est unie aux tissus vasculaire, nerveux, cellulaire, nous préférâmes prendre cette matière dans son état de pureté, et, pour cela nous employâmes la fibrine telle qu'elle s'extrait du sang de bœuf. Elle fut lavée avec soin, exprimée, afin de la séparer entièrement des autres élémens du sang. C'est dans cet état de pureté, mais humide, qu'elle fut donnée aux animaux.

Ces nouvelles expériences, dont les détails seront publiés, nous ont offert, indépendamment de leur résultat, qui est des plus remarquables, plusieurs circonstances curieuses que nous allons rappeler.

La première impression de la fibrine du sang, ainsi épurée, a été la répugnance ; mais bientôt les animaux, qui s'y sont accoutumés, l'ont prise avec satisfaction pendant toute la durée des expériences, qui, dans plusieurs cas, se sont prolongées jusqu'à soixante-quinze jours. Ce n'est que vers les derniers jours qu'un certain dégoût s'est prononcé. Dans une de ces expériences, on crut qu'en ajoutant à la fibrine du sang de la gélatine alimentaire, l'ani-

---

(1) Comme nous avions à disposer de beaucoup de jaunes d'œufs, nous voulûmes nous assurer si les chiens consentiraient à s'en nourrir. A cette fin, nous donnâmes 12 à 14 jaunes d'œufs durs à des chiens bien portans et de grand appétit. Le premier jour, les jaunes d'œufs furent mangés avec quelques signes de répugnance ; le deuxième, la répugnance fut plus marquée, et les jaunes d'œufs ne furent mangés qu'en partie, enfin, le quatrième jour, les animaux ne voulurent plus y toucher, bien qu'ils fussent réellement affamés.

mal préférerait le nouvel aliment, mais il n'en fut rien; il continua à manger négligemment la fibrine, et ne toucha point à la gélatine.

Mais le fait le plus singulier qui nous a beaucoup surpris, et sans doute surprendra tout le monde, c'est que, bien que nos animaux aient régulièrement mangé et digéré de 500 à 1000 grammes de fibrine chaque jour, ils n'en ont pas moins offert graduellement, par la diminution de leur poids et leur maigreur croissante, les signes d'une alimentation insuffisante, et que l'un d'eux est réellement mort d'inanition, après avoir mangé tous les jours, pendant deux mois, un demi kilogramme, et même la veille de sa mort 1 kilogramme de fibrine.

Chose remarquable! sur cet animal le sang avait presque entièrement disparu: malgré le soin que nous mîmes à le recueillir peu d'instans après la mort, nous en obtînmes à peine 1 gramme de fibrine.

Voilà sans doute un résultat fort inattendu, et qui nous montre combien nous avons à faire avant d'avoir une théorie même approximative, de la nutrition! Que la gélatine, que l'albumine ne nourrissent pas, on le comprend: ces matières n'entrent que pour une faible part dans l'alimentation de l'homme et des animaux. Mais que la fibrine, cette base organique de la viande, ne puisse, prise en quantité considérable, soutenir la vie au delà d'un certain temps, voilà qui doit surprendre et qui mérite de nouvelles investigations, auxquelles la commission se propose de se livrer.

Il est vrai que la fibrine extraite du sang diffère sous plus d'un rapport de la fibrine des muscles; elle n'est point organisée; elle n'a point les principes sapides et odorans que la viande cède au bouillon; elle n'est pas intimement mélangée de vaisseaux, de nerfs et de cellulosités; enfin elle est privée des sels alcalins, terreux et du fer, qui se retrouvent dans le tissu musculaire. Ne serait-ce pas cette différence de composition qui se trouverait la raison du faible degré de ses qualités nutritives? car chacun sait par expérience que la viande nourrit complètement, même à une dose inférieure à celle où nous avons fait manger la fibrine du sang à nos chiens. Nous citerons d'ailleurs bientôt des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard.

La fibrine de la viande, celle du sang, ne sont donc pas identiques. A ne considérer même que l'action des réactifs, la fibrine récemment coagulée est toujours plus soluble que celle dont la coagulation est ancienne.

Mais il est impossible d'expliquer ainsi les remarquables résultats qu'on vient de rapporter. Comme il est évident que la fibrine, à un état quelconque, ne nourrit pas, il faut bien conclure ou bien que la fibrine, comme l'albumine, comme la gélatine, ne sont pas, étant prises seules, capables de fournir à l'estomac le produit qui peut se convertir en un chyle nutritif, ou bien qu'il leur manque quelque chose qui serait indispensable pour déterminer ce le transformation (1).

Pour éclaircir cette difficulté, nous avons résolu de faire deux séries d'expériences. Dans la première, les animaux seront alimentés avec de la fibrine du sang mêlée artificiellement aux élémens sapides et odorans de la chair des muscles; et dans la deuxième l'alimentation se fera avec la chair elle-même, mais dépouillée, autant que possible, de toutes les matières qui, dans les muscles, ne sont pas de la fibrine.

Ces expériences sont commencées, mais elles ne sont pas encore terminées: elles feront partie d'un rapport supplémentaire que nous nous proposons de présenter à l'Académie. Nous allons citer cependant les deux premières:

Expériences sur la fibrine du sang unie aux principes sapides de la viande.

Première expérience. Du 14 avril 1841, un chien de forte taille est nourri exclusivement avec de la fibrine du sang de bœuf, bien lavée et arrosée avec du bouillon gras de la Compagnie hollandaise.

Etat de l'animal. Vif bien portant, pour la première fois soumis à l'expérimentation.

Age,	18 mois.
Poids,	15 kilog.
Quantité de fibrine mangée chaque jour,	1 kilog.
Quantité d'excellent bouillon gras mêlé à la fibrine,	33 centil.

Le 19 avril cinquième jour. L'animal mange bien son mélange et paraît satisfait de cette alimentation.

Poids, 15 kilog.

Le 3 mai, dix-septième jour. L'animal se dégoûte de la fibrine et en perd, en la gaspillant, environ 500 grammes sur 1000.

Au lieu de 33 centilitres, on ajoute 50 centilitres de bouillon à 1000 grammes de fibrine.

Pendant trois ou quatre jours il mange mieux, et à peu près entièrement ce qu'on lui donne.

Le 7 mai, vingt-unième jour. L'animal se dégoûte de nouveau de la fibrine, et en perd une très grande quantité.

On fait alors cuire la fibrine avec 50 centiltres de bouillon. Après cette préparation, la fibrine répand une odeur animalisée très appétissante.

Pendant les premiers jours qui suivent, l'animal mange avec avidité son kilogramme de fibrine ainsi préparée, il n'en laisse rien. Mais bientôt il s'en dégoûte et finit par refuser d'en manger, quoique tous les jours on ait le soin de lui en donner de la nouvelle et préparée exactement de la même manière. On essaye de lui en donner lorsqu'elle est refroidie ou lorsqu'elle n'est que tiède; il la refuse dans tous les cas.

Le 15 mai, trente et unième jour. L'animal refuse de manger, et laisse la fibrine cuite qu'on lui donne.

Poids de l'animal, 13 kilog.

2 kil. de perte en 31 jours.

On essaye de revenir à la fibrine crue pendant deux ou trois jours; l'animal n'en mange pas davantage, et il refuse la fibrine sous quelque forme qu'on la lui présente.

Du 15 au 19 mai, l'animal est resté sans manger à côté d'un kilogramme de fibrine divisé en deux parties, dont l'une était cuite dans le bouillon et l'autre crue.

Expérience terminée le 19 mai, trente-troisième jour. Ainsi, dès ce premier essai, l'alliance de la fibrine avec d'excellent bouillon contenant les principes sapides et les sels de la viande n'a pas suffi pour nourrir. Nous verrons si ce résultat, remarquable à plus d'un titre, se maintiendra dans nos expériences ultérieures.

Expériences sur la fibrine musculaire.

Du 29 mars 1841, un chien de moyenne taille est nourri exclusivement avec du bœuf bouilli, privé de graisse et pressé dans un linge, après vingt-quatre heures de macération dans l'eau, dans le but de le dépouiller de sa saveur et de son odeur de viande, et de le rendre ainsi, autant que possible, semblable à la fibrine du sang.

Etat de l'animal. Vif et bien portant et pour la première fois soumis à l'expérimentation.

Age,	de 18 mois à 2 ans.
Poids,	6kil 300.
Quantité de bœuf mangée chaque jour,	250 grammes.

L'animal, quoique mangeant bien ses 250 grammes de bouilli par jour, maigrit graduellement. Cependant il conserve sa vivacité; le poil est luisant, et il ne présente aucunement les signes du marasme.

Le 12 mai (quarante-troisième jour). L'animal est arrivé à un état de maigreur très considérable.

Poids, 4kil. 800.

1kil.500 de perte en quarante-trois jours.

Jusqu'à ce moment, l'animal a toujours mangé ses 250 grammes de bouilli par jour, excepté depuis cinq ou six jours; il en laisse un peu dans le fond de sa terrine.

Quoique très maigre, l'animal conserve sa vivacité.

24 mai (cinquante-cinquième jour). Depuis le 12 mai, la quantité de bœuf bouilli que l'animal perd a augmenté de jour en jour; et aujourd'hui, sur 250 grammes, il n'en mange environ que 60.

La maigreur est extrême; l'animal boit beaucoup, et la langueur commence à se manifester.

Il est évident que l'expérience touche à son terme, et que, sous cette forme, la fibrine, bien que plus nourrissante que la fibrine du sang unie au bouillon gras, ne convient pas encore pour une alimentation suffisante.

Il s'agit de savoir maintenant si de nouveaux faits viendront confirmer celui-là; cela paraît très probable.

Toutefois, ce n'est pas dans ce sens que nous interprétâmes d'abord nos résultats sur la fibrine. Nous supposâmes que son défaut de qualité alimentaire tenait à ce qu'elle avait été employée seule. Nous composâmes alors des régimes où se trouvèrent réunis les élémens que nous avions expérimentés isolément.

Expériences sur l'alimentation par des mélanges de gélatine et de fibrine, de gélatine et d'albumine, de fibrine et d'albumine, et de fibrine, de gélatine et d'albumine.

Nous mîmes des animaux à l'usage, ceux-ci d'un mélange de gélatine et de fibrine, ceux là de gélatine et d'albumine; d'autres eurent pour nourriture le mélange, en diverses proportions, de ces trois substances, et nous nous engageâmes ainsi dans une nouvelle série d'expériences qui furent et qui devaient être très nombreuses et très longues, et dont les résultats seraient sans doute d'un grand intérêt.

Ces résultats, nous allons vous les faire connaître:

Disons d'abord qu'ils ne furent pas entièrement en désaccord avec nos prévisions, c'est à dire que le mélange d'albumine et de fibrine, dans diverses proportions, ne fut point l'objet d'une répugnance aussi marquée que l'aurait été chacune des substances prises isolément. En général, on put en continuer l'usage plus long temps; mais dans tous les cas, après un laps de temps plus ou moins considérable, les animaux sont tombés dans le marasme et sont morts d'inanition en mangeant une quantité assez considérable de substances alimentaires.

Les divers mélanges employés dans ces expériences ont offert des effets différens: celui de gélatine et d'albumine a été le moins favorable; celui de fibrine et d'albumine a soutenu le plus long temps la vie, et l'a prolongée jusqu'au cent vingt sixième jour; avec la gélatine en petite quantité, l'albumine et la fibrine, dont la dose a été portée jusqu'à 1 kilogramme par jour, la vie s'est soutenue cent vingt-un jours. Mais, à ce moment, les alimens ne furent plus digérés, et les animaux moururent avec tous les signes du défaut d'alimentation, bien que leur estomac fût rempli et fortement distendu par une masse considérable d'alimens non chymifiés.

Mais ce qui ressort surtout de ces expériences, c'est que nos mélanges artificiels de fibrine, d'albumine et de gélatine, bien que nous eussions pris tous les soins nécessaires pour les rendre aussi appétissans que possible, ne donnaient, dans aucun cas, un bon aliment, et que, sous ce point capital, ils ne différaient pas, étant réunis, de ce qu'ils étaient isolés.

Cependant la viande crue où ces mêmes élémens se trouvent associés, mais selon les lois de la nature organique, est de toute notoriété un excellent aliment.

Bien qu'un tel fait ne pût être révoqué un instant en doute, nous voulûmes en avoir des preuves directes et expérimentales, ne fût-ce que pour ne point laisser une telle lacune dans notre travail.

Nous mîmes donc plusieurs chiens à l'usage d'une dose fixe de viande crue extraite de têtes de mouton; et, bien que la quantité consommée chaque jour n'eût jamais dépassé 300 grammes et ait été souvent moindre, la santé, le poids de ces animaux se sont maintenus intacts pendant cent vingt jours, époque à laquelle nous avons cessé l'épreuve, la regardant comme suffisante et terminée. N'est-il pas digne de remarque que 150 à 300 grammes de viande crue de qualité des plus médiocres ait une plus grande valeur nutritive que 1000 grammes de fibrine renforcée de plusieurs centaines de grammes de gélatine et d'albumine.

Les physiologistes seront sans doute frappés de ces résultats; ils se recommandent vivement à l'attention des chimistes?

Quel est donc ce principe particulier qui rend la viande un aliment si parfait? Est-ce la matière odorante et sapide qui joue ce rôle, comme cela semble probable? Les sels et la trace de fer qui s'y trouvent, les matières grasses et l'acide lactique qui en font partie, sont-ils, malgré leur faible proportion, pour quelque chose dans le résultat? Voilà de belles et importantes questions à résoudre, que nous résumerons en deux mots: « séparer » de la viande un principe qui, réuni à l'albumine, à la gélatine ou à la fibrine, les convertisse en alimens suffisans pour » les animaux carnivores. »

Tant que cette question ne sera pas résolue, il demeure bien évident qu'en fournissant à l'estomac ces matières seules ou mêlées d'une quantité trop faible des principes actifs de la viande, on n'obtiendra qu'une nutrition imparfaite.

Expériences sur les propriétés nutritives des substances grasses.

Après avoir examiné les propriétés nutritives des principaux élémens azotés, il importait d'étudier sous le même point de vue des substances non azotées, mais fort employées dans l'alimentation de l'homme et des animaux qui s'en rapprochent par la nature de leur régime: je veux parler de la graisse, du beurre, etc.

Quinze animaux adultes furent successivement mis à un régime exclusivement composé de corps gras (beurre frais, axonge, enfin graisse de cœur de bœuf, c'est-à-dire de graisse encore contenue dans ses cellules organiques). Ces expériences se sont prolongées près d'une année (de 1837 à 1838). On va voir, dans le récit que nous allons faire, les raisons de cette longue durée.

Quatre expériences, qui furent faites d'abord avec le beurre frais, à la dose de 300 grammes par jour, ne nous donnèrent point de résultat, si ce n'est que les chiens, après avoir mangé le beurre avec avidité les deux premiers jours, refusèrent ensuite formellement d'y toucher, et seraient morts à côté, si l'on eût persisté à ne pas leur donner d'autre nourriture.

Nous fûmes plus heureux avec un cinquième animal qui consentit à manger du beurre frais d'une manière irrégulière pendant soixante-huit jours, et qui mourut ensuite d'inanition, quoique dans un état d'embonpoint remarquable. Pendant toute la durée de l'expérience, ce chien exhalait une forte odeur d'acide butyrique, son poil était gras au toucher, sa peau était onctueuse et couverte d'une couche graisseuse.

A l'autopsie nous trouvâmes tous les tissus, tous les organes infiltrés de graisse; le foie était, comme on dit en anatomie pathologique, *gras*. En le soumettant à l'analyse, on y a trouvé une très grande quantité de stéarine et peu ou point d'oléine. Il s'était fait dans cet organe une sorte de filtration du beurre.

L'alimentation avec l'axonge pure eut des résultats semblables: plusieurs animaux refusèrent d'en manger après l'avoir acceptée les premiers jours avec plaisir. Un autre mourut le dix-huitième jour, en en prenant 250 grammes certains jours, et refusant le plus souvent d'y toucher. Un autre enfin vécut jusqu'au cinquante-sixième jour en consommant habituellement 120 grammes d'axonge par vingt-quatre heures; encore se passa-t-il plus d'une journée où l'animal préféra l'abstinence à l'axonge qui lui était offerte.

Son autopsie nous montra, comme pour l'animal mort en mangeant du beurre, une atrophie générale des organes, mais une grande abondance de graisse, particulièrement sous la peau, où elle formait une couche de plus d'un centimètre d'épaisseur.

Nous essayâmes si, en mêlant une certaine proportion de pain à l'axonge, on améliorerait ses effets; nous fîmes une pâtée composée de

Axonge,	120 grammes.
Pain blanc,	250

Mais l'animal qui fut soumis à cette nourriture ne s'en accommode que quelques jours et la refusa ensuite.

Nous eûmes encore des résultats fort analogues en expérimentant avec la graisse qui environne le cœur du bœuf. Cette graisse est encore enveloppée dans son tissu cellulaire, et des parcelles de fibre musculaire y sont attachées çà et là.

Quatre chiens furent soumis à l'usage de cette substance. Ils la mangèrent d'abord avec avidité; mais tous quatre, au bout de sept jours, la refusèrent. Ils en disséquaient, pour ainsi dire, minutieusement les morceaux, s'emparant des moindres parcelles de fibre musculaire et des lames qu'ils parvenaient à détacher du tissu cellulaire. Tous succombèrent: le premier le dix-neuvième jour, le deuxième le vingt-quatrième jour, le troisième le vingt-huitième jour, le quatrième le trente-cinquième jour. Des ulcérations s'étaient montrées sur la cornée transparente.

A l'autopsie, tous les organes étaient à la fois atrophiés, mais infiltrés de graisse; le foie était gras.

A l'opposé des animaux dont nous venons de rapporter l'histoire, un petit chien adulte vécut en parfaite santé pendant un an, en mangeant tous les jours 125 grammes de graisse de cœur de bœuf.

Un autre chien qui avait pour tout aliment, chaque jour, 190 grammes de graisse de cœur de bœuf, vécut pendant six mois en santé parfaite; seulement il exhalait une odeur insupportable de graisse. Il aurait sans doute vécu plus long temps si l'on eût continué l'expérience.

Malgré cette diversité de résultats dans les six expériences sur la graisse de bœuf, puisque deux animaux en ont été nourris complètement pendant un laps de temps considérable, et que quatre sont morts en la mangeant, il résulte évident que, sous cette forme, la graisse a un avantage marqué, non-seulement sur les autres principes immédiats azotés, précédemment examinés, mais aussi sur la graisse pure ou isolée.

Expériences sur les qualités nutritives du gluten et de la fécule.

Après ces essais fort incomplets sur les qualités nutritives des principes immédiats tirés des animaux, nous voulûmes faire quelques études sur les mêmes principes, mais tirés des végétaux, et examiner particulièrement les propriétés alimentaires du gluten et de la fécule.

Le gluten séparé, soit de la farine de froment, soit de la farine de maïs, nous offrit un phénomène que nous n'avions pas observé en expérimentant avec des principes immédiats organiques, qui, tous, excitent plus ou moins de répugnance chez les animaux obligés de s'en nourrir ou tout au moins d'en manger.

Le gluten, bien que son odeur soit fade et quelque peu nauséabonde, bien que sa saveur n'eût rien d'agréable, fut pris sans difficulté dès le premier jour, et les animaux ont continué d'en faire usage sans aucun dégoût pendant trois mois, sans aucune interruption. La dose était de 120 à 150 grammes par jour, et les animaux conservaient tous les caractères d'une excellente santé. Ce fait nous a d'autant plus frappés, qu'il est en opposition avec la règle qui semble résulter de faits très nombreux, précédemment exposés, savoir, qu'une substance alimentaire, surtout si c'est un principe immédiat isolé, n'est point apte à entretenir la vie au-delà d'un temps qui n'est jamais très long.

Voilà, au contraire, une matière considérée autrefois comme un principe immédiat azoté qui, sans aucune préparation ni assaisonnement, n'excite ni répugnance, ni dégoût, et qui seule nourrit parfaitement et pendant long-temps.

Un célèbre chimiste anglais, le docteur Prout, s'appuyant sur ce fait bien constant, que le lait suffit à lui seul pour constituer un excellent aliment, a pris sa composition pour type, et ramené la composition générale de la nourriture des animaux à la forme suivante:

(1) Entre la fibrine qui ne nourrit pas et la viande qui nourrit, y aurait-il une différence analogue à celle qui existe entre la fécule qui, à elle seule, ne se convertit pas en sucre, et le grain d'orge germé, où la fécule se saccharifie si aisément à la faveur de la diastase?

1° Une matière azotée, caseum ;
2° Une matière grasse, beurre ;
3° Une matière non azotée neutre, sucre de lait.
4° Divers sels alcalins ou terreux.

Cependant, le gluten nourrit à lui seul, quoique plus simple dans sa constitution que le lait ou les alimens qu'on calculerait d'après la composition de celui ci.

Il ne faudrait pourtant pas regarder le gluten comme un principe immédiat. Tel que nous l'avons employé, il retenait sans doute quelque trace de fécule. Par lui même on sait d'ailleurs qu'il peut se résoudre en deux corps distincts, une substance albumineuse et le produit qu'on a appelé glaïadine. Cette dernière, à son tour, se partage en gluten proprement dit, en gomme et en mucilage.

Nos chiens mangeaient donc beaucoup de gluten uni à quelque peu d'albumine, de gomme, de mucilage, de fécule et même de sucre provenant de cette fécule. Cet aliment, simple en apparence, était donc assez composé en réalité. Mais ce n'est pas ce qu'on sait de sa composition chimique qui aurait suffi pour nous faire prédire son pouvoir nutritif.

Expériences sur les propriétés nutritives de la fécule.

La fécule, qui entre pour une part si notable dans le régime de l'homme et dans l'alimentation des animaux domestiques, la fécule, qui existe en si grande proportion dans les farines de céréales et des légumineuses, ne nous a donné, dans nos expériences sur les chiens, presque aucun indice de propriétés nutritives. Est-ce parce qu'elle avait été isolée des autres élémens avec lesquels elle est unie dans les végétaux, graines ou farines où elle se trouve ? Cela n'est pas improbable, car c'est là un des résultats que nous avions généralement obtenus dans la longue suite de nos expériences.

D'abord, sous la forme pulvérulente, humide ou sèche, les chiens auxquels on la présente, non-seulement ne cherchent pas à s'en nourrir, mais ne la regardent point. Mêlée à l'eau bouillante et devenue empois, les animaux n'y touchent point davantage. Ils mourraient d'inanition à côté, sans essayer d'échapper à la mort en en mangeant, ne fût ce que pour l'eau qui s'y trouve.

Pour arriver à en faire une sorte d'aliment moins dédaigné, nous fûmes obligés de composer des bouillies où nous ajoutions tantôt du beurre, tantôt de l'axonge, d'autres fois du sucre ou du sel, et quelquefois du pain, le tout en proportion assez considérable ; et cependant, malgré tous ces soins, toutes ces combinaisons qui donnaient à ces mélanges une odeur et une saveur agréables, nos chiens ont refusé généralement d'en faire usage : et si quelques-uns en ont pris pendant un certain temps, ils n'ont pas tardé à périr avec tous les symptômes de l'inanition, si souvent l'issue de nos tentatives.

Les substances qui nous ont servi dans nos expériences sont l'amidon, ou la fécule de froment, et la fécule de pommes de terre. Nous n'avons pas remarqué de différence notable entre ces deux fécules ; si, toutefois, il y en avait une très légère, elle serait en faveur de la fécule de pommes de terre, que les animaux ont semblé prendre avec un peu moins de répugnance que l'amidon.

Il eût été sans doute curieux d'étudier et de comparer à la fécule les diverses espèces de farine, soit des céréales, soit des légumineuses ; mais notre travail durait déjà depuis si long-temps, que nous avons craint de le prolonger davantage sans faire connaître à l'Académie les premiers résultats de nos recherches.

Voilà, Messieurs, bien des faits intéressans, voilà bien des expériences, voilà bien des résultats. L'Académie comprend maintenant, nous osons l'espérer, comment nous avons si souvent reculé à faire un rapport, et comment nous avons si souvent répondu que nous n'étions pas prêts. Cependant les questions dont nous avons entretenu l'Académie ne sont pas les seules que nous ayons examinées. Beaucoup d'autres, non moins importantes, ont été l'objet de nos investigations expérimentales, et les faits que nous avons constatés jusqu'ici ne le cèdent en rien, pour l'intérêt, à ceux que nous venons d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie.

Dès que ce nouveau travail sera terminé, nous nous empresserons d'en faire l'objet d'un rapport spécial.

Nous compléterons ainsi la longue série de nos études sur l'alimentation, autant qu'un pareil sujet peut être épuisé.

CONCLUSIONS.

Nous serons très réservés dans les conclusions de cette première partie de notre travail ; car n'avons-nous pas rendu évident, avant tout, que la science en est encore à ses premiers pas en tout ce qui regarde la théorie de la nutrition ? Cependant nous croyons que les faits suivans sont établis par nos expériences, et hors de contestation :

1° On ne peut, par aucun procédé connu, extraire des os un aliment qui, seul ou mêlé à d'autres substances, puisse tenir lieu de la viande elle même ;

2° La gélatine, l'albumine, la fibrine, prises isolément, n'alimentent les animaux que pour un temps très limité et d'une manière fort incomplète. En général, ces substances excitent bientôt un dégoût insurmontable, au point que les animaux préfèrent se laisser mourir plutôt que d'y toucher ;

3° Ces mêmes principes immédiats, artificiellement réunis, et rendus d'une agréable sapidité par l'assaisonnement, sont acceptés avec plus de résignation et plus long-temps que s'ils étaient isolés ; mais, en définitive, ils n'ont pas une meilleure influence sur la nutrition, car les animaux qui en mangent, même à des doses considérables, finissent par mourir avec tous les signes d'une inanition complète ;

4° La chair musculaire, dans laquelle la gélatine, l'albumine et la fibrine sont réunies selon les lois de la nature organique, et où elles sont associées à d'autres matières, comme la graisse, les sels, etc., suffit, même en très petite quantité, à une nutrition complète et prolongée ;

6° Les os crus ont le même avantage, mais la dose consommée en vingt-quatre heures doit être beaucoup plus forte que s'il s'agissait de la viande ;

6° Toute espèce de préparation, telle que la décoction dans l'eau, l'action de l'acide chlorhydrique, et surtout la transformation en gélatine, diminue les qualités nutritives des os, et semble même, dans certains cas, les faire presque entièrement disparaître ;

7° Cependant la commission n'a pas voulu se prononcer pour le moment sur l'emploi de la gélatine associée aux autres alimens dans la nourriture de l'homme. Elle a compris que les expériences directes pouvaient seules l'éclairer à ce sujet d'une manière définitive. Elle s'en occupe activement, et les résultats en seront exposés dans la seconde et dernière partie de ce rapport ;

8° Le gluten, tel qu'on l'extrait de la farine de froment ou de maïs, satisfait à lui seul à une nutrition complète et prolongée ;

9° Les corps gras, pris pour unique aliment, soutiennent la vie pendant quelque temps, mais ils donnent lieu à une nutrition imparfaite et désordonnée où la graisse s'accumule dans tous les tissus, tantôt à l'état d'oléine et de stéarine, tantôt à l'état de stéarine presque pure. »

HISTORIQUE DES TRAVAUX DE M. D'ARCET RELATIFS A L'EXTRACTION ET A L'EMPLOI ALIMENTAIRE DE LA GÉLATINE DES OS.

Ce fut en 1812 que j'eus l'idée d'appliquer à la nourriture de l'homme la gélatine extraite des os par le moyen de l'acide chlorhydrique : ayant organisé cette fabrication en grand, les produits de la manufacture de l'île des Cygnes, consommés d'abord par moi, puis par ma famille, furent ensuite employés par la Société philanthropique, à qui il fut fait à ce sujet un rapport très-favorable.

La Société philanthropique, avant de faire entrer la gélatine dans la composition des soupes à la Rumford, qu'elle distribuait aux pauvres, voulut avoir l'opinion de la Faculté de médecine sur cette innovation, et ce corps savant essaya alors l'emploi alimentaire de la gélatine, pendant trois mois, sur les malades de la Clinique interne, hôpital composé de 40 lits. Ce fut après ce long examen que la Faculté de médecine publia son rapport, en date du 13 décembre 1814, et ce fut ce rapport, complétement favorable, et signé par MM. Leroux, Dubois, Pelletan, Duméril et Vauquelin, qui me décida à consacrer, s'il le fallait, ma vie entière à faire admettre la gélatine dans la composition des alimens trop peu azotés que l'on distribue aux pauvres.

Je communiquai le rapport de la Faculté de médecine à la Société philanthropique ; mais le prix auquel revenait la gélatine extraite des os par le moyen des acides, *quoique connu d'avance* et très-modéré (5 fr. le kilog.) fut la fin de non-recevoir que m'opposèrent les administrateurs de cette Société ; et, malgré la réussite, malgré deux années de travaux, je me trouvai presque aussi loin de mon but qu'en commençant.

Ce fut alors que, appréciant bien la portée de la question, je changeai de marche, et je repris la suite des travaux de Papin, de Proust et de mon père. Je reconnus bientôt que la pulvérisation des os et la décoction de la poudre ou des râpures, à la simple pression atmosphérique, constituaient un procédé bon, quant à la qualité de la gélatine, mais ruineux relativement au haut prix du produit obtenu. Je reconnus aussi qu'en traitant les os dans la machine de Papin, il était bien difficile de diriger l'opération, et que, pour peu que l'on outrepassât la pression d'une atmosphère, il se formait, aux dépens d'une portion de la gélatine, beaucoup d'ammoniaque, donnant au produit l'état sirupeux et une saveur amère fort désagréable. Je cherchai quelle était la température la plus favorable à employer ; je parvins à en rendre l'action convenable, régulière et continue, et j'organisai enfin l'appareil qui fonctionne sans interruption, depuis plus de douze ans, à l'hôpital Saint Louis.

Au moyen de cet appareil, alimenté jour et nuit, et bien réglé, la dissolution gélatineuse sortant de quatre cylindres, et recueillie dans le réservoir général, est constamment pareille ou également chargée de gélatine. Il donne la dissolution gélatineuse claire et au titre où on la veut ; il peut extraire des os 7 à 8 centièmes de graisse et toute la gélatine qui s'y trouve, et, en organisant bien le travail, on peut facilement obtenir la gélatine gratuitement en se servant de cet appareil.

Étant parvenu à extraire la graisse et la gélatine des os par un procédé bien manufacturier, on peut même dire *culinaire*, et ce procédé étant tellement économique que, sous ce rapport, on ne pouvait rien désirer de mieux, je me crus arrivé à mon but ; mais il n'en fut pas ainsi et j'allongerais beaucoup trop cette note si je passais en revue tout ce qui m'a fait obstacle dans l'application en grand de ce procédé ; ce serait d'ailleurs renouveler, sans utilité pour le succès de l'affaire, le souvenir des obstacles qui m'ont été suscités depuis vingt-sept ans que je m'occupe de cette question. Il me suffira ici d'affirmer que je n'ai jamais vu les pauvres, *livrés à eux-mêmes*, refuser les alimens préparés à la gélatine, qu'à l'établissement de la place de la Bourse, où l'on ne s'adressait plus aux pauvres, il y avait cependant toujours plus d'acheteurs que de produits à vendre et que partout où le service de l'appareil a été suspendu, après plus ou moins de durée et après un grand nombre de rapports favorables, cela n'a été que par suite de négligence dans la surveillance et le service des appareils et, toujours, par des causes qu'il eût été très-facile d'anuihiler si les administrations compétentes l'avaient voulu.

La première de ces assertions est prouvée par ce qui s'est passé à Reims, à l'hôpital Saint Louis, à la Monnaie des médailles et à la place de la Bourse : quant à la seconde, je pourrais très-bien l'appuyer, si le besoin était, pour ce qui concerne les appareils du Val-de-Grâce, de l'hôpital de la Charité et de l'Hôtel-Dieu ; par des preuves authentiques qui avertiraient de nouveau les innovateurs du mauvais vouloir et des tracasseries auxquels ils s'exposent lorsque, par excès de zèle, ils persistent à pousser les opposans jusque dans leurs derniers retranchemens.

En résumé, j'ai créé l'art d'extraire la gélatine des os par le moyen des acides, et les procédés de cet art ont non-seulement servi à porter nos fabriques de colle au plus haut point de perfection, mais ils produisent cette gélatine alimentaire conservant la texture des os, et qui est maintenant employée pour le service de la table par les restaurateurs et les particuliers.

J'ai perfectionné plus tard le procédé de Papin, et je l'ai amené au point d'être facilement et utilement applicable dans les cuisines des établissemens où l'on a à nourrir de grandes réunions d'hommes, et je suis arrivé, par ce dernier moyen, à faire obtenir gratuitement, ou au moins à très bas prix, la dissolution gélatineuse au degré de force où on la veut, ce qui était nécessaire pour animaliser les alimens des pauvres, restés jusque-là trop peu substantiels, à cause du grand nombre des indigens et du peu d'argent dont on a à disposer pour leur soulagement.

J'ajouterai, enfin, que c'est par la réunion de deux procédés qui me sont dus, que l'on fabrique aujourd'hui, à des prix convenables, ces produits gélatineux qui se vendent dans tous les grands magasins de drogueries, d'épiceries, etc., sous les noms de « gélatine alimentaire en feuilles de tablettes de bouillon, de gelées, de tablettes pour coller les vins, etc. ; » tous produits servant maintenant à la consommation alimentaire de l'homme.

Voilà quels sont les titres que je crois avoir à la considération publique dans cette partie de mes travaux. Tous les chimistes contemporains ont partagé l'opinion que j'ai de l'utilité dont peut être la gélatine des os pour parvenir enfin à animaliser convenablement la nourriture des indigens ; leurs écrits en font foi. Si je m'étais trompé, ce serait avec eux : j'en gémirais dans l'intérêt des pauvres ; mais en adoptant cette hypothèse, ce que je ne vois pas encore de raison de faire, ce qui resterait utile de ces travaux et l'intention certainement honorable qui m'a soutenu dans une bien longue lutte, suffiraient encore pour ne pas me faire descendre dans l'opinion publique et pour m'empêcher de regretter d'avoir passé une grande partie de ma vie à poursuivre la réalisation des vues élevées qui dirigèrent Papin, et qui, plus tard, guidèrent et soutinrent Proust et mon père dans les travaux remarquables qu'ils firent dans le but d'approprier la gélatine des os à la nourriture de l'homme.

D'ARCET.

RAPPORT DES MÉDECINS, CHIRURGIENS ET PHARMACIENS DE L'HOTEL-DIEU.

Article II, intitulé : *De la gélatine extraite des os, et du bouillon dans lequel elle est introduite, considérés comme alimens.*

La dissolution gélatineuse employée à faire le bouillon des malades de l'Hôtel Dieu, s'extrait en soumettant à l'action de l'eau en vapeur les os qui proviennent de la viande consommée dans la maison. Ces os ont déjà subi deux décoctions, la première le matin, pour faire le bouillon ordinaire, et la seconde le soir, pour la confection du bouillon du soir, dit « bouillon maigre. » Après avoir dépouillé avec grand soin ces os des cartilages et fibro-cartilages qui leur adhèrent, on les brise et on les dépose dans des cylindres de fonte, dans lesquels on fait arriver l'eau en vapeur ; ils y restent exposés à son action pendant quatre jours. Cette vapeur est élevée à la température de 104 à 105° centigrades ; elle est incessamment ramenée à l'état liquide, par l'introduction continuelle dans les cylindres d'une petite quantité d'eau froide, qui arrive dans une capsule, où elle s'échauffe à la vapeur qui a été introduite par la partie inférieure du cylindre et qui a traversé toute la masse des os.

Cette vapeur condensée se joint à l'eau qui s'écoule de la capsule remplie par l'arrivée continuelle de nouveau liquide, et traverse les os en dissolvant la gélatine, avec laquelle elle s'écoule par le robinet de la partie inférieure de chaque cylindre. La dissolution gélatineuse qui distille ainsi, est exposée au refroidissement à l'air libre, et déposée dans des vases de fer-blanc, chacun de la contenance de 50 litres, qui ont été nettoyés avec le plus grand soin. Le jour même cette dissolution gélatineuse est portée dans la marmite, et employée à faire le bouillon.

Le premier produit de l'action de la vapeur sur les os est de la graisse, qui s'en sépare par le refroidissement de l'eau gélatineuse ; cette graisse est aussi recueillie avec de grandes précautions, et employée pour apprêter des légumes et pour faire le bouillon du soir.

Les précautions les plus grandes sont prises pour assurer le succès de ces opérations et la bonne qualité de leurs produits. Les os dont on extrait la gélatine proviennent de la viande consommée la veille ; ils sont nettoyés avec un grand soin, et ils ne répandent aucune odeur désagréable lorsqu'on les introduit dans les cylindres ; la dissolution gélatineuse est reçue dans des vases cylindriques de fer-blanc, qui ne présentent aucune anfractuosité, et sont aussi facilement lavés ; on la dépose, après qu'elle est refroidie, dans une pièce voûtée ouvrant au nord, très-fraîche à cause du voisinage d'un réservoir, dans laquelle les variations de la température atmosphérique ne se font pas sentir.

Le bouillon des malades se prépare avec la dissolution gélatineuse, de la manière suivante : on verse successivement dans la marmite 400 litres de solution gélatineuse et 200 litres d'eau, on y ajoute 120 kilogrammes de viande et 15 à 18 kilogrammes de légumes. Cette marmite, ainsi remplie à quatre heures du matin, est chauffée à feu nu ; elle commence à bouillir vers les six heures, et reste en ébullition jusqu'à dix heures. On estime la quantité de liquide soustraite par la vaporisation, au douzième de la quantité totale du liquide déposé dans la marmite.

Le bouillon ainsi préparé est destiné aux malades seulement, car c'est pour eux seuls que la solution gélatineuse est employée.

Le bouillon du soir, destiné aux malades, se prépare en faisant bouillir pendant trois ou quatre heures, dans 50 litres d'eau gélatineuse et 250 litres d'eau pure, les os qui proviennent de la viande qui a servi le matin à faire le premier bouillon, et des viandes grillées et rôties consommées dans la maison. Ces os pèsent de 25 à 28 kilogrammes ; on y ajoute 20 kilogrammes de légumes et 2 kilogrammes de graisse extraite des os par la vapeur.

Nous avons examiné attentivement les substances qui entrent dans la préparation de ces alimens ; plusieurs de nous ont été chargés de faire exécuter cette préparation sous leurs yeux. Nous avons interrogé séparément à différentes fois, et plusieurs d'entre nous en particulier, les personnes employées à faire le bouillon, les religieuses qui le distribuent, les infirmiers des salles, les malades les plus intelligens, qui n'avaient aucune donnée sur l'objet de nos recherches.

Voici le résultat de cette enquête :

L'eau gélatineuse extraite de l'appareil, examinée chaude, a une odeur fade, légèrement nauséabonde, qui participe de l'odeur de l'eau de tripes.

La graisse chaude extraite des os par la vapeur, a une odeur fade, nauséabonde, comme celle de la solution gélatineuse.

Ces deux substances perdent en partie, par le refroidissement, leur odeur nauséabonde.

La saveur de l'eau gélatineuse est nauséabonde, désagréable, sans sapidité ; il en est de même, mais à un moindre degré, de la saveur de la graisse extraite des os par la vapeur : le refroidissement de ces substances leur fait perdre à un certain degré de cette saveur désagréable, mais ne la leur enlève pas complétement. Cette saveur nauséabonde se conserve long temps dans la bouche.

La dissolution gélatineuse, à sa sortie du récipient de l'appareil, est incolore, légèrement visqueuse au toucher ; déposée dans des vases où elle est conservée, elle devient légèrement louche. A cet état, elle a déjà une saveur et une odeur plus désagréables, sans être cependant encore fétide : telle elle est toujours lorsqu'elle est employée pour la confection du bouillon.

La saveur et surtout l'odeur, semblables à celles de l'eau de tripes, se conservent après qu'on a ajouté du sel à la dissolution gélatineuse. La liqueur doit à cette addition de la sapidité, qui ne suffit pas pour détruire la saveur et l'odeur que nous lui avons reconnues. La saveur est mieux dissimulée lorsque, outre le sel, on ajoute à cette dissolution du caramel (mélasse brûlée) avec le-

quel on colore le bouillon : ce caramel est d'une saveur très amère ; il colore l'eau gélatineuse en jaune doré.

Si le temps est nuageux, si les vases dans lesquels on dépose la dissolution gélatineuse ne sont pas nettoyés avec un très grand soin, cette dissolution se putréfie en quelques instans. Ce n'est plus seulement alors un liquide aigre comme le bouillon ordinaire récemment altéré, c'est un liquide trouble, répandant une odeur fétide de boyauderie très pénible à supporter. La dissolution gélatineuse, naturellement alcaline, est aussi devenue acide.

Il y a long-temps qu'on sait que la gélatine, qui se conserve si long-temps à l'état sec, à l'abri de l'humidité, devient par sa seule dissolution dans l'eau la substance animale la plus putréfiable.

La putréfaction facile de l'eau gélatineuse a été remarquée dans tous les lieux où l'on a extrait la gélatine des os par la vapeur; elle a été constatée par M. d'Arcet dans son Instruction sur la précaution à prendre dans l'extraction de la gélatine des os: « La dissolution gélatineuse, dit il, se conserve difficilement si on ne la sale pas, ou si l'on n'y ajoute pas un léger excès d'acide ; il faut éviter, autant qu'on le peut, de conserver la dissolution gélatineuse : elle doit être employée sur place, et pour ainsi dire au fur et à mesure de sa production. » La dissolution gélatineuse est déposée à l'Hôtel-Dieu dans la marmite, à quatre heures du matin ; elle a été préparée dans la nuit, et la veille dans la soirée : car la gélatine dissoute qui y est produite après quatre heures du matin jusqu'à midi, constitue les cinquante litres de dissolution qui servent à faire le bouillon du soir. Il arrive quelquefois que cette dissolution, au moment de la mettre le matin dans la marmite, se trouve gâtée et qu'il faut la jeter. Ce liquide est cependant déposé dans des vases placés dans une salle voûtée très fraîche, et soustraite autant que possible à toutes les influences météorologiques.

On a aussi constaté la grande facilité avec laquelle la gélatine s'altère à la maison de refuge du faubourg Saint-Marceau, où l'appareil à gélatine a fonctionné pendant plusieurs mois, sous la surveillance de M. Cochin. Cet administrateur, qui nous a permis d'invoquer son témoignage, nous a appris qu'on ne pouvait conserver l'eau gélatineuse qu'avec de très grandes précautions ; qu'il fallait surtout laver les vases destinés à la contenir avec grand soin avec l'eau chlorurée, et que la plus légère négligence à cet égard était suivie de l'altération putride de l'eau gélatineuse. La maison de refuge fournissait de la dissolution gélatineuse à la maison de distribution de soupes de la Société philanthropique de la rue du Battoir-Saint-Marcel : ce liquide était apporté à cet établissement par des hommes, et dans des vases fermés et très exactement lavés à l'eau chlorurée. Ces vases étaient vidés à la maison de la rue du Battoir, et rapportés immédiatement à la maison de refuge. Il n'y a qu'une distance de douze à treize cents pas environ de la maison de refuge établie rue de Lourçine à la rue du Battoir-Saint-Marcel, et cependant au retour les vases répandaient une odeur putride qu'il fallait enlever avec l'eau chlorurée.

Nous savons par M. Valdruche, administrateur de la Société philanthropique, qui nous a autorisé à le citer ; M. Henry, pharmacien en chef des hôpitaux, et aussi administrateur de la Société philantropique, a également connaissance, que l'eau gélatineuse apportée rue du Battoir Saint-Marcel, avec toutes les précautions indiquées se corrompait quelquefois presque immédiatement, et qu'il fallait la jeter. Il est même arrivé que la soupe préparée avec la dissolution s'est gâtée et a été perdue.

La viande que l'on a fait bouillir dans l'eau gélatineuse, pour la confection du bouillon, a une couleur rouge désagréable que ne présente pas la viande bouillie ordinaire. On pourrait peut-être expliquer cette circonstance par la présence d'une certaine quantité d'ammoniaque dans la dissolution gélatineuse.

M. d'Arcet a, en effet, reconnu « que les os ne pouvaient pas impunément être exposés à l'action de l'eau élevée à une haute température ; que, dans une telle circonstance, une partie considérable de leur gélatine était convertie en ammoniaque. » Les os sont exposés dans les cylindres à l'action de l'eau en vapeur, à la températurs de 104 à 106 degrés centigrades.

Le bouillon préparé avec la dissolution de gélatine est trouble, légèrement visqueux ; il présente une multitude de petites parcelles écumeuses qui nagent dans son milieu. On a été obligé, pour débarrasser ce bouillon d'une partie de ces petits corps qui le troublent, d'adopter l'usage de le passer au tamis. Malgré cette précaution, il reste trouble ; il l'est lorsqu'on l'extrait de la marmite ; il le devient davantage en se refroidissant ; il l'est encore dans les salles de l'hôpital, où il faut l'écumer de nouveau lorsqu'il y a été conservé pendant quelque temps avant d'être distribué aux malades. Il paraît, d'après les résultats des analyses de M. Henry fils, que ces parcelles écumeuses qui troublent le bouillon sont formées par un savonule ammoniaco-calcaire qui résulterait de l'action de l'eau en vapeur sur les matières graisseuses, gélatineuses et calcaires des os.

M. d'Arcet, qui a aussi constaté la présence de ces parcelles qui troublent le bouillon fait avec la dissolution de gélatine, l'attribue à l'acidification de la graisse et à la conversion en ammoniaque d'une partie de la gélatine par l'action de la vapeur. Ces matières insolubles qui troublent le bouillon existaient aussi dans le bouillon qu'on faisait avec la gélatine des os extraite par le digesteur de Papin. C'est à cause d'elles que M. d'Arcet a modifié son premier appareil à extraction de la gélatine des os, en y introduisant un filet d'eau froide destiné à abaisser continuellement la température de la vapeur, et à entraîner, à mesure qu'elle se dissout, la gélatine des os. Cette modification n'a point, comme on le voit, atteint le but que s'est proposé son inventeur.

L'état trouble du bouillon où entre la dissolution gélatineuse et l'impossibilité de le clarifier, ont été attribués par M. d'Arcet, d'après une note lue par M. Gaultier de Claubry à la séance du 4 mai 1831 de la Société universelle pour la propagation des sciences et de l'industrie, « à ce que l'on se servait d'os chargés de viande et de cartilages au lieu d'os bien nettoyés, et que ces substances étrangères se dissolvant en même temps que la gélatine, par l'eau condensée de la vapeur, sont précipitées quand la viande et les légumes que l'on ajoute à la dissolution rendent la liqueur acidule. »

Si cette cause était réellement la seule qui pût produire un bouillon trouble, le bouillon de l'Hôtel-Dieu ne serait pas trouble comme il l'est ; car les os desquels on extrait la gélatine sont nettoyés et dépouillés avec le plus grand soin de toutes les parties molles qui leur adhèrent, avant d'être brisés et introduits dans l'appareil. A l'hôpital Saint-Louis, les os ne sont pas nettoyés avec autant de soin qu'à l'Hôtel-Dieu ; ils conservent des parties de cartilages et de fibro-cartilages qui leur adhèrent ; ils contiennent une plus grande quantité de graisse, parce qu'ils n'ont subi qu'une ébullition : et cependant le bouillon préparé avec la dissolution gélatineuse qu'on y obtient est moins trouble que celui de l'Hôtel-Dieu, quoiqu'il ne soit pas encore parfaitement clair. Il faut attribuer cette circonstance à ce que l'eau gélatineuse n'entre que pour une plus faible partie, la moitié au plus, dans le liquide qui sert à la coction de la viande pour faire le bouillon, et peut-être, suivant le dire des personnes chargées, à l'hôpital Saint-Louis, de la préparation du bouillon, à ce que la proportion des légumes qu'on y ajoute égale presque la viande en poids.

Le défaut de limpidité du bouillon où entre la dissolution gélatineuse est ce qui inspire le plus de répugnance à en faire usage.

Le bouillon préparé avec l'eau gélatineuse conserve une partie des mauvaises qualités de l'eau gélatineuse elle-même. Il a une odeur moins pénétrante, moins sapide que le bouillon ordinaire préparé à l'eau pure. Il retient de la saveur fade et nauséabonde de l'eau gélatineuse ; cette saveur est surtout bien marquée lorsque ce bouillon a séjourné dans les salles de l'hôpital, sans être cependant encore gâté. Lorsqu'on le distribue le matin aux malades, à cinq ou six heures, dix-huit à vingt heures par conséquent après sa confection, il est trouble, épais, d'un aspect repoussant, couvert d'une écume épaisse et comme granuleuse, dont une portion nage dans son milieu.

Le bouillon où entre la dissolution de gélatine ne présente pas les caractères d'un bon bouillon ; il n'en a point aussi les qualités. Le bon bouillon a une odeur et une saveur pénétrantes, aromatiques, qui excitent l'appétit. Il exerce sur l'estomac une action stimulante qu'il doit à l'osmazôme et à l'acide qu'il a puisés dans la viande, et surtout aux sels provenant de la viande qui contribuent tant à donner au bouillon une saveur agréable ; cette action rend la digestion facile, et les élémens stimulans dissous dans le bouillon donnent à ces produits la puissance nutritive qui constitue un bon aliment, surtout pour les malades.

Le bouillon fait avec la dissolution gélatineuse a les propriétés que les médecins veulent mettre en usage lorsqu'ils ordonnent le bouillon de veau ou de poulet, et encore n'a-t-il pas, comme ces derniers, l'arome et la saveur fournis par la viande qui a servi à les préparer ; on retrouve dans ce bouillon la mauvaise qualité que la Faculté de médecine de Paris, dans son rapport sur l'emploi comme aliment de la gélatine extraite des os par l'acide muriatique, attribuait à cette substance, lorsqu'elle disait : « La gélatine pure n'ayant aucune saveur par elle même, n'offrirait pas au palais et à l'estomac des malades et des convalescens affaiblis par la maladie, cet appât et ce stimulant si nécessaires pour prendre et digérer cet aliment. »

Le bouillon préparé avec la dissolution gélatineuse, loin de stimuler le palais et les organes salivaires et d'exciter l'appétit, inspire du dégoût par son odeur et sa saveur désagréables ; il exerce sur l'estomac une action sédative qui rend sa digestion pénible et peut troubler les fonctions digestives. En dernier résultat, il ne fournit pour aliment qu'un produit dépourvu d'osmazôme et nullement nutritif, ou au moins très peu nutritif.

On peut modifier en partie l'aspect trouble et le goût désagréable du bouillon préparé avec l'eau gélatineuse par l'addition des légumes : nous en sommes assuré par des expériences directes ; c'est sans doute à cette circonstance de l'addition d'une plus grande quantité de légumes que le bouillon de l'hôpital Saint-Louis doit ses qualités évidemment supérieures à celles du bouillon de l'Hôtel-Dieu, quoiqu'il soit bien loin d'avoir les qualités du bouillon préparé à l'eau sans addition de dissolution gélatineuse.

Nous avons fait préparer du bouillon ordinaire avec la même quantité de viande et de légumes que celle qui est ajoutée à l'eau gélatineuse pour faire le bouillon des malades ; nous avons ainsi obtenu un bouillon très léger, à la vérité, mais qui avait une saveur et une odeur agréables et n'offrait pas les inconvéniens que nous avons reconnus au bouillon préparé avec l'eau gélatineuse.

Le bouillon fait avec la dissolution de gélatine a, comme cette dissolution elle-même, l'inconvénient de se putréfier plus facilement que le bouillon ordinaire fait sans addition de gélatine. Cette altérabilité communiquée au bouillon par la présence de la gélatine est un fait d'expérience journalière par la facilité avec laquelle s'altéraient les bouillons de veau et de poulet qui contiennent une bien plus grande quantité de gélatine que les bouillons faits avec la chair d'animaux adultes ; il est aussi conforme à ce que l'on observe de l'extrême putrescibilité des tisanes dans lesquelles entre la gélatine.

Nous avons fait évaporer comparativement de la dissolution gélatineuse, du bouillon préparé avec cette dissolution et du bouillon préparé à l'eau pure, avec la proportion de viande ordinaire, et enfin du bouillon préparé aux légumes seuls ; voici les résultats de ces expériences comparatives sous le rapport de la qualité des extraits secs ainsi obtenus.

L'extrait fourni par l'évaporation de l'eau gélatineuse seule présente un corps transparent, dur, cassant, offrant tous les caractères de la colle de Flandre. Cet extrait est d'une saveur fade, légèrement nauséabonde. Cette substance gélatineuse moins rapprochée, mais amenée seulement par l'évaporation à la consistance de colle, a un goût très désagréable et nauséabond.

L'extrait obtenu du bouillon ordinaire des malades, préparé avec l'eau gélatineuse, est croquant sous la dent, très salé, âcre, d'une saveur qui se rapproche de celle du fromage desséché. Cette saveur laisse un arrière goût nauséabond qui reste long-temps dans la bouche. Cet extrait ne semble pas contenir d'osmazôme ou au moins en contenir si peu, qu'elle ne se décèle ni par son odeur, ni par sa saveur, ni par ses propriétés sapides stimulantes, qui rendent sa présence dans les alimens si utile et si agréable pour les organes digestifs.

Le bouillon du soir préparé avec la décoction des os non encore dépouillés des parties tendineuses et cartilagineuses qui leur adhèrent, et dans lequel l'eau gélatineuse entre également dans la proportion qui a été indiquée, fournit un extrait sec qui est aussi croquant sous la dent et excessivement salé ; il a une saveur repoussante très nauséabonde.

Une décoction de bœuf seul préparée sans sel ni légumes, et dans les proportions ordinaires pour faire le bouillon, fournit un extrait modérément salé, d'une odeur et d'une saveur très agréables, aromatiques, et d'une consistance élastique comme du caoutchouc.

L'extrait obtenu d'un bouillon de légumes simples, carottes et poireaux, est très déliquescent, agréable et sucré, d'une odeur et d'une saveur très aromatiques et très sapides.

L'extrait sec du bouillon ordinaire, préparé dans les proportions déterminées par les réglemens des hôpitaux (25 décagrammes de viande pour 60 centilitres d'eau), est d'une odeur et d'une saveur très agréables légèrement alliacées ; il est salé, déliquescent et très sapide.

La gélatine a été présentée par des auteurs comme un aliment très nutritif. Si l'on recherche sur quoi se fonde cette assertion, on est surpris de ne trouver aucun fait positif qui leur serve de base. La seule raison sur laquelle on se fonde, c'est que la gélatine est contenue dans la viande et se trouve contenue dans le bouillon ordinaire en assez grande proportion ; ce motif aurait en effet quelque valeur, s'il était incontestable que la gélatine de la viande est identique à celle des os, et s'il était bien démontré que cette substance n'emprunte aucune propriété nouvelle à sa combinaison avec les autres élémens constitutifs de la viande qui se dissolvent avec elle.

Il est impossible de donner une mesure rigoureuse des propriétés nutritives d'une substance ; on peut cependant établir des règles pour les apprécier. Ces règles se trouvent dans l'odeur et la saveur de l'aliment, dans la facilité avec laquelle il est supporté par les organes digestifs, et enfin dans la puissance de ses propriétés restaurantes. Sous tous ces rapports, nous ne trouvons pas dans la gélatine les propriétés qui constituent un bon aliment : son odeur et sa saveur sont fades, désagréables, nauséabondes, au point que les animaux même ne veulent point en manger lorsqu'elle est à l'état de pureté et dissoute dans l'eau.

Les organes digestifs supportent toujours difficilement les alimens peu sapides, et plus difficilement encore les alimens d'une saveur désagréable ; c'est d'ailleurs un fait d'observation journalière, qu'ils supportent difficilement les gelées animales dont la gélatine est la base ; si même on consulte l'appétence naturelle des organes pour cette substance, on trouve qu'à l'état de pureté, si sa saveur n'est relevée par aucun aromate, elle répugne aux organes digestifs.

Il est difficile d'apprécier les propriétés nutritives de la gélatine autrement que par des expériences directes, auxquelles il aurait été prudent de se livrer avec soin avant de mettre cette substance au nombre des alimens. Des essais faits par un jeune homme qui s'était adressé à M. Dupuytren, pour se soumettre à l'usage de cette substance, prouvent qu'il n'a point trouvé en elle un aliment suffisant et un aliment sans inconvénient pour les organes digestifs. Voici l'analyse de ces expériences, auxquelles s'est livré M. Jules Lecœur, élève des hôpitaux.

Le premier jour, 22 juin, M. Lecœur reçut le produit liquide de l'évaporation de 30 litres d'eau gélatineuse ; il contenait 0kil.33 de gélatine sèche, et pesait 63 onces. De ces 63 onces, M. Lecœur prit 35 onces vers les midi, avec trois onces et demie de pain ; il se sentit, dit-il, *plutôt saturé que rassasié* ; il digéra avec beaucoup de peine cette faible quantité de gélatine dissoute, dont le goût lui revenait sans cesse ; il éprouva une très grande soif et de fréquentes éructations ; à trois heures, il éprouvait le besoin de manger ; à six heures du soir, M. Lecœur prit les 28 onces de gélatine dissoute qui lui restaient, avec trois onces et demie de pain : il fut encore moins rassassié qu'à son premier repas, et sa digestion fut plus pénible qu'elle ne l'avait été le matin ; il éprouvait une soif excessive et des éructations continuelles. Au bout d'une heure, il fut tourmenté par la faim ; il fut obligé, pour mettre fin au besoin excessif qu'il éprouvait à dix heures du soir, de manger 15 onces de pain, et encore sentait-il la faim après ce repas. Pendant toute cette journée, M. Lecœur a beaucoup sué ; il s'est senti faible, mal à l'aise, et il a eu de fréquens borborygmes.

De ces 63 onces, M. Lecœur prit 35 onces vers les midi, avec 3 1/2 onces de pain ; il se sentit, dit il plutôt saturé que rassasié ; il digéra avec beaucoup de peine cette faible quantité de gélatine dissoute, dont le goût lui revenait sans cesse ; il éprouva une très grande soif et de fréquentes éructations ; à trois heures il éprouvait le besoin de manger ; à 6 heures du soir, M. Lecœur prit les vingt-huit onces de gélatine dissoute qui lui restaient avec trois onces et demie de pain : il fut encore moins rassasié qu'à son premier repas, et sa digestion fut plus pénible qu'elle ne l'avait été le matin ; il éprouvait une soif excessive et des éructations continuelles. Au bout d'une heure il fut tourmenté par la faim ; il fut obligé, pour mettre fin au besoin excessif qu'il éprouvait, à dix heures du soir, de manger quinze onces de pain, et encore sentait-il la faim après ce repas. Pendant toute cette journée M. Lecœur a beaucoup sué ; il s'est senti faible, mal à l'aise, et il a eu de fréquens borborygmes.

Le deuxième jour, M. Lecœur a pris le produit de l'évaporation de trente litres de dissolution gélatineuse réduite à vingt-neuf onces, à son déjeûner, avec quatre onces de pain ; ce jour-là l'eau gélatineuse avait été aromatisée avec des carottes et des oignons. Pendant une heure, pesanteur d'estomac, éructations continuelles et soif excessive comme la veille, et au bout de deux heures faim très vive. Le soir, M. Lecœur a dîné avec de la viande et avec d'autres alimens solides ; pendant toute la journée il a été tourmenté par des flatuosités intestinales très fétides et par des borborygmes.

Le troisième jour au matin, M. Lecœur avait une gastralgie intense ; sa langue était rouge, et il éprouvait la sensation d'une barre à l'épigastre et de la chaleur dans tout le trajet de l'œsophage ; le soir il survint des selles liquides.

Le quatrième jour, M. Lecœur a pris de nouveau l'eau gélatineuse concentrée et aromatisée avec des légumes ; elle était plus concentrée que les jours précédens, ou plutôt elle était plus chargée de gélatine, puisque le vase, qui ne contenait que neuf onces et demie de la gélatine concentrée des jours précédens, contenait seize onces de celle-ci ; il prépara à midi, avec cette dissolution gélatineuse, un potage au vermicelle, qu'il mangea sans répugnance et qu'il trouva d'un goût passable ; au bout de trois quarts d'heure, M. Lecœur fut repris de la pesanteur d'estomac, des borborygmes et de la soif ardente qu'il avait ressentis les jours précédents : cet état dura jusqu'à quatre heures ; il fallut boire quarante-huit onces d'eau pour calmer la soif ; le soir il y eut trois selles liquides.

Il résulte des expériences auxquelles M. Lecœur s'est soumis, que la gélatine, administrée avec du pain, et même aromatisée avec des légumes, a produit chaque fois un dérangement dans les fonctions digestives, annoncé par une soif vive, de la chaleur dans l'œsophage, des borborygmes, de la pesanteur d'estomac, des flatuosités fétides et des évacuations alvines liquides. L'appétit, n'a, d'un autre côté, été que bien peu rassasié par une aussi grande quantité de liquide gélatineux mêlé au pain et au suc des légumes.

Les mauvaises qualités de la dissolution gélatineuse employée à l'Hôtel-Dieu pour faire le bouillon, ne dépendent pas du mode de préparation de cette substance, puisque l'analyse que nous en avons faite prouve que cette dissolution contient de la gélatine de très bonne qualité, et présentant tous les caractères que doit offrir cette substance bien préparée. Nous devons cependant insister sur toutes les précautions qu'il faut prendre pour extraire ainsi des os un produit aussi parfait que possible. M. d'Arcet,

SECOND SUPPLEMENT

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

dans les nombreux écrits qu'il a publiés sur ce procédé d'extraction de la gélatine des os par la vapeur, a bien signalé toutes ces précaution et leur importance. Cette nécessité de précautions continuelles et multipliées dans la direction de l'opération, est un grand inconvénient, puisqu'il faut bien, en définitive, que cette direction soit abandonnée à des mains toujours peu éclairées et souvent très négligentes.

On peut apprécier avec une exactitude suffisante les propriétés nutritives du bouillon préparé à l'Hôtel-Dieu avec la dissolution gélatineuse, comparativement a celles du bouillon ordinaire, par les résultats comparatifs de l'analyse des différentes espèces de bouillon et du bouillon fait avec l'eau gélatineuse.

La dissolution gélatineuse sortant des cylindres contient 0,011 de gélatine sèche, d'après des analyses répétées séparément par MM. Henry et Duval. Les proportions pour la confection du bouillon sont 120 kilogrammes de viande pour 400 litres d'eau gélatineuse et 200 litres d'eau pure. Le bouillon contient donc le suc extrait par l'ébullition de 120 kilogrammes de viande plus la la gélatine contenue dans 400 litres d'eau gélatineuse. Ces 4 kil.4 de gélatine représentent dans le bouillon le suc de 130 kilogrammes de viande avec les os, ou le suc de 110 kil.5 de viande désossée, puisque pour préparer le bouillon à l'eau pure sans gélatine, on emploierait 250 kilogrammes de viande pour 600 litres d'eau. 110 kil.5 de viande désossée donnent, par l'ébullition dans l'eau, tant en parties solubles qu'en eau qui était contenue dans la viande, en admettant qu'une grande partie de cette eau ne reste pas dans le bouilli, 55 kil.25 de sucs solubles, composés de gélatine, d'osmazône, de graisse, de sel de la viande, etc. La quantité de matière nutritive de 55 kil.25 de sucs solnbles de la viande excède certainement celle de 4 kil.4 de gélatine, et fournit un aliment d'une très bonne qualité. On arrive ainsi à établir que la substitution du procédé de confection du bouillon par l'eau gélatineuse au procédé ancien a affaibli la qualité nutritive du bouillon ; on peut d'ailleurs établir directement ce fait par une analyse directe et comparative des différents bouillons préparés par divers procédés. Voici les résultat de cette analyse à laquelle nous avons procédé :

1° Le bouillon ordinaire des malades de l'Hôtel-Dieu, préparé avec l'eau gélatineuse, donne en produit sec, 9,25

2° Le bouillon du soir, dit bouillon maigre, aussi préparé avec l'eau gélatineuse, 7,00

2° Le bouillon préparé avec la quantité de viande ordinaire et l'eau pure, 11,00

4° Le bouillon préparé par la Compagnie hollandaise, 14,50

Nous avons déjà signalé les différences de qualités que présentent ces extraits secs, suivant le bouillon dont ils proviennent.

Si l'on considère la petite proportion de gélatine que contient la dissolution gélatineuse, on se demande si la faible proportion de matière supposée nutritive qu'elle apporte dans la qualité du bouillon destinée à chaque malade mérite d'entrer en balance avec les mauvaises qualités qu'elle lui communique. L'eau gélatineuse entre pour les deux tiers dans le bouillon des malades ; c'est donc les quatre sixièmes d'une livre que chaque malade reçoit pour sa portion d'une livre de bouillon. Ces quatre sixièmes d'une livre représentent au plus, avant l'évaporation, cinq sixièmes d'une livre d'eau gélatineuse, qui représentent 0liv.00,91 de gélatine.

Les conséquences de l'examen dont nous venons de vous présenter les résultats sous le rapport de la qualité du bouillon de la gélatine extraite des os par la vapeur, sont :

1° Que ce bouillon emprunte à la dissolution de gélatine toutes les mauvaises qualités ;

2° Qu'il est plus putrescible que le bouillon préparé par l'ancien procédé ;

3° Qu'il est d'une saveur désagréable, qui va même jusqu'à inspirer un véritable dégoût ;

4° Qu'il est moins digestible que le bouillon ordinaire, et qu'il peut même déranger les fonctions des organes de la digestion ;

5° Qu'il contient une moins grande quantité de matière nutritive que le bouillon préparé par l'ancien procédé ;

6° Que cette matière nutritive est d'une qualité inférieure à celle que contient le bouillon ordinaire. »

Ce rapport est signé par :

MM. Petit, Récamier, Caillard, baron *Dupuytren, Breschet, Gueneau de Mussy, Honoré, Husson, Sanson, Magendie, Bailly, Henry, Duval* et *Gendrin*, médecin de l'Hôtel-Dieu par intérim, rapporteur.

Paris, 8 octobre 1831.

NOTE DE M. SOUBEIRAN.

Les expériences que j'ai faites sur l'emploi de la gélatine ne peut éclairer en rien cette question : La gélatine est-elle alimentaire ?

Un appareil pour l'extraction de la gélatine était établi à l'Hôtel-Dieu ; mais on n'obtenait que du bouillon trouble, et qui répugnait aux malades. C'est à ce moment que l'administration des hopitaux m'a chargé de suivre ce travail.

J'ai trouvé :

1° Qu'avec la dissolution gélatineuse sortant de l'appareil à vapeur de M. d'Arcet, et en employant 250 grammes de viande par litre, il est à peu près impossible d'avoir un bouillon clair ;

2° Que si l'on sature la dissolution gélatineuse avec un peu d'acide acétique, en laissant une légère acidité à la liqueur, il se fait uc dépôt d'apparence muqueuse ; la dissolution gélatineuse est alors transparente, et fournit un bouillon très clair ;

3° Que la gélatine extraite des os par l'acide hydrochlorique, et mise encore humide dans la marmite, donne un bouillon très clair.

On n'a pas obtenu de bon bouillon à l'Hôtel-Dieu avec la gétine ; mais je l'ai attribué à ce que l'opération était faite dans une trop grande chaudière (elle contenait environ 400 litres). On a dû attendre, pour continuer les expériences, que l'on ait construit à la cuisine de l'hôpital un système de petites marmites : les petites marmites ont été établies, mais les expériences n'ont pas été reprises.

Dans mon opinion, l'extraction de la gélatine des os frais par l'acide hydrochlorique est préférable à l'emplai de de la vapeur, ce dernier système étant très difficile à diriger régulièrement pour le service régulier de l'hôpital.

DISCUSSION. — *M. Blainville.* Le travail que la commission vient de vous présenter est, sans doute, très important ; l'Académie l'a entendu avec un très grand intérêt ; mais il me semble qu'il ne répond point au but que l'Académie s'était proposé. La commission, en effet, avait à examiner une ou plusieurs questions qui lui avaient été soumises par deux personnes étrangères à l'Académie, M. Gannal et M. Donné, je crois ; ces messieurs avaient adressé chacun un travail ; le devoir de la commission était, par conséquent, de juger ces mémoires, de résoudre les questions proposées et de présenter des conclusions en conséquence, savoir : une approbation ou du blâme. Au lieu de cela la commission s'est bornée à un travail original et a englobé le nom de MM. Gannal et Donné dans l'historique général. Les conclusions que la commission présente se rapportent à ses propres expériences ; or, l'Académie n'a point à prendre de conclusions sur cela. Je demande, en conséquence, que la commission soit remerciée de son important ouvrage, et que les conclusions soient renvoyées à la seconde partie du rapport.

M. Thénard. La commission avait deux questions à résoudre : 1° déterminer si la gélatine des os, administrée seule, pouvait être considérée comme aliment ; 2° si, lorsqu'on la mêle à des substances réputées alimentaires, elle peut aider l'alimentation. La première question, la commission l'a parfaitement résolue après de longues et délicates expériences ; elle l'a résolue négativement ; aucun doute ne peut exister à cet égard. C'est là le sujet de ce premier travail de la commission ; elle sera bientôt en mesure de répondre à la seconde question, après qu'elle aura suffisamment multiplié les expériences. En résolvant négativement la première question, il est clair que la commission a abondé dans le sens des travaux de MM. Gannal et Donné, et qu'elle a fait tout l'honneur possible à ces messieurs ; mais elle ne pouvait s'en rapporter à leurs assertions ; il fallait expérimenter, et c'est ce que la commission a fait ; aussi ne pouvait-elle conclure que d'après ses propres expériences ; voilà pourquoi elle a dû se borner à cette forme de travail original. Elle a eu soin cependant de mentionner tous les travaux qu'on avait faits sur la matière, y comprenant ceux de MM. d'Arcet, Edwards, Gannal et Donné.

M. Blainville réplique et soutient que l'Académie n'a rien à mettre aux voix, le travail de la commission étant un travail scientifique original, et non un rapport académique ordinaire ; l'Académie doit, selon lui, se borner à remercier la commission.

M. Thénard répond à son tour, que la commission a très exactement rempli sa mission jusqu'ici, en répondant à la première question qui lui était soumise ; il ajoute qu'elle a rendu un très grand service en dissipant une erreur grave, puisqu'on voit tous les jours des médecins prescrire la gélatine comme aliment, alors qu'elle ne l'est point. Dans la seconde partie de son travail, la commission se propose de mêler la gélatine à différentes substances, au bouillon, à l'eau pure, etc., et d'en étudier les effets.

M. Flourens parle dans le sens de M. Blainville ; il pense que le travail de la commission n'est pas un rapport académique ordinaire, puisqu'il ne présente pas des conclusions sur les auteurs des Mémoires qui ont été soumis à son jugement.

M. Thénard s'étonne de ce que M. Flourens, qui est membre de la commission, n'ait pas assisté à la dernière séance de celle-ci, pour lui présenter les observations qu'il vient de faire.

M. Flourens s'excuse de ne pas avoir assisté à cette séance de la commission, ses devoirs de secrétaire perpétuel l'ayant obligé de s'occuper d'autres travaux aux heures de la réunion de la commission ; il déclare en même temps que probablement il n'aurait pas fait une pareille remarque dans la commission, l'idée ne lui ayant été suggérée que par les réflexions de M. Blainville ; il se croit, au reste, parfaitement dans son droit en discutant, en séance le rapport, quoique membre de la commission.

M. Magendie. La commission n'a pas voulu juger les travaux de ces messieurs, qui datent déjà de dix ans, et qui ont été imprimés et réimprimés ; elle s'est contentée de les mentionner comme les autres travaux publiés, et de se livrer à des expériences originales et concluantes pour résoudre la première question ; elle a soumis son travail à l'Académie, mais elle n'a demandé aucun vote, puisque ses conclusions se rapportent à ses propres expériences. (Hilarité générale.)

M. le président. En conséquence, la discussion est close.

M. Poisson propose de voter l'impression du rapport précédent.

MM. Arago, Blainville et *Chevreul* discutent sur un point du réglement relatif à l'impression des rapports.

M. d'Arcet. Si l'Académie doit voter sur l'impression du rapport, je lui demande la permission d'attendre que je puisse lui présenter quelques observations, par écrit, à la prochaine séance.

MM. Thénard, Poisson, Blainville et *Flourens* soutiennent que l'impression du travail de la commission est de droit dans le compte-rendu et dans les mémoires ; en conséquence il n'y a rien à mettre aux voix. (Clôture.)

HOSPICE DE LA SALPETRIÈRE.

Service de M. BAILLARGER.

Maladies mentales.

L'étude de la folie est, sans contredit, l'une des plus intéressantes pour le médecin et pour le philosophe. Si dans l'ordre des faits qu'elle nous présente, le premier y trouve des misères à soulager, des œuvres de philantropie à accomplir ; le second y puise comme à une source féconde les élémens des questions sociales et philosophiques les plus élevées. En effet, dépouillé de ce fard que l'éducation et les mœurs jettent sur l'homme intellectuel, l'aliéné se montre à nu, avec toutes ses faiblesses, avec toutes sa grandeur d'âme ; ses actes reflètent sa nature intime avec une vérité saisissante, et la société, considérée comme individu, peut voir dans ses membres aliénés l'image fidèle de ses vices ou de ses vertus les plus magnanimes. Quels que soient l'importance et l'intérêt que nous offre cette branche des sciences médicales, ce n'est pas sans regret que nous la voyons presque entièrement négligée, soit par les maîtres, soit par les élèves. Son utilité a cependant éveillé le zèle d'hommes illustres qui ont cherché à suppléer à l'enseignement officiel. M. Baillarger, pénétré de l'importance de cette étude, qui touche à quelques-unes des grandes questions de prophylaxie, de médecine légale, d'hygiène, etc., a voulu concourir, pour sa part, à la propagation de cette science dont la connaissance est imposée au médecin par la loi de 1838.

Je vais m'efforcer de faire comprendre comment il a abordé ce sujet intéressant.

Dès la première leçon, M. Baillarger nous fait sa profession de foi. Il nous annonce que son cours doit être essentiellement pratique, et qu'il mettra de côté tout ce qui ne touche pas à un but d'utilité bien évidente et immédiate. Cette exclusion porte spécialement sur les considérations philosophiques ; aussi, dès la seconde leçon, nous le voyons définir la folie comme Esquirol, dédaignant d'agiter la question de savoir si cette affection est due à une altération matérielle ou simplement fonctionnelle. Je ne suis pas de cet avis ; car une pareille doctrine tendrait, par son exagération, à transformer le médecin en une sorte de mécanique à formuler, et rien de plus.

Je dois avouer cependant que M. Baillarger ne s'est pas livré sans réserve à cette doctrine, et qu'il a trouvé, dans plusieurs circonstances, le moyen de faire diverses excursions dans le domaine de la théorie pure. Dans cette leçon, le professeur s'attache à démontrer l'utilité de l'étude de l'aliénation mentale ; et, parmi divers exemples, il cite une erreur des plus graves commise par Dance, qui confondit la paralysie générale des aliénés avec ce qu'il appelait l'hydrocéphale des adultes.

Le professeur, suivant le vieille routine, place les causes en tête de sa description générale. Il les divise en prédisposantes et occasionnelles, qu'il subdivise ensuite, les premières, en générales et particulières ; les secondes, en morales et physiques ; et dans ce vaste cadre il fait rentrer toutes les conditions pathogéniques de la folie. L'une de ces causes a été traitée avec beaucoup de soin, et, je dois le dire, d'une manière neuve : je veux parler de l'hérédité. Il examine cette question sous les cinq points de vue suivans :

1° Quels sont les individus qui transmettent à leurs enfans la prédisposition à la folie?

2° Quels sont les symptômes de cette prédisposition?

3° Dans quelles circonstauces elle s'opère ;

4° Quelle est la proportion des folies héréditaires?

5° Enfin, comment s'opère cette transmission.

Dans la réponse à la première question, il place en première ligne les aliénés, puis les ivrognes, ceux qui ont eu des affections cérébrales ; les vieillards, les femmes très nerveuses, et une classe d'individus dont l'étude avait été negligée sous ce point de vue, c'est-à-dire les originaux. On trouve dans le monde une foule de personnages bizarres et singuliers, d'une imagination exaltée, se livrant avec ardeur aux travaux d'agrémens, sans aptitude pour les sciences exactes, d'une mobilité extrême, inconséquens, bavards, inattentifs, passant incessamment d'un sujet à un autre, n'ayant aucune constance dans la haine ni l'amitié, d'une indiscrétion extrême, d'une dissipation fâcheuse, d'un caractère emporté, colère, ou indécis et nul ; apportant, en un mot, dans leurs actes, dans leurs paroles, dans leur conduite, un cachet particulier qui leur a fait donner, par Fodéré, le surnom de *candidats à la folie*.

M. Baillarger s'efforce de bien caractériser cette classe d'hommes, situés moralement et intellectuellement aux limites de la folie et de la raison, et à qui il ne manque presque rien pour être classés parmi les fous. Cette étude préliminaire était capitale ; elle a servi à donner aux chiffres employés dans la solution de la question, cette certitude nécessaire et indispensable pour commander la confiance. Partant de ces données, M. Baillarger est arrivé au résultat statistique suivant : Sur 35 malades, admises dans un assez court espace de temps, dans le service de M. Mitivié, à la Salpêtrière, il trouva 21 cas de folie héréditaire, c'est-à-dire la proportion énorme de 3/5e divisés de la sorte ; 13 malades appartenaient à des parens aliénés, 3 à des parens originaux. Il était donc bien important de préciser les faits qui devaient servir de base à la statistique.

Je ne m'attacherai pas à suivre le professeur dans l'examen de chaque cause ; je signalerai seulement la prudente réserve dont il a fait preuve en parlant de causes générales et complexes, telles que l'influence des climats, de la civilisation, des institutions politiques, etc. Vient ensuite la question intéressante des sympathies. M. Baillarger pense que le cerveau n'apporte en naissant que des aptitudes mises, plus tard, en jeu par des excitations ; lorsque ces excitations deviennent trop puissantes ou désordonnées, elles peuvent occasionner la folie. Cabanis, Broussais, M. Pariset et plusieurs autres, ont professé cette opinion.

Au chapitre des symptômes, M. Baillarger traite avec détail les illusions et les hallucinations ; la première qu'il considère avec M. Lélut comme le résultat d'un faux jugement; à l'occasion d'une perception ; les autres comme un phénomène cérébral ou psychique qui s'accomplit indépendamment des sens. Il divise celle-ci en deux classes : 1° hallucinations primitives, spontanées ou indépendantes de l'intelligence ; 2° hallucinations consécutives, provoquées et dépendantes de l'intelligence, et qui reflètent parfaitement l'état normal du malade. Ainsi, les mélancoliques se croient poursuivis par des menaces, etc. Ce symptôme, le plus extraordinaire de ceux de la folie a été regardé par Esquirol comme une conception délirante ; par MM. Foville, Calmeil, etc., comme une sensation réelle et complète, moins l'impression.

Ici M. Baillarger abandonne l'opinion de son illustre maître, et se range à la seconde, c'est-à-dire celle de M. Foville, etc. Cependant certains faits lui inspirent quelques doutes. Socrate, Le Tasse, Luther, etc., conversaient avec des génies particuliers ; une cuisinière, actuellement à la Salpêtrière, n'ose rien faire depuis quinze ans sans avoir demandé la permission à son ancien maître pour lequel elle professe une grande vénération. Recherchant la cause d'un phénomène si fréquent (80 fois sur 100 aliénés, Esquirol), le professeur le trouve souvent lié aux besoins

du malade, et à ce propos, il cite un fait des plus remarquables.

Une femme en délire met le feu à ses matelas. Lorsque sa chambre est pleine de fumée et qu'elle peut à peine respirer, une voix lui dit de sortir. Elle s'échappe et court dans la rue ; mais en passant devant un boulanger, la voix lui ordonne d'acheter du pain ; devant une fontaine, la voix lui ordonne de boire ; enfin, devant une maison de bains, la voix lui ordonne encore d'entrer et de prendre un bain.

Evidemment les hallucinations étaient liées aux besoins instinctifs. Après avoir parlé des hallucinations en général, M. Baillarger les étudie dans chaque sens, et se livre à une foule de considérations du plus haut intérêt.

Je passe sur la marche, la durée, la terminaison et le pronostic de la folie pour arriver à une question importante qui est encore le sujet de vives contestations, je veux dire l'anatomie pathologique. Le professeur commence par exposer les faits : il énumère les altérations rencontrées dans le cerveau et ses diverses enveloppes ; puis il arrive à l'interprétation de ces faits. Sur ce terrain brûlant sont venus se joindre et combattre les opinions opposées. Les vitalistes et les anatomistes se sont divisés au point de vue de cette interprétation ; ces deux écoles qui ont pour chefs, l'une Pinel, Esquirol, Georget, MM. Lélut, Brierre de Boismont, etc., l'autre MM. Foville, Calmeil, Parchappe, Belhomme, etc. Ceux-ci avancent en principe que la folie a des altérations propres et qui la caractérisent. Les premiers au contraire soutiennent que les altérations rencontrées dans le cerveau de certains aliénés loin d'être caractéristiques, et cause réelle et génératrice des symptômes de cette affection, ne sont que des effets. Ils se fondent :

1° Sur ce que des folies simples et sans complication ne s'accompagnent d'aucune altération ;

2° Ils ajoutent que les altérations observées appartiennent à la paralysie générale, à la démence, etc. ;

3° Enfin que ces altérations se rencontrent dans le cerveau d'hommes qui n'ont jamais déliré, par exemple dans le cerveau de plusieurs suppliciés (M. Lélut).

Ces faits, hors de doute pour tout le monde, conduisent inévitablement et fatalement à cette conclusion, qu'on ignore le caractère anatomique et pathognomonique de la folie simple.

M. Baillarger, après avoir posé la question d'une manière nette, demeure indécis entre les deux opinions, et quoiqu'une tendance involontaire le ramène aux idées de Pinel et d'Esquirol, il croit devoir faire des réserves et n'ose pas engager son opinion. Une pareille incertitude est-elle un bien, est-elle un mal ? Les jugemens diffèrent. Cette question, traitée avec ordre et lucidité, a été appréciée avec talent et impartialité.

Le traitement est distingué en physique et moral. M. Baillarger sans s'exagérer l'importance du traitement moral, sait apprécier ce que l'on a fait à cet égard, et rend pleine justice aux travaux de nos prédécesseurs, aussi bien qu'à ceux des hommes de notre époque. Il établit d'une manière incontestable l'utilité de la diversion intellectuelle, s'arrête et insiste davantage sur l'importance de la diversion morale, précepte fondé sur l'expérience clinique et sur l'appréciation d'un fait ainsi formulé par M. Lélut : « Le sentiment est le fait primitif et générateur de l'intelligence. »

Arrivé au traitement physique, qu'il décrit en second lieu, M. Baillarger passe en revue les bains, les douches, les évacuations sanguines, les purgatifs, les émétiques, les exutoires, les narcotiques, les mercuriaux, et il exprime son opinion sur chacun de ces agens. La saignée lui paraît utile dans l'agitation, et surtout lorsqu'elle se complique de congestion vers le cerveau ; il ajoute avec raison, ce me semble, qu'elle ne mérite pas l'arrêt de proscription dont Pinel l'avait frappée. L'usage des narcotiques, tant blâmé par plusieurs écrivains, est mieux apprécié. Cette première partie du cours se termine par des considérations sur l'hygiène et le régime des aliénés.

Dans toutes les sciences possibles, les généralités forment sans contredit le point le plus difficile, parce qu'elles contiennent les dogmes fondamentaux qui servent de base à l'édifice scientifique. M. Baillarger a su les exposer avec clarté et précision. Une méthode simple et rigoureuse, une expression facile et souvent heureuse, ont fait estimer ses leçons ; et les élèves ont fourni, en les suivant jusqu'à la fin, la preuve matérielle de la bonne opinion qu'ils en ont conçue.

On peut voir d'après cette courte et incomplète analyse que M. Baillarger suit presque pas à pas les traces d'Esquirol, qu'il adopte sa classification, ses définitions, etc. Quoique les travaux d'Esquirol ne soient pas sans reproches, on peut féliciter M. Baillarger d'avoir pris pour modèle l'un de ceux qui ont donné la meilleure impulsion à la science.

BOURDIN, D.-M.-P.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Avant de nous occuper de l'étude spéciale des différentes affections que présentent les enfans de nos salles, nous allons entrer dans quelques considérations sur l'examen séméiologique des maladies chez les enfans à la mamelle, car sans diagnostic, pas de bonne thérapeutique possible.

Lorsqu'on a affaire à de très jeunes enfans, l'on comprend facilement combien sont vagues et même trompeurs les renseignemens que l'on peut obtenir sur leur compte ; aussi fait-on dans ce cas une véritable médecine vétérinaire, qui se juge d'après une certaine expression symptômatique, d'après certaines modifications de la voix, des gestes, des cris, etc.

Cette expression de l'enfant est susceptible de varier relativement à son caractère, à l'état de malaise dans lequel il se trouve, aux parties explorées, relativement aux douleurs qu'il aura précédemment éprouvées, au temps où l'exploration a lieu.

Relativement au caractère, tel enfant qui est gai se laisse aborder facilement, ne résiste pas, ne présente aucun signe d'impatience ; tandis que tel autre, d'un caractère différent, s'agite quand on veut l'examiner ; sa circulation s'accélère, sa face s'injecte, etc.

Relativement à l'état de malaise, lors même que ce malaise est indépendant de tout symptôme local, l'expression de l'enfant varie, d'où il suit que toute tentative d'exploration du ventre, de la poitrine, etc., lui fera pousser quelques cris. Du reste, ce changement d'humeur s'observe également chez l'adulte ; mais ici, il se traduit d'une autre façon.

Relativement aux parties explorées, les enfans se laissent facilement explorer la bouche, mais ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on arrive à pouvoir examiner chez eux les yeux, la gorge, le ventre ; ils témoignent alors la plus vive douleur, même quand ils n'en éprouvent aucune.

Relativement à des douleurs précédemment éprouvées, si un enfant est atteint d'ophthalmie, et que l'on traite cette affection par la cautérisation, il souffrira beaucoup. Quand plus tard l'on voudra essayer d'écarter ses paupières, il opposera une vive résistance, et poussera des cris violens dans la crainte de nouvelles douleurs.

Relativement au temps de l'exploration, si l'on explore un enfant au moment où il vient de s'éveiller, il pleure et s'agite ; au contraire, s'il est éveillé depuis long-temps, s'il tette, s'il est tranquille, il se laissera facilement explorer. Quel moment faut-il choisir pour procéder à l'examen d'un enfant ? Si l'on veut examiner le pouls, la chaleur de la peau, les diverses colorations que celle ci peut présenter, l'on choisit le moment du sommeil ; au contraire, si on a à explorer le ventre ou la poitrine, c'est pendant la veille qu'il faut le faire.

Reste une dernière remarque. Quand on voit un enfant pour la première fois, presque toujours il se met à pousser des cris, quoique bien portant et d'un caractère facile, mais au bout de quelques jours ; il reprend son humeur accoutumée.

Expression de la physionomie. L'enfant qui vient de naître ne présente presque aucune expression dans ses traits ; c'est pour ainsi dire une espèce d'automate destiné à suivre l'impulsion qui lui est donnée, peu susceptible de manifestation, et offrant presque toujours la même expression pour toutes les sensations. M. Jadelot a cherché, d'après l'expression de la physionomie des enfans, à trouver le siége principal des maladies dont ils étaient atteints ; mais Billard, MM. Guersant, Baron, Valleix, Ledebarder, etc., trouvent cette séméiologique physiognomonique fautive, non pas qu'ils prétendent que les traits de l'enfant ne soient pas susceptibles d'exprimer la douleur, mais ils ne sauraient, suivant eux, indiquer l'organe qui est le siége de la douleur. Il est pourtant certaines affections où la face prend une expression toute particulière et qui paraît propre à ces affections.

De la coloration de la peau. Quand l'enfant vient de naître, sa peau présente une teinte rouge violacée qui, au bout de sept à huit jours, diminue, et se change bientôt en une coloration ictérique ; Billard regarde cette teinte violacée des tissus comme une sorte d'ecchymose générale qui laisse en se dissipant la couleur jaune particulière à ce genre d'altération. Quoi qu'il en soit de cette explication, il est une chose qu'on doit constater : c'est qu'à une coloration rouge foncée de la peau succède la teinte jaune ictérique. Cette circonstance n'indique rien de particulier ; mais si la teinte jaunâtre persiste, elle annonce alors une prochaine induration du tissu cellulaire, et peut-être même une maladie de Brigth. D'une autre part, si au lieu de cette teinte ictérique qui doit survenir vers le septième ou huitième jour, la coloration rouge persiste et s'accompagne d'une teinte violette prononcée, c'est alors la cyanose dépendant, dans la très grande majorité des cas, de la persistance du trou de Botal.

Mutation dans la coloration de la face. L'enfant, eu égard à la versatilité de son caractère, éprouve de notables changemens dans la coloration de la face, que l'on divise en changemens ou mutations temporaires et mutations persistantes. La mutation temporaire consiste dans une pâleur et une congestion alternatives du visage sans qu'aucun mouvement, aucune passion puisse rendre compte de ce qu'on observe. Ainsi, un enfant étant couché et tranquille est pris tout à coup d'une congestion de la face qui ne dure que une, deux ou trois minutes et demie ; après quoi la rougeur du visage disparaît. Cela se rencontre dans l'hydrocéphale aiguë, la méningite granuleuse, dans les convulsions d'éclampsie, quand celles-ci n'atteignent point leur apogée et ne se manifestent que sous l'influence d'un *raptus* vers la tête. Cette alternative de pâleur, de rougeur de la face, se rencontre encore dans les nausées ; c'est même un moyen qui sert à faire reconnaître chez les enfans, une affection abdominale, quand celle-ci ne s'accompagne pas de dévoiement.

Il est quelques mutations rapides, mais constantes ou permanentes avec amaigrissement, pâleur du visage, excavation des yeux ; mutations survenant chez des enfans qui, la veille encore, avaient les joues bien remplies et bien colorées. Ces symptômes s'accompagnent de diarrhée séreuse, et succèdent à une diarrhée qui durait déjà depuis quelque temps ; ils annoncent une affection abdominale grave, le ramollissement des membranes muqueuses de l'estomac ou de l'intestin.

Si cette mutation, cette altération de la face se manifestent sans dévoiement, c'est un signe de pneumonie, qui, suivant Billard et Valleix, devra promptement se terminer par la mort.

Chez un enfant dont nous avons fait l'autopsie hier (24 mai), cette altération de la face nous a fait annoncer une mort prochaine, bien que la fièvre fût devenue moins intense et eût même presque complètement cessé.

Regards. Dans le très jeune âge, les enfans ne suivent pas des yeux les objets qu'on leur présente ; mais un peu plus tard ils fixent avec attention ces mêmes objets ; alors, quand un enfant vient à cesser de regarder ainsi les objets qu'on lui présente, c'est un signe fâcheux, qui suffit pour faire croire chez lui à l'existence d'une affection grave.

Occlusion des paupières. C'est une chose assez importante à bien connaître. Dans l'état de santé, l'enfant dort les paupières légèrement entr'ouvertes ; mais quand il porte le globe oculaire en arrière, quand après avoir été réveillé il s'endort de nouveau, l'on doit croire alors à l'existence d'une affection cérébrale grave.

Mobilité des yeux. Quand les yeux s'agitent de mouvemens oscillatoires, c'est l'indice que leurs muscles sont convulsés, et il y a tout lieu de craindre que les convulsions ne deviennent plus générales et n'occupent les autres muscles du corps.

Sécheresse des yeux. Lorsque les yeux sont secs, les cornées peu transparentes, c'est un signe fâcheux ; mais quand avec cela l'on observe une injection des conjonctives, presque toujours il existe une affection cérébrale mortelle.

Larmes. Cette question mérite d'autant plus d'attention qu'elle est éminemment utile dans les maladies des enfans nouveau-nés, sous le point de vue du pronostic, aussi mérite-t-elle qu'on s'en occupe d'une manière toute particulière.

Dans les premiers jours de la vie extérieure, l'enfant ne verse pas de larmes ; ce n'est qu'au bout de quinze jours ou trois semaines qu'il commence à pleurer, soit à cause des souffrances ou des sensations désagréables qu'il éprouve, soit qu'il ait quelques besoins à satisfaire. Dans l'état de maladie, l'absence de larmes doit faire mal augurer de la terminaison. Au contraire, lorsque les larmes continuent de couler, c'est d'un heureux présage. Dans le premier cas, la maladie est souvent mortelle ; dans le second, l'on doit porter un bon pronostic. Lorsque dans le cours d'une grave maladie les larmes, qui avaient cessé de couler, reparaissent, l'on peut presque sûrement annoncer que la terminaison ne sera pas fatale. Nous avons eu souvent occasion de faire cette observation, et presque toujours l'autre pronostic se réalisait.

Ce que nous venons de dire ne s'applique qu'aux enfans atteints de maladies aiguës ; dans les affections chroniques la même chose ne s'observe pas.

Cri. Le cri, chez les très jeunes enfans, a une grande importance séméiologique. C'est à Billard que l'on doit les premiers travaux sur ce point ; depuis lui, rien de neuf n'a été dit à ce sujet. Toutefois, comme son travail est basé sur des observations recueillies à l'hospice des Enfans-Trouvés, il ne s'applique plus aux enfans à la mamelle plus âgés. Notre remarque s'applique également aux travaux de MM. Lediberder, Valleix, Vernois, etc. En effet, le cri est différent chez les enfans nouveau nés et chez les enfans plus âgés, de même que l'histoire de la pneumonie, ou muguet, etc., chez ceux ci ne ressemblent nullement à l'histoire de ces mêmes maladies chez les premiers.

Le cri se compose de deux temps distincts, l'inspiration et l'expiration. Chez l'adulte, le cri ne se fait entendre que dans l'expiration seulement ; chez les enfans, il s'entend dans l'expiration et dans l'inspiration ; ce dernier temps prend le nom de *reprise*, et il peut varier quant à son intensité.

On s'est demandé si ces deux sortes de cri avaient le même siége phonique ? Le premier étant un acte vocal, doit se produire dans les cordes vocales ; le deuxième, au contraire, se passe dans la glotte supérieure, dans les ligamens arythéno-épiglottiques. Mais ceci est sans importance pour le sujet qui nous occupe ; ce qu'il nous faut, à nous, c'est d'étudier la valeur de ce phénomène.

Chez les enfans de deux ans, par exemple, le cri ne se produit ordinairement que dans l'expiration ; cependant, quand une vive douleur ou un profond chagrin vient les affliger, le cri s'entend aussi dans l'inspiration ; il est alors entrecoupé à peu près comme dans les quintes de coqueluche.

L'absence de la reprise n'a aucune valeur séméiologique ; mais, au contraire, la prédominance de la reprise sur le cri expirateur a une importance très grande. Toutes les fois, dit Billard, que chez un enfant le cri est étouffé et la reprise aiguë, l'on peut annoncer une congestion pulmonaire soit active, soit passive, ou bien une pneumonie ; et de très nombreuses autopsies ont surabondamment démontré l'exactitude de cette assertion. Mais si cela s'applique aux enfans nouveau-nés, il n'en est plus de même pour les enfans d'un an ; nous pouvons, à l'appui de nos paroles, citer des exemples. L'enfant du n° 7 de la salle Sainte-Julie, qui vient de succomber à une pneumonie survenue dans le cours de la coqueluche, et dont nous vous dirons quelques mots plus loin, cet enfant avait de quinze à vingt quintes dans les vingt-quatre heures. Eh bien, il avait le cri d'expiration seulement, sans reprise, bien que pour juger cette question, nous l'ayons souvent tracassé. De sorte que si le cri de reprise offre une grande valeur séméiologique chez les enfans nouveau-nés, il perd beaucoup de cette valeur chez les enfans un peu plus âgés.

chez lesquels seulement le cri expirateur augmente d'intensité.

Chez les enfans et même chez les adultes, l'on observe dans certaines circonstances un cri de reprise très aigu; c'est le cri croupal. Il se produit dans le cas de catarrhe laryngé, quand les ligamens arythéno épiglottiques sont le siége d'un gonflement considérable; il a une prédominance notable sur le cri expirateur qui, lui, est beaucoup moins intense. D'où il suit que toutes les fois qu'approchant d'un malade l'on constate la prédominance du cri inspirateur sur le cri expirateur, il y a presque toujours une angine laryngée ou une laryngite aiguë.

Il est une autre espèce de cri tout spécial et très remarquable : c'est celui auquel on a donné le nom de cri hydrencéphalique. Il manque le plus souvent, mais lorsqu'il existe, il a la plus grande valeur séméiologique. Voici dans quelle circonstance et comment il se produit : un enfant, soit à la mamelle, soit plus âgé, étant couché sur le dos et paraissant assez tranquille, est pris de rougeur à la face, et tout-à coup il pousse un cri, quelquefois deux, et puis il s'arrête. Ce cri se montre dans les maladies aiguës du cerveau, et précède quelquefois de près une attaque d'éclampsie. Parmi les auteurs, les uns, Coindret entre autres, l'attribuent à une douleur excessive; les autres le font dépendre d'une congestion subite vers la tête, comme cela s'observe dans l'épilepsie (le cri hydrencéphalique ressemble beaucoup à celui qui précède l'attaque d'épilepsie). Cette dernière opinion nous paraît la plus probable.

Reste une autre espèce de cri, sorte de plainte, auquel, pour éviter une périphrase, l'on pourrait donner le nom de *geignement*, mot qui serait bien employé, quoique non usité dans notre langue, pour exprimer l'action de geindre. Lorsque les enfans ne sont que peu dangereusement malades, on n'entend ce cri que dans l'expiration seulement; mais lorsque leur état est plus grave, il existe dans l'expiration et dans l'inspiration. Presque toujours alors il est le signe d'une très sérieuse affection pulmonaire; le *geignement* simple s'observe chez les enfans atteints de fièvre seulement, sans localisation de maladie, sans qu'aucun organe paraisse atteint.

Le cri subit chez l'enfant qui ne présente aucune affection cérébrale, annonce une douleur vive, et dépend souvent d'une douleur de dents; ce cri insolite et sans persistance se produit sous l'influence de coliques, et le plus souvent, l'enfant qui l'a poussé ne tarde pas à rendre, soit par la bouche, soit par l'anus, une certaine quantité de gaz. Il se montre dans le cas de dérangement du canal intestinal, surtout au moment où la diarrhée vient d'être supprimée. Le cri, dans ce cas, est passager et ne se montre que momentanément; dans les douleurs de dents, au contraire, il persiste davantage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance extraordinaire du 14 août.)

M. Mérat lit un rapport officiel sur un remède secret réputé propre à guérir la lèpre.

Motion d'ordre. Arsenic. — M. Husson. Messieurs, nous avons été tous péniblement affectés dans la dernière séance, des scènes scandaleuses qui se sont passées dans cette enceinte. Il est temps d'en finir avec la discussion de l'arsenic; la prolongation de cette discussion pourrait reproduire encore les mêmes désordres, et compromettre l'Académie. Je propose, en conséquence, que la séance prochaine ait lieu en comité secret. Je désire que M. le président mette ma proposition aux voix.

M. le président. Le conseil d'administration s'est déjà occupé de la question des moyens propres à prévenir les inconvéniens dont vient de parler M. Husson. Il n'a pu rien arrêter jusqu'à ce moment; mais il doit se réunir de nouveau extraordinairement lundi prochain, et probablement des mesures seront prises en conséquence.

M. Desportes. Quelles que soient les mesures que le conseil prendra, elles ne pourront aboutir qu'à prolonger davantage la discussion et occasionner de nouveaux troubles, au lieu de les prévenir. Effectivement, vos délibérations doivent recevoir l'assentiment de l'Académie; en conséquence, elles donneront lieu à une discussion; plusieurs membres s'opposeront à l'adoption de la proposition de M. Husson. D'ailleurs, vous ne pouvez pas la mettre aux voix aujourd'hui, puisque nous ne sommes pas en nombre. Pour mon propre compte, je m'oppose à l'adoption de la séance à huis-clos.

M. Gimelle. Vous ne pouvez pas voter aujourd'hui sur cette proposition, puisque nous sommes en séance extraordinaire et qu'il y a très peu de membres présens.

M. Husson insiste qu'on mette sa proposition aux voix. Le vote d'une vingtaine de membres présens lui paraît suffisant.

M. Double. Je dois dire à l'Académie que le conseil s'est trouvé dans l'embarras pour prendre une décision sur le sujet dont il s'agit. Sans doute que le comité secret serait avantageux, puisque le scandale, s'il y en avait, resterait enseveli dans ces murs; mais il aurait de graves inconvéniens: il priverait l'Académie des avantages de la discussion publique, et ferait croire en même temps que nous voulons *murer* (textuel) notre vie publique. Il s'agit d'une question de science, elle doit être discutée *coram populo*; aucun scandale n'aurait jamais lieu si chacun de nous se pénétrait de ses devoirs, de la dignité de l'Académie, du respect qu'on lui doit et que nous nous devons à nous-mêmes; si des désordres ont eu lieu, si les bornes des convenances ont été franchies, à qui la faute? A tout le monde; à la commission, au rapporteur, aux adversaires, attaquans et défendans, à nous tous. Oui, à nous tous, car nous n'aurions pas dû permettre la discussion d'un pareil rapport; nous aurions dû le renvoyer de suite à la commission, ou le rejeter complètement. Maintenant que les choses sont arrivées au point où elles sont, que la commission a changé le fond et la forme de ses conclusions, il y aura peut-être moyen de s'entendre; mais je crains que la vivacité qu'on met de part et d'autre n'amène de nouveaux désordres; aussi avais-je proposé au conseil d'administration de faire remettre la fin de la discussion à quelques mois, afin que, la force des passions étant apaisée, on pût apprécier les choses avec plus de sang froid. Dans tous les cas, je pense que tout cela doit se passer en plein jour, en séance ouverte.

M. le président veut mettre aux voix la proposition de M. Husson.

M. Double s'y oppose, vu le petit nombre de membres qui assistent à la séance.

M. Rochoux combat le comité secret; il pense que la discussion doit être continuée en séance publique, et qu'avec du calme et de la dignité les choses arriveraient à bonne fin, puisque la commission s'est exécutée elle-même en modifiant le rapport.

M. Renauldin. Le conseil d'administration a le droit de prendre telles dispositions qui lui semblent convenables; il doit veiller à l'ordre des séances. Or, si cela exige le comité secret, le conseil peut le faire adopter sans discussion. Je n'adopte pas l'opinion de M. Double, qui a dit que ce serait *murer* la vie publique de l'Académie. Si cette vie est scandaleuse, il vaut mieux la *murer.* (On rit.) Il s'agit de désordres tellement graves, que si l'autorité venait à savoir ce qui s'est passé dans la dernière séance, elle nous casserait, nous dissoudrait probablement..... (Bruits; marques d'incrédulité; on rit.)

Une voix au milieu des bruits. L'Académie est *insoluble* comme l'arsenic normal!.....

M. Girardin lit l'article 3 du règlement, qui dit: « Les membres seuls ont droit d'assister aux séances. » — En conséquence, ajoute M. Girardin, la séance sera secrète de droit; vous n'avez pas besoin de mettre aux voix la proposition de M. Husson.

M. Chervin combat la proposition de M. Husson. Nous sommes ici en séance extraordinaire. Pour nous occuper d'une mesure aussi grave, il aurait fallu convoquer l'Académie par écrit et lui avoir indiqué le sujet d'avance; autrement ce serait une véritable surprise. Quant à l'article du règlement qu'on vient d'invoquer, il est sans valeur, les usages de l'Académie étant contraires, puisque nos séances sont ordinairement publiques.

M. Double. Cet article est vieux; il a été rédigé dans un temps où il y avait d'autres mœurs. Aujourd'hui les choses sont différentes; un corps savant n'existerait pas sans publicité; aussi l'article qu'on vient de lire n'a jamais été exécuté depuis vingt-cinq ans qu'il a été rédigé. Il faut tenir compte des usages académiques. Je le répète, une assemblée savante, qui s'occupe de sciences physiques comme la médecine, ne doit pas craindre le grand jour.

M. Gimelle. Le comité secret me semble inconvenant dans une discussion de science qui intéresse la société. La discussion a commencé publiquement, elle doit finir publiquement. L'Académie a besoin de publicité, la publicité la grandit, l'honore; je m'oppose à l'adoption de la séance secrète.

M. Castel combat à son tour le comité secret. Ce serait, dit-il, faire croire que les désordres ont été occasionnés par le public, tandis que leur source est dans l'Académie elle-même. Le comité secret n'ôtera pas le scandale, et il ne préviendra pas de nouveaux désordres si l'on continue à discuter avec passion, à interrompre à chaque instant les orateurs, à se coaliser pour étouffer la vérité. Je crois qu'il est temps d'abréger cette discussion déjà trop longue, qui ne peut plus rien produire de bon.

M. Desportes conteste de nouveau au conseil d'administration le droit de rendre secrète une séance relative à une discussion scientifique. Pourquoi veut-on, dit-il, le comité secret? Pour ne pas rendre le public témoin de certains faits. Je pense, au contraire, qu'il est utile que le public soit présent, pour apprécier de quel côté est la mauvaise passion. Dans la dernière séance, par exemple, on a surpris l'Académie relativement à la page citée du Bulletin. Cette citation est fausse, et elle conduit à une fausse indication concernant les auteurs de l'appareil de Marsh; on attribue à M. Orfila ce qui ne lui appartient pas. Non, la discussion doit être publique.

M. Dubois (d'Amiens) propose qu'on n'admette pas dans la salle plus de monde qu'il n'en peut entrer sans désordre; il veut qu'on prenne pour exemple l'Institut.

M. Mérat croit qu'il ne peut entrer que 80 à 90 personnes en dehors des bancs de l'Académie, mais la consigne est difficile à exécuter, vu la forme peu commode du local.

M. Double propose qu'on passe à l'ordre du jour. Le conseil d'administration profitera des opinions qui ont été émises, il se règlera en conséquence. (Ordre du jour adopté.)

M. Begin demande la parole. Il rappelle à l'Académie que samedi, 21 du mois, doit avoir lieu, au Val-de-Grâce, l'inauguration du monument élevé à Broussais. Le conseil d'administration a désigné une députation pour assister à cette solennité, et y représenter l'Académie; cette députation, assemblée hier afin de nommer celui de ses membres qui serait chargé de porter la parole, a pensé que cette tâche ne saurait être mieux remplie que par M. le secrétaire perpétuel.

M. Bégin donne lecture de la délibération prise à ce sujet, à l'unanimité, par la députation, et dont les considérans nous ont paru remplis de convenance et de raison; il termine en priant l'Académie de se joindre à la députation et à lui, pour que M. le secrétaire perpétuel veuille bien se charger de prononcer, dans la solennité qui se prépare, un de ces discours qui ont tant contribué à l'illustration de la compagnie. L'Académie entière témoigne, par des murmures approbateurs, qu'elle partage le vœu émis par M. Bégin.

M. Pariset. Si l'Académie adopte la proposition de la commission, je ne puis me refuser. Je suis aux ordres de l'Académie. Adopté.)

— *M. Patissier* lit un rapport officiel sur l'exercice des eaux minérales pendant les années 1738-39. Ce travail n'a rien offert de saillant à reproduire.

— *M. le docteur de Bonis* écrit à l'Académie pour lui annoncer qu'il a constaté dans le service de M. Rayer, à la Charité, la transformation de l'acide urique et des urates en acide hippurique et en hippurates chez les malades qui ont pris l'acide benzoïque à l'intérieur. Ce fait paraît devoir être important pour le traitement de la goutte, de la gravelle, etc., puisque les hippurates et l'acide hippurique sont proportionnellement très solubles, tandis que l'acide urique et les urates le sont peu. Il faut 18 parties d'eau pour dissoudre 1 partie d'hippurate de chaux, tandis qu'il faudrait 480 parties d'eau pour dissoudre l'urate correspondant.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Gauthier de Claubry sur les prix de la vaccine.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 16 août.

M. Boussingault lit un mémoire intitulé : Recherches sur la quantité d'acide carbonique contenu dans l'air de la ville de Paris. Nous reproduisons seulement les passages les plus intéressans.

Nombre des chevaux à Paris, 31,000. En 1789, Lavoisier en avait compté 21,500.

Un cheval émet en vingt quatre heures, par la respiration et la transpiration, 4 mètres cubes de gaz acide carbonique.

Les chevaux ensemble répandent à Paris 132,370 mètres cubes d'acide carbonique par vingt-quatre heures.

Suit le calcul de la quantité donnée par les combustibles qu'on brûle à Paris par vingt quatre heures.

On consomme à Paris dans un jour, 1,184 380 kil. de bois, produisant 855,385 mètres cubes de gaz acide carbonique.

Suit le calcul sur le charbon, sur l'éclairage, etc.

En résumant les différens tableaux précédens, on trouve qu'en vingt-quatre heures le gaz acide carbonique produit dans la ville de Paris est :

Par la population,	330,777 mètres cubes.
les chevaux,	132,370
le bois à brûler,	8. 5,385
Total,	2,944,241

Et pourtant l'analyse comparative n'a pas montré une grande différence entre l'air de la campagne et celui de Paris:

L'air de Paris contient 0,000413 d'acide carbonique en volume.
L'air de St-Cloud 0,000414 *id.*

Cette conclusion est digne de méditation; elle conduirait à cette conséquence que l'air de la campagne n'est pas plus salubre que celui de la ville, ce qui est démenti par l'expérience. Tout cela confirme cette vérité importante, que les résultats de l'analyse chimique ne doivent être reçus qu'avec beaucoup de réserve par le médecin-praticien.

— M. Jules Guérin lit un travail intitulé: Remarques préliminaires sur le traitement des déviations de l'épine par la section des muscles du dos.

— M. Civiale envoie un nouveau mémoire intitulé: Du séjour forcé de l'urine dans la vessie.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BROUSSAIS

AU VAL-DE GRACE.

La commission chargée d'élever un monument à la mémoire de l'illustre professeur Broussais, a accompli son œuvre.

La belle statue de Broussais, due à notre célèbre sculpteur, M. Bra, sera inaugurée au Val-de Grâce, le samedi 21 août 1841, à deux heures de l'après-midi.

Nous rapportons ci-après le programme de cette solennité.

Programme. (Samedi 21 août 1841.)

A deux heures, la commission, réunie dans l'une des salles du Val-de-Grâce, recevra les députations des divers corps savans et MM. les invités.

A trois heures, on se rendra dans la cour où est placée la statue, des estrades y seront dressées, et des places seront expressément réservées aux personnes munies de lettres d'invitation.

La statue sera découverte; au même instant retentiront des fanfares, puis des discours seront successivement prononcés :

1° Par M. Passy, au nom de l'Académie des sciences morales et politiques;

2° Par M. Pariset, au nom de l'Académie royale de médecine;

3° Par M. Bouillaud, au nom de la Faculté de médecine de Paris;

4° Par M. Bégin, au nom des médecins et chirurgiens militaires.

Séméiotique des urines, ou *Traité des altérations de l'urine dans les maladies, suivi d'un Traité de la maladie de Bright, aux divers âges de la vie*; par Alfred Becquerel, d.-m.-p., interne des hôpitaux civils de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc.

L'idée principale qui a présidé à la recherche et à la coordination des faits rassemblés dans ce livre, est l'application de l'analyse chimique à l'étude des altérations des liquides du corps humain.

Beaucoup de médecins pensent que, dans les corps vivans, l'empire des lois du monde inorganique est complétement suspendu; d'autres, au contraire, que tous les phénomènes dits vitaux, sont sous la dépendance unique de ces mêmes lois; d'autres, enfin, et M. Andral à leur tête, que, dans tout corps doué de vie, il y a à étudier deux ordres de forces, comme deux ordres de phénomènes, savoir: les forces et les phénomènes vitaux, et les forces et phénomènes physiques et chimiques. D'où il suit, que si l'on veut aider aux progrès de la science des corps vivans, il faut aussi poursuivre l'investigation des phénomènes qui s'y passent, à l'aide de procédés semblables à ceux dont se servent le physicien et le chimiste. C'est surtout dans l'étude des altérations dont les liquides sont susceptibles, que cette manière de faire peut être utile.

Déjà MM. Andral et Gavarret l'ont appliquée à l'examen du sang dans les maladies; aujourd'hui, c'est celui des urines que M. A Becquerel vient entreprendre; non pas qu'il veuille fonder sur l'urologie tout le diagnostic ou tout le pronostic des maladies, mais bien pour réunir un élément de plus à tant d'autres élémens morbides souvent impuissans à nous conduire à la connaissance de la vérité. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins se sont occupés de déterminer les changemens que les maladies peuvent introduire dans les qualités de l'urine; mais les remarques des anciens ont seulement porté sur ses caractères physiques; celles des modernes, fruits de recherches sans suite sur la composition des urines dans quelques maladies, ne nous paraissent pas suffisamment rigoureuses. Ainsi, on a dit que l'acide urique était augmenté ou diminué dans telle ou telle maladie, mais on ne l'a pas démontré avec des chiffres; on n'a pas établi les limites de la diminution ou de l'augmentation physiologiques de cet acide, ni à quelles limites commence ou cesse l'état morbide pour les autres principes immédiats de l'urine: on n'en sait pas davantage.

C'est cette lacune de la science que le livre de M. A. Becquerel vient combler. Plusieurs milliers d'urines, provenant de plus de cinq cents malades, dont l'histoire médicale a été recueillie par lui-même, et analysées toutes avec une rare persévérance, en forment la base. Ces analyses l'ont conduit à établir des lois infiniment simples, faciles à retenir et surtout en petit nombre, qui sont destinées à exprimer les variations de l'urine dans les maladies. Avec ces lois, chaque médecin pourra, soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux, procéder facilement, et sans perdre de temps, à l'examen des urines, et joindre un moyen puissant de diagnostic et de pronostic à ceux qu'il possède déjà.

Le trauail de M. Becquerel est divisé en quatre parties; dans la première, il expose les propriétés chimiques et physiques de l'urine, il étudie avec soin chacun des élémens qui constituent ce liquide, s'appliquant surtout à montrer les variations de quantité qu'il peut présenter dans les maladies. Il étudie ensuite les propriétés physiques de l'urine, puis, les mettant en rapport avec les propriétés chimiques, il montre comment, de la connaissance des premières, on peut s'élever approximativement à celle des secondes.

La deuxième partie est un travail de synthèse; l'auteur y a rassemblé les faits épars dans la première, pour établiravec eux un certain nombre de principes de pathologie générale, relatifs à l'urine.

Dans la troisième partie, il applique ces principes généraux à la pathologie spéciale, et il suit les modifications de l'urine dans les différentes maladies considérées en particulier.

En les passant en revue, il se trouve naturellement rencontrer la maladie de Bright, et il consacre une quatrième partie à exposer l'histoire de cette maladie chez l'adulte et chez l'enfant.

Disons en terminant que ce livre nous a paru empreint d'un bon esprit, consciencieusement composé, écrit sans prévention, et que nous le croyons destiné à devenir fort utile aux médecins qui ne se contentent pas d'à peu près, et veulent apporter à leur pratique médicale ce degré d'attention qui en assure souvent le sncc̀ès.

L., d.-m.-p.

— L'Ecole de Médecine entre en vacance le 1er septembre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 19 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 100, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. A. Bérard.

Fracture de l'os maxillaire inférieur près de la branche de cet os. Paralysie de la sensibilité à la lèvre inférieure du côté de la fracture. Guérison de celle-ci sans appareil. Note sur la cicatrisation des nerfs qui ont été divisés.

Au n° 7 du petit pavillon Saint-Jacques est couché un malade qui présentait à son arrivée dans les salles une fracture de l'os maxillaire inférieur, survenue à la suite d'une chute. La solution de continuité siégeait en arrière et à droite au niveau de l'espace intermédiaire à la seconde et à la troisième grosse molaire; elle était verticale, sans déplacement ni tendance au déplacement des fragmens, qui ne jouissaient que de très peu de mobilité l'un par rapport à l'autre. C'est ce dont on a pu se convaincre en les saisissant entre le pouce et l'index de chaque main, et en exerçant de légers mouvemens d'élévation et d'abaissement de l'os maxillaire inférieur.

(Il ne faut pas oublier la réserve avec laquelle on doit toujours dans ces cas conduire les recherches destinées à démontrer la mobilité des fragmens, si l'on ne veut point amener la déchirure de quelques lames du périoste, ou des fibres musculaires qui maintiennent encore les fragmens réduits, et obtenir ainsi la certitude de l'existence de la fracture aux dépens du malade, en produisant un écartement dont il devient quelquefois très difficile de triompher plus tard.)

Un fait à noter, c'est que le malade a guéri pour ainsi dire sans appareil, car les premiers jours qui ont suivi l'accident, on a négligé, malgré la recommandation de M. Bérard, de placer la fronde que l'on met en usage en pareille circonstance; et les jours suivans, le malade avait soin, immédiatement après la visite, de glisser son appareil sous le menton, de sorte qu'il ne servait plus dans cette position qu'à maintenir au niveau de la fracture les compresses imbibées de liqueurs résolutives.

M. Bérard n'a pas beaucoup insisté sur l'application exacte de l'appareil ordinaire, parce qu'il ne pensait pas que son emploi fût bien nécessaire, et ceci par plusieurs raisons que nous allons indiquer :

1° Les fragmens n'avaient, comme nous l'avons déjà dit, aucune tendance au déplacement;

2° Son application exacte et méthodique ne peut point prévenir d'une manière absolue tous les déplacemens qui peuvent arriver avant la consolidation de la fracture. En effet, il ne peut en rien s'opposer à l'action des ptérygoïdiens qui tendraient à porter en dedans le fragment du côté; c'est une indication que ne peut nullement remplir cet appareil dans les fractures de l'os maxillaire inférieur, quel que soit d'ailleurs le siége de celle-ci. On en a une preuve bien manifeste dans le malade qui est couché au n° 6 de la salle Saint-Pierre, chez lequel le déplacement en dedans est survenu le cinquième jour après l'accident, bien que la fracture siégeât au niveau de la dent canine du côté gauche, et que l'appareil ait été appliqué immédiatement après l'entrée du malade à l'hôpital. (Ce dernier malade, qui était tombé d'un lieu élevé de 25 pieds au dessus du sol, s'était fracturé l'os maxillaire inférieur en deux points : 1° à droite au col du condyle; 2° à gauche au niveau de la dent canine; dans sa chute, il avait perdu plusieurs incisives de chaque mâchoire, en même temps qu'il s'était fracturé les os propres du nez, l'os de la pommette et le rocher du côté droit; il portait encore une fracture de cuisse compliquée de plaie. Le cinquième jour après l'accident, il fut pris d'un tremblement convulsif qui amena, du côté de la mâchoire, un déplacement en dedans très considérable du fragment droit, c'est-à-dire de celui qui était séparé de son condyle. D'ailleurs le malade est mort deux jours après l'invasion de ces convulsions.)

5° Un troisième inconvénient que l'on peut reprocher à cet appareil, c'est la présence continuelle, entre les arcades alvéolaires, des deux morceaux de liége, qui causent au malade une gêne et une incommodité dont on a peine à se faire une idée exacte; aussi M. Bérard pense-t-il qu'on doit, aussi souvent qu'on le peut, se dispenser de torturer le malade avec cet appareil, qui n'est pas toujours d'une grande utilité.

Il est encore un autre phénomène offert par le malade du pavillon Saint-Jacques, et qui mérite de fixer toute l'attention, c'est la paralysie de la lèvre inférieure du côté fracturé seulement. Celle-ci était complètement insensible dans l'espace compris, d'une part, entre le menton et l'ouverture buccale, et entre la commissure labiale et la ligne médiane de la face, d'autre part. On pouvait en effet, à l'arrivée du malade, enfoncer dans tout cet espace autant d'épingles que l'on voulait, il n'en percevait nullement la sensation, et ne pouvait indiquer ni le nombre de ces épingles, ni le moment où on les plaçait, si toutefois l'on avait auparavant la précaution de lui fermer les yeux. L'expérience, faite de la même manière du côté gauche, donnait un résultat des plus opposés.

La paralysie de la sensibilité a persisté pendant plusieurs jours à ce haut degré; mais depuis elle a diminué graduellement, et aujourd'hui, que le malade sort de l'hôpital, la sensibilité paraît encore un peu obtuse au niveau du trou mentonnier.

Arrêtons-nous un instant sur ce phénomène, et cherchons quelle peut être la cause de cette insensibilité. Elle ne peut évidemment pas être attribuée à la contusion de la partie paralysée, puisque celle-ci n'offre aucune trace de contusion, et que d'ailleurs ce n'est point cette partie qui est allée frapper le sol.

Nous ne pouvons donc admettre qu'une chose, la lésion du nerf qui se rend à ces parties et se trouve chargé de leur transmettre la sensibilité. Ce nerf est, comme chacun le sait, le rameau dentaire de la branche maxillaire inférieure du nerf trijumeau ou de la cinquième paire.

S'il est facile d'indiquer le siége de la lésion, car il est, sans contredit, le même que celui de la fracture, la détermination de la nature de la lésion constitue un problème beaucoup plus difficile à résoudre. Il est, en effet, plusieurs causes qui peuvent annihiler l'influence d'un nerf sur les parties où ses rameaux se distribuent. Les principales sont la ligature, la section, la déchirure, la distension et la compression. Inutile de dire que les deux premières ne sont pas applicables au cas dont il s'agit ici, et l'on peut encore ajouter qu'il est à peu près impossible d'indiquer à laquelle des trois dernières il faut attribuer la paralysie de la lèvre inférieure.

Parmi ces cinq causes, les unes, comme la ligature et la compression, par exemple, n'interrompent les fonctions du nerf que pendant leur action; aussitôt après leur cessation, le nerf recouvre toutes ses propriétés : *sublatâ causâ, tollitur effectus.* Dans les cas de fracture du maxillaire inférieur, elle est presque toujours produite par un épanchement de sang et de lymphe plastique dans le foyer de la fracture. Plus tard, à mesure que se fait la résolution de ces liquides et que la fracture se consolide, la compression diminue et le nerf reprend graduellement ses fonctions.

En général, qu'il y ait section ou déchirure d'un nerf, les extrémités divisées se réunissent et les fonctions se rétablissent dans ces deux cas de la même manière, et leur réunion est d'autant plus prompte et plus exacte que les bouts divisés se trouvent dans un contact plus immédiat. On conçoit aussi que si leur écartement est trop considérable, que celui-ci soit déterminé par les mouvemens de la partie ou une perte de substance, leur réunion ne pourra point avoir lieu, et il en résultera, dans la partie où se rend le nerf divisé, une paralysie de la sensibilité, si c'est un nerf sensible (trijumeau); paralysie du mouvement, s'il est moteur (nerf facial), ou enfin paralysie des deux à la fois, s'il s'agit d'un nerf rachidien, à la fois moteur et sensible, comme le nerf sciatique, par exemple.

Quoi qu'il en soit, voici les phénomènes que l'on remarque dans la cicatrisation d'un nerf qui a été divisé :

La division d'un nerf produit une certaine irritation qui amène une prompte inflammation des deux extrémités, les petits vaisseaux se chargent d'une plus grande quantité de sang; les nerfs se colorent en même temps qu'ils augmentent de volume. L'inflammation s'étend le plus souvent de quinze à vingt-cinq millimètres environ au-dessus et au-dessous des points de division. Le gonflement des vaisseaux, la rougeur, l'augmentation de volu-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Vous connaissez la lamentable histoire de ce fameux lion des Champs-Elysées, qui commençait une si belle fortune en se montrant aux Lutéciens ébahis. Un jour, ce lion oublia sa dignité jusqu'à aboyer en public; dès lors on ne voulut plus le voir, parcequ'on ne le croyait plus lion. Il eut beau montrer sa crinière, écrire de sa griffe même des réclames dans le Constitutionnel pour prouver qu'il était toujours lion; vains efforts! Le gamin de Paris passait devant sa barraque, il était sourd à sa voix; on répondait à ses agaceries, à ses prévenances par ces mots humilians pour le roi des animaux : Non, tu n'es pas un lion, car tu as aboyé, et on ne paye pas pour voir des chiens.

Les académiciens de la rue de Poitiers étaient les *lions* de la médecine (j'en demande pardon à celui des Champs-Elysées); c'est-à-dire, c'était dans cette rue que s'assemblaient les médecins les plus hupés, les plus élégans, ayant pour type N......, le plus lion de tous, excepté C...... à cause de la mise. Un mardi, ces lions se mirent à émettre des sons très comparables à ceux qui ont fait déchoir ce malheureux lion du trône qu'il s'était élevé aux Champs-Elysées. Un second mardi, même vocalisation; puis un autre mardi, de même, et ainsi de suite. Alors j'ai fui la rue de Poitiers; et maintenant les académiciens auront beau mettre leur bel habit vert artichaut, ils auront beau faire la réclame par la plume si séduisante de Parise, je leur répondrai : je n'ai pas fait cent lieues pour assister à de pareilles scènes; ailleurs, il y a mieux que cela à la *barrière du Combat*; vous n'êtes plus des académiciens. Ne me provoquez pas trop, sinon je vous dirai ce que vous êtes, car j'ai entendu les sons que vous avez émis en public; et, à votre dernière représentation, on a dit que vous vous êtes mordus entre vous; d'autres disent que vous avez rué. Dans mon arrondissement, on croit que les académiciens sont surtout faits pour conserver et faire progresser dans les arts et les sciences ce qu'il y a de plus estétique, de plus suave et de plus utile. Je vous ai entendus; je vous ai vus. Vous n'êtes pas des académiciens.... Voilà une lettre qui commence comme une fable, laquelle malheureusement n'est pas une fable.

Voici qui est plus fabuleux; ce sera par conséquent moins triste. J'ai reçu, mercredi passé, une invitation ainsi rédigée : Monsieur et madame X... prient le docteur Lyrac de leur faire l'honneur de venir dîner chez eux jeudi, à six heures précises.

P. S. On percutera le dessert. — Bon, ai-je dit d'abord, voilà un premier fruit de mon paquet cacheté. — J'ai cru ensuite à une mystification; je ne me suis trompé qu'à demi. Cette note concernant le dessert avait quelque chose de si inusité! Mais comme c'était la première invitation à dîner que je recevais, je me rends avant l'heure (un provincial ne fait pas autrement). Madame était à sa toilette; le confrère achevait ses visites. La table n'était pas mise. Je suis introduit dans le salon. La porte de la salle à manger était incomplétement fermée. Après avoir lu votre *Gazette*, je me mis à observer ce que faisait un serviteur dans cette salle à manger; il paraissait très sérieusement occupé : il pratiquait des creux au-dessous d'une table ronde très épaisse. Sur un point, ces creux ressemblaient à une cornemuse; ailleurs c'était une espèce de globe; là c'étaient des cylindres. Puis prenant un modèle en forme de cœur, l'artiste (car je vis alors que ce n'était point un valet) se mit à creuser des empreintes de cette image. Il n'était pas nécessaire d'être Parisien pour prévoir qu'il se passerait quelque chose sous cette table; je désirais cependant que tout se passât au-dessus, et que tout se passât bien. L'air de mystère de cette espèce de sculpteur en bois, le soin qu'il prit de monter tout de suite la table sur un pivot et de la couvrir immédiatement d'une toile cirée; tout cela me donnait à penser, surtout quand je me rappelais le singulier *post scriptum* de la lettre d'invitation. J'avais assisté, dans ma jeunesse, à la pièce de M. Martainville, intitulée le *Pied de Mouton;* j'avais vu, la veille, le *Diable amoureux.* Je savais à peu près tout ce qu'on pouvait faire avec une table et beaucoup de malice; mais je ne me doutais guère de ce qui allait arriver. Cependant je pensais que c'était une partie de plaisir qu'on me préparait, ou bien une surprise plus ou moins agréable. Je me promettais de faire bonne contenance et de ne pas paraître trop provincial.

Mon confrère arrive, parle à l'oreille de celui qui avait trépané la table, lui remet quelque chose à la main; celui-ci salue et sort. Le maître de la maison vient se fondre en excuses sur son retard, dont ses nombreux malades sont la cause, et sur les longueurs de toilette de Madame.

Je n'écoutais qu'à demi ce discoureur; mon attention était toute fixée sur la table en question. Je vis qu'on la servait comme on sert toutes les tables. Seulement les verres de Champagne furent laissés sur le buffet. Cela peut arriver à Paris. Sont introduits à l'instant deux jeunes gens bien barbus, bien maigres, avec linge d'un blanc douteux; point de gants et de très fortes mains. Je ne leur demandai pas qui ils étaient, d'où ils venaient; c'étaient des types. De chaque poche de leur gilet sortait une portion de disque en ivoire. Ces gaillards-là, dis-je, sont des amateurs d'écarté ou de bouillotte. Ils portent des jetons dans la crainte d'en manquer. On jouera donc à l'écarté ou à la bouillotte. Je ferai la partie si on ne se sert pas de la table sculptée.

Madame arrive; on se met à table. On mangea peu; on parla beaucoup. On voulut bien me dire qu'avec une plume comme la mienne et le paquet cacheté que vous possédez, Paris devait être mon séjour. Je fus comparé à une perle; mon département à...... C'était là mendier une réciprocité dont je suis incapable, surtout à table. D'ailleurs, peu à peu la conversation fut en s'obscurcissant. On parla d'abord à peu près notre langue; il s'y mêla ensuite du latin, du grec, et quel grec! Aujourd'hui, disait le maître, j'ai vu un cas magnifique, d'*hypernosthémirobolantilagitie.* J'ouvre de grands yeux; les élèves font semblant de comprendre et moi aussi. En observez-vous beaucoup dans votre contrée de ces maladies? Je ne répondis pas immédiatement. Le confrère se tourne vers un convive et lui dit tout bas : Il ne sait pas la nomenclature. — Dès cet instant, l'amphitryon, qui jusque là avait été charmant pour moi, me regarda de haut en bas, et ne me servit plus. Je me vis alors dans la douce nécessité de le faire moi-même : je fus mieux nourri; mais moins honoré; car vous saurez qu'à table les amphitryons ont souvent des habitudes très homœopathiques.

Enfin, tant bien que mal, on a dîné; le moment du dessert arrive. Alors l'amphitryon se lève seul et dit : Messieurs, cette table qui a d'abord été une table de festin va être tranformée en table de vérité! La percussion va commencer. Ce mot m'expliqua le fameux *post-scriptum*, l'intervention d'un sculpteur, et me découvrit tout le piége qui m'était tendu; je compris l'usage des jetons et des grosses mains dont les autres convives étaient pourvus; je vis aussi tous les embarras de ma position : je n'avais pas de jetons, et d'ailleurs qu'en aurais-je fait, puisqu'on ne jouait ni à la bouillotte, ni à l'écarté, ni à aucune espèce de jeu, et je ne savais pas percuter?

Oui, Messieurs, cette table contient des vérités, mais il faut les faire sortir; et comme toutes les vérités se découvrent en frappant, frappez...... Cette table est d'une sonoréité très variée (il avait regardé le dessous avant de payer l'artiste) : les sons que

me, sont plus considérables au bout supérieur qu'au bout inférieur. Il s'établit, pendant les premiers jours, autour des extrémités divisées, à leur surface et dans leur intervalle, un suintement de matière organisable, de lymphe plastique ; le tissu cellulaire environnant est pénétré de la même matière et a perdu sa perméabilité. Dans cet état, les bouts du nerf sont simplement agglutinés entre eux et aux parties voisines ; les fonctions sont encore suspendues comme elles l'étaient immédiatement après la division.

Les deux bouts du nerf, qui sont gonflés, et surtout le supérieur, le tissu cellulaire ambiant et la matière organisable, prennent plus de consistance et deviennent très vasculaires. Dans cet état, qui dure quelque temps, les deux bouts du nerf sont réunis par une substance organisée vasculaire ; mais il n'y a pas encore de communication de l'action nerveuse entre les deux bouts. Avec le temps, le tissu cellulaire environnant cesse d'être compacte et vasculaire ; la substance intermédiaire, plus ou moins longue, suivant le genre de blessure et les circonstances concomitantes, diminue peu à peu de volume, de consistance et de rougeur, prend l'apparence et la texture du nerf (texture constatée par l'application faite par Mayer de l'acide azotique à la cicatrice nerveuse), à partir des extrémités vers le milieu de leur intervalle, et finit par remplir les fonctions d'autant plus exactement et d'autant plus vite que l'écartement était nul entre les bouts, comme dans les cas de ligature, ou peu considérable, comme dans les cas de section simple ou d'une excision très courte dans une partie peu mobile. Au contraire, quand l'écartement est considérable, la réunion est nulle, ou bien elle n'a lieu que par du tissu cellulaire qui n'acquiert pas, à une certaine distance de l'extrémité, la structure et les propriétés nerveuses.

Le temps nécessaire pour le rétablissement complet de la structure et des fonctions n'est pas exactement connu ; il a été certainement exagéré par ceux qui ont avancé qu'il devait être de plusieurs années : on peut le porter à six semaines ou deux mois environ.

On a prétendu que l'action nerveuse, de même que l'action galvanique, pouvait s'établir à travers une substance autre que le tissu nerveux, comme un liquide ou du tissu cellulaire humecté ; on a prétendu aussi que l'action nerveuse pouvait s'exercer à distance, et franchir l'intervalle qui existerait entre les deux bouts du nerf ; on a prétendu enfin que le rétablissement des fonctions pouvait avoir lieu par des tranches anastomotiques. Si c'était par l'une ou l'autre des deux premières causes que l'action nerveuse fût continuée, cette action ne devrait pas être un seul instant suspendue, et les animaux ne mourraient pas dans les cas de section des nerfs pneumo-gastriques. Quant au rétablissement des fonctions nerveuses au moyen des anastomoses, il est contredit par un grand nombre de cas dans lesquels le nerf a été coupé sur certains sujets, et sur d'autres excisé ou détruit par la cautérisation, les fonctions se sont rétablies dans le premier cas, et nullement dans le second. Le rétablissement par les anastomoses est surtout démenti par une expérience qui consiste à recouper, le même jour, dans le point de leur réunion, les nerfs pneumo-gastriques cicatrisés après la section pratiquée antérieurement sur ces deux nerfs à un intervalle convenable. L'animal, qui avait survécu jusqu'à ce moment, meurt dans l'espace de deux jours.

Ce n'est donc ni par l'interposition d'une substance simplement humide entre les deux bouts du nerf divisé, ni par l'action à distance du système nerveux, ni enfin par les anastomoses, que s'opère le rétablissement des fonctions nerveuses, mais bien par une véritable cicatrice nerveuse. L'on voit, en effet, les fonctions d'abord tout à fait détruites, se rétablir graduellement, et suivre dans leur rétablissement tous les progrès de la réunion organique.

(*V.* Descot, *Dissert. sur les affect. loc. des nerfs.* Thèses de Paris, 1822, n° 233.)

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

Du mécanisme de l'accouchement naturel.

Lorsque l'orifice utérin est suffisamment dilaté, le fœtus s'y engage. L'expulsion du fœtus se fait d'après certaines lois qui constituent l'étude du mécanisme de l'accouchement naturel.

Dans les rapports du fœtus avec le bassin, il faut distinguer deux choses : 1° la présence au détroit supérieur d'une partie du fœtus, quelle qu'elle soit ; 2° les rapports du fœtus avec les différentes parties du détroit supérieur. La première de ces deux choses se nomme présentation ; la deuxième, position.

M. P. Dubois n'admet que trois présentations : deux présentations des extrémités et une présentation du tronc ; qu'il désigne par les dénominations de présentation de l'extrémité céphalique, présentation de l'extrémité pelvienne et présentation du tronc.

La tête peut se présenter au détroit supérieur dans des conditions différentes : ou elle est fléchie, c'est alors l'occiput qui se présente ; ou elle est défléchie, et c'est la face qui se montre la première. Pour l'extrémité pelvienne, c'est le siége, les cuisses, les genoux ou les pieds ; mais ce ne sont là que des modes d'expulsion que la nature emploie. Il ne faut voir ici que deux présentations : l'une de l'extrémité céphalique, l'autre de l'extrémité pelvienne.

Avant de passer à l'étude de ces présentations, il faut bien savoir ce que l'on appelle extrémité céphalique et extrémité pelvienne. Il faut donc d'abord que dans la plupart des cas de présentation céphalique la tête se présente d'à-plomb au détroit supérieur, et que son sommet occupe le centre de cet espace ; mais quelquefois la tête est inclinée soit à droite, soit à gauche, et alors, au lieu du sommet c'est l'occiput que l'on trouve au centre du détroit supérieur, ou une partie latérale du front, de la tête, etc. Ce sont là des présentations irrégulières qui se rattachent à la présentation du sommet, et qui dépendent souvent de l'état d'inclinaison du corps du fœtus dans l'utérus. Il est tellement vrai que ce sont des présentations irrégulières, que la nature les corrige presque toujours.

La présentation de l'extrémité pelvienne se prête aux mêmes remarques.

Reste le tronc, dont chaque point pourra se présenter au détroit supérieur et constituer autant de présentations. Cependant, comme c'est presque toujours de côté que le tronc se présente, on a fait des présentations latérales au nombre de deux : présentation de l'épaule droite, présentation de l'épaule gauche. Chacune de ces présentations comprendra aussi des présentations irregulières ; savoir : présentations cervicale, dorsale, sternale, etc., suivant que ce sera le col, le dos, le sternum qui se présenteront au détroit supérieur. Par ce moyen, on réunit, dans un petit nombre de présentations, l'infinité de présentations admises par Baudelocque et les autres auteurs.

Il en sera de même pour les positions, dont on avait autrefois admis un grand nombre. Il faut établir des points de reconnaissance ; pour cela, l'on divise, d'une part, le bassin en deux parties égales, en côté droit et côté gauche. Pour le fœtus, ces points de reconnaissance varieront suivant les présentations ; si la tête est fléchie, ce sera l'occiput ; si c'est la face qui se présente, ce sera le menton ; pour l'extrémité pelvienne, c'est le sacrum ; pour les présentations de l'épaule, c'est cette partie elle-même, et l'on dira : position occipito-iliaque droite ou gauche, mento-iliaque, sacro-iliaque, scapulo-iliaque droite ou gauche.

Maintenant il est une remarque importante à faire : dans toutes ces positions l'accouchement est possible spontanément, ce qui ne veut pas dire que dans toutes il soit également heureux. Dans l'étude de chacune d'elles en particulier, l'on verra des lois si régulières, qu'il suffira de les connaître dans une pour les pressentir dans les autres.

Présentation du sommet. La partie du fœtus qui se présente le plus communément au détroit supérieur est, sans contredit, l'extrémité céphalique ; et presque toujours, dans cette présentation du sommet, la tête est fléchie, et l'occiput se trouve placé du côté gauche, derrière la cavité cotyloïde. Par conséquent, la position *occipito-iliaque gauche antérieure* est la plus commune. Dans cette présentation la tête est ordinairement fléchie, à ce point que le menton appuie sur la partie antérieure de la poitrine ; l'occiput regarde à gauche et en avant, le front à droite et en arrière, la suture bi-pariétale traverse obliquement le détroit supérieur ; les fontanelles antérieure et postérieure se trouvent placées à peu près sur le même plan, la première en arrière, la deuxième en avant. (Il est facile de pressentir les rapports des autres parties de l'enfant.) La tête dans cette position n'est pas tout à fait d'à-plomb, elle est un peu inclinée ; ainsi la bosse pariétale droite, qui regarde en avant et à droite, se trouve placée sur un plan moins élevé que celle du côté opposé. Cette inclinaison de la tête a été méconnue par presque tous les accoucheurs. C'est Nægelé le premier qui l'a signalée ; mais il l'a tellement exagérée, qu'on pourrait regarder cette inclinaison comme une véritable position de côté de l'extrémité céphalique. Du reste, il est facile de se méprendre sur le degré de cette inclinaison de la tête, par la raison que pour pratiquer le toucher on introduit le doigt par un orifice dont l'axe ne correspond pas à l'axe du détroit supérieur ; ce qui explique comment Nægelé a pu exagérer un peu cette inclinaison. Quoi qu'il en soit, cette inclinaison est constante ; mais comme, en définitive, cette circonstance présente peu d'intérêt pratique, il est inutile d'y insister davantage.

Mais il ne suffit pas d'indiquer les rapports du fœtus dans cette position, il faut dire comment on peut les reconnaître. A l'aide du toucher, l'on sent que le détroit supérieur est fermé par une tumeur ronde et solide, enveloppée en grande partie encore par l'utérus ; l'on reconnaît la suture sagittale et sa direction oblique ; si l'on soulève un peu le rebord de l'orifice, l'on trouve la fontanelle postérieure derrière la cavité cotyloïde gauche ; la fontanelle antérieure peut être très difficilement touchée.

Il faut voir maintenant comment, dans un travail régulier, le fœtus va franchir le détroit supérieur et les diverses autres parties du bassin.

Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines sur le fœtus, est de le presser dans tous les sens, de rapprocher toutes ses parties les unes des autres, d'augmenter encore leur flexion tout en le poussant à travers l'orifice de l'utérus et du détroit supérieur. Alors la tête descend et s'engage dans l'excavation du bassin en même temps qu'elle se redresse ; c'est-à-dire que la bosse pariétale droite se place sur le même plan que celle du côté opposé. Arrivé au détroit inférieur, la tête subit un mouvement de rotation par lequel l'occiput vient se placer derrière le pubis, et le front dans la concavité du sacrum ; la tête, qui jusqu'alors était fortement fléchie, opère un mouvement d'extension, et elle franchit la vulve.

Dans cette partie du travail, il y a, comme on vient de le voir, plusieurs mouvemens de la tête à étudier :

1° Un mouvement de progression de haut en bas, qui ne présente de remarquable que les différens rapports de la tête avec le bassin.

2° A mesure que la tête s'engage, elle exécute un mouvement de flexion qui se comprend par la résistance que présentent le col de l'utérus, qui n'est pas encore franchi, et les os du bassin.

3° Mouvement de redressement qui replace les fosses pariétales sur le même plan.

4° Mouvement de rotation qui ramène l'occiput derrière le pubis. La tête s'est jusque-là engagée obliquement ; une fois parvenue à la partie inférieure du bassin, au point où le canal qu'elle doit parcourir cesse d'être perméable, il faut qu'elle prépare, qu'elle dilate l'extrémité de ce canal ; qu'elle creuse la gouttière périnéale où elle doit se loger : ce sera le fruit de beaucoup d'efforts, d'un grand nombre de contractions ; et en même temps que la tête opérera son mouvement de rotation, l'occiput se présentera à la vulve.

5° Alors, pour que le fœtus puisse franchir ce dernier obstacle, il faudra que la tête accomplisse son mouvement d'extension. C'est dans ce mouvement qu'on voit se présenter successivement au bord du périnée la suture sagittale, la fontanelle antérieure, les bosses frontales, puis la face. La tête une fois dégagée reprend la position qu'elle avait dans le bassin : c'est le mouvement de restitution.

Les épaules ont en même temps franchi le détroit supérieur dans une position oblique ; en se rapprochant du détroit inférieur, celle qui est située en avant et à droite,

---

vous allez produire dessineront des objets que vous comparerez, et dont vous me direz le nom. Puis vous tracerez sur la face supérieure de la table cet objet : s'il est en tout semblable à celui qui est creusé sur la face inférieure, le dessert est à vous. Nous avons des macarons pour celui qui trouvera un objet, des pêches pour celui qui le limitera bien, et du champagne pour celui qui pourra en détailler toutes les parties ; enfin j'embrasserai celui qui réussira, en percutant, la nappe, une serviette et la toile cirée recouvrant la table. —

Alors, je dis adieu au dessert et à l'accolade du confrère, deux choses que je regrettais très inégalement. Les deux convives sortirent leurs jetons, percutèrent avec ou sans jetons, avec et sans serviettes ; le maître s'en mêla et la maîtresse aussi ; et on fit, je vous l'assure, beaucoup de bruit. On découvrit l'estomac et les intestins de cette table ; on dessina tout cela sur la face supérieure, le cœur y compris, avec ses compartimens. Moi, moi seul, je ne pus faire la moindre découverte ! Je n'eus donc pas le moindre macarron, le moindre dessert, et on me dit : Monsieur, vous me paraissez dédaigner la percussion. — Pas précisément, répondis-je d'un air demi-modeste, demi-embarrassé. — Voilà où vous conduit ce dédain. Vous étiez cependant averti : il y avait un *post criptum* à ma lettre d'invitation. Le désagrément que vous éprouvez ici n'est presque rien : je ne vous plains que médiocrement ; je plains vos malades !

Après ce mot prononcé avec tout ce qu'il y a de plus grave dans le registre d'une basse-taille bien caverneuse, le confrère me fit la politesse de me tourner le dos, ce qui me permit de m'évader. Mais, Monsieur, depuis lors, j'ai commencé un cours de percussion dans les amphithéâtres de Paris (je percute les morts pour ne pas contusionner les vivans). J'ai déjà constaté une grande vérité qui se trouvait sous la table en question, à savoir : *la rate se trouve à droite cent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.* Ce qui me servira à compléter mon dîner quand je recevrai encore une invitation.

Il s'agit en ce moment d'une grave question chirurgicale entre les gérans des Débats et du Moniteur parisien, d'un côté ; la Gazette de France et la Quotidienne, de l'autre : c'est la question de savoir si Henri de France, qui a fait une chute de cheval et qui s'est cassé le fémur, sera boiteux ou non. Comme vous empiétez quelquefois sur les autres journaux, ceux-ci se permettent de traiter les questions qui ne sont que de votre compétence. Il s'agit d'un pronostic qui a une grande gravité, car un homme qui a la prétention de gouverner un pays comme le nôtre aurait bien moins de chances s'il était boiteux. Alors ceux qu'on appelle *conservateurs* prétendent que le duc de Bordeaux aura un raccourcissement, et les autres assurent que la réunion des fragmens du fémur dynastique sera immédiate. Vous voyez déjà qu'au milieu de cette question chirurgicale très complexe par elle-même se trouve une question politique qui la rend encore plus complexe et plus obscure. Ces journaux auraient mieux fait de se borner à plaindre avec respect le malheur de l'exilé, et de laisser aux chirurgiens qui l'entourent le soin de la partie chirurgicale. Mais il doit y avoir là dessous quelque ambition qui se cache. Il y a quelqu'un à Paris qui veut avoir l'honneur d'aller entendre la crépitation des illustres fragmens.

Il est certain que si des bulletins rédigés par les chirurgiens qui traitent cette fracture, pouvaient vous arriver sans altération, vous pourriez, avec les talens chirurgicaux de votre rédaction, porter un pronostic qui se rapprocherait beaucoup de la vérité. Il faudrait savoir d'abord : 1° si la fracture est réellement au col du fémur ; ce qui est douteux vu l'âge du prince et la nature de l'accident ; 2° si elle est au col, est-elle intra ou extra-capsulaire ; 3° si elle est au corps de l'os, à quelle hauteur se trouve-t-elle ? est elle oblique ou en rave ; simple ou compliquée ; 4° quel est l'appareil adopté ; 5° quelles sont les mains qui l'ont appliqué. Si on pouvait résoudre ces questions, vous pourriez répondre : Oui, le prince sera boiteux ; ou non, il ne le sera pas. Je vais dire mon opinion, parce que je suis sans autorité : Le prince sera boiteux, au moins autant que l'a été Lafayette, qui l'a toujours été un peu depuis la fracture qu'il se fit à l'âge de vingt-deux ans. Je le répète, mon opinion est sans conséquence, et c'est pour cela que je la donne.

Je vous avais dit de décacheter mon paquet. Je vous demanderai en grâce, aujourd'hui, de ne briser ce précieux cachet que mardi prochain. Laissez-moi jouir encore une semaine des avantages du secret. Mardi, on saura le mot.

Dr Lyrac.

On sait que M. Feuchères vient de sculpter une des plus belles fontaines de Paris au carrefour Saint-Victor. On vient d'écrire au frontispice ces mots :

A GEORGES CUVIER.

se porte graduellement vers l'arcade des pubis ; l'autre se rapproche de la courbure du sacrum. La tête suit à l'extérieur le mouvement qui est imprimé au tronc, et son grand diamètre devient transversal. Bientôt les contractions utérines continuant d'agir, l'épaule qui est située derrière le pubis se dégage, puis l'autre, et enfin le reste du corps.

Position occipito-iliaque droite postérieure. Dans cette position l'occiput répond à la symphyse sacro-iliaque droite, le front à la cavité cotyloïde gauche ; le côté gauche de la tête est en avant et à droite ; le côté droit en arrière et à gauche. L'on devine les rapports des autres parties du fœtus. Comme dans la position précédente, sous l'influence des contractions utérines, la tête opère les mouvemens de progression de haut en bas, de flexion, d'inclinaison, puis de redressement. Arrivée près du détroit inférieur, elle doit, comme dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, opérer un mouvement de rotation qui ramène l'occiput derrière la symphyse des pubis ; mais ce mouvement présente ici une étendue beaucoup plus considérable que dans la position précédente, et il dépasserait les limites naturelles si le tronc ne participait pas à ce mouvement. Le fœtus change donc de rapports, et revient se placer comme s'il était dans la position occipito-iliaque gauche antérieure. Le reste se passe comme dans cette dernière position.

Il est inutile de décrire les deux autres positions du sommet ; on les comprend facilement d'après ce qui vient d'être dit des deux précédentes.

Le mécanisme dans les positions du sommet n'est pas tellement régulier qu'il n'y ait quelquefois certaines exceptions. Ainsi, le mouvement de flexion mentionné plus haut n'est pas constant. Dans certains cas la tête reste défléchie dans l'excavation du bassin, en sorte qu'elle présente son diamètre occipito-frontal au détroit inférieur. Cette circonstance a occupé un peu quelques accoucheurs qui voulaient que l'art intervînt ; mais elle n'a rien de grave ; car la tête sera obligée de se fléchir pour franchir la vulve. Une autre exception dépendant, soit d'une trop grande flexion de la tête, soit d'une inclinaison du fœtus, c'est quand l'occiput occupe le centre de l'excavation ; mais cette anomalie est moins sérieuse encore que la précédente.

Il existe d'autres anomalies plus remarquables et qui sont relatives au mouvement de rotation que la tête doit subir. Ainsi l'occiput se trouve placé obliquement. Eh bien ! il peut se faire qu'il se présente au détroit inférieur dans cette position et qu'il le franchisse sans opérer de mouvement de rotation. D'autres fois, dans les positions occipito-postérieures, l'occiput, au lieu d'être ramené en avant, est porté en arrière dans la concavité du sacrum, dont il n'occupe pas tout à fait la ligne médiane, et ce n'est qu'à sa sortie du détroit inférieur que la tête complète le mouvement de rotation. Dans cette circonstance, c'est seulement par un mouvement de flexion forcée que le dégagement de la tête peut avoir lieu. Les accoucheurs regardaient autrefois cette terminaison de l'accouchement dans les positions occipito-postérieures comme la règle ; l'exception était pour eux le mouvement qui portait l'occiput sous le pubis : c'est une erreur. Dans cette position occipito-postérieure le front, par suite d'un mouvement de déflexion de la tête, peut se présenter le premier, mais bientôt il ne tarde pas à être remplacé par l'occiput ; quelquefois néanmoins cette dernière circonstance n'a pas lieu. Et alors c'est le front qui vient se dégager le premier, puis le nez et le menton : ceci résulte de l'observation. Cependant M. Capuron nie la possibilité d'une semblable terminaison ; mais sur 600 accouchemens, M. Villeneuve en a vu 15 se terminer l'occiput étant en arrière et 3 fois seulement l'application du forceps a été nécessaire, encore existait-il dans ces trois cas différentes particularités qui, en l'absence de cette circonstance, auraient nécessité l'emploi du même moyen. Les observations de M. P. Dubois confirment pleinement celles de M. Villeneuve. Il n'en est pas moins vrai que cette circonstance n'est pas favorable à l'accouchement et qu'elle devient une cause de difficulté dans le travail.

Baudelocque dit que le front est trop arrondi pour pouvoir s'adapter à la concavité des pubis ; mais c'est là une raison puérile : il suffit d'une simple comparaison des parties pour voir que la différence, s'il y en a, est petite, et ne saurait apporter de sérieuses difficultés. Le travail est plus difficile dans cette position, parce que la tête ne s'adapte pas aussi bien à la courbure du sacrum que dans celle où l'occiput est en avant ; et une autre raison, c'est qu'elle présente alors son plus grand diamètre, le diamètre occipito-mentonnier, et qu'il faut de fortes et de nombreuses contractions pour vaincre la résistance des parties.

Le mouvement de rotation de la tête peut être exagéré, circonstance qui peut induire en erreur ; car on voit alors, dans la position occipito-antérieure gauche, l'occiput se présenter comme dans une position occipito-antérieure droite *et vice versâ*, mais bientôt l'occiput revient se placer derrière les pubis.

Pour la sortie des épaules, l'on observe aussi de nombreuses anomalies ; ainsi, l'on a vu que presque toujours c'était l'épaule placée en avant qui se dégageait la première ; eh bien, quelquefois le contraire a lieu. Le mouvement de rotation peut être exagéré pour les épaules comme pour la tête ; mais quelquefois, au lieu de revenir sur elles-mêmes, elles continuent ce mouvement de rotation, en sorte que l'épaule, qui devrait se trouver en arrière, est en avant. D'autres fois enfin, les épaules peuvent se trouver placées transversalement, et sortir dans cette position. Toutes ces circonstances n'augmentent pas notablement les difficultés de la parturition ; néanmoins, quelquefois elles obligent l'accoucheur à venir en aide à la nature, et à rendre au fœtus sa position normale.

Présentation de la face. Au lieu du sommet, la face peut se présenter à l'ouverture du bassin ; cela suppose un certain état d'extension, au lieu de la flexion qui existait dans les positions précédentes. Ces présentations sont rares ; on les observe une fois sur 288 : elles sont, par rapport aux présentations du sommet, comme 1 est à 272.

La plupart des accoucheurs ont cru devoir rechercher la cause des présentations de la face ; les uns l'attribuent à une grande obliquité de l'utérus, les autres à l'obliquité du fœtus dans la cavité utérine. Mais ce ne sont là que des causes préparatoires ; la véritable cause efficiente résulte de contractions mal dirigées, qui surprennent la tête dans un état d'extension antérieure à la rupture des membranes.

On a dit que ces présentations n'étaient point primitives, mais secondaires ; que la tête, en raison de l'obliquité de l'utérus ou du fœtus lui-même, venant à porter sur un des points de la circonférence du bassin, les contractions utérines lui faisaient subir un mouvement de bascule, et forçaient le front et la face à s'engager dans le détroit au vide duquel ils répondent. Il y a dans cette opinion une remarque à faire relativement aux conditions dans lesquelles les parties se trouvent. L'on n'a pas pensé que le bassin n'est pas sec, qu'il est revêtu de parties molles, et puis que le fœtus est encore contenu dans une poche qui se contracte, toutes raisons qui s'opposent à ce que la tête vienne arcbouter contre le bassin : comme on le voit, cette opinion n'est nullement fondée.

Il suffit de la simple observation pour voir que les présentations de la face ne dépendent pas des causes alléguées par les auteurs ; la tête est défléchie, on ne sait pourquoi, mais le fait existe. Sur 85 présentations de la face observées par M. P. Dubois, 49 fois la présentation a été constatée avant la rupture des membranes ; 19 fois immédiatement après la rupture, le reste beaucoup plus tard. Sur ces 85 présentations, trois fois seulement l'utérus présentait une obliquité un peu considérable, une fois l'eau de l'amnios était abondante. Ces faits, comme on le voit, ne viennent pas corroborer le dire des auteurs.

Les rapports de la tête dans les présentations de la face sont les mêmes que dans celles du sommet ; seulement, l'occiput se trouve remplacé par l'autre extrémité, le menton. C'est cette partie qui doit s'engager la première dans le bassin, et qui va servir à déterminer la position.

Dans la position mento-iliaque gauche, le menton est presque toujours dirigé en avant ; il est le plus souvent dirigé en arrière dans la position mento-iliaque droite. Ainsi l'on voit survivre ici la loi qui existait pour les positions du sommet. Cela n'empêche pas qu'il ne puisse y avoir des positions transversales, mais elles sont très rares. L'expérience démontre de suite que la tête, soit fléchie, soit étendue, est soumise aux mêmes lois, et que dans les deux cas les positions se correspondent ; en sorte que la position mento-iliaque droite postérieure serait plus commune que la position mento-iliaque gauche antérieure, car elle répond à la position occipito-iliaque gauche antérieure qui, dans les présentations du sommet, est la plus fréquente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 17 août 1841.

Intoxication arsenicale. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Caventou.

M. Guéneau de Mussy demande la parole pour une motion d'ordre. Il est dans les règlemens, dit-il, et dans les usages de l'Académie, que lorsqu'un travail pour lequel on a nommé une commission, vient à être imprimé, il n'y a pas de rapport. Or, le travail de MM. Danger et Flandin se trouve imprimé *in extenso* dans l'ouvrage qu'ils viennent de publier. En conséquence, je demande qu'on arrête la discussion, qu'on renvoie le rapport, en le considérant comme non avenu, et qu'on passe à l'ordre du jour ; c'est un moyen comme un autre pour arrêter le scandale.

Plusieurs voix : Appuyé.

MM. Desportes, Chervin, Nacquart, Caventou, Pelletier combattent la proposition de M. Guéneau de Mussy.

M. Baudelocque soutient la proposition.

M. le président la met aux voix ; elle est rejetée.

M. Caventou monte à la tribune et relit la quatrième conclusion relative à l'appareil de MM. Danger et Flandin. (*V.* le compte-rendu de la séance du 11 août.)

M. le président déclare que M. Pelletier a consenti à retirer son amendement.

M. Caventou. L'appareil de M. Orfila, dessiné dans le Bulletin, vient de subir une nouvelle modification par l'auteur ; elle consiste à mettre deux tuyaux au lieu d'un dans la fiole ; l'un de ces tuyaux est amianté et sert à l'échappement du gaz ; l'autre n'est point amianté et sert à l'introduction de la matière suspecte. Cette nouvelle modification rend l'usage de l'appareil plus commode. C'est à cet appareil, ainsi modifié, que la commission donne aujourd'hui la préférence ; il rendra des services immenses aux experts, même les moins exercés. (Mouvemens divers, bruits prolongés.)

M. Gerdy. J'avais proposé un sous-amendement ; je le reproduis aujourd'hui, parce que je le crois nécessaire dans l'intérêt de la vérité et de la justice ; le voici : c'est de dire que l'appareil de MM. Danger et Flandin est aussi bon qu'ingénieux, et puis d'ajouter à la fin de l'article: Mais la commission préfère celui de M. Orfila, inventé depuis celui de MM. Danger et Flandin, et depuis celui de l'Institut. — Je crois même qu'il faut s'expliquer plus clairement sur l'appareil qu'on attribue à M. Orfila ; car il y en a deux connus sous son nom ; l'ancien, qu'il a abandonné ; le nouveau, qu'il a adopté après celui de l'Institut, et qui contient de l'amiante. Ce dernier vient d'être modifié encore par M. Orfila, de sorte qu'il est assez difficile de savoir au juste quel est l'appareil auquel on veut faire allusion. M. Orfila ne se contente plus d'un seul tube ; il veut deux tubulures, ainsi que d'autres l'avaient fait avant lui. Dans huit jours d'ici, d'autres changemens auront encore lieu peut-être, et nous pourrons nous trouver en contradiction avec notre vote.

M. Caventou. Il n'est pas exact de comparer l'appareil de M. Orfila à celui de MM. Danger et Flandin. Ce sont là deux systèmes tout à fait différens ; le système de M. Orfila consiste à extraire le poison à l'état de métal, celui de ces messieurs consiste à obtenir l'acide arsénieux ; le système de M. Orfila est bien supérieur à l'autre. Quant à l'appareil de l'Institut, il n'offre d'autre particularité que l'amiante dans le tube et le petit écran aux charbons au lieu de la lampe à l'alcool ; mais, au fond, il est le même que celui de M. Orfila. Or, l'Institut n'a publié son appareil que dans le mois de juin, tandis qu'il est connu de tout le monde que M. Orfila s'en servait dès le mois de février, c'est-à dire plus de quatre mois auparavant. Donc. l'invention de l'appareil de l'Institut et l'amiante même appartiennent à M. Orfila. (Marques d'incrédulité.)

M. Bouillaud parle dans le sens de M. Gerdy : il soutient l'amendement de ce dernier, qui lui paraît raisonnable, et qui ne préjuge en rien le mérite de l'invention de M. Orfila, si invention il y a.

M. Ollivier (d'Angers). On veut chercher en dehors de cette Académie l'inventeur de l'appareil de l'Institut, tandis que cet inventeur est au milieu de vous : c'est à M. Chevallier, en effet, que revient l'honneur de cette invention ; voici son appareil figuré dès 1839. L'Institut n'a fait autre chose que substituer l'amiante à la porcelaine.

M. Gerdy. M. Caventou vient de dire que le parallèle entre les trois appareils n'était pas possible. Remarquez cependant le mode d'action de ces appareils : MM. Danger et Flandin obtiennent de l'acide arsénieux et du sulfure d'arsenic, puis ils le réduisent en un instant à l'état métallique par une seconde opération ; l'Institut arrive au même résultat à l'aide de l'amiante ; M. Orfila en fait autant, ou pour mieux dire fait comme l'Institut, avec cette différence qu'il se sert de la lampe à l'alcool au lieu des charbons incandescens. Maintenant, est-il vrai que la priorité de cet appareil appartienne à M. Orfila ? Non, M. Orfila a avoué lui-même dans une des dernières séances que c'était de la commission de l'Institut qu'il tenait l'appareil à l'amiante. En conséquence la priorité appartient à l'Institut, non à M. Orfila. Voilà pour le fond. Quant à la modification apportée par M. Orfila à l'appareil de l'Institut, elle est loin d'être heureuse ; vous avez entendu un homme du métier, un chimiste, M. Bussy, vous dire lui-même que l'appareil de l'Institut était cent fois préférable à celui de M. Orfila. Je ne m'oppose pas cependant à ce que la commission donne la préférence à ce dernier, mais il ne faut pas dépouiller l'Institut d'une chose qui lui est propre pour la donner à M. Orfila.

A présent, y a-t-il réellement parité entre l'appareil de M. Chevallier et celui de l'Institut ? Non, le mode de la porcelaine et celui de l'amiante sont tout à fait différens. L'amiante agit mécaniquement sur le gaz, divise le courant ; en le faisant filer sur les côtés, il le refroidit et permet à l'arsenic de se déposer sur les parois du tube, tandis que la porcelaine agit au contraire par la chaleur, puisque M. Chevallier chauffait la porcelaine dans le but de faire décomposer le gaz qui la rencontrait. Le mode d'action de ces deux moyens est donc tout à fait différent, et c'est à tort que l'on a cru que l'un était une conséquence de l'autre. Ce qui prouve encore ce que j'avance, c'est que l'Institut remplace au besoin l'amiante par du coton ; or, si l'on appliquait là de la chaleur comme le fait M. Chevallier sur la porcelaine, on le brûlerait et l'on manquerait le but. Je le répète, l'amiante et le coton agissent mécaniquement sur le courant du gaz dans le but de le diviser, d'en retarder la marche, tandis que la porcelaine agit par le calorique. Vous voyez combien il importe pour l'honneur de l'Académie que vous ne confondiez pas les choses et que justice soit rendue à tout le monde. Ces explications justifient assez, je crois, l'amendement que j'ai proposé et que je prie M. le président de mettre aux voix.

M. Pelletier. L'appareil de MM. Danger et Flandin et l'appareil de l'Institut sont deux systèmes tout à fait différens. Le premier vous donne un composé arsenical ; le second, au contraire, vous donne l'arsenic métallique. Sans doute que l'appareil de MM. Danger et Flandin est ingénieux comme invention chimique ou de laboratoire ; mais en pratique, il offre beaucoup d'inconvéniens, et assurément il est inférieur à celui de l'Institut. Voulez-vous maintenant que je vous dise ma pensée toute entière et avec franchise ? La voici : il n'y a qu'un seul appareil au fond, au milieu de toutes les inventions qui nous inondent à ce sujet, c'est l'appareil de Marsh ; les modifications qu'on a fait subir à cet appareil sont toutes insignifiantes au fond, à l'exception de celle de l'Institut, qui en est une heureuse modification, une véritable amélioration. Quant aux autres, ils ne sont rien pour moi ; à mes yeux, il n'y a pas d'appareil de M. Orfila, ni de M. Chevallier, ni de MM. Danger et Flandin ; je dirai même que ce dernier est le plus mauvais de tous. Ceux qui doivent seuls être mentionnés dans le rapport sont celui de Marsh, puis celui de l'Institut. Otez donc les noms propres, et vous serez plus exacts et plus courts. Ceci vaut bien tous les amendemens. (Mouvement général d'adhésion.

M. Bouvier défend M. Orfila et la commission ; il convient cependant que l'addition de l'amiante appartient à l'Institut, et cela avait été dit dans le rapport de M. Caventou ; il lit ce passage du raoport de la commission, et il conclut en rejetant l'amendement de M. Gerdy.

M. Caventou. Oui, nous avons dit dans le rapport que l'addition de l'amiante appartenait à l'Institut ; c'est la vérité.

M. Gerdy. Cependant vous venez de soutenir le contraire tout à l'heure. Il vous a échappé de dire que la priorité de cette modification appartenait à M. Orfila, qui, selon vous, s'en servait quatre mois avant l'Institut !

M. Caventou. Je me suis trompé. (On rit.)

M. Desportes. Il est donc évident que la conclusion est en contradiction flagrante avec le fond du rapport, depuis l'adoption de l'amendement de M. Dubois, puisque vous attribuez à M. Orfila une chose que vous avez dit ailleurs appartenir à l'Institut. Je pense, comme M. Pelletier, que les modifications qu'on a apportées à l'appareil de Marsh sont toutes insignifiantes au fond, à l'exception de celle de l'Institut, qui est la seule bonne et utile. Il serait donc convenable de supprimer toutes ces prétentions de noms propres pour n'y substituer que le seul nom de Marsh, qui est l'inventeur, et le nom de l'Institut.

M. Chevallier explique le mode d'action de la porcelaine dans le tube d'échappement ; il reconnaît la supériorité de l'amiante.

M. Londe reproduit et commente favorablement l'amendement de M. Gerdy, qu'il désirerait qu'on mît de suite aux voix.

M. Bouillaud. J'ai insisté tout à l'heure pour l'adoption de l'amendement de M. Gerdy ; en voici un autre qui doit contenter tout le monde. Otons les noms d'appareil et substituons ce-

lui de procédé, puisqu'il ne s'agit que de cela. « Que le procédé de MM. Danger et Flandin est bon et ingénieux, mais la commission lui préfère le procédé de M. Orfila, et surtout celui de l'Institut. » (Appuyé.)

Aux voix! aux voix!

M. P. Dubois veut qu'on laisse l'article tel qu'il a été amendé par lui, et qu'on le mette aux voix Il s'oppose à ce qu'on mentionne le travail de l'Institut. (Murmures.)

M. Pelletier soutient que cela est impossible; le travail de l'Institut fait loi, il est antérieur; on ne peut s'empêcher de le reconnaître, de l'adopter. Il appuie l'amendement de M. Bouillaud, qui lui paraît juste.

M. Chervin parle dans le même sens. Il pense que l'Académie de médecine ne peut s'empêcher de tenir compte du beau rapport de l'Académie des sciences.

M. Double. Il ne faut pas oublier, Messieurs, qu'il s'agit d'une question de science qui intéresse la société entière, et que ces sortes de travaux seront lus non seulement par des savans, mais encore par des magistrats et par des juges. On ne saurait, par conséquent, y mettre trop d'impartialité et de justice. Vous devez vous occuper uniquement de la science et laisser, autant que possible, les noms propres de côté. L'amendement proposé par M. Bouillaud me paraît très sage; je l'appuie, et je prie M. le président de le mettre aux voix.

M. Gerdy. Je l'adopte volontiers.

M. Castel veut parler; les bruits couvrent sa voix.

L'article de M. Bouillaud est mis aux voix et adopté.

Cinquième conclusion. Les procédés de M. Orfila pour découvrir l'arsenic absorbé, ont été trouvés exacts par la commission.

M. Desportes. Cet article est parfaitement inutile; vous pouvez le supprimer, puisque vous venez de parler des procédés de M. Orfila.

M. Double demande également la suppression de cet article comme inutile. Vous avez substitué au mot appareil le mot procédé de M. Orfila, en conséquence cet article est une répétition inutile.

M. Bouvier soutient l'article.

M. Ollivier demande une explication de l'article de M. Bouillaud, qui lui paraît obscur.

M. Pelletier. Il s'agit ici de l'absorption, non de l'appareil à hydrogène; la chose vraiment remarquable, découverte par M. Orfila, est l'absorption, c'est ce qu'il a fait de plus important; c'est sa découverte; vous devez la mentionner d'une manière particulière.

M. Gerdy. Nul n'est plus disposé que moi à rendre justice aux travaux de M. Orfila; si je l'ai combattu jusqu'à présent, je suis tout prêt à le défendre maintenant relativement à l'absorption. Il faut bien distinguer l'absorption comme fait physiologique, de la recherche chimique du poison absorbé. L'absorption était connue, mais la recherche, la constatation par des procédés chimiques de l'arsenic absorbé appartient, à ce qu'il paraît, à M. Orfila. D'autres l'avaient cherché avant lui, mais ne l'avaient pas trouvé, vu l'imperfection des procédés d'autrefois. J'avais cru, d'après une traduction incomplète de Christison, que la chose avait été faite par d'autres; mais je me suis trompé, et je suis bien aise de trouver l'occasion d'avouer ici publiquement mon erreur à l'avantage de M. Orfila. Je propose, en conséquence, que cette conclusion soit ainsi rédigée: « Que M. Orfila a démontré chimiquement, le premier, l'arsenic absorbé. »

M. Caventou. M. Orfila a fait là une très grande découverte; non seulement il a découvert chimiquement l'arsenic absorbé, mais encore l'absorption elle même.

M. Bérard ne trouve pas la rédaction de M. Gerdy assez laudative et explicite. Il veut qu'on dise que même *l'idée* d'aller chercher l'arsenic absorbé appartient à M. Orfila. (On rit.)

Plusieurs voix. Non, un grand nombre de chimistes l'avaient cherché avant lui.

La proposition de M. Gerdy est rédigée plus *in extenso* par M. Caventou; elle est mise aux voix et adoptée.

Sixième conclusion. Les animaux empoisonnés d'une manière aiguë urinent, contrairement à l'assertion de MM. Danger et Flandin.

M. Dupuy. Je propose la suppression de cette conclusion, qui est inexacte et inutile. Inexacte, car la sécrétion urinaire est tantôt supprimée, tantôt ne l'est pas chez les animaux empoisonnés; inutile, car elle est purement physiologique et n'a rien à faire avec la médecine légale.

M. Double. Cette conclusion est contestable quant au fond; vous ne pouvez faire voter à l'Académie une proposition pareille d'après quelques expériences insignifiantes. Je vous en supplie, supprimez cette conclusion: à quoi vous sert-elle? l'objet principal de la question est voté; qu'importe à M. Orfila que les chiens aient ou non pissé? L'Académie ne peut devenir garante d'une pareille assertion de la commission; j'en demande formellement la suppression.

M. Caventou insiste.

M. Dubois (d'Amiens). Dites plutôt: La proposition de MM. Danger et Flandin est trop absolue.

On interroge M. Caventou sur les expériences de la commission relatives à l'urine.

M. Caventou déclare que la commission a expérimenté sur cinq chiens dont un a été mis hors de cause; restent quatre chiens. On leur a lié la verge et l'œsophage. A l'autopsie on a trouvé de l'urine dans la vessie (de 60 à 125 grammes).

M. Castel combat cet article. L'Académie se compromettrait si elle l'adoptait. La sécrétion urinaire est ou non supprimée selon la dose du poison, la quantité absorbée, la violence de l'intoxication. Lorsque cette violence est extrême, les animaux n'urinent pas, la vessie est contractée et vide comme chez les cholériques. MM. Danger et Flandin n'ont pas parlé d'une manière absolue, leur observation est exacte; d'ailleurs les expériences de la commission ne sont pas concluantes. Je propose la suppression de cette conclusion.

M. Rayer Evidemment, les expériences de la commission n'autorisent aucune conclusion. Elle n'a opéré que sur quatre chiens, sans vider d'abord la vessie à l'aide de la sonde; la ligature de la verge ne permet pas de savoir si la sécrétion urinaire a été ou non supprimée; l'urine retrouvée pouvait être antérieure à la ligature. J'appuie la suppression de cet article.

M. Barthélemy parle dans le même sens.

MM. Moreau, Chomel, Guéneau de Mussy, soutiennent la proposition, en s'appuyant sur ce que l'urine contient de l'arsenic.

M. Bégin fait observer que ce n'est pas une preuve que l'urine retrouvée ait été sécrétée après la ligature de la verge; puisque la vessie doit recevoir l'arsenic par absorption comme les autres organes. Les expériences de la commission sont insignifiantes, non-seulement à cause de leur petit nombre, mais encore à cause de la manière dont elles ont été exécutées. On sait, en effet, que les chiens ne vident pas leur vessie complètement en urinant; or, comme on ne les a pas sondés avant de leur lier la verge, l'expérience n'est pas concluante. J'appuie la suppression de cet article, ou du moins je propose qu'on ne s'exprime qu'avec doute.

MM. Bouillaud, Cloquet, Chomel, Dubois (d'Amiens) proposent des amendemens ou des rédactions nouvelles.

La rédaction de M. Bouillaud est ainsi conçue: « Que chez les quatre chiens soumis aux expériences de la commission, la sécrétion urinaire n'a point été supprimée; mais ces expériences n'étant ni assez nombreuses, ni assez variées, la commission n'a pu décider cette question d'une manière générale.

Cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

Septième conclusion. Remerciemens à MM. Danger et Flandin.

M. Gerdy propose qu'on ajoute, comme récompense de leur important travail, que leur nom sera porté sur la liste des candidats pour les places de membres résidens de l'Académie.

M. Bouillaud propose l'envoi de leur travail au comité de publication.

MM. Ollivier, Guéneau de Mussy, Renauldin, P. Dubois, Cloquet combattent vivement l'addition de M. Gerdy.

M. Double la soutient et la développe. C'est là une récompense honorifique que les corps savans ne doivent jamais craindre de donner aux hommes qui ont bien mérité de la science et de la société.

M. Lisfranc demande la parole: relativement à la proposition de porter MM. Flandin et Danger aux places de candidats, il veut citer un précédent dont M. Amussat est l'objet...

M. P. Dubois (avec vivacité) prétend que M. Lisfranc va dire des personnalités, et demande qu'on lui retire la parole. (Mouvement de surprise générale.)

M. Lisfranc. Je demande comment M. P. Dubois peut avancer que je vais me livrer à des personnalités quand je n'ai encore rien dit; c'est vouloir entrer dans des idées d'exclusion. Je ne veux dire qu'une chose, que M. Amussat avait été nommé membre de l'Académie avant d'être reçu docteur en médecine; qu'il n'y a là rien que de très honorable, que toute la section de chirurgie avait participé à cette nomination, et que je rends encore maintenant justice aux travaux de M. Amussat.

M. P. Dubois, confus et embarrassé, s'excuse de l'interprétation qu'il avait cru pouvoir donner aux pensées de M. Lisfranc.

Aux voix! aux voix! Non, non.

(Tumulte; M. le président agite de toutes ses forces une énorme sonnette.)

La proposition de M. Gerdy est mise aux voix et adoptée à une très grande majorité

Beaucoup de membres se lèvent. (Bruits étourdissans.)

M. le président. Aux voix tout le rapport! Vous avez adopté le vote secret.

M. Gerdy. Je n'y tiens plus maintenant, l'Académie m'ayant accordé tout ce que j'ai demandé dans l'intérêt de la vérité et de la justice. Il importe seulement, à présent, que M. le rapporteur remanie tout son rapport pour le mettre en harmonie avec les conclusions dont le sens est complètement changé. C'est là un nouveau travail à faire qui appartient à la commission. Ainsi, tous les passages qui étaient hostiles à MM. Danger et Flandin, et trop favorables à M. Orfila, doivent être modifiés. Votes ostensiblement.

On vote. (Adopté.)

Séance levée au milieu d'une hilarité générale.

— Un grand nombre de membres de l'Académie, de médecins et d'élèves félicitent M. Gerdy au sortir de la séance.

M. Emery s'approche de M. Gerdy, et lui fait des excuses des propos qu'il avait tenus contre lui à la dernière séance; M. Gerdy les reçoit de bonne grâce.

— Les journaux de Coutances annoncent la disparition complète de l'épidémie qui a désolé cette ville et avait fait irruption dans quelques localités voisines. Aucun cas ne s'est présenté depuis huit jours. Le collège, qui avait interrompu ses cours, les a repris.

— M. le docteur Forget, chirurgien-major du corps des sapeurs-pompiers de la ville de Paris, officier de la Légion-d'Honneur et de l'ordre de Léopold de Belgique, est décédée le 17 août, à dix heures du matin.

— Avant hier le jury du concours pour une place de médecin du bureau-central des hôpitaux a rendu sa décision. Les membres du jury se trouvaient réduits à six. MM. Combette et Tanquerel des Planches ayant obtenu chacun trois voix, le conseil général des hôpitaux devra se prononcer entre ces deux concurrens.

Nous avons déjà parlé avec avantage des produits de M. LEPERDRIEL, Pharmacien à Paris; nous les recommandons de nouveau d'une manière toute spéciale aux médecins et aux malades. (*Voir* les numéros des 18 et 26 décembre 1838.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 21 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 101, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Quelques considérations sur les tumeurs du sein et sur leur amputation ; par E. DUMESNIL, interne.

Dans ce travail de peu d'étendue, je n'ai pas l'intention d'étudier les tumeurs qui peuvent avoir leur siége dans la région mammaire. Je crois qu'il n'y a rien ou qu'il y a peu de chose à ajouter aux travaux de MM. Velpeau et Nelaton sur ce sujet. Ce n'est qu'après plusieurs années de pratique dans un grand hôpital que l'on peut avoir vu toutes les variétés des affections du sein que ces deux praticiens ont si exactement décrites. Je ne veux pas non plus entrer dans des détails d'anatomie pathologique sur les cas qui se sont présentés à moi depuis mon admission à l'internat; ma description serait en tout semblable, quant au fond, à celle des chirurgiens que je viens de citer. Ne m'occupant ici que d'un point de vue pratique, et adoptant la division de M. Velpeau sur ces affections, eu égard à leur nature, j'élimine immédiatement toutes celles qui ne sont ou ne paraissent susceptibles d'aucune transformation maligne. Ainsi, kystes hydatiques, mucilagineux ou séro-sanguins, tumeurs fibreuses, tuberculeuses, caséeuses ou osseuses, celles-là ne nécessitant pas ordinairement l'amputation de la partie où elles siégent. Ce qui suivra regarde donc spécialement celles de la seconde variété : productions encéphaloïdes, colloïdes, squirrheuses et mélaniques; celles enfin dont l'instrument tranchant seul délivre ordinairement les malades.

Je ne prétends point ici juger la question de savoir si les tumeurs de ce dernier groupe ne sont pas susceptibles de guérison, sans qu'il soit nécessaire de recourir à une opération sanglante. L'extrait de ciguë, le cuivre, l'arsenic, le plomb, le fer, la baryte, le *cura famis*, la compression la cautérisation, ont ils réellement guéri des maladies semblables! La difficulté de diagnostiquer parfois les tumeurs du sein, soit à leur début, soit même à une époque plus avancée, n'en a-t-elle pas imposé à certains médecins; n'ont-ils pas résolu des tumeurs qu'ils croyaient cancéreuses et qui, réellement, devaient être rangées dans une autre catégorie?

J'abandonne à des hommes plus compétens la solution de ce point important de la science. Je suppose donc, pour aborder promptement mon sujet, que tous ces moyens, employés méthodiquement, ont échoué, et que, dans un cas donné, l'amputation a été jugée indispensable.

De tout temps les chirurgiens ont compté parmi les circonstances favorables au succès de l'opération, le défaut d'adhérence aux muscles voisins; mais, excepté les cas où, pour me servir de l'expression de Boyer, le cancer est comme cimenté avec la paroi antérieure de la poitrine, je pense que cette adhérence n'est pas une contre indication réelle, pour des raisons que j'indiquerai plus loin. L'union intime de la tumeur avec le grand pectoral ou d'autres muscles est tous les jours méconnue, et quelques chirurgiens timides, que ce précepte eût certainement arrêtés, ont dû des succès à cette erreur de diagnostic. Les hommes les plus versés dans la pratique de la chirurgie s'y trompent à chaque instant, et telle opération qu'ils avaient annoncée devoir être facile et rapide, a exigé souvent, outre tout leur talent, un temps très long pour son exécution.

Ce fait singulier m'avait frappé dès le commencement de mes études; j'avais examiné avec attention une mamelle cancéreuse qui paraissait glissante ou au moins susceptible d'éprouver des mouvemens sur les parois musculaires de la poitrine, et néanmoins on fut forcé de disséquer fibre à fibre, pour ainsi dire, le grand pectoral.

Vingt exemples semblables, au moins, se sont reproduits sous mes yeux. L'an dernier, j'assistais comme aide à une extirpation de cancer du sein faite en ville. C'était un squirrhe énorme et mobile sur le grand pectoral. Les glandes de l'aisselle n'étaient pas engorgées. Je m'attendais surtout ici à une opération peu laborieuse; en effet, Boyer indique que ces tumeurs volumineuses contractent rarement des points d'attache avec les muscles. Il n'en fut rien; la base de ce squirrhe était traversée en tous sens par des cloisons fibreuses qui se prolongeaient dans le muscle grand pectoral et le divisaient en plusieurs faisceaux qu'on ne ménagea qu'avec la plus grande difficulté. Pendant la même année, sur huit opérations faites à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lisfranc, deux fois les cancers, très petits, étaient roulans sous la peau, et alors il n'y avait aucun doute, mais trois fois les tumeurs, plus volumineuses et plus profondément situées, ont été jugées libres, et trois fois les choses se sont passées comme dans le cas précédent.

Depuis le mois de janvier 1841, quatre seins cancéreux et fort augmentés de volume, ont nécessité l'emploi des instrumens tranchans. Les deux premières malades portaient des tumeurs que tous ceux qui suivent la clinique ont déclarées être mobiles; elles obéissaient aux mouvemens qu'on leur imprimait dans n'importe quel sens, et se laissaient même soulever assez aisément. Elles avaient cependant des connexions avec les muscles; ainsi, chez la femme Peynel, âgée de soixante-deux ans, et opérée le 5 mars, la masse squirrheuse s'attachait, en haut, au grand pectoral, par des liens aponévrotiques; en bas, elle présentait un pédicule qui s'enfonçait dans ce muscle, se confondait avec lui et l'avait fait participer à sa dégénérescence dans une étendue de quelques centimètres. Je fixai plus que jamais alors mon attention sur les deux dernières malades qui étaient dans ma division, et qui offraient des cancers qui semblaient ne pas avoir non plus de points d'union avec les parties profondes. Je déclarai bientôt que, contrairement à l'opinion générale, j'étais sur que l'énucléation serait impossible et la dissection assez possible.

Le 10 mars, ce que j'avais annoncé fut justifié sur la malade du n° 4 de la salle Saint Augustin, A. Combaut, âgée de trente-neuf ans. La même chose eut lieu sur celle du n° 8, la femme Guenon, qui fut soumise à l'opération le 31 du même mois. Près de quinze minutes se sont écoulées pour dégager le muscle grand-pectoral des parties qu'on devait enlever.

Le moyen à l'aide duquel je suis parvenu à ne plus m'en laisser imposer par ces mobilités apparentes est tellement simple et facile, que j'hésite à l'indiquer, craignant qu'il ne soit connu déjà, et que les auteurs n'en aient fait mention. Cependant, j'ai vu les erreurs fréquentes dans lesquelles sont tombés les praticiens les plus recommandables; j'ai fait part de mes idées à quelques-uns de mes collègues qui les ont trouvées neuves; enfin j'ai consulté un grand nombre de thèses et d'ouvrages de chirurgie sans y trouver indiqué le procédé qui m'a conduit à la vérité.

Ainsi, pour en revenir à mon point de départ, il s'agit de trouver si une tumeur du sein que l'on a décidé d'emporter par une opération, est ou n'est pas unie aux parties sous-jacentes.

Pour peu qu'on réfléchisse au mode d'exploration mis en usage journellement, on s'aperçoit bientôt qu'il est vicieux. En effet, on fait coucher les malades ou on les fait asseoir; le bras du côté affecté est pendant près du tronc ou ramené sur l'abdomen. Cette position, qui est excellente pour explorer attentivement le creux axillaire, est très mauvaise dès qu'on ne se livre plus à cette recherche; car, à moins que le cancer ne soit réellement cimenté avec les muscles, les aponévroses et les os, il est impossible de ne pas le trouver mobile, quoiqu'il n'en soit rien dans l'immense majorité des cas. Aussi, dès qu'on ne cherche plus à s'assurer si des ganglions existent ou n'existent pas dans l'aisselle, une autre position est indispensable pour résoudre la question proposée.

On fait asseoir la personne malade devant une table, on lui ordonne d'y appuyer les deux mains en rapprochant les coudes près du corps, et de faire des efforts soutenus comme pour se soulever à la force des bras; on a soin de lui faire relever en même temps les jambes qui ne doivent porter ni sur le sol, ni sur les barreaux de la chaise. Alors, tous les muscles qui ont des points d'insertion à l'épaule entrent dans une forte contraction, le grand pectoral surtout, qui devient dur et immobile. Pendant cette manœuvre, le chirurgien saisit la tumeur avec la paume de la main, ou entre le pouce, l'index et le médius, et essaie de lui imprimer des mouvemens. Si elle a des moyens de fixité, il est impossible de lui communiquer la moindre impulsion; car, dans cette position, elle ne peut plus entraîner le grand pectoral et simuler une liberté qu'elle ne possède pas. Il est même probable qu'à l'aide de ce procédé on pourra assez souvent déterminer si l'union a lieu dans toute l'étendue de la masse à enlever ou dans un point seulement, et alors trouver assez exactement le lieu et l'étendue de ce point. La position que j'indique ici pour cette exploration ne tend nullement la peau, mais lui donne au contraire le plus de laxité possible; le bras étant collé à la poitrine, et le grand et petit pectoral appliqués sur les côtes et les muscles intercostaux.

Convaincu que cette nouvelle méthode d'exploration sera aussi fidèle aux autres qu'à moi, je crois, si on l'adopte, qu'on ne devra plus tenir compte du conseil de tous les chirurgiens anciens, qui tend à contre-indiquer l'opération quand les tumeurs sont fixées aux parties situées au-dessous d'elles. Ils n'ont voulu et n'ont pu désigner que celles dont parle Boyer, car il fallait enlever les muscles, ruginer les os, appliquer le cautère actuel; les autres devaient constamment leur paraître libres, comme cela arrive encore aux praticiens d'aujourd'hui. Afin que le sujet dont je m'occupe conserve son utilité pour le chirurgien qui va agir, et ne soit pas dangereux pour celui qui serait frappé de cette défense, il faut se rappeler qu'elle n'est plus applicable qu'exceptionnellement, et que l'expérience est là qui atteste que les tumeurs implantées aux muscles, soit par des prolongemens fibreux, soit par de véritables pédicules, n'empêchent pas la cicatrisation complète de la plaie, et n'amènent pas plus souvent que les autres la récidive, quand toutes les parties malades sont soigneusement enlevées. En un mot, ce moyen de diagnostic n'a qu'un avantage, celui d'avertir l'opérateur des difficultés qu'il pourra rencontrer, difficultés qui ne devront plus l'effrayer au milieu de son travail, maintenant qu'il sera prévenu.

Avant de terminer ce chapitre, je dois faire remarquer que la contraction des muscles pectoraux est la condition que j'ai jugée indispensable pour éviter l'erreur; en effet, dans cet état ils ne peuvent plus suivre la masse qui leur adhère, et ils forment une base solide qui ne lui laisse plus de liberté. On conçoit néanmoins que les choses ne se passeraient pas tout à fait ainsi, si l'on avait affaire à un cancer attaché aux muscles par des liens fibreux assez lâches; mais le léger déplacement obtenu indiquerait à l'explorateur le cas qui s'offrirait alors, et que je soupçonne devoir être excessivement rare.

Je n'insiste pas davantage sur ce sujet, et j'arrive à un autre point de ce travail, à propos de l'extirpation des ganglions axillaires envahis. Jean-Louis Petit conseille de les ouvrir profondément, de les chasser de leur coque, ensuite de déchirer le kyste. Il veut, quand ces ganglions sont réunis, qu'on fasse une ligature à leur base dans la crainte de léser quelque gros vaisseau. Je pense que, le plus souvent, on peut se dispenser d'agir ainsi. Quand les ganglions siégent sous la clavicule, ou profondément entre muscles pectoraux, ou immédiatement sous le petit pectoral lui-même, on se borne à l'énucléation. Ne pourrait-on pas se comporter de la sorte pour les glandes engorgées de l'aisselle? Dans toutes les opérations de ce genre où il a fallu agir dans cette région, j'ai vu, qu'après l'incision de la peau, on pouvait ne plus se servir de bistouri. Les doigts seuls du chirurgien suffisent pour les dégager du tissu cellulaire ambiant. Les prolongemens fibreux, les petites veines, les artérioles se brisent facilement et l'on n'est pas exposé à blesser les gros troncs sanguins ou nerveux situés ordinairement derrière elles. Une précaution à garder, c'est de faire appliquer les doigts d'un aide en dessus et en dessous de la masse qu'on veut arracher, et le plus près possible. Les vaisseaux et nerfs sont maintenus, ne peuvent plus céder et l'arrachement se fait alors sans inconvénient. Dans une opération où je maintenais ainsi l'artère axillaire et le paquet veineux, je sentis tout à coup un craquement sous mes doigts, pendant les efforts de la traction et à l'instant les ganglions se détachèrent; il n'y eut pas la moindre hémorrhagie, ce qui s'explique facilement par la rupture des artères qui durent se rétracter aussitôt. Je sentais battre le vaisseau principal et je ne perçus pas le plus léger déplacement durant toute l'énucléation.

Quand on n'a pas ces précautions, il faut être averti que l'artère et les nerfs peuvent suivre les ganglions dans une étendue étonnante, ce qui expose singulièrement à les rompre si on énuclée, ou à les couper si on n'a pas quitté le bistouri; car on s'en croit éloigné de deux pouces alors qu'on en est tout près.

M. Lisfranc, qui dans sa longue pratique a vu une multitude de cas semblables, ne fait jamais d'énucléation sans être sûr de la position des doigts de son aide. Dernièrement, un cordon aplati, blanchâtre, sorti à côté du ganglion malade lui fit croire que le nerf médian avait été déplacé primitivement ou venait de s'échapper de dessous ma main; mais bientôt nous reconnûmes que ce n'était qu'un petit faisceau du grand pectoral qui, s'étant séparé du corps du muscle, avait contacté des adhérences avec ce ganglion. Malgré la distance du plexus brachial, M. Lisfranc craignait un déplacement, ce qu'il avait rencontré plus d'une fois.

Une chose remarquable après ces manœuvres longues et douloureuses, ces déchiremens de tissus profondément situés, c'est la rapidité avec laquelle les recollemens s'opèrent; deux ou trois jours, et quelquefois même quelques heures suffisent pour combler des cavités énormes. Chez la femme dont j'ai parlé (lit n° 1), on avait passé les doigts jusqu'au-dessus de la clavicule dans une assez grande étendue. On aurait pu mettre une grosse orange dans la plaie de l'aisselle, et vingt-quatre heures après une sonde ordinaire pénétrait difficilement dans ces anfractuosités; le lendemain, cela n'était plus possible. Cette femme mourut le seizième jour, d'une pleurésie que rien ne put arrêter, bien qu'on l'eût reconnue à son début. A l'autopsie, je trouvai que les tissus étaient en contact dans toute leur étendue, et exactement réunis. La position favorable de ces régions, leur grande vitalité rendent compte de ce résultat qu'on n'a pas noté, et qui cependant est fort important.

Toutes les malades qui depuis deux ans sont venues réclamer les secours de l'art, ont été interrogées avec le plus grand soin; aucune d'elles ne s'est rappelée que dans sa famille d'autres personnes en eussent été affectées.

Je termine par un mot sur les sutures de M. Rigal, sutures que nous avons quelquefois mises en usage depuis le commencement de cette année, et dont j'ai déjà eu l'hon-

neur d'entretenir les nombreux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. J'ai pu m'assurer que l'on avait eu raison d'avancer que ce mode de réunion serait impraticable dans beaucoup de circonstances. Les régions de l'aine, de l'aisselle, etc., ne sont pas les seules où les bandelettes ne conviennent pas. On ne peut même y avoir recours dans certaines réparations de la face; par exemple, quand les incisions gagnent les tégumens du col. Le manque d'espace, les mouvemens de la tête, les liquides qui suintent à travers les lèvres de la plaie, sont autant de conditions qui forcent à les rejeter.

Mais l'expérience m'a démontré aujourd'hui que c'est le meilleur moyen de favoriser les réunions par première intention, quand les parties divisées en permettent l'application. Nous avons obtenu des cicatrices si exactes et tellement linéaires qu'il est très difficile de les apercevoir, outre cet avantage immense, on en a encore un autre, et celui-ci est certainement le plus important : c'est de diminuer l'intensité des érysipèles et peut-être de les empêcher assez souvent. Employée six fois, cette suture a échoué une seule : c'était dans une circonstance tellement défavorable, que j'avais prévu qu'il surviendrait une inflammation qui empêcherait la réunion immédiate. Cela me donna l'idée de faire autour d'une aiguille seulement la suture entortillée. Cette suture était dans le point le plus convenable de la plaie; la peau n'était là ni amincie, ni tiraillée; ce n'était pas dans un lieu déclive où aurait pu se faire une accumulation de sang ou de pus; les fils étaient peu serrés, etc. Les autres sutures furent faites avec les bandelettes de M. Rigal. Trois jours après le pansement, la solution de continuité, qui commençait au sternum et s'étendait jusque sous le bras du côté gauche, devint excessivement rouge; elle fut le siége d'un érysipèle qui se termina par la suppuration de ses bords. Le pus se montra sous l'aiguille entourée de fils 24 heures avant de paraître sous celles qui étaient fixées par des bandelettes; il y en avait aussi une plus grande quantité, le pus venant non-seulement de la plaie, mais encore du trajet parcouru par l'aiguille qu'il fallut enlever. On laissa les autres pendant huit jours, ce qui n'empêcha pas la réunion par seconde intention. On en publia une qui ne fut aperçue qu'au bout de 17 jours, et cependant la plaie n'en était pas moins parfaitement cicatrisée à son niveau.

Ce fait, quoique isolé, nous permet, je crois, de juger comparativement le mérite de ces deux genres de suture, et de nous prononcer définitivement pour celui de M. Rigal.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Encéphalite mortelle accompagnée d'hémiplégie par suite de l'usage d'une dose de cantharides et de l'action de deux anévrismes des artères basilaire et carotide interne; par M. Kingston, médecin aux Dispensaires Saint-Jacques et Saint-Georges.

James Hallah, cordonnier, âgé de 50 à 60 ans, a été reçu le 17 octobre. Depuis trois ans et demi il portait une tumeur pulsatile au côté droit du cou; son volume a, peu à peu, atteint celui des deux tiers d'une orange. Le patient était fort et bien portant, lorsqu'il a été subitement saisi de vomissemens, d'insensibilité, d'impuissance complète du tronc; le bras et la jambe du côté droit, ainsi que la bouche et la langue, sont également frappés. Pouls à 80; ventre constipé depuis quatre jours; mort en 38 heures et demie. Pendant ce temps, l'urine a été complètement supprimée; le malade a vomi fréquemment; la respiration s'est suspendue par instans, avec spasme du larynx; le malade a perdu la faculté de déglutir, et est enfin tombé dans un état comateux.

On s'est alors assuré que la nuit précédente il avait avalé des insectes espagnols (*spanish fly*) dans une pomme. L'autopsie a été faite seize heures après le décès. L'estomac offre des plaques de rougeur sur la muqueuse, qui est ramollie et boursoufflée sur ces points, ce qui contraste fortement avec l'état des parties adjacentes. La rate est ramollie; les reins sont très congestionnés: leur portion corticale est ramollie; le bassinet du côté droit est plein d'une matière blanche, opaque, floconneuse et crémeuse. La membrane muqueuse de la presque moitié de la vessie est profondément rouge et très ramollie. Il existe une dilatation anévrismale considérable à la carotide interne du côté droit, et une autre à l'artère basilaire, du volume d'une noix, laquelle paraît formée par simple dilatation, et pas par rupture. Le pont de Varole est aplati par l'action comprimante de la tumeur, et très ramolli dans la profondeur d'un quart de pouce; le ventricule latéral droit du cerveau contient une once d'un liquide séreux limpide; le gauche est vide.

Cette autopsie ayant été faite juridiquement, sur la requête du coroner, l'auteur a conclu que la mort avait été occasionnée par les cantharides, mais qu'il y avait chez le sujet des causes prédisposantes d'une mort prompte.

(*Dublin méd. press*, 28 juillet.)

— Nous cherchons encore dans les détails de ce fait les caractères de l'encéphalite signalée dans le titre de l'observation. Ni les symptômes, ni la nécropsie, ne justifient à nos yeux un pareil énoncé; nous écarterons donc cette hypothèse pour nous arrêter au véritable état des choses. Il est dit d'abord que l'individu était bien portant avant de prendre les cantharides, si ce n'est ses tumeurs anévrismales, qui, au reste, ne l'empêchaient pas de se bien porter. On ne dit pas combien de cantharides il avait pris, et l'on a conclu néanmoins que la mort a été causée par ces insectes.

Sous le point de vue médico-légal, ce fait se prête à des contestations sérieuses, vu sa complication et le peu de détails qui l'accompagnent. Il n'en est pas de même sous le rapport clinique. Si l'on a des idées bien arrêtées sur l'action dynamique de la cantharide, on ne peut s'empêcher de regarder ce fait comme un exemple remarquable d'intoxication par ces insectes. Remarquez d'abord cette absence complète de sécrétion urinaire et ce ramollissement des reins, comme après l'intoxication arsenicale. L'école italienne regarde ce phénomène comme le résultat le plus patent de l'action hyposthénisante, action que le nitre et les autres remèdes réputés diurétiques ou antiphlogistiques ne peuvent qu'augmenter. Le ramollissement de la rate, de l'estomac et du cerveau ne seraient eux-mêmes que le résultat de la même action, ainsi que l'impuissance paralytique elle-même. Si l'on eût ouvert le canal rachidien, on aurait trouvé également les centres nerveux ramollis, et le système veineux gorgé de sang noir et liquide. On aurait cru, d'après les idées reçues sur la cantharide, que tout l'organisme devait être enflammé; et pourtant, rien de pareil; l'estomac lui-même, qui le premier a reçu le poison, n'était injecté que partiellement et était ramolli sur les points touchés par la cantharide, et le cerveau n'a offert aucune trace de la prétendue encéphalite. Cette autopsie s'accorde parfaitement avec d'autres analogues.

Ce qui pourrait peut-être embarrasser certaines personnes, c'est la paralysie générale. Si l'on se rappelle cependant : 1° qu'il existe une paralysie asthénique à laquelle on n'a pas jusqu'à présent porté assez d'attention; 2° que toute asthénie outrée détermine l'impuissance, l'insensibilité, par abaissement du principe sensitif ou vital au dessous du rhythme normal, ainsi que cela s'observe par l'action de tous les poisons dits froids par les anciens, on comprendra qu'il ne s'agit pas là de paralysie apoplectique ou par compression. L'autopsie, en effet, s'accorde parfaitement avec cette manière de voir.

Deux cas de luxation de la portion longue du tendon du muscle biceps huméral de sa gouttière; par M. Saden.

Le premier cas est celui d'un homme d'âge avancé, qui s'est blessé à l'épaule droite en tombant sur le coude. Six mois après, il a éprouvé un autre accident, une fracture compliquée du crâne, dont il est mort. Les symptômes de la blessure de l'épaule avaient été toujours obscurs; on avait songé à une fracture, à une luxation, et enfin on s'était arrêté à une luxation incomplète. L'articulation paraissait aplatie à sa partie postérieure et externe; la tête de l'humérus ne bombait pas normalement en avant, elle paraissait étroitement serrée en haut contre l'acromion; elle frottait contre cette apophyse dans les mouvemens, et s'accrochait contre elle avec le bord supérieur de la grosse tubérosité durant l'abduction du bras. Les mouvemens inférieurs n'étaient pas très gênés, si ce n'est que le patient ne pouvait pas élever un objet du sol à cause de la douleur que déterminait l'exercice du biceps.

A l'autopsie, on a trouvé que la longue portion du tendon du biceps était luxée de sa gouttière; telle était la seule lésion qui avait occasionné les symptômes ci-dessus. Hâtons-nous d'ajouter cependant que l'articulation offrait des traces évidentes d'inflammation, et que la capsule articulaire était épaissie et contractée.

L'auteur explique de la manière suivante les effets de la luxation du tendon. La tête de l'humérus étant placée sur une surface presque plane, n'étant pas renfermée dans une cavité osseuse, est sous la dépendance des muscles qui entourent la capsule des trois côtés. Ces muscles naissent des trois quarts supérieurs de la circonférence d'un cercle, au centre duquel est la tête humérale, et convergent vers ce centre. Pour que l'os maintienne son équilibre, il faut que les muscles péricapsulaires se balancent exactement entre eux; et comme il n'y a pas de muscle qui aille des côtes à l'humérus pour contrebalancer les muscles péricapsulaires supérieurs, cet office est exercé par la longue portion du biceps qui, en passant sur la tête de l'os lorsqu'il agit, tend à repousser cette tête en bas et en arrière. En conséquence, si ce tendon est luxé, s'il ne peut plus agir, la tête de l'os se relève en haut et en avant. C'est ce qu'on voit aussi, dit l'auteur, lorsque ce tendon est coupé dans une blessure de l'épaule, la tête humérale se relève; il cite six exemples de ce cas, publiés par M. Gregory Smith. Il pense même que dans les luxations partielles de l'humérus qu'on a rencontrées jusqu'à ce jour, le tendon en question était rompu ou luxé.

Le second cas de luxation du tendon a été observé sur un homme qui, entre autres blessures, avait éprouvé la luxation de l'humérus en avant; la réduction a été fort difficile à opérer. L'homme étant mort quelques jours après, on a disséqué la région : on a trouvé le tendon luxé, sa portion supérieure qui passe sur la tête était rejetée en dedans, et gisait à la partie postérieure de l'articulation. L'auteur attribue à cette circonstance les difficultés de la réduction.

(*Ibid.*)

— Le sujet des luxations des tendons est plus important qu'on ne croit; cependant il est à peine mentionné par les auteurs modernes de chirurgie. On trouve néanmoins, dans Monteggia, un chapitre complet sur ces lésions; la luxation du biceps brachial et des tendons des doigts y est étudiée avec soin. Cette question a été traitée dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de Medecine* (art. Luxation, vers la fin). X...

HOTEL-DIEU DE SOISSONS. — M. Letierce.

Ecrasement des trois derniers doigts de la main gauche. Amputations partielles. Guérison.

Guillaume-Stanislas, âgé de quarante-huit ans, manœuvre, employé aux fortifications de la place de Soissons.

Le 8 juin, cet homme était occupé à maintenir en place des pilotis chassés par un mouton d'un poids considérable; tout à coup, soit par une fausse manœuvre, soit par inadvertance, sa main se trouva placée immédiatement sous le mouton, et en supporta tout le poids.

Transporté à l'hôpital, M. Letierce le vit aussitôt. Il reconnut que les trois derniers doigts de la main gauche, ainsi que la partie supérieure des os correspondans du métacarpe étaient violemment contus et réduits pour ainsi dire en bouillie; le doigt indicateur était également contus et dénudé; ce doigt était déjà ankylosé à la suite d'un panaris. Il pratiqua immédiatement la désarticulation du cinquième os du métacarpe, et l'amputation des troisième et quatrième; il n'enleva absolument que les parties qui, à la rigueur, ne pouvaient être conservées. La ligature d'une seule branche de l'arcade palmaire suffit pour arrêter l'écoulement du sang. La plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, et pansée tous les jours avec un linge fenêtré enduit de cérat et recouvert de charpie, sans toutefois enlever les bandelettes qui restèrent jusqu'à la parfaite guérison de la plaie. Il ne se présenta aucun accident : seulement le pus fusa entre les gaînes des tendons des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, et nécessita une contre-ouverture à cette partie. La plaie se cicatrisa bientôt, et cet homme put sortir de l'hôpital le 12 juillet.

Cette courte observation est un beau fait de chirurgie conservatrice : elle démontre combien en général on doit s'attacher à conserver le plus de parties qu'il est possible, surtout aux membres supérieurs. Cet homme, quoique mutilé, pourra encore retirer de grands services du pouce et de l'index qui lui sont conservés à la main gauche, et partant subsister de son travail. Peut-être que bon nombre de chirurgiens n'auraient pas été aussi bien inspirés que M. Letierce, et auraient pratiqué l'amputation de l'avant-bras, ou mieux la désarticulation du poignet. Le résultat eût été alors bien différent de celui obtenu par le chirurgien de Soissons. Y...

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE.

Compte-rendu des malades traités pendant l'année 1840;

Par M. Tanchou.

L'extension que le Dispensaire Sainte-Geneviève acquiert chaque jour nous a permis d'agrandir le cercle du service médical. Une mesure que nous nous proposions depuis long-temps de mettre en pratique (le traitement des malades à domicile), commence à recevoir son exécution. Les femmes dont la position réclame le repos absolu sont visitées par le secrétaire, M. Ebuisier, et au besoin par nous. A l'avenir, trois autres médecins seront chargés d'aller voir les malades des quartiers désignés pour cela, M. Fuster, connu par des travaux importans, et MM. Léger et Laurance, sortent de l'internat des hôpitaux, à mesure que les besoins de l'institution l'exigeront.

Cette mesure a pour but de donner des secours immédiats à des malades qui, dans des cas particuliers, ne pourraient pas se présenter au point central de l'OEuvre. Il est inutile de dire que tous les malades auront primitivement passé au Dispensaire ou sous nos yeux, pour qu'il y ait uniformité de vue et de plan de traitement, et que les médecins ordinaires nous rendent compte de leurs observations.

Un peu plus tard, s'il y a lieu, le conseil de l'OEuvre se propose d'établir à la maison centrale des consultations, une salle d'opérations et quelques lits, pour y recevoir les malades qui ne pourraient pas être opérées chez elles ou y être traitées. De cette manière, les femmes qui répugnent à aller consulter en public, et les malheureuses que leur incurabilité fait rejeter de partout, trouveront quelques consolations et les médicamens qui calment un peu leur souffrance.

Ce compte-rendu, comme celui de 1839, ne comprendra que les observations complètes; ce sera le plus petit nombre; car malheureusement beaucoup de malades cessent de venir aux consultations lorsqu'elles cessent de souffrir ou d'avoir des symptômes apparens, et les autres viennent rarement nous faire connaître le résultat de nos efforts.

Il se compose d'un total de 172 observations réparties de la manière suivante :

A. Affections de la vulve et du vagin.

1° Kystes,	3	
2° Abcès,	1	
3° Herpès,	1	
4° Végétations du méat urinaire,	4	
5° Vaginites,	23	
6° Recto-cystocèles,	4	— 36

B. Affections de l'utérus.

7° Aménorrhées,	2
8° Suppression des règles,	3
9° Dysménorrhées,	4

10° Abaissemens,	30	
11° Antéversions,	4	
12° Rétroversions,	2	
13° Latéversions,	4	
14° Métrites chroniques,	23	
15° Ulcérations du col,	29	
16° Indurations, squirrhes, cancers,	14 —	115

C. *Affections de l'ovaire.*

17° Ovarites,	10 —	10

D. *Affections du sein.*

18° Tumeurs,	11 —	11
	Total...	172

L'âge des malades, divisé en six périodes décimales, offrait les rapports suivans :

Malades âgées	de 15 à 20 ans,	8
	de 20 à 30	54
	de 30 à 40	61
	de 40 à 50	33
	de 50 à 60	13
	de 60 à 70	3
		172

Remarquons que le nombre des malades, faible dans la première période, augmente beaucoup dans les deux suivantes, et diminue ensuite graduellement de la troisième à la dernière. L'explication de cette différence numérique est fort simple : les organes étant d'autant plus exposés à devenir malades que leurs fonctions sont plus multipliées, les maladies particulières aux femmes doivent se montrer assez rarement durant une période de la vie (de 15 à 20 ans) où les organes qui caractérisent le sexe commencent à peine à remplir les fonctions qui leur sont dévolues. Par le même motif, leur nombre doit augmenter ou décroître suivant les périodes qui voient ces fonctions se renouveler plus souvent ou se ralentir. Mais ce n'est pas tout : les maladies elles-mêmes revêtent en général un caractère particulier en rapport avec l'âge des malades, ou mieux avec le genre de fonctions qui s'accomplit à cet âge. Aussi les anciens les divisaient-ils avec raison en trois sections : dans la première (maladies des filles) se trouvaient les affections consécutives aux accidens de la première menstruation ou des relations sexuelles ; la seconde était consacrée plus spécialement à celles qui résulteraient de la grossesse et de ses suites (maladies des femmes); et la troisième à celle de l'époque si justement appelée critique.

Les circonstances étiologiques résultant de l'accomplissement des trois fonctions qui marquent la vie de la femme (menstruation, rapprochement sexuel, grossesse), tendent à produire des maladies d'une nature simple, des phlogoses pures, des congestions hypérémiques, des lésions de situation ; mais elles n'ont plus, en quelque sorte, qu'une influence négative sur celles qui surgissent à l'âge de retour ; car c'est alors qu'elles s'éteignent. Aussi trouverons-nous une physionomie spéciale aux maladies de cette époque ; leur étiologie et leur nature sont obscures ; leur pronostic est toujours grave, et leur thérapeutique presque toujours impuissante. Presque toutes sont caractérisées par des formations de tissus anormaux, par des dépôts de matières morbides, qui dénotent une sorte d'exagération des fonctions interstitielles qui président à l'entretien de la vie organique. Il semble que du moment où la menstruation disparaît, la force vitale qui en opérait l'accomplissement se trouvant privée de cet aliment nécessaire à son activité, transporte son action sur d'autres tissus, ou que, cessant de fonctionner, les organes s'usent eux-mêmes par une sorte de mouvement qui est encore de la vitalité, ou mieux une modification de propriété. Aussi regardons-nous la plupart des maladies organiques qui surviennent lors de la cessation des règles, comme le résultat d'une modification fonctionnelle.

Le tableau qui suit vient à l'appui de ces idées ; il met en parallèle l'âge des malades et la nature de leurs maladies.

Age des malades.	*Nombre.*	*Nature de la maladie.*	
De 15 à 20 ans,	8	Vaginites,	5
		Aménorrhées,	2
		Congestions utérines,	1
		Total,	8
De 20 à 30 ans,	54	Dérangem. de la menstr.	4
		Vaginites,	7
		Déplacemens,	13
		Métrites,	7
		Ulcérations du col,	15
		Ovarites,	7
		Abcès du sein,	1
		Total,	54
De 30 à 40 ans,	61	Kystes et abcès vulv.,	4
		Vaginites,	8
		Déplacemens,	21
		Métrites,	10
		Ulcérations du col,	10
		Ovarites,	3
		Affections organiques,	5
		Total,	61
De 40 à 50 ans,	33	Vaginites,	8
		Déplacemens,	3
		Métrites,	6
		Ovarites,	2
		Affections organiques,	14
		Total,	23
De 50 à 60 ans,	13	Herpès vulvaire,	1
		Déplacemens,	2
		Métrites,	2
		Affections organiques,	8
		Total.	13
Au dessus de 60 ans,	3	Prolapsus,	1
		Affections organiques,	2
Total.	172	Total.	3

A. *Affections de la vulve ou du vagin.*

1° *Kystes.* Trois cas ; deux à droite, un à gauche. Tous trois avaient leur siége dans l'épaisseur de la grande lèvre, à la partie interne de laquelle ils faisaient saillie. Les causes étaient inconnues. Nous les incisâmes largement dans toute leur étendue. Nous prescrivîmes deux fois par jour l'introduction de la charpie dans la cavité, jusqu'à ce que le fond de la plaie fût cicatrisé. Guérison facile.

2° *Abcès.* Un seul cas, ouvert spontanément. Il avait succédé à une vaginite contagieuse. Cette circonstance, jointe à l'induration des bords et à l'aspect de la plaie, fit diagnostiquer une affection syphilitique. Traitement : pilules de sublimé, cautérisation.

3° *Herpès de la vulve.* Un cas, chez une femme de cinquante-neuf ans. La maladie était caractérisée par une éruption de petites vésicules rouges, excoriées à leur sommet, occupant toute la surface interne des grandes lèvres et celle des deux commissures de l'orifice vaginal. Une démangeaison des plus vives s'emparait de ces parties deux ou trois fois par jour. Après plusieurs moyens infructueux, y compris le nitrate d'argent solide promené sur tous les points affectés, la guérison fut obtenue par des lotions de bichromate de potasse.

Ces trois genres d'affections n'offrent point de gravité ; elles sont généralement bien connues. Tout le monde sait que l'herpès de cette région est très opiniâtre et que les kystes ont une grande tendance à la récidive. Pour l'éviter, il faut avoir soin de faire une large ouverture et de s'opposer à la réunion des bords de la plaie, jusqu'à ce que son fond soit cicatrisé.

Les kystes et les abcès sont assez souvent la suite de violences mécaniques, de rapprochemens douloureux, de l'accouchement. Quelquefois aussi ils sont le résultat des maladies des organes génitaux internes. C'est ainsi qu'on les voit succéder aux vaginites prolongées, aux phlogoses sourdes de l'utérus et même des ovaires. Le diagnostic peut tirer parti de cette particularité dans les cas obscurs.

4° *Vaginites.* (Leucorrhées vaginales, blennorrhagies). 23 cas : 11 avaient succédé à des relations sexuelles, 8 à l'accouchement ; 4 n'avaient pas de cause connue. Presque toutes offraient les caractères de l'acuité, bien qu'elles existassent depuis long-temps. Les plus récentes, en effet, dataient de plusieurs mois, tandis que les plus anciennes avaient trois, quatre et même cinq ans d'existence. Presque toutes les malades avaient séjourné dans les hôpitaux, et avaient subi infructueusement les traitemens les plus variés. C'est donc avec raison que la blennorrhagie de la femme est regardée comme une affection des plus tenaces. Depuis que nous avons adopté le traitement dont nous parlerons plus loin, la guérison des vaginites qui se sont présentées au Dispensaire a rarement offert des difficultés.

Le diagnostic de ces maladies ne présente de difficultés sérieuses quand on a l'habitude de les observer ; cependant il ne faudrait pas en conclure qu'il est toujours facile. Chez plusieurs de nos malades, elles avaient été entièrement méconnues. L'erreur ne saurait avoir lieu pour celles dont l'intensité se montre au plus haut degré ; mais, outre qu'elles se présentent souvent dans des conditions opposées, leurs symptômes sont sujets à varier et quelques-uns à manquer. La douleur, par exemple, est souvent nulle dans les vaginites chroniques ; elle l'est également dans les cas cas aigus, lorsque la phlogose est limitée au fond du vagin ; elle est, au contraire, très prononcée toutes les fois qu'elle envahit l'orifice vulvaire, et on le conçoit attendu que la partie supérieure du vagin participe de l'insensibilité de l'utérus et de la partie inférieure de la sensibilité de la peau. Parfois, l'écoulement tache à peine le linge ; d'autres fois il est dénaturé par son mélange avec des liquides provenant de la cavité utérine. La contraction de la surface muqueuse du vagin, très marquée dans les blennorrhagies aiguës, l'est à peine dans les chroniques, et dans ces dernières, il n'est pas toujours facile de distinguer la couleur rouge foncée que lui donne son état inflammatoire, de celle que la grossesse et certaines maladies capables de gêner la circulation y déterminent. Ce qui, dans ces dernières circonstances, contribue beaucoup à obscurcir le diagnostic, c'est que la vaginite, en attirant le sang dans l'utérus et les ovaires, habitue ces organes à une congestion hypérémique qui persiste encore long-temps après la guérison de la maladie et qui engendre des symptômes obscurs hystériformes, plus douloureux et plus inquiétans que la maladie elle-même. Ceci a lieu principalement lorsqu'elle se localise dans le fond du vagin, d'où elle envoie souvent des irradiations irritatives à l'utérus et aux ovaires. Il est vrai que plusieurs symptômes caractéristiques sont à peu près constans, tels sont : l'odeur forte qui est particulière à la sécrétion inflammatoire des cryptes muqueux, la tuméfaction et la saillie de ces petits corps, la persistance de l'écoulement durant les règles.

L'ulcération du museau de tanche (érosion) accompagnent fréquemment la vaginite ; elle est le résultat du dépouillement de l'épithélium que l'inflammation occasionne sur cette partie. Voici d'ailleurs le tableau des complications observées dans les 23 observations de ce compte-rendu.

7 étaient compliquées d'ulcération du col.	
3	de déplacement utérin.
1	de recto-cystocèle.
12 étaient simples.	
23	

Nous avons vu plus haut que la maladie s'était déclarée onze fois à la suite de rapprochemens sexuels. C'est en effet dans cette dernière circonstance que gît la cause la plus ordinaire, même chez les femmes âgées. L'habitude du coït fait disparaître cette disposition ; c'est ce qui fait que les prostituées en sont rarement affectées. La disproportion des organes, les violences physiques et même la surexcitation nerveuse qui résultent d'un rapprochement ardent, sont capables de développer une blennorrhagie en l'absence de tout produit contagieux, lequel est spécifique, mais jamais vénérien s'il ne s'accompagne de chancre. Les cas de viol sont ordinairement suivis de vaginites aiguës, lors même que l'homme n'est atteint ni de blennorrhagie ni de syphilis ; les violences physiques qui sont inséparables de tout acte de cette nature expliquent à la rigueur le développement de l'inflammation ; mais l'état d'excitation de l'aggresseur n'y entre-t-il pour rien? Si, comme nous le pensons, la bave des animaux acquiert, durant l'époque du rut ou par la colère, des qualités nuisibles, n'est-il pas permis d'admettre que l'état d'exaltation quasi morbide dans lequel se trouve le système nerveux d'un homme entraîné à une tentative de viol, est susceptible de modifier la nature des sécrétions, de les animaliser davantage, de les rendre irritantes, contagieuses même. Dans tous les cas, les vaginites suraiguës, quelle que soit leur cause, offrent une identité parfaite dans leur marche et dans leurs symptômes, et nous ne craignons pas de dire que la science ne possède actuellement aucune donnée diagnostique qui puisse autoriser un médecin à affirmer, lorsqu'elles sont seules, qu'elles proviennent d'un coït impur. Celui qui est appelé à se prononcer sur la nature d'un écoulement, dans l'intérêt de la justice criminelle ou de la moralité d'une personne, ne saurait donc mettre trop de réserve dans l'expression de son opinion. Ce caractère contagieux de certaines vaginites est problématique : il peut exister sans qu'il soit vénérien ou de provenance suspecte ; il se passe ici ce qui se passe dans l'ophthalmie des nouveau-nés, dans celles des armées, dans tous les écoulemens contagieux des muqueuses externes dont on a fait autant d'entités spécifiques ; ils perdent leur propriété de se transmettre par le contact en passant à l'état chronique. La maladie ne change pas de nature en changeant d'intensité : l'inflammation seule, tant qu'elle était aiguë, donnait lieu à une sécrétion qui, particularité dont la cause nous est inconnue, avait la propriété de faire naître sur les tissus analogues une inflammation semblable à celle qui l'avait produite. Plus l'inflammation s'éloigne de l'état aigu, et plus la sécrétion qu'elle fournit se rapproche de son état normal. Peu à peu l'écoulement se réduit à une supersécrétion, et sa propriété contagieuse disparaît, et ce qu'on appelle blennorrhagie à l'état aigu devient leucorrhée à l'état chronique, et simple écoulement dans l'état habituel.

Nous devons dire que pour n'avoir jamais été aiguës, certaines leucorrhées n'en résultent pas moins d'une vaginite ; mais nous devons dire aussi qu'il y en a un plus grand nombre qu'on ne croit qui résulte d'un état hyposthénique de l'estomac. Il faut bien se persuader qu'il existe entre l'estomac et les parties sexuelles de la femme surtout un concensus dans tous les actes, ce qu'il serait trop long d'examiner ici, et qui fait que chez certaines femmes, quand l'estomac est débilité, il y a un écoulement leucorrhéen, tandis que cet écoulement cesse aussitôt que ce viscère a repris sa suprématie, ou sympathise avec tous les organes de l'économie d'une manière proportionnée.

L'opiniâtreté de la blénorrhagie résulte de plusieurs causes : 1° de la nature même de la membrane muqueuse du vagin, qui, étant une surface de rapport, est peu sensible au contact des substances médicamenteuses ; 2° du frottement réciproque des parois enflammées ; 3° du séjour de la sécrétion morbide ; 4° du retour mensuel des règles. De là autant d'indications curatives : 1° employer des substances capables de modifier la vitalité des tissus ; 2° s'opposer aux frottemens de leurs parois ; 3° empêcher le séjour de l'écoulement ; 4° diriger le traitement de telle sorte que l'irruption des règles ne puisse pas ramener la maladie à son premier état.

Le traitement que nous mettons en usage remplit simultanément ces quatre indications fondamentales ; il consiste dans des pansemens méthodiques, pratiqués avec des éponges fines, taillées suivant la conformation des parties, dans des bourdonnets de charpie imbibés de liquides appropriés, ou des rouleaux de coton cardés, secs, roulés ou non dans des substances pulvérulentes. Un exemple fera comprendre le mode d'application de ce traitement.

Vaginite sur-aiguë avec ulcération du museau de tanche et érosion de la surface interne des grandes et des petites lèvres, datant de deux ans, guérie en treize jours par les pansemens méthodiques.

Mademoiselle Marie, vénitienne, 32 ans, tempérament

bilieux-sanguin, cuisinière, se présente au Dispensaire le 22 août 1838. Elle sortait de l'Oursine où elle avait subi un traitement pour une ulcération du col, pendant huit mois. L'examen fait porter le diagnostic qui est en tête de cette observation, moins l'érosion de la vulve. La malade était enceinte de sept mois. Elle revient le 15 octobre, quinze jours après son accouchement; les parties sont dans le même état. Elle entre à la Pitié où elle reste plusieurs jours sans traitement, et elle se représente au Dispensaire le 1er novembre.

Toucher. Vagin contracté et sensible; utérus un peu volumineux, douloureux; il s'écoule du sang.

Spéculum. Le vagin est très rouge, ridé, inégal, le museau de tanche d'un rouge luisant; une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, d'un rouge sale, hérissée de granulations volumineuses et saignantes, occupe l'orifice du col et s'étend à quelques lignes dans sa cavité. La vulve est ulcérée superficiellement par places. L'examen est très douloureux.

Traitement 1er novembre 1841. Une éponge fine est taillée sur la forme du pessaire érythroïde, un peu moins volumineuse; un fil est passé à son extrémité la plus étroite (antérieure), afin de pouvoir la retirer avec facilité. Un spéculum plein est introduit, et l'éponge placée dans sa cavité est maintenue dans le vagin au moyen d'une longue pince, pendant qu'on retire le spéculum. L'éponge avait été imbibée préalablement du liquide suivant :

Pr. Eau, 1/2 kilog.
Poudre de tan, 32 grammes.

Faites bouillir 10 minutes. Passez.

2 novembre. La malade a souffert plus que d'habitude, ce qui tenait en partie à ce que l'éponge dépassait, en dehors, l'orifice vulvaire, et à ce que les injections n'ayant pu être poussées dans le vagin elle s'était desséchée et s'était accolée aux parties ulcérées. Le pansement est renouvelé avec une éponge plus courte. Il est recommandé à la malade de faire de fréquentes injections en introduisant l'olive de la seringue entre l'éponge et les parois du vagin.

3 novembre. L'inflammation a sensiblement baissé; soulagement très prononcé. On touche l'ulcération du col avec le nitrate d'argent, et on applique le pansement *ut suprà.*

Le 4 et le 5 novembre, même traitement. Le 6 la vaginite a disparu entièrement, il ne reste plus que les érosions de la vulve et l'ulcération du col; on les cautérise l'une et l'autre. Les pansemens sont continués tous les jours jusqu'au 13. A cette époque la guérison de la vaginite est consolidée, et les ulcérations sont entièrement cicatrisées le 19. Cette dame est revenue souvent depuis cette époque; la maladie ne s'est pas reproduite.

On peut employer à cet usage toutes les substances astringentes, émollientes, détersives, suivant l'état de la vitalité de la partie malade. L'éponge peut être cylindrique, conoïde, suivant la disposition du vagin à s'abaisser et à se plisser dans tel ou tel sens. On remédie très bien de cette manière à certaines leucorrhées dans lesquelles le vagin est relâché et comme macéré dans sa propre sécrétion, en roulant du coton en bourbonnet ou en tampon, dans diverses poudres astringentes, aromatiques ou toniques, ou même en employant le coton sec; celui-ci a l'avantage de s'affaisser lentement, et ainsi de soutenir le conduit. Certaines leucorrhées qui avaient résisté à toute sorte de médications, ont guéri par ce moyen.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Voici les conclusions textuelles du Rapport de l'Académie de médecine sur la question de l'arsenic, telles qu'elles ont été modifiées :

1° Que par suite de carbonisations ou incinérations incomplètes des matières animales, on obtient quelquefois, en se servant de l'appareil de Marsh, des taches qui, sans être arsenicales, peuvent en avoir l'apparence;

2° Qu'il n'est pas possible de confondre ces taches avec les taches arsenicales, lorsqu'on fait intervenir l'action des agens chimiques;

3° Que parmi tous les modes de carbonisation ou d'incinération qui ont été proposés pour la destruction des parties animales dans les recherches toxicologiques relatives à l'arsenic, deux procédés viennent en première ligne : la carbonisation par l'acide sulfurique proposée par MM. Flandin et Danger, et l'incinération par le nitrate de potasse, telle qu'elle a été adoptée par M. Orfila; chacun de ces procédés ayant ses avantages particuliers, l'expert, dans le choix qu'il en fera, aura à se décider suivant les circonstances et l'état des matières;

4° Que le procédé inventé par MM. Flandin et Danger, pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh, est bon et ingénieux, mais que la commission lui préfère le dernier procédé de M. Orfila, et surtout celui proposé par l'Institut;

5° Que M. Orfila a le premier démontré chimiquement la présence de l'arsenic dans l'ensemble des organes des animaux empoisonnés, et que les travaux communiqués par lui à l'Académie sur ce sujet ont été reconnus exacts par la commission;

6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic, mais que les expériences n'ont pas encore été assez nombreuses et assez variées pour que l'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'influence de l'arsenic sur la fonction indiquée ci-dessus;

7° La commission, voulant reconnaître l'intérêt du travail de MM. Flandin et Danger, travail qu'ils ont en partie communiqué à l'Académie dans le but d'éclairer une haute question de médecine légale, vous propose de leur voter des remercîmens, et de les inscrire comme candidats pour l'une des places qui viendraient à vaquer dans l'Académie.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

On vient de me communiquer votre numéro du 12 août 1841, où j'ai lu une lettre de M. Eugène Dufresse Chassaigne, médecin à Paris, qui, en rendant compte de l'épidémie de *suette miliaire* du département de la Charente, a bien voulu me désigner comme ayant découvert le traitement le plus efficace de cette terrible maladie; c'est-à-dire, l'emploi du sulfate de quinine pour combattre les accès pernicieux qui si souvent accompagnent le début de l'affection. Je ne puis en toute conscience, M. le Rédacteur, accepter un pareil honneur; je n'ai absolument rien découvert touchant le traitement de la suette miliaire. M. le préfet de la Charente a bien voulu me nommer membre d'une commission dont faisaient aussi partie MM. Brun, Tourette, Besnard; commission qui à son tour m'a nommé rapporteur, comme étant le moins âgé; mais je dois à la vérité d'avouer franchement que ni mes confrères ni moi n'avons rien changé au traitement. Déjà depuis long temps le sulfate de quinine était employé avec succès par les médecins de la Dordogne, et, sous nos yeux mêmes, MM. les docteurs Boucheron et Bonniot, de Lavalette, en ont fait un usage qui prouvait bien qu'ils n'avaient même pas besoin de nos conseils. Je n'ai non plus rien écrit de particulier à M. Dufresse touchant le sujet en question; je lui avais seulement adressé un petit compte-rendu inséré par moi dans le journal le *Charentais*, et où, certes, j'étais bien loin de m'attribuer la découverte de quoi que ce soit.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien rectifier cette erreur en insérant cette lettre dans votre plus prochain numéro; car je veux rendre à tout le monde la stricte justice que j'exige pour moi-même.

J'ai l'honneur, etc. GIGON, D.-M.-P.

Angoulême, le 17 août 1841.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 24 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 102, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BROUSSAIS.

C'est avec une émotion profonde que nous commençons cette relation d'une grande solennité.

Samedi, 21 août 1841, a eu lieu l'inauguration de la statue de Broussais, à l'Hôpital militaire de perfectionnement.

Il y a bientôt trois ans que Broussais est mort. Le 1er décembre 1838 comptera parmi les grandes dates historiques. Ce jour-là, la science fut frappée à la tête; ce jour-là vit s'éteindre une des intelligences les plus lumineuses qui aient traversé et éclairé le monde; ce jour-là, le dix-neuvième siècle fit une perte irréparable; ce jour-là, la France pleura sur un de ses enfans les plus glorieux.

Personne n'a oublié quelles grandes funérailles furent décernées à ce mort immortel. Le char mortuaire fut transformé en char de triomphe. Trente disciples en deuil s'y attachèrent et traînèrent pieusement, pendant toute une journée, la dépouille du maître, au travers de la grande capitale étonnée et un instant silencieuse. Dans cette fête funèbre, si remplie d'émotions, un moment surtout fut saisissant; ce fut celui où le char mortuaire, arrivé sur la place Vendôme, s'arrêta sous les yeux de cet autre génie qui plane en haut de la colonne d'airain. Il y avait dans ce salut d'un grand mort à une grande ombre, quelque chose de sublime et de sinistre. Quatre mille spectateurs assistaient, la tête découverte, à ces muets adieux.

On était parti de la maison mortuaire à dix heures du matin; on n'arriva au dernier asile qu'à trois heures, et il fallut terminer aux flambeaux la lecture des discours.

Dès le lendemain de ces mémorables funérailles, une souscription, qui répondait à un vœu unanimement exprimé, fut ouverte dans le but d'ériger une statue à Broussais.

Le ministère de la guerre, appréciateur éclairé de Broussais dont il fut toujours le soutien, encouragea cette souscription, et l'on vit figurer plusieurs de ses fonctionnaires les plus élevés parmi les membres de la commission, dès lors instituée pour diriger ultérieurement les travaux.

Interprète de la reconnaissance publique, et, en particulier, de la reconnaissance du corps militaire de santé, nous ne devons pas tarder davantage à inscrire le nom des membres de cette commission, ainsi composée :

MM. ORFILA, doyen de la Faculté de médecine de Paris, *président.*
ROCHE, membre de l'Académie de médecine, *secrétaire.*
BAILLIÈRE (J.-B.), libraire de l'Académie de médecine, *trésorier.*
BOISSY D'ANGLAS, intendant de la 1re division militaire.
BOUILLAUD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.
BRA, statuaire.
DE LANEUVILLE, intendant militaire.
DROZ, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.
EVRARD DE SAINT-JEAN, intendant militaire, directeur de l'administration de la guerre.
FRAPART, docteur en médecine à Paris.
GASC, membre du conseil de santé des armées.
GOURLIER, architecte, secrétaire du conseil des bâtimens civils.
LA CORBIÈRE, docteur en médecine à Paris.
LARREY (le baron), membre du conseil de santé des armées.
LEMERCIER (Népomucène), membre de l'Académie française.
MICHEL (le baron), médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou.
RIBES, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides.
TREILLE, docteur en médecine à Paris.

Honneur aux membres de cette commission! Ils ont su se mettre et rester au niveau de leur tâche. Mandataires du pays, qui veut que ses enfans illustres soient honorés, ils ont rempli dignement leur mission, et ont bien mérité de la science.

Depuis plusieurs jours les médecins de Paris, les Académies, la Faculté, les officiers de santé et d'administration avaient été conviés.

Aujourd'hui donc, à une heure, la cérémonie devant avoir lieu à deux, nous entrâmes dans la cour de l'Enseignement, au Val-de-Grâce, et là, nous fûmes frappé des bonnes dispositions qui avaient été prises. Le coup-d'œil était agréable et imposant. Justice doit être rendue à tout le monde, et d'abord à l'illustre maréchal qui tient en ce moment le portefeuille de la guerre, et qui avait ordonné que les choses fussent faites grandement. Justice doit être rendue ensuite au directeur du Val-de-Grâce, M. Versial, qui a présidé, avec un goût exquis et un sens parfait, à l'arrangement du terrain.

Trois tentes étaient dressées; l'une, la plus considérable, faisait face à la statue; elle était de plein pied : des fauteuils y étaient disposés pour MM. les membres de la commission et les députations des sociétés savantes. Cette première tente, qui était la principale, occupait l'un des grands côtés du carré long que forme la cour de l'Enseignement, qu'il faudra bien, désormais, appeler la cour Broussais.

Les deux autres tentes occupaient toute la longueur des petits côtés de la cour, et renfermaient des gradins disposés en amphithéâtre. L'un de ces amphithéâtres, celui du fond, était destiné aux dames; l'autre aux spectateurs civils.

Des trophées de drapeaux aux couleurs nationales, ornaient les angles des tentes. Un semblable trophée était, en outre, placé au centre de la grande tente, vis-à-vis la statue.

Celle-ci occupait le centre du second grand côté de la cour. A sa droite et à sa gauche étaient disposées en amphithéâtre des banquettes pour les officiers de santé militaires et les officiers d'administration des divers hôpitaux de la division.

Au centre de la cour, au milieu de l'espace circonscrit par les tentes et les amphithéâtres, était une petite marquise ouverte de toutes parts et ornée d'un trophée, sous laquelle se trouvait une estrade de peu de hauteur, recouverte d'un riche tapis. Une table placée sur cette estrade indiquait que c'était là la place des orateurs.

La statue était recouverte de son voile. A l'aspect de ce bronze qui se dessinait sous les plis de l'étoffe, nous éprouvâmes, et chaque élève du Val-de-Grâce, si ce n'est chaque spectateur, dut éprouver un soudain saisissement. En une seconde nous nous reportâmes au temps de nos études médicales : les salles étaient là; l'amphithéâtre était aussi sous nos yeux. Nous nous rappellions la patiente visite du grand médecin; nous le voyions s'arrêter à chaque lit; nous entendions sa voix toujours encourageante et douce aux malades; car cet homme terrible dans les luttes de l'intelligence, ce dialecticien formidable, avait des momens d'une douceur enfantine et charmante. Parfois, cependant, en face de quelque fait qui lui démontrait la vérité de ses doctrines et l'erreur obstinée de ses antagonistes, sa grande voix s'élevait, sa bouche prenait cette expression indicible où l'ironie, la colère, le dédain se mêlaient confusément, et les malades stupéfaits se dressaient sur leurs lits pour contempler cet homme qui leur paraissait étrange et surhumain. Nous nous rappellions la fin de ses visites, lorsque, assis dans une de ses salles, il nous demandait notre plume pour donner les signatures nécessaires. Tout se lie et tout se ressemble dans les grands caractères. Quand Broussais riait, quand Broussais parlait, il avait nous ne savons quoi d'âpre, de vigoureux, de saccadé, de déchiré, si l'on peut s'exprimer ainsi, dans la voix. Sa démarche était énergique, presque violente, sans cesser d'être digne, et à quelques égards majestueuse; son maintien ressemblait à sa démarche; et quand il écrivait, c'était comme quand il parlait. Toujours la même énergie. Cet homme était un, comme tous les hommes de sa trempe, qui sont rares. Le papier déchiré criait sous sa plume; Broussais écrivait avec une main de fer.

Ce sont là sans doute de petits détails, mais l'éloignement et la mort les grandissent. Et voilà ce que nous nous rappelions en face de ce bronze qu'un voile dérobait à nos regards impatiens. Nous nous rappelions aussi certaines marques d'une familiarité touchante, certains regards incroyablement doux et pénétrans quand un élève favori émettait devant lui une idée qui répondait à une des siennes. A ce dernier souvenir, nous ne pouvions retenir nos larmes.

Cependant la foule s'empressait dans l'enceinte. Une jeunesse recueillie et distinguée, un grand nombre de médecins, avaient envahi l'amphithéâtre destiné aux spectateurs civils. La tribune des dames se remplissait insensiblement, ainsi que les deux estrades réservées aux officiers de santé et d'administration. Bientôt il ne fut plus possible de trouver une place, et on songea un instant à monter aux salles voisines pour se mettre aux fenêtres; mais les malades y avaient devancé le public, et c'était justice de les y laisser. Ils étaient nécessaires à la fête, et ne pouvaient manquer au tableau.

Le coup-d'œil était varié. Les estrades des officiers de santé et d'administration étaient combles, dorées, chatoyantes : celle du fond était un charmant parterre, nous osons le dire, quoique le mot ait vieilli. On y distinguait, et tous les yeux y apercevaient de prime abord la jeune famille du grand réformateur, éclairée du double rayon du génie et de la beauté.

Deux heures sont sonnées. — Depuis un moment, divers détachemens de troupes d'élite sont rangés autour des tentes. Les soldats infirmiers, dont la tenue est une des plus belles de l'armée, occupent un des côtés de la cour. La musique est à sa place. On attend. La commission arrive aux sons des fanfares, et nous voyons entrer successivement M. Orfila, président, en robe rouge, suivi de MM. Evrard de Saint-Jean et Boissy-d'Anglas, puis la députation de l'Institut. Nous apercevons M. Passy, l'ancien ministre des finances, député, vice-président de l'Académie des sciences morales et politiques. Derrière lui vient M. Mignet, l'une des têtes les plus belles, les plus nobles, les plus intelligentes qui se puissent voir; ensuite, précédé du massier de la Faculté, qui porte la masse d'argent, la députation de la Faculté, composée de MM. les professeurs Blandin, Bouillaud, Breschet, Cloquet, Cruveilhier et Vidal (de Cassis); puis les députations de l'Académie de médecine et de la Société phrénologique de Paris, dont Broussais était membre et dont il avait été président.

Nous apercevons aussi, au premier rang, le noble et illustre baron Larrey, homme monument, qui semble porter écrite sur le front cette magnifique phrase de Napoléon mourant, qui fut comme le sacre de sa vertu et de son dévouement. Tous les membres de l'ancien Val-de-Grâce reconnaissent avec un sentiment de joie, parmi ces personnages, leur ancien et vénérable directeur, M. Bourdin, régisseur-général des hôpitaux et ambulances de la grande armée, compagnon de Broussais sur les champs de bataille de l'Empire, et son ami dans ce grand hôpital, où ils vivaient l'un près de l'autre. Le ministère de la guerre, représenté là par son fonctionnaire le plus éminent dans l'ordre administratif, après le ministre; M. Evrard de Saint Jean, dont le nom sera cher à jamais aux officiers de santé, y a un autre représentant, M. Marie, chef du bureau des hôpitaux. M. le maréchal ministre de la guerre, a envoyé, pour le représenter lui-même, un officier supérieur de son état-major.

Là, dans un angle, parmi les membres de la commission, se trouve un jeune médecin, un professeur distingué... C'est M. Casimir Broussais, pâle et frissonnant. Tout à l'heure il cachera sa tête dans ses mains, et étouffera ses sanglots, en écoutant se dérouler la grande épopée scientifique dont son père fut le héros.

La commission et les députations prennent place. Le moment approche. L'anxiété est peinte sur tous les visages. Les fanfares éclatent; le voile est tiré. Tous les spectateurs se sont levés par un mouvement soudain : on bat des mains. Voilà Broussais! Il est là, chez lui, dans son Val-de-Grâce, parmi les siens, entouré de ses amis, de ses disciples, de ses enfans. Il a sa robe de chambre, un pantalon à pied et des pantoufles; il est assis sur son fauteuil. C'est ainsi que vous l'avez vu chez lui, là, à côté, dans cet appartement qui est à vingt pas, et c'est ainsi, assurément, qu'on devait le faire, pour que les élèves retrouvassent bien leur maître, et pour que le maître se crût bien parmi ses élèves.

Nous allions entrer dans quelques détails sur l'exécution de ce bronze fidèle et superbe, mais ce serait trop de témérité et de maladresse, quand un orateur comme M. le professeur Bouillaud, dont tout à l'heure nous citerons les magnifiques paroles, s'est acquitté de cette tâche.

M. Orfila, président, ayant été obligé de s'abstenir, M. Roche, secrétaire, l'a remplacé.

M. Passy a été appelé le premier et a dignement ouvert la séance. Son discours, plein de goût, a été une énumération rapide des titres de Broussais à la reconnaissance et à l'admiration publiques. Après le discours de M. Mignet, dans le sein même de l'Académie des sciences morales et politiques, il restait peu de chose à dire de Broussais, comme philosophe. M. Passy l'a senti; d'ailleurs, il eût fallu de longs développemens pour retracer convenablement la part de Broussais à nos récentes luttes philosophiques. M. Passy a suivi les erremens de l'Institut dans les occurrences semblables; il a dit brièvement et noblement ce qu'il devait dire. Des applaudissemens unanimes l'ont reconduit jusqu'à sa place.

M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a pris la parole ensuite, au nom de cette compagnie. Il y aurait beaucoup à dire sur le discours de M. Pariset, qui paraît s'être exécuté non sans quelque résistance. M. Pariset est d'une orthodoxie timorée. Nous en avons jugé ainsi, du moins, d'après son discours. L'éloquent secrétaire perpétuel a pris soin de dire tout au commencement de son équivoque panégyrique, et de répéter plusieurs fois qu'il *remplissait un devoir*.

Cela ne suffisait pas. M. Pariset n'était pas encore rassuré. Voilà donc qu'abandonnant Broussais presque subitement, il se jette pour son propre compte dans une longue dissertation sur l'existence et la nécessité de l'âme. Et voyez! s'écrie-t-il, nul n'échappe à cette croyance suprême. Les plus dissidens, les plus incrédules ne diffèrent de l'opinion commune que par les mots : ils nient l'âme, et ils admettent un principe vital (1).

M. Pariset a rencontré une opposition qui a failli devenir tumultueuse, quand, à la face de Broussais, dont il travestissait la mort, il a osé dire qu'à l'heure suprême Broussais avait recouvré une croyance. Il est permis de déplorer l'erreur d'un grand homme; il n'est pas permis de le faire mentir à lui-même. Mais il y a plus! M. Pariset s'est enorgueilli de la profession de foi de Broussais. Ici la stupéfaction de l'auditoire a été portée à son comble! Si M. Pariset possède et a tenu secrète jusqu'à ce jour une autre profession de foi que celle qui a été publiée, qu'il la mette donc, sans plus de retard, sous les yeux du public et du monde. Mais si, comme nous n'avons que trop de raisons de le penser, il n'y a pas d'autre profession de foi de Broussais que celle qui est déjà connue, alors nous ne comprenons plus M. Pariset, et nous craignons qu'il n'ait appelé sur sa tête les redoutables foudres de l'Eglise, en donnant son approbation à un acte qui ne passera jamais pour un manifeste bien orthodoxe.

Après M. Pariset, M. Bouillaud a pris la parole au nom de la Faculté. Cette fois la satisfaction de l'auditoire a été sans mélange. Jamais le mordant et limpide organe de M. Bouillaud n'avait eu plus de puissance; jamais l'inspiration de l'ardent et savant professeur n'avait été plus vive, plus entraînante. M. Bouillaud était profondément ému; son visage austère portait l'empreinte d'un sentiment à la fois triste et triomphant. Le souvenir du maître, de l'ami perdu l'attristait; la gloire de l'apothéose l'exaltait. Mais écoutons M. Bouillaud; il vient de rapporter un passage dans lequel Broussais invoque l'impartialité de la postérité, et il s'écrie :

« Le jour de ce grand jugement est venu pour vous, ô Broussais, et j'ose croire que lorsque je proclame solennellement ici que vous fûtes un homme de génie, tous les auditeurs applaudiront à mes paroles, et que la postérité ne les démentira point. Mais qu'est-il besoin de paroles à cet égard? est-ce que les honneurs qui vous sont rendus en ce moment, ne sont pas plus éloquens que tous les discours? Oui, Broussais, je le répète, vous avez mérité le titre d'homme de génie, et partant le plus beau de tous les titres. Oui, vous avez fait preuve de ce génie en signalant les erreurs dont la médecine était infestée à l'époque de votre glorieux avènement. Oui, vous avez posé l'édifice de la médecine sur sa véritable base, en l'élevant sur l'anatomie et la physiologie. Oui, vous avez répandu sur la médecine les rayons de la plus vive et de la plus éclatante lumière, en substituant définitivement à ce que vous avez si heureusement désigné sous le nom d'ontologie, la médecine physiologique, c'est-à-dire celle qui étudie les organes souffrans, et en continuant ainsi l'œuvre du grand Bichat, dont vous fûtes l'ami et le digne successeur. Oui, vous avez révélé une des plus importantes vérités de la médecine en démontrant que les fièvres essentielles n'étaient autre chose que des phlegmasies jusque-là méconnues, et en découvrant, ou du moins en déterminant infiniment mieux qu'on ne l'avait fait avant vous le rôle immense que jouaient certaines phlegmasies gastro-intestinales dans le développement de ces fièvres. Oui, vous avez rendu à la thérapeutique et à l'humanité le plus signalé service, en remplaçant par la méthode antiphlogistique la mé-

(1) Ce qui prouve que, dans l'opinion de M. le secrétaire perpétuel, âme et principe vital sont une seule et même chose. Hélas! comment se peut-il qu'une bouche si orthodoxe ait prononcé un pareil blasphême, et que va dire la cour de Rome? M. Pariset professant le dogme impie de l'identité de l'âme et de la vie! qui l'aurait jamais pensé? Mais si âme et vie sont identiques, que devient la responsabilité humaine? La vie étant ce qui anime et non ce qui agit, les organes, seuls agissans, sont responsables, et l'âme, identifiée par vous à la vie, échappe ainsi à toute punition comme elle échappe à toute récompense!...

thode excitante, incendiaire, pour emprunter votre énergique langage, généralement employée dans le traitement des formes les plus graves de ces fièvres, c'est-à-dire pour combattre ces monstres (je me sers encore de vos expressions) désignés sous les noms d'ataxie, d'adynamie, de malignité; doctrine déjà entrevue par Sydenham lorsqu'il disait, dans son langage énergique comme le vôtre, que l'invention de ce mot *malignité* avait été plus funeste à l'humanité que l'invention de la poudre à canon, attendu que dans les maladies dans lesquelles on la reconnaissait on avait recours aux remèdes les plus échauffans pour combattre je ne sais quel poison qui n'existait que dans l'imagination des médecins qui l'admettaient, tandis que cette malignité provenait surtout de la violence de l'inflammation. Oui, vous avez encore annoncé une haute vérité en disant que les maladies n'étaient point fatalement asservies à la marche et à la durée qu'on leur avait assignées, et que ces dernières étaient subordonnées à l'espèce et à la dose des moyens employés pour les combattre. Oui, enfin, vous avez été le fidèle interprète de l'observation bien faite, vous avez créé une théorie aussi juste qu'elle est ingénieuse et brillante, en faisant remonter à un travail d'inflammation chronique un grand nombre de lésions dites organiques, jusque-là considérées comme des maladies *sui generis*, et indépendantes de toute phlegmasie. »

Voici, puisque nous sommes, bien à regret, forcé de couper, comment M. Bouillaud a terminé.

« Lorsque la commission eut décidé qu'une statue serait le monument qu'on élèverait à la mémoire de Broussais, honneur que, le premier entre tous les médecins, il ait obtenu à une époque si voisine de sa mort et qu'il méritait, en effet, d'obtenir le premier, après cette décision, dis-je, la commission jeta naturellement les yeux sur le célèbre artiste qui déjà avait, avec tant d'inspiration, composé le magnifique buste de Broussais, buste que notre Faculté est heureuse de posséder dans la grande salle de nos assemblées. Il semblait impossible à la sculpture de reproduire d'une manière plus admirable, plus saisissante, cette belle et noble tête, cette physionomie si imposante et si mâle, et cependant ce chef-d'œuvre a été surpassé. Mais il n'appartenait qu'à M. Bra de se surpasser ainsi lui-même. Oui, Messieurs, voilà bien dans toute la beauté, dans toute la grandeur de son expression; voilà bien dans toute sa force, dans toute sa vigueur, dans toute son énergie, dans toute sa sévérité, et si j'ose le dire dans toute son habitude courageuse, hardie, audacieuse et même un peu menaçante; voilà bien le grand réformateur de la médecine. C'est Broussais vivant, et la tête pleine de hautes méditations, de graves pensées, de déterminations révolutionnaires: il foule sous son pied d'Hercule, les livres de cette ontologie dont il avait fait une justice si éclatante, et, tout d'airain qu'ils sont, les feuillets ont cédé à la pression d'un pied si puissant. Son regard est fier, impérieux, assuré; sa bouche est légèrement contractée, sa lèvre supérieure est comme agitée de ce mouvement si caractéristique pour tous ceux qui ont bien connu, bien étudié la figure de Broussais...... Ecoutons, car il semble que, comme celle de Memnon, cette statue va prononcer des oracles.

» Honneur, trois fois honneur, à l'éminent et généreux artiste, au Phidias qui nous a représenté ainsi le héros de cette solennité. La statue est digne du personnage et rien n'est au-dessus de cet éloge. Il est beau, Messieurs, il est beau de s'immortaliser soi-même en immortalisant par de pareils chefs-d'œuvre les traits des hommes illustres que la patrie et le monde ont perdus. Il est pourtant un monument plus durable encore et plus éternel que cet airain fait homme, ce sont les OEuvres de Broussais: *Exegit monumentum perennius.* »

Pendant que, d'une voix vibrante et pour ainsi dire baignée de larmes, M. le professeur Bouillaud, tourné vers la statue de Broussais, prononçait ces grandes paroles, la foule était visiblement sous le poids d'une émotion immense. Après ce discours, une longue salve d'applaudissemens se fit entendre, et domina un instant le bruit des fanfares.

Ce fut ensuite le tour de M. Bégin, au nom des médecins et chirurgiens militaires. On pouvait craindre que l'attention ne fût épuisée par trois discours. Ce n'est peut-être pas sans inquiétude que l'orateur lui-même aborda la tribune; mais dès les premiers mots, toute crainte, toute inquiétude s'évanouirent. M. Bégin s'était vivement emparé de son auditoire; il n'avait pas tourné deux feuillets qu'une salve d'applaudissemens l'interrompit. M. Bégin, l'un des esprits les plus actifs, l'un des écrivains les plus entraînans et les plus féconds de la médecine contemporaine, s'est surpassé lui-même dans cette grande circonstance, et c'est beaucoup dire assurément. Il nous a montré, non-seulement le Broussais de la lutte et de la chaire, il nous a montré le Broussais du service, le Broussais du Val-de-Grâce, notre Broussais à nous, l'homme tout entier. Son discours a été un autre triomphe pour les médecins militaires dans cette journée toute de triomphe pour eux. Mais laissons la parole à M. Bégin lui-même. Voici comment il s'est exprimé dans la dernière partie de son somptueux panégyrique:

« ...... A son apparition, l'examen des doctrines médicales fut considérée comme un scandale immense; la presse d'alors sembla craindre un moment de s'en occuper; et ce livre, dont la première édition restera, malgré celles qui l'ont suivie, comme un modèle dans la littérature scientifique, serait mort peut-être en naissant, étouffé sous une coalition de silence qui s'était formée contre lui, si quelques jeunes gens, revenus comme Broussais de l'armée, ne s'en étaient emparés, et n'avaient révélé à l'Europe médicale la portée prodigieuse des idées-mères qu'il renfermait. Ces jeunes gens, premiers disciples du réformateur, et apôtres du nouveau culte qu'ils proclamaient, n'avaient ni sa puissance de pensée, ni la hauteur de ses conceptions, ni la fécondité de ses ressources dialectiques, ni les trésors de son expérience, mais leur enthousiasme s'était allumé au feu de ses leçons; ils étaient aussi entraînés par l'amour de la vérité; les obstacles ne les effrayaient pas, et ils crurent, dans leur présomption, pouvoir aider le géant à remuer le monde....

» Un grand nombre de maladies chroniques, dont l'origine, la nature et les périodes successives étaient restées inconnues ou mal déterminées, furent ralliées au principe de l'irritation;

» L'irritation, rigoureusement définie et poursuivie dans ses divers modes, fut présentée comme la principale clef de l'édifice médical;

» Les symptômes des maladies ne servirent plus à la classification, mais à reconnaître les organes malades et à déterminer leur mode de souffrance, ce qui détruisit les nosologies fondées sur les phénomènes extérieurs jusque là dominantes;

» Le médecin dut prendre pour guide dans le choix de la médication, non plus la force ou la faiblesse apparente et générale des malades, mais l'état réel des organes affectés.

» Les principes occultes, les génies morbides, les propriétés étudiées indépendamment des organes, toute la fantasmagorie ontologique qui avait entraîné les anciens et tant de modernes, fut dévoilée, attaquée, détruite;

» Une classe entière de maladies, la plus importante de toutes par la fréquence et la gravité des affections qu'elle renferme, la classe des fièvres essentielles, avec les fléaux épidémiques et endémiques qui s'y rattachent, fut effacée du cadre nosologique, étudiée dans toutes ses parties, et ralliée, selon les cas, aux lésions inflammatoires des divers organes;

» Les phlegmasies de l'estomac et de l'intestin furent décrites pour la première fois, dans une foule de nuances, avec une telle exactitude, qu'elles semblaient n'avoir jamais été connues des médecins;

» Partout l'anatomie dut servir de base à la physiologie, et la physiologie dut expliquer les maladies par cela même qu'elle explique les fonctions;

» Partout l'étude des organes vivans mis en rapport avec les modificateurs, fut substituée à l'étude abstraite des propriétés et des symptômes, c'est-à-dire que la réalité et les faits furent substitués aux rêveries et aux illusions qui, après avoir régné sur la plupart des sciences, dominaient encore la médecine.

» Tel est le sommaire très abrégé des principaux services rendus à la médecine par Broussais. Il est facile de s'assurer qu'il comprend les bases fondamentales et les parties secondaires les plus importantes de l'art de guérir.

» La réforme que ce grand homme a fait subir à la thérapeutique, et l'impulsion qu'il a donnée à cette branche du système médical, n'ont pas toujours été appréciées avec exactitude. Ce sujet, toutes les fois qu'il était traité devant lui, avait le privilége d'exciter son indignation la plus véhémente contre l'injustice de ses détracteurs. Et en effet, quelles sont les substances réellement efficaces que Broussais ait dédaignées ou proscrites? Il s'est élevé contre l'abus incendiaire des stimulans: est-ce à dire qu'il les ait bannis de la matière médicale, et ses adversaires n'ont-ils pas, dès le début de sa doctrine nouvelle, sanctionné tacitement ses préceptes par leur pratique? Il a frappé d'anathème cette routine absurde qui consistait à faire prescrire des évacuans au début d'un grand nombre de maladies aiguës; il a montré combien, en agissant ainsi on s'éloignait de l'expectation que l'on vantait. Mais s'en suit il de là qu'il ait brisé les flacons d'émétique, ou ruiné le commerce du séné? Lorsqu'une médication était indiquée, peu d'hommes savaient réunir et combiner avec plus de talent que Broussais les moyens les plus variés et les plus énergiques pour l'accomplir.

» Il ne croyait, il est vrai, qu'à la thérapeutique rationnelle ou sanctionnée par une longue et constante notoriété de succès. S'il était ennemi des formules composées sans méthode, n'obéissait il pas en cela aux erremens établis par Bichat, Pinel et Schwilgué, imitateurs eux-mêmes des plus illustres médecins cliniciens? S'il était défiant au sujet des panacées et des spécifiques que chaque jour voit éclore, l'expérience ne vient-elle pas démontrer incessamment combien il avait raison? Il ne prenait pas l'estomac pour un vestibule inerte, d'où les diverses substances que le médecin y introduit se dirigent, par une élection spéciale, vers la destination qui leur est indiquée; il ne croyait pas aux vertus mystérieuses, aux forces médicatrices déposées dans les substances médicinales; mais il voulait qu'on observât les impressions réelles qu'elles produisent sur les organes, qu'on les mît en rapport avec les divers états morbides, que l'on constatât leurs effets locaux, leur influence secondaire, et, enfin, leurs résultats curatifs. Or, la science est là, et l'on ne saurait abandonner ces principes sans céder aussitôt la place à l'empirisme.

» Le temps, si rapide dans sa course, a passé déjà sur les premiers travaux de Broussais; les esprits les ont si parfaitement assimilés, qu'il semble, pour quelques uns, que les erreurs et les fausses manières de philosopher, détruites par leur autorité, n'aient jamais existé. Sur d'autres points, des modifications notables ont été apportées à la doctrine nouvelle: les bonnes choses sont les seules que l'on améliore. Loin de porter atteinte à la renommée des auteurs des grandes découvertes, les perfectionnemens ajoutés à leurs travaux ne font qu'ajouter aux titres qu'ils ont acquis à la reconnaissance de la postérité. La gloire d'Harvey a-t-elle pâli parce que la circulation est mieux connue dans ses détails qu'il ne l'avait indiqué? Newton a-t-il cessé d'être un des génies les plus admirables des temps modernes, parce que toutes les branches de la physique se sont considérablement agrandies? Cesse-t-on de rendre hommage à Lavoisier, à Berthollet, à Vauquelin, parce que la chimie a pris, dans ces derniers temps, une face nouvelle? Serait il juste que notre vénération pour Broussais fût diminuée, parce qu'il y a eu déjà, parce qu'il y aura encore, parmi les successeurs qu'il s'est formés, des hommes de savoir et d'habileté, qui agrandiront et perfectionneront de plus en plus le monument qu'il a élevé à la science, objet de ses constantes méditations?

» Les diverses branches de nos connaissances n'étant cultivées, en dernière analyse, qu'afin d'augmenter le bien être et le bonheur des hommes, la médecine, qui a pour objet spécial l'étude de la structure, des actions et des besoins de l'organisme, touche à la plupart d'entre elles, et doit contribuer à les éclairer. Deux grandes écoles philosophiques se sont partagées le monde depuis l'origine des sciences jusqu'à nos jours. L'une de ces écoles, empreinte de poésie, s'adressant aux imaginations vives et mobiles, plaisant aux âmes tendres, aux esprits exaltés, a spiritualisé la nature, personnifié ses abstractions, inventé des causes finales, a assigné à toute chose un but providentiel. Cette philosophie prend l'univers avant sa formation, l'anime dans toutes ses parties pendant son existence, suit l'homme après l'accomplissement des siècles, et subordonne sa volonté, ses penchans et ses actions, à la volonté dont il est une émanation. L'école opposée, plus austère dans son langage, plus âpre dans ses déductions, n'étudie dans la nature que l'ensemble des corps qui la constituent; pour elle les diverses parties de la matière, doués de propriétés différentes, agissent les unes sur les autres, par masses et par molécules, et forment ainsi un immense ensemble dont il s'agit de rechercher les phénomènes, d'enregistrer les révolutions, et de formuler les lois physiques. Cette école se refuse, sous le point de vue scientifique, à pénétrer au-delà de ce qui est perceptible aux sens, constatable par l'observation ou l'expérience, susceptible de démonstration par le calcul et l'induction.

» Chacune de ces écoles a rendu à l'humanité d'incontestables services; les calomnies que l'esprit de secte a dirigées alternativement contre leurs chefs les plus illustres, doivent tomber devant la raison. Un jour viendra peut-être où elles se rapprocheront et se prêteront un appui mutuel, parce que les deux ordres de considérations dont elles s'occupent avec prédilection se succèdent, peuvent se confirmer et ne s'excluent pas nécessairement.

» Quoi qu'il en soit, Broussais appartenait à l'école naturiste, qui étudie les facultés de l'homme en les rattachant aux conditions organiques de leurs manifestations. Marchant sur les traces de Cabanis, plus encore que sur celles de Gall, il insista pour faire rentrer dans la théorie de nos penchans, de nos instincts et de nos actes intellectuels, cet élément que la médecine seule possède; savoir, la considération de l'influence des viscères et de l'exercice normal ou dérangé des fonctions, sur l'encéphale.

» Tel fut Broussais, médecin dans toute l'admirable acception de ce mot; esprit hardi, original, profond, penseur intrépide, animé d'une manière si heureuse, Broussais ne comptera désormais que des admirateurs de son génie. Nous serons heureux de conserver son image, de perpétuer dans cette école l'esprit progressif de sa doctrine, et de continuer ses efforts pour l'instruction des élèves, pour l'avancement de toutes les parties de la médecine, pour le bonheur de l'humanité. »

Pendant la lecture de son discours, M. Bégin n'a cessé de recueillir les témoignages de l'approbation universelle, et les applaudissemens se sont prolongés long-temps après qu'il eût terminé.

C'est M. Fossati, président actuel de la Société phrénologique, qui a clos la séance, en faisant brièvement la part de Broussais comme phrénologiste. « Broussais, a-t-il dit, n'était pas phrénologiste en 1839, lorsque Gall mourut, et ce n'est pas un de ses moindres titres de gloire, comme ce n'est pas un des moindres traits de son génie, que d'avoir, homme mûr, abordé les difficultés d'une science nouvelle, et de l'avoir étudiée avec tant de persévérance, que bientôt il en aggrandit lui-même le domaine. »

Se tournant ensuite, par un beau mouvement oratoire, vers la jeunesse des écoles: « Jeunes hommes, s'est-il écrié, ce n'est pas pour Broussais, c'est pour vous que cette statue a été érigée. Elle est moins un hommage pour lui qu'un exemple pour vous. » Ces belles paroles, on le pense bien, ont été vivement applaudies.

Après cette allocution, la séance a été levée, et tous les spectateurs, membres de l'Institut, membres de l'Académie, officiers des divers corps, professeurs, soldats, femmes élégantes, tous, d'un commun élan, se sont approchés de la statue, terminat par un hommage unanime cette magnifique ovation.

MARCHAL (de Calvi.)

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

DEUXIÈME SEMESTRE DE STATISTSQUE MÉDICALE ANNEE 1838.

M. le Baron MICHEL, *ex médecin en chef et médecin principal de l'état-major général de la 1re division militaire* (1).

Messieurs,

Je viens compléter, par l'envoi du second semestre de la statistique médicale du Gros-Caillou, le long travail que j'avais entrepris.

J'ai déjà eu l'honneur de vous remettre le premier semestre en octobre 1838, avec un mémoire explicatif des tableaux et de mes observations cliniques. Je sais que cette ébauche médicale a été lue et annotée par le célèbre Broussais quelques jours avant sa mort. J'aurais été bien flatté de connaître ses annotations, qui auraient, sans aucun doute servi à mon instruction; ne les ayant pas vues, j'ai dû continuer mes recherches sur les fièvres typhoïdes, qui ont été pour moi un sujet de constante application. L'opinion que j'ai émise sur cette maladie et le traitement que j'ai indiqué subsistent aujourd'hui plus que jamais. Je ne crains pas d'en prendre dans le monde médical toute la responsabilité; d'ailleurs la cause en est encore au même point. Des professeurs et des médecins distingués en font un sujet de polémique incessante, l'effet et la cause sont confondus, et la médecine rationnelle est la seule qui puisse vanter ses demi-succès. Les autopsies offrent des altérations variées et communes à une infinité de maladies. Dans l'affreux passage de la vie à la mort, il s'opère de si étranges choses, que l'anatomie pathologique ne peut en enrichir son domaine sans commettre quelquefois de graves erreurs; car la vie et ses phénomènes ne pourraient être démontrées comme l'attraction l'a été par Newton. A chaque instant toutes nos prévisions ne sont-elles pas renversées, et souvent les conséquences que nous déduisons de faits semblables ne perdent-elles pas de leur importance par l'origine diverse qui les a produites? Les médecins physiologistes, les humoristes, les solidistes ne peuvent marcher isolément. Dans notre admirable et frêle organisation, tout se lie, tout s'enchaîne par des mouvemens d'action mutuelle; aussi est-il très difficile, surtout pour les maladies d'origine nerveuse, de localiser leur cause. Je reviendrai sur les fièvres typhoïdes dans le courant de ce mémoire.

Ce second semestre comprend quatre tableaux avec des observations marginales.

Le premier est le classement général et la répartition par corps et par genre de maladie, des militaires traités audit hôpital dans le service des fiévreux.

Le deuxième donne le classement général et la répartition par corps et par genre de maladie des militaires décédés.

Le troisième présente l'état numérique et par corps des militaires traités dans le service des fiévreux; plus le résumé du mouvement des fiévreux, pendant le second semestre, avec le total des journées, la moyenne générale des journées, de traitement, ainsi que de la mortalité. J'y ai joint en outre le mouvement général de tous les services, fiévreux, blessés et vénériens, avec la moyenne de traitement dans chaque service.

Le quatrième enfin est le résumé du mouvement géné-

(1) Deuxième mémoire transmis à MM. les inspecteurs du service de santé militaire, qui en ont ordonné l'impression dans le recueil des Mémoires de médecine et de chirurgie militaire.

ral des fièvreux pendant toute l'année 1838, avec des observations comparatives entre les deux semestres.

Ainsi que je l'ai fait pour les six premiers mois, j'ai continué mes remarques météorologiques. Le mois de juillet a présenté des alternatives de chaleur et de froid; les vents de nord-ouest ont dominé. En août, les variations atmosphériques ont été fréquentes, et l'on a eu des chaleurs assez fortes, des pluies, et par suite des soirées et des nuits très fraîches. Le mois de septembre a été beau presqu'en entier. Ce trimestre a fourni à l'hôpital un assez grand nombre de fièvres intermittentes de tout type.

Le mois d'octobre a été d'une inconstance de température remarquable. Les huit premiers jours ont été assez beaux; mais le reste du mois, soumis au souffle permanent des vents de nord-ouest, n'a présenté que des ouragans, des pluies froides et des brouillards le matin et le soir. Le thermomètre de Réaumur n'a pas dépassé 15 degrés en hausse, et 8 degrés en baisse. A cette époque, les maladies du système nerveux ganglionnaire sont devenues très communes, et celles du système cérébro-spinal ont apparu, soit qu'elles fussent idiopathiques, soit qu'elles vinssent compliquer des maladies abdominales. En novembre, la première quinzaine a été très variée en température. Vers le 9 du mois, les mêmes vents sont revenus et ont amené des pluies, de la grêle, des brouillards, qui ont fait descendre le thermomètre à 5 degrés au-dessous de zéro; c'est alors que les entrans sont devenus très nombreux, et que les colites, les gastro-colites et les gastro-entérites se sont déclarées, et que plusieurs de ces maladies se compliquaient de symptômes nerveux propres aux fièvres typhoïdes. Vers le 20 du mois le froid s'est fait sentir; le thermomètre a marqué zéro; ensuite, du 26 au 27, il s'est élevé à 9 degrés par l'effet d'une pluie déterminée par des vents de sud et sud-est. A cette époque, des militaires casernés à l'Ecole-Militaire et au quai d'Orsay, étaient particulièrement atteints de dérangement dans les voies digestives, qu'ils attribuaient aux eaux potables; mais je pense que les variations brusques de température suffisaient bien pour expliquer la cause de ces dérangemens. En décembre enfin, le temps a été constamment froid, humide; les bronchites, les péripneumonies, les pleurites et les phlegmasies ont été nombreuses.

En général, on n'avait eu depuis long-temps une année plus bizarre en variations atmosphériques, et où les vents de nord-ouest aient autant régné.

Comme j'ai traité, dans mon premier mémoire, de la médication des affections thoraciques et digestives, je ne m'étendrai pas sur ce point, ayant eu recours aux mêmes moyens; mais, bien que j'aie également indiqué les moyens curatifs qui m'ont le mieux réussi dans les fièvres dites typhoïdes, je n'en reviendrai pas moins sur ce genre de fièvres, ayant permis d'établir une distinction entre elles. Je dirai auparavant quelques mots sur les maladies du système nerveux ganglionnaire.

J'ai dit que les fièvres intermittentes avaient été nombreuses. En effet, indépendamment de celles que les militaires contractaient dans les casernes de l'Ecole-Militaire, du quai d'Orsay et de l'Hôtel de Marigny, il en venait encore un grand nombre des 7e et 28e de ligne, qui arrivaient, le premier du Morbihan, et le deuxième de Rochefort, où ces fièvres sont endémiques. La plupart des soldats de ces deux régimens avaient déjà eu cette affection dans leur dernière résidence, et entraient à l'hôpital pour des récidives.

C'est un fait reconnu que les fièvres de cette nature sont presque toutes susceptibles de retours, même hors de l'endroit où on les a contractées; car dans les lieux où elles règnent endémiquement, il y a peu d'exemples de fièvre intermittente guérie sans rechute; aussi le changement de lieu est-il un puissant moyen pour obvier à cet inconvénient. J'ai observé que beaucoup d'hommes qui avaient eu cette fièvre avant leur arrivée à Paris, venaient à l'hôpital, après un mois ou deux de séjour, avec des intermittentes anormales dont les accès étaient tellement rapprochés qu'elles semblaient être ou vouloir devenir continues. Cela ne m'a pas surpris, parce que les exercices forcés et multipliés, les manœuvres, les corvées, les longues distances à parcourir rapidement pour arriver à temps au quartier, le défaut de sommeil et les abus de régime alimentaire, produisent aisément une sur-excitation des voies digestives qui vient compliquer la maladie d'origine intermittente; mais la diète, les boissons gommeuses et l'application de quelques sangsues à l'épigastre suffisaient pour ramener la fièvre à son premier type. Cette méthode, rationnelle dans nos climats, ne le serait pas dans les pays marécageux et chauds où les fièvres tendent à devenir pernicieuses, tels que dans les campagnes de Rome, par exemple, où ces maladies deviennent promptement graves; la saignée, ou l'application de sangsues, amène plutôt des symptômes pernicieux qu'elle ne rappelle la fièvre à un type régulier, surtout à l'époque de l'année où cette maladie règne abondamment, à de rares exceptions près. Burserius a dit: *Æstate et automno sanguinis missio in intermittentibus minus convenit.*

La tendance à la continuité dans ce pays-là et dans beaucoup d'autres est un indice de malignité; aussi le premier soin du médecin appelé à traiter ces sortes de fièvres, est de donner promptement le quinquina ou le sulfate de quinine à haute dose, car nombre de fièvres diaphorétiques, colériques, comateuses, algides enlèvent le malade du premier au troisième accès.

La cause et le siége de ces maladies sont encore un sujet de discussion en médecine. On ne peut nier cependant qu'il n'y ait des pays favorables à telle ou telle nature de maladie; le choléra-morbus, la fièvre jaune, la peste, etc., en sont une preuve. Ces maladies se développent constamment dans les mêmes lieux et sous le même ciel; de même, les fièvres intermittentes sont endémiques dans certaines localités.

Au temps d'Hippocrate, on les attribuait déjà aux émanations marécageuses (*De aere, aquis et locis*); Varron (*de Re rust.*) pensait qu'elles étaient causées par des myriades d'insectes inappréciables à nos sens, qui s'introduisaient dans le corps humain et y détruisaient l'ordre et le système de la vie. Vitruve (*Archit.*, liv. I, cap.) avait à peu près la même pensée; il les attribuait à des insectes de caractère vénéneux. Ces deux dernières opinions eurent des partisans jusqu'en 1716, où le célèbre Lancisi (*De noxiis palud. effluv.*) voulut expliquer le caractère et le principe des miasmes des marais. Il établit deux genres d'effluves, l'un organique, et l'autre inorganique. Le sol romain, disait-il, fourmille d'émanations sulfureuses et nitreuses qui s'élèvent par l'effet de la chaleur de l'atmosphère, et se mêlent par les vents du midi et les pluies d'été à d'autres substances hétérogènes qui se putréfient et produisent des maladies. Morton avait dit avant lui, dans sa Pyrétologie, pubbliée à Londres en 1692, que l'air des marais laisse dans les poumons de petites parcelles vénéneuses et hétérogènes mêlées ensemble qui émanent des eaux marécageuses. Il n'en expliquait pas la nature, mais il avait reconnu, dès cette époque, le besoin de certaines conditions de l'organisme pour en exalter l'action. Plus tard, Cullen, dans ses Elémens de médecine, en admettant un miasme marécageux formé de substances corrompues et putréfiées, comme cause de cette maladie, avouait n'en pas connaître le caractère: presque tous les médecins de l'Europe ont partagé cette manière de voir. Th. Evans, Basile Witrh, Sœmmering, Allard et plusieurs autres, en fixèrent le siége dans les glandes absorbantes; enfin Borelli, Alibert, Fournier, Vaidy, les plaçaient dans le système nerveux. Boerhaave avait pensé avant eux, cependant que les fièvres étaient dues à l'inertie d'un fluide nerveux (*et inertia liquidi nervosi*).

Bien que l'air des marais ne donne rien d'apréciable à l'endiométrie, il n'en est pas moins une puissante cause prédisposante, à laquelle il faut, en outre, une température élevée et le secours du froid pour produire cette maladie. C'est ainsi qu'on doit considérer comme causes prédisposantes, outre les évaporations humides et marécageuses, une chaleur forte qui exalte la sensibilité, et toutes les puissances de nature dépressive qui agissent physiquement ou moralement sur nous; puis, comme causes efficientes, le froid diurne produit par les orages et les pluies d'été; mais particulièrement le froid nocturne qui est toujours plus intense en été. Il faut encore des localités favorables à leur développement; cela est si vrai, que dans certains pays élevés de la Romagne, où il n'y a pas de marais, on y voit en été et en automne des fièvres intermittentes simples et pernicieuses; dans la Sabine, dans l'Ombrie et surtout à Terni.... cette dernière ville, élevée, mais baignée par le fleuve Mercé, qui se divise en une infinité de ruisseaux où l'eau coule rapidement, donne néanmoins tous les ans une grande quantité de ces fièvres de toute nature. On voit clairement que la position topographique est une condition de leur développement. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à Rome, si l'été n'est pas très chaud et qu'il n'y ait pas de pluies, on ne voit que très peu de fièvres graves; si, au contraire, l'été est chaud et accompagné de pluies d'orage, qui abaissent brusquement la température, les pernicieuses deviennent très abondantes. Lancisi avait déjà fait cette remarque. On peut également avancer que plus les nuits sont longues, plus l'épidémie s'accroît; aussi ces maladies sont-elles toujours plus communes en août et septembre qu'en juin et juillet, époque de leur apparition. Dormir une seule nuit, les fenêtres ouvertes dans la campagne de Rome, suffit pour contracter cette fièvre. Le sommeil favorise puissamment l'action sédative imprimée par le froid aux nerfs du système dermoïde.

Lancisi (*De noxiis palud. effluv.*) dit avoir observé à Rome, vers la porte Cavallegieri, que des personnes qui habitaient des lieux bas, humides et insalubres, ne contractaient jamais la fièvre intermittente, en raison de ce qu'il y avait des fours à terre cuite, et qu'elles étaient exposées à des feux continuels, tandis que leurs voisins la prenaient annuellement. On sait que ce célèbre médecin prétendait détruire par des feux les miasmes des marais. Il est démontré, d'une manière évidente, que le froid est la condition pathologique et le promoteur du génie intermitteet. Lancisi et Baglivi avaient déjà observé que le visage des malades atteints de fièvres pernicieuses était pâle, livide, semblable à celui de hydrpiques. Le célèbre médecin espagnol Mercatus, parle du manque de chaleur dans ces maladies; Morton, de l'extinction de la flamme vitale; et enfin Torti n'a pas craint d'attribuer les fièvres pernicieuses à un principe de congélation du sang: *principium congelatum, congelatio sanguinis.*

Les phases de la fièvre intermittente prouvent évidemment qu'elle dépend du froid sur l'inervation dermoïde et ganglionaire; le malaise, les lassitudes, les pendiculations, les frissons, le froid, le tremblement général, la pâleur des extrémités et des ongles, la toux, les nausées, sont le produit du passage de l'action nerveuse périodique normale à un état anormal; la chaleur, l'effet réactionnaire de l'excitation momentanée produite par le changement d'action des nerfs sur les viscères et la transpiration, la conséquence d'une surexcitation des capillaires sanguins à la suite de laquelle s'ouvre l'orifice des lymphatiques exhalans qui cause la transpiration; puis la similitude d'organisation des muqueuses avec le système dermoïde, les relations organiques que ces membranes ont avec l'estomac, la rate, le foie, le pancréas, les reins, la vessie, etc., donnent l'explication de la série de symptômes qu'on observe dans ces fièvres. Ainsi, la réaction vitale, le tempérament, la constitution individuelle, la nature de la diathèse et la force de la cause efficiente, déterminent les types quotidiens, tierce, double tierce, quarte, etc. La diminution de l'inervation rend la réaction organique plus lente ou plus active; c'est tellement vrai, que le froid et la chaleur, dans cette maladie, sont d'autant plus courts, que l'action sédative nuisible qui a agi sur le système nerveux est plus faible.

Quant au siége de cette maladie, il est partout, bien qu'on le croirait localisé dans les fièvres larvées, dans les pleurétiques, les hépatiques, les coliques, les cystiques, les hémoptoïques, les épileptiques, les amaurotiques, etc.; mais ces divers symptômes, qui semblent se rattacher à des lésions d'organes, ne sont que des simulations d'affections locales qui n'existent pas et qui ne sont que l'effet de la participation des viscères aux anomalies d'action des fonctions organiques. En effet, il est reconnu qu'à l'autopsie on trouve, dans l'état sain, des viscères qui paraissaient affectés. Si le praticien traitait ces complications sans avoir égard au protée intermittent, le malade succomberait; aussi, les docteurs Lupi, Bomba, Morichini, Valentini, de Rome, traitaient-ils hardiment et promptement toutes ces sortes de fièvres par de fortes doses de quinquina uni à des cordiaux; ils en donnaient jusqu'à trois et quatre onces dans l'apyrexie, et le plus souvent au moment de la diaphorèse, dans la crainte de ne pas arriver à temps, en attendant une rémission complète qui n'a souvent pas lieu.

Je ne crains pas de m'étendre sur ce sujet dans un moment où il est devenu l'objet des observations des médecins militaires de l'Algérie, où des conditions semblables à celles de l'Agro Romano et Pontino existent à Bone, à Bougie et dans la vaste plaine de la Mitidja.

Dans mon premier mémoire topographique sur Rome et l'Agro Romano publié en 18 3, et que j'ai envoyé à MM. les inspecteurs du service de santé militaire, j'ai émis une opinion sur ces fièvres qui n'a pas varié; elle est, en outre, consignée dans des journaux de médecine français et étrangers. J'ai avancé que le type intermittent étant une propriété inhérente au système nerveux, et par suite commune à tous les actes organiques, les fièvres intermittentes légitimes et simples étaient dues à des mouvemens d'association qui se répètent dans le système nerveux ganglionnaire; que ces nerfs, frappés dans leur ensemble ou isolément, acquéraient un type anormal.

A la même époque, j'ai rapporté, page 147, en parlant des rechutes si fréquentes dans ce genre d'affection, que le moindre froid, le plus léger trouble dans les digestions, la moindre fatigue rappelaient volontiers vers l'hiver la fièvre qui se présente le plus communément avec le type quarte. Ces sortes de fièvres, qui reparaissent de temps en temps sans que le malade ait d'embarras gastriques, ni d'obstructions dans les viscères abdominaux, et sans qu'elles l'empêchent de vaquer à ses propres affaires peu d'heures après l'accès, exigeaient une tout autre médication que les fièvres récentes... Il y a même des personnes qui ne s'alitent pas; car on rapporte que Frédéric de Saint-Foix en 1587, portant l'étendard à la bataille de Coutras, y combattit vaillamment ayant la fièvre quarte.

J'ai pensé que cette périodicité fébrile était due à des mouvemens d'association qui se répètent dans le système nerveux, puisque des hommes qui avaient cette fièvre depuis un an ou deux n'éprouvaient pas la moindre altération dans aucune de leurs fonctions et conservaient leur embonpoint et un grand appétit; que ces maladies résistaient aux médications ordinaires en pareil cas et disparaissaient ensuite inopinément à la suite d'un excès quelconque, qui déterminait des mouvemens brusques et opposés aux premiers contractés par l'effet de l'habitude.

Si l'on examine attentivement toutes les variétés des fièvres intermittentes, leurs symptômes, leur bénignité ou leur malignité, les conditions diverses qui leur donnent naissance et les rendent simples ou pernicieuses, la cause et la fréquence des rechutes; si l'on compulse tous les ouvrages qui traitent de leur médication, on verra que ces maladies, à type semblable, ont cédé souvent à des moyens opposés. C'est ainsi que les vomitifs, les purgatifs, les amers, les astringens, les styptiques, les toniques permanens et diffusifs, les vins cordiaux, les éthers, l'alcool nitrique, l'ammoniaque liquide, l'acide arsénieux, les alcools opiacés et la saignée ont été employés avec quelque succès; il n'y a pas jusqu'à la ligature des membres qui n'ait été préconisée.

J'ai par-devers moi une suite d'observations faites sur l'emploi de divers agens qui ont réussi dans ces fièvres de nature bénigne. On sait que Thompson dit avoir guéri des fièvres intermittentes par les émétiques et les laxatifs. Van Swiéten, Morton, Torti ont blâmé les purgatifs, à moins qu'ils ne fussent imposés par un état saburral manifeste. Galien, Celse, Aretée, et un grand nombre de médecins les avaient regardés constamment comme nuisibles dans ces maladies. Sydenham ajoute même qu'il a vu des intermittentes simples devenir continues par l'emploi de ce moyen.. Boerhaave les condamne tous. Hoffmann dit avoir administré dans le moment de l'assoupissement le laudanum à assez haute dose avec succès, ainsi que le quina uni à des eaux spiritueuses, ce qui dénote qu'il considérait la diathèse de ces maladies comme étant hyposténique.

De tous ces moyens employés et vantés à tour de rôle, il en est un que je regarde comme le plus chanceux et le moins convenable en certains cas, c'est la saignée. Il n'y a rien d'absolu, sans doute; la proscrire tout à fait serait un tort, car elle peut convenir chez des sujets pléthoriques,

'ans un climat tempéré, au printemps, enfin quand il y excitation morbide des voies digestives, et dans des cir-onstances où une affection organique d'un viscère peut auser une fièvre d'accès. Mais alors, dans cette circons-ance, la fièvre est accidentellement intermittente et sort lu genre essentiel de ces maladies; car, dans les perni-ieuses, contractées dans les lieux où elles sont endémi-lues, ainsi que dans les fièvres rémittentes graves obser-ées par Dumas chez des blessés qui avaient de vastes laies à abondantes suppurations, la saignée est nuisible; : quinquina ou le sulfate de quinine seuls conviennent. 'ai observé de semblables fièvres à Rome, chez des vénè-iens qui avaient des bubons qui suppuraient abondam-nent; le quina à haute dose coupait la fièvre et mettait : malade dans des conditions favorables à sa guérison.)n sait que les intermittentes n'ont pas besoin d'émana-ions marécageuses pour se développer; elles peuvent naî-re partout; seulement elles sont plus communes et endé-niques dans les lieux bas où il y a des évaporations hu-nides et marécageuses, sur les bords des lacs, des rivières, les canaux, des étangs, et plus graves et souvent mortel-es dans certains pays où la température est élevée.

On peut affirmer que ces maladies diffèrent d'intensité uivant la saison, le climat et le lieu où elles prennent aissance. Il m'est démontré, par de nombreuses obser-'ations faites à Rome pendant plusieurs années, qu'une empérature de 20 à 28 degrés de Réaumur, devient né-essaire à leur développement; car c'est à la Saint-Jean l'été, du 24 juin au 15 et 20 octobre, époque où tombent bondamment les pluies d'automne que ce mauvais génie xerce ses ravages.

Il est incontestable que les pluies abondantes d'automne létruisent l'action de l'*aria cativa* et *cativissima* de la cam-agne de Rome, en abaissant, sans doute, la température, n rendant moins sensible la différence de celle de la nuit à celle du jour. Il n'en est pas de même des pluies d'orage t d'été, qui, en décomposant les végétaux et les insectes ombreux de la plaine, en déterminant subitement un abaissement dans la température, accroissent singulière-nent l'insalubrité des lieux et augmentent l'épidémie. On peut être sûr que plus les journées sont longues et chau-les, plus elles exaltent la sensibilité et déterminent une hypéresthésie favorable à l'interversion des mouvemens normaux de l'organisme que le froid ne tarde pas à pro-duire; car la température nocturne en été diffère pres-que constamment de celle du jour de cinq à huit degrés. Ainsi, la chaleur moyenne dans les Etats-Romains est en juin de 18°, en juillet de 20, en août de 21, en septembre de 16, en octobre de 12; le froid moyen nocturne, en temps ordinaire et sans pluies d'orage, en été, est de 4° en juin, de 5 en juillet, de 7 en août, de 8 en septembre et pendant la première quinzaine d'octobre.

Ces différences de température expliquent pourquoi les fièvres intermittentes sont plus abondantes et plus graves en août et septembre qu'en juin et juillet.

Le froid étant par nous considéré comme la cause effi-ciente de la fièvre intermittente, il en résulte que c'est quand il cesse d'agir sur nous que la réaction commence, ce qui fait que les hommes qui meurent d'une fièvre per-nicieuse succombent presque toujours dans la première pé-riode du paroxysme subséquent, et que les fièvres inter-mittentes viennent presque toujours dans la matinée; d'autre part, moins l'hyperesthésie est grande, plus la ré-action est lente, ce qui explique la cause de l'éloignement des accès et de l'apyrexie, surtout si ces fièvres sont déjà anciennes; car c'est alors que l'action morbide est plus faible que celle acquise par l'effet de l'habitude qui tend à se répéter périodiquement. La médication en est plus difficile et plus bizarre; c'est ainsi que la fièvre quarte est plus rebelle à guérir que la fièvre tierce, et celle-ci que la quotidienne, toujours hors des localités où ces fièvres sont endémiques et tendent à devenir pernicieuses.

Dans les lieux où règnent ces dernières, la névrosthénie est plus prononcée, l'apyrexie est courte et moins franche; ces fièvres sont rarement quotidienne et tierce, elles sont plutôt double-tierce et sub-intrante. La réaction dans ces maladies est lente à se développer, en raison de ce que les causes prédisposantes et efficientes ont porté une atteinte plus forte aux nerf dermoïdes, puisque ces maladies ac-quièrent en si peu de jours un caractère mortel, tel que le malade périt souvent dans le premier accès d'une algide, dans le deuxième d'une émétique et d'une ictérique, dans le troisième d'une colérique, d'une comateuse et d'une diaphorétique, etc. Je l'ai déjà dit plus haut, c'est le de-gré de diathèse morbide amené par les puissances nuisi-bles prédisposantes et la localité qui font toute la gravité de la maladie; autrement la cause efficiente, le froid, avec une autre diathèse et dans des climats ordinaires, ne cau-serait que des intermittentes simples; aussi ne saurais-je trop le répéter, la médication de ces fièvres doit être ba-sée d'après la connaissance du climat, du lieu et des cau-ses qui les ont produites. C'est donc avec raison que le sa-vant Grimaud a dit que chaque maladie ne paraît ce qu'elle est, et ne jouit de toute la plénitude de son existence qu'au-tant qu'elle se forme sous le concours de circonstances qui lui sont analogues et qui tendent à favoriser sa produc-tion.

Cela est si vrai que je ne connais aucune partie du glo-be plus favorable au développement des fièvres intermit-tentes pernicieuses que l'Agro Romano et Pontino, où les inégalités du terrain, presque partout onduleux, forment autant de réservoirs où les eaux pluviales et celles prove-nant des débordemens du Tibre, produisent des lacs, des étangs, des marais, dont plusieurs sont au-dessous du ni-veau de la mer. L'élévation de la température et l'exposi-tion à tous les vents d'Afrique ont rendu de tout temps ce pays très malsain; car les nombreuses pestes rappor-tées par Tite-Live n'étaient sans aucun doute que des fiè-vres pestilentielles et pernicieuses contre lesquelles il n'y avait aucun remède curatif, puisque le quinquina, connu en France dès 1733, ne fut employé dans ces fièvres que vers la fin de ce siècle.

L'action de ce remède héroïque dans les névralgies et dans toutes les fièvres périodiques, paraît être de donner du ton au système nerveux, puisqu'il le fixe dans l'état où il le trouve pendant l'apyrexie, et qu'il le ramène à son état normal quand on le donne dans les fièvres pério-diques où la rémission est à peine sensible; ce qu'il y a de remarquable, c'est que tous les désordres des fonctions viscérales survenus dans ces fièvres cèdent à son emploi. On a tort de croire qu'il cause des stases humorales et des engorgemens des viscères abdominaux; c'est un préjugé aussi ridicule que celui d'attendre quelques accès de fièvre intermittente avant de traiter la maladie.

Après les maladies du système nerveux ganglionnaire, j'arrive à celles de l'appareil cérébro-spinal. Ces derniè-res sont complexes, car elles s'associent à toutes sortes de lésions. L'appareil qui semble en être le point de départ est, à son tour, souvent mis en jeu par des altérations viscérales diverses, ainsi que nous allons le voir.

J'ai promis, dans mon premier travail, que j'établirais une distinction entre les fièvres dites typhoïdes.

Il m'est démontré par maintes observations qu'il y a des fièvres typhoïdes idiopathiques qui naissent soudainement par suite de nostalgie prononcée, d'affections dépriman-tes, de chagrins violens, d'excès qui agissent sur le système nerveux, sans avoir été précédées d'inflammations abdomi-nales. Il y en a d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui viennent se greffer sur des inflammations locales.

L'action réciproque des deux sortes d'appareils nerveux explique tous les désordres physiques et moraux qui ont lieu dans cette maladie.

Des observations faites journellement dans nos hôpi-taux ont démontré que la fièvre typhoïde peut venir à la suite d'une péripneumonie, d'une bronchite, d'une rou-geole, d'une gastro-entérite, etc. Est-ce le miasme nosoco-mial qui vient, par son action délétère et débilitante, compliquer ces phlegmasies et altérer la nature du sang et des humeurs en général? C'est très possible; car un sé-jour prolongé dans les hôpitaux amène des rechutes tou-jours plus graves que la maladie primitive.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— A la suite d'une nouvelle épreuve clinique, M. Combette, qui était *ex æquo* avec M. Tanquerel des Planches, a été nom-mé médecin du Bureau central.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 26 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 103, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. Trousseau.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Du pouls. Pour établir le pouls, chez les enfans, dans ses rapports avec les symptômes et le pronostic des maladies, il est essentiel de faire des catégories d'âge; car chez les nouveau-nés (et nous entendons ici les enfans qui ont moins d'un mois, chez lesquels la cicatrice ombilicale n'est pas complète, du moins le plus souvent, et qui présentent encore quelques-uns des accidens propres aux enfans qui viennent de naître, tels que l'érythème, l'ictère des nouveau-nés, etc.), chez ces enfans, disons-nous, le pouls, comme les maladies dont ils peuvent être atteints, n'ont pas les caractères qu'ils auront plus tard. Ainsi la pneumonie est presque toujours mortelle chez eux, puisque sur 139 petits enfans atteints de cette maladie, dont parle M. Valleix, 138 ont succombé; tandis que, chez les enfans âgés de six semaines à trois mois, le pouls prend d'autres caractères et la pneumonie ne présente plus le même degré de gravité.

Le pouls a été étudié chez les enfans avant la naissance, dans la première quinzaine qui suit la naissance, chez les enfans âgés de un à trois mois, enfin, chez ceux de trois mois et au-dessus jusqu'à la cessation de l'allaitement.

M. Jacquemier a examiné le pouls de 51 enfans avant la naissance, et il a trouvé pour minimum 108 pulsations, pour maximum 160, par conséquent 134 pour la moyenne. Les mêmes enfans examinés après la naissance ont donné un minimum de 97 pulsations, un maximum de 156; moyenne 126. Ainsi, pendant la vie fœtale la moyenne est de 134, elle n'est plus que de 126 immédiatement après la naissance.

Sur trente-neuf enfans d'un à dix jours et paraissant jouir d'une bonne santé, Billard a vu dix-huit fois le pouls présenter moins de 80 pulsations; sur deux enfans, il battait 86 fois; sur un, 89; sur quatre, 100; sur dix, 110 à 125; sur un, 130; sur deux, 150, et sur un, 189.

Malgré l'énorme différence qui existe entre le minimum et le maximum des pulsations observées par Billard, nous sommes loin de partager l'opinion de M. Valleix, qui dit que dans ces circonstances Billard n'a peut-être pas tenu compte d'un état maladif peu prononcé, parce que cet observateur y regardait de près en général. Ne voit-on pas des adultes dont le pouls dans l'état de santé ne bat que 40 fois environ, tandis que chez d'autres également bien portans l'on trouve habituellement de 80 à 90 pulsations. Or, cette différence proportionnelle est précisément celle de Billard. C'est là, il faut le dire, l'inconvénient de la statistique qui prenant des minima et des maxima anormaux, arrive à des moyennes qui ne sont pas la vérité.

Du reste, en excluant des faits signalés par Billard les trois derniers, qui sont tout à fait exceptionnels, restent encore 36 observations, desquelles il résulte que chez les enfans d'un à dix jours le pouls est en moyenne de 90; ce qui ne s'éloigne pas assez du résultat de M. Valleix, dont la moyenne est 87, pour que cet observateur soit en droit d'accuser Billard peut-être un peu trop sévèrement. Ainsi, sur treize enfans que ce médecin a pu examiner, il a trouvé pour minimum 76, maximum 104, moyenne 87.

Nous ferons observer que bien que la différence entre le minimum et le maximum soit fort grande sans doute, elle l'eût été encore davantage si M. Valleix eût étudié un plus grand nombre d'enfans. En résumé, nous voyons, vers la fin de la grossesse, le pouls battre en moyenne 134 fois, et perdre de sa fréquence pendant les dix premiers jours, en passant de 126 à 87 ou 90.

Nous allons maintenant vous faire connaître le résultat de nos propres observations. Dans une période de six mois, nous avons examiné avec soin le pouls de 61 enfans, dont 30 garçons et 31 filles, tous bien portans.

Enfans âgés de 15 à 30 jours. Nous en avons eu 11, 6 garçons et 5 filles. Chez les garçons, le pouls nous a donné un minimum de 96 pulsations, un maximum de 152: moyenne, 127. (Vous voyez comme, dans l'état de santé, les extrêmes sont différens.) Chez les filles, minimum, 120 pulsations; maximum, 152: moyenne, 135. Si nous réunissons les filles et les garçons, nous avons, chez les enfans de 15 à 30 jours, une moyenne de 131. Vous voyez déjà une différence énorme avec la moyenne chez les enfans de 1 à 10 jours observés par M. Valleix; c'est-à-dire que dans la seconde quinzaine de la vie le pouls reprend la fréquence qu'il avait vers la fin de la vie fœtale.

Enfans âgés de 1 à 3 mois. 10 ont été soumis à notre examen: savoir, 5 garçons et 5 filles. Pour les 5 garçons, le minimum du pouls était 136; le maximum, 156: moyenne, 140. Pour les filles, minimum, 108; maximum, 136; moyenne, 124. Si nous réunissons les garçons et les filles, nous aurons une moyenne de 132. L'on peut donc établir que depuis le quinzième jour jusqu'à la fin du troisième mois, le pouls présente le même nombre de pulsations.

Enfans âgés de 3 mois à 1 an. Nous en comptions 28; 12 garçons et 16 filles. Chez les 12 garçons, le minimum des pulsations est de 100; le maximum, 140: moyenne, 116. Chez les filles, le minimum est 112, le maximum 144: moyenne, 125. Pour les filles et les garçons réunis, nous avons une moyenne de 120 pulsations. Ainsi, à cette époque de la vie, nous commençons à voir baisser la moyenne.

Enfans âgés de plus d'un an. Nous avons 4 garçons et une fille. Chez les premiers, le minimum est de 92; le maximum, de 120: moyenne, 106. La fille a présenté 140 pulsations. L'on ne peut donc réunir les deux moyennes, puisqu'une fille seulement a été soumise à notre observation; mais si, malgré cela, nous réunissons ces deux nombres, nous aurons une moyenne de 123, peu différente de celle obtenue par M. Valleix (129) sur des enfans dont l'âge moyen était 11 mois.

En résumé, nous avons, chez des enfans forts, bien portans, une moyenne de 125 pulsations que l'on peut considérer comme une moyenne générale.

Comment convient-il de procéder à l'examen du pouls chez les enfans? L'année dernière, époque à laquelle nous avons fait les recherches dont nous venons de vous faire connaître le résultat, notre manière de faire était défectueuse. Ainsi, nous examinions les enfans indifféremment pendant le sommeil et pendant la veille, et pourtant il y a une notable différence dans le nombre des pulsations chez le même enfant lorsqu'il dort et lorsqu'il veille, différence que nous pouvons établir approximativement aujourd'hui de 15 à 30 pulsations, en sorte qu'un enfant qui n'aura présenté que 100 pulsations pendant le sommeil en aura 120 ou davantage dans l'état de veille, sans pour cela que la santé ait éprouvé le moindre dérangement.

Cette année nous avons procédé d'une autre façon; nous avons examiné le pouls du même enfant pendant le sommeil et pendant la veille; nous avons noté avec soin s'il nous opposait quelque résistance ou s'il était tranquille pendant notre examen. De cette manière nous aurons un résultat plus positif et sur lequel l'on pourra établir un meilleur jugement.

D'après ce qui précède, l'on voit que d'après la fréquence seule du pouls, il serait difficile de juger de l'état fébrile d'un enfant; il faut donc se diriger d'après quelque autre chose, et cette autre chose c'est la chaleur de la peau, phénomène qui a une grande valeur dans l'étude séméiologique des maladies des enfans, et qui mérite plus d'attention que l'examen du pouls. Mais avant d'aller plus loin, voyons comment il faut explorer le pouls chez les enfans à la mamelle.

Quand on a à examiner un enfant pour la première fois, celui-ci devra être assoupi, ou, s'il est éveillé, il faudra le faire teter ou appeler son attention sur quelque chose, exposer à ses regards, comme le conseille M. Valleix, une vive lumière qu'il fixe avec attention pendant plusieurs minutes; car l'on conçoit facilement que si l'enfant remue, est agité, il sera difficile, pour ne pas dire impossible, de compter et quelquefois même de percevoir son pouls. Si en effet cette opération est difficile chez l'adulte qui présente de la carphologie, que sera-ce chez un enfant dont les tendons seront en jeu. Une fois que l'enfant est accoutumé à la vue du médecin, l'examen du pouls devient alors facile.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Je rétracte ma dernière lettre. On m'a presque forcé d'assister à la séance de clôture de l'Académie; cette espèce de violence m'a valu une de ces satisfactions que vous comprendrez, si vous avez le cœur comme le mien. Vous avez entendu parler, sans doute, de ce naïf Lamourette et du baiser qui porte son nom; vous avez lu cette fameuse séance du 7 juillet de l'Assemblée législative. L'histoire dit: « Ceux qui avaient attaqué et défendu Lafayette, le *veto*, la liste civile, les factieux et les traîtres sont dans les bras les uns des autres; toutes les distinctions sont confondues, et l'on voit s'embrasser MM. Pastoret et Condorcet, qui, la veille, *s'étaient réciproquement maltraités dans les feuilles publiques*.....

» Dumas est auprès de Basire, Jaucourt auprès de Merlin, et Ramond auprès de Chabot. » (Thiers.)

Changez les noms en des noms bien connus de vous; mettez à la place du *veto* l'*incinération*, et vous aurez une réproduction fidèle de la dernière séance de l'Académie de médecine. Aussi, en sortant de cette mémorable séance, les donneurs de poignées de main étaient au comble de leur joie. Ils pouvaient complimenter tous les académiciens qui ont dit: « Que l'ennemi sache que ce que nous voulons, nous le voulons tous, et la Patrie (l'Académie) est sauvée. » Tout le monde a donc gagné à cette fameuse lutte académique; même les empoisonneurs; car ils auront appris qu'il est plus difficile que jamais de découvrir leur crime. M. Orfila est parti pour l'Italie, où il y a un capitole, et M. Gerdy va en Allemagne, où il y a un Danube.

Nota. Le jour de ce fameux baiser Lamourette fut le jour de la mort de la royauté.

— Comme je vous l'avais annoncé, le 21 a eu lieu l'inauguration de la statue de Broussais. J'ai eu quelque peine à entrer au Val-de-Grâce; car il fallait être, pour cela, membre de l'Institut ou de l'Académie de médecine, ou professeur de la Faculté, ou chirurgien militaire, ami ou admirateur ou souscripteur, et je n'étais rien de tout cela. Je suis cependant entré. Il était plus difficile encore de sortir. Dans un hôpital militaire, il y a toujours beaucoup de factionnaires et tous, ce jour-là, avaient pour consigne de ne laisser sortir personne avant la fin du dernier discours. Je les ai donc tous subis. Dans votre précédent numéro, M. Marchal (de Calvi), qui est aussi du Val-de-Grâce, vous a dit tout l'éclat de cette solennité, auquel il a ajouté celui de sa prose. Il a tout loué, depuis le costume des infirmiers jusqu'à l'illustre maréchal qui *tient aujourd'hui le portefeuille de la guerre, lequel maréchal avait ordonné que les choses fussent faites grandement*, lequel aussi avait daigné faire écouter les discours par quelqu'un de son état-major!! Personne ne loue mieux que les militaires, et M. Marchal est un écrivain extrêmement militaire. J'ai déjà dit que je n'étais pas militaire, que je n'étais pas même souscripteur; j'étais amateur, et c'est en amateur que je vais parler.

M. Passy, président de l'Académie des siences morales a pris la parole pour dire qu'il ne parlerait pas. (Applaudissemens unanimes.) M. Pariset a dit qu'il parlerait lui, mais après en avoir demandé pardon à tout le monde, surtout à Broussais, « dont la statue sourit en m'entendant » (textuel); or, vous saurez que Broussais est d'une houmeur plus sombre que le bronze qui le représente. Le statuaire l'a saisi dans un de ses plus terribles momens, quand il tonnait contre l'ontologie, contre ces mêmes abstractions que ce bon M. Pariset venait lui débiter encore une fois, et cela pour le faire rire! S'il y a quelqu'un qui a ri, ce n'est pas Broussais.

M. Bouillaud a la parole. Alors s'ouvre la solennité (je ne sais pas pourquoi on n'a pas commencé par là). M. Bouillaud ne demande pardon à personne d'oser parler à Broussais; son exorde semble même faire supposer le contraire. M. Bouillaud allait dire toute la vérité et la dire très haut. Or, comme l'Institut, la Faculté et même beaucoup d'élèves de Broussais pouvaient ne pas se trouver très flattés de l'entendre en entier, M. Bouillaud a manqué aux règles de la rhétorique en indisposant d'abord son auditoire. Ce n'est pas la seule règle qui a été victime de la franchise de cet éloquent professeur. Il n'en a observé qu'une: celle d'être à la hauteur du sujet. Il a souvent parlé comme Broussais, et mieux; il a aussi fait parler son héros en citant ses plus brûlantes pages. S'inspirant sans cesse des souvenirs de Broussais, de ses chefs-d'œuvre, du magnifique spectacle offert par un simple plébéien couvert de couronnes, l'orateur a su trouver de ces accens sympathiques qui enlèvent une assemblée. Les dames surtout ont fort applaudi. J'ai dit qu'on appelait M. Bouillaud le *médecin du cœur*: il lui faut aujourd'hui ajouter un autre titre.

M. Bouillaud n'a loué que Broussais et un peu le statuaire; il a eu à blâmer, à critiquer. M. Bégin est militaire: il a donc loué beaucoup Broussais et un peu tout le monde (excepté la presse cependant qui est aujourd'hui pleine de personnalités, tandis que sous la plume de Broussais, c'était différent; si je n'en avais pas fini avec mes étonnemens, je me serais permis quelque chose de semblable en écoutant l'orateur, car je crois avoir lu dans le bon temps du physiologisme, la toute douce et toute scientifique polémique de Broussais et des écrivains qu'il inspirait).

Quand on veut louer long temps comme l'a fait M. Bégin, il faut savoir louer comme M. Bégin. Les vertus de Broussais, son esprit, ses talens, sa hauteur de vue, de pensée, tout dans la bouche de l'orateur a pris une couleur et des formes ravissantes. Ici j'ai le malheur de n'être pas d'accord avec M. Marchal. M. Bégin ne s'est pas surpassé, pour une très bonne raison, que je ne dirai pas, parce que je ne veux pas être plus militaire que M. Marchal. L'art, que M. Bouillaud avait dédaigné, a été constamment invoqué par M. Bégin. Je vous avoue, Monsieur, que cet orateur m'a fait le plus grand plaisir, car j'aime dans un discours une certaine ordonnance, pas mal de symétrie, et beaucoup de fleurs. J'aurai la faiblesse de vous avouer que je suis un peu de l'Empire: j'adore Jouy et même Etienne. Aussi, ai-je dit, en écoutant cette éloquence: Voilà qui est académique. — Un peu trop, a répondu mon voisin. — Avouez alors que M. Bouillaud ne l'a pas été assez. — Attendez l'impression, et vous jugerez mieux à la lecture, m'a-t-on répliqué. — On doit réunir et publier tous les discours: j'attendrai donc pour juger définitivement.

Maintenant un mot sur la statue. M. Bra a représenté Broussais en robe de chambre, assis, et le pied gauche appuyé sur des livres; la tête regarde de ce côté, un peu en bas. La face est parfaitement contractée: il est évident qu'on a voulu représenter Broussais dans un moment où il livrait un combat à outrance à l'ontologie.

Voici comme on jugerait cette statue, dans mon arrondissement qui n'est obligé à rien de militaire à l'égard de M. Bra, lequel d'ailleurs peut s'en passer très lestement.

La position assise est celle du repos: or, Broussais ne s'est jamais reposé. Si on matérialise l'idée au point de dire que les médecins travaillent assis, qu'il faut choisir la position qu'ils gardent le plus long-temps, je dirai qu'il en est qui travaillent beaucoup plus souvent couché, que la position horizontale leur est très familière; il faudrait donc les représenter dans le lit.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

DEUXIÈME SEMESTRE DE STATISTSQUE MÉDICALE ANNÉE 1838.

M. le Baron Michel, *ex-médecin en chef et médecin principal de l'état-major général de la 1re division militaire.*

(Suite du numéro précédent.)

Nul doute que le système nerveux n'eût besoin pour une semblable maladie d'acquérir la diathèse qui lui est propre, comme cela a lieu dans les fièvres intermittentes pernicieuses. Cette diathèse peut être amenée par des causes diverses qui agissent sur la sensibilité ; toutes les puissances nuisibles morales et physiques peuvent donc produire les mêmes résultats, à la différence que dans les fièvres pernicieuses l'action morbide part du système nerveux ganglionaire avec réaction sympathique sur le cerveau, et que dans la fièvre typhoïde, l'action morbide semble émaner du système cerébro-spinal avec réaction sur les nerfs ganglionaires.

Wogel, Gottel, Marcus, Jemina, parlent d'une phlogose particulière du cerveau comme cause première de la fièvre typhoïde ; de là tous les symptômes cérébraux, disent-ils, qui en découlent. Mon savant ami, le professeur Mojon, partage cette opinion. « Cum itaque et morbi historia animi fonctiones sensus et voluntarios motus aberrare et cerebri læsiones et vitia in cadaveribus anatomes doceat, concludendum restat morbi sedem in cerebro fuisse. » (De feb. epid., 785, A. Jemina.)

M. Andral lui-même est obligé de convenir que cette fièvre est un état morbide plus complexe qu'une phlegmasie, et que le sang dans cette maladie ne répète nullement les qualités du sang des inflammations, tel qu'on l'observe dans le rhumatisme aigu, dans la pneumonie, etc. Il est reconnu aujourd'hui que quelle que soit la période à laquelle on examine le sang, (et cet examen a été fait depuis le quatrième jusqu'au vingt-unième jour de la maladie), on ne trouve jamais la fibrine élevée au-dessus de son chiffre normal. MM. Andral et Gavarret l'ont démontrée dans un travail relatif aux maladies dans lesquelles la fibrine est en excès. Les plaques jaunâtres, l'état exanthémateux, puis ulcéreux, des follicules intestinaux sont donc un effet de la maladie quand elle se termine par la mort.

Nul doute que dans cette maladie on ne trouve les altérations intestinales sus-mentionnées, mais rien ne prouve qu'elles soient la cause de cette fièvre, puisque les mêmes lésions se rencontrent dans les gastro entérites, entéro-méningites, la méningite cérébro-spinale, et dans une infinité de maladies graves et de fièvre pernicieuses. Ainsi le docteur Faure a trouvé, à l'autopsie de quelques militaires morts de la fièvre épidémique de Versailles, qu'il a caractérisée sous le nom de méningite cérébro-spinale, indépendamment des altérations cérébro-spinales, des lésions des organes digestifs ; il a même vu la membrane muqueuse stomacale, pharyngienne et nasale dans un état gangreneux ; des ulcérations à la muqueuse gastrique avec ramollissement et coloration brunâtre de son tissu, le gonflement de quelques follicules isolés près de la valvule iléo-cœcale, le ramollissement de la rate, l'engorgement des glandes de Brunner, et quelquefois leur altération, les plaques de Peyer hypertrophiées avec renflement de quelques follicules séparés ; il a enfin présenté au savant inspecteur Moizin un cas d'affection gangreneuse des membres qui s'est opérée très rapidement.

Les altérations ci-dessus mentionnées n'ont-elles pas été trouvées dans les fièvres typhoïdes ? Ne sont-elles pas communes à beaucoup de maladies nerveuses et même à des phlegmasies viscérales ? Lancisi n'a-t-il pas vu le sphacèle des membres et quelquefois des viscères dans les fièvres pernicieuses des marais ? Moi-même, j'ai vu le sphacèle de la face dans des rémittentes pernicieuses. N'en voilà-t-il pas assez pour convaincre le plus incrédule que ces lésions sont le résultat de stases humorales, de phlegmasies partielles résultant d'une altération humorale amenée elle-même par de grands désordres nerveux.

Je ne crois pas devoir combattre la contagion de ces fièvres admise par MM. Bretonneau, Miquel, Gendron et plusieurs autres, parce qu'il me semble que peu de gens la reconnaissent. Pour mon compte, je la nie complètement, Il est vrai que ces maladies ont une odeur *sui generis* que l'on croit se rapprocher de celle de la souris ; mais cela ne prouve pas l'existence d'un principe contagieux insaisissable et seulement appréciable par l'odorat ; puis, cette odeur n'existe pas constamment chez tous les malades.

Mon intention, en niant la localisation constante de ces fièvres dans l'abdomen, n'est pas de faire la critique des praticiens habiles qui pensent ainsi. Je puis me tromper également, car la cause est aussi compliquée que la maladie. Je sais qu'un voile encore fort épais couvre cette question, qui sera long temps controversée ; si, comme l'a pensé le célèbre Mascagni, la plèvre, le péritoine, les membranes muqueuses des intestins et des conduits excréteurs ne sont qu'une toile très fine formée par l'entrelacement des lymphatiques, on ne sera pas étonné du rôle important que ce système doit remplir dans ces maladies, où nous voyons que les transpirations jouent un si grand rôle comme moyen de guérison.

Le docteur Piron a recueilli une observation, qu'il m'a communiquée, chez un soldat du 53e de ligne, entré à l'hôpital pour une pleuro-pneumonie à la suite de laquelle survint une péritonite. Le malade mourut et offrit à l'autopsie, près de la valvule iléo-cœcale, une perforation par suite de la destruction de la muqueuse. Autour de cette perforation, on voyait une exsudation membraniforme avec un commencement d'organisation et d'adhérence. Déjà le docteur Judas avait, avant lui, publié deux cas analogues. Ces deux médecins militaires ont vu plus d'une fois, au Gros-Caillou, des fièvres typhoïdes se déclarer à la suite de quelques jours d'indisposition et de malaise, sans avoir été précédées d'inflammation viscérale appréciable.

Le nommé Lelièvre, dragon, entré le 14 octobre dans ma division, pour un malaise général, homme robuste et âgé de vingt-trois ans, avait éprouvé un violent chagrin à la suite d'un refus que lui avait fait son colonel d'admettre son remplaçant ; il ne se croyait pas malade, il éprouvait seulement un abatlement universel et ne se plaignait d'aucun organe. Le lendemain de son entrée, il éprouva des désordres nerveux, manifestés par des frissons et du délire ; la langue devint sèche, la soif se fit sentir, les excrétions furent suspendues ; point de douleurs à l'épigastre ni à l'abdomen ; il se plaignait un peu de la tête ; la peau était chaude et sèche, le pouls était petit et fréquent. Les boissons grommeuses, les potions antispasmodiques, furent prescrites ; on mit quelques sangsues derrière les oreilles.

Le 16, la langue devint cornée ; les lèvres, légèrement fuligineuses ; l'agitation des mains, pour saisir des objets fantastiques dans l'air, les soubresauts des tendons, les efforts impuissans pour sortir de son lit apparurent et dénotèrent l'état grave et mortel de la maladie, contre laquelle les sédatifs, les révulsifs furent employés sans succès ; le malade mourut le cinquième jour de son entrée à l'hôpital. M. le docteur Frebault, son chirurgien-major, venait le visiter tous les jours, et ce fut lui qui m'apprit la particularité qui a déterminé la maladie. A l'autopsie, on n'a trouvé qu'une très légère injection des meninges et quelques taches jaunâtres çà et là sur les intestins, sans altération remarquable ; la maladie n'avait sans doute pas duré assez long-temps pour causer des ulcérations. C'est un de ces cas rares, sans doute ; mais, comme l'ont observé Morgagni, Spregel, Vacher, Boerhaave, Barthez, des puissances nuisibles peuvent causer la mort par une action directe sur le principe de la vie, sans signe d'altération pathologique remarquable. C'est bien le cas de dire que l'appareil cérébro-spinal a agi sur les nerfs ganglionnaires qui, à leur tour, ont amené la destruction normale des fonctions viscérales.

Eh bien ! la nostalgie, ce désir incessant de revoir son pays, ses parens et les lieux de son enfance, agit fortement sur ce même appareil et cause un anéantissement général qui amène la mort, sans aucune manifestation de maladie locale apparente, et souvent elle donne naissance à des fièvres typhoïdes de la nature de celle de Lelièvre que je viens de rapporter.

Le nommé Pierre, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament nerveux, sergent au 6e de ligne, but, en rentrant à sa caserne le 16 juillet, de l'eau froide en quantité ; il était en transpiration. Il sentit des douleurs dans tous les membre ; il se déclara une bronchite très forte accompagnée d'une fièvre intense. Il entra le 19 à l'hôpital, on employa la médication appropriée à son état. Le malade se sentit mieux ; la toux disparut. Il semblait entrer en convalescence, quand, le 27, la soif devint vive, la langue perdit son humidité, les lèvres devinrent fuligineuses ; le coucher en supination, le météorisme, la diminution des urines et le délire survinrent ; il y avait des mouvemens nerveux dans les bras.

A dater du jour où ont paru les symptômes nerveux, j'ai ordonné l'acétate ammoniacal à la dose de 8 grammes avec 6 décigrammes de teinture thébaïque et un litre d'eau gommée, à boire par demi-verre de demi-heure en demi-heure. Quelques sinapismes à courte durée furent appliqués aux jambes. Le lendemain de l'administration du remède, une diaphorèse considérable eut lieu, et avec elle, presque immédiatement, s'amendèrent les symptômes nerveux qui diminuèrent de jour en jour. Quand la langue reprend son humidité, c'est un signe réel de guérison ; et en effet, au bout d'un septenaire environ, le malade entra en pleine convalescence. Il me paraît constant que la vertu somnifère de l'opium est en partie détruite par l'acétate ammoniacal, comme elle l'est sans doute dans la poudre de Dower. L'opium ajoute à l'action sudorifique de l'acétate ammoniacal, et un malade peut dans les vingt-quatre heures boire deux à trois litres et plus de ce mélange, ce qui fait 3 grains d'opium qu'il prend dans cet espace de temps. Quelquefois, mais bien rarement, j'ai fait poser des sangsues derrière les oreilles ou à l'épigastre jamais de saignées générales. Quant aux purgatifs, je n'en ai donné que lorsqu'il y avait constipation, et le calomélas de préférence. Je ne dirai pas que tous les malades *ont guéri* ; mais je certifierai que c'est la méthode *qui réussit* le mieux, et que c'est à elle que j'attribue la *diminution* des morts de fièvres typhoïdes du deuxième semestre. On revient maintenant à une médication plus tonique que débilitante ; on peut en juger par la méthode que suit aujourd'hui M. Chomel à l'Hôtel-Dieu. Ce praticien, si prudent et si éclairé, dit, dans la statistique de son service, que la perte des malades atteints de cette fièvre a été, en 1837, d'un cinquième ; tandis que dans les années précédentes, elle avait été d'un quart et même d'un tiers. Il emploie à présent les émissions sanguines, quand il y a pléthore et symptôme inflammatoire, de légers purgatifs quand le malade est constipé ; du vin de Bagnols, des extraits amers et le quina dans les cas de faiblesse ; l'opium pour combattre les hémorrhagies et les perforations intestinales.

Je pourrais rapporter un très grand nombre d'observations prises avec soin et intelligence par MM. les docteurs Bernier et Betthe, chirurgiens de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, qui suivaient mes visites ; mais elles offriraient toutes les mêmes résultats.

J'ai employé le même moyen dans toute espèce de fièvres typhoïdes où les symptômes nerveux m'ont paru dominans, et où il y avait prostration des forces et sécheresse à la peau. Vers la fin de ces maladies, les préparations de quinquina ont été données quelquefois avec avantage ; ainsi, favoriser la transpiration, modérer, calmer les spasmes nerveux, puis tonifier le malade, me semble la méthode la plus appropriée à cette maladie.

J'ai cru, Messieurs, devoir soumettre à votre longue expérience mes observations sur des maladies qui se présentent fréquemment dans les hôpitaux militaires, dont elles ne grossissent que trop le nécrologe.

MM. Piron, Judas, Villarey, Barthélemy et nombre de sous-aides ont été témoins oculaires des faits cliniques que je rapporte ; et j'ai par devers moi un grand nombre d'observations à l'appui, qu'il serait trop long de transcrire **dans un simple mémoire.**

D'ailleurs, un artiste ne doit rien faire perdre à son héros de ses avantages naturels. Or, Broussais avait une belle taille ; pourquoi la blottir dans une espèce de bain de siége. Il eût parfaitement supporté le nud, et le costume d'Hippocrate l'aurait noblement drapé. D'ailleurs, est-ce qu'au Val-de-Grâce un habit militaire eût été déplacé ; et croyez-vous qu'il n'eût pas été bien porté par un homme dont toutes les allures étaient militaires? Quant aux livres que Brous-sais foule aux pieds, je dirai que je les préférerais ailleurs. Puisqu'il les avait supprimés, il ne fallait pas lui en donner, ou ne lui laisser que les siens. Quiconque supprime l'histoire sera un jour supprimé par l'histoire. Ces mots doivent être écrits quelque part. La tête de Broussais aurait énormément gagné si elle eût été relevée et non inclinée. Le génie ne regarde jamais en bas : c'est d'en haut que vient tout ce qui est grand et noble. En bas sont les passions. Détournez de là la tête de votre immortel, si c'est un immortel que vous avez à représenter. Au lieu de crisper les traits de Broussais, au lieu de les contracter en dedans, de donner au héros un regard demi-oblique, demi-fauve, il fallait poser franchement cette belle tête de face ; elle aurait paru dans toute sa grandeur, et n'aurait rien perdu de sa fierté ni de sa malice. Vous avez préféré la faire grimacer. Eh bien, M. Bra, si vous n'étiez par M. Bra, je vous dirais : Nous avez fait du commun ; vous n'êtes pas un artiste. Je me figure maintenant ce grand sculpteur entendant ces paroles si peu militaires.

J'ai oublié un orateur, un homme a osé s'élancer à la tribune après M. Bégin, et il nous a dit, si j'ai bien compris son italien bigarré de français, que Broussais était phrénologiste, que lui aussi était phrénologiste, et qu'il voudrait que toute l'assemblée pût le devenir. (Hilarité générale de la part des dames.) Mais, a-t-il ajouté, pour devenir phrénologiste, il faut travailler, et on ne travaille pas quand on est avancé en âge. (Il est des dames et des messieurs qui n'ont pas ri.) Broussais a cependant, à la fin de ses jours, travaillé assez pour devenir phrénologiste ; c'est ce qui prouve qu'il est grand homme. Cela lui a valu cette statue qui n'est pas pour lui ; elle est pour nous, Messieurs. En la contemplant, vous apprendrez à imiter ce grand homme, qui a fini par être phrénologiste. Alors on s'est retiré : tout était dit.

M. Bégin, qui sait si bien inaugurer les statues, a proposé une souscription pour élever un monument à Sanson. Des journaux ont déjà ouvert des listes. Je souscrirai ; et j'avoue que je n'ai pas souscrit pour Broussais. Mais je crains de trouver peu d'imitateurs, et qu'on soit obligé de faire un petit monument. Or, les monumens ne doivent jamais être petits. Tous les succès de Sanson ont été des succès d'estime ; on ne fait pas un grand monument avec cela.

Il y a des chirurgiens qui n'attendent pas qu'on les inaugure ; ils s'inaugurent eux-mêmes dans les magasins de Susse ; ils font un abus extraordinaire du plâtre. Si mon séjour à Paris se prolonge plus que je ne l'espère, je vous parlerai de ces petites inaugurations. Il y en a beaucoup, puisqu'un seul chirurgien, et c'est le plus modeste, s'est fait couler trois fois.

J'ai reçu de Strasbourg une lettre qui contient des détails sur des fraudes qui auraient été commises dans un concours de médecine légale. On me demande justice.

Je crois, par ma foi, qu'on me prend pour un procureur du Roi ; car cette lettre contient des faits trop énormes pour qu'on ne s'adresse pas au parquet. Il y a matière à destitution d'un ou plusieurs professeurs et à deux procès.

Il y a une *mouche* qui me connaît mieux. Voici mon signalement : « Salut, en attendant, à ce jeune confrère du Feuilleton (car il est jeune) ; à ce gai compagnon de notre vie médicale (car il est gai). Salut à la franchise de son caractère, à l'impartialité de son jugement, à la droiture de ses intentions (car il a toutes ces qualités). — Mais vous l'avez donc reconnu. — Je le crois. »

Je suis donc connu de *l'Examinateur*? Flatté, très flatté ; je voudrais que mes compatriotes pussent en dire autant de ce journal ; ils verraient que le séjour de Paris ne m'a rien fait perdre des qualités qui m'ont valu leur confiance.

Si je voulais donner le signalement de cette fine mouche qui me *connaît si bien*, je n'aurais qu'à dire : « connaissance profonde de toutes les qualités des hommes, surtout de leur âge. »

Dr Lyrac.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, le 1er septembre, dans son amphithéâtre, rue de La Harpe, 90, un cours de Chimie, un cours de Physique et un cours d'Histoire naturelle. Il les continuera tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de Chimie sera commencé à midi, celui de Physique à une heure et demie, et celui d'Histoire naturelle à trois heures.

Je terminerai ce travail par quelques réflexions sur la comparaison des deux semestres ; il y a eu dans ce second semestre 103 morts de moins que dans le premier, bien qu'il y ait eu 761 journées d'hôpital de plus. Nous n'avons eu que 8 morts dans les quarante-huit heures de leur entrée, au lieu de 11. Le nombre des malades apportés sur des brancards n'a été que 225, au lieu de 313 ; aussi la mortalité a été moins grande, grâce au zèle de MM. les chirurgiens-majors des corps de la garnison qui se sont conformés à l'article 654 du règlement du 1er avril 1831.

Je ne reviendrai pas, Messieurs, sur les améliorations à apporter dans les casernes, dans les conseils de révision, dans les remplacemens, ni sur la nécessité d'établissemens spéciaux de convalescence dans les grandes garnisons d'où l'on envoie des hôpitaux un si grand nombre de militaires en congé de six mois ; ce qui prive les régimens de leurs soldats, et rend l'effectif du personnel illusoire. Les utiles inspections que vous venez de faire ne laisseront rien à désirer dans l'intérêt de tous les services hospitaliers et régimentaires. Cette sage mesure, que l'autorité a comprise, sera très utile à l'administration de la guerre, en même temps qu'elle est pour nous un bienfait que nous apprécions tous les jours davantage.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE.

Compte-rendu des malades traités pendant l'année 1840 ;

Par M. TANCHOU.

(Suite du numéro 101.)

B. *Affections de l'utérus.*

1° *Aménorrhée.* Un seul cas, avec commencement de chlorose, sur une fille de 17 ans.

2° *Suppressions accidentelles.* Au nombre de 4, elles avaient été occasionnées par des impressions morales vives, un accès de colère, une frayeur, etc.

3° *Dysménorrhée.* 5 cas ; l'utérus était plus ou moins affecté. Chez 2, il fut constaté qu'une irritation hypérémique de cet organe avait précédé l'affection. Chez les 3 autres, la dysménorrhée s'étant montrée simultanément avec un engorgement de l'utérus, ou avec une anémie chloriforme, il nous fut impossible d'établir rigoureusement lequel de ces trois états avait joué le rôle de cause première.

Le traitement a consisté dans l'emploi de la saignée, des toniques, des ferrugineux, suivant les cas. Signalons à ce sujet un moyen que nous mettons quelquefois en usage, et qui n'est pas assez répandu ; il consiste dans l'application directe des sangsues sur le col de la matrice. Lors même que l'irruption des règles ne suit pas immédiatement cette application, l'écoulement du sang puisé dans l'organe même qui est destiné à l'évacuer physiologiquement, supplée cette fonction mieux que ne pourrait le faire tout autre moyen.

4° *Déplacemens.* Ils forment la série la plus nombreuse de ce compte-rendu. Tout en avouant que leur chiffre est ici plus élevé comparativement aux autres maladies de l'utérus qu'il ne l'est habituellement, nous pensons que les affections qu'il représente sont très communes chez les femmes mariées, et qu'elles sont fréquemment traitées pour d'autres maladies. Leur diagnostic n'est pas, en effet, aussi facile qu'on serait porté à le croire. Il ne suffit pas, pour l'établir, d'apprécier avec le doigt les changemens que l'organe a subis dans sa situation ; il faut reconnaître si ces changemens sont véritablement morbides, ou s'ils résultent d'une simple anomalie ; s'ils constituent à eux seuls la maladie, maladie qui se dissipe par le retour de l'organe à sa position primitive, ou bien s'ils ne sont que consécutifs à un autre état morbide qui ne cèderait point à la réduction de l'organe, qui même serait aggravé par les moyens susceptibles de le maintenir ; enfin, il faut déterminer si les souffrances qu'accuse la femme sont ou non le résultat du déplacement.

La solution de ces trois questions ne s'obtient, dans la généralité des cas, que par le tâtonnement. Un engorgement, une ulcération, une nuance obscure de phlogose, peuvent marquer la maladie ; elles en sont souvent le résultat, ce qui jette le praticien dans un cercle vicieux. Les symptômes eux-mêmes sont sujets à beaucoup de variétés. Pour en citer quelques exemples, le même déplacement, qui ne produit aucune incommodité chez une femme, donne lieu, chez une autre, à des douleurs vives dans l'utérus ou dans ses annexes ; et chez une troisième, à des souffrances qui se passent loin du bassin, simulent des névroses ou prennent la forme hystérique. Il ne s'agit ici, bien entendu, que de déplacemens peu prononcés ; car il en est qui, tels que les prolapsus complets, ne peuvent être méconnus, même par les personnes étrangères à l'art.

Si nous pénétrions plus particulièrement dans l'examen de chaque déplacement, nous verrions que là encore le diagnostic présente d'autres difficultés ; par exemple, il en est qui, à un moindre degré, et en raison même de la direction qu'affecte l'organe, donnent lieu à des souffrances plus vives que d'autres qui sont relativement plus prononcées, mais dont la direction n'est plus la même. Les antéversions sont dans ce cas par rapport aux rétroversions.

Enfin, si nous voulions donner une idée de l'obscurité qui enveloppe encore cette partie de l'art, nous n'aurions qu'à faire ressortir le vague et la divergence des opinions sur ce qui concerne son traitement. Ce traitement est tout mécanique ; et, comme celui des autres maladies qui ont quelque analogie avec celles-ci, les luxations, les fractures, les hernies, il semble que des principes méthodiques tirés de la conformation et des fonctions des parties, devraient lui servir de base : il n'en est rien ; les pessaires, outre qu'ils ont des formes infiniment variées, sont construits d'après des idées plus empiriques que rationnelles. Chaque médecin adopte une forme, comme si celle du canal vulvo-utérin n'était pas sujette à varier, et l'emploie sans se rendre compte ni de la manière dont il s'adapte aux organes, ni du mécanisme suivant lequel il remédie au déplacement de tous les pessaires qui ont été imaginés, et le nombre en est grand, un seul offre une forme rationnelle, c'est le pessaire à cuvette sans tige ; mais, par une singularité qui prouve combien la routine a de force sur les esprits, ce pessaire, bien qu'il se trouve chez tous les bandagistes, est le moins employé. Nous en avons fait construire d'après des principes que nous croyons utiles de développer. Tout pessaire destiné à maintenir l'utérus doit présenter à son centre une excavation propre à recevoir le museau de tanche ; car cette partie faisant seule saillie dans le vagin, c'est par elle seule que le pessaire peut embrasser la matrice et s'opposer à ses mouvemens. Le col se loge, s'emboîte dans cette excavation comme la tête d'un os dans sa cavité articulaire. Par la même raison que le col fait constamment saillie dans le vagin, cette partie du pessaire est invariable, ou du moins elle n'est variable que dans ses dimensions ; et, pour en faire un pessaire applicable à tous les déplacemens de l'utérus ; il ne s'agit plus que de donner assez d'épaisseur à ses bords pour qu'ils distendent médiocrement le vagin, et à son fond, pour qu'il élève assez la matrice.

44 cas, disions-nous plus haut, se sont présentés en 1840, au Dispensaire. On a vu dans le tableau précédemment établi, l'âge des malades, et le nombre de chaque genre de déplacement. L'accouchement fut regardé comme cause plus ou moins directe de :

Abaissement de l'utérus,	23
Antéversions,	3
Rétroversions,	2
Latéversions,	2
Recto-cystocèles vaginales,	4
Total,	34

Reste 10 cas qui n'avoient pas été occasionnés par le travail puerpéral ou ses suites, et qui sont répartis de la manière suivante :

Abaissemens,	3 ;	cause indéterminée.
Id.	2 ;	suites d'une chute.
Id.	1 ;	— d'une longue marche.
Id.	1 ;	— d'un coup.
Id.	1 ;	— d'une métro-péritonite.
Latéversion,	1 ;	— d'une longue marche.
Id.	1 ;	— d'une métro-péritonite.
	10	
	34	
Total,	44	

Un déplacement, quel qu'il soit, des organes génito-urinaires de la femme, se prolonge rarement sans déterminer des modifications plus ou moins prononcées dans la trame des tissus et dans les fonctions organiques. Les tiraillemens qui l'accompagnent sont susceptibles d'endolorir, d'irriter les parties ligamenteuses, d'engendrer des sympathies morbides ; les vaisseaux intéressés dans leur calibre et dans leur direction, laissent assembler et stagner les liquides ; la matrice excitée d'une part par des mouvemens, des frottemens, des tiraillemens inaccoutumés, de l'autre par l'abord plus considérable du sang, devient plus irritable ; elle remplit ses fonctions plus difficilement, elle s'enflamme et s'engorge plus aisément. Les déplacemens sont donc capables d'engendrer, et ils coïncident d'ailleurs fréquemment avec d'autres affections. C'est ce que démontre ce tableau :

Etaient compliqués, savoir :	
D'ulcération du col,	15
D'ovarite,	5
De métrite chronique,	4
De vaginite,	5
Total,	29
Etaient simples,	15
Total,	44

Remarquons la fréquence de l'ulcération du col, comme complication ; plus loin nous en tiendrons compte.

Traitement. Le diagnostic étant bien déterminé, le traitement venait de lui-même. Il consista à éloigner autant que possible les complications qui contre-indiquaient le pessaire ou tout autre moyen sustentateur ; cependant il est des complications dont nous ne tenons aucun compte, soit qu'elles aient trop peu d'importance, soit que, intimement liées à la position vicieuse de l'organe, elles doivent se dissiper d'elles-mêmes par sa réduction, comme, par exemple, certaines ulcérations.

22 abaissemens, 1 latéversion et 1 recto-cystocèle vaginale ont été traités par le pessaire (en buis ou en gomme). Dans deux cas seulement, l'un accompagné de métrite chronique, l'autre d'ovarite, nous fûmes obligé de le retirer à cause des souffrances qu'il déterminait.

Un cas d'antéversion fut traité par une ceinture hypogastrique avec sous-cuisses, moyen que nous mettons souvent en usage.

Reste 19 femmes chez lesquelles le déplacement était peu prononcé, et chez lesquelles nous nous sommes bornés à la prescription d'injections astringentes. Dans le cas de recto-cystocèles vaginales et d'antéversion, nous avons conseillé l'introduction d'une éponge fine de forme ovalaire. D'autres ne furent pas traitées du tout, en raison de leur peu d'importance.

5° *Métrites chroniques.* 23 cas. 10 appartenaient à des femmes âgées de 30 à 40 ans ; les 13 autres étaient réparties entre les diverses périodes d'âge que nous avons établies ; 19 avaient eu des enfans. La cause de la maladie fut généralement obscure ; il fut possible néanmoins de reconnaître qu'elle avait résidé quatre fois dans les fonctions puerpérales, et trois fois dans des métro-péritonites aiguës.

La plupart des lésions organiques dont l'utérus est le siége s'accompagnent d'une sensibilité locale et même générale très grande et qui n'est nullement en rapport avec les autres symptômes. Donner à ces affections le titre de métrite, ce serait commettre un abus de mots, ou, du moins, ce titre ne donnerait pas une juste idée de la nature de la maladie. Nous préférons les appeler irritatives. Les indurations blanches, les squirrhes, les corps fibreux, et toutes les dégénérescences qui se forment si souvent dans le tissu utérin, peuvent bien être le résultat d'une certaine forme de phlegmasie ; mais cette phlegmasie n'offre ni les caractères, ni les tendances de la phlegmasie ordinaire, et elle ne se comporte pas de la même manière avec les agens thérapeutiques. Nous pensons qu'il est utile de reconnaître trois ordres d'états phlegmasiques : la phlegmasie proprement dite, l'état irritatif et l'état quasi-phlegmasique. Nous comprenons sous ce titre les inflammations dont le diagnostic est souvent très-difficile en raison de leur marche lente et de leur localisation ; elles se concentrent presque toujours sur une des parties antérieure, postérieure ou latérale de l'organe ; c'est le propre des inflammations chroniques de tendre à se localiser, à former des noyaux isolés, tandis que les inflammations aiguës, en même temps qu'elles sont moins douloureuses, ont une tendance opposée.

La métrite était simple	5 fois.
Compliquée de métrorrhagie,	4
d'abaissement seul ou avec ulcération,	10
de dysménorrhée,	2
d'ovarite,	1
d'engorgement de la glande mammaire,	1
Total,	23

Le traitement n'a pas eu en général des résultats bien satisfaisans, car peu de malades se trouvaient dans une position sociale qui permît de l'appliquer convenablement. Celui qui nous réussit le mieux est le suivant.

Chez les femmes sanguines : petites saignées du bras répétées et bains entiers ; repos, ciguë à petites doses (méthode de M. Lisfranc qui restera dans la pratique, mais qu'il faut appliquer avec discernement) ; ventouses scarifiées ; vésicatoires volans promenés sur le bas-ventre ou sur les reins, suivant le siége de la maladie. Vers le déclin de la maladie, bains très chauds ou froids, suivant la sensibilité générale de la malade ; dans les deux cas, l'envelopper toute nue dans une couverture de laine pendant deux heures.

Chez les femmes lymphatiques ou nerveuses, il faut être sobre de saignées, insister sur les dérivatifs cutanés : l'exercice, le régime fortifiant, les bains de mer, les bains froids par immersion, les bains de Barèges, le massage des membres supérieurs et des épaules, les frictions sèches.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 24 août 1841.

Lecture du discours de M. Pariset sur Broussais. — A l'ouverture de la séance, l'Académie prie M. Pariset de lire le discours qu'il a prononcé en l'honneur de Broussais. Cette lecture a été écoutée avec attention et applaudie.

Correspondance. — *M. le secrétaire général* lit une lettre de MM. Ricord, Rattier, Fordos, qui demandent le dépôt dans les archives de l'Académie d'un paquet cacheté contenant la première partie d'un travail chimique, physiologique, thérapeutique et toxicologique sur le mercure et ses composés. Ces auteurs seraient arrivés, disent-ils, à des résultats nouveaux qui jettent quelque jour sur le mode d'action de ces médicamens. (Le dépôt est accepté.)

Plusieurs membres appuient la proposition de M. Chervin ; en conséquence, elle est renvoyée au conseil d'administration (1).

Motion d'ordre. — *M. Chervin* a la parole à l'occasion du procès-verbal. — Messieurs, l'Académie des Sciences a adressé cent exemplaires de son rapport sur l'empoisonnement par l'arsenic à M. le ministre de la justice, en y joignant un précis sur la manière de procéder à la recherche de l'agent toxique dans ces sortes d'empoisonnemens. Je pense que l'Académie de médecine ne doit point rester en arrière de l'Académie des sciences en pareille circonstance, et qu'elle doit également adresser à M. le ministre de la justice une copie du rapport qu'elle a adopté sur le même sujet dans sa dernière séance. Il me semble qu'il y aurait dans cet envoi utilité et convenance ; j'ai donc l'honneur de le proposer à l'Académie.

Grossesse extra-utérine. Gastrotomie. — *M. Gerdy* fait, au

(1) L'Académie des sciences a reçu, dans la dernière séance, une lettre de M. le ministre de la justice, dans laquelle il lui exprime le désir d'avoir un plus grand nombre d'exemplaires du rapport sur l'arsenic, afin de pouvoir en déposer dans tous les parquets du royaume. (*Note du Réd.*)

nom de M. Capuron et au sien, un rapport sûr une observation d'accouchement opéré, dans un cas de grossesse extra utérine, par M. Mathieu, médecin de l'hôpital de la Charité-sur-Loire. Il s'agit d'une femme âgée de trente-huit ans qui éprouva en 1835 les premiers symptômes d'une quatrième grossesse. Arrivée à l'époque du neuvième mois, elle fut prise des douleurs de l'accouchement. Après une attente assez prolongée, des médecins furent appelés qui reconnurent une grossesse extra-utérine; ils n'osèrent rien entreprendre et abandonnèrent tout à la nature. Trois semaines après, la femme éprouve dans l'abdomen un tremblement convulsif qui se termina par des secousses violentes, et enfin par l'immobilité de l'enfant, ce qui a fait conclure à la mort de celui-ci. Les douleurs reparurent alors; nouvelle consultation, nouveau refus d'opérer. La femme s'est rendue à l'hôpital, demandant à être opérée, sans quoi; elle se tuerait. M. Mathieu a donc dû se résoudre à l'opération. Le ventre était distendu par une énorme quantité de liquide et par des tumeurs anomales qu'on ne distinguait qu'imparfaitement; la femme était très faible d'ailleurs. M. Mathieu opéra de la manière suivante.

Il commença par pratiquer la paracentèse qui lui permit d'apprécier et de distinguer la position et la forme de l'enfant. Néanmoins, ce n'est que deux jours après qu'il ouvrit l'abdomen, et il l'ouvrit de l'ombilic au pubis d'abord, pour extraire l'enfant, et ensuite de l'ombilic jusqu'à la partie la plus élevée de l'abdomen, pour enlever la tumeur qui existait auprès de l'appendice xyphoïde; elle était du volume d'un œuf d'autruche et contenait des cheveux, une matière analogue à celle du cerveau, et un os d'un pouce de long et d'une ligne d'épaisseur. M. Mathieu affirme qu'elle était renfermée dans l'amnios de l'enfant et que c'est un germe monstrueux, conséquemment que sa malade avait une double grossesse extra-utérine. L'amnios était tellement adhérent aux parties sous-jacentes qu'il ne put être enlevé, et l'on n'obtint que quelques fragmens du placenta.

Quant à l'enfant, il était très frais, bien conservé, pesait 5 livres 13 onces, et avait 18 pouces de longueur.

Suture de la plaie, purgatifs répétés, fomentations d'eau chlorurée; plus tard, injections d'eau chlorurée dans le ventre, tisane vineuse; on aspire le pus au moyen d'une seringue et d'une sonde introduite dans l'abdomen à chaque pansement. Guérison après 35 jours de traitement; la malade a seulement conservé une fistule abdominale.

A la suite de cet exposé circonstancié du fait de M. Mathieu, M. le rapporteur se livre à des considérations pratiques d'un grand intérêt; il reproduit brièvement les faits principaux consignés dans les annales de la science, et arrive enfin aux conclusions. Je n'en donnerai pas, dit-il, le chiffre précis: je n'aime pas plus le charlatanisme dans la science que le charlatanisme dans la pratique, et une simple indication de chiffres excite toujours ma défiance depuis que le savoir-faire, qui s'insinue partout, pris trop souvent cette forme pour se donner l'apparence d'une instruction immense, positive, et toute supérieure par son extrême précision.

Ces faits sont partagés par M. Gerdy en quatre catégories: Dans la première se présentent les cas dans lesquels on a vu la grossesse extra-utérine se prolonger de nombreuses années sans tuer la femme. Dans la seconde, ceux où la grossesse dépassa beaucoup le terme de neuf mois, mais où la femme finit par en mourir. Dans la troisième, les cas où la grossesse finit par provoquer un abcès éliminatoire qui donna issue à des portions de fœtus ou à un fœtus entier, sans ou avec le secours de l'art. Dans la quatrième, enfin, les grossesses où la gastrotomie fut pratiquée avec succès soit pour la mère où l'enfant, soit pour tous les deux. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails de chaque groupe de faits dont il a soin de citer la source. Revenant à l'opération de M. Mathieu, M. le rapporteur s'appesantit d'abord sur les dangers de l'énorme incision et des injections chlorurées pratiquées par l'opérateur, circonstances plus que capables de provoquer une péritonite mortelle; enfin, sur les conditions anatomiques du kyste, qui n'était composé que de l'amnios seulement, circonstance exceptionnelle, puisqu'on y trouve ordinairement le chorion en même temps; puis, enfin, sur la tumeur sus-ombilicale dont les conditions offrent une grande obscurité.

A propos de cette dernière tumeur, M. Gerdy s'efforce cependant à démontrer que ce n'était pas là un produit de la conception. « En admettant, dit-il, que la tumeur se soit développée en dedans de l'amnios, comme le dit M. Mathieu, et non point en dehors (ce que nous ne pouvons assurer, ce dont nous devons même douter d'après le peu d'exactitude qu'il a mis dans sa relation sur l'amnios), en admettant ce fait, il serait encore très douteux que la tumeur fût un produit de conception et une monstruosité. En effet, on trouve des tumeurs analogues dans différens organes, dans des ovaires de petites filles qui ne sont pas en âge de concevoir et même chez des sujets du sexe masculin. D'ailleurs nous doutons même que la conception engendre des produits aussi informes. Que serait une semblable monstruosité? Un produit par arrêt de développement, par défaut ou par aberration de développement? Est-il donc démontré que la nature puisse commencer un fœtus par faire des poils ou des cheveux, de la matière cérébrale et un os informe? Est-ce que la nature ne s'assujétit plus à aucune loi, même dans ses plus grands écarts? L'a-t-on jamais vue développer la matière cérébrale dans la poitrine ou dans le ventre et les poumons, le cœur, le foie, la rate ou les intestins dans la tête? L'a-t-on vue se borner dans ses arrêts de développement à faire un ou deux organes, comme le cerveau, la moelle spinale, le cœur, le foie, la main ou le pied? A-t-on vu, au moyen des yeux du corps, dans une masse informe qu'on a décrite comme des produits de conception, comme des monstruosités par inclusion, un de ces organes compliqués qu'on ne trouve que dans le fœtus, et par conséquent dans un produit de conception non douteux? Y a-t-on jamais vu un cerveau, un cervelet, un œil, une oreille, un larynx, un cœur, un doigt avec toutes leurs parties constituantes bien distinctes, assez distinctes, en un mot, pour qu'on ne puisse pas les méconnaître? toutes les fois qu'on n'y a rien vu de semblable, ou qu'on n'y a trouvé que des poils, des dents, des os en forme de dents et des os qui ressemblent à tout ce qu'un esprit peu sévère veut y voir ou croit y distinguer, ce ne sont, pour moi, ni des produits évidens de conception, ni en particulier des monstres par inclusion. Telle était, suivant moi, la tumeur qui fut présentée l'année dernière à l'Académie, comme un fœtus monstrueux développé dans le scrotum d'un jeune homme.

Arrivant enfin aux conclusions, M. Gerdy s'exprime de la manière suivante: « En résumé, l'observation de M. Mathieu n'a rien d'extraordinaire; son opération était autorisée par la raison, et bien que nous ne croyons pas pouvoir approuver en tous points sa pratique et ses opinions, bien que nous eussions désiré dans l'observation de sa malade une foule de détails qui s'y font vivement désirer, ce fait ne laisse pas que d'être intéressant et instructif, et nous proposons à l'Académie des remerciemens à l'auteur, et de déposer sa communication dans les archives de l'Académie. »

M. Nacquart. Tout en approuvant le rapport si savant et si bien fait de M. Gerdy, je pense que la partie critique concernant le fait de M. Mathieu pourrait être adoucie. Je ne dis pas qu'elle ne soit juste et méritée, mais enfin sa malade a guéri, il est utile de l'encourager et de passer sous silence certaines fautes qui pourraient le désobliger.

M. Capuron parle dans le même sens; il rappelle un fait rapporté par Méry et qu'il aurait désiré trouver cité dans le rapport; il est relatif à un fœtus extra-utérin qui est resté impunément quarante-six ans dans la cavité péritonéale de la mère. La pièce pathologique se trouve conservée dans le muséum du roi de Wurtemberg.

M. Gerdy consent à adoucir la partie critique dont viennent de parler les honorables préopinans; mais il fait observer qu'il ne peut passer sous silence et sans critique certains points de l'observation, comme, par exemple, les injections chlorurées dans le ventre, les purgations trop souvent répétées, etc. Quant à l'observation de Méry, elle n'est pas la seule que M. Gerdy ait laissée de côté, sont but n'étant pas de tout reproduire à l'occasion d'un rapport; il a fait un choix d'observations pour établir les groupes principaux.

M. Barthélemy rappelle que la grossesse extra-utérine est assez fréquente chez les animaux, surtout chez la vache et la brebis, et qu'il arrive assez souvent de voir, à la langue, le fœtus se frayer spontanément une voie du côté du rectum. Il cite l'exemple d'une brebis qui, arrivée au terme de la gestation, a éprouvé les douleurs ordinaires et n'a pu mettre bas; un vieux berger, qui avait reçu de l'instruction à l'école fondée par Daubenton à Montbard, toucha la bête et reconnut une grossesse extra-utérine; les choses en restèrent là. Plus tard, une tumeur œdémateuse s'est déclarée vers l'ombilic: elle s'est ouverte spontanément; l'abdomen a paru éraillé au fond, et l'on y a aperçu de la laine; le berger a débridé l'ouverture, introduit la main, tiré l'agneau, et la guérison a eu lieu.

M. Amussat rapporte avoir soigné une femme à laquelle il a tiré, par une ouverture spontanée du rectum, un fœtus fragmenté qu'elle portait dans l'abdomen depuis sept ans; la guérison a eu lieu.

M. Blandin adopte toutes les opinions émises par M. Gerdy dans son rapport, moins cependant celle de l'existence constante du chorion. Il a eu l'occasion de disséquer deux cas de grossesse extra-utérine, et il n'a pas trouvé de chorion; l'amnios seul enveloppait l'enfant. Le cas de M. Mathieu viendrait, comme les deux précédens à l'appui d'une opinion qu'il a émise, savoir, que l'ovule ne contient que l'amnios seul, le chorion se formant dans la matrice par un travail analogue à celui de la caduque. Dans l'abdomen, ce travail ne pouvant avoir lieu, on conçoit que l'œuf tombé dans cette cavité puisse ne pas présenter de chorion. Du reste, c'est là une question qui n'est pas encore complétement éclairée pour lui; il n'émet cette opinion que comme une conjecture probable.

M. Moreau croit que puisque les œufs disséqués par M. Blandin contenaient un cordon ombilical, on peut être certain qu'il y avait un chorion, le cordon étant en partie formé par le prolongement de cette membrane.

M. Blandin répond que c'est une question de savoir si le chorion entre dans la composition du cordon; pour sa part, il ne le croit pas.

M. Velpeau croit que M. Blandin s'est trompé dans sa dissection, l'observation ayant appris que l'ovule parfait présente un chorion et un amnios. Dans la grossesse extra-utérine comme dans la grossesse ordinaire, l'ovule offre donc toujours la même organisation au sortir de l'ovaire, et si à la dissection on ne rencontre pas le chorion, c'est que l'altération que la pièce a subie empêche de bien reconnaître cette membrane. M. Velpeau a disséqué cinq cas de grossesse extra-utérine, et il a toujours constaté la présence de l'amnios. Les deux membranes sont quelquefois tellement accolées l'une à l'autre, qu'on les a prises pour l'amnios seul.

M. Rochoux parle dans le même sens. L'ovule est formé en se détachant; il a ses deux enveloppes, et si on ne trouve dans certains cas que l'enveloppe amniotique seulement, cela tient à l'altération dans laquelle se trouvent les parties à l'époque de la dissection. Il pense, au reste, que M. Gerdy aurait dû indiquer la gravité des grossesses extra-utérines d'après leur siége.

M. Blandin. M. Velpeau, comme M. Moreau, juge la question par la question elle-même; il dit: l'ovule a deux enveloppes en se détachant de l'ovaire, le chorion et l'amnios; et M. Moreau, le cordon reçoit une enveloppe par le chorion, etc.; mais c'est là justement la question. Du reste, je ne veux pas abuser des momens de l'Académie, mais il est clair qu'il y a là une difficulté à résoudre par de nouvelles recherches.

M. Gerdy résume la discussion; il présente quelques objections sur les faits observés par M. Flandin, qu'il regarde comme exceptionnels, et cherche à expliquer comment M. Flandin a pu croire à l'existence de l'amnios seulement, alors qu'il existait en même temps le chorion altéré ou détruit en partie.

Quant à la gravité des grossesses extra-utérines d'après leur siége, il ne devait pas en parler, n'ayant pas voulu faire un travail complet sur la matière, qui aurait été trop long; au reste, le diagnostic sur le vivant est extrêmement difficile sous ce rapport pour pouvoir tirer un parti avantageux d'une pareille étude.

L'heure étant avancée, le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés; mais la discussion générale sera reprise à la prochaine séance.

Séance levée à cinq heures.

Nous avons été induit en erreur en annonçant, d'après un journal, qu'une nouvelle épreuve clinique avait eu lieu entre MM. Combette et Tanquerel des Planches, qui avaient obtenu chacun trois voix, à la suite du concours pour la place de médecin du Bureau central. Le conseil général a procédé directement à l'élection de M. Combette.

ORTHOPÉDIE.

Nous croyons devoir, dans l'intérêt de l'humanité, signaler au public médical les appareils orthopédiques de M. BECHARD, bandagiste-mécanicien, rue de Tournon, n° 15, faubourg *Saint-Germain*. Ses appareils se recommandent par leur *ingénieux* mécanisme et surtout par leur légèreté; ils n'empêchent en rien les personnes qui s'en servent de vaquer à leurs affaires, et produisent les résultats les plus heureux. Ils ont été soumis à des hommes haut placés dans les sciences et dans les arts mécaniques, et reconnus par eux préférables à tout ce qu'ils avaient vu dans ce genre jusqu'à ce jour. — Une médaille d'argent à l'exposition de 1841, a été la juste récompense des travaux orthopédiques de M. BECHARD.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 28 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 104, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Quelques réflexions sur les cas de maladies du cœur observées dans le service de la clinique.

Il est des médecins, et ceux-là sont moins rares qu'on ne se l'imagine, qui, lorsque vous leur mettez sous les yeux un de ces diagnostics exacts et pour ainsi dire mathématiques, comme en savent porter les observateurs attentifs, rompus pendant de longues années à l'examen des malades, il est de ces médecins, dis-je, qui vous répondent avec un à plomb surprenant, et surtout lorsqu'il s'agit de maladies chroniques : « Que servent tous vos diagnostics, puisque vous ne pouvez, pas plus que nous, guérir les sujets dont vous venez pompeusement nous étaler et nous décrire la maladie ? »

Il est certain, il faut en convenir, que là où l'on a diagnostiqué une phthisie tuberculeuse à la dernière période, on ne pourra songer à la guérison, et que l'on ne pourra traiter une maladie du poumon là où le poumon désorganisé n'existe plus. Il est clair encore, et de la même évidence, que si l'on a indiqué positivement telle ou telle lésion organique d'une valvule ou d'un orifice du cœur, la guérison ne sera pas possible, et que celui qui aura reconnu une affection organique de cet organe sans en apprécier la nature et le siége, saura à peu près aussi bien mettre en usage les moyens palliatifs à l'aide desquels notre science, impuissante alors, ne peut que prolonger de quelques jours la vie du malheureux en proie à la douleur. Mais on pourrait, avec la plus grande justesse, ce me semble, répondre à ces hommes indignes du vrai nom de médecins : « Si vous regardez comme inutile de diagnostiquer une maladie chronique, et si vous vous contentez d'une dénomination aussi vague que celle d'affection organique du cœur ou du poumon, qui nous garantit que vous saurez reconnaître et distinguer une maladie du cœur ou du poumon, qui ne sera pas encore arrivée à cette période où la médecine est sans ressources ? Vous ne savez pas reconnaître l'endocardite chronique, vous ne reconnaîtrez pas l'endocardite aiguë ; partant, pas de traitement, et vous laisserez se produire sous vos yeux ces altérations organiques que vous déclarerez incurables plus tard. »

Ce sont ces médecins qui regardent comme inutile, pour quelle raison, on le sait, d'établir le diagnostic d'une maladie chronique, qui confondent chaque jour la chlorose avec les affections du cœur, qui donnent du fer à des malheureux dans la poitrine desquels bondit et palpite un cœur hypertrophié et saignent à blanc des anémiques, sous le prétexte d'une lésion organique ou d'une gastrite invétérée.

Nous publierons dans quelques jours une série de cas de chloro-anémies observés dans le service de M. Bouillaud depuis le commencement de la clinique, et nous ferons voir les erreurs de diagnostic dont ces malades ont été l'objet, et les traitemens qui seraient ridicules s'ils n'étaient déplorables, auxquels on les a soumis.

Nous nous bornerons aujourd'hui à quelques considérations sur les maladies du cœur qui ont été observées dans le même service depuis quelques mois, et nous présenterons quelques réflexions sur la loi de coïncidence établie par le professeur dont nous parlons, entre l'existence des affections rhumatismales aiguës généralisées, et celles de l'inflammation de la membrane interne du cœur.

Seize sujets affectés de maladies chroniques organiques du cœur, se sont présentés dans l'espace de quatre mois. Fidèles à nos habitudes d'analyse exacte, nous donnerons ici, au risque de paraître ennuyeux et longs quelquefois, un sommaire rapide de chaque observation.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26.

Jacques Fouzet, trente-neuf ans, cirier, rue Montorgueil, 32, né département du Puy-de-Dôme, malade depuis six ans, entré le 17 juillet 1841, encore dans les salles.

Voici le diagnostic qui fut porté : Epaississement, induration des valvules gauches, avec énorme hypertrophie du cœur (600 grammes environ) ; dilatation de l'aorte avec incrustations calcaires, le tout consécutif à un rhumatisme articulaire aigu qui a retenu le malade pendant six semaines dans un service de l'Hôtel-Dieu. *Casus insanabilis.*

On ne s'attend point, sans doute, à ce que nous rapportions les symptômes sur lesquels a été basé ce diagnostic ; nous nous bornerons à mentionner l'étendue et la matité précordiale, qui est de 0,08 verticalement, sur 0,12 transversalement. Cette matité se confond, à droite, avec une matité d'étendue à peu près égale, située entre le sein et la clavicule, déterminée par une dilatation anévrismale considérable de l'aorte sous-sternale.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 9, plus tard 25.

Pierre Durup, quarante-quatre ans, vannier, né à Paris, entré le 25 décembre 1840, sorti le 1er juin, rentré le 14 juin 1841, encore dans le service.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur (400 à 450 grammes) avec épaississement, induration et déformation des valvules, et rétrécissement des orifices gauches. Plaques sur la plèvre dans le voisinage du cœur ; chez un sujet qui a eu deux affections rhumatismales, dont l'une a duré cinq mois, et de forts rhumes. *Casus insanabilis.*

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10.

Joseph Doumerc, quarante-huit ans, cordonnier, rue de la Verrerie, 40, entré le 8 mai 1841, sorti le 15 mai.

Diagnostic. Hypertrophie générale et considérable du cœur (500 grammes environ), épaississement, induration, déformation des valvules gauches, surtout de la bicuspide, avec rétrécissement de l'orifice correspondant, le tout consécutif à une endocardite rhumatismale.

Ce sujet fut traité, il y a neuf ans, dans le service de M. Rullier, d'une affection rhumatismale qui dura deux mois et demi.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25.

Victor Piot, trente-neuf ans, tanneur, rue de l'Oursine, 75, né à Charleville, entré le 16 février, sorti le 12 avril 1841.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur, épaississement, induration, déformation des valvules gauches, avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche en particulier, le tout consécutif à une endocardite rhumatismale.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12.

Antoine Cambronne, dix-neuf ans, né à Paris, malade depuis deux ans, entré le 13 janvier 1841, sorti le 2 mai.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur (350 à 400 grammes); épaississement considérable et fibro-cartilagineux des valvules gauches, sans rétrécissement des orifices, le tout suivi d'endocardite rhumatismale mal traitée. *Casus insanabilis.*

Ce malade fut pris, quelques jours après son entrée, de phénomènes de bronchite capillaire générale et de pneumonie disséminée, qui cédèrent à l'emploi de quatre saignées et de larges vésicatoires.

6° Salle Sainte-Madeleine, 13.

Marie Meunier, trente-quatre ans, rue Chabannais, 18, entrée le 28 juin, sortie le 5 juillet 1841.

Diagnostic. Hyperthrophie médiocre du cœur ; épaississement hyperthrophique et déformation de la valvule mitrale ; le tout consécutif à une endocardite rhumatismale. Etat subanémique.

7° Salle Sainte-Madeleine, 10 bis.

Eugénie Remy, vingt-trois ans, née à Soissons, entrée le 27 avril, sortie le 30 avril 1841.

Diagnostic. Hypertrophie légère du cœur, avec épaississement des valvules gauches, insuffisance de bicuspide, le tout consécutif à une endocardite rhumatismale.

8° Salle Sainte-Madeleine, 3.

Sophie Magnien, vingt-trois ans, rue de Grenelle, née à Paris, entrée le 1h août 1849, sortie le 19 avril 1841.

Diagnostic. Rhumatisme articulaire aigu fixé sur le genou gauche ; ancienne affection rhumatismale généralisée, ayant laissé à sa limite un épaississement des valvules gauches, avec un peu d'hypertrophie.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 18 bis.

Camuzet, seize ans, demeurant à Vaugirard, entré le 21 mai 1841, mort le 1er juin.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur. Epaississement, hypertrophie et probablement végétations des valvules gauches. Etroitesse des orifices gauches, surtout relativement au volume du cœur et à la capacité de ses cavités, etc. Le tout consécutif à une endocardite rhumatismale, méconnue et négligée.

10° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16.

Julien Choisy, quarante-neuf ans, rue de l'Arbalète, 28, entré le 29 mai 1841, mort le 15 juin.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur (450 à 480 grammes), épaississement, induration et déformation des valvules gauches, surtout de la bicuspide, avec rétrécissement de l'orifice correspondant ; le tout consécutif à une endocardite rhumatismale mal traitée.

11° Salle Sainte-Madeleine, 10.

Sophie Roulleau, dix-sept ans, faubourg du Temple, 119, entrée le 25 mars 1841, sortie le 19 mai.

Diagnostic. Hypertrophie générale (360 à 400 grammes) du cœur, épaississement et probablement végétations avec déformation des valvules gauches, suite d'endocardite rhumatismale.

12° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 15.

Diagnostic. Hypertrophie générale du cœur (500 grammes environ), épaississement et déformation des valvules gauches avec rétrécissement des orifices et particulièrement de l'auricule ventriculaire ; le tout consécutif à un rhumatisme goutteux.

Nous avons cru devoir rejeter à la fin les quatre observations suivantes relatives à des sujets chez lesquels on n'a pu constater l'origine de l'endocardite d'une manière positive.

13° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8 bis.

Auguste Peau, dix-huit ans, rue Saint-Denis, 7, entré le 26 mars 1841, sorti le 9 avril.

Diagnostic. Hypertrophie générale et considérable du cœur (400 à 450 grammes) épaississement et induration des valvules sans rétrécissement des orifices, suite d'une endocardite d'origine douteuse.

14° Salle Sainte-Madeleine, 6.

Angélique Vincent, cinquante-cinq ans, rue de Vaugirard, 107, entrée le 24 juin 1841, sortie le 2 août.

Diagnostic. Hypertrophie moyenne et générale du cœur, épaississement fibreux des valvules gauches, surtout de la bicuspide, sans rétrécissement bien notable, le tout consécutif à des maladies sur lesquelles le sujet ne s'explique que d'une manière fort obscure.

15° Salle Sainte-Madeleine, 10.

Anne Prudhomme, soixante-dix ans, rue aux Fers, 14, entrée le 19 mai, encore dans les salles.

Hypertrophie considérable du cœur, avec lésion organique des valvules gauches, suite d'endocardite d'origine incertaine.

16° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 19.

François Esbach, trente-un ans, rue du Rocher, 3, entré le 8 juin, encore dans les salles.

Diagnostic. Hypertrophie générale et moyenne du cœur, épaississement, induration et déformation des valvules gauches, probablement reflux du sang à travers l'orifice aortique : le tout suite d'endocardites d'origine inconnue.

Une des premières remarques que doit nous suggérer la lecture, je ne dirai pas des observations, mais des diagnostics qui précèdent, est relative à la cause qui a produit les lésions organiques du cœur. Il est de toute évidence maintenant, et l'on est presque honteux de redire une vérité tellement banale, que les lésions chroniques organiques du cœur, ces lésions qui consistent dans des épaississemens, des indurations, des déformations, des valvules, des rétrécissemens ou des dilatations des orifices, l'hypertrophie du cœur lui-même, etc., ne sont autre chose que la conséquence d'une inflammation de la membrane interne du cœur, de cette endocardite qui, bien que tout récemment découverte, est aussi bien connue aujourd'hui et aussi bien décrite que les maladies les plus anciennement signalées et les plus vulgaires.

Mais quelle est la cause de l'endocardite, quelles sont les circonstances sous l'influence desquelles elle se développe ? Les longues, minutieuses et attentives recherches du professeur de la Charité, ont éclairé depuis plusieurs années cette question. Personne n'ignore la loi de coïncidence établie par M. Bouillaud, et les rapports qu'il a signalés entre les affections du cœur et les affections rhumatismales aiguës généralisées. C'est déjà par centaines que l'on compte les faits qui viennent à l'appui de cette loi de coïncidence, et dont une grande partie ont été publiés soit dans le *Traité des maladies du cœur,* soit dans la *Clinique de* 1837, soit dans le *Traité du rhumatisme* et divers journaux.

Pour ne parler que des cas que nous venons de citer ici, nous ferons observer que sur seize cas d'affections chroniques organiques du cœur, suites d'endocardite, douze avaient été précédées d'affections rhumatismales bien évidemment constatées et dont le traitement avait été ou nul ou mal dirigé. Douze cas sur seize forment une majorité assez imposante pour que l'on ne puisse être taxé de témérité pour y voir la confirmation de la loi de coïncidence dont nous parlions à l'instant. Et puis, nous ne voulons point dire que chez ces quatre derniers malades l'affection du cœur ne reconnaissait point pour cause une inflammation de la membrane interne du cœur ; cette inflammation est, au contraire, la condition nécessaire et indispensable, la condition *sine quâ non* de la production des lésions survenues et diagnostiquées. Mais avaient-elles été ici la suite d'une endocardite coïncidant avec un rhumatisme ou avec une affection aiguë du poumon ou de la plèvre ; ce qui peut arriver assez souvent, comme l'a démontré M. Bouillaud, c'est ce que n'ont pas permis de constater des antécédens assez obscurs : les renseignemens donnés par les malades étant donc dans ces quatre cas peu clairs et peu explicites, l'on devait mentionner dans le diagnostic le doute qui subsistait. C'est ce qui a été fait, le professeur de la Charité n'étant pas de ces hommes qui veulent prouver à toute force et soutenir imprudemment un fait de la vérité duquel il n'aurait pas entre les mains preuves vivantes et palpables.

Une fois l'importante question de l'étiologie résolue, d'autres non moins importantes se présentent en foule, parmi lesquelles nous trouvons en première ligne celle qui a rapport à l'exactitude du diagnostic. Comme pour la détermination de la cause, c'est par une observation attentive et soutenue, par une observation de chaque jour, que l'on est arrivé au diagnostic précis des maladies du cœur et à la localisation des diverses lésions qui peuvent affecter les parties si nombreuses et si variées resserrées

dans un espace aussi étroit. C'est par une observation rigoureuse des phénomènes d'impulsion, de la force des battemens et des bruits du cœur ; de l'intensité du choc de l'organe contre les parois pectorales, etc., que l'on est arrivé à annoncer d'une manière aussi positive le poids de l'organe que l'on examine. Et certes lorsque le professeur devant un nombreux auditoire, dans lequel trop souvent il pourrait compter plus d'une oreille ennemie, porte dans un cas difficile un de ces diagnostics dont l'exactitude confond ceux qui n'y sont point habitués, il faut, convenons-en, qu'il soit bien sûr de ce qu'il avance, car souvent la mort vient le prendre au mot et le sommer de prouver la vérité de son dire.

Dans celles des observations précédentes qui se sont terminées par la mort, et où l'on a pu vérifier les lésions et le poids du cœur annoncé pendant la vie, on s'est convaincu que les lésions répondaient parfaitement au diagnostic qui avait été porté du vivant du sujet. Quant au poids, il était à quelques grammes près, dans trois des cas, celui qui avait été déterminé ; dans le quatrième, le cadavre n'ayant pu être ouvert que plus de 40 heures après la mort, par une température assez élevée, une décomposition cadavérique fort avancée, et la formation dans tous les tissus de gaz qui empêchaient d'en apprécier exactement le poids et le volume, ne permirent pas de vérifier la précision du diagnostic.

Sans vouloir nous arrêter longuement sur les divers bruits que permet de constater l'examen du cœur dans les divers cas qui nous occupent, et sans vouloir ici chercher à en établir la valeur, nous dirons avant de terminer quelques mots d'une modification dans le système et les bruits du cœur, modification importante que M. Bouillaud a souvent eu occasion de rencontrer; soit dans la pratique civile, soit dans celle des hôpitaux ; je veux parler du triple bruit. Il est rare qu'un mois se passe sans qu'il entre dans le service de la clinique un ou plusieurs malades qui présentent le triple bruit du cœur, signalé pour la première fois par M. Bouillaud, et qu'il regarde comme l'indice presque infaillible du rétrécissement d'un des orifices du cœur. Ce triple bruit, auquel M. Bouillaud donne le nom de bruit de rappel, parce que son rhythme représente assez bien le rhythme de cette batterie, et que nous avons eu l'occasion d'entendre chez quatre ou cinq des malades affectés de lésions organiques du cœur entrés dans le service pendant ce semestre, semble formé par la décomposition, le redoublement de l'un des deux bruits en deux bruits très courts se succédant par intervalle.

Quoiqu'il soit bien connu, quoique sa signification dans le diagnostic soit parfaitement arrêtée, la théorie du bruit de rappel est encore assez obscure. Voici les trois principales causes auxquelles on pourrait l'attribuer.

1° S'il existe un rétrécissement auriculo-ventriculaire, le ventricule se remplissant en deux fois, partant, se dilatant successivement deux fois coup sur coup, il se produit un double choc des valvules aortiques repoussées les unes contre les autres par le reflux du sang qui tend à se précipiter dans le ventricule qui se dilate.

2° S'il existe un rétrécissement de l'orifice aortique, le ventricule ne pouvant expulser en une fois le sang qu'il contient, se contracte en deux fois, et après chacune des deux contractions, se produit un phénomène de choc des valvules auriculo-ventriculaires les unes contrs les autres ; c'est alors le premier bruit qui se dédouble au lieu d'être le second, comme dans le cas précédent.

Enfin, l'on a supposé que, par suite de l'existence du rétrécissement, l'isochronisme des bruits, isochronisme qui doit exister à l'état normal, se trouve détruit ; et au lieu que les deux bruits produits par le choc des valvules aortiques et pulmonaires se confondent l'un avec l'autre, ils deviennent parfaitement distincts, se succédant à un intervalle très rapproché, mais cependant assez notable pour être facilement apprécié.

L'expérience et une observation plus prolongée permettront sans doute de décider quelque jour laquelle de ces trois hypothèses se rapproche le plus de la vérité. Mais, malgré les quelques doutes qui obscurcissent encore divers points du diagnostic des maladies du cœur, doutes qui tendent tous les jours à se dissiper, on peut se convaincre, par la lecture des diagnostics que nous avons cités plus haut, qu'il n'est pas impossible, comme le prétendent certains médecins, de reconnaître et signaler d'une manière exacte le siége et la nature des lésions qui caractérisent ces maladies, bien plus, que ce serait faire l'aveu d'une ignorance honteuse, j'ose le dire, que de se borner à ces dénominations vagues et souvent confuses d'anévrisme ou d'hypertrophie du cœur, sous lesquelles, il y a quelques années à peine, on se bornait à désigner les affections diverses dont nous parlons.

A. FOUCART.

HOPITAL DES ENFANS. — M. GUERSANT fils.

Service de chirurgie.

Quelques remarques sur les amputations pratiquées depuis un an à l'hôpital des Enfans.

La direction du service de chirurgie des enfans nous a été confiée le 18 mars 1840, et, depuis cette époque, nous avons pratiqué vingt-trois amputations sur le membre inférieur. Vous savez combien sont défavorables, en général, les conditions dans lesquelles se présentent nos petits malades au moment de l'amputation ; la plupart scrofuleux, portant des tumeurs blanches dégénérées, arrivées au dernier terme de la désorganisation des parties molles et osseuses, et présentant en même temps les caractères fâcheux d'une constitution délabrée, d'une santé profondément compromise. Aussi, sur le nombre total de nos amputés, n'avons-nous à noter qu'un seul sujet qui se trouva dans la nécessité de subir l'amputation de la jambe pour une fracture compliquée de ce membre, avec fracture comminutive de l'astragale, désordres occasionnés par un éboulement de bois arrivé au moment où l'enfant était occupé à s'amuser avec ses camarades dans un chantier. Dans la presque totalité des autres cas, nous avions, à côté des désordres du membre, l'existence simultanée, latente ou manifeste de tubercules pulmonaires, dont on avait à redouter la prompte évolution, par le fait même de la réaction générale qui aurait nécessairement succédé à l'opération.

Quoi qu'il en soit, en présence des craintes que devait nous inspirer l'état de nos malades, il devenait obligatoire pour nous de différer autant que possible l'amputation, de n'y avoir recours qu'à notre corps défendant, et après avoir invoqué le secours de tous les moyens thérapeutiques qu'une saine pratique indique d'employer en pareil cas, soit comme moyen capable de modifier l'état local, soit comme pouvant imprimer à l'organisme une impulsion favorable qui eût en même temps influé d'une manière avantageuse sur l'état local, et augmenté les chances de succès en cas d'amputation, si non rendu celle-ci inutile. Dans tous les cas nous avons donc attendu que les ligamens articulaires fussent ramollis, dégénérés, les surfaces articulaires cariées, les cartilages diarthrodiaux érodés, détruits ; tandis que, d'autre part, les malades étaient pâles et commençaient à éprouver un mouvement fébrile quotidien avec tendance aux sueurs colliquatives et au dévoiement.

Après l'amputation, les résultats ont été différens, au point de vue de la complication que les malades présentaient du côté du poumon. Dans quelques cas, en effet, la matité sous-claviculaire et la diminution correspondante du bruit respiratoire ont disparu, et il nous a semblé qu'alors il ne s'agissait d'abord que d'un simple engorgement pulmonaire existant peut-être autour d'une masse de tubercules à l'état de crudité. Dans ces cas, la guérison a eu lieu. En sorte que sur nos vingt-trois amputés nous n'avons eu que six cas de mort : ce qui établit la mortalité dans la proportion d'un peu moins d'un sur quatre.

Sur le nombre total de nos amputés, six seulement ont subi l'amputation de la jambe ; dans tous les autres cas, c'est la cuisse qui a été amputée : circonstance qui doit être prise en considération pour mieux faire ressortir le résultat favorable que présentent les amputations considérées collectivement.

A quoi devons-nous attribuer le bon succès que nous avons obtenu, nonobstant les conditions fâcheuses que présentaient nos malades? Il faut indubitablement placer en première ligne le jeune âge des sujets amputés ; il faut convenir, toutefois, que cette circonstance n'est pas d'une utilité bien réelle, quand déjà la constitution est aussi profondément altérée que cela avait lieu chez nos petits malades. On a dit que l'état de faiblesse était favorable, au point de vue des amputations, toutes les fois que les sujets avaient des maladies chroniques de poitrine. Cette proposition trouve sa confirmation dans notre pratique. Cependant il est une autre circonstance qui a déjà été signalée et dont l'influence efficace est peut-être plus manifeste ; nous voulons parler de l'époque de l'année qu'il convient de choisir pour pratiquer l'opération.

Notons, avant d'aller plus loin, que les six sujets qui ont succombé l'année dernière, avaient été amputés dans les mois froids ; tous ceux qui ont été amputés en été sont guéris; ils avaient subi l'opération pendant les mois de juin et de juillet. Or, il est à noter que pendant les temps chauds la scrofule est, en effet, stationnaire, circonstance qui a existé, chez la plupart de nos amputés. Il convient donc de savoir profiter de cette condition heureuse, et de remettre autant que possible à l'été cette sorte d'opération ; c'est ce qu'a constamment fait M. Baffos, notre prédécesseur, ce dont il a toujours eu à se louer.

Nous devons enfin signaler d'autres circonstances qui ont sans doute beaucoup contribué à sauver le plus grand nombre de nos amputés ; ainsi, en général, ils ont perdu peu de sang ; jamais ils n'ont eu d'hémorrhagies inquiétantes après l'opération ; dans presque tous les cas la réunion immédiate de la plaie s'est faite dans les deux tiers de son étendue. Ajoutons que ces circonstances nous ont permis de nourrir les amputés dès les premiers jours de l'opération. Le jour même de celle-ci et le lendemain, nous leur avons donné du bouillon, et dès le surlendemain nous les avons mis aux potages. Toutes ces circonstances réunies ont évidemment milité en faveur de l'issue favorable que nous avons obtenue dans les trois quarts des cas.

K...

MYOPIE ET DISPOSITION A LA FATIGUE DES YEUX.

M. Bonnet, de Lyon, a adressé à l'Académie des sciences un mémoire sur ces deux sujets, avec la lettre suivante.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire sur la myopie et sur la disposition à la fatigue des yeux. Ce mémoire se compose de deux parties, l'une physiologique, l'autre pathologique.

Dans la partie physiologique, je discute la question tant controversée de l'accommodation de l'œil à la vision des objets placés à des distances diverses, et je m'applique surtout à démontrer que l'accommodation à courte distance est le résultat des changemens de forme que l'œil éprouve sous l'influence de la compression exercée sur lui par les muscles qui l'entourent. J'apporte à l'appui de cette opinion depuis long temps émise une suite d'expériences qui démontrent que, sur le cadavre, il est impossible de tirer vers leur insertion orbitaire l'un des muscles droits ou l'un des muscles obliques ; à plus forte raison, tous ces muscles réunis, sans que l'œil ne soit comprimé, et que, sous l'influence de cette compression, il ne s'allonge d'avant en arrière et que sa cornée ne devienne plus convexe. Sous le rapport des changemens qu'ils impriment à la forme de l'œil tous les muscles de cet organe ont une action identique ; l'élasticité des parois et des humeurs oculaires est leur seul antagoniste.

La deuxième partie de mon travail est consacrée à l'étude de la myopie et de cette disposition fâcheuse que présente un assez grand nombre de personnes qui, sans avoir aucune altération appréciable des yeux ne peuvent lire pendant plus de quelques instans sans que leur vue ne se trouble et que leurs yeux ne soient fatigués.

Je cherche à démontrer que la myopie, surtout quand elle est acquise, est le résultat d'une compression permanente exercée sur l'œil par tous les muscles droits et obliques contractés. Ce qui la constitue, c'est l'accommodation permanente à la vision des objets rapprochés ; cette accommodation dans l'état normal est due à l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil avec augmentation de convexité de la cornée. Je démontre que dans la myopie elle est due aux mêmes dispositions, avec cette différence que les contractions musculaires qui maintiennent l'œil allongé agissent d'une manière continue dans l'ordre pathologique, intermittente et suivant le besoin de la vision distincte, dans l'ordre physiologique.

La fatigue des yeux ne se manifeste que lorsqu'on s'applique à regarder les objets petits et rapprochés, c'est-à-dire lorsque les muscles, pour accommoder l'œil à la vision de ces objets exercent sur lui une compression. Elle me paraît le résultat de cette compression portée au point de devenir douloureuse.

Partant de ces théories, j'établis que pour guérir la myopie et la disposition à la fatigue des yeux, il faut diminuer la compression exercée par les muscles, et pour arriver à ce but, recourir à la section d'un ou de plusieurs d'entre eux. Quel que soit celui que l'on coupe, la compression éprouvée par le globe oculaire diminue, car si le muscle qu'on divise est rétracté, on enlève une cause efficace de compression; s'il n'est pas rétracté, on détruit toujours un soutien des parois latérales de l'œil.

A toutes les sections qu'on peut employer, je préfère celle du muscle petit oblique à son insertion à l'orbite, comme celle qui peut être exécutée avec le plus de facilité, de promptitude, et le moins d'accidens.

Voici le résumé succinct des résultats qu'elle m'a donnés sur dix malades à qui je l'ai pratiquée dans le but de guérir la myopie ou la disposition à la fatigue des yeux.

Aux uns, j'ai fait la section simultanée des deux muscles petits obliques ; aux autres, la section d'un seul de ces muscles.

Ceux que j'ai opérés des deux côtés, sont :

M. Deyriatz, âgé de quarante-deux ans, opéré le 2 mars 1841.

M. Rieux, âgé de vingt-deux ans, opéré le 22 mars 1841.

M. André Serve, âgé de quarante-un ans, opéré le 22 mai.

M. Paradis, âgé de vingt-deux ans, opéré le 21 juin.

Louise Richerand, âgée de treize ans, opérée le 10 juillet.

M. Antoine Accary, âgé de trente-cinq ans, opéré le 15 juillet.

Léon Dulac, âgé de seize ans, opéré le 29 juillet.

Jenny Borel, dix-huit ans, opérée le 29 juillet,

Les malades à qui j'ai coupé le muscle petit oblique d'un seul côté, sont :

Benoît Thévenin, âgé de dix-huit ans, opéré le 23 février.

Jean Pierre Orsat, âgé de cinquante-un ans, opéré le 23 avril.

Tous ces malades, à l'exception d'un seul, ont été opérés à l'Hôtel-Dieu, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Aucun d'eux n'a éprouvé le moindre accident. Après que l'on a coupé le muscle petit oblique à son insertion orbitaire avec un ténotôme qui ne fait qu'une simple piqûre à la peau, les paupières se gonflent par suite de l'infiltration sanguine qui se fait dans leur tissu cellulaire. Ce gonflement se dissipe deux ou trois jours après l'opération et une teinte bleuâtre des paupières est la seule trace que laisse alors, pendant deux ou trois semaines, la section du petit oblique. L'œil conserve sa direction normale et se meut dans tous les sens avec facilité ; dès le troisième ou le quatrième jour, les malades peuvent lire sans fatigue pendant plusieurs heures ; il n'y a que l'opération de la saignée, qui, sous le rapport de l'innocuité, puisse être comparée à la section du muscle petit oblique.

Des deux malades auxquels j'ai pratiqué l'opération d'un seul côté, l'un, Jean-Pierre Orsat, n'en a retiré aucune amélioration; l'autre, Benoît Thévenin, qu'une amélioration d'assez peu d'importance. Il n'en a pas été de même des huit malades auxquels j'ai pratiqué l'opération des deux côtés.

Je vais résumer leurs observations :

1° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils puissent lire ;

2° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils peuvent reconnaître les personnes ;

3° Sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires ;

4° Sous le rapport de leur disposition à la fatigue des yeux.

Dans les tableaux que je vais présenter, je mettrai en regard l'état des malades avant l'opération et leur état du 10 au 15 août, époque à laquelle je les ai tous revus ou interrogés. En ne tenant compte ainsi que des premières et des dernières observations que j'ai faites et entre lesquelles il y a des intervalles dont quelques-uns sont de plusieurs mois, mes résumés feront juger, autant qu'on le peut aujourd'hui, les résultats définitifs de la section du muscle petit oblique. Je puis dire, au reste, que l'état dans lequel j'ai trouvé les malades plusieurs semaines ou plusieurs mois après cette section, a toujours été identique à celui où je les ai observés le second ou le troisième jour. En général, dès le lendemain et même au moment de l'opération, lorsque le gonflement de la paupière inférieure par l'infltration sanguine ne marque pas les yeux, on peut juger de tout l'allongement que la vue doit acquérir. L'effet est instantané et, une fois produit, il ne se perfectionne et ne se détériore pas.

La portée extrême de la vue, sous le rapport de la lecture, s'est agrandie.

Chez M. Rieux, de 16 à 33 centimètres.

Chez M. Serve, de 15 à 39 centimètres.

Chez M. Paradis, de 38 à 61 centimètres.

Chez Louise Richerand, de 28 à 60 centimètres.

Chez M. Accary, de 13 à 25 centimètres.

Chez M. Dulac, de 17 à 31 centimètres.

Chez M. Deyriatz, elle est restée à 17.

Eugénie Borel n'était pas myope.

Ce qui démontre que chez tous les malades, à l'exception d'un seul, la portée extrême de la vue pour la lecture a été à peu près doublée.

La plus grande distance à laquelle les opérés peuvent reconnaître les personnes, s'est étendue :

Chez M. Rieux, de 4 pas à 30 pas.
Chez Michel Serve, de 5 à 35 pas.
Chez M. Paradis, de 25 à 60 pas.
Chez Louise Richerand, de 15 à 65 pas.
Chez M. Accary, de 4 à 25 pas.
Chez M. Dulac, de 6 à 50 pas.
Chez M. Deyriatz, de 2 à 4 ou 5 pas.

Les distances que je viens d'indiquer n'ont pas une grande précision, soit parce que je m'en suis rapporté au témoignage des malades, toujours moins précis que la mensuration directe ; soit parce que la distance à laquelle on reconnaît une personne que l'on voit tous les jours est moindre que la distance à laquelle on reconnaît ceux qu'on voit rarement, ce qui m'obligerait, pour être très précis, à des distinctions que je n'ai pu faire dans ce résumé. Mais quelles que soient les causes d'erreurs qui peuvent résulter de cette estimation un peu arbitraire, il n'en reste pas moins démontré que l'augmentation, dans la portée de la vue pour reconnaître les personnes, est beaucoup plus marquée que pour la lecture ; car, tandis que la vue s'est allongée simplement du double sous ce dernier rapport, elle est devenue, en général, trois, quatre et même cinq fois plus longue sous le rapport de la distance à laquelle les personnes peuvent être reconnues.

J'ajouterai que l'allongement de la vue est d'autant plus marqué que les malades regardent des objets plus éloignés : c'est surtout dans la facilité qu'ils ont acquise de distinguer les nuages, les arbres, les maisons et, en général, les masses placées à de grandes distances, qu'ils trouvent l'amélioration la plus sensible.

Je n'ai pu faire que peu d'observations sur les changemens que les myopes opérés ont obtenus sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires, car plusieurs d'entre eux n'en portaient pas avant l'opération ; ceux qui en faisaient usage, et qui étaient seulement au nombre de trois, les ont quittées ou se servent de nos plus faibles. Dans le premier cas, se trouvent MM. Rieux et Dulac, qui portaient, le premier des verres nº 10, le second des verres nº 9 ; dans le second cas, M. Deyriatz qui, bien qu'il ait obtenu moins d'amélioration qu'aucun autre, a échangé les verres nº 5 et 1/2 contre des verres nº 9.

C'est sous le rapport de la disposition à la fatigue des yeux que les changemens ont été les plus marqués et les plus importans.

M. Paradis, qui ne pouvait lire plus d'un quart d'heure sans que sa vue ne se troublât, a lu quatre jours après son opération, et lit aujourd'hui pendant deux heures et demie au moins, sans se fatiguer ; il était obligé d'interrompre ses études au séminaire, il les poursuit actuellement sans obstacle.

M. Accary ne pouvait lire plus d'une demi-heure ; il lit sans fatigue pendant plus de trois heures.

Louise Richerand, qui ne pouvait lire plus de deux pages de suite, en a lu quarante le quatrième jour après son opération, et tandis que la rapidité avec laquelle sa vue se fatiguait ne lui permettait plus de continuer sa profession d'ouvrière en soie, elle peut aujourd'hui se livrer sans fatigue et pendant toute la journée aux travaux de sa profession. Cette malade a été vue, entr'autres personnes, par M. Phillips.

M. Dulac qui, après avoir vainement essayé tous les moyens ordinaires, avait été obligé de suspendre ses études du collége, peut lire et écrire pendant plusieurs heures, la nuit comme le jour, sans être fatigué.

M. Deyriatz ne pouvait pas lire, avant d'être opéré, deux ou trois lignes seulement sans que sa vue ne fût complètement troublée ; il ne pouvait plus écrire, et, après avoir vainement essayé des moyens internes et un repos de plusieurs mois, il se disposait à quitter le commerce. Depuis que je lui ai pratiqué son opération, il peut lire pendant une demi-heure, écrire pendant plus de deux heures sans se fatiguer, et il peut se livrer à ses affaires commerciales, en ayant soin seulement de ne pas faire des lectures prolongées.

Enfin Eugénie Borel, dont je n'ai pas fait mention jusqu'ici, parce que sa vue avait la portée ordinaire, ne voyait que des brouillards, lorsqu'elle avait tricotté ou fait de la couture pendant plus de dix minutes ; à partir du quatrième jour après son opération, et pendant une semaine qu'elle est restée à l'hôpital, elle a pu se livrer pendant toute la journée à des travaux d'aiguille sans que sa vue se fatiguât un seul instant.

Il est à remarquer que les malades que je viens de citer étaient les seuls entre mes opérés qui eussent de la disposition à la fatigue des yeux. L'opération leur a donc constamment réussi, et, à part M. Deyriatz, chez qui l'amélioratiation a été incomplète, tous ont éprouvé une guérison qui ne laisse rien à désirer.

Je ne saurais trop insister pour que les commissaires qui seront chargés d'examiner mon mémoire veulent bien répéter la section du muscle petit oblique. Les cas d'application pourraient être difficiles à trouver ; si l'on cherchait des myopies simples que des lunettes peuvent pallier. Mais comme ma méthode s'applique surtout et avec avantage à cette disposition de la vue qui ne permet de suivre aucun travail de cabinet, qui oblige les personnes qui en sont affectées à abandonner toutes les professions qui exigent des lectures assidues, il ne sera pas difficile de trouver des malades disposés à se soumettre à des tentatives que justifient déjà les opérations nombreuses dont je fais connaître les résultats.

C'est par ses avantages dans les myopies avec disposition à la fatigue des yeux et au trouble de la vue que la section du muscle petit oblique s'introduira dans la pratique. Quand on aura bien constaté, dans ces cas compliqués, les guérisons remarquables qui en sont la conséquence, sous le rapport de l'allongement de la vue aussi bien que sous le rapport de l'aptitude qu'acquièrent les yeux de prolonger leurs fonctions, les personnes affectées de myopie simple n'hésiteront pas à s'y soumettre, et les cas où l'on pourra vérifier la justesse de mes assertions se trouveront sans aucune difficulté.

Veuillez agréer, etc., BONNET.

Lyon, le 19 août 1841.

Hernie inguinale étranglée, réduite au moyen du débridement sous-cutané ; communiquée à l'Académie des sciences le 2 août 1841, par le docteur JULES GUÉRIN.

Lorsque j'ai fait connaître mes expériences sur les plaies sous-cutanées, j'ai signalé immédiatement, parmi les applications dont cette nouvelle méthode me paraissait susceptible, le débridement des hernies étranglées. Depuis cette époque, j'ai souvent appelé l'attention des chirurgiens sur les avantages que pourrait offrir ce mode opératoire. Mais soit qu'on n'ait pas bien compris ces avantages, soit qu'on ait trouvé de trop grandes difficultés à l'exécution de l'opération, personne jusqu'ici ne l'avait tentée. N'ayant pas et ne pouvant avoir aisément, par le caractère spécial de ma pratique, occasion de rencontrer des hernies étranglées, je n'ai pu réaliser moi-même plus tôt cette application de la méthode sous-cutanée, qui m'avait toujours paru devoir être aussi facile qu'importante. C'est en quelque façon au hasard que je dois d'avoir rencontré cette occasion ; je l'ai saisie avec empressement, et le résultat a complètement répondu à mes espérances. Voici l'observation :

Hernie épiploïque congénitale étranglée depuis trois jours ; chez un jeune homme de dix-huit ans ; tentatives de taxis inutilement répétées par plusieurs chirurgiens ; commencement d'accidens graves ; débridement sous-cutané ; guérison.

Ferré (Bertrand), âgé de dixhuit ans et demi, né à Saint-Lizier, près Saint-Girons (Arriège), élève pharmacien, de taille moyenne, constitution assez robuste, tempérament sanguin. Il est affecté d'une hernie inguinale à droite, offrant les caractères de la hernie congénitale, mais qui, au dire du malade, ne se serait développée qu'il y a un an.

Vers l'âge de cinq à six ans, il se forma une tumeur dans la tunique vaginale droite remontant jusque dans le canal inguinal. M. le docteur Trinquier, praticien à Saint-Lizier, constata une hydrocèle et affirma qu'elle se passerait sans aucun traitement. En effet, le liquide paraît s'être résorbé spontanément ; mais la tunique vaginale et les enveloppes du cordon sont restées gonflées. Le cordon, surtout la partie logée dans le canal, paraît avoir toujours été le siége de petites collections de liquide, probablement d'une hydrocèle vésiculaire. Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois d'août 1840, lorsque, portant un lourd fardeau, Ferré sentit tout d'un coup dans l'aîne une petite tumeur dure qui sortait pendant les efforts, et qui rentrait spontanément lorsqu'il se couchait.

M. le docteur Caors, de Saint-Girons, qui vit à cette époque le malade, constata l'existence d'une hernie et conseilla un bandage. On ne tint pas compte de cet avis. Le malade vint à Paris en 1841, et entra peu de temps après, comme élève, chez M. Anouilh, pharmacien à Passy. La tumeur, très petite dans le principe, acquit peu à peu le volume d'une noix, mais rentrait toujours avec facilité.

Le 9 juillet dernier, à la suite d'efforts, elle acquit subitement le volume d'un gros œuf de poule. Le malade ne parvint plus à la faire rentrer.

Le 10, ayant eu quelques courses à faire, il éprouva des douleurs extrêmement vives. Il vint consulter M. le docteur Barraud, de Passy, qui reconnut une hernie étranglée dans la tunique vaginale. Cet honorable confrère, ayant fait inutilement quelques tentatives de réduction, conseilla le repos, des bains et des cataplasmes émolliens.

Le 11, Ferré alla à Paris trouver M. Carpot, bandagiste, qui tenta également sans succès la réduction de la tumeur.

Enfin, le 12 au matin, il vint me trouver. La hernie offrait les caractères suivans : tumeur dure dans l'aine droite, légèrement bosselée, du volume du poing, descendant jusqu'au niveau du testicule. Elle était évidemment renfermée dans les tuniques du cordon distendues, et se continuait en haut par un pédicule de la grosseur du doigt, dur également, et pouvant être suivi par le toucher jusqu'à une certaine profondeur dans le canal inguinal. Ce pédicule remplissait exactement l'orifice antérieur du canal. La tumeur était douloureuse au toucher ; sa dureté et la sensation spéciale qu'elle donnait me firent croire qu'elle était formée, si ce n'est en totalité, du moins en majeure partie par l'épiploon. Déjà la peau de l'aine était rouge, gonflée, très sensible. Du reste, pas de symptômes généraux ; ni hoquet, ni nausées, ni coliques.

Depuis trois jours il n'avait plus été à la selle. Je lui fis administrer un lavement purgatif qui produisit plusieurs évacuations, sans diminuer en rien le volume de la tumeur. On le plaça dans un bain, où il resta plus de trois heures : on essaya à plusieurs reprises le taxis. Au sortir du bain, on renouvela les mêmes tentatives dans la position verticale renversée ; mais elles ne produisirent aucune diminution de la tumeur. Enfin, dans la soirée du 12 juillet, après huit heures d'efforts stériles de réduction, je me décidai à opérer le débridement par la méthode sous-cutanée. Cette opération a été pratiquée avec le concours et en présence de MM. les docteurs Kuhn et Dechambre, et de M. Anouilh, pharmacien.

Le malade était couché sur un lit, le bassin légèrement soulevé, le reste du tronc abaissé, et les cuisses écartées et à demi-fléchies sur le bassin. Après avoir rasé les parties et m'être bien assuré de la direction du canal et du pédicule de la hernie, je fis un pli cutané transversal de 3 à 4 centimètres, pris aux dépens de la racine du scrotum, et le ramenai au-devant de l'anneau inguinal ; puis, avec un petit bistouri en fer de lance de 4 millimètres de largeur, je fis une ponction longeant la partie supérieure du pédicule. L'instrument pénétra jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. J'engageai dans cette ouverture une sonde cannelée, que je fis glisser graduellement dans la direction du canal, en longeant toujours la face supérieure et antérieure du pédicule. Après quelques tentatives, je parvins à l'introduire dans le canal à une profondeur de 7 centimètres ; je la confiai à un aide, qui en abaissa le pavillon, afin de faire saillir l'autre extrémité. Je fis ensuite un second pli à la peau, puis à sa base une seconde ponction un peu au-dessus de la première, et j'introduisis par cette seconde plaie un myotome convexe à pointe mousse, dont la lame, de 3 centim. de long sur 3 millim. de large, est supportée par un pédicule mousse de 5 centim. La lame étant engagée dans la cannelure de la sonde, le tranchant tourné en haut et en dehors, je divisai petit à petit la paroi antérieure du canal, en appuyant avec le pouce et l'index sur la partie que je voulais diviser, de manière à comprendre et déprimer entre mes deux doigts la lame et la portion correspondante des tissus. Cette précaution a eu pour but de favoriser la section de la paroi du canal en augmentant sa résistance. Je suis ainsi arrivé jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal. Après ce débridement, je tentai la réduction ; mais une portion de l'anneau extérieur ou antérieur avait échappé à l'instrument. J'introduisis dans la piqûre un petit myotome légèrement concave, boutonné, à lame de deux millimètres de large. Il passa facilement entre le pédicule et l'anneau. Cette fois la réduction devint en apparence facile, sauf la dureté et le volume considérable de la hernie, qui me forcèrent d'y procéder lentement et par portions ; mois elles reparaissaient dans le scrotum aussitôt qu'on cessait la compression. Je m'assurai que la réduction n'était qu'apparente, et que les parties ne faisaient que se loger dans l'espèce de cavité que leur offrait la plaie sous-cutanée des muscles abdominaux, et que le véritable obstacle était fourni par l'anneau profond.

Je réintroduisis une dernière fois le myotome concave que je venais d'employer, et je débridai l'anneau profond dans deux points, directement de bas en haut, et transversalement de dedans en dehors. Dès-lors, la hernie fut réduite avec une assez grande facilité. Les tentatives de réduction, avant ce dernier débridement, avaient duré près de trois quarts d'heure, et cette seconde fois elle eut lieu en quelques minutes. J'expulsai l'air et le sang épanchés dans la plaie, et je fermai les deux petites ouvertures à l'aide d'emplâtres de diachylon gommé. On exerça une compression assez forte avec des tampons de charpie et de linge maintenus par un spica.

Malgré les fatigues des tentatives de réduction pendant la journée et les manœuvres de l'opération, le malade s'est endormi une heure après, et son sommeil n'a été troublé jusqu'au lendemain par aucun symptôme de fièvre, ni par aucune douleur notable.

Le lendemain, il n'y avait dans le siége de la plaie qu'un peu de sensibilité et d'empâtement se propageant dans l'intérieur du sac jusqu'au testicule.

Le quatrième jour, j'enlevai l'appareil et les bandelettes. Les deux petites plaies étaient complétement cicatrisées, et il ne restait d'autre trace de l'opération, à l'extérieur, qu'un peu d'ecchymose, et à l'intérieur, un épanchement médiocre occupant le siége de la plaie sous-cutanée et le sac herniaire. Cet épanchement se résorba graduellement ne laissant plus aucune trace de hernie, et dès le huitième jour, le malade put se lever, muni d'un bandage.

Les jours suivans, on put apprécier le travail de cicatrisation par les changemens graduels de consistance des tissus de nouvelle formation occupant le siége de la plaie.

Hygiène des femmes nerveuses, ou Conseils aux femmes pour les époques critiques de leur vie ; par M. le docteur Edouard AUBER, auteur du Traité de Philosophie médicale. (1)

Quand le philosophe de Genève, dans sa fameuse invocation à Fabricius, démontra avec tant d'éloquence les funestes effets de la civilisation sur l'esprit et la moralité des peuples, on accepta ses paroles comme la boutade d'un misanthrope, en un mot comme un magnifique paradoxe. Et cependant, pour le médecin philosophe et observateur, n'est-il pas évident que la civilisation prend en toute chose le contre-pied de la nature, et qu'elle est la source principale de cette innombrable quantité de maladies qui affligent et déciment le genre humain ? Pour démontrer la vérité de ce que j'avance, ne suffit-il pas de jeter un coup-d'œil sur nos grandes villes, sur les capitales surtout, ces foyers civilisateurs ; et là, quand vous voyez les hommes amoncelés les uns sur les autres se mesurer l'espace, la lumière et l'air qu'ils respirent ; quand vous les voyez travailler le jour, et la nuit dormir au-dessus des émanations miasmatiques des égoûts qui sillonnent en tous sens les fondemens de la prison qu'ils se sont choisie ; quand vous voyez les artisans se consumer en efforts au milieu d'une pareille atmosphère, les oisifs s'énerver au milieu des émotions et des excès de tous genres, pouvez-vous vous refuser à dire que l'homme à l'état de civilisation prend la route la plus sûre pour tuer sa santé et hâter sa destruction déjà si prompte ?

Mais parmi les victimes volontaires d'un état si contraire aux vues de la nature, je n'en connais pas de plus à plaindre que la femme, et surtout la femme nerveuse. Chez elle, éducation, alliance, régime et plaisir tout n'est que contre-sens. Vous la dressez, dès sa plus tendre enfance, au désir de briller et de plaire, vous exaltez chez elle les hautes facultés ; vous lui inculquez les idées d'indépendance qui découlent de son libre arbitre ; les livres qu'elle dévore, les conversations qu'elle écoute avidement, les réunions où elle règne par le pouvoir de la grâce et de la beauté, tout lui révèle sa destination, qui est de répandre ses trésors d'amour et de tendresse dans une union selon ses goûts ; et puis, voilà qu'un beau jour vous lui faites subir

(1) Un vol. grand-in-18 de 540 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — A Paris, chez Germer Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

le supplice inventé par Mézence. Pour atténuer les premiers effets d'une éducation aussi vicieuse vous allez sans doute imiter la sage conduite des anciens, ensevelir à jamais la femme mariée dans le sanctuaire impénétrable de la famille, écarter d'elle tout ce qui pourrait éveiller des sensations capables d'incendier son cœur ; pas le moins du monde : après l'hymen, c'est une recrudescence de parures et de plaisrs ; son existence est plus répandue, plus dissipée que jamais, et vous espérez qu'il lui sera toujours possible de s'arrêter à telle ou telle limite, quand vous lui direz : Tu n'iras pas plus loin.....

De toutes ces contradictions, de cet imbroglio de devoirs et de dissipations, d'idées sentimentales et d'obéissance passive, d'amour poétique et de prosaïque devoir, de ce conflit perpétuel entre les besoins du cœur et les nécessités sociales, résulte un état incessant de contrariétés et de souffrances qui agit sur le physique de la façon la plus matériellement funeste. — En vérité, dans notre société, qu'on exalte si haut, tout est à refaire, et, pour la femme, pas de milieu : liberté, égalité, ou esclavage absolu. Mais ce n'est point ici le lieu de développer une idée qui, au premier abord, ne manquera pas de paraître fort étrange.

Quoi qu'il en soit, voilà un fait : dans la société, telle qu'elle est, il y a des femmes, beaucoup de femmes qui souffrent moralement, et c'est cette souffrance qui détermine dans leur système nerveux cette irritabilité extrême, irritabilité qui dégénère en véritable maladie.

M. le docteur E. Auber, dont nous allons analyser le livre, a pensé que ce genre de maladie, méconnu par tant d'hommes peu accessibles à la pitié, dédaigné comme imaginaire par tant de médecins qui ne voient matière à remède que là où il y a fièvre permanente, M. Auber, voulions-nous dire, a pensé que les affections de femmes nerveuses étaient un sujet bien digne d'appeler la sollicitude et les méditations du médecin. Pour notre compte, nous sommes tout disposé à lui en témoigner notre gratitude et à le remercier du fond du cœur de s'être occupé de ces créatures débiles, amaigries et souffreteuses qui de tout temps ont excité notre commisération et notre intérêt.

L'Hygiène des femmes nerveuses est un livre qui s'adresse plus encore aux femmes du monde qu'aux médecins, et, sous ce rapport, son but n'en sera que mieux rempli. Si ce n'était cette considération, nous aurions à reprendre certains passages, dans la première partie surtout, où l'auteur, emporté par la fécondité de son imagination et se laissant aller complaisamment aux développemens poétiques d'une œuvre qui s'y prêtait si bien, semble perdre de vue la mission de médecin pour accomplir celle de littérateur. Mais, nous le répétons, il y aurait injustice à le lui imputer comme crime ; pour faire passer aux yeux du genre de lecteurs qu'il s'est choisi des fragmens de science un peu *médicalement positive*, il fallait bien y joindre des considérations plus attrayantes, et, comme on dit vulgairement, dorer la pilule. Certes, l'élite de notre population féminine n'aura pas à se plaindre, et parmi ces ravissantes créatures qui, dans les loges splendides du théâtre Italien, étalent tout le prestige de la grâce et de la beauté, plus d'une votera des remercîmens sincères au médecin dilettante qui a écrit le savant, gracieux et remarquable chapitre où il traite des effets de la musique sur l'économie, et de la manière de les diriger comme moyens hygiéniques.

Quel succès, je vous le demande, n'aurait pas ce charmant ouvrage, si toutes nos jolies femmes qui,

> Pour réparer des ans l'irréparable outrage,

s'ingénient de mille manières, venaient à savoir qu'il existe un livre écrit *ex-professo* sur la matière, et pour lequel l'auteur a trempé sa plume dans l'eau magique de la fontaine de Jouvence ; car si M. Auber s'est empressé de dire, dans sa préface, qu'il n'entendait nullement révéler sous des noms pompeux des spécifiques pour conserver la beauté ou pour l'inventer, il est positif que les sages préceptes qu'il donne aux femmes du monde à l'égard des ajustemens, des cosmétiques et des lieux de réunion où leur rang les appelle, valent mieux que tous les bains balsamiques et que toutes les eaux merveilleuses inventées et exploitées par les spéculateurs adroits.

Abordons la question sur un ton plus grave. Un ouvrage de la nature de celui de M. Auber, qui renferme une aussi grande quantité de détails, se refuse à l'analyse. La meilleure idée, l'idée la plus complète que nous en puissions donner, c'est de dire que, prenant la femme au berceau, il la suit pas à pas dans ses transformations successives jusqu'à la tombe.

Petite fille, il nous la montre peu différente des enfans mâles du même âge, assujétie aux mêmes besoins et confondue dans les mêmes jeux. « Plus tard, une crise se prépare ; bientôt elle éclate, et la jeune fille, devenue à son tour tributaire d'une nouvelle et importante fonction, sent chaque jour diminuer ses inquiétudes et ses douleurs, à mesure que l'appareil merveilleux auquel le gage de la génération future vient d'être confié, prend lui-même plus d'extension et plus de force. « Là l'auteur expose les causes qui peuvent retarder l'époque de la menstruation, et celles qui, par la suite, peuvent en suspendre le cours.

Arrive le grand et terrible événement de la vie de la femme, le mariage. Au milieu des sages considérations auxquelles l'auteur se livre à cet égard, il en est une que l'on devrait écrire en lettres d'or en tête de tous les contrats de mariage : *Il doit exister des rapports physiologiques entre le mari et la femme.* Or, la première condition pour que ces rapports physiologiques puissent s'établir, c'est qu'il n'y ait pas violence morale à l'égard de la femme, disproportion d'âge ou antipathie. C'est faute de se conformer à une condition si simple et si naturelle, que l'on voit si souvent se détruire sans retour le bonheur et la santé, oui, *la santé* de la femme. Pour moi, je n'hésite pas à le dire, pour certaines femmes dont l'esprit a reçu une haute culture, le mariage comme le comprennent les gens du monde est un *homicide en détail.*

Détournons les yeux de ce triste sujet, et arrêtons-les sur la maternité, ce baume consolateur au milieu de tant de tribulations.

M. Auber accompagne avec sollicitude la jeune mère dans toutes les phases de sa grossesse ; il la représente, chez beaucoup de peuples, comme étant l'objet d'un saint respect et d'un culte presque religieux, avant que le grand acte de la parturition ne s'accomplisse ; traitemens moraux, vicissitudes atmosphériques, régime alimentaire, désirs et jusqu'aux vêtemens, il n'oublie rien de ce qui peut intéresser la femme enceinte. Dès que les premiers vagissemens de l'enfant se sont fait entendre, l'écrivain reprend sa tâche avec un nouveau courage, et il apprend à la jeune nourrice quelles sont les précautions à prendre dans son nouvel état.

Dans son neuvième et dernier chapitre, M. Auber, abordant l'époque de l'âge critique, s'efforce, et avec raison, d'en atténuer la perspective redoutée. Selon lui, elle n'est point aussi effrayante qu'on a bien voulu le dire. Et si on l'envisage sous le point de vue moral, il est consolant de penser que la nature vient d'elle-même, au secours de la femme, en lui inspirant d'autres goûts et lui faisant aimer d'autres plaisirs.

Telles sont les grandes divisions de ce livre, qui, outre les avis d'une importance commune à toutes les femmes, entre dans une multitude de détails ingénieux concernant spécialement la femme nerveuse, sur laquelle l'auteur appelle à grands cris la commisération des époux, la sollicitude des médecins et l'indulgence, la pitié de tout le monde.

A-t-il détruit la racine du mal ? Il faudrait commencer par refondre la société elle-même ; ne pouvant guérir, il ne lui restait qu'un espoir, celui de pallier ? Plaise au ciel que ses efforts obtiennent d'heureux résultats !

Somme toute, le livre de M. Edouard Auber n'est pas seulement un bon livre, c'est une bonne œuvre.

Le docteur Eug. Villemin.

Statue de sir A. Cooper dans la cathédrale de Saint-Paul à Londres.

Le modèle de la statue de sir A. Cooper vient d'être terminé par l'habile sculpteur Baily. Le célèbre chirurgien est représenté debout, dans l'attitude noble et majestueuse qui lui était ordinaire. Il est en costume doctoral, avec une magnifique toge sénatoriale. La main gauche est appuyée sur un crâne.

INSTRUMENS DE CHIRURGIE:

Modification nouvelle par M. Charrière.

M. Charrière vient de publier une brochure dans laquelle se trouvent exposées diverses modifications nouvelles que cet habile et ingénieux fabricant a apportées dans la confection des *ventouses à pompe* et des *scarificateurs à ressort.*

1° *Ventouses à pompe.* Ces appareils, de l'aveu de tous les praticiens et de tous les élèves se dérangeaient et se détérioraient avec la plus grande facilité ; c'est à tel point qu'on avait assez généralement renoncé à leur emploi dans la pratique. Leurs inconvéniens provenaient évidemment d'un vice de confection des soupapes et de l'inexactitude du jeu du piston. Les modifications apportées par M. Charrière, sous ces deux rapports, sont très heureuses, et remplissent complétement toutes les indications. Nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans des détails à ce sujet.

2° *Scarificateurs à ressort.* La modification porte ici sur les ressorts, qui, comme on le sait, se brisaient avec la plus grande facilité. A l'aide d'un mécanisme très simple, qu'il serait trop long de faire connaître ici, M. Charrière est parvenu à donner à ces ressorts un degré de solidité et de souplesse qu'ils étaient loin de posséder. Il est une particularité que nous devons mentionner, et sur laquelle M. Charrière a eu le bon esprit de fixer l'attention : nous voulons parler du *nettoyage* et du *démontage* de ces instrumens, opérations qui embarrassent plus d'un élève, et peut-être même plus d'un praticien. Voici les détails que donne M. Charrière à cet égard :

« Pour enlever le couvercle de la caisse, il faut dévisser deux vis d'acier qui se trouvent sur ses côtés ; ces deux vis sont maintenues par un point d'arrêt qui les empêche de se détacher complétement. Cela fait, on arme à moitié course les lames, et l'on ouvre une petite porte située sur une des parois de la caisse de l'instrument, et dès lors on peut retirer librement les deux arbres sur lesquels les lames sont placées.

» Pour nettoyer les lames, on passe à plusieurs reprises sur elles un morceau de moelle de sureau qui a la propriété d'enlever tout le sang sans endommager leur tranchant (1). On pourrait, à la rigueur, faire ce nettoyage sans retirer les lames de la caisse ; il suffirait alors de les faire saillir au plus haut degré en tournant un bouton placé sur la paroi inférieure de la caisse, à côté de la détente, et qui est destiné à graduer leur élévation. En pareil cas, il faudrait avoir soin d'incliner un peu le scarificateur pour que les débris de la moelle ne s'introduisissent pas dans la caisse de l'instrument. Il existe quelques autres moyens de nettoyage ; mais celui-ci, je crois, doit être préféré. Aussi je ne manque jamais de joindre, à tous les scarificateurs que je livre, un morceau de moelle de sureau. »

Suivent la description et le modèle d'une nouvelle filière qui, si elle était généralement adoptée, ferait cesser une foule de méprises sur le volume des sondes et des bougies. Vient ensuite une nomenclature très détaillée des instrumens pour le strabisme, le bégaiement et la ténotomie en général.

Cette brochure est terminée par une table analytique des matières qui doivent être contenues dans un catalogue général des instrumens de chirurgie, catalogue auquel M. Charrière travaille depuis plusieurs années. Nous ne saurions trop engager cet habile fabricant à terminer cette œuvre qui sera très utile à plus d'un titre.

(1) Cette moelle est très commune : on en trouve chez tous les quincailliers et chez tous les horlogers.

Nous appelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le spapadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la maindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 31 AOUT 1841. (14e ANNÉE.) N° 103, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

— A partir de ce jour, 31 août, le Journal est imprimé en caractères entièrement neufs, et renferme beaucoup plus de matières.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

L'herpès zoster, zona des auteurs, avait été décrit dans la première classification du professeur Alibert, sous le nom de *herpès phlyctænodes zonæformis*, puis, dans la seconde, il figure sous son nom propre dans le groupe des dermatoses eczémateuses.

Le zoster se développe ordinairement sur le tronc; on le reconnaît à l'apparition de groupes vésiculeux enflammés, disposés sur une bande demi-circulaire, large de trois à quatre travers de doigt, et terminée en avant et en arrière à la ligne médiane du corps.

Les causes de cette maladie sont peu connues; elle peut attaquer tous les âges et se montrer dans toutes les saisons. Cependant elle affecte plus communément les jeunes sujets, et se rencontre surtout en été et en automne. Son apparition fait quelquefois disparaître des douleurs ou des phlegmasies internes, et on peut alors la regarder comme critique.

Souvent le zoster est précédé de phénomènes généraux, tels que: état de malaise, frissons, anorexie, nausées, céphalalgie pendant deux ou trois jours, puis chaleur fébrile, demangeaison à la peau, douleurs lancinantes dans la région qui sera le siége de l'éruption. D'autres fois ces phénomènes ne se montrent pas ou sont à peine appréciables. Bientôt on voit apparaître plusieurs taches rouges, réunies ou séparées, irrégulières, et sur lesquelles ne tardent pas à se former des vésicules. Chacun de ces groupes vésiculeux, dont le diamètre peut varier de deux à huit centimètres, reste entouré d'un cercle rouge enflammé. De nouveaux groupes s'élèvent ainsi successivement pendant trois à quatre jours, en se plaçant, comme nous l'avons dit, sur une ligne demi-circulaire. Bien que le tronc, la partie supérieure de l'abdomen ou la poitrine soient le *plus souvent* le siége de cette éruption, on la voit se développer aussi quelquefois sur les deux tiers du cou et du bas de la face, sur la région temporale et une partie du front, ou enfin sur les trois quarts d'un membre. Elle suit alors une direction plus ou moins oblique.

Le développement des vésicules peut atteindre le volume d'une lentille, et par leur agglomération, elles peuvent acquérir la grosseur d'une amande, et constituer ainsi de véritables bulles. La limpidité du liquide qu'elles contiennent diminue jusqu'au quatrième jour de leur apparition, époque à laquelle elles sont tout à fait opaques. Elles s'ouvrent alors pour laisser écouler un liquide séreux qui se concrète en croûtes brunâtres assez adhérentes, et qui se détachent du douzième au quatorzième jour. La durée totale de la maladie peut être de quatre semaines.

Cette affection n'est pas contagieuse, et n'est jamais dangereuse; mais elle peut récidiver, ou laisser après elle des douleurs lancinantes profondes qui durent quelquefois fort long-temps.

L'herpès phlyctænodes est caractérisé par l'apparition de taches rouges vésiculaires, s'accompagnant de chaleur et de prurit. Les vésicules, d'abord miliaires, isolées et transparentes, se développent et grossissent en devenant opaques; elles se rompent du quatrième au huitième jour, et laissent échapper un liquide séreux roussâtre qui se concrète en croûtes brunâtres. Celles-ci tombent vers le dixième jour, laissant au lieu qu'elles occupaient la peau rouge et sensible. L'éruption est quelquefois précédée pendant deux ou trois jours d'une fièvre légère. Cette affection se montre aux membres, à la face, au cou, etc.; elle attaque rarement une grande étendue de la surface du corps ou plusieurs parties à la fois. Ses causes sont le plus souvent inconnues; quelquefois on peut la rapporter à un dérangement des fonctions digestives, à des affections morales, etc.

L'herpes præputialis se développe sur la face interne ou externe du prépuce. Il apparaît sous la forme d'une ou deux taches rouges accompagnées d'une démangeaison assez vive, et sur lesquelles on remarque de trois à six petites vésicules agglomérées, qui en deux ou trois jours deviennent opaques et confluentes. A la face interne du prépuce elles se rompent du quatrième au cinquième jour, et donnent lieu à une excoriation avec exsudation qui se couvre, du neuvième au dixième jour, d'une petite concrétion croûteuse dont la chute s'opère peu de temps après, laissant saine la partie sous-jacente. A la face externe du prépuce, les vésicules ne s'excorient ordinairement pas, et leur guérison a lieu quatre ou cinq jours plus tôt. La malpropreté, les causes irritantes locales donnent souvent lieu à cette maladie, qu'il est utile de bien connaître pour éviter de la confondre avec une affection syphilitique.

L'herpes circinnatus, maladie assez commune, se montre sous la forme de petites taches circulaires, sur le bord desquelles apparaissent des vésicules en nombre variable. Ces vésicules, parcourant les périodes accoutumées de l'herpès, disparaissent ordinairement du huitième au quinzième jour, pour faire place à la desquammation. Cette variété de l'herpès, ordinairement bénigne et courte, peut cependant devenir chronique; on voit alors persister les cercles plus ou moins rosés, recouverts d'une légère desquammation, et autour desquels apparaissent quelquefois, de temps à autre, de nouvelles vésicules.

L'Herpes iris, infiniment plus rare que la précédente variété, attaque de préférence les jeunes sujets. Il a son siége sur le dos des mains, sur le coude-pied ou sur la paume des mains et quelquefois sur les doigts. On le reconnaît à l'apparition de taches vésiculeuses disposées en anneaux concentriques de différentes couleurs. A leur maximum de développement, ces taches, qui d'abord ne paraissent qu'une efflorescence, acquièrent une largeur qui dépasse un peu celle d'une pièce de cinquante centimes, et sont recouvertes à leur centre de vésicules qui parcourent régulièrement les périodes déjà indiquées. Plusieurs anneaux concentriques naissent successivement, jusqu'au huitième ou neuvième jour, offrant une dégradation de couleur rosée, de sorte que la plus extérieure se perd insensiblement dans la nuance de la peau environnante. Cette affection, de courte durée, ne s'accompagne d'aucun symptôme général.

Le traitement de l'herpès est simple. A l'extérieur, les lotions émollientes, calmantes, narcotiques. Si l'inflammation est vive, les cataplasmes émolliens, les bains tièdes. A l'intérieur, les boissons délayantes, les laxatifs légers, un régime doux, tels sont les moyens auxquels cède ordinairement cette affection.

L'herpès zoster ne réclame généralement pas l'emploi des topiques; cependant, dans le cas de vives douleurs, on se trouve bien d'onctions avec un liniment calmant, ou même avec du cérat simple, etc. Lorsqu'après l'ouverture des vésicules, il y a une exhalation abondante, on peut saupoudrer de farine la région malade. On a essayé, contre le zona, de la méthode ectrotique, et il paraît qu'on est parvenu quelquefois à arrêter les progrès de la maladie en cautérisant avec le nitrate d'argent fondu, les vésicules ouvertes dès leur début. Batman, qui connaissait cette méthode, dit qu'elle prolonge la maladie en donnant lieu à une ulcération. On doit dire que la cautérisation dont il parle se faisait avec le nitrate de mercure.

L'herpès phlyctænodes a quelquefois été traité par des applications astringentes, telles que les sels de fer, de cuivre, de zinc, d'alun, l'encre, la farine brûlée. Ces moyens paraissent mieux réussir que les émolliens qui semblent, chez quelques sujets, favoriser la fluxion de la peau.

L'herpès circinatus, quand il passe à l'état chronique, nécessite l'emploi de quelques bains sulfureux et de quelques onctions avec une pommade de même nature. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut avoir recours aux purgatifs, aux boissons sulfureuses, telles que l'eau d'Enghien, par exemple, que l'on administre coupée avec du lait, à la dose d'un, deux ou trois verres par jour. L'herpès labialis ne réclame ordinairement aucun traitement.

L'herpès præputialis disparaît rapidement au moyen de soins de propreté, et quelques lotions émollientes; mais lorsque le prenant pour le début d'un chancre vénérien, on lui oppose la méthode ectrotique et des onguens irritans, il s'excorie, s'agrandit; la base qui supportait les vésicules devient quelquefois indurée, et alors il peut persister pendant assez long-temps. Il est donc très essentiel de bien distinguer cette affection du chancre, et la chose sera facile si l'on veut se rappeler que le chancre ne débute jamais par des vésicules.

L'herpès phlystænodes a souvent été pris pour la gale. Cela arrive surtout lorsque cette maladie, ne s'accompagnant que d'une très légère inflammation, siége uniquement aux mains et aux avant-bras. Mais il faut se rappeler que la gale siége dans l'intervalle des doigts, au poignet, au pli du coude, que les vésicules sont rares et isolées, tandis que c'est spécialement la peau dorsale des mains et de l'avant-bras qu'affecte l'herpès phlyctænodes, et qu'il offre un semis de vésicules nombreuses et rapprochées qui acquièrent, à leur maximum de développement, le volume d'une grosse tête d'épingle, ou même celui d'un petit pois.

L'eczema, que le professeur Alibert a décrit dans ses deux classifications sous le nom de *herpes squamosus madidans*, et que le vulgaire connaît sous celui de *dartre vive*, a pour caractère une éruption de vésicules très petites, agglomérées, transparentes d'abord, puis bientôt troubles, et qui, au bout de trois ou quatre jours, donnent lieu en se déchirant à une exhalation de matière séreuse ou séro-purulente qui tache le linge, et se concrète en squammes assez épaisses d'un gris jaunâtre ou verdâtre. Ces squammes se détachent au bout d'un certain temps et sont remplacées par de nouvelles. La peau sous-jacente est luisante, gercée, excoriée. Dans quelques cas plus heureux, les vésicules se sèchent sans se rompre, et se terminent promptement par une légère desquammation.

Cette affection n'est pas contagieuse; elle apparaît le plus ordinairement au printemps et en été; quelquefois en automne, rarement en hiver. Un grand nombre de causes diverses peuvent lui donner naissance: ainsi, l'exposition prolongée à un soleil ardent, l'application sur la peau de substances irritantes, telles que la poix, les cantharides, les préparations mercurielles, la chaux, le plâtre, etc.; l'action continue d'un feu vif. La station, par la gêne qu'elle apporte à la circulation, peut aussi déterminer l'apparition de cette maladie, qui peut naître d'ailleurs sous l'influence de toutes les causes propres au développement des affections cutanées. Elle attaque de préférence les femmes qui arrivent à l'âge critique, les adultes et les vieillards. Elle n'est point précédée ordinairement de symptômes précurseurs généraux.

L'eczéma peut envahir toute l'étendue des tégumens; mais le plus souvent il est borné à certaines régions du corps, et il affecte ordinairement les parties où les follicules sont le plus nombreux et la transpiration le plus abondante, les aisselles, les aines, les oreilles, la partie supérieure des cuisses, l'anus; le scrotum chez l'homme; le mamelon, la vulve chez la femme. Il s'étend même parfois à la partie voisine des membranes muqueuses; c'est ainsi que l'entrée du vagin, la fin du rectum, la face interne du prépuce, et même l'orifice de l'urètre, peuvent devenir le siége d'une irritation dartreuse qui cause d'horribles souffrances. Dans l'oreille, cette irritation se propage au conduit auditif qui se rétrécit au point d'amener une surdité plus ou moins complète. Dans quelques cas enfin de dartres invétérées, le tégument interne s'affecte dans une grande étendue, les malades tombent dans un état cachectique, les viscères s'affectent, et la mort survient.

La durée de l'eczéma varie selon qu'il revêt une forme plus ou moins aiguë; ainsi elle est, en général, de deux à trois septenaires dans le premier cas, et de six à huit dans le second. Passé à l'état chronique, il peut durer indéfiniment. Lorsque cette maladie est le produit de causes accidentelles, elle guérit assez facilement, et ne récidive point si le sujet qui en a été affecté est désormais soustrait à l'influence de ces mêmes causes. Ses récidives, au contraire, sont très fréquentes, et elle est très rebelle aux moyens curatifs lorsqu'elle tient à une disposition particulière de l'économie, disposition souvent inappréciable; elle est dite alors constitutionnelle.

On reconnaît trois variétés principales d'eczéma; ce sont: l'eczéma *solare*, l'eczéma *impetiginodes*, l'eczéma *rubrum*.

L'eczéma solare est le produit de l'action directe et prolongée des rayons solaires sur les parties du corps qui sont à découvert, telles que la face, le cou, les avant-bras, le dos des mains et les doigts. Les femmes et les individus à peau fine et délicate y sont le plus exposés. Un sentiment de chaleur, de fourmillement se fait sentir dans le lieu qui va être le siége de l'éruption; puis bientôt la peau se couvre de petites vésicules rapprochées, entourées quelquefois d'un cercle inflammatoire. Ces vésicules contenant une sérosité claire d'abord, puis opaque et laiteuse, se sèchent en petites écailles d'un jaune brunâtre, quelquefois croûteuses, d'autres fois atteignant à peine la grosseur d'une petite tête d'épingle. Cette affection, qui ne dure ordinairement que deux ou trois semaines, se prolonge cependant quelquefois pendant toute la saison chaude.

L'eczéma impetiginodes s'annonce par une inflammation plus vive que la précédente; les vésicules devenant purulentes, la maladie participe à la fois du caractère de l'eczéma et de celui de l'impetigo. Cette variété peut aussi être le produit d'une stimulation extérieure et particulièrement de frictions irritantes, de l'application d'emplâtres résineux, etc. Les vésicules, après s'être rompues, exhalent une humeur âcre qui irrite la peau voisine. Cette humeur se concrète en squammes jaunâtres, croûteuses, molles, qui ressemblent au croûtes de l'impetigo. L'eczéma impetiginodes de cause externe suit ordinairement une marche aiguë, et dure de deux à quatre semaines. A l'état chronique, il dure beaucoup plus long-temps.

L'eczéma rubrum s'accompagne d'un état inflammatoire plus prononcé encore que celui de la variété précédente. La peau rougit, se tuméfie et devient le siége d'une chaleur brûlante; elle se couvre bientôt d'une multitude de petites vésicules qui, si elles ne se rompent pas, acquièrent en deux ou trois jours la grosseur d'une tête d'épingle et se remplissent d'une sérosité laiteuse. L'humeur qu'elles laissent échapper par leur rupture est âcre et irrite la peau, qui s'excorie et devient très douloureuse. Ce liquide tache et raidit le linge, et exhale une odeux désagréable. Il se concrète en squammes jaunâtres et croûteuses plus ou moins humides. Souvent la maladie se propage successivement à tous les points de la peau. Quand elle devient ainsi générale, elle s'accompagne de quelques phénomènes fébriles. Lorsqu'elle est partielle et à l'état aigu elle peut se terminer en quinze jours; générale, elle ne cesse qu'au bout de six semaines ou deux mois. Souvent la desquammation croûteuse, après s'être renouvelée à plusieurs reprises, finit par une desquammation purement furfuracée. Quelquefois les cheveux et même les ongles tombent et se renouvellent. Cette variété passe fréquemment à l'état chronique.

Lorsque l'eczéma occupe le cuir chevelu ou le scrotum, à l'état chronique, il peut facilement être confondu avec le pithyriasis ou le psoriasis des mêmes régions; car alors il se montre ordinairement sous la forme d'une desquammation sè-

che, furfuracée. Toutefois, on pourra le distinguer de ces autres affections en ayant égard à la forme vésiculeuse élémentaire qui se reproduit de temps à autre aux environs du siége de la desquammation.

L'eczéma accidentel et aigu cède assez facilement à un traitement adoucissant et délayant, ou même antiphlogistique, si le sujet est vigoureux, et que la maladie ait acquis un certain degré d'inflammation. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il est constitutionnel ou chronique ; il faut alors avoir recours à une médication plus active.

En général, on peut diviser la marche de cette maladie en trois périodes qui serviront de base au traitement.

La première période, d'une durée de six semaines environ, comprend le développement des vésicules jusqu'à desquammation plus ou moins humide. On commencera par une saignée, s'il y a lieu, puis des boissons délayantes, telles que petit-lait, chicorée sauvage, bouillon aux herbes, etc.; on donne ensuite quelques laxatifs, des sels neutres surtout ; enfin des lotions émollientes, des boissons tièdes.

La seconde période, d'une durée en général plus longue que la précédente, est caractérisée par la continuation de la desquammation et de l'exhalation, mais sans symptômes inflammatoires. On administre alors des boissons dépuratives, scorsonère, pissenlit, etc., avec addition de sulfate ou de carbonate de potasse à la dose de 2 à 5 grammes pour un litre de liquide ; les préparations sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur ; les bains alcalins, les bains de vapeur, les douches mêmes, si les squammes se forment avec opiniâtreté et sont fort adhérentes à la peau.

La troisième période, d'une durée variable, et qui qui peut se prolonger fort long-temps avec des alternatives de rémission et d'exacerbation, est caractérisée par la ténacité de la maladie passée à l'état chronique et invétérée. La peau, mince, luisante, gercée, se recouvre de squammes, tantôt avec une exhalaison plus ou moins abondante, tantôt sans exhalation. Il faut alors employer, si l'état des organes digestifs le permet, les préparations arsenicales à l'intérieur, la solution de Fowler ou de Pearson, l'arseniate de fer, le houblon avec le sous-carbonate de soude, le quinquina avec l'acide sulfurique. On peut appliquer un vésicatoire sur le siége du mal quand il est circonscrit. Après avoir préalablement débarrassé la peau des squammes qui la recouvrent, au moyen de bains, de douches, on peut essayer d'une cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent fondu ou au moyen de charpie trempée dans de l'acide nitrique, chlorhydrique, le nitrate acide de mercure, etc.

Il faut, d'ailleurs, avoir soin de joindre à ces moyens thérapeutiques un régime hygiénique convenable. Mais tous ces soins ne sont pas toujours couronnés de succès, et il n'est malheureusement que trop fréquent de voir la maladie se perpétuer en faisant le désespoir du malade et du médecin.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Du mécanisme de l'accouchement naturel. (Suite.)

Position mento-iliaque gauche. La tête est étendue, le menton se trouve placé derrière la cavité cotyloïde gauche, le front répond à la symphyse sacro-iliaque droite (le front et la face sont à peu près sur le même plan) ; la joue gauche est dirigée en avant et à droite, la joue droite en arrière et à gauche. C'est le diamètre mento-frontal qui se présente. On trouve en arrière le front, tumeur ronde, dure, solide, qu'on pourrait, de prime-abord, prendre pour le sommet ; mais en ramenant le doigt en avant on rencontre le nez et surtout les narrines et le menton qui rendront le diagnostic de la portion plus facile. La joue située en avant est un peu moins élevée que celle du côté opposé. L'on a vu la même chose exister dans les présentations de sommet pour les bosses pariétales. Les rapports des autres parties se devinent aisément.

Après la rupture du bassin, la face se rapproche du centre du bassin, le front s'en écarte un peu ; ces deux conditions sont la conséquence d'un mouvement qui augmente l'extension de la tête ; bientôt celle-ci s'engage et se redresse, c'est-à-dire que l'inclinaison latérale qu'elle présentait disparaît. Arrivée dans l'excavation du bassin, elle se fléchit légèrement, puis elle sxbit un mouvement de rotation qui doit ramener le menton sous l'une des branches ischio-pubiennes ; alors le front et le sommet sont appuyés sur le plancher du bassin, la face répond à la vulve. A ce moment, le mouvement de flexion dont il a été question tout-à-l'heure devient plus considérable, et le menton se dégage, puis le reste de la face, le front, et enfin l'occiput, qui se dégage le dernier. Une fois la tête sortie, il s'opère un petit mouvement de restitution, comme dans les présentations du sommets

Position mento-iliaque droite postérieure. Le menton répond à la symphyse sacro-iliaque droite, le front à la cavité cotyloïde gauche, la joue droite à droite et en avant, celle du côté opposé à gauche et en arrière ; la partie postérieure du fœtus regarde en avant et à gauche ; la partie antérieure en arrière et à droite, le côté droit en avant et à droite, le côté gauche en arrière et à gauche. C'est surtout dans cette position qu'il est aisé de se méprendre, et de croire à une présentation du sommet. Mais les irrégularités de la face servent encore à éviter cette méprise.

Le mécanisme ici est le même que dans la position précédente, le mouvement de rotation est beaucoup plus étendu puisqu'il faut que le menton qui se trouve à droite et en arrière soit ramené derrière la symphyse des pubis. Ainsi les moyens que la nature emploie ici sont parfaitement analogues à ceux qui amènent la terminaison des accouchemens dans les présentations du sommet ; seulement, comme dans ces dernières, la tête est fléchie quand elle s'engage, les contractions doivent la dégager par un mouvement d'extension; dans les positions de la face, au contraire, la tête étant étendue, les contractions utérines ne peuvent la dégager que par un mouvement de flexion.

L'on retrouve ici les mêmes anomalies que dans les présentations du sommet. Si le mouvement de déflexion n'a pas eu lieu, la tête se présente alors dans son plus grand diamètre occipito-mentonnier, ce qui amène de sérieuses complications; tandis que pour les présentations du sommet cette déflexion tend à offrir au passage un petit diamètre de la tête. Dans cette position mento-postérieure, si la tête n'exécute pas son mouvement de rotation, l'accouchement devient très difficile, et ces difficultés sont presque insurmontables dans le cas même où l'art intervient ; car il faudrait que la tête fût dans un état d'extension qui dépasserait les limites naturelles. Cependant, dans de semblables circonstances, l'accouchement est quelquefois possible par les seules ressources de la nature. En effet, il arrive dans certains cas que la tête se fléchit à la vulve, et que le menton se trouve ainsi remplacé par l'occiput.

Il y a une grande divergence d'opinions sur les moyens à employer dans les présentations de la face; les uns disent que dans ces présentations l'accouchement est naturel ; les autres, qu'il nécessite toujours l'intervention de l'art. L'une et l'autre de ces opinions est fondée, et cette divergence s'explique. Dans beaucoup de cas, en effet, la terminaison de l'accouchement est heureuse et pour la mère, et pour l'enfant ; dans certaines circonstances, au contraire, elle présente des difficultés que l'on ne rencontre point dans les présentations du sommet; aussi ces dernières sont-elles plus désirables. Mais cette question sera traitée plus au long quand il s'agira des soins qu'il faut donner à la femme pendant le travail de l'accouchement.

Il résulte des difficultés qui surgissent dans ces présentations, que dans ces conditions l'accouchement n'est pas souvent favorable pour la mère, à cause de la longueur du travail, ni pour l'enfant ; d'abord pour le même motif, puis parce que l'on pense généralement qu'il survient, dans ce cas, chez l'un, une apoplexie par suite de la compression exercée sur la partie antérieure du col, soit par l'orifice utérin, soit par les différentes parties du bassin avec lesquelles la région cervicale antérieure se trouve en rapport. C'est de cette façon que, dans ce cas, l'on a expliqué la mort du fœtus. D'autres ont dit que la mort, ici, dépendait de l'extrême distension de la moelle épinière ; mais cette dernière opinion ne paraît pas fondée, à cause de l'extensibilité dont jouit cette partie.

Bref, qu'il suffise de dire que la vie du fœtus est plus compromise dans ces positions que dans celle du sommet.

Présentations de l'extrémité pelvienne.

Ces présentations sont beaucoup plus communes que celles de la face, et si M. Dubois s'est occupé de ces dernières auparavant, c'est à cause de l'analogie qu'elles offrent avec les présentations du sommet. Par présentation de l'extrémité pelvienne, l'on entend cette partie composée des fesses et des membres inférieurs qui sont ordinairement appliqués sur elles. Le dégagement des pieds, des genoux ou des fesses seules, est une circonstance sans importance aucune, un simple mode dont se sert la nature ; pour former une position, il faut une partie plus large que ne le sont isolément les pieds, les genoux et les cuisses.

L'on distingue, pour les présentations de l'extrémité pelvienne, deux positions : l'une, sacro-iliaque gauche, et l'autre, sacro-iliaque droite. Dans ces deux positions, le sacrum peut se trouver en rapport avec toute la circonférence du bassin. Quand le sacrum occupe le côté gauche, il est dirigé en avant ; quand c'est le côté droit, il est dirigé en arrière.

Position sacro-iliaque gauche antérieure. Le sacrum est placé derrière la cavité cotyloïde droite ; les pieds et la partie antérieure des jambes sont en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite. La hanche gauche est en avant et à droite; la hanche droite, en arrière et à gauche ; la tête est au fond de l'utérus. L'on peut reconnaître cette présentation aux signes suivans : l'extrémité pelvienne est plus petite et moins compacte que la tête, et toujours plus élevée que cette dernière partie au moment de la rupture des membranes ; la surface arrondie qu'elle présente est plus molle que la tête ; sa forme est d'une irrégularité manifeste ; l'on sent une sorte d'échancrure formée par l'intervalle des cuisses, circonstance qui éveille l'attention de l'accoucheur. Auprès de cette échancrure se trouvent quelques parties mobiles, ce sont les pieds. Quand ces parties ne peuvent être atteintes, l'on sent le sillon où se rencontrent les parties génitales, la pointe du coccyx, et entre les deux l'anus. Dans cette présentation, l'on observe fréquemment l'évacuation d'une certaine partie du méconium. Cela étant connu, l'on peut pressentir le mécanisme de l'accouchement.

Après la rupture des membranes, les parois utérines s'appliquent plus immédiatement sur le corps du fœtus, dont elles rapprochent les diverses parties. Le premier mouvement que l'on observe, c'est l'augmentation de la flexion de la tête sur la partie antérieure de la poitrine. Après ce mouvement, et sous l'influence des contractions utérines, l'extrémité pelvienne, un peu inclinée, chemine et pénètre dans l'excavation du bassin, opère son mouvement de redressement, puis celui de rotation, qui doit placer la hanche gauche sous le pubis (ce mouvement n'est jamais complet), puis bientôt l'on voit apparaître à la vulve d'abord la fesse gauche, puis l'anus, enfin la fesse droite et les pieds ; toutes ces parties se dégagent en même temps en se relevant vers la face antérieure des pubis. Alors s'opère un léger mouvement de rotation (sorte de mouvement de restitution). A partir de ce moment les contractions utérines, continuant d'agir, le tronc du fœtus se dégage jusqu'aux coudes, qui se trouvent placés sur les parties latérales de la poitrine. Alors, nouveau mouvement de rotation qui porte l'une des extrémités derrière les pubis et l'autre dans la cavité du sacrum. Les coudes se dégagent, d'abord celui qui est en avant, puis, celui qui est en arrière. Quelquefois le contraire a lieu. Viennent ensuite les épaules, qui conservent toujours une légère obliquité. Reste la tête, qui se présente au détroit supérieur, fléchie dans une position oblique ; elle s'engage ensuite, subit un mouvement de rotation qui ranime l'occiput derrière la symphyse des pubis et le front dans la courbure du sacrum ; puis, sous l'influence des contractions, l'on voit se présenter successivement à la vulve, vers la commissure antérieure du périnée, la bouche, le nez, le front et le sommet ; enfin la tête se dégage.

Position sacro-iliaque droite postérieure. Le sacrum répond à la symphyse sacro-iliaque droite ; les pieds et la partie antérieure des jambes sont placés derrière la cavité cotyloïde gauche ; la hanche droite est en avant et à droite; la hanche gauche en arrière et à gauche ; la tête occupe le fond de la matrice.

Les moyens de diagnostiquer cette position sont les mêmes que dans les positions précédentes, seulement les parties qui dans la première étaient situées en avant se trouveront, dans la seconde, placées en arrière ; le mécanisme sera aussi tout à fait le même.

Ainsi l'on retrouve, dans les les présentations des extrémités pelviennes, la même régularité que l'on a observé dans celles du sommet ; on pourrait dire même que celles-ci sont moins régulières que les précédentes.

Les présentations de l'extrémité pelvienne admettent la terminaison spontanée de l'accouchement, et les lois qui les régissent ont la plus grande analogie avec les présentations de la face et du sommet. Comme dans celle-ci l'on retrouve des exceptions ; ainsi, parmi les mouvemens que doit exécuter le fœtus, les uns peuvent ne pas s'accomplir et les autres sont susceptibles de ne le faire que d'une manière incomplète ; par exemple, l'on compte trois mouvemens de rotation qui ont pour but, ainsi qu'on le sait, de placer les parties dans des rapports tels que le plus grand diamètre du fœtus corresponde au plus grand diamètre du bassin : 1° mouvement de rotation qui replace une des hanches sous la symphyse des pubis (ce mouvement, comme on le sait, dis-je, n'est pas complet) ; 2° mouvement de rotation qui amène l'une des épaules derrière les pubis ; 3° mouvement de rotation qui ramène l'occiput dans cette même partie. Or, toutes les fois que le fœtus sera petit, ou le canal lui-même offrira de grandes dimensions, ces mouvemens de rotation pourront manquer ou ne se faire qu'incomplètement.

Autre exception. Dans les positions du sommet et de la face, l'on a vu quelquefois le mouvement de rotation qui doit ramener l'occiput ou le front en avant, ne pas avoir lieu ; la même particularité peut s'observer dans les présentations des extrémités pelviennes, et l'on voit manquer le mouvement qui doit ramener la partie postérieure du fœtus en avant. Cette circonstance ne présente aucun inconvénient pour le tronc; mais pour la tête, c'est chose plus sérieuse, l'occiput se porte dans la concavité du sacrum, et, dans ce cas, les anciens regardaient la terminaison de l'accouchement comme presque impossible. Cette terminaison peut néanmoins être spontanée; l'on voit alors se dégager la face, le front, puis le sommet.

Michaëlis a dit que dans certains cas, la face venant à se relever, l'occiput se présentait en première position ; mais cette terminaison est beaucoup plus rare que la précédente. Ce fait a tellement frappé un accoucheur des environs de Paris, qui eut occasion d'observer plusieurs fois cette exception heureuse, qu'il crut de cette façon l'accouchement plus facile, et qu'il donna le conseil absurde de toujours reporter l'occiput en arrière.

Ce qui vient d'être dit sur les présentations de l'*extrémité* pelvienne s'applique exactement aux présentations *des pieds*, des genoux, qui ne diffèrent des précédentes *que* sous un seul rapport, savoir : que lorsque les pieds ou les genoux se présentent, les mouvemens de rotation sont moins utiles.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mammelle.)

Chaleur de la peau. Une main un peu exercée sait apprécier les modifications survenues dans la chaleur de la peau; elle sait reconnaître si celle-ci est au-dessus ou au-dessous de son type normal. Ainsi que nous venons de le dire, la chaleur de la peau est un signe plus propre que le pouls à éclairer le médecin dans le diagnostic des maladies des enfans à la mamelle. Quand chez eux le pouls est modérément fréquent et la chaleur de la peau élevée, l'on pent dire qu'il y a de la fièvre beaucoup plus sûrement que si la fréquence du pouls étant grande, la chaleur de la peau est nulle. Quand chez un enfant nouveau-né, pendant le sommeil, la chaleur de la peau étant peu notable, le pouls est fort et fréquent, c'est un signe de fièvre, et le plus souvent il existe une pneumonie et une pneumonie très grave. Nous allons entrer dans quelques considérations générales sur la chaleur animale ; et sur les causes qui la produisent.

Les expériences de M. Edwards démontrent que les petits animaux qui ne naissent point drus, ont peu de capacité calorifique. (Un animal est dru quand il est capable, en naissant, de courir et de suffire à ses besoins.) Les petits des ruminans, des solipèdes, et, parmi les oiseaux, les petits des gallinacées naissent drus. Les petits des carnivores, non-seulement ne sont point drus à leur naissance, mais encore ils sont alors dans un état pour ainsi dire fœtal, puisque l'on voit chez eux la membrane pupillaire intacte ; les petits des oiseaux sont dans le même cas ; l'homme tient le milieu entre les carnivores, les oiseaux d'une part, et les ruminans, les solipèdes, etc., de

l'autre. D'où il résulte que pour apprécier la capacité calorifique d'un animal, il suffit d'examiner ses yeux ; s'ils sont fermés à sa naissance, si la membrane pupillaire existe encore, leur capacité pour la chaleur est peu considérable : il suit de là que ces animaux ont besoin d'être couvés. Pour l'homme, qui sous ce rapport est intermédiaire aux ruminans et aux carnivores, il faudra une sorte de demi-incubation ; car, sans cela, la chaleur qu'il produit, et qui est à peine suffisante, serait bientôt dépensée : de là l'usage des langes. Les animaux inférieurs doivent recevoir de la chaleur ; l'homme n'en doit pas perdre, et, pour cela, on l'enveloppe de vêtemens, mauvais conducteurs. Aussi, à la naissance, la membrane pupillaire est détruite.

Nous allons voir comment, chez l'homme, la chaleur se perd avec facilité.

Les sources de la chaleur sont la respiration et la nutrition interstitielle ; si l'on suppose ces deux fonctions se faisant mal, l'on aura deux causes de réfrigération, et ces deux causes existent quand le poumon et l'intestin sont malades. Ainsi, lorsqu'un jeune enfant est pris de pneumonie, il se réfrigère, non pas qu'il cède beaucoup de calorique, mais il n'en fabrique plus en raison de la dépense qu'il en fait ; en un mot, la perte de la chaleur restant la même, la production a diminué. Il en est de même dans le cas de lienterie (phénomène rare chez l'adulte, mais commun chez les enfans). Comme l'assimilation n'a pas lieu, il ne peut y avoir de nutrition interstitielle, cette autre cause de production de la chaleur ; d'où refroidissement. Aussi, comme la phlegmasie du poumon et de l'intestin sont les causes les plus fréquente de la perturbation des fonctions respiratoire et nutritive, dans le cas de pneumonie ou de gastro-entérite, l'on aura une diminution dans la production de la chaleur, un refroidissement, quand ces affections seront un peu intenses.

Chez les enfans, l'intensité de la chaleur n'est pas en rapport avec l'intensité de l'état inflammatoire local (ce qui n'est plus de même chez l'adulte). Ainsi, un enfant prend le muguet, ou bien est atteint d'une fluxion des gencives lors de l'éruption de ses dents ; chez lui alors la peau est chaude et la fièvre vive. Par conséquent, chez les enfans, et surtout chez les enfans en bas-âge, l'intensité de la fièvre dénote en général une affection peu grave. Cependant, quand la phlegmasie porte sur des organes qui ne sont point essentiels à la calorification, la tête, la peau, l'on observe une fièvre assez énergique, bien que la phlegmasie puisse être mortelle, comme dans l'encéphalite, la méningite, la variole, etc. Mais si, au contraire, l'on voit chez un enfant un premier mouvement fébrile être suivi d'un refroidissement de la peau, l'on peut dire que le poumon ou l'intestin sont le siége d'une phlegmasie grave. Par conséquent, en thèse générale, l'intensité de la fièvre chez les jeunes enfans est en raison inverse de la gravité de la phlegmasie.

A mesure que les enfans avancent en âge, ils se rapprochent des adultes pour la capacité calorifique, et pour les accidens auxquels ils sont exposés. Ainsi, la pneumonie chez un enfant de dix ans présente les mêmes caractères que chez un adulte ; chez un enfant à la mamelle il y a d'abord de la fièvre, et ensuite vient le refroidissement de la peau ; chez le nouveau-né, le refroidissement est immédiat.

La gravité de la pneumonie (la lésion locale étant égale d'ailleurs) est en raison de la rapidité du refroidissement : ainsi, l'enfant qui garde de la fièvre plus long-temps a plus de chance de vivre et de résister à la maladie, que celui qui dès le début des accidens aura éprouvé un abaissement plus considérable de la chaleur. Nous venons d'avoir un exemple de ce genre chez l'enfant du n° 7 de la salle Sainte-Julie ; nous avons observé ce refroidissement de la peau dès le deuxième jour du début des accidens, et nous avons aussitôt porté un pronostic fâcheux. L'enfant, en effet, n'a pas tardé à succomber ; il était âgé de quatorze à quinze mois.

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE.

Compte-rendu des malades traités pendant l'année 1840 ; Par M. TANCHOU.

(Suite du numéro 113.)

6° *Ulcérations du col.* 29 cas. Il ne s'agit, dans ce paragraphe, que de l'ulcération simple. Cette affection, qu'on a confondue si souvent dans ces derniers temps avec une affection d'une nature et d'une gravité bien différentes, le squirrhe ou le cancer ulcéré, est une de celles dont la matrice est le plus fréquemment atteinte dans les grandes villes. C'est elle qui donne lieu habituellement à la leucorrhée, dont tant de femmes mariées sont affectées.

Les ulcérations, en général, se présentent sous deux aspects : ou elles sont superficielles, et paraissent n'occuper que la surface muqueuse, ou elles proviennent de l'intérieur du museau de tanche. Dans ce cas, celui-ci est allongé, boursoufflé, retourné comme le méat urinaire dans l'urétrite. L'inflammation, dans cette espèce d'ulcération, siége dans les plis concentriques de l'intérieur du museau de tanche, et donne lieu à ce produit albumineux, quelquefois cristallin, d'autre fois qui ressemble à du blanc d'œuf plus ou moins cuit, que l'on retrouve dans l'accouchement, et toutes les fois que le col utérin a subi quelque violence. Dans la première espèce d'ulcérations, le produit qui les recouvre est blanc ou jaunâtre crémeux. Ces caractères sont pathognomiques, et peuvent servir à les faire deviner dès que la femme vous montre son linge. Ces deux ulcérations se confondent souvent, mais elles débutent toujours isolément.

Les ulcérations du museau de tanche sont occasionnées par l'accouchement, la vaginite, ou par certains déplacemens de l'utérus. Des 29 cas de ce compte-rendu, 19 appartenaient à des femmes âgées de 20 à 30 ans ; 10 de 30 à 40. Cet âge, considéré sous un point de vue général, peut faire prévoir, *à priori*, qu'elles n'appartiennent pas à ces affections d'une nature si grave, connues sous le nom d'organiques ; car celles-ci ne commencent guère, comme nous le verrons plus loin, qu'aux approches de l'âge critique. 27 malades avaient eu des enfans, et chez le plus grand nombre l'accouchement fut regardé comme cause plus ou moins directe de l'ulcération.

L'affection se montra simple,	7 fois.
Compliquée de déplacement utérin,	11
de métrite chronique,	7
d'ovarite,	3
vaginite,	1
Total,	29

S'il est important d'être bien fixé sur la nature de ces causes déterminantes, afin d'en déduire la nature de l'ulcération, il ne l'est pas moins de connaître les causes d'entretien qui alimentent la maladie, afin d'en tirer les indications thérapeutiques. Sous ce dernier rapport, nous avons divisé les 29 observations en trois séries. Les complications qu'embrasse chacune de ces séries ont servi de base au traitement.

Première série. Elle comprend 7 cas d'ulcération dans leur plus grande simplicité. Le seul obstacle à la guérison résidait dans l'état de la surface ulcérée. Une ulcération, en effet, par cela même qu'elle a existé pendant un certain laps de temps, ne se présente plus dans les conditions propres à l'établissement de la cicatrice ; il faut, pour obtenir celle-ci, modifier la vitalité des bourgeons charnus, changer le mode d'inflammation. C'est ce qu'on obtient très bien par divers moyens : les injections directes émollientes ou détersives, les pansemens humides ou pulvérulens, la cautérisation qui, dans quelques cas, est le moyen par excellence.

Deuxième série. Le traitement des ulcérations de cette série tire sa principale indication de la présence d'un déplacement de l'utérus. Nous venons de voir que cette complication était la plus fréquente, mais elle n'est pas toujours nuisible au même degré : les déplacemens dans lesquels le col se dirige en avant (rétroversion), ou sur un des côtés (latéversion), n'ont qu'une influence médiocre sur la persistance de la maladie ; mais lorsqu'il se creuse une sorte de nid sur la paroi recto-vaginale, la maladie acquiert une opiniâtreté remarquable, car elle est exposée à des frottemens, à des compressions, aux croupissemens des sécrétions, et les injections ne parviennent pas jusqu'à elle. D'un autre côté, les deux affections s'influencent mutuellement ; l'ulcération fait naître le déplacement et l'entretient par l'afflux des liquides ; le déplacement peut, à son tour, occasionner l'ulcération, il s'oppose à sa guérison lorsqu'elle existe. Vouloir guérir l'une ou l'autre isolément, c'est perdre son temps. Il faut donc les attaquer simultanément. C'est dans ces sortes de cas qu'on retire de précieux avantages d'un petit pessaire qui emboîte le col, le comprime légèrement, s'oppose à ses mouvemens, et le garantit de l'influence des sécrétions altérées. Cette méthode absolument nouvelle, est d'une incontestable utilité : 7 cas de guérison sur les 11 de cette série ont été obtenus par son emploi. Qu'on n'aille pas s'effrayer de l'idée du contact d'un corps étranger avec une ulcération ; celles du museau de tanche sont presque toujours insensibles ; quant au vagin, sa membrane muqueuse, par cela même qu'elle est une surface de rapport, supporte sans peine la présence des pessaires.

Troisième série. Nous avons réuni dans cette série les ulcérations compliquées d'un état inflammatoire de l'utérus, de l'ovaire, du vagin ; celles-ci, dans ce cas, siégent toujours dans l'interieur du col. De toutes ces complications, celle qui cède le plus aisément, c'est la vaginite : les pansemens astringens la dissipent en peu de jours. C'est aux bains, aux saignées, aux sangsues appliquées dans le vagin, aux révulsifs, etc., qu'il faut avoir recours contre la métrite et l'ovarite avant d'attaquer directement la solution de continuité. Mais les ulcérations de l'intérieur du museau de tanche résistent parfois avec une rare opiniâtreté : défiez-vous dans cette occasion des moyens vantés dans ces derniers temps, des injections intra-utérines, des pansemens faits dans cette cavité, voir même des moyens qu'on a proposés pour examiner ou sonder la profondeur du mal ; les traitemens ci-dessus indiqués, la profonde et haute cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure, est toute la série des agens que vous pouvez opposer à ces désordres. On réussit toujours à les guérir, mais il faut persévérer long-temps dans l'emploi des moyens, les varier, et surtout les combiner avec les injections de toutes sortes, les bains, un régime convenable, selon une foule d'indications inhérentes au tempérament des malades, à leur genre de vie, à l'état morbide d'autres viscères, et même de la constitution, etc., à moins pourtant que les ulcérations ne tiennent à une cause cancéreuse.

Les ulcérations extérieures du col affectent rarement la forme rongeante ; ce caractère, lorsqu'il existe, doit faire soupçonner un virus syphilitique, ou un germe cancéreux. Au contraire, elles deviennent souvent exubérantes, leurs granulations deviennent volumineuses, saignantes ; et soit que les végétations siégent à l'intérieur ou à l'extérieur du col, elles deviennent presque toujours le point de départ de ces espèces de fongus trop souvent regardés comme incurables, contre lesquels pourtant le fer rouge se montre si efficace.

7° *Indurations, squirrhes, cancers.* Il y a une filiaton réelle entre ces affections, peut-être même pourrait on la prendre de plus haut. Douze femmes se sont présentées au Dispensaire avec des squirrhes, des tumeurs indurées ou des cancers de l'utérus. On sera peu être étonné de ce petit nombre. Pour le concevoir il faut savoir : 1° qu'il ne se présente jamais au Dispensaire des femmes tout à fait pauvres ; celles-ci vont tout droit à l'hôpital ; 2° que nous-même nous les dirigeons le plus tôt possible sur la Salpêtrière, où elles vont mourir ; 3° que nous ne comptons que celles qui n'ont pas voulu quitter leur domicile et que nous avons traitées jusqu'à la fin. Sur ces 12 femmes, 10 avaient eu des enfans ; la moins âgée avait 32 ans ; la plus âgée 52 ; les premières avaient des cancers, les secondes avaient des squirrhes ; c'est-à-dire que tant que la vitalité est grande, il y a plus de chances pour le cancer, tandis que dans un âge avancé il se forme plutôt des squirrhes. Tous les cancers affectaient le col ou avaient commencé par lui ; c'est dire déjà que cette dégénérescence tient à un mode de vitalité qui est moins favorable au squirrhe : non pas que le col utérin ne puisse bien devenir squirrheux, mais il l'est beaucoup moins souvent que le corps, de même que le cancer peut bien commencer par le corps quoique on l'ait nié ; dans ce cas, il succède à un squirrhe et se déclare d'abord dans la cavité utérine ; c'est ce qui fait qu'on rencontre quelquefois des cancers qui ont évidé l'utérus comme une coque, et qui n'envahissent le col que lorsque la maladie est déjà fort avancée. Ceux-ci sont peu ou point douloureux pour la plupart, et quand la femme se décide à consulter, il n'est souvent plus temps d'y porter remède ; tandis que lorsque le cancer commence par le col, quand il s'annonce par des douleurs, quand une femme, par une réserve mal entendue ne consulte pas trop tard, on peut encore, si non prévenir, du moins retarder les progrès du mal. D'ailleurs, à l'utérus comme au sein, on ne sait jamais quand un cancer a commencé ; il n'y a pas de signe patognomonique de cette affection quand elle n'est pas très avancée.

Quant à son traitement, généralement, les médecins se découragent trop tôt. Ce n'est pas ici que nous voulons en entreprendre les détails : nous en parlerons au traitement de celui du sein. Seulement nous pouvons dire, qu'ayant remarqué que les hémorrhagies qui se manifestent souvent dans le cours de cette affection, étaient suivies d'un calme plus ou moins grand, nous avons souvent et mieux fait cesser les douleurs par de petites saignées que par tout autre moyen.

Les préparations d'opium ne calment les douleurs affreuses, occasionnées par cette maladie que lorsque les points qu'elle affecte ne sont pas le siége d'une congestion, nouvelle preuve que la saignée est indiquée dans plusieurs affections de l'utérus. Cependant il faut distinguer les cas, pour cela avoir égard à la couleur du sang : s'il est noir, vous ne risquez que la faiblesse ; s'il est rouge comme du sang artériel, les douleurs augmentent et il s'ensuit souvent une ménorrhagie qu'il n'est pas toujours facile d'arrêter. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans des considérations thérapeutiques que nous avons consignées dans divers journaux. Nous ne vous entretiendrons pas plus long-temps sur le cancer, attendu que c'est de toutes les maladies celle qui réclame le plus l'expérience et la perspicacité qu'on n'acquiert qu'en voyant, qu'en observant beaucoup par soi-même.

C. *Affections de l'ovaire.*

1° *Ovarites.* La position de l'ovaire, ses relations avec les parties voisines, et particulièrement avec l'utérus, les ligamens, le rectum, l'obscurité de ses fonctions, sont autant de causes qui font que non-seulement il est difficile de reconnaître si cet organe est affecté de tel ou tel genre de lésion, mais même s'il est positivement malade. Aussi le terme d'ovarite embrasse-t-il toutes les affections dans lesquelles il donne des signes de souffrance, à l'exclusion toutefois de ses tumeurs volumineuses. Eh bien ! alors même qu'on abandonne le diagnostic à cette vague dénomination, tout porte à croire que ces maladies sont souvent méconnues. Celles qui se sont présentées au Dispensaire, en 1840, sont au nombre de 10. Nous en avons pris l'observation avec soin, et les remarques qu'elles nous ont fournies sont de nature à en fixer plus positivement les caractères.

Notons d'abord que sur ces 10 observations, 8 avaient leur siége dans la région ovarique gauche ; ce qui nous paraît tenir à la proximité du rectum.

Le travail menstruel, la grossesse, l'accouchement, la métrite, voilà les causes presque exclusives qui les avaient engendrées. La première et la seconde s'expliquent physiologiquement par la nature des fonctions elles-mêmes, à l'accomplissement desquelles l'ovaire prend une grande part ; l'accouchement, par les violences qu'il entraîne et par l'hypérémie inflammatoire dont il est si souvent accompagné : enfin la métrite enflamme l'ovaire par l'extension contiguë de la phlegmasie.

2 femmes seulement n'avaient pas eu d'enfans ; chez l'une le travail menstruel, et chez l'autre une métrite, avaient déterminé la maladie. Les 8 autres ovarites résultaient d'avortemens ou de suites de couches.

Les symptômes suivans se sont montrés presque constamment : douleur sourde et profonde dans la région affectée, peu manifeste à la pression ; garderobes rares, difficiles, et très douloureuses au passage des matières vis-à-vis l'ovaire, pouvant en imposer pour une lésion du rectum ; exaspération très manifeste à l'époque des règles ; dérangemens variables de celles-ci ; au toucher vaginal, la pression du doigt développe une douleur très vive au sommet du vagin, du côté de l'ovaire affecté ; il y a quelquefois un peu de tension en cet endroit ; le col utérin est presque toujours tourné du côté malade lorsque l'affection est ancienne, ce qui constitue une latéversion ; les malades sont fréquemment sujettes à des troubles dans les fonctions digestives et à des symptômes hystériformes.

On prévoit que l'inflammation reste rarement bornée à l'ovaire ; elle s'étend au ligament large et au côté de l'utérus correspondants.

Les antiphlogistiques locaux et généraux, les vésicatoires,

les cautères, tels sont les moyens que l'on peut mettre en sage; ils ne produisent pas toujours des changemens bien prononcés.

Doit-on donner le nom d'ovarite à ces douleurs dans l'un ou l'autre des hypochondres, dont un grand nombre de femmes se plaignent ; ces douleurs commencent, il est vrai, dans la région de l'ovaire, mais elles remontent quelquefois dans le flanc et jusque sous les côtes de l'un ou de l'autre côté ; d'autres fois elles s'arrêtent au niveau du bassin, le traversent au niveau de l'ombilic pour aller se perdre dans l'abdomen : les femmes les désignent sous le nom de *barre*. L'observation n'a encore rien appris à cet égard. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'elles cèdent difficilement aux moyens thérapeutiques : les embrocations, les onctions narcotiques, les ventouses sèches ou scarifiées, sont les seuls à peu près qu'on met en usage.

Peut-on encore donner le nom d'ovarite, à certaines douleurs excessivement aiguës qui se développent surtout chez les jeunes filles de seize à dix-huit ans qui sont à peine menstruées, et qui s'accompagnent de nausées, de vomissemens, de matières porracées, de gonflement du ventre, de tympanite, d'une sensibilité extrême de l'abdomen, d'une grande fièvre, et qui ne cède pourtant qu'à des purgatifs violens : nous ne le pensons pas.

Nous possédons sept ou huit observations de ce genre, recueillies en ville. Aucune des malades n'a succombé ; toutes ont été traitées par les pargatifs. La première fois que ce cas s'est présenté à mon observation nous avons été effrayé de l'intensité et de la violence des symptômes, et aussi de leur opiniâtreté ; nous prévoyions déjà une terminaison fâcheuse ; les saignées les sangsues, les antiphlogistiques, de toute sorte, les narcotiques même à très haute dose, tout avait échoué, quand, comme dernière ressource, l'idée des purgatifs m'est venue. Un consultant croyait à une affection du cœcum, et conseillait de continuer les moyens sus-indiqués ; un autre, ne pouvant désigner la nature de la maladie, ne nous proposa aucun traitement ; M. Chomel seul approuva les purgatifs, et la jeune personne fut sauvée.

Un exemple récent fera mieux connaître cette singulière affection.

Mademoiselle P..., âgée de dix-sept ans, forte, brune, bien réglée depuis deux ans, n'ayant jamais cessé de l'être, n'ayant jamais été malade, n'étant jamais constipée, est prise, sans cause connue, d'une douleur fixe au-dessus de l'aine droite, en dedans et au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles. Cette douleur augmenta bientôt, et se répandit dans tout le ventre; celui-ci devient douloureux.

Le 27 avril dernier, sa mère réclama mes soins. Le ventre de la malade était gonflé, tympanisé, sensible au toucher, surtout à la région sus-indiquée. Le pouls était fort et plein ; la peau était très chaude ; la langue est rouge à sa pointe, pointillée, blanche à sa base; pas de soif. La malade éprouve des nausées. J'ordonne 25 sangsues sur la région de l'ovaire, des cataplasmes après, des boissons acides, des demi-lavemens émolliens.

Le 28, la malade a été un instant soulagée; mais les nausées continuent : elle est à peu près dans le même état qu'hier. Un bain; continuation des mêmes moyens, excepté des sangsues. Il y a eu deux vomissemens dans le bain, et le 29, à ma visite, je trouve le ventre augmenté de volume, plus douloureux, la fièvre plus forte, le pouls plus développé; la malade est dans un accablement, dans une anxiété extrêmes; elle accuse un malaise inexprimable. Saignée de 8 onces; onctions mercurielles sur le ventre, recouvertes par du taffetas ciré, la malade ne pouvant supporter les cataplasmes.

Le 30, mieux jusqu'à la moitié de la journée, puis les vomissemens recommencent; la glace gardée dans la bouche pour la faire fondre ne peut plus même les empêcher. Le ventre est ballonné, et encore plus douloureux que la veille; l'accablement est toujours très grand; la malade se plaint beaucoup et se désespère; les lavemens depuis trois jours n'ont amené aucune garde-robe. L'idée seulement alors des purgatifs me vient par le souvenir du fait qui précède et de quelques autres; j'abandonnai les moyens antiphlogistiques, et je prescrivis sans balancer les purgatifs, persuadé qu'une inflammation qui n'avait pas cédé au traitement dont j'ai parlé, ne devait pas être comme une autre. J'ordonnai donc les pilules suivantes : scammonée, résine de jalap, calomel, aloès, de chaque 1 gramme pour 15 pilules; en prendre deux tout de suite et une toutes les quatre heures. Ensuite la malade en prit trois dans la journée ; elle eut deux garde-robes pendant la nuit.

Le 1er mai, elle se sentait un peu soulagée; la peau était un peu moins chaude ; elle navait plus de vomissemens, mais l'état du ventre était le même. Je prescris quatre autres pilules dans la journée ; elles produisent les garderobes, et la malade se sent soulagée.

Le 2 mai, le ventre est beaucoup moins gonflé, moins sensible ; le pouls a perdu de sa fréquence. J'ordonne encore trois pilules et du bouillon aux herbes.

Le 3, il y a eu trois garde-robes, quelques coliques ; le ventre est souple et affaissé, mais il y a encore de la fièvre, soif. Suspension des pilules ; un bain.

Le 5, la malade est moins bien ; le ventre est ballonné de nouveau ; il n'y a pas de garde-robe. Lavement entier et émollient ; onctions avec l'huile camphrée.

Le 6, on vint me chercher; la plupart des symptômes avaient reparu, exceptés les vomissemens. Je fus un instant incertain; mais, me ravisant, j'ordonnai de nouveau trois pilules ; dans la journée, onze garderobes eurent lieu dans les vingt-quatre heures ; depuis lors tous les phénomènes alarmans se sont successivement dissipés. Le 8, la fièvre avait entièrement cessé; le ventre était plat et souple et sans douleur.

Le 9, le besoin de manger commence à se manifester. J'ordonne une pilule tous les jours, et de petites soupes.

Le 10, la malade a constamment deux ou trois garde-robes par jour ; elle augmente ses alimens ; et le 15, cette jeune personne était parfaitement rétablie, à la faiblesse près.

Cette jeune personne fut en grand danger, tous les antiphlogistiques, comme on a pu le voir avaient échoué. Si je n'avais pas eu l'exemple précité, j'avoue que je n'aurais jamais osé prescrire les purgatifs dans un cas où, en raison des symptômes inflammatoires, ils semblent si contre-indiqués. L'expérience, plutôt que le raisonnement, nous a guidé dans cette circonstance, ainsi qu'une intuition instinctive.

Affections du sein.

Tumeurs, glandes, cancers. 11 femmes seulement se sont présentées au Dispensaire avec des glandes, des tumeurs ou un cancer au sein. La moins âgée avait quarante-deux ans ; 4 n'avaient pas eu d'enfans ; chez 5 c'était le sein droit, chez 6 c'était le sein gauche qui était affecté. Si nous n'avons pas eu un plus grand nombre de malades de ce genre, il faut l'attribuer à la grande quantité de charlatans et de médicastres, souvent de la classe la plus basse, qui traitent ces affections. Il n'est pas de malades plus crédules, et partant plus changeans, dont les idées soient plus mobiles et plus inquiètes que les femmes qui ont une maladie du sein : non-seulement il ne faut pas leur parler d'opération, mais encore il faut que les douleurs qu'elles ressentent cessent, que le volume des tumeurs diminue, que les plaies qu'elles portent se cicatrisent promptement ; autrement, elles abandonnent votre traitement, elles vous quittent pour un charlatan, une commère. Aussi nous ne comptons ici que celles qui nous sont restées, pendant quelque temps du moins ; celles qui étaient décidément incurables ont été envoyées dans les hôpitaux ; nous ne parlerons même que de celles qui n'avaient encore que des glandes.

En attendant que nous publiions un travail sur ce genre de maladie, nous croyons devoir faire connaître sommairement notre manière de voir sur cette terrible affection. Le cancer est pour nous le résultat d'une modification du système nerveux ; de celui de la vie organique quand le cancer commence par des glandes, des engorgemens de toutes sortes dans différentes parties du corps; du système nerveux de la vie animale quand il commence par la peau ou à la suite d'une plaie ou dans des glandes isolées ; enfin, les deux systèmes sont affectés quand il y a cachexie. Par conséquent, le cancer peut être local quand il commence par la peau ou par une glande provenant à la suite d'accidens, ou peut être général. Dans le premier cas, les opérations, les extirpations, les amputations, le guérissent quelquefois quand elles sont faites de bonne heure; mais ordinairement elles précipitent l'incurabilité du mal en hâtant la mort par le trouble, par l'accélération des mouvemens vitaux de l'économie. Cette modification du système nerveux est particulier à tel âge, à telle circonstance ; nous ne pouvons entrer dans ces détails dans un compte-rendu. Le traitement du cancer ou des tumeurs qui y conduisent doit être plutôt médical que chirurgical ; tant qu'on ne sera pas persuadé de cette vérité, son traitement ne sera même pas entrepris. Si on pouvait juger sur quelques observations que nous possédons déjà, on pourrait espérer qu'à l'état de glande on peut prévenir, arrêter le cancer du sein ; mais de nouveaux et nombreux faits nous sont encore nécessaires pour asseoir notre opinion. Nous nous sommes aperçu que chez nos malades des opérées, la récidive était prompte, et l'infection générale ou la cachexie rapide à se déclarer. Dès-lors, hormis dans des cas exceptionnels, nous avons renoncé aux opérations. La compression est un moyen dont on n'a pas encore su tirer parti. Les médicamens doivent être choisis dans les substances les plus actives et être données à très petites doses, car il s'agit de modifier l'économie dans les élémens de sa base. Voilà la voie dans laquelle nous nous sommes engagé, et dont nous rendrons compte.

Des femmes qui sont venues au Dispensaire avec des glandes ou des engorgemens uniques ou multiples dans le sein, toutes ont été soulagées, leur position a été améliorée ; celles qui nous sont restées fidèles sont en voie de guérison ; quelques-unes en ville sont entièrement guéries. Nous appelons guéries celles chez lesquelles les glandes sont devenues stationnaires, sans douleurs, sans menace d'infecter toute l'économie. Il est indifférent, je pense, qu'une femme ait une tumeur dans le sein, pourvu que sa vie soit assurée.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 30 août 1841.

M. Girard écrit pour annoncer à l'Académie qu'il s'occupe depuis long-temps des causes du mutisme et de l'épilepsie, et des moyens de guérir ces deux infirmités ; il envoie deux certificats comme preuve de ses cures, mais il omet de faire connaître les moyens qu'il emploie.

— M. Deville envoie par l'organe de M. Dumas, l'extrait d'un travail expérimental sur le baume de Tolu.

— Mémoire sur la myopie et la disposition à la fatigue des yeux, par M. Bonnet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon (*V.* notre dernier numéro). MM. Double, Roux et Breschet, commissaires,

— M. Leroy-d'Etiolles adresse un imprimé en anglais, de M. Ure, pour lequel il revendique, en faveur de ce dernier, une partie des faits annoncés par M. le docteur Dubois, concernant les acides urique et hippurique trouvés dans les urines des personnes auxquelles on administre l'acide benzoïque. M. Ure avait aussi, comme M. Dubois, appliqué cette observation au traitement de la gravelle et de la goutte.

— M. Mialhe envoie une note sur des expériences qu'il a faites pour s'assurer dans quel état chimique les substances mercurielles introduites dans l'estomac passaient dans le sang par l'absorption. Il est arrivé à cette conclusion que quelle que soit la préparation qu'on administre, c'est toujours sous forme de sublimé ou de deuto-chlorure que le mercure passe dans le sang. Le mercure métallique lui-même ne ferait pas exception à cette loi, d'après l'auteur.

— M. Dumas dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. Payen intitulé : « Note sur la farine fossile des Chinois. » L'auteur a analysé un fragment de la terre chinoise envoyée dernièrement à l'Académie par M. Julien. « La terre alimentaire est blanche, traversée de minces couches jaunâtres ; douce au toucher, elle happe fortement à la langue et développe une légère odeur aromatique. Réduite en poudre et délayée dans l'eau chaude, elle vire au jaune orangé ; son odeur s'exalte beaucoup. L'alcool lui enlève une matière colorante jaune et se charge d'un principe colorant qui, après l'évaporation à froid, rappelle la menthe poivrée. L'éther extrait des traces de matières grasses. Triturée avec deux fois son poids d'eau à 60° et demi-volume d'amoniaque, elle donne par la filtration un liquide d'un beau jaune qui, rapproché à sec, laisse un résidu organique dégageant par la putréfaction ou la chaleur les produits qui caractérisent les matières animales. »

Suivent plusieurs expériences analytiques à la suite desquelles l'auteur conclut que la terre en question contient plusieurs substances organiques.

M. MONNERT, agrégé à la Faculté de médecine, commencera, le 1er septembre 1841, à l'hôpital de la Charité, des leçons cliniques qui auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures du matin. La visite commencera à huit heures, dans les salles de M. le *professeur* Andral.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 2 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 106, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Fièvre typhoïde sous forme inflammatoire, enrayée dans sa marche par un traitement énergique. Cas grave, un peu obscur au début. Observation rédigée par le docteur Félix ANDRY, chef de clinique.

Un jeune homme âgé de dix-huit ans, coiffeur, d'une constitution moyenne, d'un tempérament plus lymphatique que sanguin, habitant Paris depuis vingt mois, et toujours bien portant jusqu'à présent, fut reçu dans le service de M. Bouillaud, le 9 août 1841, et couché au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Examiné par nous, vers quatre heures de l'après-midi, il nous raconte que sa maladie a débuté brusquement la veille au soir, vers dix heures. Il fut pris alors d'un frisson assez fort avec tremblement général et claquement des dents. Alité de suite, il sentit au bout d'une heure ce frisson remplacé par une chaleur fébrible avec sueur assez abondante pour mouiller une chemise, et en même temps se déclara une douleur assez vive dans la région des dernières côtes droites avec un peu d'oppression, de la céphalalgie, lourdeur de tête, soif, saveur bilieuse dans la bouche et quelques coliques suivies, pendant la nuit, d'une selle copieuse et assez claire. Du reste, pas de toux bien notable, pas d'expectoration, pas d'épistaxis. Le lendemain matin, après une insomnie complète, il se leva, alla consulter un pharmacien qui lui fit prendre deux verres d'eau de Sedlitz, et, après être resté debout peu de temps, il se vit obligé de se remettre au lit, éprouvant des étourdissemens, des éblouissemens, ses jambes se refusant à le soutenir et le frisson ayant reparu. En même temps, d'ailleurs, persistance des phénomènes indiqués ci-dessus et notamment de la douleur de côté. Anorexie complète, et, à la suite de l'eau de Sedlitz, une selle peu abondante. Diète absolue aujoud'hui. Le malade dit n'avoir fait aucun excès et ignorer entièrement la cause de sa maladie.

Voici maintenant les principaux phénomènes sous lesquels se présente à nous cette affection. Ce qui frappe, au premier abord, c'est l'intensité de l'état fébrile, aucun des traits qui caractérisent la fièvre ne manquant ici au tableau. Ainsi le visage offre une rougeur générale diffuse, et en même temps un peu d'abattement; les yeux sont humides, injectés; la peau est chaude et sèche partout, à 39 degrés centigrades sur l'abdomen, sans éruption.

Le système circulatoire est dans une sorte de turgescence et d'excitation générale. Les veines sont tendues et gonflées; les artères sous-clavières et les carotides soulèvent la peau par leurs battemens; le pouls radial, résistant et assez développé, donne 124 pulsations; il n'est pas redoublé. On n'entend aucun bruit anormal au cœur ni dans les carotides, quoique, d'après l'ensemble de la constitution, il soit permis de supposer ici l'existence des bruits artériels qui annoncent le peu de richesse du fluide sanguin; le malade étant d'ailleurs sujet habituellement à éprouver des palpitations assez fortes en montant.

En ce moment aussi il accuse une céphalalgie assez intense et surtout frontale. Il n'a plus, comme ce matin, d'éblouissemens; mais sa tête est lourde, étourdie; ses membres sont brisés; il souffre dans la région lombaire et se sent très faible: il a fallu l'amener sur un brancard.

Sa langue est assez humide, mais blanchâtre; la soif très vive; l'appétit nul; la bouche toujours mauvaise. Il n'y a ni nausées ni mal de gorge; l'épigastre est légèrement sensible à la pression; le ventre un peu tendu dans la région sous-ombilicale; indolent partout, mais offrant un gargouillement très abondant des deux côtés et surtout à droite. Il n'y a pas eu de selles depuis ce matin. L'urine est très rouge, au dire du malade. Du reste, ce qui paraît occuper le plus spécialement son attention, c'est sa douleur de côté. Répandue maintenant sur presque toute la partie antérieure externe du côté droit, cette douleur, en effet, paraît assez vive; elle augmente sous l'influence des inspirations un peu profondes et de la toux.

Celle-ci est presque nulle pendant l'examen, et il n'y a pas encore eu d'expectoration, mais la respiration est gênée, très rapide, à 44 par minute. En avant, la résonnance et la respiration sont bonnes des deux côtés; il en est de même en arrière à gauche, où l'on ne rencontre que quelques petites bulles assez rares de râle muqueux tout à fait en bas. A droite, la résonnance est peut-être un peu plus faible dans le tiers inférieur, mais la respiration est bonne partout, sans souffle, sans frottement, sans râle. Les inspirations qui succèdent à la toux, paraissent seulement légèrement humides dans la région inférieure et externe. La région sous-axillaire de ce côté ne présente rien de notable.

En présence des symptômes soit antécédens, soit actuels, qui viennent d'être indiqués, quel devait être le diagnostic? Evidemment, deux affections bien distinctes pouvaient se présenter à l'esprit: ou une maladie de l'appareil respiratoire, et par exemple, une pleuro-pneumonie postérieure droite, embryonnaire encore, si je puis ainsi dire, et mal caractérisée; ou une maladie de l'appareil digestif, et alors, sans contredit, une fièvre typhoïde. En faveur de la première, nous avions la douleur vive du côté droit de la poitrine, douleur qui avait signalé le début et persisté depuis; la fréquence de la respiration, la différence de son au bénéfice du côté gauche, et l'humidité des inspirations profondes inférieurement. En faveur de la seconde, une selle diarrhéique presque au début, la tension de l'abdomen au dessous de l'ombilic, le gargouillement surtout à droite, et enfin les étourdissemens et les éblouissemens, la céphalalgie et le sentiment de faiblesse déjà si prononcé. J'avoue même que, de prime-abord, ces derniers symptômes paraissent sans doute devoir entraîner la préférence, si surtout nous considérons qu'en faveur de la première idée l'expectoration manque entièrement; mais à cela je réponds que si l'expectoration manque encore, c'est peut-être parce que le malade vient d'arriver à l'hôpital; et qui ne sait d'ailleurs que l'expectoration peut faire défaut plus ou moins complétement dans certains cas de pneumonie? Que si au contraire nous avons du gargouillement iléo-cœcal, ce gargouillement pourrait bien être le résultat du purgatif pris le matin. J'ajoute que le début de la maladie, ce début si brusque, et que cette marche si rapide s'appliquent bien mieux à une affection thoracique qu'à une fièvre typhoïde, dont chacun sait la marche en général plus lente et si souvent insidieuse.

Je me résume donc en soutenant qu'à l'entrée du malade, un diagnostic positif et assuré était encore impossible; que trancher cette difficulté clinique eût été agir témérairement et outrepasser les droits que nous donne une saine et sévère observation. Telle fut du moins la manière de voir que j'énonçai alors, en appelant au lendemain pour la solution de ce problème, et annonçant d'ailleurs qu'en cette circonstance comme chaque fois que se présente un cas obscur, dès le lendemain matin nous verrions sans doute se dissiper, en partie, du moins, les nuages et l'obscurité de la question, non-seulement par suite du développement que les phénomènes morbides pourraient subir pendant la nuit, mais mieux encore sous le coup-d'œil de M. Bouillaud, cet observateur si sûr et si lucide, dont pas un de ceux-mêmes qui révoquent encore en doute ses succès thérapeutiques, n'oserait contester ouvertement le tact médical et la perspicacité diagnostique.

Au reste, j'ajoutai que si le lendemain le doute planait encore sur cette observation, très probablement alors il nous faudrait renoncer à voir cette obscurité disparaître ultérieurement, vu que l'activité du traitement ferait si prompte justice de cette affection naissante, que le malade atteindrait la convalescence avant qu'on eût eu le temps d'étudier la maladie. Heureux les praticiens qui peuvent motiver par un pareil dénouement leur impuissance à résoudre les difficultés d'observation qu'ils rencontrent dans leur pratique.

Voyons maintenant ce qu'il advint de ces réflexions, mais notons d'abord, et à cet égard, bien entendu, toute hésitation était impossible, que pour combattre de suite un état fébrile aussi bien caractérisé, je fis pratiquer une saignée de 3 palettes.

Le lendemain 10, le malade dit se sentir un peu soulagé; sa respiration, plus calme, est à 28-32; mais la douleur de côté persiste: il la rapporte spécialement à la région sous-axillaire droite. Pas de toux, ni d'expectoration; la résonnance est assez bonne en avant des deux côtés; ainsi que la respiration. Il en est de même en arrière à gauche, mais à droite la résonnance est, comme hier soir, un peu plus faible qu'à gauche, et la respiration y est un peu bruyante supérieurement, les inspirations profondes simulant un peu le souffle bronchique, et la voix y retentissant avec plus de force que de l'autre côté. Du reste, ni râle, ni frottement. Le visage est toujours animé généralement, un peu abattu. La langue un peu jaunâtre; la bouche plus mauvaise que la veille. Le ventre un peu plus tendu dans la région sous-ombilicale, indolent dans les deux flancs, mais offrant à droite un gargouillement bien marqué. Une selle a eu lieu pendant la nuit dernière. La peau est toujours chaude, un peu moite, surtout au visage. Le pouls est à 112, médiocrement développé, non redoublé. Rien de bien notable pour les bruits du cœur. Persistance de la céphalalgie et de la lourdeur de tête. L'intelligence intacte. Pas d'épistaxis. Très peu de sommeil pendant la nuit.

Le caillot fourni par la saignée d'hier est isolé presque de toutes parts, entouré d'une sérosité bien claire. Il est sans couenne, mais d'une consistance ferme, et sa cassure est nette.

Que conclure de ce nouvel examen sur la question du diagnostic? J'avouerai qu'au premier aspect, l'obscurité de la veille ne paraît pas entièrement bannie, et que si deux appareils semblent ici mis en cause simultanément, l'appareil respiratoire et l'appareil digestif, il était peut-être permis de se laisser préoccuper par la première des deux lésions préférablement à la seconde. Tel ne fut point cependant le diagnostic de M. Bouillaud. Il considéra (et plus je réfléchis ultérieurement sur les circonstances du fait, plus je fus convaincu de la justesse de cette vue) que, si la douleur du côté droit attirait d'abord l'attention de l'observateur sur la poitrine, la facilité avec laquelle nous obtenions du malade des inspirations profondes, tendait à prouver qu'il pouvait bien exagérer l'importance de ce phénomène; que si la différence de son et le caractère de la respiration portaient à penser qu'il pouvait exister quelque congestion vers le poumon droit, d'un autre côté l'absence prolongée de toute expectoration, vu le siége du mal, qui n'eût pas été borné au sommet, ne permettait pas d'admettre là une inflammation bien caractérisée. Il nota, d'autre part, que tandis que la lésion thoracique était de la sorte incomplètement dessinée, la lésion abdominale, au contraire, se présentait avec un cortége de symptômes dont l'ensemble est en quelque façon pathognomonique; ainsi, tension de l'abdomen, gargouillement iléo-cœcal, un peu de diarrhée, céphalalgie, étourdissemens, prostration, etc.; il n'hésita donc pas à dicter le diagnostic suivant: « Fièvre intense à forme inflammatoire avec quelques phénomènes typhoïdes; une des variétés de la fièvre dite typhoïde. (*Casus gravis.*) Et accommodant sa thérapeutique à l'intensité de la maladie, il ordonna une saignée de 4 palettes le matin, et une de 3 palettes le soir, et, dans l'intervalle, une application de ventouses sur la région sous-ombilicale. 3 pal., 3 pots de tisane de guimauve et gomme, un cataplasme sur l'abdomen, un lavement émollient, un julep diacodé. Diète.

Quels furent les résultats de cette énergique médication?

Le 11 août, le malade dit se trouver beaucoup mieux; il respire plus librement et sa douleur de côté est bien moins vive. Ni toux notable, ni crachats. La résonnance et la respiration sont bonnes partout. Le visage est moins animé. La bouche moins mauvaise. La langue est encore saburrale. Le ventre assez souple, présente encore un gargouillement diffus bien marqué dans le flanc droit; mais il n'y a pas eu de selles (le lavement a été oublié). La peau est sudorale, de chaleur modérée. Le pouls est à 84, redoublé, bien développé, assez ferme. Les bruits du cœur sont bien frappés. Peu de céphalalgie, moins de lourdeur de tête. Sommeil assez bon.

Les caillots des deux saignées sont fermes, surtout le second, rétractés, et couverts d'une couenne assez épaisse et bien résistante. La sérosité est assez claire. Les rondelles des ventouses sont médiocrement consistantes, et la sérosité qui les entoure est peu rougie.

Qui ne serait frappé du degré de l'amélioration qu'expriment les phénomènes que nous venons de noter? Les bruits respiratoires n'offrent plus rien d'anormal, et la douleur de côté est presque nulle. Plus de diarrhée; le pouls est tombé de 124 à 84, c'est-à-dire de 40 pulsations. Certes, on trouverait difficilement pour un cas aussi grave un succès aussi prompt et aussi complet. Devait-on cependant cesser d'agir? Fallait-il laisser désormais à la nature le soin d'achever son œuvre médicatrice? M. Bouillaud ne le pensa pas: son expérience lui a prouvé qu'en des cas pareils, et bien entendu sans certaines contre-indications que je ne puis énumérer ici, rien n'est fait tant qu'il reste encore quelque chose à faire, et que bien souvent le mal est plus actif à renaître de sa cendre, si je puis ainsi dire, que le médecin n'a été lui-même empressé à l'éteindre. De là la nécessité de bien savoir apprécier la portée des moyens mis en usage pour juger s'il faut ou non frapper un dernier coup. Et, pour le dire en passant, c'est là ce qui fait la difficulté principale des saignées coup sur coup, méthode puissante et d'une efficacité clinique qu'on ne saurait contester quand on l'a vue mise en pratique par son habile inventeur, mais aussi méthode dangereuse qui veut, pour être heureusement maniée, un tact et un coup-d'œil qu'une longue habitude peut seule donner.

Pour en revenir à notre malade, une dernière saignée de 3 palettes lui fut prescrite; ce sera, dit M. Bouillaud, le coup de grâce de la maladie.

Et en effet, dès le lendemain le malade se trouve très bien. Il a passé une bonne nuit, son visage est gai; son pouls est à 72, non redoublé; son ventre aplati, souple, indolent, sans gargouillement. Il n'est pas allé à la garderobe et n'a pas même rendu le lavement. Il n'y a plus ni céphalalgie, ni étourdissemens. La respiration est à 16. Le caillot de la veille est isolé, ferme, avec une couenne bien organisée. Le malade annonce un commencement d'appétit.

M. Bouillaud ne prescrit que des tisanes émollientes, et lui accorde un bouillon coupé.

Le 13, le pouls est à 64. Notre malade est guéri. On lui donne deux potages.

Dès le 14 il mange le huitième, et le 25, il sort parfaitement rétabli.

De tels faits parlent assez haut pour qu'il soit superflu de les faire suivre de commentaires. Je me contenterai donc des réflexions dont je viens d'entremêler l'analyse de celui-ci. Je dirai seulement que pour nous, témoins journaliers de guérisons non moins remarquables, une guérison de ce genre n'a rien d'insolite, et que, loin que cette observation ait quelque chose d'exceptionnel, chaque jour au contraire renouvelle et multiplie ses analogues. *Ab uno disce omnes.*

Un mot encore pour terminer. En présence de pareilles observations, que penser des cliniciens qui prétendent que les maladies aiguës ont une marche fatale, et que *rien* ne saurait les enrayer?

HOPITAUX DE DUBLIN.

Deux cas d'anévrisme du tronc de la mésentérique supérieure, dans un desquels la jaunisse a été la conséquence de la pression du sac; par M. James-Arthur WILSON.

Les symptômes qui ont le plus attiré l'attention durant la vie de l'un des sujets, c'est une douleur tres intense entre les deux épaules, le long des vertèbres dorsales, de la sixième à la huitième vertèbre dorsale. Le malade est mort après une maladie de six mois, dans un état d'épuisement extrême, aggravé par une salivation mercurielle.

A l'examen du cadavre, une grosse tumeur a été retrouvée, s'étendant de derrière la grosse extrémité du pancréas, en haut, en avant et en dehors, vers le côté droit. Le conduit principal était en contact immédiat avec le sac, mais il conservait sa perméabilité à la sonde. Les pores biliaires du foie étaient généralement très élargis. Le cœur était petit; sa membrane interne était uniformément jaune. Des tubercules de consistance pierreuse existaient dans le poumon.

Dans la tête, la dure-mère était généralement jaune, mais l'arachnoïde et la dure-mère étaient incolores. Il est étonnant que l'auteur ne donne pas la moindre description de la tumeur. Cela était d'autant plus utile, que la science ne possède qu'un petit nombre de cas de ce genre chez l'homme, et que le diagnostic a été le sujet de contestations. Il se contente seulement de dire que l'auscultation devrait être employée dans ces circonstances.

— Dans le second cas, on voyait une tumeur pulsatile à la région épigastrique, du volume d'une petite orange, laquelle, lorsque le malade était à plat, faisait saillie à gauche de la pointe du cœur; et lorsqu'il était tourné à gauche, la tumeur cessait d'être perceptible; elle reparaissait lorsqu'il tournait à droite. Le malade est mort d'hémopthysie et avec des symptômes de phthisie. Durant sa maladie, il s'est plaint de douleurs le long des vertèbres dorsales, et de crampes aux jambes. La tumeur était devenue de plus en plus sensible au toucher; elle avait pour siége le tronc de la mésentérique supérieure; son volume et sa figure égalaient ceux d'un rein; elle soulevait le pancréas, lequel appuyait sur la partie supérieure de la tumeur. (*Dublin med. press*, 28 juillet 1841.)

Tumeurs chroniques des gaînes synoviales; par M. DONOVAN.

Le sujet de cette observation est le médecin lui-même qui l'a rédigée.

En septembre 1833, après m'être exercé trop fortement à la rame, j'ai été attaqué de douleur obtuse au côté palmaire de l'index de la main gauche, avec épaississement et dureté considérable de ce côté, ce qui a fait supposer à mon chirurgien que l'os était gonflé. Malgré l'emploi de plusieurs remèdes, entr'autres des moxas souvent répétés, la maladie a continué à s'étendre, et dans l'espace de douze mois elle est montée jusqu'au poignet, où elle s'est fixée. Le gonflement du doigt avait, à cette époque, considérablement diminué. Pendant douze à dix-huit mois, j'ai continué à travailler, mais toujours avec douleur dans le poignet, et avec une telle faiblesse, que je ne pouvais fléchir la main vers l'avant-bras. Alors il s'est déclaré une névralgie violente dans le trajet du nerf radial, depuis le coude jusqu'aux extrémités du pouce, de l'indicateur et du doigt médius. La partie antérieure du carpe était gonflée, élargie, et fournissait de la fluctuation.

J'ai consulté un chirurgien haut placé, qui m'a conseillé de tenir la partie en repos, de ne pas me servir du poignet, car la tumeur était évidemment placée sous les tendons fléchisseurs, et il craignait que si l'inflammation s'y établissait, la contraction de la main pût en être la conséquence. Continuant à souffrir de la névralgie d'une manière intense, et étant convaincu que cela dépendait de la pression que le nerf éprouvait, j'ai fait vider la tumeur; il en est sorti une grande quantité d'humeur synoviale et nombre de petits corps ressemblant à des hydatides, de volume variable depuis une semence de citron jusqu'à un grain de millet. L'opération a été suivie d'un grand soulagement, et l'affection névralgique a disparu pendant cinq ou six semaines; mais ensuite elle est revenue avec la reproduction de la tumeur; alors on m'a passé un séton qui a déterminé une inflammation tellement violente qu'il y avait à craindre la gangrène. Les saignées, les sangsues et un régime antiphlogistique rigoureux, ont apaisé la phlogose et la névralgie, et depuis lors je n'ai plus souffert de douleurs.

Six mois plus tard la névralgie s'est déclarée de nouveau; mais du côté cubital, et avec plus d'intensité; elle se faisait surtout sentir à l'endroit où le nerf passe dans la gouttière du condyle interne de l'humérus. Une tumeur s'est présentée entre le fléchisseur cubital du carpe et le fléchisseur des doigts, et s'étendait à trois pouces au-dessus du poignet, du côté palmaire; la fluctuation était manifeste; le liquide pouvait être chassé d'un côté à l'autre sous le ligament annulaire, lequel partageait le sac dans le centre; de petits corps pouvaient être sentis passer et repasser, ce qui produisait un craquement d'un cuir neuf. Nouvelle ponction, même liquide, mêmes corpuscules, même soulagement. Le craquement cependant a continué cette fois après la ponction, et l'on pouvait distinguer toujours la tumeur bilobulée, s'étendant depuis l'avant-bras jusque dans la paume de la main. J'ai craint cette fois la réaction qu'aurait pu occasionner le séton, et je ne l'ai pas laissé passer; le sac avait en effet une grande étendue, il passait sous le ligament annulaire: j'ai pensé que celui-ci aurait dû être divisé pour le passage du séton, ce qui aurait déterminé une faiblesse consécutive du poignet et une sorte de hernie des tendons fléchisseurs qui auraient perdu leur bride naturelle.

Ces considérations m'ont donc fait préférer la ponction palliative, sauf à la faire répéter. Les choses en étaient là, lorsqu'un accident qui m'est arrivé dans le mois d'août, a produit ce que l'art cherchait à produire. J'ai été frappé au poignet d'un coup sec et violent; il s'en est suivi une inflammation très intense, avec suppuration. Le pus a entraîné les petits corps blancs de la poche morbide. Cette suppuration a diminué peu à peu, et le kyste a fini par s'oblitérer; le sentiment de craquement a disparu complétement, ainsi que le gonflement et la douleur; le poignet a recouvré toutes ses fonctions, et la guérison a été parfaite.

A la suite de ces détails, l'auteur ajoute les réflexions suivantes:

« Ce fait prouve manifestement les avantages de la pratique recommandée par Dupuytren et approuvée par le professeur Williams, et qui consiste à pratiquer de larges incisions dans la tumeur. Si je l'avais adoptée dès le commencement, je n'aurais probablement pas tant souffert par la suite; un accident enfin est venu produire le même effet, savoir, la suppuration granulative du sac. Je dois faire remarquer néanmoins que si la thérapeutique de Dupuytren est judicieuse, sa pathologie pour ces tumeurs est erronée. Si les petits corps contenus dans ces tumeurs étaient des hydatides comme il le pense, il aurait été dangereux d'en ouvrir le kyste. Je me suis assuré que ces corps ne sont autre chose que des agglomérations de lymphe sécrétée par les tendons et par les fausses membranes produites par l'inflammation des gaînes synoviales. Ces corps se forment dans les articulations, parce que là la matière est soumise à des compressions répétées, et deviennent quelquefois le nucléon des corps cartilagineux qu'on rencontre dans les articulations. J'ai dernièrement extrait du genou d'un homme une foule de ces corps qui offraient toutes les nuances, depuis le flocon de lymphe plastique qui en forme le point de départ, jusqu'à la concrétion cartilaginiforme. »

(*Ibid.*, 11 août.)

— Dans son numéro du 18 août, le même journal rapporte une réclamation anonyme, dans laquelle on critique comme dangereuse la pratique des grandes incisions de Dupuytren. L'auteur assure que la simple ponction sous-cutanée, suivie de la compression, a donné de bien meilleurs résultats entre les mains de M. Williams.

L'auteur cependant ne s'est pas dissimulé la difficulté et même l'impossibilité de faire sortir les concrétions hydatiformes par une pareille incision; il présume que la sortie de ces corps n'est peut-être pas indispensable pour l'oblitération du kyste; ils peuvent, dit-il, disparaître par résorption sous l'influence de la compression, sauf à recommencer l'opération s'il y avait reproduction du liquide.

Cas de luxation spontanée du grand os du poignet; par M. HAMILTON LABATT.

J'ai cru devoir publier un cas de luxation de l'os magnum, du scaphoïde et du semi-lunaire, que je viens d'observer, attendu la rareté extrême de cette lésion. Sir A. Cooper, dans son immense pratique, n'en a rencontré que deux exemples. Il s'agit d'une dame, épouse d'un officier de cavalerie, dont les ligamens paraissaient très relâchés; elle ne se rappelle pas avoir reçu aucun coup sur le poignet. Lorsque la main est placée en ligne directe avec l'avant-bras, on voit sur la face dorsale du carpe une tumeur dure, du volume d'une demi-noisette. Si l'on fléchit forcément le poignet, le volume de la tumeur augmente considérablement; si on l'étend outre mesure, au contraire, elle diminue et disparaît par suite de l'enfoncement de la tête du grand os. La patiente se plaint de grande faiblesse à la main, et de douleurs vers les doigts. La tumeur avait été prise pour un ganglion; sir A. Cooper avait aussi remarqué la même méprise. Il est facile cependant d'éclaircir le diagnostic en examinant la tumeur, le poignet étant dans l'extension forcée; s'il s'agit de luxation, la tumeur disparaît par cette position; elle persiste dans le cas contraire. Je n'ai pas ordonné grand'chose, si ce n'est des bandelettes compressives et quelques moyens fortifians des ligamens.

(*Ibid.*)

DES FONGUS DE LA VESSIE.

Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des sciences. (1er article.)

Par le docteur CIVIALE.

Rien n'est plus obscur que l'histoire des tumeurs fongueuses de la vessie. Quant à ce qui concerne leur nature, il est bien évident que sous les noms de carnosités, caroncules, squirrhosités, tubercules, fongosités, etc., les auteurs ont indiqué des lésions fort diverses, que les nosologistes ont cru ensuite pouvoir admettre dans leurs cadres, souvent trop élastiques. Mais les indications sont si vagues, et les descriptions si peu précises, pour la plupart, qu'il y a très peu de lumières à obtenir des faits consignés dans les recueils d'observations. Ce qui en ressort de plus positif, c'est que fréquemment on a considéré comme fongosités ou polypes des tuméfactions partielles de la prostate, et surtout de son lobe moyen.

Le plus communément, selon la remarque déjà faite par la plupart des auteurs, c'est au voisinage du col vésical que se développent les tumeurs fongueuses. J'en ai rencontré à la partie antérieure du trigone, d'autres sur les côtés du col de la vessie, et un à sa partie supérieure. On en a vu sur la saillie des lobes latéraux de la prostate qui étaient évidemment de nature fongueuse, et non dues à l'engorgement partiel de cette glande. Mais l'intérieur du corps de l'organe n'en est pas exempt non plus, et les faits qui se sont offerts dans ma pratique semblent même établir qu'elles y sont plus fréquentes qu'on ne l'avait pensé. J'en ai observé derrière le trigone, et surtout à la face postérieure du viscère, vers le bas-fond. On en a trouvé aussi vers le sommet et la face antérieure de la vessie, ce dont j'ai rapporté un exemple remarquable d'après M. Bedor, dans le Traité de l'affection calculeuse.

La première de toutes les distinctions à établir est relative au mode d'insertion de la tumeur, quelque siége qu'elle occupe. Nulle autre n'a plus d'importance, car c'est parce qu'on l'a négligée qu'on paraît avoir tant de fois confondu ensemble des maladies essentiellement différentes.

Un fongus qui commence repose d'ordinaire sur un pédicule. Il constitue une petite excroissance, dont l'extrémité libre a plus de largeur que la base, et qui ne semble adhérer qu'à la membrane interne de la vessie. Cette dernière remarque avait déjà été faite par les auteurs; j'en ai reconnu la justesse, dans quelques cas où il m'a été permis d'examiner la production morbide à son début. Les tractions exercées alors sur elles ne soulèvent que la membrane muqueuse. Mais quand la tumeur a pris un certain degré d'accroissement, ses racines s'étendent, en se multipliant, aux tissus profondément situés, se confondent peu à peu avec eux par une série de transformations successives, et produisent ainsi une masse consistante, dont l'étendue se trouve presque toujours proportionnée au volume de l'excroissance, quoique cette règle ne soit pas sans exceptions.

Des moyens de reconnaître les fongus de la vessie.

On ignore, dit Chopart, copié par tous ceux qui ont écrit après lui, à quels signes pourrait être reconnue la présence des fongus de la vessie. Les accidens que ces végétations déterminent n'ont rien de spécial; ce sont tantôt ceux de la pierre, tantôt ceux du catarrhe vésical, de l'hématurie, de la strangurie, etc. Ici, comme dans la plupart des maladies de l'appareil urinaire, les symptômes se rattachent plus ou moins directement à la difficulté d'uriner, au trouble de l'excrétion de l'urine; mais ils présentent d'innombrables différences, et sont subordonnés, d'abord au degré de puissance des contractions vésicales, puis à la situation, au volume et à la nature de la tumeur, aux complications qui peuvent exister, au développement de la phlegmasie. En un mot, les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide urinaire, ne suffisent pas pour admettre ces fongus plutôt qu'une autre lésion organique, ou une autre cause possible des désordres qu'on observe. Ainsi, ce qu'on a dit de la difficulté, de l'impossibilité d'établir le diagnostic d'après les symptômes, n'est point exagéré. Il y a même des cas où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner une tumeur fongueuse, qui néanmoins avait un grand volume. J'en ai vu deux exemples remarquables dans le service des calculeux; personne n'avait eu la moindre idée du mal qui existait; les accidens avaient résisté à tous les moyens mis en usage; on avait fini par croire à la présence d'une pierre, et les malades s'étaient décidés, en conséquence, à entrer dans mon service.

Ce n'est que par des explorations spéciales qu'on peut parvenir à établir le diagnostic. J'indiquerai brièvement les procédés auxquels j'ai recours dans ces circonstances.

Fongus au col de la vessie.

Premier degré. — On est appelé auprès d'un malade atteint d'une rétention d'urine. La première indication à remplir, souvent même sans chercher à préciser la cause, est de le faire uriner. L'instrument et le procédé du cathétérisme le plus généralement usités sont ceux auxquels on a recours. La sonde, en arrivant dans la vessie, rencontre tantôt une simple contraction du col, tantôt un petit corps mobile engagé dans l'orifice de l'urètre, et plutôt accolé à cet orifice, qui semble fuir devant elle, et qu'on déplace avec tant de facilité que le praticien le plus exercé ne saurait dire s'il s'agit d'un fongus pédiculé, d'un caillot de sang, d'un amas de mucosités épaissies, et même seulement d'un resserrement spasmodique. On peut dire que jamais cette première opération n'éclaire réellement le diagnostic. Quoi qu'il en soit, la sonde arrive dans la vessie, le malade urine, il est soulagé à l'instant, et désormais il peut ne plus se ressentir des accidens qu'il a éprouvés, de sorte qu'on reste dans le doute sur la cause de la rétention d'urine.

Ces cas sont les plus simples; mais si l'on s'en tient là ils sont aussi ceux à l'égard desquels l'opinion est le moins arrêtée. Les petits fongus de la vessie, sans catarrhe, sans engorgement prostatique, accompagnés seulement d'un état névralgique du col vésical, ne produisent que de loin en loin des troubles dans l'excrétion de l'urine. On ne peut les reconnaître avec la sonde. Le seul moyen d'en constater la présence, surtout lorsqu'ils sont pédiculés, est de recourir à l'appareil instrumental de la lithotritie. Le trilabe, monté comme je le dirai en parlant du traitement, fournit à cet égard les notions les plus exactes. C'est donc à lui qu'il faut recourir toutes les fois qu'on a quelque raison de soupçonner un fongus, et se hâter d'autant plus que le début de la maladie est la seule époque à laquelle on puisse espérer un résultat satisfaisant des moyens curatifs. Je ne saurais donc trop insister sur ce point. Dès qu'on aura fait cesser la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine, surtout si la sonde ne rencontre aucun obstacle, vital ou mécanique, soit dans l'urètre, soit au col vésical, et si la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, il faut explorer celle-ci d'une manière toute particulière, et avec le trilabe. Après avoir fait une injection, on ouvre cet instrument dans la vessie, et on le ramène à soi comme pour le retirer tout ouvert, les branches viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, qui se trouve tendu par leur élasticité; on imprime au trilabe de très petits mouvemens latéraux, et s'il existe, au col vésical ou dans le voisinage, une production morbide, fongueuse ou autre, elle se place dans l'intervalle des branches, fait saillie dans l'instrument, et le stylet la fait reconnaître. Entre autres exemples que je pourrais citer, je parlerai d'un jeune homme de vingt-six ans, qui éprouvait des

difficultés d'uriner et la plupart des symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul vésical. Pendant que j'explorais la vessie, une tumeur fongueuse du col vint se placer entre les branches de la pince; mais la saillie étant peu considérable, je conseillai un traitement médical provisoire. Chez un autre malade, j'ai découvert de la même manière une petite fongosité ayant son siége à l'angle antérieur du trigone, et compliquant une affection calculeuse très avancée; le sujet succomba au bout de quelques mois, et l'autopsie démontra que je ne m'étais pas trompé.

Deuxième degré. — Dans d'autres cas, plus communs que les précédens, la sonde se trouve arrêtée au moment où l'on croit qu'elle va pénétrer dans la vessie. Le praticien qui ne possède encore que des renseignemens très vagues sur la difficulté qui se présente, peut faire trois suppositions différentes : 1° L'urètre est dévié latéralement par la tuméfaction d'un des lobes de la prostate, ou en haut par l'engorgement du corps de cette glande, ou bien il y a une de ces brides transversales qu'on rencontre quelquefois derrière la crête urétrale; 2° indépendamment de ces déviations, l'orifice interne de l'urètre est fortement rétréci et ses parois indurées, au point que la sonde ne puisse le franchir, comme Chopart en cite un exemple, ce qui est d'ailleurs extrêmement rare; 3° enfin, il existe, au voisinage du col vésical, une tumeur fongueuse qui ne permet pas d'aller plus loin. Je ne parle pas de quelques autres circonstances, indiquées ailleurs, qui peuvent aussi apporter des difficultés à l'introduction de la sonde, mais à l'égard desquelles un chirurgien exercé ne saurait se méprendre. Quant à celles que je viens d'énoncer, ce n'est qu'avec une peine extrême qu'on parvient à les isoler les unes des autres; les auteurs les plus recommandables ont unanimement proclamé cette vérité, qu'on oublie trop souvent, et Chopart n'hésite même pas à dire qu'on n'acquiert de notions exactes qu'après la mort.

Par le fait même de la difficulté ou de l'impossibilité d'introduire la sonde dans la vessie, quoique l'urètre soit libre jusqu'à la région prostatique, on se trouve conduit à admettre qu'il existe un obstacle au col vésical, et la rareté des rétrécissemens en cet endroit porte à penser que l'obstacle dépend d'une excroissance. Mais quels sont les caractères et les dispositions de cette tumeur? Voilà ce qui reste douteux pour lui, et ce n'est qu'à force de tâtonnemens qu'il parvient à acquérir des notions précises.

Je suppose que la sonde puisse parvenir dant la vessie : comment distinguer un fongus d'une tumeur prostatique? Il est nécessaire d'établir quelques distinctions. D'abord, j'admets que l'excroissance n'est pas très volumineuse, et que la prostate est saine, ce dont on peut se convaincre par les moyens indiqués ailleurs; le malade urine avec peine, il y a des indices de catarrhe, et des douleurs plus ou moins analogues à celles que produisent les calculs ou les névralgies avancés. Il s'agit de connaître la cause des désordres. Lorsqu'à l'aide d'*une sonde* à petite courbure on est arrivé jusqu'à la partie prostatique de l'urètre, et qu'au moment où l'on croit que l'instrument va pénétrer dans la vessie, il se trouve arrêté, on précise la position de l'obstacle. S'il est en bas, il a suffi d'élever l'extrémité oculaire de la sonde, en abaissant le pavillon, pour arriver dans la vessie. L'obstacle est brusque, mais peu étendu d'avant en arrière : on peut croire alors qu'il s'agit de la bride transversale dont j'ai parlé, et je ne redirai pas comment il faut s'y prendre pour le reconnaître. Mais si l'obstacle est encore plus profond, vers l'intérieur de la vessie, s'il est plus étendu en arrière, si la sonde glisse plus long-temps, et si ce n'est qu'après plusieurs lignes qu'on voit paraître l'urine, non pas par gouttes et en petite quantité, ce qui arrive quelquefois avant que la sonde ait franchi le col vésical, mais à pleine sonde, comme on le voit généralement; tout cela indique déjà que l'obstacle a une certaine étendue en arrière, et qu'il ne peut être produit que par une tumeur à l'angle antérieur ou sur la surface du trigone. En cheminant, la sonde, dont le bec est fortement relevé, affaisse cette tumeur, et la comprime en même temps qu'elle la refoule en arrière. Une fois qu'on est parvenu dans la vessie, et avant que l'urine soit écoulée, il faut porter l'instrument à droite et à gauche, le retirer jusqu'à ce que les yeux soient remontés près de la tumeur ou le col, ce dont on s'assure par le diminution de l'écoulement du liquide, et exécuter un mouvement de rotation par lequel la courbure se trouve portée en bas. Dans ces rotations répétées près du col vésical, on sent et l'on peut circonscrire, au moyen de la courbure de la sonde, la saillie que fait la tumeur à la partie moyenne du trigone, et par cette manœuvre, habilement exécutée, on peut distinguer jusqu'à un certain point le volume de l'excroissance, d'après la saillie qu'elle fait dans la vessie. Si elle est péduculée, et surtout si le pédicule est mince, on parvient aussi quelquefois à placer la sonde successivement à droite et à gauche de cette espèce de support. J'y ai réussi dans deux cas récens. Lorsque la tumeur est plus volumineuse et sa base large, il y a impossibilité de porter la sonde d'un côté à l'autre, bien qu'on abaisse fortement la main qui tient le pavillon, mouvement par lequel se trouve relevée l'extrémité vésicale de l'instrument. On n'y pourrait pas non plus parvenir si l'excroissance avait une certaine largeur transversale, de manière qu'elle occupât tout l'espace compris entre les lobes latéraux de la prostate.

Troisième degré. — Quand la tumeur du col vésical est très volumineuse, et surtout qu'elle est compliquée de lésions de la prostate, les difficultés du diagnostic augmentent. La plupart du temps même, on est privé du secours des moyens d'exploration. Ni le toucher par le rectum, ni le palper par l'hypogastre et le périnée, ni la pression exploratrice avec le bout de la sonde, ni les phénomènes locaux et généraux, rien alors ne peut faire connaître avec précision la nature de la maladie. C'est dans cette situation si critique pour le malade et si embarrassante pour le praticien, qu'on apprécie les fâcheuses conséquences de la temporisation conseillée par tant d'hommes inexpérimentés. Le diagnostic est impossible, et le traitement livré à toutes les chances du hasard.

Fongus dans l'intérieur de la vessie.

Lorsque les tumeurs fongueuses ont leur siége dans l'intérieur de la vessie, le diagnostic, sans avoir toute la précision désirable, ne présente cependant pas les mêmes difficultés que celui des fongus du col parvenus au troisième degré. On peut presque toujours introduire les instrumens explorateurs, même avec assez de facilité. Mais, quant à déterminer la nature, la forme, le volume et le mode d'insertion de l'excroissance, on ne peut se dissimuler qu'il reste beaucoup à désirer sous tous ces rapports. La sonde ne procure que des notions très confuses; le trilabe n'a pas les mêmes avantages que quand il s'agit de petites tumeurs au col : le lithoclaste seul fournit quelques données utiles. Voici le procédé auquel j'ai eu recours.

Lorsqu'on explore, au moyen de la sonde à petite courbure, une vessie pleine d'eau tiède ou d'urine, on remarque que les mouvemens de va et vient et de glissement latéral, imprimés à l'instrument qu'on ne laisse pas tourner entre ses doigts, sont empêchés par des inégalités qui ne sauraient exister dans une vessie à l'état normal, dont un liquide écarte les parois. On constate le point où la sonde s'arrête, et on l'évite en relevant l'extrémité vésicale de l'instrument. La quantité dont on est obligé de relever la sonde et l'espace que celle-ci doit parcourir avant de retomber sur son premier plan, donnent la mesure de la hauteur et de l'étendue latérale de la tumeur. Si la sonde ordinaire laisse des doutes, on introduit un trilabe, qu'on ouvre fortement, et qu'on fait pivoter entre les doigts, de telle sorte que chaque branche, en tournant, aille butter contre l'excroissance ou l'inégalité de la face interne de la vessie. Lorsque cette inégalité est très saillante, on place l'instrument ouvert de manière qu'une de ses branches se trouve sur l'un des côtés de la tumeur, et une autre sur le côté opposé; de cette façon le fongus fait saillie dans la pince, et le stylet, poussé avec précaution, indique approximativement de combien elle s'élève.

Ce sont là les cas les plus favorables, ceux dans lesquels la tumeur est isolée, peu large et peu étendue, mais saillante. S'il en était autrement, ainsi qu'on l'observe dans certaines circonstances; si la tumeur était fort évasée et peu en relief, les branches, au lieu de s'appuyer sur les parois vésicales en dehors de l'excroissance, s'appliqueraient sur cette dernière elle-même, et l'exploration n'aboutirait à rien, pour ainsi dire. Il en serait de même s'il y avait plusieurs fongus l'un à côté de l'autre : un hasard heureux pourrait seul faire que les branches de l'instrument se plaçassent entre eux ou sur leurs côtés. Quoi qu'il en soit, je suis plusieurs fois parvenu à apprécier la largeur de l'excroissance, et jusqu'à un certain point sa hauteur. On réussit parfois aussi à la saisir avec le lithoclaste, non pas latéralement, comme quand on se sert du trilabe, mais d'avant en arrière, et l'on en obtient ainsi le diamètre antéro-postérieur. Mais, ce qui est très difficile, c'est de distinguer si elle repose sur un pédicule, ou si elle a une base plus ou moins large. En parlant du traitement, j'indiquerai le seul moyen que l'art possède.

Quand la surface interne de la vessie est parsemée d'excroissances peu en relief, tantôt molles et tantôt résistantes, comme je l'ai observé, les explorations avec la sonde, et surtout avec le lithoclaste, font connaître une série de protubérances sur la surface du viscère tendue par l'injection; mais elles laissent dans le doute relativement à la nature de ces excroissances. Il faut être d'autant plus réservé alors qu'on pourrait confondre celles-ci avec les inégalités résultantes des colonnes charnues, qui sont susceptibles de présenter les dispositions les plus extraordinaires.

Les explorations que je viens d'indiquer m'ont souvent conduit à des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre, et qui pourraient paraître douteux aux praticiens peu familiarisés avec les ressources que l'art a tirées de l'appareil instrumental de la lithotritie. A la vérité, ce n'est ni sans difficultés, ni sans douleurs qu'on obtient ces résultats; il faut souvent multiplier les tentatives, les varier de mille manières, et procéder en tâtonnant; encore même, malgré toutes ces précautions, reste-t-il des doutes insolubles. On pourrait donc se croire fondé à dire que les inconvéniens des nouvelles explorations en balancent les avantages. Mais qu'a-t-on à espérer en n'y ayant pas recours? La pratique des plus grands chirurgiens avant l'époque de la lithotritie est là pour répondre. On a vu que la maladie n'était jamais reconnue pendant la vie, qu'on soumettait les malheureux malades à une série de traitemens plus empiriques et plus douloureux les uns que les autres, et qu'on ne les laissait en repos qu'après les avoir épuisés par des médications hasardées, qui ne peuvent la plupart du temps qu'ajouter à leurs angoisses. C'est plus qu'il n'en faut pour encourager à mettre en pratique un mode d'exploration dont les difficultés et les inconvéniens disparaîtront, du moins en partie, à mesure que l'emploi des nouveaux instrumens deviendra familier aux chirurgiens.

Il est un mode d'exploration du col vésical atteint de tumeurs fongueuses qu'on a entièrement négligé, et qui, ici comme dans le cas d'engorgement prostatique, procure des notions fort importantes : je veux parler des bougies molles et des sondes exploratives. Les premières surtout sont d'un usage très facile et peu douloureux. C'est par elles qu'il faut commencer.

Nous avons vu, en traitant des rétrécissemens de l'urètre et des maladies de la prostate, que les bougies de cire molle conservent, au moment où on les retire, la configuration que leur a fait prendre l'obstacle qui s'est opposé à leur introduction dans la vessie, et dont elles donnent souvent l'idée la plus nette qu'on puisse obtenir; elles n'ont pas la même valeur dans le cas des tumeurs fongueuses au col vésical. Toutefois, j'en ai obtenu d'heureux résultats, et je ne saurais trop recommander d'y avoir recours. Il est évident d'abord qu'elles causent moins de douleurs. Quant aux notions qu'elles fournissent, la première consiste à faire connaître, avec plus de certitude qu'aucun autre moyen, la liberté du canal jusqu'à son orifice interne. On est donc par cela seul assuré que là uniquement réside l'obstacle. Il faut pousser la bougie d'une manière graduée, et lorsqu'elle a pénétré aussi avant que le permet sa longueur ordinaire, on la laisse en place pendant quelques minutes, sans que le malade change de position; puis, on la retire doucement, en ayant soin qu'elle ne roule pas entre les doigts. On voit alors son extrémité rebroussée en forme de crochet, ou parfois seulement recourbée. Le sens et l'étendue de cette incurvation font juger de la position du fongus, du mode de déviation qu'il a imprimé à l'urètre, et aussi, jusqu'à un certain point, de son élévation. Si la tumeur est peu considérable, qu'elle occupe la partie postérieure du col vésical, et qu'elle dérange peu ce dernier, la bougie sera légèrement déviée en haut. La déviation aura lieu à droite ou à gauche si la tumeur siége à l'un ou à l'autre lobe latéral de la prostate. Si l'excroissance est volumineuse, si elle change la direction de l'urètre tout à coup et dans une grande étendue, la courbure de la bougie sera brusque, et son extrémité pourra être rebroussée. Si, comme l'a observé Chopart, l'orifice interne de l'urètre est véritablement rétréci, la bougie offrira un étranglement analogue à ceux qu'on remarque dans tous les autres cas de coarctation. Si les parois de la partie prostatique de l'urètre et de l'orifice interne du canal sont indurées, ce qui n'est pas rare, la bougie présentera des dépressions, des aplatissemens partiels et plus ou moins étendus; l'empreinte qu'on obtient alors ressemble un peu à celles que produisent les calculs urétraux; seulement elle est moins brusque, moins à pic.

Les indications qu'on peut tirer de ces configurations accidentelles de la bougie molle sont donc fort utiles au praticien; la sonde n'en fournirait d'analogues qu'à force de tâtonnemens pénibles pour le malade; encore même n'arriverait-on pas toujours à autant de précision. D'ailleurs, l'urètre étant toujours très irritable chez les sujets atteints de fongus, la bougie prépare les voies à la sonde, et le moins de douleur que celle-ci occasionne ensuite compense bien l'inconvénient d'une double introduction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 31 août.

La correspondance comprend une lettre de M. Souberbielle, relative à un cas remarquable de taille hypogastrique qu'il vient de pratiquer sur une femme, dans des circonstances difficiles.

Remèdes secrets. — *M. Hamel* fait plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets. Les conclusions ont été toutes défavorables à leurs auteurs.

Chirurgie. — *M. Larrey* lit deux rapports sur deux cas de chirurgie présentés, l'un par M. Manzin, l'autre par M. le professeur Textor, de Wurtzbourg. Il s'agit dans l'un, d'une blessure à l'avant-bras, dans l'autre, d'une lésion traumatique à la jambe. La voix peu distincte de M. le rapporteur, et les bruits qui règnent dans la salle, nous ont empêché de bien saisir les circonstances particulières de ces deux faits. Il conclut en proposant l'envoi de ces documens au comité de publication, et d'écrire le nom de M. Textor sur la liste des candidats pour les prochaines places vacantes de membres correspondans.

Ovologie. Grossesse extra-utérine. — L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la grossesse extra-utérine, à l'occasion du rapport de M. Gerdy.

M. Virey reprend la question posée par M. Blandin, celle de savoir si l'œuf des grossesses extra-utérines est ou non pourvu d'un chorion. Il abonde dans le sens de M. Blandin. Selon lui, le chorion n'existe pas tant que l'œuf n'a pas quitté l'ovaire; jusque là il n'y a que l'amnios qui l'enveloppe; le chorion se forme secondairement dans la matrice, comme le placenta et la membrane caduque. Or, si l'œuf tombe dans un autre lieu que la cavité de la matrice, il peut ne pas rencontrer là les conditions propres à former le chorion; c'est ce qui a lieu lorsque l'œuf tombe dans le péritoine, par exemple. Aussi pense-t-il que les œufs disséqués par M. Blandin ne devaient pas contenir de chorion. Les faits sur lesquels M. Virey appuie sa manière de voir sont tirés de l'anatomie comparée, surtout d'un travail de M. Parry, sur l'ovologie de plusieurs classes de mammifères.

M. Rochoux combat l'argumentation de l'honorable préopinant. Il ne pense pas qu'on puisse raisnoner ainsi des animaux à l'homme en pareille matière. Il faut étudier l'ovologie de l'homme dans sa propre espèce. Or, cette étude démontre que le chorion existe, comme l'amnios, sur l'œuf avant qu'il ne se détache de l'ovaire. Le placenta, lui-même, s'y trouverait aussi primitivement suivant l'orateur. (Marques d'incrédulité.) Les recherches de plusieurs auteurs modernes, entre autres celles de M. Velpeau, de M. Breschet, de M. Coste, viennent à l'appui de son assertion. Il s'élève, en terminant, contre la doctrine des Allemands, qui assimile l'embryon humain au fœtus de différens animaux.

M. Breschet n'adopte pas les opinions de M. Rochoux, concernant les doctrines des Allemands. Ces doctrines sont nées dans l'école française et ont été importées de France en Allemagne où elles ont été perfectionnées. En comparant l'embryon humain à celui de certains animaux on n'a pas voulu dire par là que l'homme était poisson, grenouille, ou oiseau pendant une certaine époque de la vie intra-utérine; c'est une manière de parler comme celle d'Aristote, qui comparait l'embryon humain à une guêpe. Quant aux lumières qu'on peut retirer en ovologie de l'étude de la génération chez les animaux, elles lui paraissent importantes, et même avoir été presque les seules qui aient fourni la plupart des connaissances générales qu'on possède sur la matière. M. Coste, que M. Rochoux vient de citer, n'a opéré que sur les lapines. Ces connaissances cependant ne lui paraissent pas conduire aux opinions émises par M. Virey, conformes à celles de M. Blandin; le contraire lui paraît plus vraisemblable; le chorion, par conséquent, existe primitivement avec l'œuf et avant son greffement. L'exemple des marsupiaux et les recherches de M. Richard Owen, citées par M. Virey, ne lui paraissent pas infirmer ce qui précède.

M. Villeneuve n'entre pas dans la question d'ovologie; il veut appeler seulement l'attention sur les causes de la grossesse extra-utérine. Ces causes sont, les unes physiques, comme une trompe trop courte ou toute autre disposition organique analogue; les autres, morales, comme un saisissement subit, un effroi, etc.; du moins c'est là ce que les auteurs désignent comme causes du greffement extra-utérin de l'œuf. Mais en sont-elles les véritables? Un autre point sur lequel M. Villeneuve veut appeler l'attention, c'est le phénomène des douleurs d'accouchement à l'époque de neuf mois, comme si le fœtus était dans la matrice. Ce fait ne lui paraît pas plus facile à expliquer que celui du greffement extra-utérin de l'œuf.

M. Blandin déclare que la question qu'il a posée à l'occasion du fait qui a motivé le rapport de M. Gerdy, n'est pas susceptible d'être

discutée par des argumens pareils à ceux qu'on vient d'invoquer ; il faut des faits, des recherches anatomiques, des expériences nouvelles ; il faut donc en remettre au temps la solution. Il pense, au reste, comme M. Breschet relativement a l'utilité des recherches sur les animaux, mais il ne croit pas que le chorion existe tout formé dans l'œuf. Pour lui, cette membrane se forme secondairement, comme le placenta et la caduque. Ce qui le confirme dans cette opinion, c'est qu'indépendamment des deux dissections dont il a été question, il possède chez lui un œuf humain dans lequel on voit la vésicule ombilicale entre le chorion et l'amnios, ce qui prouve que le chorion est de formation secondaire sur-ajouté à l'amnios. L'étude de la généalogie des oiseaux vient d'ailleurs confirmer une pareille manière de voir. Au demeurant, il n'a donné son opinion que comme probable, l'état actuel des connaissances ne permettant pas de résoudre clairement la question. Ce qu'il voulait faire remarquer, c'est que, jusqu'ici, on a défendu le système reçu par le système lui-même, en opposant en fait ce qui est précisément en question.

M. Rochoux revient sur l'erreur des physiologistes allemands, et sur l'unité de composition de l'embryon, ce qui est un non-sens à ses yeux.

M. Breschet répond à M. Villeneuve par le fait suivant. Il raconte qu'on lui a présenté il y a peu de jours un gros œuf de poule contenant un second œuf avec une seconde coquille dans son intérieur. L'explication qu'il a donnée est la suivante : Chez la poule, l'ovaire contient les vitellus ; il y en a toujours un plus gros qui se détache (jamais plus d'un) et descend dans l'oviducte ; là il s'enveloppe de l'albumen, puis de la membrane de la coque calcaire, et enfin de la coque elle-même. Or, si en ce moment, l'œuf étant déjà accompli et prêt à être expulsé, la poule éprouve un saisissement, l'œuf peut ne pas être pondu, il peut remonter dans l'oviducte par une sorte de mouvement antipéristaltique et se trouver dans les mêmes conditions que le jaune primitif : il s'enveloppe de nouvelle albumine, puis d'une nouvelle coque calcaire, et il redescend à l'ordinaire. Cet œuf doit être nécessairement fort volumineux, enveloppé de deux coques concentriques, de deux blancs, et ne présenter qu'un seul jaune. Il est probable que de pareilles émotions puissent produire chez la femme des déviations à la marche de l'œuf, ainsi que l'a dit M. Villeneuve. L'étude de l'ovologie chez les animaux peut jusqu'à un certain point rendre compte de plusieurs autres phénomènes qui resteraient inexplicables sans cela. On s'est demandé, par exemple, à quoi tient la formation si fréquente dans les volatiles d'individus à double tête, à quatre jambes, etc. ? Il y a là pénétration de deux individus. La chose arrive, non parce que deux vitellus se détachent de l'ovaire en même temps, mais parce qu'il existe des vitellus hypertrophiés, doubles, sur des poules vigoureuses, bien nourries. Il y a quelques années, j'accompagnais Dupuytren à Montfaucon pour faire des expériences sur des chevaux : un écarisseur nommé Duchaussais, homme très intelligent, nous a fait précisément remarquer le fait que je viens de signaler ; les poules de l'établissement, qui se nourrissaient de débris de viande, rendaient des œufs à double jaune, ou avec un jaune hypertrophié, et ces œufs donnaient aisément naissance à des monstres doubles. Ce fait nous explique quelques phénomènes analogues dans notre espèce. L'on voit par là si l'étude de l'ovologie chez les animaux n'est pas une ressource précieuse pour l'ovologie humaine.

M. Moreau veut prendre la question *ab ovo*. (On rit.) Il explique le développement, la marche et le greffe définitif de l'œuf humain, et conclut à la préexistence du chorion, contrairement à l'opinion de M. Blandin.

M. Velpeau trouve que la question a changé de face depuis la dernière séance, et qu'il ne s'agit plus de la grossesse extra-utérine. Il s'agissait d'abord d'une opinion émise par M. Blandin, opinion pareille à celle de M. Valentin, et qui consiste à refuser le chorion à l'œuf développé en dehors de la matrice. Aujourd'hui la question est devenue plus générale : il s'agit de savoir si le chorion est un produit de formation primitive dans l'ovaire même, ou secondaire dans la matrice. Dans l'œuf normal, aucun doute ne saurait être élevé sur l'existence primitive du chorion. Le chorion forme partie essentielle de l'œuf, il en est l'organe vasculaire, alimentaire ; l'œuf n'existerait pas sans lui, l'amnios ne pouvant pas remplir à lui seul de pareilles fonctions. C'est le chorion qui se greffe dans la matrice, etc. On ne peut regarder comme de formation secondaire que la caduque et le placenta. Quant à l'œuf greffé en dehors de la matrice, il offre les mêmes conditions primitives. Tous les auteurs qui les ont disséqués, et moi-même qui en ai vu plusieurs, avons trouvé le chorion si la pièce n'était pas très altérée. Les conditions sont effectivement les mêmes : seulement, l'œuf se trouvant ici dans un lieu anormal, peut ne pas être nourri convenablement ; la pièce se trouvant elle-même macérée, altérée, le chorion peut quelquefois être difficile à rencontrer, ou se trouver complétement détruit. Tel était probablement le cas des deux pièces disséquées par M. Blandin.

M. Virey répond à M. Velpeau en reproduisant à peu près les mêmes argumens que précédemment.

M. Gerdy déclare que la discussion, et surtout ce que vient de dire M. Velpeau, lui prouvent plus qu'auparavant que l'opinion de M. Blandin n'est pas fondée. Les auteurs des faits cités dans le rapport déclarent positivement avoir trouvé le chorion dans les pièces qu'ils ont disséquées. Parmi ces auteurs, il y a des anatomistes de premier ordre. D'autre part, il est facile de comprendre comment dans certains cas on ne trouve pas de chorion, si la pièce pathologique est putréfiée ou altérée par de la suppuration. Des deux cas disséqués par M. Blandin, l'un est relatif à un fœtus putréfié ou ossifié ; il était donc très ancien : le chorion avait pu être détruit. L'autre était accompagné d'un kyste ; mais le kyste était peut-être formé par le chorion, ou bien le chorion pouvait se trouver accollé à la face interne du kyste. M. Blandin n'a pas dit s'il a trouvé le placenta ; il faudrait savoir si la face interne de cet organe n'était pas doublée par le chorion, etc. Vous le voyez, d'une part on peut avoir des doutes sur l'existence du chorion dans les deux pièces de M. Blandin ; d'autre part, il existe des faits qui prouvent incontestablement l'existence du chorion dans l'œuf des grossesses extra-utérines. Il est donc probable que M. Blandin est dans l'erreur.

M. Blandin répond catégoriquement à tous les argumens de ses adversaires ; il déclare loyalement qu'il est possible que les choses soient telles que M. Gerdy vient de les énoncer, mais il persiste à croire que dans les pièces qu'il a disséquées les choses étaient telles qu'il les a exposées. La question, au reste, lui paraît exiger de nouvelles recherches.

Clôture adoptée.

Vers la fin de la séance, M. Lisfranc présente un malade et une pièce pathologique dont les conditions ont beaucoup intéressé l'Académie. Il s'agit d'une tumeur fibreuse, du volume des deux poings d'un homme adulte, placée dans la région scapulaire. Cette tumeur était divisée en deux parties, l'une couvrait l'omoplate, l'autre avait filé au-dessous de cet os jusqu'à la clavicule et adhérait à l'artère axillaire, derrière la clavicule et au plexus brachial, de sorte que l'omoplate se trouvait entre les deux couches de la tumeur. Cette circonstance, jointe au prolongement extraordinaire de la végétation et à l'habileté avec laquelle elle a été heureusement enlevée, rendent ce fait peut-être unique dans la science.

Séance levée après cinq heures.

M. MONNERET, agrégé à la Faculté de médecine, a commencé, le 1er septembre 1841, à l'hôpital de la Charité, des leçons cliniques qui auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures du matin. La visite commencera à huit heures, dans les salles de M. le professeur Andral.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 107, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. BAUDENS.

Du traitement de l'anévrisme brachial par la compression.

La cure de l'anévrisme par la compression est une question à revoir : on a fait trop bon marché de cette méthode de traitement en faveur de l'opération sanglante, de la ligature, comme si celle-ci devait toujours et nécessairement triompher d'une si grave affection.

A part les douleurs d'une opération longue et minutieuse comme celle qu'il faut pratiquer pour aller à la recherche du tube artériel, à combien de dangers n'expose point la ligature! Il est vrai qu'à la fin du dernier siècle la pathologie chirurgicale a fait faire un pas de géant à cette grande question. Le fait obtenu par Anel, la guérison d'un anévrisme brachial par une seule ligature placée au dessus du sac anévrismal, fait oublié et passé pour ainsi dire inaperçu pendant près d'un demi-siècle, repris ensuite en sous-œuvre et développé avec tant de talent par Hunter, qui y a rattaché de vastes et précieuses considérations d'anatomie physiologique et pathologique a marqué certainement un immense progrès dans la science, tout en reconnaissant les bienfaits que les beaux travaux de Desault, Scarpa, Hogdson, Dupuytren, Béclard, etc., ont rendu à la science au point de la ligature de l'anévrisme, nous devons regretter que la question de la compression n'ait point occupé le chirurgien avec autant d'entraînement que la première.

Les observations qui suivent viennent à l'appui de cette opinion.

Observation d'anévrisme faux primitif diffus du pli du bras. Ouverture spontanée du sac. Compression. Guérison sans ligature. Par M. GAMA, chirurgien aide-major audit hôpital.

Le nommé Dargegen (François), âgé de ving-un ans, né à Fegerheim, canton de Gelspalsheim, département du Bas-Rhin, d'une constitution robuste et d'un tempérament éminemment sanguin, venait de contracter l'engagement de partir comme remplaçant pour le 10e chasseurs lorsqu'il fut pris, dans le courant de juin 1840, d'un point pleurétique pour lequel il fut consulter un médecin, qui lui conseilla de se faire saigner. De retour dans sa famille, il fit appeler à cet effet une sage-femme, qui lui tira du bras droit 600 grammes environ de sang. La saignée, loin d'être difficile à arrêter, se suspendit d'elle-même dans le cours de l'opération, et on fut obligé d'avoir recours aux frictions sur le membre pour obtenir la quantité de sang désignée. Un bandage en huit de chiffre fut appliqué, et tout écoulement suspendu.

Maréchal-ferrant de son état, il ne songea pas à reprendre son travail, d'une part parce qu'il devait passer au conseil de révision huit jours plus tard, de l'autre parce que son bras, sans lui faire éprouver de vives douleurs, le mettait cependant dans l'impossibilité de s'en servir. Il remarqua au pli du bras, au point correspondant à la solution de continuité qui existait sur le trajet de la médiane basilique, une petite tumeur qui augmenta successivement de volume et avait acquis celui d'une grosse noix lors de la réunion du conseil, c'est-à-dire huit jours après la saignée. Ayant montré cette tumeur au chirurgien qui assistait à la révision, et qui était, croit le malade, médecin civil, celui-ci ne crut pas devoir y attacher une grande attention, et Dargegen fut admis comme remplaçant. Pendant les sept semaines que ce jeune soldat passa dans ses foyers en attendant son ordre de départ, il crut remarquer que la tuméfaction du bras restait stationnaire; seulement, il fut obligé de faire usage d'une écharpe pour calmer la gêne qu'il éprouvait dans cette partie à la suite de son usage même modéré.

Le 24 août, il se mit en route pour rejoindre son régiment alors en garnison à Paris, où il arriva le 6 septembre, après douze jours de marche, sans que son bras présentât le moindre changement, bien qu'il n'eût pris aucune précaution pour le soutenir pendant le trajet.

A son arrivée au corps, il présenta au chirurgien-major un certificat d'un médecin de son département qui constatait qu'il était atteint d'un *anévrisme variqueux;* mais cet officier de santé crut devoir le mettre en observation, et à cet effet il fut employé aux corvées de la cuisine.

Plein de bonne volonté, ce jeune homme fit tous ses efforts pour s'acquitter des nouveaux devoirs qui lui étaient confiés. C'est sous leur influence que le sentiment de fatigue augmenta, et que la tuméfaction du membre devint telle qu'elle acquit bientôt le volume d'un œuf d'autruche.

Le 8 octobre, il fut de nouveau présenté à la visite du chirurgien, qui se hâta de l'envoyer à l'hôpital du Gros-Caillou, où il entra le lendemain.

A la visite du 20 novembre, M. Baudens, dans le service duquel fut placé ce blessé, constata la présence, au pli du bras, d'une tumeur ayant la forme et le volume déjà indiqués, et dont le grand diamètre, qui était parallèle au bord interne du muscle biceps, avait près de sept pouces, et occupait non-seulement la presque totalité de la partie interne du bras, mais s'étendait encore sur l'avant-bras, dans l'étendue de dix-huit lignes environ, et présentait en ce point une espèce de dépression due à la présence de l'expansion aponévrotique du muscle biceps, qui la faisait paraître comme bilobée.

La peau qui recouvrait cette tumeur était fortement distendue et ne présentait aucun changement de couleur; sa résistance était telle qu'il était difficile de dire, *à priori*, si elle contenait un liquide. On ne sentait aucun mouvement de dilatation, et l'oreille, appliquée sur elle, ne donnait aucune sensation de bruissement. La compression, exercée au-dessous de cette poche, ne procurait aucun changement, soit dans sa forme, soit dans son degré de dureté. Il en était de même pour la compression de l'artère axillaire; je dis axillaire, parce qu'en effet il était impossible, sur l'étendue de la tumeur, de sentir les pulsations de l'artère brachiale, et à plus forte raison de la comprimer.

Il était donc difficile, privé ainsi des signes pathognomoniques de l'anévrisme, de dire quelle était la nature de la maladie que l'on avait sous les yeux. Cependant on questionnant le malade, et en apprenant de lui la cause première de l'affection, son développement, les différentes phases qu'elle avait parcourues, il devenait à peu près évident qu'on était en présence d'un sac anévrismal dans lequel la concrétion des caillots ne permettait plus l'arrivée de la colonne sanguine, et annulait ainsi les phénomènes propres à cette lésion.

Pour s'en convaincre, M. Baudens fit, quelques jours plus tard, devant plusieurs chirurgiens, et entre autres M. Rognetta, une ponction exploratrice avec son trocart à acupuncture, et obtint une petite quantité de sang noir, épais et comme gélatineux, qui le confirma dans ses idées sur la nature anévrismale de la tumeur.

Ce chirurgien ne crut pas prudent d'employer immédiatement la ligature; d'une part, parce que le développement de la tumeur eût apporté de grandes difficultés dans la recherche de l'artère brachiale, qu'il eût fallu lier à son origine, et pouvait ainsi exposer à voir la circulation se continuer dans le sac au moyen des collatérales; de l'autre part, les parois de ce sac pouvaient se rompre consécutivement, et donner lieu à une suppuration dont l'abondance eût été en rapport avec l'étendue du foyer, et pouvait compromettre les jours de l'opéré. Il fut donc décidé qu'on tenterait d'abord la diminution de la tumeur par la compression, dans le double but d'obtenir :

1° La possibilité de lier l'artère dans un point plus rapproché de la lésion;

2° Un foyer de moindre capacité si le sac venait à se vider.

Pour satisfaire à cette indication, on enveloppa la main d'un gantelet, un bandage roulé, légèrement compressif, fut appliqué sur l'avant-bras et continué jusqu'à l'aisselle, en passant sur plusieurs compresses carrés placées immédiatement sur l'anévrisme. Le membre, maintenu dans la demi-flexion, fut mis sur un coussin de crin et constamment recouvert, pendant deux jours, de morceaux de glace; à cette époque on enleva la partie supérieure de l'appareil jusqu'au coude, et on put alors s'assurer que le sac supposé anévrismal, qui avait sensiblement diminué de volume, présentait une mollesse remarquable; la peau était amincie, et quoique flétrie et ridée à sa surface (résultat de la glace), elle n'en parut pas moins être le siége d'une inflammation phlegmoneuse; du reste, point de battement artériel, seulement les pulsations de la brachiale étaient devenues sensibles à la partie moyenne du bras. L'usage de la glace fut suspendu et le même bandage réappliqué avec soin, et solidifié au moyen d'une couche d'amidon.

La rupture du kyste pouvant avoir lieu d'un moment à l'autre, M. Baudens crut prudent d'appliquer sur le membre, à défaut du compresseur de Dupuytren, le tourniquet de J.-L. Petit, qui cependant ne fut point serré. Quelques jours plus tard, le 8 novembre, pendant la visite du matin, le malade sentit tout à coup son bras humide, et bientôt une partie de l'appareil présenta la couleur rouge pâle propre au sang mélangé à une certaine quantité de pus.

Dans la crainte que la cicatrice du tube artériel ne vînt à céder sous l'influence des contractions du cœur, on crut devoir modérer l'impulsion de la colonne sanguine en comprimant l'artère au moyen du tourniquet déjà en place; mais ce compresseur ayant l'inconvénient, comme tout le monde sait, d'agir sur toute la circonférence du membre, et d'occasionner son engorgement, et par suite la douleur, on se procura celui de Dupuytren, qui fut maintenu modérément serré jusqu'au 25 du même mois. L'appareil, qui avait été conservé en place jusqu'à ce jour malgré l'ouverture du sac, fut alors enlevé, et on trouva le bras et le bandage baignés par une matière sanieuse qu'on ne saurait mieux comparer qu'à du chocolat à l'eau. Les parois du kyste étaient revenues sur elles-mêmes, et ne présentaient plus qu'un peu d'engorgement qui masquait les battemens de l'artère brachiale, sans cependant les rendre insensibles. En cherchant le point qui avait livré passage à la matière sanieuse que nous avons indiquée, nous trouvâmes qu'il correspondait à l'ouverture même de la saignée qui était boursouflée sur ses bords. Les battemens de la brachiale cessaient au niveau de cette ouverture, au point où elle plonge sous l'aponévrose bicipitale pour donner naissance aux artères radiale et cubitale dans lesquelles ils devenaient sensibles au poignet, bien qu'on ne pût constater le développement anormal d'aucune collatérale. Un nouveau bandage roulé fut appliqué jusqu'à l'aisselle, et on recommanda le repos absolu du bras.

Le 4 décembre, ce blessé est complétement guéri de cette affection dont la guérison s'est maintenue.

Si maintenant nous cherchons à nous rendre raison de la nature de cette tumeur et de la marche qu'elle a parcourue, on est porté à croire, malgré l'absence des signes pathognomoniques des anévrismes, que nous avons eu affaire à un épanchement de sang artériel qui, en communication d'abord avec le vaisseau lésé pendant la saignée, explique le développement successif de cette espèce de trombus pendant les huit premiers jours qui suivirent l'accident. A cette époque, il est vrai, la tuméfaction resta stationnaire jusqu'à l'arrivée de Dargegen à Paris, bien qu'il eût fait douze étapes à pied et sans prendre la précaution de soutenir son membre, ce qu'on doit expliquer, soit par la formation d'un caillot sur l'ouverture, probablement très petite, de l'artère, soit par une véritable cicatrice de ce vaisseau, qui, n'ayant pas acquis une solidité suffisante, se sera rompue sous l'influence des efforts que ce malade fut obligé de faire pendant son séjour à la cuisine du corps. Cette rupture, en donnant lieu à un nouvel épanchement, explique son augmentation presque instantanée de volume. L'absence des pulsations et du bruissement, que l'on chercha à constater, ainsi que la dureté de la tumeur, portent à croire que les tissus, fortement distendus par la nouvelle quantité de liquide, ont dû s'opposer à un plus grand développement, et exercer sur la lumière de l'artère une compression qui a eu pour résultat la formation d'un caillot auquel aura succédé une véritable cicatrice. Si l'épanchement sanguin eût été fourni par la veine, comme on pouvait l'alléguer, la marche de la maladie eût été sans aucun doute différente.

La diminution de volume que l'on obtint pendant les dix jours que fut employée la glace ne doit pas être attribuée à l'action réfrigérante, mais bien à la compression qui a dû avoir pour résultat de rendre plus prompt et plus facile le travail d'absorption qui, en s'emparant des parties liquides du sang extravasé, a diminué d'autant son volume. La masse fibrineuse aurait pu, comme on le remarque souvent, rester long-temps stationnaire et ne diminuer que d'une manière insensible; mais un mouvement fluxionnaire, suite soit de l'action du sang épanché sur les tissus environnans, soit de la glace, de la compression ou de ces différens agens réunis, ayant lieu, la tumeur devait s'échauffer, devenir douloureuse, et le sang qu'elle contenait éprouver une véritable décomposition dont le produit devait s'ouvrir à l'extérieur par le point le moins résistant de la région, l'ouverture de la saignée chez notre blessé.

La compression de l'artère à cette période de l'affection a pu, en effet, comme se le proposait le chirurgien traitant, permettre la consolidation et s'opposer à un nouvel épanchement en diminuant l'impulsion de la colonne sanguine. Au bout de quinze jours, la guérison paraissant assurée, on supprima le compresseur, en recommandant toutefois au blessé de garder encore quelque temps le lit, et de ne point imprimer trop de secousses au membre.

Il est inutile de faire observer que si, au lieu d'avoir recours à la compression, on eût pratiqué immédiatement, comme le conseillent quelques praticiens, la ligature de l'artère, on aurait fait courir sans motif, à ce jeune soldat, toutes les chances d'une opération souvent funeste dans ses résultats.

Cette observation tend donc à prouver comme d'autres exemples, qu'il est quelquefois avantageux, dans certains cas d'anévrisme, de ne pas se hâter de pratiquer la ligature, qui doit être considérée comme un moyen extrême auquel on ne doit recourir que lorsque l'on a épuisé toutes les autres ressources, la compression surtout qui, en supposant qu'elle échoue, présente au moins l'avantage de favoriser le développement des vaisseaux anastomotiques.

Anévrisme faux primitif ou diffus du pli du bras, guéri par la compression; par le même.

Le nommé Roussel (Pierre-Auguste), infirmier militaire, âgé de vingt-quatre ans, né à Torteval, département du Calvados, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament légèrement lymphatique, fut atteint, dans le courant d'octobre 1840, d'une bronchite aiguë pour laquelle il entra, le 28 du même mois, dans le service de M. Alquié. A la visite du 29, le médecin traitant prescrivit une saignée du bras qui fut pratiquée du côté droit par un sous-aide, qui, après avoir tiré 500 grammes environ de sang, appliqua le bandage ordinaire qu'il fut obligé d'enlever immédiatement, afin de le rendre plus compressif et de s'opposer à l'écoulement sanguin qui persistait avec une certaine ténacité. L'avant-bras et la main qui n'avaient point été enveloppés d'un bandage circulaire, se tuméfièrent sous l'influence de la compression, et forcèrent ce malade à appeler le chirurgien de garde, qui, ayant défait

le bandage, constata au pli du bras, au côté interne du muscle biceps, une tumeur ayant le volume d'un petit œuf de poule, sur laquelle il appliqua un cataplasme, croyant avoir affaire à un trombus.

Le lendemain, 30, la tuméfaction de l'avant-bras avait disparu; mais une douleur pulsative se faisant sentir dans la tumeur, qui avait conservé son volume, des cataplasmes laudanisés, des frictions mercurielles, puis des cataplasmes simples furent employés pendant près d'un mois, époque à laquelle M. Alquié, ne voyant aucun changement dans l'état du bras, et la bronchite ayant disparu sous l'influence d'un régime approprié, fit prévenir M. Baudens, chirurgien en chef, avec lequel je me rendis près du blessé. Nous constatâmes sur le trajet de l'artère humérale, et immédiatement au-dessous de la veine basilique, sur laquelle avait été pratiquée la saignée, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, et qu'entourait, à une distance de plusieurs pouces, une auréole jaunâtre, reste d'une ecchymose considérable qui avait occupé toute cette région. Cette tumeur, située, comme nous l'avons dit, au côté interne du muscle biceps, était dure et résistante à la pression, présentait des mouvemens de dilatation isochrones à ceux du pouls, et augmentait de consistance lorsqu'on exerçait la compression immédiatement au-dessous. Si l'on comprimait l'artère vers la partie moyenne du bras, on la sentait se ramollir et s'affaisser sous les doigts pour reprendre son volume et sa dureté dès que l'on rendait au vaisseau son calibre naturel.

L'oreille appliquée sur cette tumeur permettait de constater le bruissement caractéristique des anévrismes, et en effet telle était la nature de l'affection que nous avions sous les yeux.

M. Baudens fit placer ce blessé dans son service, afin de le préparer à la ligature de l'artère; mais avant de la pratiquer, il crut, conformément aux préceptes d'une sage chirurgie, devoir employer d'autant plus volontiers la compression, que les tissus étaient sains, et que le moral du malade avait besoin d'être préparé à cette idée. En conséquence, le 28 novembre, un gantelet fut appliqué sur la main et un bandage circulaire enveloppa l'avant-bras jusqu'au niveau de la tumeur, qui fut vidée du sang qu'elle contenait au moyen d'une douce pression, tandis que je comprimais l'humérale; un morceau d'éponge fut ensuite placé sur les parois de ce sac et maintenu au moyen d'une compresse-longuette et de plusieurs tours de bandes, qui furent continuées jusqu'à la partie moyenne du bras, et recouvertes d'une couche légère de pâte d'amidon, afin de leur donner plus de solidité. Le membre fut convenablement placé sur un coussin de crin, et le compresseur de Dupuytren appliqué immédiatement au-dessous de la tumeur, et serré seulement de manière à diminuer l'impulsion de la colonne sanguine sans chercher à en suspendre le cours; on accorda la demie soir et matin, afin de conserver au sang toute sa richesse et toute sa plasticité.

Les deux premiers jours quelques douleurs se firent sentir dans la main et engagèrent à relâcher un peu le compresseur, auquel on rendit bientôt non-seulement son premier degré de compression, mais un plus fort sans que le malade accuse le moindre malaise.

Vers le 20 décembre, Roussel, persuadé qu'il était parfaitement guéri, devînt sourd à la voix de la raison, et demanda non-seulement à ce qu'on lui accordât davantage d'alimens, mais encore à ce qu'on le débarrassât d'un bandage qui, disait-il, était devenu inutile. Voyant qu'on ne voulait point condescendre à ses désirs, son esprit se monta, et le 25 du même mois (27 jours de traitement), il se présenta à la visite du matin le bras débarrassé et du compresseur et du bandage. Ayant examiné alors le bras, après avoir cherché à lui faire comprendre à quel danger il s'exposait, nous ne fûmes pas peu étonnés de ne rencontrer aucune trace de la maladie; le sac anévrismal avait disparu et l'artère, dans laquelle il était facile de suivre les pulsations jusqu'au dessous de l'expansion apanévrotique du muscle biceps, avait conservé son calibre. Un simple bandage contentif fut alors appliqué autour du membre, et notre blessé, pour lequel on avait obtenu une exemption de service, put vaquer à ses affaires.

Aujourd'hui 30 août, cet infirmier est encore à l'hôpital du Gros-Caillou. Malgré ses pénibles fonctions et les efforts qu'elles exigent pour soulever des fardeaux, il ne conserve aucune trace de son accident, qui n'a pas reparu.

C'est le deuxième exemple, depuis deux mois, d'anévrisme faux primitif guéri à notre hôpital par la compression méthodiquement appliquée.

Dans le premier cas, présenté par Dargegen, le sac anévrismal fut rempli, comme on l'observe le plus souvent, par des caillots sanguins, qui plus tard donnèrent lieu à un abcès qui vint s'ouvrir à l'extérieur et ne permit que secondairement la rétraction des parois de la cavité anévrismale; mais ce qui frappe dans cette observation, c'est la continuation de la circulation dans l'artère lésée, bien qu'on professe de nos jours qu'en pareille circonstance l'oblitération du vaisseau malade à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur est presque inévitable.

Celle que je publie aujourd'hui est encore plus curieuse, puisque nous voyons le calibre de l'artère également conservé, et la poche anévrismale, déjà assez vaste, revenir sur elle-même de manière à ne laisser aucune trace de sa présence, et à fournir ainsi un fait contraire à l'opinion émise par quelques chirurgiens, qui pensent que la guérison des anévrismes externes par rétraction des parois de la cavité anormale, doit être considérée comme à peu près impossible à obtenir dans les anévrismes des artères des membres, les lames celluleuses qui circonscrivent la tumeur ne pouvant jamais revenir sur le vaisseau divisé de manière à rétablir sur le point malade sa disposition normale. Je crois que cette opinion, émise d'une manière générale, est un peu hasardée, et qu'il est indispensable d'établir une distinction entre la poche anévrismale plus ou moins récente, et ne contenant que du sang encore liquide pouvant facilement être absorbé ou refoulé dans le torrent circulatoire, et entre cette même poche contenant une quantité plus ou moins considérable de caillots sanguins de densité diverse, et dont le travail d'absorption ne peut s'emparer que d'une manière souvent fort lente.

Je ne serais point éloigné de croire que, trop confiant dans les progrès récens de la chirurgie, et les connaissances plus exactes d'anatomie, nos chirurgiens modernes ne se soient laissés entraîner au-delà des limites, du moins pour le traitement de la maladie qui nous occupe, et qu'ils pratiquent la ligature lorsqu'il serait encore permis d'espérer la guérison à l'aide de moyens moins douloureux et surtout moins graves.

Une remarque à faire, c'est que, presque tous les reproches adressés à la compression sont plutôt spécieux que fondés, et portent davantage sur la manière d'exercer la compression que sur la compression elle-même. Afin de mettre plus d'ordre dans sa description, un savant professeur a considéré le traitement par la compression suivant que celle-ci est exercée: 1° directement sur le kyste anévrismal; 2° au-dessous; 3° à la fois au-dessus et sur la totalité du membre; 4° enfin, seulement au-dessus. Dans le premier cas il suppose le tourniquet de J.-L. Petit, ou le compresseur de Dupuytren appliqués sur la tumeur, et avec assez de force pour suspendre le mouvement circulatoire et conclure avec raison que l'irritation des tégumens et la douleur que le malade éprouvera obligeront à l'abandonner. Passant à la compression au-dessous du sac, cet auteur démontre facilement qu'elle a tous les inconvéniens de la ligature de l'artère d'après la méthode de Brasdor, sans en avoir les avantages.

Enfin, le mode de compression employé par Guattani, Monteggia, Fabrice de Padoue et plusieurs autres chirurgiens, et qui consistait à exercer une légère presssion sur la tumeur en même temps qu'ils comprimaient l'artère dans tout son trajet supérieur au moyen d'une compresse étroite et de bandes circulaires, offre, comme il l'observe, le grand inconvénient de diminuer l'énergie circulatoire dans toutes les artères collatérales, aussi bien que dans le tronc malade, et d'empêcher ainsi le développement des vaisseaux anastomotiques sans lesquels la circulation ne saurait se rétablir après l'oblitération de l'anévrisme. Son peu de solidité est encore un sujet de réflexion qui fait donner à ce même praticien la préférence à la compression exercée seulement sur les artères anévrismatiques au moyen du compresseur de Dupuytren, qui toutefois, ajoute-t-il, devient bientôt douloureux et insupportable pour le plus grand nombre des hommes, les plus fermes courages, les volontés les plus tenaces ne pouvant lui résister. D'après ce court résumé, aucun mode de compression ne fournit les avantages qu'on serait en droit d'en attendre, d'après les exemples rapportés par Foubert, Ast. Cooper, Guattani, Monteggia, Fabrice (de Padoue), Dubois, MM. Larrey, Verdier, Albers (de Brême), etc., etc.

Cependant, si au lieu de ces bandages qu'on suppose comprimer le membre de telle sorte qu'ils deviennent presque immédiatement insupportables, de ces appareils destinés à intercepter le cours du sang dans tout le trajet de l'artère principale, de manière à s'opposer au développement des collatérales, on admet un bandage circulaire bien fait et méthodiquement serré, que l'on aura eu soin de couvrir d'une couche de pâte d'amidon, afin qu'il ne fasse qu'une seule pièce assez solide pour qu'il ne soit pas nécessaire de le renouveler et par suite de modifier forcément son degré de constriction, qu'à cette première pièce on ajoute une douce pression exercée sur le sac anévrismal, au moyen d'un ou de plusieurs morceaux d'éponge qui doivent avoir pour but de tenir les parois du kyste affaissées de manière à les mettre en rapport immédiat avec les enveloppes du vaisseau avec lesquelles elles contractent sans doute des adhérences, et qu'on applique en outre, un peu au-dessus de la tumeur le compresseur de Dupuytren, de manière à ralentir seulement le mouvement circulatoire, on verra que les blessés pourront, comme dans le cas que je rapporte, supporter facilement sa présence, et que ce bandage n'aura pas besoin d'être renouvelé aussi souvent qu'on le prétend; les remarques élevées au sujet de la compression des collatérales tomberont, et dans les cas de nonréussite on aura préparé les voies au succès de l'opération.

Il n'est pas nécessaire de faire observer que les reflexions qui précèdent s'appliquent aux anévrismes faux primitifs diffus ou circonscrits et non aux tumeurs anévrismales de toute autre nature.

Le mode de compression dont nous venons de parler nous paraît si parfait, par suite des modifications que M. Baudens lui a apportées, que tout nous porte à croire que mieux comprise et mieux faite, celle-ci devra désormais compter un grand nombre de succès. Il n'est plus permis aujourd'hui de recourir d'emblée à la ligature avant d'avoir épuisé les moyens plus doux, plus humains et non moins précieux que l'art met en notre pouvoir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU TEMPLE.

Présidence de M. FÉLIX-LEGROS.

M. Ségalas ayant eu l'occasion d'aller à Lyon pour y pratiquer une opération de lithotritie, a visité l'établissement du docteur Pravaz. Ce médecin fait l'application de la méthode orthopédique et pneumatique dans les cas d'affections strumeuses et de rachitisme. Un rapport sur les cures opérées par M. Pravaz a été fait à la Société de médecine de Lyon, et prouve que non-seulement les moyens orthopédiques ont eu un plein succès, mais encore que l'application de la cloche pneumatique a été faite avec avantage dans les affections lymphatiques et même la surdité catarrhale.

Une énorme cloche en métal permet d'admettre dans son intérieur un individu assis, et par la raréfaction de l'air opérée par une pompe aspirante, on agit sur la surface de la peau et sur les organes respiratoires.

M. Collomb fait observer que les causes de la surdité sont fort variables, et que ce dernier moyen doit surtout agir lorsqu'il y a obstruction de la trompe d'Eustache.

M. Belhomme rappelle le moyen proposé par le docteur Ducros, de Marseille, pour la guérison de la surdité de naissance. Ce moyen consiste à cautériser le pharynx avec une dissolution de nitrate d'argent, ou du nitrate acide de mercure. Ce médecin prétend ranimer, par ce moyen, la sensibilité de la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache; cette excitation se communique de proche en proche jusqu'aux nerfs auditifs. M. Ducros a guéri radicalement plusieurs sourds-muets de naissance.

— *M. Ségalas* a vu pratiquer à Lyon l'opération propre à faire cesser le bégaiement.

M. Bonnet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville, a adopté le procédé opératoire qui consiste à faire une ponction avec un bistouri à lame étroite, au-dessous et en arrière de la mâchoire inférieure, et à couper le génio-glosse à son insertion à l'apophyse géni, sans intéresser nullement la membrane muqueuse buccale. L'opération n'est pas suivie d'hémorrhagie, ni de fistule salivaire.

— *M. Godefroy* présente à la Société un ver solitaire de 4 mètres 50 centimètres (13 pieds 3 pouces), qui a éte rendu par un ancien militaire, âgé de cinquante-trois ans. Traité d'abord sans succès par une méthode inconnue, M. Godefroy lui a fait prendre, le premier jour, 75 centigrammes de proto-chlorure de mercure; le deuxième, 45 grammes de sulfate de soude; le troisième, 60 grammes d'huile de ricin; le quatrième, 65 grammes de racine de grenadier de Portugal en décoction. Celle-ci a été divisée en trois verres: l'un a été donné à sept heures du matin, l'autre à neuf heures; il n'a pas pris la troisième dose. Le malade n'a éprouvé aucune colique, et a rendu presque immédiatement le ver solitaire.

M. Lagasquie voulant se rendre compte de l'effet d'irritation de la racine de grenadier, s'est administré une forte dose de cette substance (2 onces). Il n'a éprouvé ni maux de tête, ni coliques; il n'a même pas eû de garde-robes; de fréquentes envies de vomir se sont seulement fait sentir.

M. Gavrelle a eu l'occasion fréquente de traiter le ver solitaire au Brésil; il a donné sans succès jusqu'à quatre onces de racine de grenadier; il a employé aussi la décoction de fougère mâle: le remède de Darbon lui a paru efficace.

M. Lesage a déjà signalé à la Société l'heureux emploi de la racine de grenadier de Portugal.

M. Aubert demande s'il y a un moyen certain de reconnaître la racine de grenadier de Portugal.

M. Lesage. L'écorce est plus épaisse et mieux nourrie.

M. Félix Legros a apporté à la séance dernière deux tœnias rendus par le même individu, par l'ingestion de la racine de grenadier de Portugal.

— Dans la séance du 4 mai 1841, M. Lesage lit une observation d'empoisonnement par l'arsenic, accompagnée de réflexions sur l'insuffisance du peroxyde de fer hydraté et du traitement diurétique.

Le 10 avril 1841, madame L... avala à sept heures du soir une cuillerée à café d'acide arsénieux délayé dans un demi-verre de vin; à huit heures, n'éprouvant que peu de malaise, elle en avala une deuxième cuillerée de la même manière; à huit heures et quart, elle fut prise de vomissemens qui augmentèrent progressivement de fréquence. Ce ne fut qu'à neuf heures que les premiers soins lui furent donnés.

Un jeune médecin fut appelé, et sur l'indication de la nature du poison, apporta avec lui une bouteille remplie de 250 grammes de protoxyde de fer hydraté, et en donna à peu près la moitié à la malade. Deux heures s'écoulèrent après l'ingestion du contre-poison.

M. Lesage arriva chez la malade à onze heures: il la trouva couchée dans son lit, jouissant de la plénitude de sa raison, répondant avec lucidité à toutes les questions qui lui étaient faites, et affirmant qu'elle souffrait peu. Des vomissemens aussi fréquens qu'abondans se succédèrent. M. Lesage ne vit pas une grande altération dans les traits, le pouls était accéléré; il n'y avait que les efforts des vomissemens qui paraissaient fatiguer madame L... La chaleur de la peau était presque à l'état normal. M. Lesage recueillit les matières du premier vomissement, et s'assura si c'était bien à l'arsenic que l'on avait affaire.

A minuit, la malade était calme, et M. Lesage se retira en recommandant de substituer le peroyde au protoxyde. Dans la nuit, la malade en prit à peu près un kilogramme. Le lendemain matin, il y eut une selle abondante, les vomissemens avaient diminué. L'état de madame L... parut si satisfaisant, que le médecin ordinaire de la malade l'engagea à se lever. Mais vers dix heures du matin, les vomissemens ayant reparu, M. Lesage constata que le pouls était faible et que la chaleur de la peau était diminuée. Il ordonna des boissons diurétiques, comme le recommande M. Orfila; celles-ci furent rejetées par les vomissemens qui entraînèrent une grande partie du peroxyde de fer. La malade n'avait point uriné de la veille; on continua l'ingestion des boissons diurétiques. Dans la soirée et pendant la nuit, madame L... fut assez calme.

Le 12 avril, le pouls est faible; refroidissement général; vomissemens peu fréquens; la région de l'estomac est peu douloureuse; application de dix sangsues à l'épigastre. Vers neuf heures du matin, la malade est très faible, la parole est brève et saccadée; les pouls est petit. On administre du vin alcoolisé, frictions à la surface du corps et aux extrémités. A onze heures, délire, égarement complet de la raison; cette position se prolongea jusqu'au soir. Madame L... s'affaiblit de plus en plus et s'éteignit vers deux heures de la nuit.

M. Lesage fait suivre cette observation des réflexions suivantes:

1° Les symptômes d'empoisonnement par l'arsenic présentent des variations dont le médecin doit tenir compte;

2° Il ne faut pas s'en laisser imposer par un calme trompeur après l'administration des premiers remèdes, et l'action secondaire du poison doit exciter l'attention du médecin, dont la surveillance doit être fort active.

3° Les choses se passent chez l'homme comme chez les animaux, qui ne meurent pas moins des suites de l'empoisonnement lorsqu'on n'a pu expulser par les diurétiques, ou tout autre moyen, l'arsenic absorbé et charrié par la circulation;

4° Il est essentiel d'employer le peroxyde de fer et non point le protoxyde dont l'action est sans effet.

M. Félix Legros lit un mémoire ayant pour titre: Le strabisme, le bégaiement, nouvelle opération, l'urétroplastie, etc. L'auteur y trace l'historique des opérations nouvelles; la première, quoique avec des résultats quelque peu louches, restera, selon lui, dans la science; la seconde, qui hésite encore à dire son dernier mot, ne trouvera que des appréciations fort restreintes. Il reproche aux propagateurs enthousiastes de cette dernière opération, de méconnaître l'étiologie du bégaiement, qui, le plus souvent, est le résultat du défaut de simultanéité entre le systêne nerveux et le système musculaire; rétablir l'harmonie entre ces deux appareils, c'est, dit-il, guérir les bègues. On a vu, par cette raison, quelques passions violentes qui dérivent de l'encéphale, telles que la joie, la peur, la colère, la crainte, la surprise, donner aux bègues une guérison momentanée et même durable, ce qui explique les quelques mots plus ou moins clairement articulés qui ont suivi parfois les opérations pratiquées sur la langue; la perturbation amenée par le bistouri, dans le système nerveux, donne l'explication des phénomènes. Des résultats plus beaux et moins chèrement achetés, suivraient, selon M. Félix Legros, l'éducation, l'orthopédie des muscles phonateurs des bègues, et il rappelle, à ce sujet, l'histoire de cette dame américaine qui parvint à guérir son élève en l'habituant à porter sa langue, lorsqu'elle parlait, derrière les dents incisives supérieures.

M. Félix Legros rapporte qu'un de ses cliens s'est guéri du bégaiement par la seule perte de ses dents, et il en vient à proposer assez plaisemment l'avulsion comme moyen curatif du bégaiement.

Cette critique ne l'empêche pas de rendre toute justice à M. Dieffenbach, chirurgien de Berlin, à qui sont dues les opérations de rhinoplastie et d'urétroplastie, qui, dans ces derniers temps, ont été de nouveau pratiquées par MM. Ségalas et Ricord, et si l'Italie, ajoute M. Félix-Legros, a élevé autrefois à Tagliaco, le restaurateur de quelques nez des statues, où il était représenté avec un de ces organes à la main, quelle grandiose statue la France ne devrait-elle pas à MM. Ségalas et Ricord, qui viennent de rétablir un organe d'une bien autre importance; la difficulté serait de montrer ces messieurs tenant à la main, comme Tagliaco, la partie restaurée !

M. Ségalas, à propos de la communication de M. Félix Legros, se livre à quelques considérations physiologiques; il pense qu'il y a action nerveuse dans le bégaiement, dont on ne tient pas suffisamment compte; il s'appuie de l'opinion de M. Brachet, de Lyon, qu'il a eu occasion de voir dans cette ville, à la Société de médecine; il a aussi entendu discuter sur ce sujet M. Imbert, qui pense qu'on devrait médicamenter les sujets avant de les opérer. M. Ségalas insiste aussi sur ce fait important, qu'il y a souvent menace de suffocation après la section des génio-glosses parce que la langue est fortement entraînée en arrière.

— Dans la séance du 1er juin, *M. Collomb*, fait un rapport sur un ouvrage intitulé : Mémoires de médecine et de chirurgie pratique, par le docteur Martin, de Lyon. Ce praticien a donné dans ce livre les résultats les plus importans de sa longue pratique à l'hôpital de la Charité de cette ville. L'auteur a rencontré une descente de matrice complète qui n'avait pas empêché la fécondation. L'avortement eut lieu à trois mois de grossesse. La matrice étant hors la vulve, on eut le curieux spectacle de la dilatation successive du col par l'effet de la contraction de cet organe.

M. Martin eut l'occasion d'observer la rage qui avait été déterminée par la morsure d'un loup enragé. Plusieurs personnes avaient succombé, mais une jeune fille dont ont avait cautérisé la plaie avec du beurre d'antimoine, deux jours après la morsure, fut préservée de l'hydrophobie.

M. Martin a eu de fréquentes occasions d'examiner des fœtus expulsés par l'avortement avant le deuxième mois; le fœtus se dissout dans l'eau de l'amnios qui prend les caractères d'une dissolution gommeuse sans nul vestige d'embryon. Le placenta peut rester encore long-temps dans l'utérus. Au quatrième mois on distingue les rudimens du cordon ombilical. Au cinquième mois le fœtus se flétrit, se dessèche; le placenta éprouve souvent le même état de dessèchement; l'eau de l'amnios manque et enveloppe le fœtus sous forme d'une humeur épaisse. Du cinquième au neuvième mois le petit cadavre se macère, augmente de volume, devient friable et se ramollit; l'épiderme se détache et forme des phlyctènes, et malgré ce commencement de décomposition on ne sentait qu'une odeur fade, nauséabonde; il n'y a que dans le cas où l'air peut pénétrer autour du fœtus, qu'il exhale une odeur infecte.

Le fait de conservation du fœtus desséché dans la cavité utérine intéresse la médecine légale : supposons qu'une femme soit enceinte au moment du départ de son mari pour un voyage de long cours, que son enfant ait cessé de vivre à trois ou quatre mois et que cependant l'accouchement n'ait lieu qu'au neuvième mois, dirait-on qu'il y a adultère après l'inspection juridique de ce cadavre d'enfant.

M. Martin rapporte plusieurs observations de grossesses doubles, dans lesquelles un des fœtus étant mort, le second a continué à vivre; il signale le fait suivant comme digne de remarque : Le 19 février 1810, la femme Charvolain, âgée de quarante-trois ans, au septième mois de sa grossesse, accoucha d'un enfant qui paraissait mort depuis plusieurs jours; comme on allait chercher le cordon, on sentit un autre enfant; le col se resserra, se referma. L'accouchée garda le repos, et, le mois après, mit heureusement au monde une fille bien portante. Cette femme était tombée sur la glace quinze jours avant l'expulsion du premier fœtus.

L'imperforation congéniale du col de l'utérus est un fait très anciennement connu, Hippocrate en a fait mention. Quant à celle qui survient accidentellement après la conception, son existence a été vivement contestée par Baudelocque et M. Martin aîné, frère de l'auteur dont nous signalons les observations. C'est pour réfuter cette imposante autorité qu'il a réuni plusieurs observations dont voici les conclusions.

On peut rencontrer au moment de l'accouchement non-seulement une oblitération incomplète du col utérin, mais encore une occlusion complète formant un obstacle insurmontable à sa terminaison. Si dans ce cas on n'aide pas la nature, deux observations citées d'après Armand et Montane prouvent que l'accouchée succombe.

On reconnaît l'oblitération aux signes suivans : surface plane qui termine le vagin, et dont la circonférence est intimement unie à l'extrémité de ce conduit; dépression ou léger enfoncement sur un des plans de cette surface où se forme à chaque contraction un anneau circulaire qui durcit en se fronçant pendant les douleurs.

L'auteur rapporte plusieurs cas où l'adhérence des deux lèvres n'était pas très intime : il a pu la rompre avec l'extrémité du doigt indicateur. Quand ce procédé est insuffisant, il faut pratiquer l'opération césarienne vaginale.

— *M. Ségalas* a eu l'occasion de faire l'application de la lithotritie chez les enfans. A Lyon, on pratique principalement la lithotomie; et, chose remarquable, les calculs sont formés généralement d'oxalate de chaux, surtout chez les enfans appartenant à la classe pauvre.

— *M. Rapatel* a observé à Montreuil une jeune fille affectée d'un érysipèle au bas-ventre qui s'étendait jusqu'aux grandes lèvres qui étaient fortement tuméfiées et noirâtres; ayant pratiqué le toucher chez cette jeune fille, il retira du vagin quatre billes semblables à celles qui servent aux jeux des enfans. ! trois autres billes furent ensuite retirées du même endroit, mais elles étaient renfermées dans un petit sac; la jeune fille n'a jamais voulu avouer l'origine de ces corps étrangers.

M. Bonnassis a retiré à deux reprises différentes des concrétions très dures développées entre le clitoris et son prépuce chez une petite fille.

— *M. Toirac* a vu une hémorrhagie survenir au bout de cinq jours de l'avulsion d'une dent chez une jeune dame.

M. Bonnassis a observé également, chez un jeune homme, une hémorrhagie qui suivit l'extraction d'une dent; on fut obligé d'employer la cautérisation.

— *M. Félix Legros* lit une observation qui a pour titre : « Chute d'une hauteur de 20 pieds; mort subite arrivée en ma présence. »

Le médecin est rarement témoin oculaire de ces accidens qui terminent subitement la vie : le hasard m'ayant fourni cette triste occasion, je vais en peu de mots rendre compte de mes impressions et des idées qu'elles m'ont suscitées.

Lundi, 17 mai, vers neuf heures du soir; sur le boulevart Bonne-Nouvelle, je vis tout à coup une masse noire traverser l'espace et tomber en face de moi avec un bruit sourd accompagné d'un autre bruit de brisement que je ne saurais définir. C'était un homme qui, tombé de la fenêtre du premier étage de l'établissement connu sous le nom de Café-Spectacle, venait de se briser la tête à mes pieds.

Revenu d'une pénible surprise, j'examinai ce malheureux : un sang abondant sortait par le nez et la bouche; le pouls ne se sentait pas. Transporté immédiatement au corps-de-garde qui est en face, je l'y suivis; le visage n'offrait aucune trace de lésion extérieure : il était pâle, les paupières baissées, la pupille dilatée. En touchant le front, on sentait au-dessus de l'arcade sourcillère droite un enfoncement avec crépitation qui remontait du coronal vers la partie externe du pariétal droit, sans plaie à la peau. Du reste, aucun mouvement, chaleur diminuée. Il se fit un imperceptible mouvement de la poitrine qui ne fut remarquable que par une plus grande quantité de sang qui s'échappa des narines et de la bouche, et qui sembla indiquer une dernière expiration.

Le passage de la vie à la mort fut donc prompt; c'était le cas de dire avec le poète: *Unâ eademque viâ sanguis animusque sequuntur.*

Quels phénomènes s'étaient donc passés dans cette organisation, si puissante encore quelques minutes avant? Quel rouage, quel ressort s'était brisé dans cette mécanique vivante? Le moteur principal de la contractilité et de la sensibilité avait tout à coup arrêté sa marche, il s'était brisé contre la résistance d'une puissance extérieure; en d'autres termes, le cerveau avait éprouvé une commotion telle que l'influence nerveuse avait cessé immédiatement de se faire sentir sur le cœur qui, n'étant plus stimulé, avait interrompu ses fonctions.

Bichat explique la mort du cerveau autrement. Il pensait que les vaisseaux étaient les agens exclusifs de l'influence du cœur sur la vie de l'encéphale; mais on sait aujourd'hui que ces organes sont essentiellement soumis à la puissance nerveuse. Voici, au surplus, le tableau que trace notre grand physiologiste de la succession des phénomènes qui suivent le genre de mort dont il est question :

1° Interruption de l'action cérébrale;
2° Anéantissement de l'action de tous les muscles de la vie de relation, et même des intercostaux et des diaphragmes;
3° Plus de phénomènes mécaniques de la respiration;
4° Plus de phénomènes chimiques dans le poumon;
5° Abord du sang noir dans les cavités du cœur;
6° Affaiblissement et cessation de l'action des fibres de ce viscère;
7° Cessation de la circulation générale;
8° Mort de tous les organes;
9° Abolition de la chaleur animale.

M. Félix-Legros fait remarquer que le malheureux jeune homme est tombé d'une hauteur de vingt pieds seulement; ce qui prouve que ce n'est pas la hauteur de la chute, mais bien la gravité de la blessure qui a été la cause immédiate de la mort.

M. Félix-Legros a vu pendant son long séjour à l'Hôtel-Dieu, un grand nombre d'individus, des maçons surtout, qui n'avaient que des lésions très légères après des chutes de lieux fort élevés.

La *Gazette des Hôpitaux* du 6 mars cite un fait non moins curieux, emprunté à la clinique de M. Pasquier fils; c'est celui d'un tapissier qui, occupé aux travaux exécutés aux Invalides lors de la translation des cendres de Napoléon, tomba du haut du dôme (82 pieds) sans accidens sérieux.

M. Ségalas dit à ce sujet que la mort la plus prompte n'est pas celle qui arrive par le cerveau; ses expériences lui ont prouvé que c'est par la moelle allongée. Il croit que dans le sujet dont a parlé M. Félix-Legros, la commotion a dû s'étendre à la moelle allongée.

M. Toirac ajoute que la mort par blessure du cerveau n'est pas toujours aussi subite; il a vu, pendant les émeutes de Paris, un homme avoir la tête traversée par une balle, et donner long-temps encore des signes de vie.

M. Félix-Legros répond qu'une blessure du cerveau est moins grave qu'une commotion de cet organe, et qu'une commotion avec fracture est encore chose remarquable, moins grave, qu'une commotion sans lésions des os du crâne; il a vu un cas semblable à celui de M. Toirac, c'est celui du limonadier Giraud, âgé de 23 ans, rue de la Ferronnerie, n° 8, qui reçut, le 29 juillet 1830, une balle qui traversa le front, le cerveau, et alla se perdre contre les os de la voute de cet organe. Apporté à l'Hôtel-Dieu, on parvint à se rendre maître des accidens, et, en pleine convalescence, il fut dirigé sur l'établissement de Saint-Cloud, où le 14 novembre il se donna une violente indigestion qui se termina par une arachnitis mortelle.

BELHOMME, *secrétaire-général.*

TRAITÉ DE LA MORT APPARENTE,

Des principales maladies qui peuvent donner lieu aux inhumations précipitées; des signes de la mort.

Par J.-B. VIGNÉ, D.-M. (1).

Il y a long-temps que des hommes de cœur et de conscience se sont occupés de la grave et solennelle question de la mort apparente. Elle a été traitée avec une grande supériorité de vues par Thierry, docteur-régent et médecin consultant de Louis XIII; par Mulot, par le célèbre Désessarts, et avant et après eux par beaucoup d'autres; mais tous ces hommes de bien se sont endormis dans la tombe, et le temps, qui emporte tout, a presque effacé aujourd'hui jusqu'à la trace de leurs précieux ouvrages si riches d'enseignemens et de faits et de ces sublimes vertus que nous appelons humanité, philanthropie, charité.

Devant une perte si regrettable, il appartenait au médecin dont la carrière a constamment été marquée au sceau de la probité et du dévouement, de continuer l'œuvre de ses devanciers, et d'attacher avec eux son nom à un acte de haute moralité. A ce titre, l'apparition du livre de M. Vigné ne nous a nullement surpris, et nous nous croyons dès à présent en mesure de pouvoir assurer que son livre restera dans la science comme un phare lumineux élevé par une main pieuse pour éclairer les humains sur leurs plus chers intérêts.

Pourtant, notre éloge ne sera pas sans restriction; nous ajouterons qu'il s'adresse moins au livre lui-même qu'à la pensée généreuse qui a présidé à sa composition.

En effet, c'est une belle et noble tâche que celle de défendre la vie et de la disputer à la mort jusque sur les limites extrêmes des dernières ressources. Il y a même de l'honneur à s'engager avec persévérance dans une pareille voie et à la parcourir en tous sens pour le plus grand bien de l'humanité. Mais cela ne dispense pas cependant de quelques autres devoirs qui se lient à toute entreprise sérieuse : ainsi, par exemple, lorsqu'après de longues épreuves, voulant parler de son expérience, on se décide à déposer ses travaux et ses armes aux pieds de la critique, lorsqu'on veut écrire pour éclairer les autres, on doit, à notre avis, s'attacher avant tout et par-dessus tout à être clair, méthodique et précis, particulièrement lorsqu'on s'adresse aussi aux gens du monde. Or, M. Vigné nous semble avoir complétement oublié ce principe si utile au succès, et par malheur nous sommes forcé de dire que la facilité de son style ne rachète pas toujours le défaut ou le désordre de l'ordonnance du sujet qu'il a abordé.

Disons tout, le plan qu'il a adopté est défectueux, tiraillé et heurté, et son livre est plutôt une collection de mémoires ou de notes qu'un tout se déveleppant de concert et de front; puis les détails, presque toujours trop longs, sont parfois si étrangers au sujet principal, qu'ils rappellent incessamment à l'esprit cette vieille et bonne critique d'Horace : *Non erat hic locus.*

Ce n'est pas de la sorte que l'on procède ordinairement. Voyez plutôt comment en use sur un autre terrain l'hôte empressé, qui désire faire les honneurs de son habitation à quelque étranger de distinction; il le mène successivement d'appartement en appartement, en *entrant par la porte* et en commençant toujours par les pièces qui d'après la distribution locale commandent toutes les autres; et s'il revient sur ses pas pour fixer l'attention sur ce que les dépendances ont de plus saillant et de plus agréable, ce n'est qu'à la fin, quand il a tout montré, tout ouvert, tout expliqué.

Malheureusement M. Vigné a perdu de vue ce point important; et la preuve, c'est que dans son monument littéraire, il vous introduit en quelque sorte *par la fenêtre*, et qu'en le suivant fidèlement vous trouvez juste la porte d'entrée à l'extrémité de l'édifice. — Expliquons-nous, et soyons sobre désormais de toute métaphore embarrassante.

On nous a livré un Traité de la Mort apparente. Un *Traité*... Par conséquent nous étions en droit de compter: 1° sur quelques questions préjudicielles jetées là comme un exorde en tête d'un discours dour préparer l'auditoire et pour l'émouvoir; 2° sur une large exposition du sujet, indiquant à la fois le but, les tendances et les croyances de l'auteur; 3° sur une histoire complète grossie de tous les travaux du maître, de ses recherches, de ses critiques, de ses enseignemens; 4° sur un résumé théorique et pratique offrant en quelque sorte à l'état de condensation les idées-mères, les principes et toutes les conclusions présentées de manière à graver le tout ensemble dans l'esprit du lecteur.

Nous nous sommes trompé; toutes ces choses ne se trouvent qu'à l'état latent ou de confusion dans le livre dont nous donnons l'analyse, et c'est seulement par une opération de l'esprit, par un *choc en retour* souvent répété qu'on parvient à les saisir, à les retrouver.

En somme, le livre de M. Vigné est simplement le produit combiné de deux mémoires, l'un sur l'asphyxie des noyés, l'autre sur les dangers des inhumations précipitées. Tous les deux sur-composés de longues et savantes discussions sur les diverses asphyxies, sur la syncope, la léthargie et l'apoplexie. Mais point de généralités par ordre de filiation, point d'historique ou de faits bien nouveaux; encore moins de questions préjudicielles, à moins que vous ne vouliez accepter comme telles quelques phrases comme aphoristiques, dont un des paragraphes que voici paraîtra sans doute peu orthodoxe à certains casuistes... L'Être suprême, dit notre auteur, a donné à l'homme une *substance* pareille à la sienne. Est-ce bien une substance que M. Vigné a voulu dire? Enfin, nous avons vu avec peine que le chapitre des signes de la mort, qui aurait dû se trouver au commencement du livre, était précisément rejeté à la fin. C'est, nous l'avouons, ce qui nous a fait dire déjà, en termes peut-être trop familiers, que l'auteur avait ouvert son livre par l'extrémité opposée.

Au demeurant, nous voulons être juste envers M. Vigné, et pour le lui prouver nous dirons que ses critiques, ses réflexions et ses avis, toujours empreints d'une parfaite loyauté, sont constamment exprimés en termes pleins de convenance et d'urbanité, ce qui lui fait honneur et mérite d'être signalé à notre époque, où les hommes en général, et les médecins en particulier, se respectent fort peu, et se conforment rarement, à l'égard les uns des autres, aux traditions distinguées et aux préceptes délicats de la vieille et bonne éducation.

Nous reconnaissons aussi que M. Vigné a enseigné avec une attention et une sollicitude toute religieuse, d'excellens moyens pour rappeler à la vie et ranimer jusqu'à la dernière étincelle du feu vital, chez ceux-là même qui sembleraient déjà n'appartenir désormais qu'à la mort. Grâces lui soient rendues, et que chacun s'applique à connaître les puissantes ressources qu'il indique, afin de pouvoir, au besoin, en faire usage dans ces momens terribles qui peuvent devenir encore plus cruels.

Pour lui, la privation de sentiment, l'absence de la circulation et de la respiration, la raideur cadavérique, l'insensibilité de l'iris et même la flaccidité des yeux, ne sont que des signes incertains et douteux; — la putréfaction seule est le signe infaillible de la mort, et c'est ici le cas de le dire, les taches livides et l'odeur cadavérique ne suffisent pas encore toujours pour constituer la putréfaction. — L'auteur de la Mort apparente a eu le bonheur et la gloire de rappeler à la vie deux malades privés de sentiment et de mouvement, et dont le corps, tout couvert de taches noirâtres, exhalait une odeur infecte... Prenez acte du fait, car il émane d'un homme d'une rare probité. Sachez-le bien, la putréfaction n'est évidente et confirmée qu'autant que l'épiderme se ride, se détache, et que la peau est devenue successivement grisâtre, puis verte et noirâtre. Telle est l'opinion de l'auteur, qui s'exprime ainsi à la page 282 de son très utile ouvrage :

« Or, jamais on ne sera trompé sur la présence réelle de la mort en voyant l'épiderme se rider, se détacher; la peau, de pâle et de grisâtre qu'elle est d'abord, devenir verte, puis noirâtre, se boursoufler, se soulever, se ramollir; et l'odeur d'abord fade et nauséabonde, puis toujours plus insupportable dans la marche toujours croissante de cette putréfaction, servira elle-même à la rendre encore plus certaine. »

Plus loin, M. Vigné appelle l'attention sur la nécessité de la consécration d'une loi nouvelle que nous appelons aussi de tous nos vœux; il voudrait qu'elle s'expliquât ainsi :

« Nul ne sera enseveli, déposé dans le cercueil, inhumé, avant l'apparition des signes caractéristiques de la mort;

» Dans cet espace de temps, quelle qu'en soit la durée, le mort supposé restera sous la tutelle et sous la responsabilité de la famille, de la garde et du médecin qui l'aura traité, tous les secours possibles devant encore par eux lui être administrés.

» Aussitôt que le médecin aura reconnu la mort véritable, il en exposera clairement tous les traits dans un bulletin sur papier libre;

» Ce bulletin sera remis à l'officier de l'état-civil, qui de suite ira s'assurer du décès et permettra l'ensevelissement et l'inhumation alors devenues indispensables, légitimes. »

Nous le répétons, nous donnons notre adhésion complète à la pensée philantropique qui a fait parler le cœur de M. Vigné, et qui semble l'avoir préoccupé toute sa vie. Enfin, nous engegeons d'autant plus nos confrères à faire cause commune avec l'auteur, que nous avons toujours eté étonné et indigné de l'abandon criminel dont on se rend coupable à l'égard des personnes que la faux semble avoir moissonnées..... Voyez ce qui se passe le plus ordinairement : on se hâte de les dérober aux regards; tout le monde se cache ou s'enfuit, et trop souvent on livre au gouffre des tombeaux de prétendus morts encore vivans.

Honneur donc à celui qui cherche avec persévérance à rendre impossible le plus affreux de tous les supplices, en popularisant des faits depuis long-temps démontrés, qui attestent, aujourd'hui comme toujours :

1° Qu'il existe un intervalle notable entre l'apparence et la réalité de l'extinction complète de la vie;

2° Que cet intervalle qui, dans certaines affections nerveuses, peut durer plusieurs jours, est en raison inverse de la durée de la maladie;

3° Que l'homme est, de tous les êtres qui respirent, celui chez qui la vie peut sommeiller le plus long-temps sous les apprêts même des funérailles;

4° Qu'il n'y a qu'un signe infaillible de la mort, la *putréfaction;*

5° Qu'une infinité de personnes asphyxiées, tombées en léthargie ou retirées de l'eau avec les signes ordinaires de la mort, ont été rappelées à la vie et comme ressuscitées par les mains secourables de quelques amis.

Honneur encore à l'homme de bien qui a su parler aux consciences sans les tourmenter, et ramener chacun au sentiment du devoir sans l'affliger. Déjà le ministre a récompensé ses efforts en souscrivant honorablement à plusieurs de ses productions; il n'en restera pas là, sans doute, avec un savant aussi distingué: nous l'espérons du moins; et d'avance nous disons à notre honorable confrère qu'il ne lui arrivera jamais autant de bonheur que nous lui en souhaitons, nous tous qui le connaissons.

Dr ED. AUBER.

TRAITÉ COMPLET DE L'ART DU DENTISTE,

D'après l'état actuel des connaissances,

Contenant la description anatomique de la bouche et de ses dépendan-

(1) Un volume in-8° de 340 pages. — Chez Béchet jeune et Labé.

ces, les phénomènes de la première et de la seconde dentition, les maladies de l'organe dentaire et celles de la bouche; les soins hygiéniques de la bouche à toutes les époques de la vie, les opérations qui appartiennent essentiellement à l'art du dentiste et les divers instrumens qui conviennent à chacune de ces opérations; enfin, les différens moyens mécaniques à l'aide desquels on peut réparer les pertes qu'éprouve l'organe dentaire; suivi d'une bibliographie des auteurs qui ont écrit sur l'art du dentiste;

Par F. MAURY, dentiste de l'École royale Polytechnique.

Troisième édition, complétée et mise au courant de la science, au moyen d'un grand nombre de notes; par PAUL GRESSET, ex-chirurgien dentiste des écoles communales et du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Paris, de la Société protestante de prévoyance, de plusieurs institutions, etc. (1).

Le livre dont nous annonçons aujourd'hui la troisième édition est un de ceux qui ont survécu aux nombreuses publications qui ont lieu annuellement, et dont la plupart meurent en naissant; ou bien elles mènent une existence tellement maladive qu'elles finissent par disparaître sans laisser aucune trace, si ce n'est celle de leur nullité.

Le traité de M. Maury sur l'art du dentiste est loin de mériter ce dernier reproche; il mérite, au contraire, d'être signalé et classé parmi les ouvrages utiles, et doit être recommandé d'une manière toute particulière aux jeunes praticiens, les uns pour continuer, et les autres pour se livrer à l'étude de la chirurgie dentaire.

L'auteur a apporté le plus grand soin dans la composition de ce livre; de longues et laborieuses recherches, et une pratique de vingt années l'ont mis à même de recueillir un grand nombre de matériaux parmi lesquels il a puisé, afin de mettre l'ouvrage en harmonie avec l'état de la science.

Ce Traité de l'art du dentiste est divisé en trois parties; la première est consacrée à l'anatomie de la bouche et de ses dépendances. L'auteur avait un peu négligé cette description; elle a été réparée et complétée dans cette troisième édition d'une manière tout à fait satisfaisante, par les nombreuses notes que M. Paul Gresset a bien voulu intercaler à mesure que le besoin s'en faisait sentir. Ces notes, qui sont fort nombreuses, claires et précises, mériteraient plutôt le nom d'appendice; car elles forment, sous le rapport de l'anatomie de la bouche, un travail complet. Cette première partie contient les phénomènes que l'on rencontre dans la première et la seconde dentition, ainsi que les maladies de l'organe dentaire et celles de la bouche.

On trouve dans la deuxième partie l'hygiène dentaire à toutes les époques de la vie; la partie thérapeutique y est aussi traitée d'une manière détaillée et fort complète.

L'auteur a beaucoup insisté sur les opérations qui sont du ressort du dentiste et qui appartiennent essentiellement à son art. On trouve aussi, dans cette deuxième partie, l'énumération des instrumens qui conviennent à chacune des opérations.

La troisième partie contient la mécanique dentaire ou l'odontotechnie proprement dite, et des moyens mécaniques à l'aide desquels on peut réparer les pertes qu'éprouve l'organe dentaire. Cette partie est fort importante, et sera d'un secours très puissant pour la fabrication des dents artificielles.

L'auteur, voulant rendre son livre utile, y a joint un vocabulaire descriptif des outils et instrumens qui doivent composer le matériel du cabinet et de l'atelier du dentiste.

Une bibliographie des auteurs qui ont écrit sur l'art du dentiste, ainsi qu'une table fort bien détaillée du contenu de l'ouvrage, finissent l'œuvre toute pratique que nous a donnée M. Maury.

De nombreuses notes sur toutes les parties ont été ajoutées par M. Paul Gresset.

Cet ouvrage est accompagné d'un Atlas de planches au nombre de 42, lesquelles représentent 450 figures, et offrent un recueil de ce que doivent connaître et posséder ceux qui se livrent à la profession de chirurgien dentiste.

Le plan qui a été suivi dans cet ouvrage et l'ordre méthodique qui y règne, doivent continuer à lui assurer son succès et le faire ranger parmi les ouvrages classiques. K. Z.

(1) Deux vol. in-8°, dont un contenant 42 planches, suivies de leur explication. Prix: 12 fr. — Paris, chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Usage interne du sulfate de zinc dans la blénorrhagie et la leucorrhée; par M. GRAHAM.

L'auteur n'ayant pu parvenir à guérir dans tous les cas la blénorrhagie par l'emploi du baume de copahu, du poivre cubèbe et des divers médicamens usités en pareil cas, résolut de donner à ses malades des pilules composées avec le sulfate de zinc et de l'huile de térébenthine commune.

Il faisait d'abord prendre une de ces pilules, contenant 15 centigram. de sulfate de zinc, une le matin, une à midi et la troisième le soir; et suivant l'état du malade, il a augmenté jusqu'à faire prendre deux de ces pilules trois fois par jour.

Dans aucune occasion la remède n'a manqué de réussir, et sans qu'il fût nécessaire d'en seconder les effets par des injections. Lorsque les malades avaient fait usage pendant huit ou dix jours du moyen conseillé, la maladie s'arrêtait; mais il faut, comme dans les autres traitemens, une abstinence complète des liqueurs alcooliques, sans quoi la maladie traînerait en longueur.

M. Graham a guéri par le même moyen une leucorrhée qui durait depuis six mois. (*Edinb. med. journ.*)

Emploi de l'emplâtre de belladone dans le cas de palpitations nerveuses.

Le docteur Seccipson fait appliquer cet emplâtre sur la région du cœur pour calmer les violentes palpitations, et le docteur Laycock dit avoir retiré de grands avantages de cette pratique. Il assure que l'emplâtre de belladone guérit l'irritation nerveuse de la vessie et du rectum. Dans ces cas, l'emplâtre doit être fait avec l'extrait pur, étendu sur du linge ou de la peau, et appliqué humide au sacrum ou au périnée. Cependant il préfère, dans les cas d'irritabilité de la vessie, un emplâtre narcotique fait avec de l'opium en poudre et du cérat savonneux; un pareil épithème suffit quelquefois pour mettre le malade en état de ne pas uriner une seule fois pendant la nuit.

(*Journ. de Chim. méd.*)

Procès intenté par la Société des apothicaires d'Irlande à un homme qui s'était permis d'exercer la pharmacie sans titres légaux.

Le 29 juillet 1841 sont comparus devant les assises de Chester et un jury spécial, présidés par lord Abinger, MM. John Jervis et E.-N. Williams, au nom de la Société des apothicaires, demandant l'application de l'article du code pénal mentionné dans l'ordonnance de George III contre un homme soi-disant apothicaire qui exerce depuis trois ans la pharmacie à Great-Budworth sans titre légal. L'article mentionné dans l'ordonnance dit que toute personne qui se permet d'exercer l'apothicairerie sans avoir subi les épreuves d'usage et obtenu une patente en règle de l'Apothicairerie centrale (Apothecarie's hall) est passible d'une peine de 20 l. (500 fr.) La société demande l'application pure et simple de la loi. L'accusé n'est pas présent et il ne s'est fait représenter par personne. On passe à l'audition des témoins.

— Thomas Clarke, fermier, déclare avoir été malade vers le milieu de janvier dernier; il a eu la petite-vérole et a perdu un œil à la suite de cette maladie. L'accusé l'a soigné, lui a fourni des médicamens, puis il lui a envoyé un bill (une note) qui a été payé par son père.

— Second témoin. Hebert Thomas déclare qu'il allait habituellement chercher des médicamens à la maison de l'accusé pour le témoin précédent pendant sa dernière maladie. Le bill était envoyé chaque fois, et pour les médicamens et pour les visites, et était acquitté à l'accusé lui-même.

— Troisième témoin. Harriet Nixon, épouse d'Abraham Nixon, demeurant à Great-Budworth, déclare que son mari a été malade au printemps dernier; il a eu de la toux, et a été soigné pendant une semaine ou plus par l'accusé. Elle est allée elle-même la première fois chercher l'accusé pour son mari. A la première visite, l'apothicaire a dit que le malade avait la fièvre *typhus*. Il a reçu un jambon pour ses honoraires: ce jambon pesait 13 livres, et se vendait alors au prix de 9 pence (18 sous) la livre. Le témoin demande que le montant du jambon lui soit rendu.

— Quatrième témoin. Sarah Johnson, mère du dernier témoin, déclare se rappeler que son gendre a été malade, qu'il avait une mauvaise toux et de la gêne à la respiration. Elle est allée appeler l'apothicaire; on lui devait un bill de quatre schilling (5 francs) pour une visite précédente; il a hésité, et a répondu qu'il ne savait pas s'il pouvait ou non aller: on est retourné l'appeler, et on lui a porté un jambon. Le témoin déclare qu'elle ne savait que faire dans une circonstance si pressée, et qu'elle lui avait porté un jambon pour acquitter le bill. Alors le pharmacien est allé voir le malade, et a dit qu'il avait la fièvre typhus. Le témoin est allée une seule fois chercher des médicamens chez l'accusé pour son gendre; c'étaient des pilules.

— L'un des avocats de la Société, M. Jervis, dit à la cour qu'il est prêt à prouver l'évidence des faits par d'autres témoins, si on le jugeait nécessaire.

— Lord Abinger se lève, et parle ainsi au jury: « Une action a été intentée devant vous par la compagnie des apothicaires, dans le but d'empêcher une personne non instruite (uneducated) de pratiquer l'apothicairerie. C'est une chose d'une grande importance pour la santé publique que les personnes qui sont incapables de comprendre les médicamens qu'elles délivrent, ne puissent exercer. Il est, en conséquence, devenu nécessaire d'exclure de la pratique de la profession tous ceux qui n'ont pas été convenablement élevés pour cela. Un acte a été passé dans ce but sous le règne de George III, par lequel il est établi que si un homme se permettait de pratiquer l'apothicairerie, à moins toutefois d'avoir déjà pratiqué cet art (car la loi n'atteint pas les vieux praticiens), sans avoir un certificat de l'École de pharmacie (Apothicarie's hall), il serait passible d'une amende de 20 liv. sterl. Dans le cas actuel, l'accusé ne paraît pas se trouver dans la catégorie des apothicaires exerçant antérieurement à la loi, puisque sa pratique ne commence qu'au mois de juillet 1839, ou peu de temps avant. Il ne paraît pas d'ailleurs avoir un certificat, puisqu'il n'est pas venu se défendre; en conséquence, il a semblé au savant président (textuel) que le jury pouvait librement conclure que l'accusé n'avait pas les qualités requises pour exercer l'apothicairerie. Le savant président a fait observer, en outre, qu'en exerçant l'apothicairerie l'accusé ne l'avait pas fait sans rémunération, puisqu'il avait reçu jusqu'à un jambon pour paiement d'une visite; il lui paraissait par conséquent, si le jury ne voyait pas d'objection à l'évidence des faits, que le cas méritait un verdict de culpabilité.

Le jury a rendu un verdict favorable aux plaignans, et de pénalité contre l'accusé. (*Dublin medical press*, 18 août 1841.)

Nous recevons une lettre de M. Textor fils, qui nous dit que dans le deuxième fait communiqué par M. le professeur Textor, de Wurtzbourg, et sur lequel M. Larrey a fait un rapport (*v.* Académie de médecine, dernier numéro), il s'agissait « d'une amputation coxo-fémorale faite avec un plein succès chez un jeune campagnard de vingt-un ans, affecté de gangrène spontanée à la cuisse droite. L'opération fut pratiquée le 10 février 1841, et la guérison était complète le 10 juin. »

M. MONNERET, agrégé à la Faculté de médecine, commencera lundi prochain, à neuf heures (amphithéâtre de M. Bouillaud), des leçons de clinique médicale.

Visites tous les jours dans les salles de M. le professeur Andral, de sept à neuf heures du matin.

Leçons à l'amphithéâtre les lundis, mercredis et vendredis.

— Depuis le 2 septembre, le Journal est imprimé en caractères entièrement neufs, et contient beaucoup plus de matières.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 7 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE) N° 108, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections squammeuses. — Hydrothérapie.

L'ordre des squammes, dont nous allons vous entretenir, comprend trois divisions, savoir, l'*ichtyose*, qui est caractérisé par l'état écailleux des tégumens; le *pityriasis*, qui se reconnaît à de simples desquammations furfuracées, et le *lepra*, offrant à considérer des plaques squammeuses plus ou moins étendues.

Dans l'ichtyose, la peau est sèche, terreuse, rugueuse, imperméable et recouverte d'un épiderme fendillé, formant des écailles dures, plus ou moins analogues à celles de certains poissons, et fort adhérentes à la peau. Cette affection est souvent héréditaire et ordinairement congéniale. Bien que l'on voie souvent les écailles se détacher spontanément à certaines époques de l'année, la peau n'en conserve pas moins un aspect grisâtre terreux, et ces écailles ne tardent pas à se reproduire.

Cette maladie est ordinairement incurable, et tout au plus peut-on, au moyen de bains alcoolisés, de bains de vapeur, de sudorifiques, amener un état momentané d'amélioration. Cependant lorsqu'elle est accidentelle, ce qui arrive rarement, ces moyens offrent quelque chance de succès. Elle affecte ordinairement toute l'étendue des tégumens. Certaines parties du corps semblent toutefois hors de ses atteintes; ce sont le visage, les parties génitales, le devant de la poitrine, la paume des mains. D'autres fois, et surtout lorsqu'elle est accidentelle, elle ne se montre qu'aux membres supérieurs ou inférieurs. Les sujets qui en sont atteints sont d'une constitution un peu chétive, languissante; ils ne sont point exempts d'autres affections cutanées.

Le pityriasis, ainsi nommé par les Grecs, est la même maladie que celle que les Latins ont décrite sous le nom de *porrigo*; et c'est à tort que Celse, en parlant de cette dernière, lui assigne un caractère pustuleux en la confondant avec la teigne.

Le pityriasis est une affection superficielle de la peau, s'accompagnant d'une légère coloration rosée ou quelquefois d'une autre teinte, et n'offrant d'autre caractère qu'une desquammation de l'épiderme, tantôt en petites lamelles blanchâtres, tantôt en molécules pulvérulentes, *furfuracées*. Cette maladie offre plusieurs variétés remarquables.

1° Le pityriasis *simplex*. — Il siége le plus ordinairement dans la barbe, aux sourcils, sur le cuir chevelu. Dans cette variété, la peau conserve, à peu de chose près, sa couleur naturelle; mais on y observe de la sécheresse accompagnée d'un peu de rugosité, avec desquammation furfuracée ou lamelleuse de l'épiderme. Quelques boissons laxatives, des lotions salines, des bains alcalins ou sulfureux, quelques douches de vapeur suffisent en général pour dissiper ce pityriasis. Lorsqu'il affecte le menton, il faut se servir du rasoir avec précaution, et mieux vaut couper la barbe avec des ciseaux.

2° Le pityriasis *rubra*. — Cette variété offre deux nuances distinctes. Dans la première, la peau, d'une coloration rosée ou même rouge dans les points affectés, se recouvre de très petites lamelles blanchâtres qui se détachent au moindre frottement. Cette nuance du pityriasis rubra est souvent partielle, se dissipe assez facilement, mais reparait de même et souvent à des époques régulières. Nous avons vu un jeune homme d'une constitution lymphatique, chez lequel elle se reproduisait tous les hivers, dans le cuir chevelu, les sourcils et la barbe. Dans la seconde nuance, la peau est rouge, desséchée, comme à la suite d'une brûlure ou d'un vésicatoire; elle est recouverte d'écailles minces, blanches, étendues, d'une longueur variable, représentant irrégulièrement la forme de l'ongle, se soulevant par leurs bords et légèrement adhérentes au centre. Cette éruption est confluente; elle occupe ordinairement toute l'étendue des tégumens, ou au moins une grande partie. Elle est souvent le résultat de causes morales. Une jeune femme en fut affectée à la suite d'émotions vives éprouvées pendant les journées de juillet 1830. Un vieillard, à l'occasion de la mort subite de sa femme et du violent chagrin qu'il en éprouva, vit se développer sur lui un pityriasis qui envahit toute l'étendue de la peau. Cette affection est très difficile à guérir. On emploie les antiphlogistiques au début de la maladie, puis on déterge la peau au moyen de bains de vapeurs; plus tard on donne des bains alcalins, sulfureux. A l'intérieur, des boissons astringentes et toniques.

3° Le pityriasis *versicolor*. — Il est caractérisé par une coloration grise-jaunâtre, safranée, qui lui avait valu les noms d'éphélides hépatiques ou de pannus hépaticus, sous lesquels le désignait Alibert.

[illegible]ariété occupe le tronc; elle se manifeste le plus or[illegible]nt sur le devant de la poitrine, le cou, les épaules; [illegible]is aussi elle affecte les bras, les cuisses. Jamais on [illegible]ervé sur les jambes.

[illegible] apparaître à la surface des tégumens des taches de [illegible] de dimensions variables, assez généralement arron[illegible] la largeur d'une lentille à une pièce de cinq francs [illegible]efois plus; quelquefois confluentes; ordinairement [illegible] par des intervalles de peau saine. Leur coloration peut varier du jaune feuille morte au brun noirâtre, variation qui paraît en rapport avec la texture des tégumens et les parties affectées. Ces taches ne font pas de saillie sensible; elles sont seulement un peu rugueuses à cause de la desquammation épidermoïque qui s'opère à leur surface, et de la sécheresse de la peau qui cesse de transpirer à l'endroit qu'elles affectent. Elles sont quelquefois accidentelles, passagères et fugitives.

C'est surtout chez les femmes, sur les peaux blanches et fines que l'on observe ce caractère de mobilité. Mais le plus communément elles se reproduisent à certaines époques, quelquefois régulières et paraissent liées à quelque travail organique. Ainsi les voit-on reparaître constamment chez certaines femmes aux approches de la menstruation, et chez des hommes avant l'apparition des hémorrhoïdes. C'est à tort que l'on a cru que cette affection était liée à une lésion de l'appareil biliaire ou des voies digestives; au moins cela est-il beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit. L'influence d'un climat chaud, l'abus des boissons alcooliques paraissent pouvoir provoquer son développement. Dans tous les cas, elle présente peu de gravité, et c'est tout au plus si la démangeaison qui l'accompagne est quelquefois assez vive pour causer l'insomnie. Pour traitement : Boissons acidules, laxatifs légers, eau d'Enghien, bains sulfureux; régime doux.

4° Le pityriasis *nigra*. — Cette affection très rare paraît consister dans l'altération des follicules de la peau. On l'a observé dans le cours d'une épidémie d'érythème qui sévit à Paris en 1828. Il est assez souvent général. Presque toute la peau se colore en brun noirâtre et devient le siége d'une desquammation lamelleuse et furfuracée, accompagnée de prurit. Les intervalles sains sont d'un blanc mat, cadavérique. La durée de cette maladie est variable; elle peut se prolonger pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois. On la combat par des boissons toniques, astringentes; les bains alcalins, sulfureux.

5° Le pityriasis *capitis*. — Cette affection change de caractère selon qu'elle affecte la première enfance ou l'âge adulte. Chez les nouveau-nés, qui y sont assez sujets, le cuir chevelu se recouvre de squammes imbriquées au-dessous desquelles on trouve la peau un peu rouge. Chez les adultes, des squammes ne recouvrent plus la peau du crâne, mais une desquammation légère et furfuracée s'opère à la surface et salit continuellement les cheveux de sa poussière blanche. Cette maladie a donné lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic, plusieurs médecins confondant le pityriasis capitis de l'enfance avec la teigne.

Les soins de propreté, quelques lotions journalières avec une eau savonneuse ou légèrement spiritueuse, tels sont les moyens auxquels cède ordinairement cette affection chez les enfans. Mais chez les adultes, bien qu'elle soit en apparence de peu de gravité, elle offre quelquefois une longue résistance aux moyens de traitement, et l'on est souvent obligé de faire raser la tête, afin de pouvoir l'oindre avec des pommades sulfureuses, alcalines, etc., et malgré tous ces soins, les sujets qu'elle affecte sont quelquefois menacés d'alopécie.

Le dernier genre de l'ordre des squammes est le lepra. Cette maladie avait été décrite par les Grecs sous le nom de psora, et la confusion qui a long-temps régné dans la science à l'occasion de ces noms, et due à ce que les traducteurs des auteurs arabes ont appliqué la dénomination grecque à l'affection tuberculeuse que les Grecs eux-mêmes ont nommé éléphantiasis. Quoi qu'il en soit, Paul d'Egine, Mercurialis, et plus tard Lorry, se sont tous accordés à regarder le lepra et le psora comme identiques par leur nature, et ne différant entre eux que par la forme. C'est donc à tort, nous le croyons, que Battmann les a séparés. Pour nous, nous les réunirons en regardant le psora ou psoriasis comme une variété de la lèpre. Les caractères généraux de cette affection sont de légères saillies rosées recouvertes de squammes minces, d'un blanc nacré, chatoyant, de forme arrondie, et disposées en cercles dans la lèpre vulgaire, de forme et de disposition irrégulières dans le psoriasis.

Dans le lepra vulgaris, décrit par Alibert sous le nom de dartre furfuracée arrondie, les plaques squammeuses se disposent en anneaux qui circonscrivent un espace où la peau reste saine. Ces petites plaques, de couleur rosée, ont les bords relevés, le centre déprimé, et sont recouvertes de petites squammes nacrées, argentines. Mais la lèpre n'a pas toujours ce mode de développement, et l'on voit quelquefois des points rouges dont la réunion constitue les plaques du psoriasis, s'étendre et se confondre pour former de larges plaques orbiculaires, dont le centre s'affaisse et devient sain, tandis que la circonférence reste saillante et squammeuse. D'autres fois, les plaques se dépouillent de squammes et restent ainsi dénudées; enfin, dans des cas, fort rares il est vrai, les squammes ne se forment pas.

La lèpre peut envahir à peu près toute l'étendue de la peau; le plus communément elle se montre d'abord aux genoux et aux coudes, puis gagne les faces externes et postérieures des membres, le tronc, le cuir chevelu et quelquefois la face. Elle n'est ordinairement liée à aucune lésion viscérale.

Le psoriasis, à son début, apparaissait sous la forme de petits points rosés ou rouges, au centre desquels on aperçoit une écaille légère. Ces points s'étendent, s'arrondissent et deviennent de la dimension d'une lentille; alors ils peuvent s'arrêter ou continuer à s'étendre en convergeant les uns vers les autres. Dans le premier cas ils ressemblent assez à des gouttes de liquide dont on aurait arrosé les tégumens, ce qui a valu à cette variété l'épithète de *guttata*.

Dans le second, ils se réunissent pour former de larges plaques rouges ou rosées, recouvertes de squammes blanches plus ou moins épaisses et adhérentes, occupant quelquefois une grande partie des tégumens, souvent toute l'étendue d'un membre. C'est cette espèce qu'Alibert a nommée dartre squammeuse lichenoïde, et que les auteurs anglais ont décrite, sous le nom de psoriasis diffusa. Passée à l'état chronique, elle prend le nom de psoriasis inveterata.

Dans quelques circonstances, le psoriasis est précédé de quelques symptômes généraux, tels que du malaise, du frisson, de la céphalalgie, du trouble dans les fonctions digestives; mais le plus ordinairement il coexiste avec l'intégrité de la santé générale.

Comme nous l'avons déjà dit, cette affection peut envahir presque toute l'étendue des tégumens; mais souvent aussi elle est partielle, et elle a reçu différens noms en rapport avec le siége qu'elle occupe, ce qui en a fait autant de variétés; ainsi: le psoriasis palmaria, — plantaire ou pedicularia, — præputii, — scrotalis, — labialis, — ophthalmica. Dans ces deux dernières variétés, l'irritation qui les accompagne s'étend assez souvent à la muqueuse buccale dans le premier cas, et dans le second à la conjonctive. Battemann parle, sous le nom de psoriasis gyrata, d'une forme très rare dans laquelle les plaques squammeuses sont disposées en lignes spirales plus ou moins étroites.

Cette affection n'est point contagieuse; certaines circonstances permettent de penser qu'elle peut être héréditaire. Son étiologie est d'ailleurs fort obscure; et dans la plupart des cas, on ne peut trouver, ni dans la constitution du sujet, ni dans les circonstances auxquelles il a été soumis, la raison du développement de cette maladie. Toutefois, la misère et la malpropreté, l'usage d'alimens épicés, l'abus des boissons alcooliques, des émotions morales vives ont été dans plusieurs cas la cause de la lèpre et du psoriasis.

Les caractères du psoriasis sont tellement tranchés, qu'il est presque impossible de le confondre avec aucune autre affection cutanée. Cependant lorsqu'il occupe le cuir chevelu, il pourrait être confondu avec le pityriasis; on évitera cette méprise en remarquant que la tête n'en est jamais le siége exclusif, et la saillie et la coloration des plaques, faciles à reconnaître, achèveront d'éclaircir le diagnostic.

Le traitement est le même pour les deux affections qui nous occupent, et qui d'ailleurs sont fort difficiles à guérir; et s'il n'est pas très rare de les voir disparaître spontanément ou mieux accidentellement par l'effet d'une modification qui s'opère dans la vitalité des tégumens, il est bien plus commun de les voir persister pendant un temps indéfini et rester rebelles à toute espèce de traitement.

Quoi qu'il en soit, si l'on a affaire à un sujet d'une forte consitution et que la peau laisse apercevoir des signes d'inflammation, on devra avoir recours aux antiphlogistiques, aux émissions sanguines, aux bains, aux purgatifs, aux topiques émolliens.

Chez les individus d'une constitution détériorée ou chez lesquels la maladie est passée à l'état chronique, il faut administrer les toniques, les dépuratifs, les altérans, etc.; mais cette médication rationnelle échoue fort souvent, et il faut avoir recours à la médecine empirique, aux remèdes héroïques vantés par différens praticiens, encore est-on souvent exposé à en épuiser la série sans obtenir de résultat. Parmi ces différentes méthodes de traitement nous citerons les purgatifs réitérés, tels que le jalap, l'aloès, la gomme gutte, les sels minéraux.

Les mercuriaux, vantés par les anciens, sont encore employés de nos jours, et comptent quelque succès. On emploie principalement le calomel, les pilules de Belloste, la liqueur de Van-Swieten.

Les préparations arsenicales obtiennent aussi des succès. On les administre sous différentes formes : les pilules asiatiques, qui contiennent chacune environ 4 milligrammes de protoxyde d'arsenic; la solution de Fowler, qui contient 30 centigrammes d'arseniate de potasse pour 32 grammes d'eau, et que l'on administre à la dose de 20 gouttes en commençant par 2, et augmentant de 2 ou 3 tous les cinq à six jours. La solution de Pearson, dans laquelle il y a 0,05 centigrammes d'arseniate de soude pour 32 grammes d'eau distillée, que l'on fait prendre à la dose de 1,20 centigrammes à 4 grammes dans un véhicule inerte; enfin, l'arseniate d'ammoniaque, administré par M. Biett à la dose de 0,003 à 0,006 milligrammes en solution.

Les eaux thermales sulfureuses produisent aussi quelquefois des guérisons.

Dans ce moment nous n'avons à l'hôpital qu'un cas de psoriasis guttata que nous traitons par les pilules de Belloste, les bains alcalins, les onctions avec la pommade d'iodure d'am-

moniaque (4 grammes d'iodure pour 32 d'axonge). Il paraît en voie d'amélioration.

— Nous rendrons compte prochainement de la séance suivante, dans laquelle M. Gibert a parlé de l'ordre des pustules, mais avant nous voulons dire quelques mots de l'hydrothérapie, que ce professeur essaie dans le traitement des affections cutanées.

L'eau, depuis long-temps, faisait partie de la thérapeutique, mais on n'en avait pas fait, jusqu'ici, la base d'une méthode générale de traitement, et elle était réduite à jouer un rôle auxiliaire en chirurgie. Elle était cependant destinée à occuper un rang plus élevé, et c'était un homme tout à fait étranger aux sciences physiques et à la médecine, qui devait l'y placer ; nous voulons parler de Priesnitz. Ce campagnard allemand s'est avisé, il y a quinze ans environ, d'appliquer l'eau au traitement de quelques maladies. C'est dans la Silésie autrichienne, à Graefenberg, qu'il fit ses premiers essais qui furent aussi, dit-on, ses premiers succès. Il agrandit alors le cercle de ses expériences et de nouvelles cures vinrent récompenser son travail persévérant. De nombreux établissemens s'établirent bientôt, sur le modèle du sien, en Autriche, en Prusse et dans les divers états de la confédération gemanique. Enfin l'hydrothérapie nous arriva, et depuis peu quelques essais particuliers ont été faits à Paris : nous ne savons s'ils ont réussi. Quoi qu'il en soit, M. Gibert est le premier qui fasse l'essai de cette méthode dans les hôpitaux et nous devons l'en remercier, ainsi que l'administration qui, dit-on, s'est prêtée de bonne grâce à faire construire l'appareil nécessaire au traitement hydrothérapeutique.

Cet appareil, d'ailleurs, est fort simple. Il consiste en une baignoire, un tuyau conduisant l'eau à trois mètres environ du sol pour la laisser retomber en douche, enfin deux ou trois pommes d'arrosoir que l'on peut adapter à l'extrémité du tube, différentes entre elles par la largeur des trous et destinées à modifier à volonté la chute de l'eau et par suite les effets de la douche.

Voici maintenant le régime auquel est soumis le malade : On commence par le faire suer soit en l'enveloppant seulement dans de la laine, soit en l'emmaillottant dans un drap mouillé que l'on recouvre ensuite de laine ; puis, pendant qu'il est en pleine transpiration, on l'emporte au bain. Là, on le démaillote et on le fait de suite immerger une ou deux fois dans la baignoire remplie d'eau froide ; on le soumet ensuite à l'action de la douche pendant un laps de temps fort court ; enfin, on l'essuie ou on ne l'essuie pas, puis on le fait habiller promptement et on l'envoie faire de l'exercice ; après cela on le fait bien déjeuner. Ajoutons qu'il boit de l'eau fraîche toute la journée et qu'il ne doit boire que cela. Un Allemand, M. Wertheim, dirige toutes ces opérations.

Comme il y a très peu de temps que cet appareil fonctionne à l'hôpital Saint-Louis, on n'a point encore obtenu de résultats bien appréciables ; cependant, on a déjà pu remarquer que la peau des malades ainsi traités reprend une souplesse et une vitalité qu'elle n'acquiert pas sous l'influence des bains chauds, des bains de vapeur, et des fumigations de toutes sortes.

Mais nous en restons là, nous réservant de revenir plus tard sur cette méthode, dont nous n'avons fait aujourd'hui qu'indiquer d'une manière rapide la partie manuelle, passez-nous le mot, et nous indiquerons en même temps les résultats qu'elle aura produits.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Mécanisme de l'accouchement spontané dans les positions du tronc.

L'on distingue deux positions du tronc, une céphalo-iliaque gauche, l'autre céphalo-iliaque droite. Dans ces deux positions, c'est le plus souvent l'épaule qui se présente au détroit supérieur. Il est inutile de s'étendre beaucoup sur les causes de ces présentations ; une remarque cependant paraît nécessaire : c'est que toutes les fois que l'épaule se présente au détroit supérieur, il existe des raisons particulières qui s'opposent à ce que la tête s'engage la première.

Aussi quand le liquide amniotique est abondant, la rupture des membranes peut surprendre le fœtus dans une situation qui n'aurait été temporaire que si les contractions n'étaient pas survenues. Dans le cas de vice de conformation du bassin, la tête ne fait que glisser sur le détroit supérieur dans lequel l'épaule vient s'engager ; la même chose se présente lorsque la tête du fœtus est volumineuse, dans l'hydrocéphalie, par exemple. D'autres fois, c'est le placenta inséré sur le col qui tient la place de la tête, et empêche celle-ci de s'engager dans le détroit ; il n'est pas rare, dans ce cas, de voir la présentation de l'épaule compliquer une perte. L'enfant qui n'est point à terme, l'enfant mort depuis quelque temps peut se présenter par l'épaule ; l'épaule peut néanmoins se présenter au détroit supérieur, indépendamment de toutes ces causes.

L'on admet deux positions de l'épaule ; et comme ces présentations résultent probablement de la transformation des présentations du sommet, et cette transformation se comprend parfaitement par le glissement de la tête sur le détroit supérieur par suite du manque de rapports entre les diamètres de la tête et ceux du bassin, glissement qui a pour effet de porter la tête dans la fosse iliaque vers laquelle elle est dirigée ; si donc ces présentations résultent de cette transformation, il s'en suit que la tête se présentera plus souvent à gauche et en avant qu'à droite : l'on voit, en effet, que dans les présentations du sommet, les positions occipito-iliaques droites antérieures sont plus communes que celles du côté opposé.

Position céphalo-iliaque gauche antérieure. Le fœtus est placé diagonalement. La tête répond à la fosse iliaque gauche, l'épaule au centre du bassin, les fesses sont dirigées à droite et en arrière. Dans cette position, l'accouchement peut s'effectuer de plusieurs manières ; mais il faut dire d'abord que l'impossibilité de l'accouchement est la règle ; la terminaison spontanée la très rare exception. Cependant il n'est pas impossible qu'avant la rupture des membranes le fœtus se déplace, que la tête quitte la place qu'elle occupe pour venir se présenter au détroit supérieur en première position du sommet ; ou bien encore la tête peut se relever, et ce sont les fesses qui se présentent. Ceci s'observe surtout dans la variété cubitale des positions du tronc. D'autres fois, après la rupture des membranes, lorsque l'utérus contient encore une notable quantité d'eau, le fœtus peut être expulsé ployé en double ; l'on comprend de suite que cela ne peut être possible que pour un avorton ; pour un enfant à terme, les diamètres du bassin seraient trop peu considérables.

Voici une dernière chance qui peut se présenter dans le cas de présentation de l'épaule. Après la rupture des membranes, le premier effet des contractions utérines, c'est le pelotonnement du fœtus. Celui-ci se moule sur la cavité contractile dans laquelle il est contenu. Puis les contractions continuant avec énergie, l'épaule s'engage dans la filière du bassin ; alors le pelotonnement du fœtus est plus considérable ; l'épaule arrive au détroit inférieur, sur le plancher du bassin. Là le fœtus subit un mouvement de rotation qui place l'épaule vers les pubis, alors le bras se dégage hors de la vulve. Dans le mouvement de rotation, la tête s'est trouvée portée au-dessus des pubis.

Si l'on suppose maintenant des contractions plus énergiques, celles-ci engageront le fœtus dans l'excavation du bassin. C'est alors qu'il existe la plus grande analogie entre ces positions et celles du sommet. En effet, quand la tête a subi son mouvement de rotation, l'occiput serait représenté par l'épaule, et le reste du sommet par la partie latérale du tronc. L'on verra donc se dégager le côté de la poitrine, le côté proprement dit, les hanches, puis les fesses ; mouvement qui offre la plus grande analogie avec le mouvement d'extension de la tête dans la présentation du sommet.

Tel est le mode de terminaison de l'accouchement que Denman a nommé évolution spontanée, et qui a été signalée par cet auteur en 1772. La tête et un des bras restent dans l'intérieur de la matrice et en sortent comme dans la présentation des extrémités inférieures. Denman avait pensé que le bras qui se présentait à la vulve rentrait dans l'intérieur de l'utérus ; de là le nom d'évolution spontanée qu'il a donné à ce mode de terminaison de l'accouchement dans les positions du tronc. Les autres positions se comprennent facilement ; pour cette raison, il est inutile d'y insister.

Non-seulement l'évolution spontanée est un fait exceptionnel, mais encore il doit entraîner les plus fâcheux résultats pour la mère et pour l'enfant. Un médecin allemand admet que cette circonstance est grave pour l'enfant, mais non pour la mère ; car, dit-il, le travail ne dure pas ordinairement plus de six heures. Il faut croire que les six ou sept faits observés par ce médecin étaient autant d'exceptions, car la durée du travail dans ce cas est beaucoup plus considérable qu'il ne l'annonce. Cependant, l'évolution spontanée n'est pas grave pour la mère et pour l'enfant dans tous les cas. Ainsi, la présence de deux enfans dans l'utérus prédispose à une présentation de l'épaule pour le deuxième enfant. Alors, comme les voies sont préparées, l'accouchement est plus facile ; mais il faut cette circonstance.

Dans toutes les présentations qui ont été examinées précédemment, l'accouchement, bien qu'il soit spontané, n'est pas également heureux ; c'est même pour cette raison que M. P. Dubois emploie le mot spontané, et non pas naturel, qui ferait supposer les conditions les plus favorables pour la terminaison de l'accouchement.

Entre toutes ces présentations, il y a des différences bien grandes sous le rapport des conditions propres à amener une terminaison heureuse de l'accouchement. Ainsi, dans les présentations du sommet, c'est une partie solide qui se présente, capable de supporter la pression nécessaire pour préparer le canal qu'elle doit parcourir, et, d'une autre part, qui peut, en raison de son diamètre, franchir la voie qui lui est ouverte ; partie assez volumineuse pour que celles qui doivent la suivre, les épaules, le tronc, etc., sortent facilement ; partie enfin qui ferme exactement le détroit supérieur, et qui pour cela ne permet pas l'écoulement de tout le liquide amniotique, dont il reste une quantité suffisante pour protéger le fœtus du contact immédiat des parois utérines.

La pression dont la tête est le siége ne saurait gêner en aucune façon la circulation, cette partie étant assez éloignée du cordon ombilical ; et aussitôt que les rapports circulatoires qui existent entre la mère et le fœtus sont interrompus, la respiration les remplace, la tête ayant alors franchi les parties génitales externes.

Dans les présentations de la face, déjà cette pression s'exerce sur des parties peu propres à la supporter long-temps sans qu'il n'y ait quelque danger pour le fœtus. D'un autre côté, dans ces positions, il existe certaines conditions qui ne pourraient être maintenues sans danger, comme, par exemple, les cas où le menton se trouve dirigé vers le sacrum ; tandis que dans les positions du sommet, bien que cette condition (la position de l'occiput en arrière) rende un peu plus difficile la terminaison de l'accouchement, celui-ci n'en est pas moins naturel.

Dans les présentations des extrémités pelviennes, plus de partie solide qui puisse résister à la pression comme dans les présentations du sommet ; et puis chaque partie qui se présente successivement après les extrémités pelviennes étant plus volumineuse que celles-ci, chacune d'elles est obligée de se faire sa propre voie, de disposer convenablement les parties qu'elle doit traverser. Dans les présentations du sommet, la tête, par sa forme régulière, empêche l'écoulement de la totalité des eaux de l'amnios ; cette condition n'existe plus dans les présentations des extrémités inférieures, et alors la pression de l'utérus sur le corps du fœtus n'en est que plus immédiate. Dans les premières de ces présentations, les rapports circulatoires sont conservés ; dans les secondes, le cordon ombilical se trouvant comprimé, la circulation en est gênée, puis suspendue au moment où la tête arrive au détroit supérieur. « Ce tableau, dit le professeur, est bien sombre ; mais c'est afin de vous faire mieux sentir les avantages des positions du sommet. » Heureusement que dans les présentations des extrémités pelviennes le fœtus présente une résistance vitale assez énergique, en vertu de laquelle tout cela se borne le plus souvent à de la gêne.

Dans les présentations du tronc, l'on voit disparaître toutes les conditions avantageuses qui existaient dans les présentations du sommet ; ce qui amène pour l'enfant les plus graves dangers.

DES FONGUS DE LA VESSIE.

Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des sciences. (2e article.)

Par le docteur CIVIALE.

Du traitement des fongus vésicaux.

Le traitement des fongus de la vessie est essentiellement chirurgical. Mais les moyens qu'on a tentés jusqu'à ce jour n'ont aucune efficacité. Chopart a dit que tous les remèdes internes sont impuissans, que les moyens locaux demeurent également sans effet, et qu'il ne faut compter sur eux qu'autant qu'on a en vue de tenir le cours de l'urine libre, d'empêcher l'accroissement de la tumeur, la dilatation et la varicosité de ses vaisseaux, et sa dégénérescence cancéreuse. Il conseille d'écarter tout excès dans le régime de vie, les exercices immodérés, les secousses du corps, les grands efforts de la respiration, les plaisirs vénériens et tout ce qui est capable d'irriter la vessie. Il recommande aussi de tenir le ventre libre, de prendre des boissons légèrement diurétiques, etc. ; de se tenir debout pour satisfaire aux besoins d'uriner, et, si l'urine coule difficilement, d'avoir recours aux sondes flexibles, notamment le matin et le soir. Boyer s'est borné à reproduire les opinions de Chopart. Sœmmering propose l'usage du mercure et un régime doux.

Cette énumération suffit pour faire comprendre combien Chopart avait raison de dire que l'art n'était pas plus avancé par rapport au traitement des fongus vésicaux, qu'en égard à leur cause et à leur diagnostic, la maladie ne pouvant point être reconnue d'une manière précise sur le vivant, il n'y avait pas de traitement rationnel possible. Aussi n'avait-on essayé la cure radicale que dans un très petit nombre de cas, dont j'ai parlé à l'occasion de pierres compliquées de fongus.

Les nouvelles acquisitions de la chirurgie ayant fourni des moyens propres à faire distinguer la maladie chez le sujet vivant, il était tout naturel qu'on se mît à la recherche d'un traitement spécial. Il y a long-temps que je me suis occupé de ce point, comme le prouvent les faits dont j'ai parlé en 1828, dans ma seconde Lettre sur la lithotritie, et ceux que j'ai insérés dans une Lettre adressée en 1834 à l'Académie des sciences. Dans ce dernier écrit, que plusieurs journaux de l'époque ont reproduit, j'indiquais une série de moyens nouveaux propres à attaquer les fongus vésicaux, et je faisais connaître les résultats que j'en avais déjà obtenus, annonçant d'ailleurs qu'un malade se trouvait alors en traitement à l'hôpital Necker. Un simple énoncé suffisait dans une communication de ce genre, dont l'unique but était d'appeler l'attention des praticiens sur un sujet d'une si haute importance. Aujourd'hui que la question a grandi, je dois entrer dans de plus longs développemens, afin de mettre mes confrères à même d'appliquer des procédés qui m'ont procuré des succès inespérés.

Ainsi que je l'avais annoncé à l'Académie, il y a plusieurs manières d'attaquer les tumeurs ou excroissances fongueuses commençantes, soit du col, soit du corps de la vessie. Pour les bien comprendre, il est indispensable de posséder une connaissance exacte du mécanisme et du mode d'application des instrumens lithotriteurs. Je dois ici la supposer chez le lecteur, qui trouvera d'ailleurs tous les éclaircissements nécessaires dans mon Parallèle des divers moyens de traiter les calculeux.

C'est par le procédé de la ligature que j'ai commencé mes expériences. J'ai renoncé à ce moyen applicable à un trop petit nombre de cas, pour recourir à l'arrachement et à la trituration ; ce dernier mérite la préférence : il est beaucoup plus facile à mettre en pratique qu'on ne pourrait le penser. L'instrument à trois branches, tel qu'il est employé dans la lithotritie, sert pour cette opération. Seulement il faut avoir soin que le lithotriteur glisse avec beaucoup de facilité dans la canule de la pince ; car la résistance du fongus étant trop faible, et la rencontre de ces productions avec l'instrument ne procurant qu'une sensation vague, on pourrait ne pas les sentir, le jeu de ce dernier n'étant pas très libre. Mais on comprend combien il importe que le chirurgien soit exercé à la pratique de la lithotritie, et combien aussi il est nécessaire d'agir avec circonspection et ménagement.

Lorsque le fongus siége au col de la vessie, après avoir écarté les parois du viscère par une injection, on introduit le trilabe, on l'ouvre largement, et on le ramène à soi, comme pour le retirer. Le dos des branches s'applique contre l'orifice de l'urètre et contre la face interne de la vessie avoisinant le col ; ces surfaces se trouvent alors tendues, écartées, par l'élasticité des trois branches de la pince. On imprime à l'instrument de légers mouvemens latéraux, pour s'assurer que l'une des branches ne s'applique pas sur la surface du fongus. Dès que la présence de celui-ci dans l'instrument est constatée, ce qui ne présente aucune difficulté, on rapproche les branches du trilabe, sans imprimer aucune secousse, dans la crainte de changer les rapports de la tumeur avec l'instru-

ment. On maintient la tête du lithotriteur contre l'excroissance, mais sans pousser, et l'on continue de faire glisser la canule sur le trilabe, ou plutôt on tire en même temps sur celui-ci, jusqu'à ce qu'on sente de la résistance. Je ne parle pas de la sensation douloureuse qu'on croirait devoir résulter de là; en général, le malade souffre peu. Avant de serrer davantage, il est prudent de chercher à savoir si la tumeur a un pédicule, et si ce pédicule est long ou court, et plus ou moins épais. Dans le premier cas, l'instrument qui embrasse la tumeur se meut avec facilité, et même d'une certaine étendue, sans abandonner le fongus. Dans l'autre, au contraire, ses mouvemens sont très bornés.

Je suppose qu'on a procédé avec tous les ménagemens convenables, que la vessie a été remplie de liquide, qu'on n'a agi qu'au voisinage du col. On n'a point à craindre d'avoir saisi les parois vésicales, qui sont tendues et éloignées des branches de la pince. Il n'y a non plus rien d'anormal au col de la vessie, qui puisse venir se placer entre les branches. On s'est assuré préalablement que l'intérieur du viscère ne présente aucun appendice, aucun vice de conformation. Par conséquent il n'y a qu'une production morbide qui puisse se trouver ainsi engagée dans la pince. On peut donc serrer fortement celle-ci, toujours en maintenant l'appareil immobile au col de la vessie, condition indispensable pour que le fongus ne s'échappe pas. Les échelles placées à l'extrémité extérieure de l'instrument font connaître approximativement le volume de cette tumeur, dont on opère l'arrachement par une traction brusque en avant, lorsque la pince ainsi chargée peut traverser l'urètre, en arrière et vers le sommet de la vessie, dans le cas contraire. Ce dernier mode est généralement préférable. Le pédicule se trouve coupé, en quelque sorte, à mesure qu'il s'engage entre les deux branches de la pince, qui se touchent d'antant plus qu'on approche davantage du point où le trilabe rentre dans la gaîne. S'il est fort étroit, un très petit effort suffit pour le rompre. Dans deux cas que j'ai fait connaître, il était plus large, et a opposé davantage de résistance.

Lorsque la tumeur du col vésical a une base large, on éprouve plus de difficulté pour la saisir. A mesure qu'on serre le trilabe, elle tend à s'échapper, et si l'on parvient enfin à la fixer, on trouve que l'instrument est presque immobile. La pression que le trilabe exerce sur elle cause plus de douleur; quelquefois même le malade a de la peine à la supporter, et demande avec instance que l'on cesse. Il ne serait pas prudent alors de tenter l'arrachement, quand bien même la production ne s'échapperait pas du trilabe au moment où l'on tirerait. Si l'on croyait pouvoir opérer, il faudrait recourir à un autre procédé, celui de l'écrasement, qui d'ailleurs est d'une application plus sûre.

Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce qu'au lieu d'arracher le fongus, après l'avoir saisi avec la pince, on le broie en quelque sorte par la pression réunie des branches du litholabe et de la tête du lithotriteur. On se comporte alors comme s'il s'agissait d'un petit calcul ou d'un fragment de pierre. Seulement on serre sans déplacer l'extrémité vésicale de l'instrument, et en ayant soin de ne pas tirer sur le fongus, ce qui pourrait entraîner les inconvéniens que j'ai signalés en traitant de l'arrachement. En outre, la douleur serait d'autant plus vive qu'ici la traction, au lieu d'être brusque, s'exécuterait avec lenteur et durerait un certain laps de temps.

Le procédé de l'écrasement est celui que j'ai employé le plus souvent et avec le plus de succès. Mais il y a une précaution qu'on ne doit pas négliger: c'est de choisir un trilabe dont les mors aient beaucoup de résistance; car, avant de faire agir le lithotriteur pour écraser la fongosité, il faut serrer celle-ci avec beaucoup de force, afin d'y détruire autant que possible la sensibilité, et d'éviter des douleurs au malade. Peut-être serait-il avantageux, dans le cas de tumeur dure et à base large, de donner une sorte de tranchant aux côtés des branches du trilabe, pour que la portion saisie du fongus se détachât plus facilement: on pratiquerait de cette manière une espèce d'excision. Mais ce n'est là qu'une vue théorique qu'on ne doit pas confondre avec le procédé dont l'expérience a constaté l'utilité pour les fongus pédiculés.

Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'un opération extrêmement délicate. Dans le cas de fongus à base large principalement, on est exposé à s'écarter des limites du mal; et s'il y avait erreur, la vie du malade serait compromise. Cette pensée m'a détourné d'entreprendre l'opération dans le cas dont il s'agit.

Quand le fongus est pédiculé, on n'a rien à craindre de semblable, et l'expérience m'a prouvé qu'on parvient à opérer avec toute la précision désirable; en effet, j'ai traité ainsi divers malades qui avaient en même temps la pierre et une excroissance fongueuse du col de la vessie. Dans plusieurs cas, le traitement a été commencé par l'écrasement du fongus, sans arrachement, sans extraction de la partie réduite en pulpe. Aussitôt que l'écrasement est terminé, je fais pivoter le lithotriteur, j'ouvre la pince, et, avant de la refermer pour retirer l'instrument, j'exerce des mouvemens de rotation qui la dégagent du fongus. Je n'ai pas remarqué que celui-ci repullulât. Une fois détruit il tombe et sort avec l'urine, ou bien on en fait l'extraction quelques jours après; le pédicule s'affaisse et s'atrophie, ou du moins on ne le sent plus, malgré tout le soin qu'on peut mettre à explorer le col vésical. Je citerai en entier le fait suivant.

Un tanneur, âgé de vingt-six ans, d'une constitution lymphatique, entra en 1834, dans le service des calculeux. Quatre ans auparavant il avait été pris de dysurie, et cette infirmité, qui persista depuis, était attribuée par lui à la mauvaise habitude de retenir son urine pendant qu'il travaillait. Les accidens s'aggravèrent à diverses reprises, et il survint des hématuries. Le malade, ne pouvant plus uriner que goutte à goutte, et avec des efforts considérables, se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Pendant trois mois de séjour qu'il fit dans cet hôpital, on le soumit à l'usage permanent des sondes élastiques, dont le calibre fut graduellement porté jusqu'au n° 11. Un catarrhe vésical des plus intenses se développa durant ce traitement, qui fut suspendu, et repris ensuite. Dans l'intervalle, on soumit le malade à l'usage des pilules de térébenthine, et l'affection catarrhale de la vessie diminua. Cependant, comme ce traitement ne procurait la guérison ni de la dysurie, ni du catarrhe devenu chronique, on établit à la partie gauche du périnée un séton, qui n'eut pas plus de succès. Ce fut alors que le malade passa dans mon service, à l'hôpital Necker. Voici quel était son état. Toutes les demi-heures, il éprouvait le besoin de rendre quelques gouttes d'urine, qu'il ne parvenait à expulser qu'avec des efforts inouis, accompagnés de la sortie involontaire des matières fécales: il avait de la fièvre; la respiration et la parole étaient entrecoupées; il ressentait, derrière les pubis, une pesanteur et de la tension douloureuse au toucher; les traits, profondément altérés, exprimaient les plus vives angoisses: la nécessité d'uriner presque à chaque instant ne permettait aucun repos. L'ensemble de ces phénomènes était peu rassurant. Des bains de siége, la diète et le repos amenèrent un peu d'amélioration, qui permit d'explorer les organes urinaires. L'urine déposait en abondance des mucosités sanguinolentes. L'obstacle à sa sortie n'avait pas son siége dans l'urètre, car le cathétérisme ordinaire fit reconnaître que ce canal était libre. Plus d'une pinte d'urine fétide s'écoula par la sonde. La vessie avait une ampleur excessive; elle ne parvenait à se débarrasser de son contenu qu'avec une extrême difficulté: cet effet pouvait tenir ou à une faiblesse de contraction, ou à un obstacle au col, ou peut-être à la réunion des deux circonstances; c'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Je fis pratiquer chaque jour des injections d'eau fraîche dans le viscère; je prescrivis des bains et des lavemens presque froids; j'eus soin que le cathétérisme évacuatif fût répété plusieurs fois dans la journée. Ce traitement fort simple détermina un promptamendement; les urines cessèrent de déposer des mucosités, et reprirent leur limpidité normale; toutefois la vessie ne les chassait qu'incomplétement, même avec le concours des muscles abdominaux. Je fis faire alors des irrigations froides avec la sonde à double courant. Enfin, j'explorai de nouveau les parties. L'instrument lithotriteur fut introduit et ouvert dans la vessie, après que les parois du viscère eurent été distendues par une injection d'eau tiède. En promenant le trilabe largement ouvert sur la surface interne de l'organe, je ne découvris rien d'anormal. Je procédai alors à l'exploration du col par le procédé ordinaire, c'est-à-dire en tirant à moi l'instrument sans le fermer, de manière que les branches vinssent s'appliquer contre le pourtour du col; j'exécutai ensuite un mouvement de circonduction, pendant lequel une saillie s'engagea entre les branches et arrêta la rotation. Ce premier fait me prouvait qu'une tumeur anormale existait au pourtour du col vésical; mais il fallait en déterminer les caractères. Pour cela, je fis glisser la gaîne sur le trilabe maintenu dans une immobilité absolue; à la première résistance je poussai le lithotriteur, qui me fit reconnaître dans la pince un corps saillant et mou, contre lequel on pouvait appuyer la tête du lithotriteur sans faire sourir le malade. Je fermai davantage l'instrument, et lorsque la résistance me parut assez forte pour que la tumeur ne pût s'échapper, j'imprimai des mouvemens de va et vient, d'inclinaison à droite et à gauche. Ces divers mouvemens avaient assez d'étendue pour me démontrer que la tumeur était pédiculée; elle avait d'ailleurs peu de volume, ce que faisait connaître l'échelle du trilabe et surtout la profondeur à laquelle s'était enfoncé le lithotriteur.

Le malade, qui ignorait l'opération pratiquée sur lui, avait peu souffert jusque-là, et j'avais pu sans difficulté acquérir toutes les notions qui m'étaient nécessaires. Ainsi, je savais que rien d'anormal n'existait à la face interne du corps de la vessie, que la prostate se trouvait pour ainsi dire dans son état naturel; je savais, à n'en pas douter, que la tumeur était implantée sur l'angle antérieur du col vésical, et les mouvemens faciles du trilabe m'assuraient qu'elle était pédiculée. Je procédai à l'écrasement. Après avoir desserré la vis de pression qui empêchait tout mouvement de la gaîne sur la pince, je tirai fortement sur celle-ci, en même temps que je poussais le perforateur, avec lequel j'exerçais des mouvemens de trituration. Tous les assistans furent étonnés du peu de douleur que le malade ressentit pendant l'opération, qui n'exigea que quelques secondes. La tumeur, frappée de mort, fut expulsée le même jour avec l'urine; elle formait une masse longue de six lignes sur trois d'épaisseur. Aucun accident ne survint: il s'écoula seulement un peu de sang avec les premières urines. Dès ce moment, le malade put uriner à plein canal et par un jet rapide. Quelque temps après, une autre tumeur fongueuse, analogue à la précédente, fut saisie et traitée de la même manière; elle demeura dans les branches de l'instrument, qui la ramena. Les fonctions de la vessie se régularisèrent; il resta néanmoins un peu de paresse, que je combattis par des injections froides. Le malade ne tarda pas à partir pour son pays, dans un état satisfaisant.

Le même procédé peut être employé dans l'intérieur de la vessie, lorsque l'excroissance fongueuse est molle, flottante et facile à déchirer. Parmi les malades que j'ai traités de cette manière, le cas le plus intéressant est celui qui est cité dans ma Lettre à l'Académie des sciences. C'est un fait remarquable, surtout relativement au volume de la tumeur que je parvins à détruire, et qui était grosse comme une petite noix. J'eus pour témoins un grand nombre de praticiens nationaux et étrangers, car il s'agissait d'une opération nouvelle, généralement regardée comme impossible, et à l'exécution comme au résultat de laquelle on prenait un vif intérêt. Il n'y eut pas d'accidens et le malade guérit parfaitement.

Au lieu du trilabe on peut, au besoin, employer le lithoclaste ou l'instrument courbe articulé. Deux fois je me suis servi avec succès du premier de ces instrumens. Mais, en général, je préfère le trilabe, parce qu'il met à même d'établir le diagnostic avec plus de précision, et de cette manière expose moins à commettre des méprises, qu'il faut d'autant plus soigneusement éviter, qu'elles pourraient devenir fâcheuses pour le malade. On comprend, en effet, que si, au lieu d'une excroissance fongueuse, on allait saisir une colonne charnue de la vessie, les conséquences seraient des plus graves. Les instrumens courbes rendent plus difficile de distinguer si la tumeur est pédiculée ou si elle a une base large. Du reste, à quelque procédé qu'on ait recours pour l'extirpation ou l'écrasement des tumeurs fongueuses du corps de la vessie, il faut agir avec une délicatesse et un soin extrêmes, sans négliger une seule des précautions que j'ai indiquées.

Lorsque l'excroissance a son siége au col de la vessie, il serait imprudent de tenter une opération sans avoir préalablement écarté les parois de l'organe par une injection. Cette précaution devient plus nécessaire encore quand il s'agit d'opérer dans le bas fond du viscère. On comprend sans peine qu'en cherchant à saisir une production fongueuse, on serait exposé à saisir les parois vésicales elles-mêmes, si elles n'étaient pas tendues, et si l'on n'avait point obtenu par ce moyen la certitude que rien de normal ne peut alors être en relief sur la surface interne de la poche urinaire. D'ailleurs, en opérant la vessie vide, ou même trop peu remplie, les difficultés ne seraient pas moins grandes que les dangers menaçans, et l'on se trouverait à peu près dans la même position qu'à la suite de l'opération de la taille.

Chez les calculeux, c'est surtout pendant les dernières exploration, ayant pour but de constater la guérison après la lithotritie, que l'on reconnaît les petites excroissances fongueuses du corps de la vessie. Tant que la pierre existe, il est rare qu'elles se présentent dans l'instrument, à moins qu'elles ne soient volumineuses, et alors elles gênent la manœuvre au point qu'il convient de commencer par en pratiquer l'attrition. Toutefois cette règle n'est pas sans exceptions. Dans un grand nombre de cas, en effet, j'ai opéré la destruction de la pierre par la lithotritie, bien que j'eusse constaté dès le principe l'existence d'un fongus plus ou moins volumineux; plus d'une fois même, quand la santé générale était délabrée, je n'ai pas touché à la masse fongueuse, me contentant de conseiller des injections fréquentes et continuées pendant longtemps, afin de prévenir le retour de la pierre, toujours à craindre en pareille circonstance. On se guide alors d'après l'état général du sujet, celui des parties malades, la position, le volume et le mode d'insertion du fongus, et enfin le plus ou moins de difficulté qu'il apporte à la manœuvre de la lithotritie. Je citerai à ce sujet le cas suivant:

Un adulte fortement constitué, mais épuisé par les douleurs, souffrait horriblement depuis deux années. Les premiers symptômes furent vagues: on les combattit par divers moyens qui demeurèrent sans effet. Deux praticiens, appelés en consultation, ne s'accordèrent pas ensemble sur la nature de la maladie, et le sujet vint à Paris réclamer mon avis. Il me fut facile de reconnaître un calcul, qui me parut peu volumineux, friable et facile à détruire par les procédés de la lithotritie; mais il y avait un catarrhe vésical très intense, l'émission de l'urine se faisait avec difficulté, lenteur et irrégularité; il y avait fièvre, avec perte d'appétit et de sommeil; la prostate semblait avoir augmenté de volume. Malgré ces circonstances peu favorables, je n'osai pas proposer la taille, pour laquelle le malade m'avait déjà témoigné son invincible éloignement, et j'essayai la lithotritie pour savoir au juste quel était le volume de la pierre. Je ne m'attendais pas à rencontrer en même temps une série de fongosités dans la vessie. La pierre fut cependant saisie et attaquée: elle était phosphatique. Les premiers fragmens que le malade rendit lui donnèrent du courage. Il fallut huit séances très courtes et faites à d'assez longs intervalles pour détruire le calcul et provoquer l'expulsion des débris. Cette dernière partie fut la plus difficile; on aurait dit que les fragmens s'accolaient aux fongosités. Pour les déplacer il me fallut exercer une sorte de grattement avec le lithoclaste à larges cueillers et faire beaucoup d'injections coup sur coup, au moyen de la grosse sonde à grands yeux, dont je me sers en pareil cas. Dans les dernières explorations, je sentais bien distinctement les inégalités, les saillies de la face interne de la vessie. Toutefois, je ne tentai pas de les saisir, parce qu'elles me parurent peu développées. D'ailleurs, l'amélioration de la santé générale et la diminution progressive du catarrhe, à dater du moment où il n'exista plus de pierre, me permettaient d'espérer qu'elles resteraient stationnaires, si même elles ne s'effaçaient peu-à-peu. J'ajouterai que, comme elles étaient fort nombreuses, il aurait fallu multiplier les opérations, qui auraient présenté de grandes difficultés, et le malade ne les aurait peut-être pas supportées. Je ne vis, en pareil cas, aucun inconvénient à différer, à s'abstenir même; à mesure que les faits se multiplient, ils me confirment de plus en plus dans cette opinion.

Ainsi, en ce qui concerne les très petits fongus de la vessie chez les calculeux, il y a une remarque importante à faire et qui doit servir de guide au praticien. Ces productions morbides sont presque toujours le résultat de la pierre; elles restent stationnaires, si même elles ne diminuent dès que le corps étranger est enlevé, de manière qu'après avoir constaté la présence d'un ou plusieurs petits fongus dans les dernières explorations, il convient d'attendre quelques mois. Depuis que j'ai adopté cette marche, j'ai évité à plus d'un malade une opération qui m'avait d'abord paru nécessaire. Les excroissances se sont affaissées au point que, dans la plupart des cas, il en restait à peine des traces, et qu'à coup sûr je ne les aurais pas reconnues si je n'avais pas connu par avance l'emplacement qu'elles occupaient. Je possède plusieurs faits de cette nature qui confirment pleinement ce qu'avaient fait déjà pressentir quelques cas de taille dans lesquels on avait laissé subsister des tumeurs fongueuses considérables, sans que les malades éprouvassent rien. La marche du praticien est donc nettement tracée, mais il ne doit pas perdre de vue son malade. Le cas est grave, si le fongus ne diminue point; si au

contraire l'excroissance prend du développement et de la consistance, les jours de l'opéré sont compromis. Il importe donc d'être sur ses gardes, et de multiplier au besoin les explorations vésicales, car nous n'avons aucun moyen de déterminer *à priori* ce que la tumeur deviendra après l'extraction de la pierre. Du reste, à part les difficultés de l'opération et les conditions qu'elle exige de la part du chirurgien, la destruction des fongus de la vessie par arrachement ou par écrasement n'est ni aussi grave, ni aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer au premier aperçu. Ce n'est même pas d'aujourd'hui que la question se trouve jugée sous ce point de vue. Depuis long-temps, en effet, on a vu des fongus être arrachés en partie ou en totalité dans les manœuvres de la cystotomie, et cependant les malades guérir. Des faits cités par Corvillard et Desault l'attestent sans réplique. Quelques cystotomistes de profession, Basoilhac, par exemple, ont même considéré cette complication comme peu importante. A la vérité, on connaît d'autres cas dans lesquels la cystotomie, avec extraction de pierre et arrachement de fongus, a été suivie de la mort; mais pourrait-on affirmer que l'issue fatale de l'opération dépendait du fongus? La taille est-elle du nombre de ces opérations dont le résultat doit être regardé comme à peu près constant, lorsqu'il n'existe pas ne complications? Quoique les faits nouveaux soient peu nombreux encore, ils suffisent pour rassurer les esprits timorés. Plusieurs opérations ont été couronnées d'un succès complet; d'autres se sont terminées d'une manière moins satisfaisante; mais aucune encore n'a été fatale. Ici d'ailleurs, comme dans beaucoup d'autres cas chirurgicaux, la mort est souvent une coïncidence plutôt qu'un résultat direct.

Dans quelques-uns des cas auxquels j'ai appliqué les moyens dont je viens de parler, la guérison a été complète; peu de jours ont suffi pour que les malades recouvrassent l'entière faculté de rendre naturellement l'urine et que tous les phénomènes morbides disparussent. Dans d'autres, ce double résultat est demeuré incomplet; les sujets ont mieux uriné, mais ils ont conservé de la gêne; de la douleur, des symptômes de catarrhe, des besoins fréquens d'uriner, de la lenteur pour y satisfaire. Faut-il en accuser ce qui était resté du pédicule de la tumeur fongueuse? Quelques observations m'ont paru prouver qu'il en était ainsi. C'est dans ces cas principalement que les applications de nitrate d'argent sur le point où la tumeur avait son siége ont produit d'heureux résultats. Mais, comme dans la plupart des maladies du col vésical, il ne faut pratiquer que des cautérisations transcurrentes, très courtes, et séparées par de longs intervalles. Ce moyen a surtout réussi, lorsqu'au lieu de véritables tumeurs isolées, parfaitement dessinées, et assez saillantes pour être saisies avec un instrument, il y avait au col de la vessie boursoufflement de la membrane muqueuse et état fongueux plutôt que véritable fongus. Or, un tel état de choses n'est pas rare; la saillie qui en résulte est assez prononcée pour qu'on la rencontre avec le lithotriteur, mais trop faible pour que le trilabe puisse la pincer. Deux ou trois applications de nitrate d'argent m'ont assez bien réussi alors.

Qu'on se soit borné à arracher ou à écraser le fongus, qu'on l'ait cautérisé, ou qu'on ait successivement employé ces deux modes de curation, les heureux résultats qu'on obtient d'abord ne se soutiennent pas toujours, comme je l'ai dit. Au bout de quelques mois, les premiers symptômes reparaissent: il y a des besoins fréquens d'uriner, avec difficulté et douleur pour y satisfaire; les accidens névralgiques et ceux du catarrhe vésical surviennent. J'ai été appelé à explorer la vessie dans deux cas de ce genre; je n'ai pas reconnu que l'excroissance fongueuse se fût reproduite; l'irritabilité du col vésical était telle que les malades pouvaient à peine supporter le contact de la sonde. Dans l'un des cas, j'ai appliqué avec un succès complet le traitement des névralgies opiniâtres; dans l'autre, le malade a été soigné par un de mes confrères.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ont dû faire pressentir que les nouveaux moyens dont j'ai proposé l'emploi pour le traitement des fongus, ne sont applicables qu'au début de la maladie, ou du moins lorsque la production morbide n'a pas pris un développement qui empêche d'introduire les instrumens dans la vessie et de les y manœuvrer. Pour juger ces moyens, il faut se borner strictement aux cas qui sont susceptibles de les admettre. C'est un écueil qu'on ne sait point toujours éviter en chirurgie. Soit que les indications n'aient pas la précision désirable, soit que des hommes inexpérimentés veuillent outrepasser les bornes qui ont été prescrites, il arrive bien souvent qu'on procède sans règle, sans méthode, sans discrétion, de sorte qu'on n'obtient rien de satisfaisant, ou qu'on nuit; puis l'on se hâte de juger et de condamner sur de si mauvais élémens. Ce qu'il y a de plus affligeant, c'est que les hommes graves ne savent pas toujours se garantir d'une telle légèreté.

LUXATION DES DEUX POIGNETS.

Par M. L. BOUYGUES, médecin à Aurillac.

Un de nos abonnés nous communique le fait suivant qui vient à l'appui de plusieurs observations de luxation des poignets publiées dans les derniers temps. Ces renseignemens pourraient être plus complets, il est vrai, mais ils offrent toutefois assez de précision pour que nous croyions pouvoir affirmer que le diagnostic de M. Bouygues a été exact. Dans ce cas, ce fait serait probablement unique dans les annales de la science.

Le nommé Caire, garçon restaurateur, âgé de seize ans, fit une chute le 21 janvier dernier. Interrogé par moi, ce jeune homme ne peut rendre qu'un compte obscur de la manière dont s'est effectué la chute. A son dire, le pied lui a glissé, et le poids du corps a porté sur la face dorsale des deux mains, dans lesquelles il tenait une soupière qu'il n'a pas abandonnée en tombant, craignant les reproches de son maître en rentrant au logis.

Appelé immédiatement, je reconnus une luxation en arrière des deux poignets sur les deux os de l'avant-bras; la difformité des deux membres offrait la plus grande analogie des deux côtés, et il serait, je crois, impossible de rencontrer un cas plus rare, plus simple, et dont le diagnostic fût plus facile. Je pus constater d'un côté la saillie formée dans toute la largeur du membre, à la partie antérieure du poignet, par l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras; de l'autre une saillie analogue formée en arrière par le carpe; au-dessus de cette saillie existait une dépression assez profonde; les mains se trouvaient dans l'extension forcée.

La réduction fut des plus faciles d'un côté comme de l'autre: quelques minutes suffirent pour rendre aux membres leur rectitude normale, et rétablir les mouvemens dans les deux articulations.

La souffrance du malade fut vive, mais courte.

Il ne survint que peu de gonflement inflammatoire, encore ne se manifesta-t-il qu'à la partie antérieure du membre, sur le trajet des tendons fléchisseurs.

J'eus d'abord recours à des compresses froides et résolutives modérément serrées, mais continuées sans interruption les deux premiers jours. Je plaçai ensuite des compresses graduées et deux attelles assujetties par un bandage roulé jusqu'au coude, en y comprenant les mains; je prescrivis le repos absolu sur deux oreillers, de manière à avoir deux plans inclinés.

A la levée de cet appareil, que je fis seize jours après l'accident, le malade fit pendant huit jours quelques fumigations aromatiques, et au bout de six semaines il put reprendre ses occupations.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 6 septembre.

Lithotritie. — M. Larrey fait au nom de MM. Roux, Breschet et au sien, deux rapports sur deux nouveaux instrumens de lithotritie, présentés, l'un par M. Leroy-d'Etiolles, l'autre par M. Cazenave (de Bordeaux).

Il s'agit dans le premier rapport d'un instrument présenté par M. Leroy, au mois d'avril 1840, et dont le but est « d'aller chercher dans la vessie certains corps étrangers métalliques, engagés ou retenus dans ce viscère, et que les instrumens lithotriteurs ordinaires ne pourraient attaquer. Avec cet instrument, sorte de pinces, M. Leroy a présenté aussi plusieurs des corps étrangers (fragmens de tiges de fer) qu'il nous a dit avoir extraits, avec ces pinces, de chez l'un de ses malades.

» En examinant avec attention ces instrumens, et sans avoir même besoin de les essayer sur le cadavre, vos commissaires estiment qu'ils n'offrent aucun des avantages que ce médecin leur attribue, et ils pensent, au contraire, qu'à raison du volume de ces instrumens, chargés de ces corps étrangers, ils ne pourraient passer dans le canal tortueux de l'urètre, sans causer des accidens graves, tels que des déchirures et des hémorrhagies dangereuses. Certes, dans des cas semblables, il serait plus rationnel, plus simple, et d'une exécution plus facile, de pratiquer une incision au périnée qui s'étendrait jusqu'au col de la vessie, pour y aller chercher les corps étrangers que ce médecin nous a présentés. En résumé, vos commissaires pensent que ce procédé nouveau ne peut intéresser l'Académie. » (Adopté.)

Dans le second rapport il est question d'un compresseur percuteur auquel M. Cazenave a cru devoir ajouter un cliquetage pour en faciliter l'application avec plus de sécurité et une plus juste précision.

La commission, après avoir pris connaissance de l'instrument, a pensé que ces modifications « compliqueraient plutôt son mécanisme (de l'instrument), et rendraient peut-être son application pour le brisement des calculs urinaires de plus en plus difficile, surtout lorsque la lithotrititie serait faite par des mains qui n'auraient pas l'adresse ou l'habitude de celles du chirurgien de Bordeaux; et, sous ce rapport, nous estimons que l'Académie doit se borner, dans cette circonstance, en renvoyant l'instrument à l'auteur, à le remercier de sa communication, et à l'engeger à continuer ses recherches sur ce point importunt de l'art chirurgical, mais de manière à simplifier autant que possiqle tous ces procédés opératoires. » (Adopté.)

Médecine expérimentale. — M. Félix Hatin lit un mémoire intitulé: Recherches expérimentales sur la partie blanche du sang appelée communément fibrine, et sur la valeur de cet élément considéré dans ses proportions comme signe essentiel et comme indication thérapeutique dans les maladies. Sous ce titre, l'auteur n'a lu qu'un court résumé de son travail qu'il a déposé sur le bureau. Le point culminant de cette lecture est que la couenne dite inflammatoire est un signe trompeur d'inflammation. Nous reviendrons sur le travail principal de M. Hatin lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Commissaires: MM. Magendie, Edwards, Serre, Dumas et Breschet.)

Physiologie expérimentale. — M. Mateucci de Pise écrit en annonçant un nouveau travail sur le galvanisme; il fait connaître le résultat de nouvelles expériences qu'il a faites sur la grenouille, *et qui*, d'après lui, expliquent plusieurs phénomènes qui étaient restés sans explication jusqu'à présent. Sa lettre est intitulée: Note sur les phénomènes électriques des animaux. « Le résultat général est celui-ci: la partie interne d'un muscle vivant ou presque vivant mise en communication ou par un fil galvanométrique, ou par un filet nerveux d'une grenouille, avec une autre partie quelconque du même animal, nerf, surface du muscle, peau, etc., produit un courant qui va, dans l'animal, de la partie musculaire à l'autre qui ne l'est pas. Le nerf sert de conducteur des états électriques qui appartiennent à tous les points de la masse musculaire dans laquelle il est répandu, et cela explique tous les cas. »

Ténotomie. — M. Pétréquin, de Lyon, annonce: 1° avoir observé des yeux amblyopiques et louches devenir clairvoyans après l'opération heureuse de la strabotomie; d'où il déduit, d'après la théorie des analogues (textuel), que le système moteur exerce une grande influence sur le système sensitif. 2° Que l'extropion musculaire peut guérir par la myotomie sous-cutanée. Il s'agit d'un ectropion de la paupière inférieure, que l'auteur attribue à la contraction exagérée de l'orbiculaire, et qu'il dit avoir guéri en coupant la moitié inférieure de ce muscle par la section sous-cutanée suivie d'une compression continue. 3° Que l'on peut remplacer l'opération de la pupille artificielle par le strabisme artificiel, c'est-à-dire en faisant tourner l'œil de manière que la portion diaphane de la périphérie de la cornée demeure vers le centre de la fente palpébrale; il cite en peu de mots un fait dans lequel cette opération lui a réussi.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 9 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 109, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Coqueluche. Récidive.

Nous avons au n° 6 de la salle Sainte-Julie une petite fille entrée le 24 mai, pour la deuxième fois; elle était couchée précédemment au n° 11 de la même salle. Au mois de février, la coqueluche régnant épidémiquement dans nos salles, elle fut prise tout à coup de quintes avec suffocation et reprises qui, au bout de douze ou quinze jours, cessèrent complétement. Puis, le 25 mars, les quintes se remontrèrent de nouveau sans que l'épidémie reparût dans notre service, sans qu'aucune cause appréciable pût expliquer le retour de la maladie.

Il y a deux mois de cela, et non seulement la coqueluche n'a pas diminué d'intensité, mais encore cette maladie paraît être dans sa période de croissance, ce que nous avons l'habitude d'apprécier par le nombre et la force des quintes.

Combien de temps durera la coqueluche chez notre petite malade? c'est ce qu'il est difficile de dire: l'on a vu des enfans la garder six mois et même davantage. C'est le seul fait de ce genre que nous ayons observé dans nos salles, mais la science en possède plusieurs. Nous avons dans notre clientelle un enfant qui fut pris l'hiver dernier de la coqueluche: cette affection ne disparut pas complétement chez lui, il resta toujours avec une quinte par jour; mais aujourd'hui le nombre des quintes est augmenté: il en a eu jusqu'à neuf ou dix dans la journée, mais ce n'est ici qu'une recrudescence.

Quant à la petite malade de la salle Sainte-Julie, nous ne pouvons affirmer positivement que ce soit une récidive; nous aurions voulu qu'un plus grand intervalle séparât les premiers accidens des seconds. M. Guersant nous a dit avoir vu deux enfans reprendre la coqueluche après deux ans. Les faits de ce genre sont beaucoup plus rares que des récidives de varioles, ou que l'apparition de cette maladie chez des sujets vaccinés. Ainsi, on est en droit de dire que, règle générale, la *coqueluche ne se* montre pas deux fois.

Roséole.

Au n° 11 de la salle Sainte-Thérèse sont deux enfans, dont l'un est atteint de roséole et l'autre de muguet. Le premier était réputé syphilitisé (sa mère, à son entrée dans le service, présentait des symptômes de vérole); il avait au voile du palais une tache que l'on pouvait croire syphilitique; et pour cela on lui administra des bains de sublimé. Sous l'influence de ce traitement, l'affection du voile du palais disparut presque complètement; mais, au bout de quelques jours, cet enfant présenta une sorte d'éruption de rougeole qui se dissipa par le seul usage des émolliens. A quelque temps de là l'on fit prendre à cet enfant un nouveau bain de sublimé, et de nouveau l'éruption apparût de la même façon; les taches sont plus confluentes vers les parties postérieures, au dos, aux fesses, que dans aucune autre partie.

Est-ce là la rougeole? Si l'on a égard à la forme de l'éruption, oui, c'est la rougeole; mais quant à l'expression symptomatique et à la marche de l'éruption, il n'y a ici rien de commun avec cette maladie: cet enfant présente à peine de la fièvre; il n'a ni la toux, ni l'éternument, ni le mal de gorge, propres à cette affection. L'éruption est très discrète à la face et sur les bras; et, dès le premier jour de son apparition, le peu de fièvre qu'avait l'enfant a disparu. En un mot, à part l'éruption, il n'y a rien qui ressemble à la rougeole. Cet enfant présente une roséole, sorte d'éruption que l'on peut avoir vingt fois, susceptible de se montrer sous l'influence d'applications de cataplasmes ou de substances irritantes, par l'usage des bains de sublimé ou d'autres sels, par le contact des urines âcres; éruption qui est toujours sans gravité, et que l'on observe quelquefois en même temps que la syphilis; mais alors elle a d'autres caractères, sur lesquels nous reviendrons dans un autre moment.

— Au n° 8 de la même salle est un enfant entré ici avec des ulcères syphilitiques aux cuisses et au menton, et dont la mère offre aussi des symptômes de vérole. Cet enfant a été mis à l'usage des bains de sublimé; il a pris aussi environ 1 gram. de calomel. Sous l'influence de cette médication, les ulcères se sont cicatrisés; mais il lui est survenu une éruption. Au toucher, l'on sent sur la peau de petites saillies formées par des papules et des vésicules; c'est là un de ces érythèmes qui surviennent par l'usage des bains irritans, et que quelques bains simples guérissent parfaitement.

Muguet.

Nous avons, au n° 6 de la même salle, un enfant qui nous est arrivé avec une ophthalmie des plus graves, puisque l'un des deux yeux est crevé, et que l'autre aura très prochainement le même sort. Lorsque nous avons vu cet enfant pour la première fois, déjà nous n'avions plus l'espoir de lui conserver la vue.

Le plus souvent, l'ophthalmie des nouveau-nés est traitée trop légèrement; mais ce n'est pas à cause de cette maladie que nous appelons votre attention sur cet enfant. Celui-ci est en même temps atteint de muguet; l'on observe sur les bords de la langue, sur les lèvres et sur les gencives, de petites taches blanches environnées d'un cercle inflammatoire.

Un autre petit malade, couché au n° 11 de la même salle, présente la même affection, qui occupe aussi les mêmes points.

Le muguet est considéré par M. Valleix comme étant presque toujours l'expression d'un état général grave, et qui, le plus souvent (110 fois sur 140), entraîne la mort des enfans qui en sont atteints. Les résultats obtenus par M. Valleix, vrais peut-être, en tant qu'ils s'appliquent à des nouveau-nés reçus à l'hospice des Enfans-Trouvés de Paris, sont complètement erronés si on veut les étendre aux enfans de la ville, à ceux mêmes qui sont reçus dans notre hôpital.

En effet, non seulement le muguet n'a pas la gravité dont parle le médecin que nous venons de citer, mais encore c'est une affection qui, dans le plus grand nombre des cas, guérit avec rapidité. Ainsi, vous avez pu voir les deux enfans dont il est ici question, ils sont presque complètement guéris dès le deuxième jour d'un traitement avec un collutoire de borax et de miel à parties égales. Il ne reste plus qu'un peu de gonflement de la muqueuse, gonflement qui, d'ici à quelques jours, aura également disparu.

En conséquence le muguet, lorsqu'il est le complément d'une autre affection, n'est que l'expression d'un état général grave, mais par lui-même il ne présente aucune gravité. Ce n'est pas à dire pourtant que si on l'abandonnait à lui-même, si on le laissait faire des progrès, qu'il ne pût devenir sérieux; mais ordinairement c'est une affection très simple, et qui guérit avec la plus grande facilité.

L'enfant du n° 11, dont il vient d'être question, était complétement guéri après deux ou trois jours de traitement avec le collutoire de borax: le muguet alors avait totalement disparu. Mais chez l'enfant du n° 6 la maladie avait repris un peu d'intensité, parce que l'on avait un peu molli dans l'application du collutoire; et puis ce petit malade se trouve placé dans des conditions tout à fait défavorables. Sa mère, qui est atteinte d'une péritonite puerpérale, a vu diminuer d'une manière très notable la sécrétion de son lait; de sorte que cet enfant, obligé de faire de violens efforts pour pouvoir tirer une quantité insuffisante de ce liquide, s'irrite la langue, le palais; et, comme on le sait, la lactation difficile est une cause déterminante du muguet, à plus forte raison devra-t-elle entretenir le mal qui déjà existe. Toutefois, M. Trousseau pense qu'en revenant au collutoire de borax, en donnant à cet enfant un peu de lait autre que celui de sa mère, on parviendra à faire disparaître assez facilement l'affection dont il est atteint, et c'est en effet ce qui est arrivé.

Pneumonie.

M. Trousseau présente les os d'un avant-bras de l'enfant qui fut couché au n° 4 de la salle Sainte-Julie, et qui vient de succomber à une pneumonie. Ces os offrent une incurvation considérable dans le sens de la flexion, et sont, du reste, d'une flexibilité telle qu'on peut, sans les rompre, les ployer avec la plus grande facilité; chose que l'on pouvait effectuer également pendant la vie. Cette altération dans la texture des os s'observe chez tous les rachitiques, ainsi que la déviation de leur direction, déviation qui a souvent lieu dans le sens de la flexion

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

La nouvelle de ma mort est une calomnie contre la mort, et contre le festin dont je vous ai parlé dans ma pénultième épître. J'en ai été quitte pour une légère indisposition. Mais il paraît que mon histoire toute débonnaire du dessert *percuté* a percuté, chez mon amphytrion, un organe dont je le croyais veuf. Sachez bien, Monsieur le Rédacteur, que si réellement le mal de mon bien cher confrère est aussi grave qu'on le dit, c'est qu'il y avait prédisposition. Je n'ai été que l'étincelle.

Ma dernière lettre est bien plus coupable encore. Elle a blessé l'armée française! Devinez pourquoi? Parce qu'en parlant de l'inauguration de la statue de Broussais, j'ai dit que les militaires savaient bien louer et louaient beaucoup. Je prévoyais qu'en mettant le public dans la confidence de mes *impressions*, vous alliez ameuter contre moi bien du petit monde; je sais ce qu'on récolte en semant quelques grains de vérité sur ce sol qu'on appelle la *presse*. Mais je ne me doutais guère qu'un jour j'aurais pour ennemie l'armée française! Ma plume tremble comme un jeune saule devant cette forêt de baïonnettes qui se dresse contre elle.

— Parmi les bruits plus ou moins ingénieux que le crétinisme médical se plaît à répandre sur mon compte, il est surtout question de mon paquet cacheté qui ne s'ouvre jamais, et pour cause, dit-on. Vous savez, Monsieur, pourquoi le cachet ne peut être encore brisé. Il y a deux raisons pour cela. Avant de mettre au jour ma découverte, je voudrais d'abord connaître toute la *physiologie* du paquet cacheté. On écrit tous les jours de petites physiologies sur toute chose; on devrait bien écrire celle-là; elle m'apprendrait si on peut établir un paquet cacheté en société. Je fais cette question, parce que deux savans viennent de déposer un de ces mystères dans les archives de l'Académie de médecine. Or, voici ce que je dis, à part moi: de deux choses l'une, ou dans ce paquet il y a deux idées, ou il n'y en a qu'une. S'il y en a deux, on pouvait faire deux papiers cachetés; un pour le chirurgien, l'autre pour l'apothicaire. S'il n'y a qu'une idée, il est impossible qu'elle ait deux propriétaires, deux créateurs. Galilée n'a pas fait de paquet cacheté en participation, car une idée est indivise; elle ne peut sortir que d'une tête. Je suppose, par exemple, que le chirurgien, à force de veilles, de recherches et de génie, ait fini par trouver cette vérité nouvelle: *Le mercure guérit quelquefois la syphilis*. De quelle utilité peut lui être le pharmacien pour mettre au monde cette idée? Si, au contraire, c'est ledit apothicaire qui, après les mêmes efforts et un peu plus de génie, a découvert que le *mercure est un métal moins léger que l'air*, qu'a-t-il besoin du chirurgien pour confectionner son paquet cacheté? Je comprendrais l'association si le paquet ne contenait point d'idées, et qu'à la place d'une invention il y eut un prospectus. Oh! alors l'amalgame est possible, et même la commandite...

— La mouche qui me connaît si bien, avait raison de dire que je ne suis pas au bout de mes étonnemens. Ce qui m'étonne toujours plus, ce sont les conversations des médecins et chirurgiens. Il se fait, dans certains hôpitaux, dans certains salons chirurgicaux, des cours pour apprendre à *larder* le confrère sans le faire trop crier. Il est des professeurs *en cet art si honnête*, qui sont d'une habileté remarquable. *D*. Comment avez-vous trouvé ce candidat dans le dernier concours; il me semble que sa parole est belle; il sait bien; il expose merveilleusement? *R*. Oui, c'est un homme d'un grand mérite; il eût fait un excellent procureur général. — Or, c'est un malheureux, qui travaille nuit et jour depuis vingt ans pour professer la chirurgie!

D. Comment trouvez-vous ce chirurgien? il me paraît avoir l'esprit très inventif; il a créé pour l'extraction de la pierre des instrumens très ingénieux. *R*. Admirez le bourrelet qu'il a inventé; votre enfant lui doit la vie; le mien aussi. Je ne connais pas une plus belle invention chirurgicale.

On demande à un vieux professeur: Que pensez-vous de M***; il a été présenté à un de mes riches parens pour être médecin de sa maison. *R*. C'est un homme d'un avenir immense; il a des idées, mais il est un peu jeune. L'expérience, en France, attend le nombre des années. — On refuse donc l'homme d'avenir.

On demande à un jeune médecin: Que pensez-vous du vénérable docteur ***? *R*. C'est un homme d'une grande et longue expérience, mais il est un peu vieux. Maintenant, voyez-vous, la médecine est toute dans l'exploration physique; or, pour cela il faut des sens jeunes, sensibles, et M*** a l'oreille plus que dure.

C'est sur le compte de la *presse médicale* qu'on est d'une indulgence sans bornes. Un jour je visitais les salles d'un gros chirurgien qui n'est pas grand, quoique membre de toutes les sociétés savantes. Au commencement de la visite, il parlait avec un laisser-aller charmant sur le compte des journaux de médecine. Bien, dis-je en moi-même, voilà un homme qui déteste assez la presse; il peut avoir raison, car la presse est bien mauvaise quelquefois. Mais, après la visite, je trouvai que ce monsieur était quelque peu ingrat; car il venait de se livrer à une chirurgie assez incohérente. Je changeai alors d'opinion sur l'énorme chirurgien et sur la presse. Je dis, encore en moi-même, il faut que la presse soit bien bonne, ou bien discrète, ou bien indulgente. En effet, je n'avais jamais lu la narration de la moindre faute chirurgicale, de la moindre *queue de rat*, commises par ce chirurgien. A la fin de la visite, le confrère me prit à part et me tint ce langage, qui m'étonna encore plus que sa chirurgie: M. Lyrac, dit-il d'un air ravissant d'amabilité, je sais que vous écrivez dans un journal très répandu; voilà une petite note que je voudrais faire insérer. — C'était une réclame! — Mais, Monsieur, il me semble que vous démentez singulièrement vos paroles de tantôt. — Oui, oui; mais, voyez-vous, en public (il a trois élèves), je suis un peu sauvage; *dans mon particulier* je le suis bien moins. Je répondis sournoisement: donnez cette note; elle m'inspirera pour écrire deux mots sur votre compte: — Voilà ces deux mots. Avis à la réclame. — Nous la ferons.

— Beaucoup de chirurgiens vont se mettre en voyage. Ils savent, la plupart, ce que leur rendent les bessures qu'ils pansent; mais ils ne connaissent pas comment la justice estime les blessures qu'ils peuvent se faire, si la voiture qui les transporte en Italie ou en Allemagne vient à verser. Ils vont apprendre ce que coûte une cuisse, un nez, un autre membre cassé ou emporté. Voici, sous ce rapport, un document curieux. Vous y verrez, entre autres choses, que, chez les femmes, les offenses faites au bassin sont payées plus cher que les offenses faites à la tête. Enfin, vous serez émerveillé d'apprendre le peu qu'il en coûte, dans ce pays de France, pour écraser dix créatures de Dieu, comme le dirait Paré.

— Au mois d'avril dernier, une voiture de la maison Pénicaud, faisant le service de Rochechouart à Limoges, et conduisant des témoins qui devaient déposer dans l'affaire Cibot, versa et occasionna des blessures très graves à un grand nombre de personnes. M. Pénicaud a été condamné aux dépens et à payer, à titre d'indemnité, les sommes suivantes aux personnes dont nous indiquons plus bas les noms et les blessures:

Gilardin (cuisse cassée),	3,300 fr.
Catherine Rongerie (blessure au bassin),	800
Jeanne Lacote (blessure à la tête),	600
Labrousse (nez emporté),	4,500
Hyver (côte cassée),	1,000
Anne Simonnet (épaule cassée),	1,000
Beausoleil (hernie, blessure au bassin),	2,000
Femme Boulesteix (blessure à la tête),	600
Veuve Bernard (contusion),	500
Cousin (contusion),	400
Total,	14,700 fr.

J'en étais là de mes calculs et j'allais me mettre à table pour déjeûner, quand on frappe à ma porte trois petits coups secs: — Entrez. —

des membres; circonstance qu'il est facile de s'expliquer par la prédominance d'action des muscles fléchisseurs sur les extenseurs.

Nous avions donné pendant huit jours à cet enfant, dit le professeur, de l'huile de foie de morue; les os étaient déjà plus résistans, et il semblait aller mieux, quand tout à coup nous le vîmes pâlir et nous entendîmes du râle sous-crépitant dans un des côtés de la poitrine. Le pouls chez cet enfant était si misérable, que nous ne pûmes recourir à la saignée, moyen si puissamment utile chez les enfans. Le lendemain, la pneumonie avait pris de l'extension, et le troisième jour depuis le début de ces accidens, les deux poumons étaient pris. Bientôt la peau se refroidit, le pouls se ralentit d'une manière notable et tomba à 100 pulsations par minute: l'enfant succomba.

Coqueluche. Pneumonie lobulaire. Mort.

Nous avions, au n° 7 de la salle Sainte-Julie, un enfant qui vient de succomber à une pneumonie. Entré déjà dans notre service il y a environ dix mois, sa peau était alors recouverte d'écailles noires, et ressemblait assez à la peau d'un reptile; il était, en outre, d'une maigreur squelettique. Il se rétablit assez promptement à l'aide d'un bon régime.

Il y a deux mois, il revenait de nouveau dans notre service; mais cette fois il était bien portant. Sa mère seule était malade; elle était atteinte d'une péritonite aiguë, qui céda aux applications de sangsues, aux frictions avec l'onguent napolitain, et aux cataplasmes. Cette femme présentait, en outre, un symptôme que nous regardons comme des plus graves. En appliquant l'oreille sur la région du cœur, l'on entendait un bruit aigu, sonore, imitant le son d'une vielle. C'est une chose que nous n'avons rencontrée que chez deux individus: l'un est mort subitement, c'était à l'hôpital Saint-Antoine; l'autre, dans notre clientelle, s'est infiltré et a succombé avec une anasarque générale, et des accidens cérébraux graves. Aussi, malgré son apparence de bonne santé, portons-nous sur cette femme un pronostic fâcheux. Mais revenons à notre petit malade. Cet enfant, à son entrée dans nos salles, était bien portant. Il y a six semaines seulement, sans cause connue, il présenta un symptôme assez bizarre; son inspiration devenait tout à coup convulsive, et ce phénomène se terminait bientôt par une toux de catarrhe simple.

Au bout de quelque temps il eut de véritables quintes de coqueluche, mais sans reprise bruyante; puis les quintes prirent bientôt leur véritable caractère. Cet enfant, néanmoins, conservait toute sa gaîeté, quand, le 24 mai, il perdit un peu de sa bonne humeur; il avait eu un peu de chaleur à la peau dans la nuit. L'on entendait un peu de râle muqueux dans toute l'étendue de la poitrine; il avait eu quinze quintes la veille. Nous lui fîmes donner un vomitif.

Le lendemain 25, il avait perdu toute sa gaîeté; sa peau continuait d'être chaude; il y avait de la fièvre. La percussion fit reconnaître une notable diminution du son dans le côté gauche de la poitrine, entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale; à l'auscultation, quelques bulles de râle muqueux fin. Pas de réaction; la coqueluche avait diminué d'intensité, les quintes étaient moins fréquentes.

Le 26, le pouls avait perdu sa fréquence, et la peau sa chaleur; à gauche, râle crépitant; à droite, râle muqueux fin. Nous donnons le tartre stibié. Ce jour-là nous avons noté une injection considérable des veines des mains et l'absence des larmes, et nous avons-porté un pronostic fâcheux. Y avait-il des tubercules, c'est ce qu'il serait difficile de dire; il est bon de savoir seulement qu'il y a cinq semaines nous l'avons ausculté avec soin et nous n'avons rien observé qui pût nous faire croire à l'existence de cette altération. Toutefois, chez un enfant mort au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse, nous n'avions pas reconnu les tubercules pendant la vie, et à l'autopsie nous en avons trouvé des myriades.

Cet enfant a succombé dans la nuit du 26 au 27. L'autopsie, pratiquée le 28 au matin, a fait voir une pneumonie lobulaire à droite, dans le lobe supérieur. Le poumon, dans ce point, présente l'aspect marbré propre à cette lésion. Dans le poumon gauche, à la base, on n'observait que l'engouement; l'une des ramifications bronchiques était parfaitement dilatée. Le cœur, chez cet enfant, correspondait à la partie postérieure de la poitrine, située entre la colonne vertébrale et le bord interne de l'omoplate, où, pendant la vie, l'on avait reconnu une moins grande résonnance du son.

Ophthalmie des nouveau-nés. Opacité de la cornée.

Au n° 1er de la salle Sainte-Julie, est un enfant qui nous est arrivé avec une ophthalmie des nouveau-nés, si grave, que nous avons cru un moment qu'il en perdrait les yeux. Cependant cette inflammation a cédé à de fortes cautérisations avec le nitrate d'argent (solution au dixième); mais il est resté une opacité de la cornée. Nous avons eu recours au traitement conseillé par Dupuytren, le collyre avec le laudanum, et, sous l'influence de ce moyen, sa vue s'est notablement amendée.

Cet enfant avait aussi de la diarrhée, que nous avons arrêtée avec la poudre d'yeux d'écrevisse et le sous nitrate de bismuth.

Fièvre intermittente chez les enfans à la mamelle; son traitement.

Nous avons au n° 4 de la salle Sainte-Julie, un petit enfant entré il y a quelques jours avec une fièvre intermittente dont il est aujourd'hui guéri. Il est peu de maladies dont le diagnostic présente autant de difficultés que la fièvre intermittente chez les enfans à la mamelle. Dans ce cas, en effet, le frisson échappe presque toujours à l'attention des parens, et si ceux-ci s'aperçoivent du froid que leur enfant a éprouvé, ils le rapportent à une autre cause; ils ne saisissent bien que les stades de chaleur et de sueur. La mère de l'enfant dont il est ici question vint nous dire que tous les jours, vers trois heures, son enfant devenait brûlant, et prenait une fièvre intense qui ne se dissipait que vers le soir pour recommencer à la même heure le lendemain, ajoutant que chaque jour, avant le retour des accidens, son enfant devenait maussade.

La maussaderie chez les enfans tient toujours à un état de malaise, et chez le petit malade du n° 4, elle dépendait probablement de l'invasion du frisson. Quand chez un enfant on observe cette alternative de maussaderie, de chaleur et de sueur sans lésions d'organes concomitantes, l'on peut croire à l'existence d'une fièvre intermittente.

Mais ce n'est pas assez d'être arrivé au diagnostic d'une maladie, il faut encore instituer une thérapeutique utile. Or, pour administrer le médicament que l'on doit opposer à la fièvre intermittente, pour introduire le quinquina ou l'une de ses préparations dans l'économie, trois voies se présentent: l'estomac, l'intestin et la peau.

Par l'estomac: il est impossible de donner le quinquina par cette voie; il en faudrait une trop grande quantité. Le sulfate de quinine est trop amer: les enfans ne le prennent que difficilement et le vomissent aussitôt qu'il est ingéré.

Par l'intestin: l'extrémité inférieure du tube digestif n'a pas chez les enfans la même tolérance que chez les adultes, et un lavement ne leur est pas plutôt administré qu'ils le rendent immédiatement, surtout s'il contient quelques préparations irritantes, comme l'est le sulfate de quinine; quelquefois, pourtant, on arrive à le leur faire conserver.

Par la peau: mieux que chez l'adulte, on peut chez l'enfant, à l'aide de lotions sur la peau, avec une solution de sulfate de quinine, guérir une fièvre intermittente; mais il faut une quantité considérable de ce médicament, et comme il est très cher, c'est un moyen auquel l'on ne peut recourir, surtout chez les pauvres.

Eh bien, de toutes les préparations de quinquina, c'est la quinine brute qu'il faut préférer. Cette substance se présente sous forme résinoïde; elle se ramollit à une température de 28°, et au lieu que le sulfate de quinine contient environ 20 à 30 pour cent d'eau ou d'acide sulfurique, la quinine brute n'en contient que 3 ou 4 parties. Elle est insipide, insoluble dans l'eau ou dans la salive, soluble dans les acides de l'estomac, où elle forme des acétates, des hydrochlorates, des lactates de quinine, tout aussi actifs que le sulfate de quinine.

Nous donnons le quinine brute à la dose de 20 centigram. par jour, que l'on ajoute à la bouillie de l'enfant. L'on prend un fragment de quinine brute, on le ramollit dans les doigts, et on lui donne la forme d'un filament de vermicelle, que l'on divise ensuite en trèspetites parcelles, et que l'on ajoute à la bouillie de l'enfant.

Chez notre petit malade du n° 4 de la salle Sainte-Julie, dès le premier jour de l'emploi de la quinine, la fièvre s'est un peu modifiée; le deuxième jour, l'accès a été moins intense et s'est montré plus tard; le troisième jour du traitement la fièvre n'a pas reparu. Nous allons continuer la quinine encore pendant dix ou quinze jours, en ayant soin d'en diminuer graduellement la dose.

Eclampsie.

Au n° 9 de la salle Sainte-Thérèse est un enfant âgé de deux mois seulement qui fut pris, il y a trois jours, d'attaques d'éclampsie. Il était gros, vigoureux, d'une santé parfaite, quand, la veille de son entrée dans notre service, il eut un peu de toux, de la difficulté à digérer, des envies de vomir et quelques coliques. Malgré cela sa mère lui donna de la bouillie, et aussitôt cet enfant eut des convulsions et des vomissemens. Ce premier jour les paroxysmes durèrent deux heures et reparurent dans la nuit; le lendemain, retour de l'attaque; la mère se contente de lui donner un peu d'eau distillée de fleurs d'oranger et lui met du sel sur la langue. Les convulsions reparaissent encore dans la nuit. Le surlendemain à la visite nous n'observons, chez cet enfant, aucune apparence de stupeur. Nous prescrivons le calomel. Immédiatement après l'administration de ce médicament l'enfant est de nouveau pris de convulsions. Mais bientôt les garderobes s'établissent et l'éclampsie disparaît pour ne plus revenir.

Près de cet enfant est une femme qui a eu quatorze enfans et dont douze ont succombé à la suite de convulsions. Des deux enfans qui lui restent, l'un est au dépôt, l'autre est avec elle. Celui-ci est âgé de deux mois; il a déjà éprouvé des attaques d'éclampsie, même depuis son entrée dans notre service; mais, dit la mère, ce sont des convulsions internes. Qu'entend-on par convulsions internes? Les femmes qui n'ont jamais élevé d'enfans, donnent ce nom aux petits mouvemens saccadés et convulsifs qu'éprouvent la plupart des enfans pendant leur sommeil. Les femmes qui ont l'habitude des enfans nomment cela des sursauts. Les convulsions internes ont néanmoins leurs caractères particuliers. L'attaque d'éclampsie, quand elle est forte, se manifeste ordinairement par des secousses violentes occupant plus spécialement un côté du corps, d'une durée qui ne dépasse guère une minute,

---

On entre; c'est un jeune homme, les yeux baissés comme une Lorette, un pli à la main; il le pose avec une délicatesse extrême sur le coin de mon bureau, et se retire en me saluant jusqu'à terre et me laissant pour adieu ce nom: CALIXTE.

J'ouvre..... voilà l'épître:

EXTRAIT DE LA CORRESPONDANCE INÉDITE DU DOCTEUR FRAPART.

Il y a des hommes qui ne savent pas ce que c'est qu'une parole donnée, parce qu'ils ne connaissent que l'argent!.... *Ceux-là passeront au laminoir.*

A Monsieur BAZILLE, à Courquetaine.

Paris, 16 juillet 1841.

Mon bon ami,

Avant-hier j'ai reçu des nouvelles de M. Laurent: je le croyais perdu, le voilà retrouvé. Il m'informe qu'il va continuer ses pérégrinations magnétiques, et qu'il arrivera dans la capitale pour les fêtes. C'est la troisième fois qu'il contracte par écrit une semblable promesse!....... Tiendra-t-il mieux celle-ci que les autres? Oh! oui, oui, s'il y trouve son intérêt. Il y a des hommes qui ne savent pas ce que c'est qu'une parole donnée, parce qu'ils ne connaissent que l'argent! *Ceux-là passeront au laminoir.*

Mais M. Laurent ne se borne point à méconnaître ses obligations, il fait plus: à la suite de mes dernières lettres, — que je l'ai autorisé à reproduire et à donner gratis, — sur la même feuille! il ose annoncer des consultations de somnambulisme; puis il me fourre dans ses programmes; que sais-je? il me met sans doute à toutes les sauces. Oh! c'est à en grincer les dents. Je lui écris:

« 15 juillet 1841.

» Monsieur,

» Je reçois de province une feuille d'impression qui contient les quatre premières lettres que j'ai publiées sur votre somnambule Prudence, et je vois avec plaisir qu'ainsi que nous en étions convenus on n'y a rien changé; mais j'éprouve quelque peine en lisant ce qui les précède et ce qui les suit.

» Dans le premier cas, je dis: Les réflexions que le Propagateur de l'Aube du 9 mai a mises en tête de mes lettres sont si pleines d'une bienveillance élogieuse, que leur reproduction de votre part est, à mes yeux, un genre de charlatanisme dont vous auriez dû vous dispenser, et contre lequel je proteste, parce que, — hormis pour les habitans de Troyes, — ces réflexions deviennent pour tout le monde un *puff* fait à l'avantage de votre bourse et de ma vanité.

» Dans le second cas, je dis: Qu'est-ce que cette annonce qui sent *la banque* à pleine gorge, et que je rencontre accolée à mes lettres de la manière suivante?

MÉDECINE INTUITIVE,

» Homœopathique ou ordinaire, pour toutes les maladies, par consul-
» tation somnambulique, au domicile de M. Laurent, médecin.

» Prix de la première consultation, 10 fr.
» Les suivantes, 5 fr.

» Et vous placez cette annonce de marchand qui est vôtre à côté d'une œuvre de propagation qui est mienne? Est-ce à dire que vous me prenez pour une cuirasse derrière laquelle il vous semble commode de vous cacher? Oh! oh! je ne le souffrirai pas: je ne veux abriter ni patroner personne.

» Vous avez donc oublié qu'un jour je vous disais: « Si vous restez
» dans votre rôle, vous trouverez en moi un excellent garçon toujours
» prêt à vous obliger, et même à se laisser manger la laine sur le dos;
» mais si vous allez jusqu'à l'épiderme, c'est-à-dire si jamais vous ten-
» tez de me faire servir à votre petit commerce, tant pis pour vous, je
» vous travaillerai les flancs. »

» Vous avez donc également oublié une de mes lettres dans laquelle je vous ai plus particulièrement fait remarquer ce passage: « Je souhaite
» avec ardeur le succès de ce qu'il y a d'*utile* et de *vrai* dans ce qu'on
» nomme le magnétisme; mais je me suis toujours gardé et me garde
» soigneusement de m'intéresser à aucun magnétiseur: en d'autres
» termes, dans le magnétisme, comme en tout, ce sont les choses, les
» faits et les principes que je soutiens, sans me soucier des hommes...,
» même de mes amis. Aussi dispensé-je messieurs les magnétiseurs et
» mesdames les somnambules de toute espèce de reconnaissance en-
» vers moi; ce n'est pas pour eux, ni pour elles, que je veille et que
» je frappe. »

» Et cette leçon ne vous a point profité, M. Laurent? Cela me passe!

» Quant au programme de vos séances, je le trouve ce qu'il doit être pour le but auquel vous visez, — à savoir: de gagner beaucoup d'argent en peu de temps; — mais le rouge me monte à la face, au front, aux oreilles et aux yeux, lorsque je vois mon nom y figurer dans une phrase que voici: « La somnambule terminera la soirée en dis-
» tribuant gratuitement aux auditeurs un exemplaire de cinq lettres
» inédites du docteur Frapart, de Paris. »

» *De Paris!!!* C'est le bouquet!... En vérité, M. Laurent, si pour me jouer un mauvais tour — l'Académie instituait une manière de prix *Burdin*, c'est vous qui le gagneriez.

» D'ailleurs, notez qu'il m'importe fort peu que vous fassiez des affiches, des réclames, ou des prospectus, — je ne me mêle pas des affaires des autres; — mais je veux que du moins mes lettres et mon nom soient vierges de ce contact... ignoble. C'est assez vous avertir, j'imagine, que vous ne devez plus imprimer mon nom sur vos programmes, ni placer vos annonces à la suite de mes lettres.

» Il me reste à vous rappeler, Monsieur Laurent, que le 5 mai, jour de votre départ, vous m'avez promis d'être de retour le 15 juin; que par une lettre du 30 mai, vous me demandez répit jusqu'au 30 juin; et que le 12 juillet, vous m'annoncez votre venue définitive pour les fêtes de la fin du mois.

» Il me reste à vous apprendre, — si je rapproche ces délais interminables des protestations cauteleuses dont vous m'accabliez avant de vous avoir remis mes lettres sur Prudence, — que votre conduite me remémorie celle de ce peureux et ingrat marin, qui, *pendant l'orage!* dédiait à Notre-Dame de Bon-Secours un cierge gros comme le mât de son navire;... qui, *après l'orage!* n'en dédiait plus qu'un gros comme le petit doigt;... et qui, *à terre!* oubliait l'orage, la sainte et le cierge.

» Enfin il me reste à vous prévenir, pour votre gouverne, que ma longanimité n'égale pas toujours celle de Notre-Dame de Bon-Secours; et que quand vous retournerez au large, je pourrai, — *si vous ne revenez pas auparavant,* — vous susciter des tempêtes au grand dommage de votre réputation,..... quoique toujours au profit du magnétisme.

» Je distingue les hommes des choses, et je connais l'art de sacrifier ceux-là sans toucher à celles-ci.

» J'ai l'honneur d'être, Monsieur Laurent, votre très obéissant serviteur.

FRAPART, D.-M.-P. »

Vous jugerez peut-être, mon cher Bazille, que je suis inexorable envers M. Laurent, et que je lui fais expier cruellement ses fautes? Mais pensez que depuis deux mois, — sur la foi de ses promesses, — je lanterne une foule de personnes auxquelles je vais répétant que bientôt je leur montrerai une somnambule qui lit malgré une couche de terre glaise ou un masque de plomb; puis considérez dans quel embarras je serais si le professeur Gerdy eût accepté la proposition que je lui ai faite le 20 mai dernier, et si l'Académie eût acquiescé à ma demande du 15 juin. Au surplus, ce n'est pas avec de la compassion pour les hommes qu'il convient de défendre les choses, parce que la faiblesse n'arrange rien et souvent dérange tout; tandis que la force, — « quand elle est éclairée par la raison, tempérée par la bienveillance, surveillée par la justice, » — arrange tout et jamais ne dérange rien. Cette pensée me conduit naturellement à ce que j'écrivais naguère au bon monsieur Siraudin (de Melun), en lui parlant du magnétisme:

« Il marche! lui disais-je, appuyé d'une part sur des charlatans, et
» de l'autre sur ma plume. Je suis à l'heure qu'il est dans le feu du
» combat: je frappe à droite, je frappe à gauche, et toujours sans pi-
» tié, — c'est la vérité qui le veut! — car, soit du côté des savans,

et susceptible de se reproduire un grand nombre de fois de suite. Quand l'attaque est légère, les convulsions se bornent aux muscles propres du larynx, au diaphragme, aux muscles respirateurs ou à ceux des yeux. Voilà les convulsions internes qui se montrent plus particulièrement à la fin des maladies convulsives, de la fièvre cérébrale. L'enfant pris de ce genre de convulsions pousse quelquefois un petit cri, renverse légèrement le globe oculaire et, comme dans l'attaque d'éclampsie proprement dite, ces symptômes reviennent d'une manière paroxystique et ne durent que très peu de temps.

C'est bien là une forme d'éclampsie; car les attaques reviennent par paroxysmes; les yeux sont renversés, l'enfant s'éveille difficilement et retombe dans la stupeur aussitôt qu'on cesse de l'exciter; il y a défaut de rapport entre le petit malade et les objets extérieurs. Les mouvemens d'inspiration ont une forme toute particulière, etc.

Ainsi chez nos deux enfans de la salle Sainte-Thérèse, celui du n° 9 et son petit voisin, nous observons ces deux sortes de convulsions; chez le premier, convulsions externes, éclampsie proprement dite; chez le deuxième, convulsions internes ou variété d'éclampsie. Celui-ci offre un exemple de cette affection à un très faible degré, tandis que chez l'autre les accès sont parfaitement bien dessinés. L'on observe, en effet, chez ce dernier, perte totale de connaissance, quelques secousses convulsives et résolution, puis retour de ces mêmes accidens, qui cessent encore pour reparaître de nouveau, jusqu'à ce que l'attaque soit complétement terminée. Au contraire, l'enfant qui a succombé dans la salle Sainte-Julie, et chez lequel nous avons trouvé un tubercule dans le cerveau, avait des convulsions permanentes.

Pour ce qui est du traitement, l'on n'a rien fait ici pour combattre les accidens éclamptiques et néanmoins ils ont disparu: ils ont disparu quand l'affection intestinale, sous l'influence de laquelle ils s'étaient manifestés, avait elle-même cédé au traitement que nous lui avons opposé; c'est-à-dire que toutes les fois que l'éclampsie ne tiendra pas à une affection idiopathique du cerveau, ou bien à une pneumonie, etc., elle présentera peu ou point de gravité; et comme ces accidens convulsifs s'observent plus souvent dans d'autres circonstances qu'au début des affections dont il vient d'être question, nous devons conclure qu'en général l'éclampsie est une affection de peu d'importance.

Mais dans la pratique particulière, ce n'est pas toujours une chose aussi simple. En effet, aussitôt qu'un enfant est atteint de convulsions, on dit qu'il a une fièvre cérébrale; et dans cette opinion, que fait-on? L'on commence par appliquer sur la tête du petit malade de l'eau très froide, et le plus souvent de la glace. Par ce moyen, si les convulsions précèdent une éruption, l'on empêche cette éruption de se faire; si c'est une pneumonie qu'elles annoncent, l'application d'eau glacée ou de glace sur la tête aggrave cette pneumonie. Lorsque l'éclampsie est un symptôme d'embarras gastrique, comme chez notre enfant du n° 9, et qu'il arrive que l'on donne des préparations opiacées, la position du petit malade, loin de s'améliorer, n'en devient que plus fâcheuse. Enfin, presque toujours, au début de l'éclampsie, l'on a recours aux émissions sanguines que l'on répète plusieurs fois de suite, attendu la persistance des accidens; de cette façon, l'on affaiblit considérablement les petits malades, on les plonge dans un état cachectique effrayant, l'on rend toute médication impossible dans le cas d'apparition d'un catarrhe aigu ou d'une pneumonie, et souvent la mort est la conséquence du traitement mis en usage. Si malgré le médecin, malgré l'emploi de semblables moyens, l'enfant ne succombe pas, l'on dit alors qu'on l'a guéri d'une fièvre cérébrale.

Bien que dans notre opinion l'éclampsie, dans le plus grand nombre des cas, ait peu de gravité, nous sommes loin cependant de regarder ces accidens comme une chose légère de peu d'importance; car, nous l'avons vu, souvent ils se manifestent au début d'affection dont la gravité compromet le plus souvent les jours du malade, et le petit enfant de la salle Sainte-Julie dont nous parlions tout à l'heure en est un exemple. Chez lui, le premier jour de l'apparition des convulsions, il y avait un peu de râle sous-crépitant dans un des côtés de la poitrine. Nous croyons à une invasion de pneumonie; mais l'éclampsie persiste le lendemain au même degré, ce qui n'est pas ordinaire; d'une autre part le râle sous-crépitant n'est pas plus nombreux, la fièvre ne s'allume pas comme au début de la pneumonie. Nous diagnostiquons une affection cérébrale, et le jour suivant nous observons la persistance des premiers accidens, et de plus un peu d'infiltration; nouvelles raisons de croire à une inflammation du cerveau, et par cela même à une mort presque certaine.

Pour nous résumer, nous dirons que si l'éclampsie se montre sous l'influence d'une inflammation du cerveau ou de ses enveloppes, presque toujours alors l'enfant succombe; car la méningite est si souvent mortelle, que M. Guersant, dans sa longue pratique, n'en a observé qu'un seul cas de guérison; il est vrai que quelques autres médecins n'ont pas la même opinion sur la gravité de cette maladie; cela vient de ce que, pour ces derniers, un enfant qui présente du délire et des convulsions éclamptiques, est atteint d'une fièvre cérébrale; de là les cas nombreux de guérisons qu'ils ont observés.

A l'hôpital des Enfans, MM. Baudeloque et Bouneau partagent entièrement l'opinion de M. Guersant touchant la gravité de la méningite chez les enfans.

Lorsque l'éclampsie précède une pneumonie ou toute autre affection du poumon, par l'expectation nous sommes prêts à combattre ces diverses phlegmasies dès leur apparition; mais comme, le plus souvent, l'éclampsie dépend de peu de chose, nous aurons l'avantage, en ne faisant rien, de ne pas tourmenter un enfant inutilement.

OPÉRATION DE CATARACTE,

Par M. le Dr DESMARRET,

Chef de la clinique de M. Sichel, et professeur particulier d'ophthalmologie.

Œil gauche: cataracte demi-molle déhiscente, complète depuis six mois; taie centrale légère de la cornée.
Œil droit: cataracte semi-liquide avec noyau volumineux et non apparent; cécité datant de cinq années; impossibilité de reconnaître le jour et la nuit; synchisis.
Vaisseaux variqueux dans les deux yeux, surtout dans le droit.
Abaissement, le 6 mai 1841, assez facile à gauche; à droite, au contraire, épanchement dans les deux chambres de l'œil d'un liquide lactescent très épais jusqu'au point le plus élevé de la cornée; vision bonne à gauche, nulle à droite.
Cataracte secondaire à gauche; nouvelle opération sur les deux yeux le 17 juin; le cristallin droit passe dans la chambre antérieure vingt-quatre heures après l'opération, et se résorbe peu à peu sans provoquer aucune inflammation; vision parfaite des deux yeux.

M. V..., ancien militaire en retraite, âgé de soixante-douze ans, demeurant à Paris, chaussée de Ménilmontant, 27, est atteint de deux cataractes. Celles de l'œil gauche est demi-molle, déhiscente; la substance corticale antérieure est divisée par un grand nombre de triangles dont la base est tournée vers la circonférence du cristallin, et dont les sommets dirigés vers le centre laissent dans cet endroit un espace libre, étoilé, d'un millimètre environ de diamètre, à travers lequel on aperçoit le noyau reconnaissable à sa couleur d'un jaune d'ambre peu foncé. Les stries qui forment les triangles disparaissent à environ un demi-millimètre de la périphérie de la lentille; l'iris est très mobile. Le malade a perdu depuis six mois la perception des objets les plus gros, et ne reconnaît plus que l'ombre de ceux qu'on fait passer entre la lumière et lui.

La cataracte *de l'œil droit*, complète depuis cinq années, présente les caractères suivans: on voit derrière la capsule, très bombée en avant, des stries horizontales jaune d'ambre d'autant plus foncées qu'elles sont plus inférieures; les supérieures, d'un blanc laiteux, sont dans la proportion d'un huitième environ par rapport aux premières. Lorsqu'on fait passer plusieurs fois la paupière supérieure sur le globe, le liquide intra-capsulaire prend aussitôt une teinte jaunâtre générale et uniforme beaucoup moins prononcée. Je fais coucher le malade sur le côté gauche, et je vois bientôt les couches de la matière jaune se former du côté interne de l'œil et reproduire les stries que j'ai décrites plus haut. Le liquide présente des oscillations très remarquables dans les mouvemens du globe, l'iris flotte de telle sorte que son bord libre vient presque toucher la cornée. Je pense que ce dernier phénomène est dû autant à la présence du liquide morgagnien qu'à un ramollissement de l'humeur vitrée (synchisis). L'œil est un peu mou au toucher.

Le malade et ses parens étant très pusillanimes, je crois devoir les prévenir, pour éviter les désagrémens qu'on rencontre toujours dans ces sortes de cas, que l'œil droit sera complétement blanc après l'opération, et que plus tard il faudra certainement la répéter.

Le 6 mai 1841, j'abaisse très facilement le noyau de la cataracte gauche, après avoir divisé la substance corticale en plusieurs morceaux. La pupille est parfaitement nette, à part le néphélion central de la cornée.

Ainsi que je l'avais prévu, j'éprouve pour l'œil droit beaucoup de peine à faire pénétrer l'aiguille entre l'iris et la capsule; cependant j'y parviens sans intéresser ni l'une ni l'autre de ces deux membranes. Par des mouvemens très ménagés d'avant en arrière et de haut en bas de l'aiguille que j'applique à plat sur la partie supérieure de la capsule, j'essaie de la déchatonner; mais je n'y parviens que très incomplétement parce qu'elle se rompt aussitôt, et laisse épancher un flot de liquide tellement épais, que l'humeur aqueuse troublée jusqu'au haut de la chambre antérieure ne me permet plus de rien apercevoir. Je continue quelque temps, *au juger*, les mouvemens d'abaissement; mais je m'arrête bientôt, dans la crainte de jeter le noyau dans la chambre antérieure ou de blesser l'iris.

De l'œil gauche, le malade reconnaît une large épingle de cravatte, une paire de lunettes, un gant; il ne distingue pas le jour de la nuit de l'œil droit, qui est aussi blanc que je l'avais prédit; et dans lequel, après un quart d'heure, l'humeur aqueuse n'avait pas repris sa transparence.

Fomentations d'eau froide pendant vingt-quatre heures si on peut les supporter. Prendre un des paquets suivans de six en six heures:

Calomel,	30 centigr.
Opium en poudre,	10

Divisez en six paquets.

7 mai. Le malade n'ayant pas souffert n'a pas été saigné; son œil gauche n'est pas injecté; les débris cristalliniens se sont gonflés notablement. De l'œil droit, il distingue le jour de la nuit, et reconnaît la direction dans laquelle je fais passer ma main. Les couches supérieures ont repris leur transparence dans l'étendue d'un huitième environ du diamètre

» soit du côté des magnétiseurs, j'ai affaire à des espèces de Bédouins » qui n'ont aucune notion du *grand devoir*, et qu'il faut convaincre » comme on convainc les Bédouins de l'Atlas,..... par voie d'intimidation. Oui, pour amener les uns à résipiscence, je suis forcé de leur » faire publiquement subir une sorte de torture morale; et pour empêcher les autres de s'émanciper effrontément, je dois sans cesse les » tenir en respect. Ainsi, sans être Neptune, quand besoin est, je leur » crie: Quos EGO!... Ce qui est absolument la même chose que si je » leur criais, le fouet à la main: *Voulez-vous bien vous taire, tas de* » *canailles!*

» Le fait est qu'avec cette manière de procéder,...... qui est si loin » de mon caractère intime! le magnétisme a gagné plus de terrain depuis trois ans, qu'il n'en avait gagné en un demi-siècle. Mais son » succès est encore à une condition, peut-être la principale: il faut » que je sème toujours, *et que je ne recueille jamais!*

Adieu, mon cher Bazille.

FRAPART, D.-M.-P.

Je n'ose rien dire sur cette lettre, mon cher confrère, j'ai peur que M. Frappart, qui frappe partout, ne me frappe à gauche, ne me frappe à droite, en avant, en arrière. J'aime mieux qu'il ne frappe que sur M. Laurent le magnétiseur; je ne voudrais pas, pour tout au monde, me trouver dans *un tas de canailles*, et laisse notre honorable confrère *défendre à sa manière le magnétisme!!!!*

Dr LYRAC.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 7 septembre.

M. Mélier, candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène, obtient la parole par un tour de faveur, et lit un travail intitulé: Etudes sur les subsistances envisagées sous leurs rapports avec les maladies et les mortalités. Ce travail a été écouté avec intérêt, mais on prévoit aisément que la nature du sujet le soustrait à l'analyse.

— *M. Londe* fait un rapport sur un mémoire de M. Foissard relatif au choléra de Nîmes. L'auteur soutient la contagion de la maladie, et l'utilité de l'usage du sulfate de zinc, qu'il regarde comme spécifique.

M. le rapporteur combat l'idée de la contagion, et n'accorde pas au sulfate de zinc la même confiance que M. Foissard. (Remerciemens.)

M. Chervin cite plusieurs faits recueillis dans l'épidémie de Nîmes, et qui déposent contre l'opinion de M. Foissard, et en faveur de celle de la commission concernant la contagion.

M. Rochoux parle dans le même sens. Le caractère essentiel d'une maladie contagieuse, c'est surtout de se communiquer par le contact: or, le choléra n'a pas présenté une pareille condition, puisque les infirmiers des hôpitaux n'ont pas été plus atteints que d'autres.

M. Nacquart désirerait que l'Académie ne se prononçât pas d'une manière aussi formelle sur la question de la contagion du choléra, des faits par lui observés jetant du doute dans son esprit à cet égard.

Grossesse extra-utérine. — *M. Amussat* lit les détails d'une observation de grossesse extra-utérine dont il avait parlé dans la dernière séance. Nous publierons en entier ce fait intéressant.

M. Capuron n'approuve pas l'opération qu'a faite M. Amussat d'aller chercher par le rectum perforé les restes du fœtus enkysté. Il pense que la nature se suffit dans ces circonstances, et qu'il vaut mieux lui laisser le soin de l'expulsion lente que de la troubler par une manœuvre chirurgicale.

M. Amussat répond qu'il est des cas dans lesquels il faut aider la nature; le fœtus, dans ce cas, constituait un corps étranger qu'il fallait extraire.

M. Velpeau établit une distinction importante: lorsque l'état de la femme n'offre rien qui oblige à hâter le travail expulsif, comme des phlogoses, des suppurations, de la fièvre continue, etc., il faut abandonner tout le travail à la nature; dans le cas contraire, il faut opérer, élargir la fistule, et extraire les fragmens. Il existe au reste un très grand nombre de cas pareils à celui de M. Amussat.

A cette occasion, M. Velpeau déclare avoir reçu une lettre d'un médecin de province, M. Bressol, qui réclame pour lui une partie de l'honneur de l'opération de M. Mathieu sur laquelle M. Gerdy a fait un rapport.

M. Mérat propose qu'on fasse mention de cette lettre au Bulletin.

Anus artificiel. — *M. Amussat* fait une seconde lecture intitulée: Quelques nouvelles considérations sur l'anus artificiel lombaire. Dans cette lecture, M. Amussat a exposé plusieurs opérations de ce genre qu'il a pratiquées, et fait ressortir les avantages de son mode opératoire sur celui de Littre. Nous donnerons un extrait détaillé de cet intéressant travail.

M. Gimelle regarde la nouvelle opération comme un véritable service rendu à la science; mais il croit que l'indication d'opérer par cette méthode ou d'après celle de Littre doit être déterminée par les conditions de la maladie, en particulier par la grosseur formée par la collection des matières.

M. Nacquart croit qu'un point essentiel dans cette opération est de fixer l'opportunité de son application, ce qui lui paraît fort difficile. Une dame qu'il a soignée était complétement constipée depuis quarante-huit jours: à force de soins, les garderobes se sont rétablies au bout de ce temps, et elle a parfaitement guéri sans opération.

M. Amussat convient qu'il est fort difficile de fixer d'une manière sûre cette opportunité; cependant il pense qu'il vaut mieux pratiquer une opération qui pourrait être quelquefois superflue, que de laisser mourir les malades.

M. Velpeau attache moins d'importance au manuel opératoire, à l'opération elle-même, qu'aux indications qui la réclament. Or, ces indications sont beaucoup moins nombreuses pour lui que pour M. Amussat. Dans les cas de cancer, de volvulus, de tumeurs fixes, l'opération lui paraît contre-indiquée. Restent les coarctations bénignes ou les obturations produites par des corps étrangers: dans ces cas, l'opération peut être pratiquée. Ces considérations expliquent pourquoi l'opération n'a été que rarement pratiquée jusqu'à ce jour.

M. Amussat répond catégoriquement à l'honorable préopinant. Il s'efforce de démontrer que l'on doit toujours opérer dans les cas où l'on regardait l'opération comme contre-indiquée, par la raison que l'on peut ainsi prolonger la vie, tandis que le mal abandonné à lui-même est sûrement mortel.

M. Guersant cite trois cas dont deux auraient été favorables à l'opération. Dans l'un, il s'agissait d'une coarctation squirrheuse à 12 ou 15 pouces de l'anus; dans l'autre, d'une obstruction produite par une vertèbre cervicale d'oiseau. Le troisième cas a été guéri par l'émétique à haute dose.

— Il est six heures moins un quart; M. Bouvier monte à la tribune pour montrer une pièce pathologique, mais le petit nombre de membres restans se lève et quitte la salle.

Séance levée.

PHYSIOLOGIE DES MÉDECINS,

PAR LOUIS HUART.

Ceux de nos lecteurs qui aiment la bonne plaisanterie seront bien aises de faire connaissance avec la *Physiologie du Médecin*, qui fait partie des petites physiologies éditées par les libraires *Aubert* et *Lavigne*. Ils y trouveront des révélations fort piquantes sur le nombre des médecins qui exercent, ou plutôt qui *n'exercent guère en France*, sur les moyens de se rendre célèbre, sur les prodiges récens de la chirurgie. Après ces généralités et ces recettes, arrivent les descriptions des espèces et variétés médicales; chacune a trouvé sa place dans ce petit tableau si gai, si animé: les homœopathes, les consultans, les hydropathes, les magnétiseurs, les médecins des camps, les médecins des dames, les médecins philanthropes, les empiriques voyageurs, etc., etc.

Des dessins nombreux, représentant les principaux types, sont destinés à servir à l'intelligence du texte. En un mot, rien n'a été négligé pour assurer à ce petit livre un succès de franc rire.

vertical, circonstance qui me permet de reconnaître que la pupille, largement dilatée encore, est libre en haut dans une très petite étendue. L'œil est injecté; il y a un commencement de chémosis séreux autour de la cornée, surtout en bas. Le malade se plaint de douleurs sourdes.

Frictions sur le front avec l'onguent napolitain laudanisé. Six pilules d'extrait de belladone et de calomel. Dix sangsues au-devant de l'oreille droite.

Du 8 au 17 mai, le chémosis et la conjonctivite diminuent au moyen de purgatifs et d'un collyre légèrement astringent. Il n'y a plus de liquide blanc-jaunâtre dans la chambre antérieure de l'œil droit; je reconnais que la capsule n'a pas été suffisamment déchirée, et qu'elle contient une grande quantité de liquide semblable à celui dont j'ai parlé plus haut. J'y distingue encore le mêmes stries jaunâtres. La partie supérieure de la pupille est libre dans l'étendue d'un millimètre environ. Notons que cette ouverture est aussi large qu'après l'instillation de l'extrait de belladone.

OEil gauche. Le cristallin s'est considérablement gonflé; ses débris flottent en bas et en dehors, et remontent dans la pupille, qui est encore très dilatée. Le malade voit très distinctement, mais je ne doute pas que la vision sera notablement diminuée lorsque la pupille reprendra son diamètre normal, et qu'il faudra attendre la résorption des détritus cristalliniens ou opérer de nouveau si elle se fait trop long temps désirer.

Du 20 mai au 10 juin, le cristallin gauche se gonfle de plus en plus, la pupille reste dilatée, le malade voit toujours bien. Dans le droit, la rougeur diminue notablement; le liquide intra-capsulaire disparaît peu à peu et permet de voir un volumineux noyau jaunâtre strié.

Le 15 juin, les débris du cristallin gauche se sont réunis les uns aux autres par une trame celluleuse d'un blanc assez mat, qui formera bientôt une véritable fausse membrane. La pupille a repris son diamètre normal; le malade ne voit plus que de grands objets.

Nouvelle opération sur les deux yeux le 17 juin.

A gauche, les détritus cristallins sont broyés et la capsule déchirée; des lambeaux capsulaires s'attachent à l'aiguille et remontent sans cesse avec elle; je ne parviens qu'avec peine à les entasser incomplètement contre la face externe inférieure de l'iris. La pupille, dilatée, est nette dans ses trois quarts supérieurs.

A droite, l'œil est très mobile et l'humeur vitrée si ramollie (synchisis), que le cristallin traverse presque entièrement la pupille dans ses mouvemens d'arrière en avant et touche presque la cornée par instans, en faisant plier l'iris sous son poids. Cette double raison me fait craindre de le voir tomber dans la chambre antérieure. J'introduis l'aiguille difficilement et avec lenteur au-devant du cristallin et de la capsule, en traversant la petite lacune dont il a été question plus haut. J'abaisse un peu d'abord et avec précaution le cristallin, puis je le relève doucement; mais dans ce moment une oscillation énergique du corps vitré et un mouvement brusque de l'œil le soustraient à l'action de l'aiguille; il tourne d'avant en arrière sous l'instrument et aussitôt son bord inférieur, à cheval sur l'iris, avance dans la chambre intérieure. Je le saisis de nouveau et je l'abaisse, mais il m'échappe encore un fois et suit la même route toujours poussé par les deux causes dont j'ai parlé. Enfin, et pour la troisième fois, je le plonge dans la chambre postérieure, et je parviens à l'y maintenir quelque temps abaissé, puis je relève avec précaution l'aiguille jusqu'au centre de la pupille, et, voyant qu'il ne remonte plus, je retire l'instrument. Le malade voit l'heure à sa pendule de l'œil gauche, et compte exactement mes doigts de l'œil droit. Je lui recommande de ne pas baisser la tête, de tenir les yeux fermés et de rester couché sur le côté droit, dans l'espoir, si mon conseil est suivi, que le cristallin contractera quelques adhérences et ne pourra plus passer à travers la pupille.

Fomentations glacées sur les yeux.

Le lendemain, 18 juin, je trouve le malade levé, les yeux ouverts en pleine lumière, malgré mes recommandations; il n'a pas souffert; pas d'injections ni de rougeur, sauf à l'endroit des piqûres. L'œil gauche est dans l'état le plus satisfaisant; quelques débris cristalliniens flottent dans la partie inférieure au-dessous du niveau de la pupille très dilatée. Quant à l'œil droit, ce que j'avais craint hier est arrivé; le cristallin est tombé dans la chambre antérieure. Le quart supérieur de la pupille dilatée est libre. Aucune inflammation; point de douleur. La femme et la fille de M. V... m'apprennent, un instant avant mon départ, et en arrière de lui, qu'hier, immédiatement après l'opération, faite à neuf heures du matin, il s'est mis à la fenêtre, en plein air, et qu'il a regardé toute la journée dans la rue, malgré tout ce qu'elles ont pu faire pour l'en empêcher, et quoique le soleil fût très brillant.

A partir de cette époque la vue de l'œil gauche s'est de beaucoup améliorée, et le malade voit parfaitement avec des lunettes à cataractes du n° 5. Quant à l'œil droit, les choses se sont passées de la manière la plus heureuse; le cristallin diminua de jour en jour par la résorption, laissant ainsi un champ de plus en plus vaste aux rayons lumineux, de sorte qu'aujourd'hui la pupille est presqu'entièrement libre, et que le malade se sert de ses deux yeux. Il ne s'est manifesté aucune douleur, aucune inflammation; de temps à autre seulement il survenait un peu d'injection scléroticale, sans photophobie, qu'un purgatif salin faisait disparaître. Il est certain que dans peu de temps il n'y aura plus aucune trace de cristallin dans la chambre antérieure.

Remarques. Cette observation fournit matière à quelques réflexions pratiques importantes.

1° De l'œil droit, le malade ne distinguait pas le jour de la nuit depuis près de cinq ans. Cet œil, indépendamment de la cataracte, était affecté d'un ramollissement de l'humeur vitrée, et sillonné par un grand nombre de vaisseaux variqueux. Cinq années de cécité n'auraient-elles pas pu amener la paralysie de la rétine, ainsi que quelques auteurs le prétendent? Cette paralysie de la rétine n'aurait-elle pas d'ailleurs pu être le résultat de la compression médiate de cette membrane par la distension de la capsule? Le synchisis lui-même ne serait-il pas la suite de cette même compression, comme cela arrive dans les choroïdites chroniques? Ne devait-on pas craindre qu'une opération pratiquée sur un organe depuis si longtemps malade, ainsi que l'attestait l'injection variqueuse dont il était le siége, ne fût au moins inutile, sinon suivie d'accidens plus ou moins graves? Telles étaient les questions qu'on pouvait poser d'abord. Deux opérations successives sont venues démontrer que toutes ces craintes n'étaient pas fondées, et que dans des cas analogues il faudrait tenter l'opération. Bien plus, n'en voyons-nous pas l'innocuité extrême dans le cas qui nous occupe? Le malade, vieux soldat, et néanmoins très indocile, quoique fort pusillanime, se met à la fenêtre tout le jour de l'opération, par un beau soleil, et pourtant il ne survient aucune inflammation. N'est-ce pas là véritablement une preuve que c'est à tort que certains chirurgiens, pensant que l'obscurité complète est indispensable aux opérés de cataracte, les entourent d'épais rideaux de couleur sombre, ou recouvrent leurs yeux de boulettes épaisses de charpie maintenue par des bandes. N'est-il pas plus rationnel, ainsi que le recommandent quelques chirurgiens et ophthalmologistes, et en particulier MM. Bérard jeune et Sichel, de maintenir les opérés dans un demi-jour convenable, et de placer sur leurs yeux une simple compresse imbibée d'eau glacée et souvent renouvelée.

2° Le cristallin tombe dans la chambre antérieure vingt-quatre heures après l'opération. Fallait-il l'extraire ou l'abandonner à la résorption? Examinons sommairement ce qu'il y avait de mieux à faire. D'un côté, le synchisis et l'énorme dilatation de la pupille, contre-indiquaient suffisamment l'extraction; de l'autre, l'âge avancé du malade, la dureté apparente du noyau, ne paraissaient pas laisser de grandes chances à la résorption. Mais l'œil gauche était dans l'état le plus satisfaisant, et l'œil droit, nullement injecté, permettait d'attendre que la pupille fût revenue à son diamètre normal. On pouvait donc s'en tenir à l'expectation; et la résorption du cristallin, qui commença bientôt, vint prouver que c'était la meilleure voie à suivre, quoi qu'en disent certains auteurs, qui veulent qu'on extraie sur-le-champ, surtout chez les vieillards, tout cristallin tombé dans la chambre antérieure, parce que, selon eux, il provoque les accidens les plus formidables, et ne se résorbe jamais.

3° Devait-on opérer l'œil gauche atteint de cataracte demi-molle, par l'abaissement ou par l'extraction? Je pense que chez un malade plus docile il aurait mieux valu choisir ce dernier procédé. En effet, lorsqu'on abaisse ces cataractes, le cristallin, abandonné à l'action de l'humeur aqueuse, se gonfle d'une manière remarquable et cause souvent une ophthalmie interne qui peut compromettre l'organe tout entier. Dans des cas plus heureux, les débris cristalliniens se soudent les uns aux autres par une trame celluleuse qui forme bientôt une fausse membrane plus ou moins épaisse, et alors le résultat le plus avantageux est dans les chances d'une seconde opération.

A l'exemple de M. Sichel, et d'après mon expérience particulière, je pense que l'abaissement réussit beaucoup mieux et beaucoup plus souvent sans accidens dans les cataractes dures, particulièrement chez les vieillards. J'ai opéré, entre autres, depuis un an, sept personnes de 73 à 81 ans, toutes atteintes de cataractes franchement dures, et chez lesquelles il n'est survenu, après l'abaissement, aucune inflammation. J'ai fait la même remarque chez les opérés de M. Sichel et parmi ceux des hôpitaux de Paris, tandis qu'au contraire les opérations de cataractes molles par abaissement ont été presque toujours suivies d'accidens plus ou moins graves; et, dans tous les cas presque sans exception, de cataractes capsulaires secondaires.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 11 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 110, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Hydrothérapie.

La publication des essais d'hydrothérapie faits par M. Gibert à l'hôpital Saint-Louis, nous engage à signaler les expériences entreprises déjà depuis plusieurs mois par M. Ricord, qui, à l'aide de la médication par l'eau, a obtenu des résultats très remarquables dans le traitement des affections syphilitiques. Pour donner un travail complet à cet égard, sans doute nous croyons devoir attendre que des faits plus nombreux que ceux que nous possédons, nous permettent d'établir les règles d'une thérapeutique régulière d'après les essais comparatifs dont nous suivons l'observation; mais déjà nous pouvons indiquer, parmi les premiers résultats de la méthode suivie à l'hôpital des Vénériens, la disparition complète de plusieurs symptômes de syphilis générale, et cela dans un temps infiniment plus court que celui communément nécessaire à l'action thérapeutique des mercuriaux.

Pour faire connaître les détails de la pratique suivie par M. Ricord, nous nous bornerons aujourd'hui à citer un malade encore dans le service, salle 2, n° 22. Chez lui, l'affection datait de cinq mois, et une éruption syphilitique qui avait résisté à divers traitemens par les mercuriaux, persistait au jour de son entrée sous la forme squammeuse; au front, elle offrait la disposition du corona Veneris, et des squammes cornées et épaisses occupaient la plante des pieds; enfin, quelques raghades s'étaient produites dans l'intervalle des orteils.

Après avoir laissé trois jours de repos au malade, M. Ricord a ordonné la médication suivante :

Prendre un verre d'eau froide toutes les heures; matin et soir un bain frais prolongé pendant cinq heures.

Matin, midi et soir, un lavement froid; demi-portion d'alimens; au sortir du bain du matin, le malade doit courir pendant une heure au pas gymnastique d'abord; puis, vers la fin de son exercice, aussi vite qu'il le peut.

Après cela il se couche, on le roule dans une couverture de laine, et de temps en temps on essuie la sueur qui le couvre.

A peine arrivé au huitième jour de ce traitement, notre malade vit un grand nombre de squammes se détacher du tronc. Vers le dixième jour, de larges plaques d'épiderme tombèrent de la plante des pieds, et au-dessous la peau se présenta souple et lisse; presqu'en même temps les raghades guérirent. Deux jours plus tard l'éruption du front disparut; enfin au quinzième jour il ne restait plus que quelques macules de terminaison que l'on voyait rares et éparses sur les bras, brunâtres et déprimées.

Pour consolider la guérison, M. Ricord veut que le malade soit encore pendant quelques jours soumis à l'hydrothérapie. A part la guérison des accidens syphilitiques, M. Ricord a aussi retiré des avantages de la médication par l'eau dans le traitement de certaines complications particulières; mais ici, bien qu'on puisse encore citer des succès, ils nous ont paru quelquefois moins rapides que ceux que l'on peut obtenir par la thérapeutique ordinaire.

Les essais hydrothérapiques de M. Piorry ont été répétés à l'hôpital des Vénériens, et le ptyalisme mercuriel a été traité d'après sa méthode. Toutefois, nous devons avouer que dans tel cas il a fallu près de huit jours pour atteindre des résultats que les purgatifs combinés avec les applications locales d'acide chlorhydrique pur, amènent en deux ou trois jours lorsque la maladie est combattue dès son début. Enfin, sans rien préjuger d'une manière absolue, et pour n'être pas accusés de partialité, bien que, tout compris, les applications hydrothérapiques faites par M. Ricord, paraissent toutes très avantageuses, nous nous bornerons aujourd'hui à ces quelques mots, nous réservant, plus tard, de donner l'ensemble des expériences pratiques à cet égard dans le service de clinique de l'hôpital des Vénériens. J.-J. RATTIER.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Soins que réclame la femme pendant le travail de l'accouchement.

Tout le monde sait que la fonction de l'accouchement peut se faire sans l'intermédiaire d'aucuns secours étrangers, et les choses se passent ainsi dans les pays non encore éclairés des lumières de la civilisation. Ceci s'observe même assez souvent parmi nous; mais il ne s'ensuit pas pour cela, que les femmes doivent se passer de secours. Dans notre état social, il n'est pas démontré que les secours soient inutiles. L'on voit, en effet, que dans ces conditions de civilisation, la parturition est plus difficile et cause plus de souffrances. Il y a plus, c'est que cela s'observe même pour les animaux domestiques qui vivent près de nous. Soit pour ce motif, soit pour tout autre qu'il serait difficile d'apprécier, des secours, ou au moins une surveillance attentive est utile dans le travail de la parturition.

Ici deux intérêts sont en présence, les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

Les intérêts de la mère. Quand on doit donner des soins à une femme en travail, la première chose à faire est de s'assurer si réellement le travail est commencé: il faut savoir si les contractions utérines existent; ne pas proposer de suite un examen manuel, mais interroger la femme sur la nature des douleurs; savoir, si celles-ci présentent le caractère particulier qu'on leur connaît, si elles sont intermittentes, si elles partent des reins pour aller se terminer par une sorte d'impulsion vers la partie inférieure de l'abdomen. L'accoucheur attend ordinairement qu'il ait été témoin d'une de ces douleurs, après quoi il propose avec beaucoup de circonspection l'examen manuel. Il prépare la femme à cet examen: en palpant d'abord l'abdomen, il sent si l'utérus est bien le siége de contractions; puis enfin, il pratique le toucher vaginal. Alors il reconnaît très bien si la femme est à terme, si l'orifice utérin est dilaté, si la poche des eaux existe, etc.

Une fois le diagnostic de la grossesse bien établi, les premiers soins dont l'accoucheur doive s'occuper sont de disposer les choses nécessaires, et de placer la femme dans les conditions convenables. Tous les auteurs classiques s'occupent d'abord de la chambre de la femme en travail; il faut, disent-ils, qu'elle soit large, spacieuse, bien aérée et calme. Mais telle n'est pas, en général, la manière d'agir de la plupart des accoucheurs; ceux-ci se contentent, en effet, d'accepter la pièce qu'on leur propose et qui d'ordinaire est la chambre à coucher de la femme à laquelle on est appelé à donner des soins. Cette première condition hygiénique ne se trouve donc pas remplie dans le plus grand nombre des cas. Néanmoins il arrive quelquefois que l'autorité du médecin doit intervenir, par exemple, lorsque la chambre à coucher n'est ni calme ni bien aérée, et lorsqu'elle se trouve exposée à des émanations n'importe de quelle nature; ces circonstances pourraient fatiguer la femme et lui être très nuisibles.

Il faut toujours raisonner dans l'hypothèse de quelques accidens et préparer les choses comme s'ils devaient arriver.

Une fois tous ces petits soins pris, l'on s'occupe de disposer convenablement quelques-uns des organes voisins de l'utérus, le rectum et la vessie dont l'état de réplétion pourrait entraîner quelques complications dans la plupart des cas. L'on vide le rectum avec un lavement simple; pour la vessie il suffit d'engager la femme à uriner. L'on doit vider le rectum, a-t-on dit, car sans cette précaution, les mouvemens du fœtus, surtout celui de rotation, pourraient se trouver gênés; raison nullement fondée, à moins que les matières fécales soient très dures. Mais la plénitude du rectum a un autre inconvénient pour la femme et pour l'accoucheur. Pour la femme, parce qu'au moment où la tête, s'engageant dans le bassin, viendra comprimer l'intestin, elle en chassera les matières fécales; pour obvier à cet inconvénient, la femme ralentira autant qu'il dépendra d'elle, les contractions des muscles abdominaux et entravera de la sorte la marche du travail. Cette circonstance est désagréable pour l'accoucheur, et puis elle rend nécessaire le changement des pièces de linge placées sous la femme. Lorsque les matières fécales sont dures, si le lavement ne suffit pas, l'on vide l'intestin soit à l'aide d'une curette, soit même avec le doigt.

L'on doit prendre le soin de faire vider la vessie dès le commencement du travail, précaution que les femmes ont souvent prise spontanément avant l'arrivée de l'accoucheur, sollicitées qu'elles sont d'uriner, par le besoin qu'elles en éprouvent. Quand cela n'a pas eu lieu, que la vessie est remplie, et s'est trouvée comprimée par les parois abdominales à mesure que la tête s'engageant dans le bassin, dans la crainte de voir le travail se ralentir, il faut engager la femme à uriner,

FEUILLETON.

DES INCONVÉNIENS DE L'INAMOVIBILITÉ DES PLACES RELATIVES A L'ENSEIGNEMENT ET A L'EXERCICE DE L'ART DE GUÉRIR, ET DES AVANTAGES QU'IL Y AURAIT A LIMITER A SIX ANNÉES LA DURÉE D'OCCUPATION DE CES PLACES.

Par Louis BAUDELOCQUE.

1° *Des inconvéniens de l'inamovibilité des places.* — Une grande pensée a été appliquée en 1823 aux Facultés de médecine, et a produit dans l'enseignement des résultats féconds: je veux parler de l'institution des professeurs agrégés près ces Facultés qui a été créée par un arrêté de M. Frayssinous, alors ministre. Cette institution limitée à six années a fait ressortir tous les inconvéniens qui résultent de l'inamovibilité du professorat titulaire, et en général de l'inamovibilité des places relatives à l'exercice de l'art de guérir: ce sont ces inconvéniens que je vais signaler.

Il n'est pas difficile de prouver que l'inamovibilité de ces places nuit au progrès de l'art de guérir, en favorisant la paresse naturelle à l'homme, en faisant naître l'envie, en laissant se propager du haut d'une chaire des erreurs scientifiques dangereuses pour l'humanité, et dont elle est forcée de subir sans appel les conséquences; en produisant un autre mal qui décourage le talent naissant, ruine ses efforts, ses espérances, son avenir; j'ai nommé *l'esprit de coterie* ou de coalition des hommes en places; enfin l'inamovibilité des places est injuste et immorale.

Je dis d'abord que l'inamovibilité des places enfante la paresse: c'est une vérité qui n'a pas besoin d'être prouvée, tant elle est vulgaire. Chacun sait que l'homme cesse de travailler quand il est parvenu au but de ses désirs.

L'inamovibilité des places est cause de l'envie: un professeur qui, je le suppose, a conquis sa place par la voie du concours, c'est-à-dire en faisant preuve d'*une mémoire heureuse,* sera naturellement hostile à toutes les découvertes qui paraîtront. Quels sont, par exemple, les hommes qui se sont montrés les plus grands adversaires de la lithotritie? ce sont Dupuytren et Dubois. Qui ne se rappelle combien Dupuytren mettait de violence dans toute discussion académique qui s'élevait au sujet de cette opération! et qui ne se rappelle aussi la réponse que Dubois, devenu lui-même calculeux dans les dernières années de sa vie, faisait à ceux qui l'engageaient à se soumettre à la lithotritie: « Comment pourrais-je me faire broyer ma pierre, moi qui ai dit tant de mal de la lithotritie! »

Cependant, il se soumit à cette opération. Eh bien! que prouvent l'opposition de Dupuytren et celle de Dubois, si ce n'est que les hommes les plus haut placés dans les sciences peuvent se tromper, avec bonne foi, sans doute, mais encore qu'ils peuvent porter un jugement faux, par envie ou dans des intentions mauvaises; et alors ils nuisent aux progrès de la science et à l'intérêt de l'humanité, et ils leur nuisent constamment, puisqu'ils sont inamovibles.

L'inamovibilité des places propage des erreurs scientifiques nuisibles à l'humanité; en effet, qu'une erreur sorte de la bouche d'un professeur, elle fait loi aussi bien qu'une vérité. Qui ne sait, par exemple, combien le système de Broussais, appliqué avec exagération par ses élèves, a fait de mal entre leurs mains! Il serait effrayant de relever la liste des malades qui ont succombé, uniquement parce qu'on les avait privés de sang. Toute erreur scientifique est donc fatale à l'humanité. Or, le moyen d'empêcher les praticiens de commettre des erreurs scientifiques d'une conséquence aussi grave, c'est de regarder l'inamovibilité *comme un principe inapplicable aux sciences progressives, et la science de la médecine est une de celles-là.*

L'inamovibilité des places produit *l'esprit de coterie ou de coalition.* Pour démontrer cette vérité, il faut que je descende malgré moi au fond des faiblesses humaines, et que j'examine non pas les fautes que l'intelligence de l'homme lui fait commettre, mais celles auxquelles il est poussé par son intérêt privé et par ses passions. D'abord, on sait que toute corporation a un esprit qui lui est propre; c'est, comme on le dit communément, l'esprit de corps, lequel n'est rien autre chose qu'un lien commun d'intérêt et de complaisance qui unit tous les membres de la corporation. Prenons pour exemple la Faculté de médecine de Paris. Croit-on franchement que le talent seul soit nécessaire pour arriver (je ne l'entends qu'au concours) à faire partie de cette Faculté! Eh non! sans doute; un Bichat paraîtrait-il aujourd'hui, qu'il ne deviendrait pas professeur de cette Faculté! Voici pourquoi: tout professeur qui désire entrer à la Faculté de médecine de Paris, n'y entre pas sans faire des concessions ou des promesses à son doyen, car l'élection *au décanat* est faite par les professeurs; donc il faut que le doyen s'assure par lui-même, que le vote du professeur à instituer lui sera favorable au jour de sa réélection. En vain citera-t-on quelques exemples qui infirmeraient cette vérité, ces exemples ne seraient que des exceptions. Tout professeur a, de plus, intérêt à se concilier la bienveillance et l'amitié de ses collègues, à être ce qu'on appelle *bon camarade;* en effet, tout professeur a des enfans à placer un jour, ou au moins des amis, et enfin des élèves auxquels il veut du bien: donc il lui faut prévoir l'avenir, et celui de ses enfans est entre les mains de ses collègues. Or, il doit rechercher leurs bonnes grâces; aussi, pour se les assurer, il vote pour la réélection du même doyen, qui à son tour ne manque pas de lui être utile dans l'occasion, et de stipuler ses intérêts.

Qu'une place à la Faculté, ou dans les hôpitaux, ou à l'Académie de médecine vienne à vaquer, M. le doyen prend la parole en faveur du fils, ou du gendre, ou de l'ami de son collègue, écarte les rivaux en leur créant des difficultés, des impossibilités, en multipliant les fins de non-recevoir; ou bien, dernière ressource, il crée un concours, a soin de faire nommer des juges qui donneront, très certainement, leur vote à l'*élu* de la Faculté; tout est prévu, combiné et arrêté d'avance; on donne même à cet *élu* le temps nécessaire pour se préparer au concours, qu'on retarde à cet effet autant qu'il se peut, et on fait tout pour empêcher ses compétiteurs d'aborder les sources d'instruction que l'on tient fermées pour eux. Voilà ce qui se passe à la Faculté, au temps où nous vivons, et c'est ainsi, qu'en France, l'intrigue et le savoir-faire paralysent les efforts de l'homme laborieux qui néglige les moyens les plus essentiel pour parvenir, les *engagemens de coterie.* Et comment lutterait-il contre le crédit tout puissant de M. le doyen! En effet, M. le doyen est, de droit, membre de toute corporation qui a des rapports avec les affaires médicales. Il est membre du conseil de l'Université; là, il a la haute main sur toutes les affaires de son ressort, puisqu'il est le seul de ce conseil qui soit médecin; donc ses collègues ne jurent que par lui dans tout ce qui a rapport à la médecine; en conséquence il peut faire des nominations de professeurs.

M. le doyen est encore membre du conseil des hospices; là, comme au conseil de l'Université, il ordonne en maître, il institue des places et les donne à qui il veut. A l'Académie de médecine, il est membre du conseil de son administration, a double vote et une influence immense. En un mot, il est plutôt ministre que doyen de la Faculté de médecine de Paris. Personne ne se permet de lui faire une objection, pas même un ministre; car, comme un ministre ne connaît pas des choses proprement dites de la médecine, il trouve que tout est bien, puisque tout est confié au doyen choisi par la Faculté. Malheur donc, malheur à celui qui trouve que M. le doyen commet une injustice! A qui le plaignant en appellera-t-il? Au ministre? mais le ministre renvoie son affaire par-devant le conseil de l'Université, si l'affaire est de la compétence de ce conseil, ou du conseil des hôpitaux si elle regarde ce conseil. Or, c'est comme si le ministre renvoyait l'affaire par-devant M. le doyen, puisqu'il est partout et qu'il est le juge souverain de la médecine. Les fonctions de doyen placent donc l'homme qui les exerce au-dessus de l'humaine espèce; car tout ministre est comptable de ses actes devant les Chambres, et un roi constitutionnel ne peut rien faire sans ses ministres; tandis que M. le doyen peut tout faire sans craindre ni contrôle, ni blâme; aussi se croit-il tout permis! Occupant toutes les avenues de la science, il peut briser, suivant son caprice, l'existence sociale de tout médecin, quel que soit son mérite; et la plus grande partie du corps médical applaudit, parce que l'on approuve toujours l'homme en place; en un mot, comme on le voit, l'élection elle-même, et la réélection de M. le doyen, ne sont autre chose que le

et, en cas d'impossibilité, l'on pratique le cathétérisme.

L'habillement de la femme devra être disposé de manière à lui éviter toute gêne qui lui serait désagréable et pourrait nuire à la liberté de ses mouvemens et du cours du sang. Léger en été, il serait un peu plus chaud en hiver et devra pouvoir être enlevé facilement.

Pour ce qui est de la disposition des cheveux, bien qu'aujourd'hui ceci soit moins important qu'autrefois, néanmoins il faut conseiller aux femmes de se faire natter les cheveux. De cette façon l'on rend plus facile la première toilette qui suit l'accouchement.

Deux lits sont-ils nécessaires ; l'un qui servira pendant le travail, l'autre où l'on transportera la femme après son accouchement? En Angleterre, on ne se sert que d'un seul lit ; en France, l'usage de deux lits est général et présente, en effet, de grands avantages. Le bien-être qui en résulte pour la femme est une raison qui suffirait à elle seule pour déterminer l'accoucheur à procéder de cette façon. Le lit de travail, appelé aussi *lit de misère, lit de secours, petit lit*, se compose d'un lit de sangle solide, assez élevé pour que l'accoucheur puisse donner à la femme tous les soins dont elle aura besoin sans en éprouver de gêne. En général, l'on conseille de placer sur le lit de sangle deux matelats, le premier, étendu dans toute la longueur du lit, le deuxième est plié en double, de manière à former une élévation sur laquelle repose le corps de la femme, et à laisser au milieu du lit un ressaut sur le bord duquel appuie le sacrum. Par ce moyen, les parties génitales sont bien découvertes. Mais si le travail se prolonge un peu, que la femme désire étendre les membres inférieurs ou se placer sur le côté pour se délasser de la fatigue que cause une attitude long-temps conservée ou se livrer au sommeil pendant quelque temps, elle se trouve ainsi couchée bien mal commodément. M. Dubois aime mieux disposer ce lit comme ceux dont on se sert communément, en ayant soin de faire placer sous les matelats, à l'endroit du siége, un ou deux coussins un peu fermes pour que la région pelvienne ne s'enfonce pas dans l'épaisseur des matelats. Ce lit présente tous les avantages qu'on peut désirer ; la femme y est à l'aise, elle y peut prendre toutes les attitudes qui lui conviennent.

Le deuxième lit sera disposé comme un lit ordinaire ; seulement, il faudra avoir soin de le garnir à l'aide d'une toile cirée que l'on recouvrira d'un drap plié en quatre, pour empêcher que les liquides qui s'écouleront des parties génitales puissent tacher les matelats.

L'accoucheur doit aussi s'occuper d'écarter les personnes dont la présence pourrait être désagréable à la femme, circonstance qui peut retarder les douleurs et entraver les contractions utérines ; l'accoucheur lui-même pourrait être gêné par la réunion d'un trop grand nombre de personnes. Ces derniers soins demandent de sa part beaucoup de tact.

Il faut aussi faire disposer tout ce qui est nécessaire pour l'enfant : une paire de ciseaux, plusieurs fils ; l'accoucheur doit aussi avoir à sa disposition une barbe de plume pour nétoyer la bouche des matières muqueuses ou glaireuses qui entraveraient les premiers efforts de la respiration ; il faut un tube laryngien, et tout ce qui est nécessaire pour nétoyer l'enfant. Autant que possible celui-ci sera porté dans une autre chambre préalablement chauffée, où il passera la première nuit, afin que la mère ne soit point troublée dans son sommeil, dont elle a tant besoin.

Pour ce qui est du régime de la femme pendant le travail, si celui-ci est bien en train, quelques boissons rafraîchissantes suffisent ; il ne faut point donner d'alimens, l'estomac n'étant point dans les conditions nécessaires pour que la digestion se fasse sans entraves ; lorsque le travail languit, l'on donne à la femme quelques alimens légers, liquides de préférence. Les boissons seront fraîches, à la température de la chambre ; l'on préférera l'eau sucrée. Le vin étendu d'eau s'aigrit facilement dans l'estomac et augmente les vomissemens. Les boissons excitantes spiritueuses, encore en usage dans le peuple, doivent être rigoureusement proscrites.

Une question importante et qui a été traitée par tous les accoucheurs, est celle relative à la position que doit prendre la femme. Tant que le travail marche avec lenteur, que les contractions utérines sont peu rapprochées, la femme peut garder telle attitude qui lui convient et en changer à son gré ; mais plus tard, quand la dilatation de l'orifice est assez considérable, que les douleurs sont fortes et rapprochées, qu'elles prennent leur caractère de douleurs expultrices, alors la femme doit se placer sur son lit.

Il est certaines conditions qui font que cette précaution doit être prise ou plus tôt ou plus tard : ainsi chez une primipare, l'on pourra attendre plus long-temps que chez celle qui a déjà eu des enfans. Voici les raisons qui peuvent engager l'accoucheur à faire placer de bonne heure la femme sur le lit de misère : lorsque dans les accouchemens précédens le travail a été de courte durée, il serait à craindre dans ce cas que la femme n'accouchât debout, circonstance qui aurait quelques inconvéniens ; lorsque avant la grossesse il existait un prolapsus utérin, pour éviter l'action trop puissante des muscles abdominaux, dont l'effet serait de hâter le travail, et pour empêcher par cela même la reproduction du prolapsus ; dans le cas d'obliquité extrême de l'utérus. L'on s'accorde généralement à croire que la position horizontale de la femme diminue l'énergie des contractions utérines. Une condition dont les auteurs ont peu parlé, qui doit engager l'accoucheur lui à faire prendre de bonne heure cette position, c'est l'absence au détroit supérieur de toutes parties du fœtus accessibles au doigt, circonstance qui peut faire craindre une présentation de l'épaule, ou au moins une autre présentation que celle de l'une des deux extrémités du fœtus. Le but que l'on se propose en agissant de cette façon, c'est de ralentir les contractions utérines, de retarder par conséquent la rupture des membranes jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice soit assez considérable pour permettre de faire la version si la chose est nécessaire, et pour que l'enfant ait moins à souffrir avant qu'on en vienne à l'emploi de cette manœuvre.

La même précaution doit être prise, et pour les mêmes raisons, quoique moins importantes alors, dans les cas où le bassin est vicié.

La position horizontale devra encore être conseillée à la femme lorsque celle-ci éprouvera une métrorrhagie, afin de diminuer l'abondance de l'écoulement, ou au moins pour faire qu'il n'augmente pas.

Il est des femmes qui doivent accoucher dans une position assise ou presque assise : ce sont celles, par exemple, qui sont atteintes d'hydrothorax ou de maladies du cœur ; l'on fait en sorte de se procurer un siége convenablement disposé et semblable à ceux dont les anciens se servaient. Les femmes dont la mauvaise constitution est telle qu'elles ne peuvent pas se coucher, doivent garder la même position que les précédentes.

L'on a vu d'après ce qui précède que la femme devait être placée dans la position horizontale ; il reste maintenant une autre question à résoudre : faut-il que la femme se place sur le dos, ainsi que le conseillent les Français et les Allemands ; ou bien la femme accouchera-t-elle sur le côté, comme le veulent les Anglais ? La position sur le dos, disent les premiers, est beaucoup plus commode pour la femme ; et celle-ci, ainsi placée, sera bien plus à même de faire servir ses douleurs, de les rendre plus efficaces. D'une autre part, si des secours deviennent nécessaires à la femme, la position sur le dos est bien plus commode pour chercher à bien s'assurer de la situation de l'enfant pour appliquer le forceps, etc. La position sur le côté rend beaucoup plus facile, il est vrai, l'action de soutenir le périnée. Les Anglais ont soin d'écarter les cuisses de la femme à l'aide d'un oreiller, et de les maintenir un peu fléchies sur le bassin.

Quant à la place que doit occuper l'accoucheur, la nature des soins qu'il doit donner à la femme fait qu'il ne saurait y avoir de choix à ce sujet ; cependant, comme il doit placer la main droite sous le périnée, il faut, pour que cela soit facile, qu'il se place à droite de la femme dans la position la plus naturelle possible.

La plupart des accoucheurs ont déterminé à quelle époque et combien de fois il convient de pratiquer le toucher, et voici ce qu'ils conseillent à cet égard : l'on doit, disent-ils, toucher la femme d'abord au moment où l'on est appelé, puis après la rupture des membranes, et enfin vers la fin de l'accouchement. Mais il existe une infinité de raisons qui exigent que cette petite opération soit pratiquée plus souvent, raisons qui n'existent pas au commencement du travail ; par conséquent l'on ne saurait établir des règles à ce sujet. Dans le cours du travail, pour en constater la marche, il est bon de toucher la femme toutes les vingt minutes ou toutes les demi-heures ; l'on doit le faire plus souvent lorsque le travail est sur le point de se terminer.

Quelle est la nature des secours que l'on doit donner à la femme ? Il n'est pas besoin de parler de secours moraux. Toutes les fois que la femme se désespère, il est du devoir de l'accoucheur de la rassurer ; mais il doit, dans certaines circonstances, venir manuellement en aide à la femme. Ces soins manuels sont donnés, dans les grands établissemens d'accouchement, par les filles de service ; et en ville, par les gardes ou les parens de la femme en travail. Mais souvent celle-ci préfère instinctivement les soins éclairés de l'accoucheur ; dans ce cas, il faut la plus grande réserve de la part de celui-ci, et il convient d'attendre que la femme elle-même ait exprimé ce désir. Ces secours consistent à fournir un point d'appui aux bras de la femme, et en une foule d'autres petits soins de la nature de celui-ci, et que l'accoucheur ne doit donner que lorsqu'il en est requis.

N'y a-t-il pas quelque chose à faire pour activer la marche du travail ? Autrefois l'on était dans l'habitude de pratiquer à cet effet des attouchemens sur le col de l'utérus ; c'est ce que l'on appelait *petit travail* ; mais l'on a depuis long-temps renoncé à cette manœuvre tout à fait inutile, et quelquefois même nuisible. Dans certains cas, cependant, il arrive que la lèvre antérieure du col coiffe la tête de l'enfant et lui présente un obstacle qu'elle ne peut dépasser ; l'on doit alors, avec le doigt, soulever le bord de cette lèvre antérieure et la repousser derrière la tête ; il faut, pour cela, attendre une douleur : on la maintient soulevée jusqu'à ce que la tête ait franchi le col de l'utérus. Cette petite opération abrège un peu la durée du travail ; mais elle n'est utile que dans des cas très exceptionnels.

L'on doit se garder d'engager la femme à faire de trop bonne heure des efforts d'expulsion ; car ceux-ci sont inutiles et ne font que la fatiguer. Il faut attendre pour cela que les membranes soient rompues, l'orifice grandement dilaté et la tête déjà engagée. Mais il est de la plus grande importance d'engager la femme à pousser, alors que le travail, étant déjà avancé, la femme ne vient point en aide à la nature, soit par crainte de la douleur, soit pour tout autre motif. Sur la fin du travail, l'accoucheur est souvent obligé d'engager la femme

---

résultat de *l'esprit de coterie ou de coalition!* et *que l'esprit de coterie* n'est lui-même *inamovible à la Faculté de médecine*, que parce que les places de professeurs y sont inamovibles ; il est donc indispensable que l'autorité supérieure soit éclairée sur ces abus de pouvoir, et détruise, par un acte de haute équité, et pour l'honneur de l'art de guérir, ce principe d'inamovibilité des places ; alors, mais alors seulement, l'homme de talent surgira, de quelque part qu'il vienne, sans avoir besoin d'autre appui que celui de son talent. Passons maintenant à des considérations purement morales contre le principe d'inamovibilité.

L'inamovibilité des places est un principe administratif injuste. En effet, il y a aujourd'hui beaucoup plus d'hommes de talent que jamais, c'est une vérité incontestable ; et l'on peut même avancer sans crainte d'être démenti que la Faculté de médecine pourrait se renouveler trois ou quatre fois de suite, sans qu'on eût à regretter pour la science les professeurs actuels. Or, donner des places lucratives, et pour la vie, à un petit nombre d'hommes seulement, c'est commettre une injustice envers ceux qui n'ont pas moins de savoir et d'expérience ; c'est constituer pour les premiers un privilége.

Enfin l'inamovibilité des places est un principe immoral. En effet, on ne saurait contester que donner annuellement 10,000 fr. à un professeur, et pendant trente ou quarante ans, ne soit concentrer sur un seul homme une très belle aisance, tandis qu'il est d'une bonne administration de la répartir sur un grand nombre. En outre, un professeur en médecine ne vit pas uniquement du produit de son professorat, *comme le fait, par exemple, un professeur de belles-lettres ;* mais le produit de son enseignement n'est rien en comparaison de celui qu'il retire de sa pratique particulière, à cause de la confiance que sa position de professeur inspire au public. Le public considère un professeur comme un homme supérieur, et se figure qu'il a des ressources et des moyens de traitement connus de lui seul. De plus, le professeur bénéficie sur ses ouvrages, car qu'ils soient bons ou mauvais, qu'ils renferment des vérités ou des erreurs, cela importe peu au libraire qui les achète ; ce dernier ne connaît que l'intérêt de son commerce ; or, comme il est sûr de l'écoulement des ouvrages d'un professeur, il les achète à un prix fort élevé (1), et ce livre fait loi dans l'École pendant toute la vie du professeur, et même au-delà. Cependant, on conviendra que, dans l'espace de trente ou quarante ans, la science marche ; eh bien ! le professeur et l'ouvrage sont restés stationnaires. Qui ne serait donc convaincu de l'utilité de limiter la durée des places relatives à l'enseignement de l'art de guérir !

J'ai démontré jusqu'à l'évidence que l'inamovibilité des places produit la paresse et l'envie ; qu'elle est nuisible aux progrès de la science et à l'intérêt de l'humanité en propageant des erreurs qui peuvent être dangereuses, qu'elle crée une sorte *de solidarité de coterie* entre hommes que l'intérêt privé réunit et qui, d'ailleurs, sont affiliés les uns aux autres soit par parenté ou autrement ; enfin, j'ai démontré que l'inamovibilité est un principe injuste et immoral, parce qu'il dispense les honneurs et la fortune sur un très petit nombre de médecins, à l'exclusion de tous les autres.

2° *Des avantages qu'il y aurait à limiter la durée des places.*— L'institution de l'agrégation a mis ces avantages dans la plus grande évidence. En effet, cette institution a déjà formé d'excellens professeurs, aussi n'ai-je à faire sur elle qu'une seule remarque, *c'est qu'elle est tombée sous la dépendance des professeurs titulaires ;* il est résulté de là que ceux-ci étant juges dans les concours donnent ces places à qui ils veulent. Dans les examens et les thèses à soutenir devant la Faculté, l'agrégé est encore placé dans un fâcheux état d'infériorité relativement au professeur titulaire. Enfin, quand une place de professeurs titulaire devient vacante, l'agrégé qui l'obtient est naturellement celui qui s'est le plus humilié devant les professeurs titulaires ou qui s'est fait le plus d'amis parmi eux. Je conclus donc que l'infériorité dans laquelle se trouve l'agrégé, a été jusqu'à présent blessante pour la dignité de l'homme et surtout pour celle du médecin, qui doit toujours marcher l'égal de ses confrères.

Toutefois, l'institution de l'agrégation *est bonne en elle-même, parce qu'elle est temporaire.* Elle n'a été de la part des professeurs titulaires l'objet d'aucune protestation ; je ne prévois donc pas comment la limitation de la durée des places des professeurs titulaires pourrait inquiéter leur conscience ! En conséquence ne conviendrait-il pas que l'autorité supérieure limitât les fonctions des professeurs titulaires à six années, comme l'ont été dès le principe les fonctions des agrégés, puis elle donnerait à ces professeurs, après ces six années révolues, le titre de professeurs honoraires ! Cette durée de six années serait en rapport avec le nombre toujours croissant des médecins instruits, de sorte que chacun aurait, plusieurs fois, la chance de devenir professeur ; ainsi il entrerait à la Faculté de médecine de Paris, en trente ans, qui est à peu près l'espace de temps pendant lequel chaque professeur enseigne, 120 professeurs au lieu de 24 ; j'écarte de ce calcul un certain nombre de places qui deviendraient vacantes par suite de décès : donc la limitation à six années aurait pour effet de stimuler le zèle des professeurs, car tous seraient dès-lors intéressés à faire de bons cours, puisqu'ils n'auraient que six annés pour établir leur réputation et faire leur fortune, et elle aurait pour effet d'encourager le jeune talent et de répartir la fortune sur un grand nombre de médecins.

Mais quel est le meilleur mode de nomination aux places de professeurs titulaires et agrégés ! Il y a trois modes de nomination qui, tour à tour, ont été employés, et qu'il faut examiner : ce sont la nomination ministérielle, la nomination par élection qui regarde la Faculté elle-même, et la nomination par concours.

1° Tout ministre est intéressé à choisir les hommes les plus capables, autrement sa responsabilité serait compromise, et un ministre rendra plutôt justice au talent que ne le fera une réunion de confrères. On peut citer, comme preuve de cette vérité, l'exemple du célèbre Broussais que la Faculté de médecine et l'Institut repoussaient et du professorat et de l'Institut, et qui n'aurait jamais été ni l'un ni l'autre sans Casimir Périer. Cependant il est vrai que des ministres ont institué professeurs des hommes qui étaient tout à fait incapables de l'être.

2° L'élection par la Faculté elle-même est un mode de nomination qui se réduit à une affaire de famille.

3° La nomination par la voie du concours vaut-elle mieux ! Il faut considérer le concours sous le rapport des épreuves et sous le rapport des juges. On conviendra que, jusqu'à présent, dans les concours, il n'a été question que d'épreuves qui demandaient *de la mémoire*, et l'on sait que la mémoire est la moins importante des facultés de notre intelligence. En effet, il est reconnu en physiologie que l'exercice continu d'une faculté perfectionne, il est vrai, cette faculté, mais affaiblit les autres ; c'est ainsi que l'exercice de la mémoire exclut le génie : le don de l'invention, au contraire, est le résultat de méditations constantes. Il y a donc dans la profession du médecin deux genres de travaux : le travail de mémoire qui fait des concurrens brillans, mais qui n'avance en rien la science, et le travail du jugement qui est très fructueux pour la science, mais qui n'est pas brillant comme le travail de mémoire. En un mot, les hommes qui apprennent de mémoire brillent dans le moment présent, et ceux qui méditent et font des inventions utiles brilleront dans l'avenir. Voilà la part des uns et des autres. mais cette part a-t-elle été faite jusqu'à présent dans les concours ? pas le moins du monde : la mémoire seule a pu s'y montrer avec éclat, et les concours n'ont dû produire que des hommes qui savaient réciter la leçon qu'ils avaient apprise dans des livres.

Si l'on veut maintenir l'examen des concours, on devrait les faire consister uniquement *en épreuves cliniques, et ne juger que d'après ces épreuves.* En effet, quoi de plus éloquent qu'une guérison ! Et une école de médecine n'est-elle pas instituée pour enseigner les meilleures règles à suivre pour guérir des maladies ? Ainsi, par exemple, dans les concours pour les chaires de clinique médicale, on devrait donner à chacun des concurrens un certain nombre de malades à traiter dans le

(1) Bichat, au contraire, ne put trouver un libraire qui voulût se charger d'imprimer à ses frais son ouvrage d'anatomie générale, parce qu'il n'avait pas une position scientifique. Cet ouvrage, quand il fut connu, immortalisa le nom de son auteur.

à faire moins d'efforts pour que la dilatation des parties externes de la génération ne se fasse pas trop brusquement.

A une certaine époque de l'accouchement, l'on voit souvent survenir des crampes; celles-ci sont déterminées par la pression exercée par la tête sur les nerfs sacrés et sacro-sciatiques, et occupent la partie postérieure des cuisses surtout celle du côté gauche. De fortes frictions, pratiquées avec la main seulement, suffisent quelquefois pour les faire cesser.

Lorsque la tête apparaît sur le plancher du bassin et fait des efforts pour rendre le périnée perméable, si cette partie n'est pas assez extensible, elle peut se rompre. La rupture peut occuper ou le bord antérieur du périnée, ou tout le périnée, ou enfin, la partie moyenne du périnée, les bords antérieur et postérieur restant intacts. Dans ce dernier cas, la rupture a pu quelquefois être assez considérable pour recevoir la tête du fœtus toute entière. La gravité de cet accident est en raison de l'étendue de la rupture. Pour le prévenir, presque tous les accoucheurs ont donné le conseil de soutenir le périnée avec la main et de diriger en même temps la tête vers l'orifice vulvaire. Il faut attendre pour cela que le périnée soit déjà distendu, et qu'une partie de la tête soit engagée dans la vulve, à moins que les efforts n'aient été trop brusques, auquel cas il ne faut pas si long-temps attendre.

Pour soutenir facilement le périnée, il faut que le siége de la femme soit élevé à l'aide de draps placés dessous et se trouve bien à découvert. L'on passe la main soit sous la cuisse droite, qui est fléchie, soit entre les deux jambes; la paume de la main embrasse le périnée et la tête que celui-ci contient; le bord radial regarde la commissure postérieure de la vulve et le bord cubital correspond à l'anus. Afin que la main ne puisse pas glisser, on a soin de la garnir d'une serviette. La pression exercée par la main doit être telle, que les efforts portent surtout sur le bord cubital. Ce secours, qui d'abord ne doit durer que le temps des douleurs, est permanent à la fin du travail. Quand la tête est sur le point de franchir la vulve, la main doit faire opérer au périnée un mouvement de rétropulsion par lequel elle le reporte derrière la tête.

Quelques accoucheurs disent que ce n'est ni de cette façon, ni dans cette intention qu'il faut soutenir le périnée, et c'est presque là l'opinion de M. P. Dubois. L'application de la main sur le périnée a bien pour but de prévenir la rupture de cette partie, et de diriger la tête vers la vulve; mais c'est surtout, dit le professeur, dans l'intention de ralentir le travail que cette manœuvre est opérée, pour retarder l'expulsion du fœtus, et pour que la distension des parties génitales soit plus graduelle et plus facile. D'autres accoucheurs, et Mauriceau, entre autres, disent qu'il faut soutenir le périnée de telle façon qu'on ramène en avant la peau des cuisses, des fesses, et que l'on donne ainsi plus d'étoffe au périnée qui alors peut se distendre davantage. Mais comme de la sorte on ne saurait ralentir la marche du travail, principal but que l'on doive se proposer, M. P. Dubois aime mieux la manière généralement *employée*.

D'autres accoucheurs, enfin, ont pensé que cette manœuvre était tout à fait inutile. Cela peut être vrai pour les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfans, à moins que la tête du fœtus ne soit trop volumineuse; mais pour les primipares, il n'en est plus de même. L'impulsion communiquée au fœtus par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux pourrait être trop forte et la distension du périnée trop lente, pour qu'il ne s'en suivit pas une rupture de cette partie.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Pustule maligne. Plusieurs cautérisations successives.

Ce malade est dans un état satisfaisant. Après la chute de l'eschare, on a remarqué, non sans éprouver une certaine surprise, que les tendons étaient conservés. Toutefois, le tendon de l'extenseur propre de l'indicateur nous paraît détruit. Au total, il est permis d'espérer que les doigts, et la main elle-même pourront être portés dans l'extension; mais il ne faut pas croire, dit M. Blandin, que plus tard les mouvemens seront aussi étendus qu'ils le sont aujourd'hui; car, prochainement, il se formera dans cette région un tissu inodulaire, un tissu cutané nouveau au niveau des tendons, qui seront enveloppés, et participeront plus ou moins de la raideur.

Nous emploierons nécessairement tout ce qui peut ramollir ce tissu de nouvelle formation; mais, quoique nous fassions, il y aura indubitablement un certain degré de gêne dans les mouvemens, qui cependant ne sera pas porté aussi loin que nous avions lieu de le craindre tout d'abord.

Hydrocèle. Récidive. Remarques sur l'infidélité d'action des injections iodées. Supériorité des injections vineuses.

Au n° 4, nous avons un enfant atteint d'hydrocèle, et qui, après l'injection vineuse, s'est trouvé dans la nécessité de subir une seconde opération par suite de récidive.

A l'occasion de ce fait, nous devons vous présenter quelques remarques comparatives concernant l'emploi des injections vineuses et iodées. Ces dernières, auxquelles nous nous plaisons à reconnaître une certaine efficacité, sont loin cependant d'égaler les injections vineuses, puisque, employées selon les règles prescrites par M. Velpeau, elles nous ont donné deux cas de récidives sur deux opérations. Or, une semblable proportion est loin d'exister pour les injections vineuses, puisque dans toute notre pratique, et sur un total d'environ deux cents opérations d'hydrocèles que nous avons faites avec l'injection vineuse, le cas d'insuccès que nous vous présentons aujourd'hui est le second que nous ayons observé.

D'ailleurs, la faculté de marcher que M. Velpeau accorde à ses malades, nous paraît devoir contribuer aussi à la récidive lorsqu'on a opéré par la méthode des injections iodées. Cette proposition paraîtra péremptoire si l'on réfléchit que la position debout étant défavorable à la circulation en retour des parties inférieures du corps, la circulation des organes génitaux doit aussi se trouver retardée, et conséquemment l'absorption de cette même région.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu nous assurer ce matin que la tumeur scrotale, qui s'était développée consécutivement à la deuxième opération par injection vineuse, commence à disparaître.

Quand la tumeur qui s'était reformée après l'opération de l'hydrocèle disparaît par résorption, on peut pronostiquer qu'il y aura guérison radicale si la tumeur, tout en diminuant, conserve à côté de sa forme ovoïde, un degré plus ou moins prononcé d'aplatissement d'avant en arrière. Cette circonstance, vous avez pu la noter chez un adulte de la même salle, qui avait été opéré il y a quelque temps déjà. Si vous suivez ce malade avec attention, vous verrez indubitablement cette disposition se montrer chez lui.

Fracture de la cuisse chez un enfant. Modification de l'appareil inamovible approprié à cette fracture.

Cette fracture datait de la veille, lorsque le petit malade est entré à la clinique. Elle est le résultat d'une chute de douze pieds de haut: cet enfant était monté sur une échelle appuyée contre l'un des trois grands mâts du Pont-Neuf, qui pendant les journées de juillet portaient les couleurs nationales. Nous présumons qu'il est tombé sur les pieds, et que par conséquent la fracture est arrivée par contre-coup, ou, ce qui revient au même, par suite de l'exagération de la courbure naturelle de la diaphyse du fémur: ceci nous paraît démontré par l'absence de toute contusion des parties molles au niveau de la fracture. La crépitation était très apparente lors de l'arrivée du malade à l'hôpital; et à la hauteur de la solution de continuité osseuse existait une grande mobilité, comme il y en aurait en cas de fausse articulation: cette dernière circonstance dépendait de ce que la fracture est en rave. Les fragmens présentaient un double déplacement, suivant la longueur et la direction; d'où résultait la formation d'une saillie angulaire en avant: déplacement occasionné par la prépondérance d'action des muscles internes et postérieurs, qui sont plus nombreux et plus forts que les antérieurs. De là résulte la nécessité d'agir sur les fragmens avec plus d'énergie en dehors et en avant; indication que nous remplissons efficacement au moyen de deux petites attelles, dont l'une postérieure, courbée, dans le but de prévenir la tendance du membre à se couder en arrière, et l'autre antérieure. L'attelle courbée postérieure dont nous faisons usage, est concentrique à la courbure du fémur et soutient les fragmens en arrière. Quand on n'agit pas de la sorte, les fragmens se trouvent renversés en arrière, et on obtient une consolidation vicieuse, puisque le fémur repose simplement sur le drap fanon qui est sans résistance. Par-dessus ces attelles, nous avons mis l'appareil ordinaire, le membre dans l'extension, bien entendu. M. Bonnet, de Lyon, a démontré, en effet, par voie d'expérimentation sur le cadavre, que l'extension du membre est la position qui facilite le mieux l'affrontement des fragmens. C'était déjà la position adoptée par Desault et Boyer; méthode que l'autorité de Dupuytren était venue ébranler un instant en y substituant la demi-flexion, dont les vices ont été démontrés sans réplique dans ces derniers temps, par M. Bonnet. K...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Em. Rousseau. — Séance du 5 août 1841.

A trois heures, M. Em. Rousseau occupe le fauteuil; lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — 1° *M. Fouquier*, dans une lettre adressée à M. le sécrétaire-général, prévient la Société qu'obligé de suivre le roi, il ne pourra point assister à la séance.

2° M. Queven, pharmacien en chef de la Charité, fait hommage à la Société d'un mémoire imprimé dans lequel sont consignés les résultats de ses expériences sur la nature et la qualité du lait, ainsi que la description d'un instrument de son invention qu'il nomme *lacto-demimètre*. M. Ch. Masson est nommé rapporteur.

— *M. Sorlin* expose les principales opinions émises dans une brochure offerte à la Société par un de ses membres, M. Cheneau. Il est, dit-il, un fait incontestable, et que signale l'auteur du mémoire: c'est que les tubercules pulmonaires se montrent plus nombreux à l'époque de la puberté, à cet âge où l'homme, sorti du calme de l'enfance, est appelé à ressentir toutes les joies et les amertumes de la vie; le cerveau devient alors le siége d'une excitation inaccoutumée; et c'est à cette surexcitation propagée par la huitième paire aux poumons et aux organes contenus dans la poitrine que l'auteur attribue cette prédisposition aux tubercules qui ne finit que vers trente-cinq ou quarante ans, lorsque les passions sont moins ardentes; et par conséquent l'excitation cérébrale moins vive.

Telle est la raison anatomique donnée par l'auteur. La conclusion pratique est qu'il faut, pour prévenir la formation des tubercules, conseiller le calme de l'âme, la modération dans le travail et les plaisirs,

---

hôpitaux. Cette épreuve permettrait de juger quels sont, parmi eux, les meilleurs praticiens. Dans les concours pour les chaires de clinique chirurgicale, on devrait faire opérer sur le vivant; alors on pourrait juger quels sont les meilleurs opérateurs; car il est tel chirurgien qui, ayant appris l'ouvrage de Boyer, récite très bien une leçon et n'est pas opérateur, et nullement apte à le devenir. Enfin, dans les concours pour les chaires de clinique d'accouchement, on devrait faire terminer des accouchemens. Je viens de prouver que le choix des professeurs et des médecins et chirurgiens des hôpitaux, a été, jusqu'à présent, établi d'après *règle la plus mauvaise*, c'est-à-dire d'après leur degré de mémoire. C'est pour cette raison que la science de la médecine fait des progrès si lents. Je dois cependant ajouter qu'il y a des chaires dont l'enseignement n'exige que de la mémoire. Les chaires d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, etc., sont de ce nombre.

Quant aux juges des concours, on conçoit facilement que, tant que les professeurs titulaires jugeront eux-mêmes les concurrens, il n'y aura pas de justice à espérer d'un pareil tribunal. En effet, ils ont tous leurs sympathies et leurs antipathies; ils sont libres de leur vote, et ils donneront toujours aux fils ou aux parens, ou aux amis de leurs collègues. On conviendra en outre *qu'il y a impudeur de la part des professeurs à juger eux-mêmes, dans un concours, le fils ou le gendre de l'un d'eux.* Il faudrait donc choisir des juges qui ne seraient pas, et qui n'auraient pas été professeurs-titulaires, puis instituer autant de séries de juges qu'il doit y avoir d'épreuves; les composer, par exemple, de trois ou cinq juges; enfin ne les avertir que la veille du jour où ils devraient être témoins d'une épreuve, et leur faire porter leur décision aussitôt après l'épreuve.

Quant aux épreuves elles-mêmes, il faudrait n'instituer que les épreuves pratiques que j'ai indiquées plus haut, s'il s'agit d'une chaire relative à la pratique; demander au contraire des épreuves théoriques, quand il est question d'une chaire qui n'exige que de la mémoire.

Cette forme de concours ne pourrait laisser échapper aucun homme de talent, et il est important, bien plus encore pour l'avancement d'une science que pour les intérêts mêmes des hommes qui la cultivent, qu'aucune injustice ne soit faite, parce que tout homme envers qui une injustice est commise, se décourage et cesse d'apporter son contingent de travail à la masse commune; il devient, dès lors, un membre inutile du corps médical qui serait toujours laborieux, s'il était constitué sur le pied de l'égalité, quant à la position de chacun de ses membres.

Mais si l'on ne veut pas changer la manière de faire les concours, la nomination ministérielle est préférable aux deux autres modes de nomination, parce que toute nomination à la Faculté ou dans les hôpitaux ne pourra jamais y être faite sans l'adhésion de M. le doyen tant que l'institution des concours restera la même, et parce que les concours, tels qu'ils ont été faits jusqu'à présent, éloignent les hommes qui ont des titres acquis depuis long-temps. C'est, du reste, la nomination ministérielle que Broussais préférait, sans doute il est vrai, parce qu'un ministre lui avait rendu une justice que tous ses confrères lui avaient refusée: si ce mode de nomination était en vigueur, il y a long-temps que MM. Magendie, Capuron et Lisfranc, qui ont tant mérité de la science, auraient été institués professeurs.

Service de santé des hôpitaux. — Le concours pour les places de chirurgiens et de médecins des hôpitaux devrait être supprimé: en effet, exerçant tous l'art de guérir en vertu du même titre, nous avons tous le même droit à pratiquer chez les pauvres réunis dans les hospices. Or, je ne sache pas qu'il faille plus de talent pour traiter des pauvres réunis dans les hospices, que pour traiter des pauvres et des riches dans la ville. Un concours institué à cet effet ne sert donc qu'à établir des catégories entre les médecins, ou des exceptions en faveur de tels ou tels. Tous les membres du corps médical devraient être appelés à tour de rôle, et par droit d'ancienneté au doctorat, à ce genre de service. En outre, en confiant le service de santé des hôpitaux à de jeunes médecins dont on a apprécié le savoir par la récitation de quelques leçons dans un concours, *on perpétue les fautes de pratique* qui sont fatales à l'humanité, car à ces jeunes médecins en succèdent d'autres, et les mêmes fautes de pratique se renouvellent sans cesse. Il y a vingt ans, j'ai coupé la jambe à cet homme, me disait un jour Antoine Dubois, en me montrant un homme qui venait de le saluer; il croit me devoir beaucoup de reconnaissance. Eh bien! aujourd'hui je ne lui couperais pas la jambe. Qui pourrait soutenir, après cet aveu, que le talent d'un médecin n'est pas tout entier dans la pratique! L'autorité supérieure préviendrait le renouvellement des fautes de ce genre, en supprimant les concours pour le service de santé des hôpitaux, et en appelant tout docteur ayant dix années de pratique, à faire pendant six années un service de santé dans un hôpital, soit comme médecin, soit comme chirurgien, ou comme accoucheur; puis ce temps écoulé, elle donnerait à chacun d'eux le titre de médecin ou chirurgien-honoraire des hôpitaux. Mais si l'autorité supérieure n'admet pas qu'elle puisse confier indistinctement à tout docteur un service de santé dans les hôpitaux, pourquoi n'instituerait-elle pas des concours essentiellement pratiques avec les conditions de jurys et d'épreuves que j'ai indiquées plus haut!

Le nombre des lits composant chaque service de santé dans les hôpitaux devrait être limité à *trente*, et ne pas passer ce nombre. En effet, on ne saurait contester qu'il est impossible de bien examiner, dans l'espace de quelques heures, un grand nombre de malades; en outre, le médecin qui a beaucoup de maladies à étudier journellement, n'ayant pas le temps de s'appliquer à chacune d'elles, ne fait faire à la science aucun progrès. En un mot, cette limitation du nombre des malades leur serait utile à eux-mêmes, parce que les médecins des hôpitaux leur donneraient des soins plus vigilans; et elle serait un acte d'équité envers les médecins, parce qu'elle augmenterait le nombre des services de santé.

Académie de médecine. — L'Académie de médecine, telle qu'elle a été instituée, c'est-à-dire ayant le droit de choisir elle-même ses membres, tend à établir une distinction entre le praticien qui serait savant et celui qui ne le serait pas. Mais, d'abord, y a-t-il des savans parmi nous? non, *il n'y a que des praticiens.* Si jusqu'à présent l'autorité supérieure a cru le contraire, c'est qu'elle a été trompée par des hommes qui avaient intérêt à se grandir à ses yeux; mais on n'est pas savant pour enseigner la médecine, la chirurgie, ou l'art des accouchemens, ou parce qu'on a fait des ouvrages sur ces matières. En outre, les limites du possible dans l'art de guérir sont connues, et quand une découverte vient à y être faite, tout le monde s'en empare et la perfectionne aussitôt. Donc, il ne peut pas exister dans notre profession d'hommes *d'un talent supérieur, de prince de la science.* S'il y en a qui se figurent l'être, qu'ils jettent un coup-d'œil sur la liste de leurs malades; ils y verront autant de mortalité que sur la liste de tels ou tels de nos confrères qui sont placés beaucoup moins avantageusement qu'eux.

Qui ne sait, d'ailleurs, que la réputation d'un médecin est, en grande partie, le résultat de sa position! Cette opinion, il est vrai, n'est pas celle des gens du monde, mais elle est celle des médecins qui ont le sens commun, et elle était, en particulier, l'opinion de Desgenettes, comme on va le voir. L'Empereur parlait un jour, avec emphase, à Desgenettes, du talent de Corvisart; Desgenettes répondit qu'il y avait peut-être dans Paris beaucoup de médecins qui avaient autant de savoir et d'expérience que Corvisart; mais que si l'on remarquait une si grande différence entre leur réputation et celle de Corvisart, c'est qu'ils n'avaient pas comme lui une position pour faire valoir leur mérite.

Ce serait donc un acte d'équité de la part de l'autorité supérieure d'abroger le règlement de l'Académie de médecine, et d'appeler à faire partie de cette académie, et pendant six années, tout docteur habitant le département de la Seine, et ayant dix années de pratique; puis ce temps écoulé, elle donnerait à chacun le titre de membre honoraire de l'Académie.

Il serait encore à désirer que l'autorité supérieure instituât, dans chaque département, une académie de médecine qui serait correspondante de celle de Paris, et qui s'organisât de la même manière. La suppression du baccalauréat ès-sciences est nécessaire, parce que les études médicales sont déjà assez compliquées. D'ailleurs, les sujets des examens pour le baccalauréat ès-sciences étant à peu près les mêmes

les distractions ; et dans la pensée que le cerveau et la huitième paire sont les premières causes de la maladie, M. Cheneau pense qu'on pourrait avec avantage placer des vésicatoires, des cautères, des moxas, sur le crâne ou sur les parties les plus voisines de la huitième paire.

Sans blâmer ou approuver cette théorie, M. Sorlin propose en terminant que des remercîmens soient votés à M. Cheneau ; ses conclusions sont adoptées.

— *M. Tanchou* avait, dans une séance précédente, entretenu la Société des succès obtenus par lui dans le traitement des engorgemens glanduleux du sein. Cette fois, il présente trois femmes qui sont guéries ou en voie de guérison.

La première portait dans le sein droit un engorgement douloureux de la grosseur d'une noix : il a complétement disparu, et la malade ne saurait retrouver la place qu'il occupait, si quelques élancemens ne s'y faisaient parfois sentir.

La seconde vint consulter notre confrère pour un double engorgement des seins : à droite, la tumeur égalait le volume d'un œuf de poule. Avant d'opérer, il voulut essayer des moyens dont il nous a parlé : la maladie a rétrogradé, et tout fait espérer que cette femme, attachée à son Dispensaire, guérira. Il est seulement fâcheux que chez elle, il se manifeste, à chaque contrariété qu'elle éprouve, une recrudescence de la douleur.

La troisième malade était affectée de deux engorgemens glanduleux situés l'un près de la clavicule, et l'autre dans la profondeur du sein ; ce dernier laissait échapper journellement un liquide sanieux. Cette femme s'adressa à plusieurs médecins d'hôpitaux qui lui proposèrent de la recevoir, dans la pensée de l'opérer. Cette femme, après quelques mois de traitement dirigé par M. Tanchou, a vu la tumeur de la clavicule disparaître complétement et celle du sein diminuer des deux tiers; les douleurs sont moins vives et s'éloignent. Tout fait présumer la guérison complète ; et l'on aurait cru reconnaître cependant les signes d'une dégénération cancéreuse avancée.

M. Guersant. Ce sont des mammites chroniques.

M. Tanchou. Donnez à ces affections tel nom qu'il vous plaira ; toujours est-il qu'on voulait opérer.

M. Guersant. Il n'est point de maladies chirurgicales dont le diagnostic soit plus obscur que celui des maladies du sein. MM. Boyer et Dubois ont été souvent sur le point d'opérer : ils ont attendu, et les malades ont guéri. M. Lisfranc lui-même s'est trompé plusieurs fois. Mais soyez assuré qu'on guérit des mammites chroniques, et jamais des cancers.

M. Eguisier rapporte qu'une malade qui portait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, et qu'on se disposait à opérer dans un hôpital, a été guérie au Dispensaire par l'usage des pilules de jusquiame et l'emploi des mercuriaux continué jusqu'à l'apparition de la salivation.

M. Tanchou revient sur le traitement et fait observer qu'il varie suivant les individus et les circonstances : il a tour à tour essayé avec avantage les saignées, les purgatifs, les mercuriaux, les emplâtres fondans, la compression, etc.; mais il est un fait incontestable, c'est qu'il a été assez heureux pour guérir des malades qu'on voulait opérer.

M. Guersant demande si réellement on voulait les opérer, si ces femmes effrayées, ou pour se donner une sorte d'importance, ont bien fidèlement rapporté ce qui a été dit. On n'ignore pas, ajoute-t-il, qu'à ces consultations publiques beaucoup d'élèves s'emparent des malades, les interrogent, donnent leur avis, et ces arrêts *terribles* ont été peut-être prononcés par un élève de première année. Avant d'opérer dans les hôpitaux, on essaie de la plupart des moyens indiqués par notre confrère.

M. Ch. Masson pense qu'on doit savoir gré à M. Tanchou d'avoir démontré qu'on peut, par une sage temporisation, guérir des malades qu'on livrait trop tôt au fer chirurgical. Il est certain qu'en France, à une époque peu éloignée de nous, les plus grands chirurgiens se prononçaient pour l'opération aussitôt qu'on leur présentait ces tumeurs du sein dures et douloureuses. Ils s'inquiétaient peu de savoir s'ils avaient affaire à des mammites ou à des cancers ; à peine donnait-on, pendant le temps que les malades mettaient à se décider, quelques pilules d'extrait de ciguë, ou essayait-on de quelques emplâtres fondans. *Seca aut blandire*, c'était l'axiome de l'École.

— *M. Rouvin*, chargé conjointement avec MM. Sorlin et Moretti, d'examiner le mémoire manuscrit que le docteur Rigal a présenté à la Société dans le but d'être admis au nombre de ses membres, donne lecture du rapport qu'il a rédigé.

Le but de l'auteur du mémoire, dit M. Rouvin, a été d'expérimenter si dans le rhumatisme articulaire aigu, l'administration du nitrate de potasse, vantée par d'anciens auteurs, Sydenham entre autres, et donnée par Witt jusqu'à la dose énorme de 60 grammes, n'avait pas été abandonnée à tort. Les trois observations rapportées portent un cachet de sincérité ; on n'y dissimule pas qu'on a joint à l'administration de ce sel la saignée, les douches de vapeurs, les opiacés, etc. L'auteur a compris que s'il fournissait par là des armes contre lui, s'il soulevait des doutes, il remplissait le devoir le plus impérieux du médecin, celui de guérir. Il est évident que chez les trois malades traités par M. Rigal, le second a été guéri par l'usage du nitrate de potasse ; que chez les deux autres ce médicament a concouru à la cure, et que son administration aux doses de 16 et 32 grammes n'a été suivie d'aucun de ces accidens que signale un toxicologiste célèbre, qui prétend qu'à la dose 4 grammes il agit comme un poison violent.

Les conclusions de MM. les rapporteurs sont pour l'admission de M. Rigal. (Adoption.)

— *M. Moretti* communique l'observation intéressante d'une *purpurea hemorrhagica* survenue chez un jeune homme de dix-huit ans, après une nuit froide passée sur l'impériale d'une diligence. Des taches rouges, nombreuses, irrégulières se manifestèrent aux jambes, aux cuisses, puis envahirent le bras et le tronc. Il survint des vomissemens bilieux, noirâtres, sanglans. Plusieurs litres d'un sang noir s'échappèrent par l'anus. Le malade, tombé dans un découragement complet, était par momens en proie à des lipothimies, des sueurs froides. Mais ce qui mérite surtout l'attention de la Société, fait observer M. Moretti, c'est que, dans cette hémorrhagie intestinale et cutanée qu'on range communément parmi les affections scorbutiques, il y a eu une fièvre vive, et que cette maladie, de nature évidemment sthénique, a cédé à l'emploi des émissions sanguines et au traitement anti-phlogistique.

— *M. Guersant* présente à la Société deux tendons d'Achille et un du jambier antérieur, qu'il a coupés chez un enfant de dix-huit mois qui portait deux pieds-bots équin-varus. Ce malade a succombé un mois après l'opération par suite d'une pneumonie, maladie si fréquente et si funeste chez les enfans qu'on reçoit à l'hôpital.

L'examen de ces pièces pathologiques fait voir que les cicatrices des tendons sont parfaites et résistantes ; que, dans les trois tendons, elles ont 5 ou 6 millimètres d'etendue, sont résistantes, moins transparentes, moins élastiques que les tendons eux-mêmes. Ces cas viennent à l'appui des chirurgiens partisans de la ténotomie : il est évident que les tendons se cicatrisent assez rapidement, et que si les moyens orthopédiques sont employés d'une manière convenable, on obtient des résultats heureux. Aussi peut-on constater un bon nombre de succès à l'hôpital des Enfans, où notre confrère fait souvent ces opérations.

— *M. Nauche* se trouve bien d'administrer, dans la phthisie pulmonaire l'iodure de soufre à la dose très réfractée de 5 à 6 milligrammes par jour. Ou bien il incorpore 2 décigrammes de cette substance à 30 grammes d'axonge et fait pratiquer des frictions sur les jambes. Par l'emploi de ces moyens, il est parvenu à faire disparaître, chez une jeune personne, l'oppression et les crachats d'aspect purulent.

La séance est levée à cinq heures.

Charles MASSON, *secrétaire annuel*.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

que ceux des examens qui ont lieu devant les facultés de médecine, ils deviennent inutiles. Seulement, je crois qu'il serait convenable d'augmenter la durée des études médicales. Si, par exemple, on fixait cette durée à six ans, et si surtout l'on substituait à des examens inutiles, parce qu'il suffit d'avoir de la mémoire pour les bien passer, des examens purement pratiques, où l'on jugerait l'expérience de chaque candidat, tout docteur serait profondément instruit lorsqu'il passerait sa thèse.

La réception des officiers de santé devrait ne plus avoir lieu. Comprend-on, en effet, qu'on puisse autoriser le demi-savoir quand il est si facile d'obtenir un savoir entier et complet !

Le but que je me suis proposé dans ce travail est d'appeler l'attention sur les avantages que l'enseignement a déjà recueillis de l'institution de l'agrégation, et sur ceux beaucoup plus grands encore que la science et l'humanité retireraient du principe de la limitation de la durée des places appliqué à toutes celles qui sont relatives à l'enseignement comme à l'exercice de l'art de guérir, et par conséquent de faire sentir l'opportunité d'un arrêté ministériel qui limiterait la durée de l'occupation de ces places.

Nous recevons la lettre suivante du docteur Lyrac :

Paris, le 10 septembre 1841.

Mon cher confrère,

On vient de m'envoyer, comme tentative d'abonnement, un exemplaire d'une pauvre feuille qui n'a, dit-on, pour nourrir sa détresse hebdomadaire que les élucubrations à diapazon monotone de son patron, et qui doit compter pour cela au moins trois lecteurs. Elle a accouché à grand'peine d'allusions qu'elle a cru d'autant plus malignes qu'elles finissaient par des.......

J'ai fait un effort pour les comprendre et je les ai classés dans un de n es étonnemens provinciaux, que vous pouvez publier comme supplément à mon dernier feuilleton.

Je me suis dit : Il y a là-dessous de la jalousie de métier, une velléité ridicule d'opposition quand même, ou une inexpérience par trop juvénile. On classe les autres journaux, quand on désespère de se classer soi-même. Dans son enthousiasme servile de patronage on trouve *l'impartialité froide*, on voit les autres *marcher vers la nuit* parce que soi-même *on n'y voit goutte*, et l'on finit par une calomnie *ponctuée*, au moyen de laquelle on espère éviter l'épithète justement méritée de calomniateur. Puis on se drape et on prend des *airs de victorieux !!!* (textuel.)

Quand cette pauvre feuille sera morte, je vous en ferai l'autopsie, si vous voulez bien le permettre. Ce sera le moyen d'en connaître le personnel, après en avoir connu le style, et il est tel de *vos amis* que vous serez bien étonné d'y rencontrer, je vous le jure.

J'ai donné mon scalpel à aiguiser pour cette nécropsie d'un nouveau genre.

En attendant, agréez, etc., Dr LYRAC.

Note du rédacteur. Nous n'avons pas voulu refuser l'insertion de cette lettre à notre honorable confrère ; nous lui ferons seulement observer que, n'étant pas comme lui nouvellement débarqué à Paris, nous sommes moins disposé à nous irriter des sottises qui s'y disent ou s'y font ; nous savons depuis long-temps les bienveillantes dispositions de ces *bons amis* nos ennemis et ne pouvons y attacher aucune importance. C'est une école qu'on a fait faire à un *innocent*, voilà tout. Libre pourtant à M. Lyrac de procéder quand il voudra à son autopsie ; nous la ferions nous-même au besoin.

M. Eydoux est mort, à la Martinique, de la fièvre jaune.

Le docteur Eydoux était l'un des médecins les plus distingués de la marine. Il avait fait partie d'importantes expéditions, pris part aux deux voyages autour du monde entrepris par la *Favorite* et la *Bonite*. Son nom est attaché à l'histoire naturelle du voyage de la *Favorite*, et ses travaux scientifiques à bord de la *Bonite* lui ont fait obtenir l'avancement qui lui a été si funeste et qui excite aujourd'hui les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

Errata. Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, à l'occasion d'une observation de M. Pétréquin, on a imprimé *ectropion* et *extropion* au lieu d'*entropion*.

Nous saisissons avec empressement l'occasion de signaler les appareils dont M. Victor Chevalier est l'inventeur ; son nouveau calorifère à double foyer et à double circulation mobile a été, sur la demande de M. le préfet de police, soumis à l'examen d'une commission de l'Institut, Académie des sciences, dont il nous est agréable de rapporter l'opinion.

« Le calorifère soumis au jugement de l'Académie, a dit le savant » rapporteur, est une modification heureuse de l'appareil de chauffage » si avantageusement connu, de M. Chevallier, et sur lequel la Société » d'encouragement pour l'industrie nationale a fait un rapport favo» rable. Plusieurs membres de l'Académie attesteraient au besoin le » mérite de cet appareil.

» Le nouveau calorifère est particulièrement destiné à brûler de la » houille ; cependant une disposition particulière permet également de » brûler du bois. La construction a paru à vos commissaires des plus » ingénieuses et telle qu'on pouvait l'attendre de l'artiste habile qui » l'a exécutée. Les résultats obtenus jusqu'à présent dans le cours des » essais faits par la commission sont très favorables au nouvel appa» reil ; elle a reconnu, par exemple, que le calorifère dont elle a fait » usage est entièrement fumivore, etc. »

Nous ajouterons que, par suite du rapport énoncé dans cecui que nous rappelons ici, la Société d'encouragement, sous la présidence de M. le ministre du commerce, a décerné à l'inventeur une médaille d'argent, dans la séance générale du 11 août 1841.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur la sécrétion des vésicatoires.

MARDI 14 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 111, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

SUR TROIS CAS D'ICTÈRE.

1° Fièvre intermittente quotidienne. Hypertrophie de la rate. Ictère.

Maillet, tailleur de pierres, âgé de trente-deux ans, a quitté le service militaire depuis trois ans, et depuis cette époque il habite Paris. Il n'a jamais eu de fièvre d'accès, ni de maladie grave; il habite la place Maubert, dans une chambre au septième étage. Le 23 août, cet homme éprouva un frisson violent, accompagné de claquement des dents, et aussitôt après, un sentiment de chaleur et de sueur. L'accès de fièvre a donc été caractérisé dès le premier jour de l'invasion. Les jours qui suivirent, vomissemens de matières jaunes et très amères; les urines présentent une coloration jaunâtre très remarquable. La fièvre revient tous les jours de cinq à six heures du soir. Aucune médication.

Le 4 septembre, entrée du malade à la Charité, les viscères de la poitrine sont à l'état normal, le ventre est mou, insensible, le foie est à son volume ordinaire, la rate déborde les côtes de trois travers de doigt environ, la langue est nette, pâle, très acide, la soif est vive. Ictère général. Centaurée 2 pots, sulfate de quinine gr. 0,6, en trois pilules.

Une heure après leur émission, les urines sont fortement alcalines, elles sont troubles, contiennent un sédiment abondant, et redeviennent transparentes par l'acide et par la chaleur.

5 septembre. Le malade se trouve bien; l'ictère est toujours très prononcé; l'accès de fièvre est venu à huit heures; le stade de froid seul paraît avoir été plus court, les deux autres n'ont pas été sensiblement abrégés, la sueur a été très abondante. Le volume de la rate est le même, cet organe est sensible à une pression assez forte; pouls à 60. Apyrexie complète, peau normale, soif très vive après l'accès, nulle aux autres heures de la journée; appétit conservé. Sulfate de quinine gr. 0,6 en trois pilules, deux soupes.

6 septembre. L'ictère a diminué, température normale de la peau, pouls à 56, respiration 24; le frisson de l'accès n'est venu qu'à dix heures du soir, il a été fort court et sans claquement de dents; il a été suivi de sueurs abondantes. Soif moindre; appétit. Ventre souple; la rate est moins saillante, elle a diminué de volume. Une selle depuis hier.

Les premières urines rendues à neuf heures trois quarts, avant le frisson de l'accès, étaient foncées, transparentes, et n'offraient qu'un nuage fort léger; elles précipitent par une goutte d'acide. Les secondes, qui ont été rendues à une heure et demie, sont semblables. Celles qui ont été rendues à cinq heures offrent les mêmes caractères; seulement le nuage est plus prononcé. Centaurée 3 pots, sulfate de quinine gr. 0,6, trois soupes.

7 septembre. Pouls à 66; sommeil toute la nuit; pas d'accès. Les premières urines, rendues à dix heures du soir, sont jaunâtres, acides, sans nuage, l'acide ne les précipite pas. Les deuxièmes, rendues à deux heures, offrent la même coloration, sont acides, ne précipitent pas. Les troisièmes, rendues à cinq heures, offrent un nuage, elles sont plus fortement colorées, elles ne précipitent pas.

L'ictère a diminué, les sueurs ont encore été abondantes, la rate, quoique moins saillante, reste cependant apparente. Même prescription.

Il est nécessaire d'insister sur la présence des sédimens que les urines ont présentés pendant les accès, ce qui viendrait à l'appui des anciennes doctrines relativement à la nature des urines pendant le cours des fièvres intermittentes; mais si l'on observe souvent cette particularité dans les fièvres, il faut avouer que l'état des urines offre aussi de nombreuses variations, et que ces caractères sont loin de se représenter identiques dans des circonstances semblables, ce qu'ont très bien démontré les travaux récens. Aussi, le plus souvent, les urines sont claires et limpides pendant le frisson, puis peu après, à mesure que l'accès parcourt ses périodes, elles se foncent en couleur et prennent les caractères que l'on a appelés caractères fébriles; mais cet état, en supposant qu'il fût constant, n'est pas caractérisque de l'intermittence, car il existe dans les affections avec mouvement febrile. Ce qui, pour les anciens, n'était que l'indice de la manifestation d'une crise, peut s'expliquer aujourd'hui d'une manière toute physiologique: les sédimens des urines sont formés en grande partie par l'urate d'ammoniaque. Or, l'on sait que ce sel est peu soluble; il résulte de la déposition souvent énorme d'eau qui se fait vers la fin de l'accès de fièvre par la transpiration cutanée, qu'il se trouve en présence d'une moins grande quantité de ce liquide, et qu'alors il n'est dissous qu'incomplétement; de là, les sédimens. Aussi avons-nous vu que dès que la fièvre a manqué, les urines sont redevenues transparentes.

Le 8, par suite d'une négligence, le malade n'a pas pris les pilules de sulfate de quinine; il n'y a cependant pas eu d'accès. Vers midi céphalagie; vertiges, qui ont duré une heure; ensuite la sueur a été abondante. Pouls à 48. Mêmes prescriptions.

Le 9, l'accès a manqué pour la troisième fois. Pouls à 48. L'ictère disparaît. La rate continue à diminuer. C'est à tort que l'on pourrait croire que l'hypertrophie de la rate est la source et non l'effet de la fièvre intermittente. A notre avis, il ne faut voir là que l'effet des congestions viscérales qui ont lieu pendant les stades de la fièvre d'accès. L'état du foie vient encore à l'appui de cette opinion. En effet, par suite de la cause que nous venons d'indiquer, ne voyons-nous pas, dans ce cas, le foie offrir certainement les symptômes d'une hypérémie, comme l'absence des signes de toute autre affection de cet organe le démontre? Et n'est-ce pas sous l'influence de cette hypérémie que s'est produite cette hypersécrétion de la bile qui a donné naissance à l'ictère? Aussi, dès que l'administration du sulfate de quinine a fait cesser les accès, avons-nous vu l'ictère diminuer et disparaître.

2° Colique, délire et ictère saturnins.

Le 31 août est entré à la Charité, Contour, âgé de vingt-cinq ans, peintre en bâtimens depuis dix ans. Il est ordinairement bien portant et n'a jamais eu d'affections saturnines. Ce malade offrait à son arrivée des signes d'une colique saturnine (coliques, vomissemens, constipation). On a seulement noté une coloration ictérique des tégumens assez prononcée.

1er septembre. Gr. 0,10 de tartre stibié dans 3 onces d'eau; ce médicament provoque deux vomissemens de boissons faiblement colorées en vert.

2 septembre. Tout à coup la veille, vers huit heures du soir, le malade a commencé à délirer: on a été contraint de l'attacher et le délire s'est prolongé avec intensité toute la nuit; il dure encore: le malade profère des paroles incohérentes; il n'y a pas de convulsions; tremblement dans le bras droit; coloration ictérique de la peau; langue humide, nette; pas de selles. Pouls peu développé, régulier, à 76 - 80. 2 pots de petit-lait avec addition de 20 gr. de sulfate de soude. Potion avec huile de croton tiglium, 4 gouttes. Gomme gutte 0,6, coloquinte 0,2, pour 8 pilules. Par cuillerées, potion avec 0,20 d'extrait aqueux d'opium.

3 septembre. Le délire ne s'est calmé que ce matin, l'intelligence est complète; réponses un peu brusques; quelques soubresauts dans les tendons; la teinte citrique est fort prononcée; la langue est un peu sèche, nette, sans rougeur; soif vive. Ventre contracté par la volonté du malade. Une selle involontaire. Pas de céphalalgie. Pouls régulier à 108. 2 pots de petit-lait avec 30 gr. de sulfate de soude. Opium 0,4, en huit pilules.

4 septembre. Il n'y a pas eu de délire. Bien-être parfait, pouls à 96. Soif vive. Langue blanche. Il y a eu deux selles liquides. Le ventre est tendu, mais insensible. Le malade n'a pris que 0,gr. 1 d'opium; 3 pots de petit-lait avec sulfate de soude 30 grammes; 0,gr. 05 d'extrait aqueux d'opium en quatre pilules.

5 septembre. L'ictère diminue. Aucun trouble des sens. Pouls à 72. Sensibilité du ventre. Deux selles liquides. Même prescription.

6 septembre. La teinte jaunâtre de la peau est moins prononcée; le sommeil est tranquille. Pouls à 68. Inspirations 16. Langue pâle, presque normale. Appétit. Une seule selle liquide. Le foie présente son volume normal, comme tous ces derniers jours. Même prescription.

7 septembre. L'amélioration continue.

Sans aucun doute, il ne faut voir dans les désordres que

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon cher confrère,

Vos lecteurs qui savent lire, n'ont pas été long-temps à reconnaître que le tout doux billet inséré dans votre dernier numéro, est de l'autre Lyrac, lequel a des habitudes de dissection dont je suis incapable. Je n'ai jamais touché à un scalpel.

Le feuilleton médical est décidément en pleine fortune; il est *demandé.* Il y a toujours eu beaucoup d'esprit dans le monde médical; mais, comme le dit un philosophe, tout l'esprit qui est au monde est inutile à celui qui n'en a pas. Or, il peut arriver à des feuilletonistes médicaux de se trouver dans cette hypothèse; ils imaginent alors quelques succédanés pour remplacer ce qui ne se remplace pas. Ils font usage d'un peu de malice et d'une autre chose qu'on ne sait pas nommer dans mon arrondissement. Heureusement les journaux qui contiennent le plus de laides choses sont ceux qu'on lit le moins. Il en est un surtout qui a de bonnes raisons pour parler souvent de la *nuit* et de l'*obscurité.* Celui-là on ne le trouve nulle part, ce qui ne l'empêche pas de porter pour devise: *Ubicumque*... Je le trouverai bientôt; en attendant j'ouvre un journal moins *ubicumque*, puisque avec un peu de bonne volonté on peut le lire. Il faut faire un voyage pour la ville qui est, comme vous le savez, l'émule de Cos. Son feuilleton a quelquefois la fantaisie de s'intituler *satyre médicale.* Un feuilleton qui s'appelle ainsi a l'air de vous dire: Prenez garde, je vais me fâcher. Eh bien! pas du tout; au lieu d'une satyre aux cheveux épars, et à la flamme pétillante, c'est l'hymne avec sa harpe et sa voix de Séraphin; au lieu de flageller les médecins et les maladies, le feuilletoniste (il doit avoir nom Bernardin), ne flagelle rien; il ne crie pas vive la Charte, vive la Réforme. Son cri d'amour c'est vivent les *fistules!* il raconte comment on *aime le pus*, il dit comment *on caresse un cautère.* Le feuilletoniste (son père devait s'appeler de Saint Pierre) est surtout passionné pour le cataplasme; il est aux sept joies de son âme quand il rencontre à Lyon un confrère qui excelle dans l'art de varier un cataplasme; sa figure (non celle de Bernardin) prend la physionomie du cataplasme employé; « on le voudrait tout ce monsieur, ai-je entendu dire à des malades et à des gens qui se portent bien. » Pour mon compte, je préférerais Bernardin et ses feuilletons, à un homme dont la figure prend la physionomie d'un cataplasme. Lisez la *Gazette médicale*, non de Paris, mais de Montpellier, et vous serez de mon avis. Vous pourrez vous assurer aussi du goût et des progrès de la littérature facile, dans le département de l'Hérault.

Au moment où ces mots sont écrits, il y a deux hommes remarquables qui font sur eux-mêmes des expériences très curieuses. N'allez pas croire qu'ils mangent de la gélatine ou autre colle; ils aiment au contraire à être bien nourris; mais ils ne voudraient pas y voir. Or, pour cela, au lieu d'aller se faire opérer de la cataracte par le chirurgien dont il a été question dans ma dernière lettre, ils préfèrent inhumer leurs globes oculaires sous un tas d'argile, comme l'enseigne le père Frapart. Hé bien! à travers cette terre épaisse et compacte, ils voient encore la lumière du ciel, ils voient même toutes les cartes que vous leur présentez, et cela sans être magnétisés! ce qui a jeté le père Frapart dans une de ces confusions que son luminaire n'a jamais pu éclaircir. Tout ce que je vous dis là est écrit dans la *Gazette médicale.* Ces merveilles ne vous causeront pas le moindre étonnement, quand vous saurez que les sujets soumis à ces expériences sont MM. Dechambre et L. Peisse, deux myopes dont l'un y voit avec des yeux autres que ceux du corps (il en a pourtant), tandis que son associé se trouve être le sorcier qui fait les *Mouches.* Frapart ne se trouve donc pas vaincu. Il peut très bien refuser ces sujets d'expérience, car on ne peut arriver à rien de scientifique avec les yeux de l'esprit, et il n'est pas surprenant qu'un sorcier y voie plus clair qu'un magnétisé, lequel ne peut avoir que les dons, les qualités de ceux qui les magnétisent. Or, il est reconnu depuis long-temps que les magnetiseurs ne sont pas sorciers.

Vous avez remarqué, mon cher confrère, que je dis toujours père Frapart, car selon l'*ubicumque*, si on l'appelait *honorable confrère*, il se fâcherait. Or, comme je ne veux indisposer personne, je supprime l'épithète blessante. Il paraît que l'*ubicumque* n'a pas mon humeur, ce qui lui vient d'un peu d'*hypochondrie*, qui voudrait lui faire voir du *noir*, de la *nuit* partout. Or, que voit-il, cependant? il voit les choses les plus naturelles du monde: c'est la Gazette médicale qui n'est plus la Gazette medicale, mais bien le Journal des Débats. Quant à vous, vous n'êtes ni plus ni moins que le National, et comme cette feuille a faibli dans la question des fortifications, vous avez pâli dans la question de l'arsenic! Pour comble de bonheur et de ressemblance, comme le National a son père Cabet pour faire valoir sa modération, l'*ubicumque* veut être votre père Cabet pour faire valoir votre *froide impartialité.* Je ne vois là que du bien car, au fond de l'âme, voyez-vous, l'*ubicumque* est un honnête garçon: il fréquente mauvaise société, voilà tout. Son seul défaut, à lui tout seul, son péché réellement originel, c'est d'avoir des illusions. Mais comme elles apparaissent toujours sur un grand fonds de modestie, on peut les lui pardonner. Ainsi, tandis qu'il a la générosité de vous rêver habillé en National, il veut être O'Connell, ce qui est extrêmement modeste, quand on est chirurgien et qu'on peut être un Dupuytren !!!

Je n'ai plus qu'une chose à dire à l'*ubicumque* (c'est presque un conseil): La physiologie de la malice est comme celle du paquet cacheté, elle ne peut être faite à deux; et quand on forme une société de cette nature, il est dangereux d'admettre le moindre grain d'*hypochondrie.*

—On demande dans les grands et petits journaux quelle est la cause de la gaîté qui a présidé au congrès scientifique de Lyon. C'est la chirurgie scientifique représentée par un Suisse, lequel a nom Mathias Mayor. Voilà ce que répondent ceux qui ne savent pas tout ce qu'il y a de sérieux dans notre art, surtout quand il est représenté par le Paré de l'Helvétie. On va le voir par quelques lignes du discours prononcé par M. Mayor Je pense que ceux qui ne connaissent par les livres de ce chirurgien liront ces mots avec plaisir. C'est vous dire, mon cher lecteur, de passer ce passage de ma lettre. Si vous le lisez, je vous prie de remarquer que l'orateur parlait à des savans, et non à des chirurgiens. Son discours devait nécessairement avoir un caractère de haute généralisation que n'ont pas les harangues purement chirurgicales.

Discours Mayor.

« Messieurs, vous savez qu'il y a des canaux dans la nature qui se rétrécissent quelquefois. Voyez ce qui est arrivé à ce fleuve que vous pouvez contempler de votre fenêtre: il a rétréci sur un point, on ne l'a point traité, et ce canal excréteur (car le Rhône est un canal excréteur) a éprouvé une rupture qui vous a inondés, infiltrés. Vous souffrez encore de cette infiltration; sa convalescence n'est pas achevée.

» Il en est de même des canaux excréteurs du petit monde, comme le dirait Hippocrate: ils se rétrécissent même souvent, et si on ne traite pas ces rétrécissemens, il y a rupture des canaux rétrécis et inondation dans la région, comme il y a eu inondation dans votre département et aux environs. Hé bien! savez-vous ce qu'on faisait avant moi? plus un rétrécissement était considérable, plus le moyen dilatateur etait petit! J'ai proposé le contraire: plus les difficultés sont grandes, plus le passage est petit, plus j'augmente le volume de l'objet qui doit le traverser. Je propose le même moyen pour franchir tous les détroits de la nature, y compris celui de Gibraltar. Vous voyez, Messieurs, que mon invention touche aux plus hautes questions de géologie. Ceux qui représentent ici le globe terrestre ou tout autre globe me comprendront facilement. Il n'y aurait qu'un chirurgien qui pourrait ne pas me comprendre ou rire, ce qui est arrivé à quelques écrivains de Paris que j'ai le don d'égayer de temps en temps. (Hilarité générale.)

» J'aurais de grandes choses à dire sur le coton que je protége beaucoup: mais, dans la ville de Lyon, où la soie fait vivre tout un peuple, il serait au moins imprudent d'entreprendre l'éloge d'un produit rival. Le canut n'aurait qu'à m'entendre!

» Vous avez sans doute entendu parler de tout ce que je fais avec le mouchoir. Si quelqu'un veut me servir de mannequin, avec ce petit

nous venons de passer en revue, que l'expression d'une seule et même maladie : l'intoxication saturnine ; c'est sous l'influence de cette dernière qu'est survenu le délire, que rien autre chose ne pourrait expliquer. On sait, en effet, que la présence des substances saturnines dans l'économie, a pour effet de déterminer des accidens divers, qui tantôt se présentent réunis sur un même sujet, tantôt sont séparés, sans que l'on puisse saisir la cause de cette différence. Dans le cas particulier qui nous occupe, plusieurs de ces accidens, tout-à-fait indépendans l'un de l'autre, se sont rencontrés à la fois sur le même malade.

3° Ictère fébrile symptomatique d'une congestion du foie.

Fouché, âgé de quarante-cinq ans, successivement mécanicien et fondeur en cuivre, habite Paris depuis dix-sept ans ; il est ordinairement bien portant. L'an dernier, dit-il, il a éprouvé des accidens semblables à ceux qui l'amènent à l'hôpital ; il eut des douleurs de ventre et un ictère qui dura plusieurs jours. Cette fois il a été pris, il y a huit jours; l'ictère est apparu le 21 août ; la teinte jaune avait été précédée par des douleurs dans le ventre, et, depuis deux mois, les urines étaient fortement colorées. Le malade est faible ; il a dû se faire transporter à la Charité.

3 septembre. Coloration safranée un peu verdâtre de tous les tégumens ; céphalalgie frontale ; pas de courbature ; langue nette, non acide ; soif modérée; vomituritions ; un vomissement de boisson. Pouls à 88. Le foie ne dépasse pas ses limites supérieures, mais il déborde les fausses côtes, principalement vers la région épigastrique, qui est tendue ; absence de toute douleur, soit dans l'épaule ou dans l'hypochondre du côté droit. Le ventre est insensible à la pression. 3 pots de petit-lait avec 30 gr. de sulfate de soude ; bouteille d'eau de Sedlitz; diète.

4 septembre. Le malade paraît affaibli et souffrant ; pouls à 92, régulier ; langue nette, soif vive ; anorexie ; ventre toujours plat ; quatre selles liquides colorées en jaune. Petit-lait, *ut suprà;* calomel, 1 gramme en 5 pilules.

5 septembre. Amélioration dans l'état du malade. Il a dormi cette nuit. La température de la peau est plus élevée ; pouls à 76-80. Langue sans enduit, soif vive, anorexie. Ventre toujours plat. Plus de dix selles.

Depuis l'arrivée du malade, les urines sont fortement colorées, acides, parfaitement transparentes ; elles laissent déposer, par l'acide nitrique, une matière verte abondante, reprenant la couleur rouge par l'addition d'une plus grande quantité d'acide. Mêmes prescriptions.

6 septembre. La teinte ictérique persiste. Pouls à 60 ; langue naturelle ; ventre plat ; sept selles. Les urines rendues à huit heures sont neutres, sans nuages, moins foncées ; elles précipitent fort peu de matière colorante. Même prescription.

Dans ce cas encore, nous sommes obligés d'admettre l'existence d'une congestion sanguine vers le foie, et l'hypersécrétion biliaire ; car l'absence de tout accident inflammatoire, empêche de reconnaître l'hépatite, même peu intense ; on ne peut non plus accorder que cet ictère puisse être considéré comme un ictère spasmodique ; le développement anormal du foie, quoique peu considérable, s'y oppose ; il en est de même de la cirrhose et d'autres dégénérescences de cet organe, qu'il est impossible d'admettre dans ce cas ; il ne s'agit donc ici, comme nous venons de le dire, que d'une hypérémie de l'appareil biliaire, caractérisée par le surcroît d'activité dans sa sécrétion, et la production consécutive de l'ictère.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Datant de sept années environ, reconnue par M. le docteur Morère, de Palaiseau. Extraction des débris du fœtus par le rectum, à l'aide de curettes et de tenettes; par M. AMUSSAT.

Le 14 novembre 1840, je fus appelé à donner des soins à la femme Lamoureux, de Vanhallau, près Palaiseau ; elle était malade depuis plusieurs années ; sa maigreur était grande, son teint jaune-paille, et la fièvre, qui existait depuis quelque temps, était accompagnée d'une soif intense.

Comme je voyais cette femme pour la première fois, je lui demandai des renseignemens sur le début et sur la marche de la maladie qui avait produit des désordres si graves, et voici ce que j'appris :

Cette femme est âgée de quarante-un ans ; ses règles ont commencé à paraître à l'âge de quinze ans environ ; elle s'est mariée à vingt-huit ans, avec un homme âgé de cinquante-cinq ans, veuf en secondes noces. Elle n'a jamais eu d'enfans ni de fausses-couches. Jusqu'à 1833 sa santé a été bonne et la menstruation régulière. A cette époque elle éprouva tous les signes d'une grossesse commençante, gonflement des seins, vomissemens, maux de cœur fréquens, syncopes, etc. Néanmoins les règles continuaient à paraître, moins abondamment, il est vrai, mais aussi régulièrement qu'auparavant. Au bout de quelques mois elle sentit les mouvemens de l'enfant, ou plutôt elle sentit remuer, car elle ne se croyait pas enceinte, et toutes les personnes qu'elle consultait la confirmaient dans cette idée, en lui disant qu'il était impossible d'être *embarrassée* (ce sont ces expressions) et d'être réglée en même temps. Enfin il n'y a jamais eu d'écoulement par le vagin ni de douleurs pour accoucher.

Six ou huit mois après l'apparition des signes qui indiquaient une grossesse commençante, cette femme fut prise d'accidens nerveux très graves ; son ventre prit du développement, surtout pu côté droit ; elle perdit le sommeil et l'appétit, sa santé se dérangea entièrement, et il survint une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme. Les règles se supprimèrent pendant quelques mois.

Le médecin qui fut appelé auprès de la malade ne soupçonna pas un état de grossesse, et il employa des sangsues à l'anus, des frictions sur l'abdomen avec la pommade d'hydriodate de potasse et avec l'onguent napolitain. Ce dernier moyen fut employé jusqu'à ce que la salivation se fût montrée ; et, en définitive, le traitement suivi avec assez de soin n'apporta qu'un très léger soulagement dans l'état de cette femme. Néanmoins elle s'occupait aux travaux des champs, quoiqu'elle ressentît toujours des douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen.

L'année suivante elle s'adressa à de prétendus somnambules et à des empiriques, qui exploitèrent sa crédulité au détriment de sa bourse et de sa santé, et qui l'abandonnèrent sans avoir allégé, même momentanément, ses souffrances.

Enfin, et pour abréger les antécédens, sur lesquels, en résumé, nous n'avons que des renseignemens parfois assez vagues, assez obscurs, et par conséquent d'une utilité secondaire, au moins pour le but que nous nous proposons, je vais arriver de suite à une époque où de nouveaux symptômes vinrent s'ajouter aux douleurs et à l'état d'affaiblissement de cette femme, malade depuis plusieurs années.

Il y a dix-huit mois, ou à peu près (car les dates sont difficiles à préciser avec les gens de la campagne), il survint par le rectum, à la suite de douleurs très vives dans l'abdomen et dans cet intestin, il survint, dis-je, un écoulement sanieux et purulent assez abondant. Cet écoulement qui, à son début, fut accompagné de fièvre et d'un malaise général, avait lieu constamment, et il était surtout très considérable pendant les garderobes. On se contenta de prescrire des injections chlorurées dans le rectum ; la malade fut mise à une diète absolue ; on ne chercha pas à reconnaître d'où provenait l'écoulement fétide qui était une cause incessante d'affaiblissement ajoutée aux moyens débilitans employés et aux douleurs dont cette femme était accablée depuis long-temps.

Tel était l'état de la malade lorsque je fus appelé près d'elle, le 14 novembre 1840. Je lui fis comprendre qu'il fallait, avant de rien prescrire, chercher à reconnaître quelle était sa maladie en pratiquant le toucher ; et en insistant un peu, je parvins à vaincre la répugnance qu'elle éprouvait, et qu'éprouvent les femmes de la campagne surtout, lorsqu'il s'agit d'avoir recours à ce moyen d'exploration.

Par le vagin, je reconnus que le col utérin était petit, sans trace de déchirure ; qu'il était plus bas que dans l'état normal, un peu incliné à gauche, ce qui était dû peut-être à la présence d'une tumeur située profondément, mais facilement appréciable dans la fosse iliaque droite.

En touchant par le rectum, je sentis à environ six centimètres de hauteur, une tumeur arrondie, dure, et donnant au toucher la sensation de la tête du fœtus à travers les parois utérines. Cette tumeur semblait obstruer entièrement l'intestin. Ce ne fut qu'en la poussant avec force et en longeant la courbure du sacrum, que je parvins dans une cavité située au-dessus, et où je sentis distinctement un grand nombre de parties dures et piquantes. J'essayai de les déplacer, et pour cela je conduisis sur mon doigt une longue pince, avec laquelle je parvins à extraire un pariétal de fœtus.

Dès-lors le diagnostic devint facile, une grossesse extra-utérine était reconnue. Le sac qui contenait l'enfant s'était enflammé ; il avait contracté des adhérences avec les viscères abdominaux, et il avait fini par perforer le rectum.

Il est évident que je ne devais espérer la guérison de cette femme qu'en la débarrassant de la cause qui entretenait sa maladie ; mais elle était très faible, et lorsque je lui appris qu'elle était enceinte, et que son enfant, au lieu de sortir par les voies naturelles, devait être extrait par l'anus, elle fut prise d'un accès nerveux inquiétant ; elle se mit à pleurer en répétant sans cesse que cela était impossible, qu'elle aimait mieux mourir que de consentir à me laisser recommencer mes recherches ; elle craignait surtout, que si on venait à apprendre dans son pays qu'elle avait rendu son enfant par le rectum, on ne lui supposât des habitudes vicieuses et immorales qu'elle assurait, bien inutilement pour moi, n'avoir jamais eues. Son mari faisait en pleurant les mêmes protestations.

D'autre part, je craignais, à cause de la difficulté que présentait l'introduction du doigt au-dessus de la tumeur, d'être obligé d'employer de la force et de produire des déchirures. Déjà j'entrevoyais qu'une péritonite pouvait résulter de mes manœuvres, et s'ajouter aux accidens qu'éprouvait cette femme.

Dans cette occurrence, je modifiai mes prescriptions suivant la nature de la maladie ; ainsi, je conseillai des douches ascendantes avec la décoction de pavôts chlorurée. Je conduisais moi-même une canule dans le rectum, au-dessus de la cloison formée par les parties du fœtus saillantes dans l'intestin, et je faisais pousser un lavement avec force ; la malade le rendait aussitôt, et il entraînait une grande quantité de sanie d'une fétidité extrême. Je conseillai aussi une alimentation fortement nutritive.

Enfin, je me hâtai de communiquer ce fait intéressant à mon ancien maître et ami, M. le docteur Amussat, en le priant

---

fichu acheté dernièrement à la rue Saint-Denis, je puis envelopper le plus grand homme du pays. » (M. Fulchiron s'offre pour servir de mannequin, et remplir ce rôle comme quelqu'un qui n'en est pas à son début). A peine M. Fulchiron est-il habillé, qu'un grand bruit se fait entendre : c'est un courrier qui porte une dépêche adressée à Mayor par Henri de France !

« Monsieur, je connais les prodiges de votre génie et de votre mou-
» choir. Venez le plus tôt possible, car Bougon m'a appliqué ce qu'il
» appelle *l'extension permanente;* elle me fait horriblement souffrir
» et me rendra boiteux. Or, comme les rois ne doivent pas clopper s'ils
» veulent régner long-temps (en France), venez par le même courrier
» qui vous remet celle-ci. Surtout, n'oubliez pas votre mouchoir. »

Mayor quitte le congrès, qui depuis est tombé dans une tristesse profonde.

— Décidément la Faculté de Strasbourg me gâte. Je reçois à l'instant la lettre que voici :

Mon cher Lyrac,

Vous êtes l'homme des inaugurations. Vous en avez fait une grande, et vous devez en faire de *petites*. En voilà deux que vous classerez; il n'y a eu qu'un discours que je vous fais passer. A lui seul il vaut tous ceux qu'on a prononcés au Val-de-Grâce, sans compter celui de M. Pariset, ou en le comptant, peu importe.

A vous. M.....

Discours prononcé par M. le professeur Forget à MM. Sédillot et Rigaud.

Messieurs,

Je n'ai pas l'honneur d'être le doyen de la Faculté qui va vous recevoir dans son sein. Non je ne suis pas le doyen, et je ne désire pas le devenir. Voilà pourquoi je le serai un jour. Coze m'a prié de vous haranguer, et pour cause. Vous m'entendez. D'ailleurs vous me connaissez déjà, et je vous connais encore mieux. Vous savez par cœur mon *humorisme rationnel*. S'il avait été moins raisonnable, il m'eût valu au moins un bain de siége en bronze comme celui dans lequel Broussais a été inauguré. Mon œuvre n'a profité qu'au *Journal hebdomadaire*.

J'ai dit que je vous connaissais bien. Vous avez contribué tous les deux au succès vraiment populaire du *Dictionnaire des Études médicales* qu'un mien ami, un peu *dolosif* à la vérité, appelle le *Dictionnaire de l'infanterie médicale*, je ne sais trop pourquoi. Il y a bien, par-ci par-là, quelques agrégés, quelques prosecteurs de Paris qui se flattent d'avoir aussi élevé ce monument. C'est vrai, il ne faut pas leur ravir ce mérite. C'est, d'ailleurs, un très bon antécédent qu'ils se sont créé pour un prochain concours. Qu'ils en profitent donc. Quant à vous, Messieurs, vous avez le bâton de maréchal. Vous n'avez plus de batailles à gagner. Laissez d'ailleurs les antécédens à qui en a besoin. Il n'y a que les riches qui peuvent prêter, et on ne prête qu'aux riches. Ainsi, prêtez vos élucubrations de ce dictionnaire, vous ne risquez rien et vos amis de Paris non plus. Du reste, si l'on vous prend vos articles, il vous reste à chacun un livre. Il est vrai que ces monumens ne sont pas à la hauteur du dictionnaire en question, mais ils y arriveront immanquablement. Maintenant, dites-le moi franchement : Serez-vous long-temps des nôtres? ne ferez-vous pas comme mon ami Bégin? Vous, M. Sédillot, vous paraissez avoir un penchant à l'imitation. Il est bien entendu que je ne parle pas ici médecine opératoire. Je fais allusion à un plan de manœuvre que vous exécuterez, dit-on. Vous n'avez pas dit tout à fait adieu au Val-de-Grâce. Vous désirez y retourner quand Bégin en sortira pour aller au conseil de santé. A la vérité, il faut, pour cela, la mort d'un homme monument comme on le dit à Paris. Or, comme ces hommes ne meurent jamais, nous vous garderons toujours. Quant à vous, M. Rigaud, vous êtes venu sans arrière-pensée. Vous vous donnez tout entier à la Faculté de Strasbourg. Vous savez l'allemand, vous me l'apprendrez; vous voilà donc assuré d'avoir un élève. Tous les professeurs de cette faculté ne peuvent en dire autant, surtout depuis que j'ai ouvert mes cours. Embrassez-moi donc; endossez la robe, et qu'elle vous soit aussi légère qu'à moi. »

— Vous saurez que le modèle de la statue de sir A. Cooper est achevé. On a manqué, dans la composition, une règle que M. Bra a posée en France, et qu'on a fort louée au Val-de-Grâce. Voici : il faut représenter le héros dans la position qu'il choisit en travaillant. Or, Cooper écrivait ses magnifiques mémoires sur un pupitre, en carton, qu'il tenait sur sa poitrine; sa tête était enfoncée dans une grande bergère, tandis que ses pieds étaient sur le marbre de la cheminée. De sorte que ce grand homme avait la tête en bas, les pieds en haut. Or, le statuaire, qui s'appelle M. Bailly, a eu le mauvais goût de ne pas peindre l'homme renversé. Cooper est tout bonnement debout, la tête en haut, et le plus haut possible et les pieds en bas! Au lieu de sa blouse grise de travail, Cooper est en costume doctoral avec une magnifique toge sénatoriale. Si cette statue, au lieu d'être destinée à la cathédrale de Saint-Paul à Londres, avait été réservée à orner le Val-de-Grâce, elle n'eût pas obtenu le moindre grain d'encens de ceux même qui n'en sont pas avares. Cooper, au lieu d'être en colère, et d'avoir l'œil jaloux, a une grande sérénité dans son regard, qui va encore en haut, ce qui n'aurait pas pu avoir lieu à Paris.

—La bibliothèque de Sanson a été vendue la semaine dernière. A peine venait-elle d'être formée ; le dernier rayon n'était pas encore achevé, et la mort vient tout renverser ! La main intelligente de Sanson avait mis, chacun à sa place, Pott auprès de J.-L. Petit, Fab. de Hilden avec de Lamotte, Hunter avec Scarpa; puis Dupuytren, Delpech, Boyer, Richerand, Roux, Velpeau, Bégin, etc. Tout vient de tomber pêle-mêle et d'être livré aux enchères ! On a parlé d'un monument pour Sanson : ses amis auraient dû avoir une autre idée, celle de se présenter à la vente pour porter très haut le prix de tous ces livres qui avaient coûté si cher à Sanson. On eût ainsi acquis un souvenir de ce digne chirurgien, et on eût fait une bonne action. Peut-être y aurait-on gagné plus qu'on ne pense, car on eût pu trouver mêlées à ces pages imprimées des lignes de Sanson, qui auraient été autant de conseils de prudence chirurgicale, ce qui n'est pas à dédaigner par le temps qui court.

Dr LYRAC.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine (7 septembre), M. Bouvier a présenté les muscles de l'œil d'un sujet qui avait subi l'opération du strabisme. La rareté des occasions de ce genre donnait un nouveau prix à cette pièce qui a été vue avec beaucoup d'intérêt par les membres présens, tels que MM. Amussat, Barthélemy, Velpeau, etc. La malade, âgée de quarante-un ans, portait depuis long-temps un strabisme divergent de l'œil droit. M. Bouvier pratiqua la section du droit externe deux mois et demi avant la mort amenée par les progrès d'une affection tuberculeuse encore peu avancée au moment de l'opération. L'œil fut redressé tout en conservant le mouvement d'abduction. De même que dans les expériences de MM. Amussat et L. Boyer sur les chevaux, le muscle qui avait été détaché de la sclérotique adhère de nouveau à cette membrane au moyen d'une production cellulo-fibreuse mince, fixée un centimètre en arrière de l'attache normale. Cette aponévrose de nouvelle formation a d'étroites connexions avec le petit oblique. Ses bords, et surtout l'inférieur, se prolongent en avant au-delà de la partie moyenne, ce qui devait avoir pour effet de favoriser l'action du muscle. Cette disposition, due à la présence du fascia oculaire, resté en grande partie intact, principalement en bas, fait bien voir l'influence de la section plus ou moins étendue sur le résultat de l'opération par rapport à la situation et aux mouvemens de l'œil.

— La suette miliaire continue à sévir dans l'arrondissement de Périgueux. Lisle compte un grand nombre de malades. L'épidémie a aussi sévi à Château-l'Évêque, et jusqu'à Périgueux, près de Toulon. Aucun cas ne s'est encore révélé dans la ville.

de vouloir bien m'aider de ses conseils et de son expérience.

Le 29 novembre 1840, malgré l'éloignement et la position peu fortunée de la malade, il se rendit gratuitement auprès d'elle, et avec l'assistance de MM. L. Boyer et Levaillant. Il parvint en fort peu de temps à extraire, avec une grande dextérité, à l'aide de curettes et de tenettes très fortes, une grande quantité de débris de fœtus, composés de parties molles et osseuses; *les muscles surtout étaient très bien conservés.* Il n'y a pas de doute que dans cette seule séance, cette femme aurait pu être débarrassée complétement, si, par un caprice inexplicable, elle ne se fût refusée obstinément à laisser continuer une opération qui n'avait été cependant ni longue, ni très douloureuse.

Immédiatement après, elle prit un grand bain; elle continua l'usage des injections chlorurées, et le 2 décembre, je retirai avec mes doigts dix-sept autres pièces osseuses. Le 5, treize pièces également osseuses furent encore enlevées. Alors, je m'assurai que le sac était complétement vide et qu'il ne restait plus rien dans le rectum. La malade se sentit soulagée, et l'écoulement diminua d'une manière sensible. Quelques jours après, elle put sortir et faire son lit elle-même.

Dans les premiers jours de janvier 1841, je revis cette femme; l'écoulement avait cessé complétement, mais elle éprouvait des étourdissemens et de la pesanteur dans le rectum. Je fis appliquer douze sangsues à l'anus; je prescrivis un lavement purgatif, et des pilules de safran et de sabine. La malade fut soulagée après l'emploi de ces moyens, et les règles, qui avaient entièrement cessé de paraître depuis le mois d'août 1840, revinrent régulièrement. Depuis ce temps cette femme jouit d'une excellente santé, les selles sont régulières et faciles; elle a repris des forces et de l'embonpoint, et elle continue à s'occuper des travaux des champs.

Le 31 août 1841, cette femme est allée exprimer sa reconnaissance à M. Amussat, qui a pratiqué le toucher par le vagin et par le rectum.

Par le vagin, il a trouvé qu'il existe une antéversion de l'utérus, ou mieux une antéflexion. Le fond de cet organe est assez épais, et on le comprime facilement entre le doigt indicateur placé dans le vagin et la main appuyée sur la région hypogastrique.

Par le rectum, il a reconnu que le col de l'utérus regarde en arrière, et on rencontre, à une assez grande hauteur, une bride calleuse et dure sur la partie antérieure du rectum; mais on ne trouve pas de traces de cicatrisation de l'ouverture qui a livré passage au fœtus. L'utérus paraît être adhérent à l'intestin dans une assez grande étendue, car il est impossible de déplacer cet organe.

Enfin, il n'existe point de tumeurs appréciables dans la cavité abdominale.

Dans sa séance du 7 septembre 1841, M. Amussat a communiqué ce fait à l'Académie de médecine, et il a présenté les débris du fœtus bien conservés.

La femme qui fait le sujet de cette observation a été aussi présentée à l'Académie.

MORÈRE, D.-M.-P.
à Palaiseau.

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS.

Séance annuelle le 9 septembre 1841. — Présidence de M. le docteur FOSSATI.

A deux heures, les vastes salles de l'Athénée royal étaient insuffisantes pour recevoir un public nombreux et choisi. Dans les rangs pressés des auditeurs, on remarquait plusieurs membres de l'Institut, de l'Académie de médecine, grand nombre d'écrivains et d'artistes, et enfin les premières stalles étaient occupées par une foule de dames élégamment parées.

Un double intérêt appelait l'attention: d'abord celui qu'inspirent aux savans désintéressés et impartiaux les efforts de toute société qui a pour but un progrès et le triomphe d'une vérité; et en second lieu, la publicité donnée aux intéressans travaux phrénologiques accomplis pendant le cours du voyage des corvettes l'Astrolabe et la Zélée. On voulait connaître si ce premier essai officiel était couronné de succès. Déjà la Galerie d'histoire naturelle avait fait connaître le grand nombre de pièces anatomiques et de bustes recueillis; ces différens objets allaient recevoir par l'analyse succincte qui en était promise la sanction qu'elles méritent.

M. le docteur Fossati, président, a ouvert la séance. Son discours, remarquable par son originalité et la haute portée qui l'inspire, avait pour titre: « De l'avenir des peuples selon la phrénologie. » — Après s'être attaché à démontrer que dans les différentes phases du monde qui signalent la durée du temps par des sections ou époques bien caractérisées, certaines facultés paraissent par leur prédominance diriger et maîtriser les autres, toutes groupées sous leur dépendance, et constituent ainsi un caractère distinct. Il a suivi laissant la période indienne, celle de Sésostris et l'époque grecque, la grande période romaine qui, à elle seule suffirait pour lui servir de type; ramené d'ailleurs à son étude par son penchant patriotique bien naturel, lui qui, sur notre terre hospitalière, a conservé intact ce sentiment de la patrie pour laquelle il a combattu. Les facultés d'indépendance ont prévalu longtemps chez le grand peuple, et personnifiée dans ce mot magique *République romaine*, l'orgueil national a traité en esclave tous les peuples conquis. La religion romaine est bientôt devenue un instrument au service des consuls, des empereurs; et de cet état de domesticité apparente, elle est tombée en discrédit. Les premiers chrétiens vinrent alors s'établir dans le pays latin: ils apportaient des idées sévères, graves, en opposition directe avec les pouvoirs établis. La persécution ne fit qu'affermir les disciples du Christ sur la terre de Romulus. Ainsi commença cette période catholique dans laquelle le sentiment de vénération, son moteur unique, devait subir bientôt le sort de la précédente.

Les anciens pouvoirs renversés, ce sentiment fut corrompu par l'exploitation, et d'une source qui consacrait l'égalité spirituelle naquit une série de pratiques ridicules auxquelles on attacha toute l'importance que perdirent les véritables principes. L'autorité du pape, basée de prime-abord sur le droit électif, et, à son début, utile et féconde en préceptes et en sage direction, s'anéantit sous la pourpre et par l'orgueil de ses représentans. L'état actuel du pape est comparé sagement par l'orateur à la décadence de l'empire sous l'empereur Dioclétien. Depuis un siècle, l'insuffisance de la doctrine par rapport au progrès de l'intelligence et de sa production, annonce par le discrédit qui l'accueille un besoin de réforme. Pourquoi, s'écrie-t-il, des peuples s'entr'égorgent-ils? pourquoi ces rois décapités ou assassinés? pourquoi ces longues querelles intestines? sinon que tout annonce le besoin de laisser prédominer une influence nouvelle. Mais quelle sera cette faculté? l'égalité devant Dieu a été enseignée par le Christ, l'égalité devant la loi est proclamée par l'élan sublime du peuple irrité. Le sentiment de justice doit recevoir sa pleine et entière satisfaction. Tous, d'ailleurs, ne semblent-ils pas réclamer justice? Est-il juste que le riche fainéant et inutile soit gorgé d'or, tandis que l'homme intelligent et travailleur manque de pain? Est-il juste qu'un homme né dans une caste particulière asservisse tel autre qui n'a dû le jour qu'à des conditions moins heureuses? Toutes ces réformes demandées par Owen, Fourrier, Saint-Simon, n'attestent autre chose dans le monde qu'un besoin de se reconstituer, sans pour cela être la formule définitive de cette réorganisation. C'est donc à la justice, à ce noble sentiment qui est la base de l'harmonie morale, que doit être confié l'avenir et le présent des peuples.

Ce discours a été écouté avec une religieuse attention, et plusieurs fois interrompu par des applaudissemens, car il joignait à la nouveauté des vues toutes les considérations physiologiques qui lui servaient de base.

Le programme appelait ensuite le compte-rendu des travaux pendant l'année 1840 à 1841, par M. Ch. Place, secrétaire-général.

A propos de deux bustes de suppliciés, Moustier et François, l'un parricide, le second assassin furieux, l'orateur s'est efforcé d'appeler l'attention du public sur cette erreur grave commise tous les jours, et qui fait croire qu'il y a chez l'homme de fatales impulsions, des instincts *mauvais*, des *bosses* enfin, répondant aux crimes qualifiés par nos lois. Il a démontré rapidement que toutes les facultés nous sont données pour un but d'utilité, que l'harmonie de leur fonction peut être pervertie comme souvent l'est celle de nos fonctions vitales; que le fatalisme n'existe pas, puisque l'éducation peut modifier la créature, et que le libre arbitre, qui n'est pas absolu, mais bien relatif, est susceptible de perfectibilité suivant que les organes qui sont la condition de sa manifestation reçoivent une direction régulière et bien organisée. Le buste d'Eliçabide, l'assassin du jeune enfant de La Villette, a été présenté au public. Cette observation a dû exciter l'intérêt par la connaissance d'une multitude de faits qui ont échappé aux débats de la cour d'assises de Bordeaux, et qui tendraient à établir l'état de monomanie sous l'influence de laquelle aurait été placé ce meurtrier; cet état se confirmerait encore, selon la connaissance physiologique, par l'aliénation mentale natalement léguée par la grand'mère d'Eliçabide.

Cette observation avait donné lieu à un travail débattu dans le sein de la Société, et qui avait pour titre *Du Sentiment de vengeance*. Dans ce travail, dû à M. Cellier, la Société a voulu établir que ce sentiment n'est point une faculté primitive, mais que sa manifestation, qui est produite par de fausses combinaisons, disparaîtra du cœur des hommes et du code des nations.

M. Place a ensuite présenté à l'assemblée la tête de Darmès, condamné politique. Ecartant tout ce qui a trait à la question d'actualité, encore toute palpitante, et sans vouloir définir ni juger les actions de ce personnage, le secrétaire-général a dû envisager l'empreinte de Darmès au point de vue philosophique.

Cette tête prouve encore que les actes de destruction ne portent pas en eux le caractère criminel, qui est une convention, mais qu'ils s'associent à tout ordre d'idée. Chez Darmès, la vénération a exagéré l'influence d'opinion arrêtée, et la destruction est devenue un instrument. La vénération n'est donc pas, comme on l'a cru, l'organe de la théosophie, mais un certain penchant à respecter les hommes, les choses et les idées.

Les diverses facultés ainsi groupées, constituent par leur exagération le type du fanatisme aussi bien en politique qu'en religion.

Une autre tête a été soumise à l'examen du public; c'est l'empreinte du jeune Henri Mondeux, calculateur naturel. On pouvait apprécier le développement de l'organe du calcul et de tous ceux qui concourent à former l'esprit mathématique. Cette tête, sous ce point de vue, conforme à celle de Vito Mangiamele, pâtre sicilien, offre d'ailleurs des différences sensibles. On dirait que le jeune Henri, aux prises avec la numération, la soumet en la définissant. Vito semblait rêver avec elle. C'était, si l'on peut s'exprimer ainsi, le poète de l'arithmétique.

Tandis que M. Bouillaud, par de rigoureuses et savantes recherches, confirmait la localisation de la faculté du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, le professeur Otto, de Copenhague, répétait d'une manière aussi précise les mêmes expériences, et obtenait les mêmes résultats. M. le docteur Otto, membre honoraire de la Société, et l'un des plus savans propagateurs de la phrénologie, est venu, cette année, visiter la Société; et, pendant son séjour à Paris, a lu plusieurs observations qui ont excité au plus haut point l'attention de ses collègues; deux sur la perte de la mémoire des mots par suite de congestion cérébrale; une de perte de connaissance avec puissance seule de la faculté des membres, survenue par suite d'une chute sur la tête; une autre enfin d'activité prédominante de l'organe de la couleur.

M. le secrétaire général rappelle à la Société différentes dissertations philosophiques soulevées par M. Fossati et entre autres celle sur l'aristocratie. Il reconnaît son influence par suite du choix qu'elle faisait de ses divers membres les mieux organisés et auxquels elle donnait avec ses préjugés et ses privilèges l'instruction nécessaire pour les soutenir et les faire prévaloir. De là nécessité dans un gouvernement qui a pour base la démocratie, de choisir les enfans du peuple les mieux organisés, pour les préparer de bonne heure aux importantes fonctions de citoyen et d'homme d'état.

M. le docteur Blanchet (de Cherbourg), a fait hommage à la Société d'un mémoire qui tend à prouver: 1° que l'homme porte, dès sa naissance, le signe de ce qu'il sera à vingt-cinq ans sous le rapport de la taille, du penchant, etc.; 2° que ses actions dépendent de son organisation native. M. le docteur Blanchet a dirige son observation sur cent sujets du sexe masculin, pris par lui au moment de leur naissance et suivis par lui dans toutes les périodes de leur existence, dans leurs développemens physiques et moraux pendant 25 années. La Société, en acceptant les conclusions et en remerciant cet auteur de son zèle et de son dévouement scientifiques, a exprimé le vœu que ses recherches soient continuées dans la même direction sur un plus grand nombre de sujets et dans les deux sexes. Ce travail, riche en statistique et en observations pratiques, a été imprimé et distribué.

M. le docteur Belhomme, vice-président, fait connaître un livre important, publié récemment et ayant pour titre: *les Forçats, au bagne de Toulon*, par M. le docteur Lavergne. En doute d'abord sur quelques points de la phrénologie, M. Lavergne entasse et accumule une longue série de faits confirmatifs et en définitive conclut en sa faveur. Trop préoccupé d'abord de la localisation crânioscopique et de l'unique importance des bosses, il se demande si, dans tout l'ensemble physiologique, il n'y a pas d'autre cause de la manifestation et de la modification.

Depuis long-temps les phrénologistes admettent la cause de quantité ou volume, et celle de qualité ou de surexcitation. M. Belhomme a d'ailleurs suivi l'auteur pas à pas dans son important ouvrage. C'est un recueil précieux d'argumens en faveur de cette sage réforme pénitentiaire au point de vue philosophique, hygiénique et médical réclamé depuis longtemps par les hommes de tous les partis et de toutes les nuances.

Le secrétaire-général rappelle aussi que pendant le dernier trimestre de 1840 et le second de 1842, deux cours de phrénologie ont été professés par lui au nom de la Société. Ces deux cours, qui ont occupé quarante-trois leçons, ont été continuellement suivis par un public nombreux et assidu. La Société a pour but, en instituant cet enseignement permanent, de faciliter à la jeunesse des écoles l'étude d'une science qui ne fait pas encore partie du programme officiel de leur année scolaire, mais qui n'en est pas moins pour eux d'une grande importance, soit que, comme médecins, ils doivent en faire les applications, soit que, comme magistrats ou avocats, ils aient à lui demander d'importantes lumières.

Concurremment à ces cours, M. le docteur Belhomme a ouvert ses conférences sur le système nerveux en général et sur l'aliénation mentale en particulier.

De nos jours, il y a deux écoles bien distinctes, les vitalistes et les anatomistes ou plutôt physiologistes. M. Belhomme en est un des représentans et peut-être il en doit être considéré comme un des chefs. L'école des anatomistes voit des altérations physiques dans le cerveau des fous pour expliquer la folie.

Dans l'exposé de sa doctrine, M. Belhomme envisage cette maladie dans la plus simple perversion de l'intelligence et la rapporte dans cet état de simplicité au type névropathique, c'est-à-dire qu'il la rencontre dans les affections nerveuses générales, surtout dans l'hystérie. Il rapporte même la monomanie à la névropathie. C'est alors que la phrénologie lui sert d'auxiliaire pour expliquer le délire partiel des aliénés par la suractivité morbide de l'un ou de plusieurs organes du cerveau.

Au type congestif inflammatoire, il rapporte la folie proprement dite avec surexcitation générale du cerveau et de ses membranes.

Au type atonique se rattache la démence ou affaissement intellectuel à divers degrés.

Enfin il fait jouer un rôle important à l'atrophie cérébrale, qui n'est autre chose que l'idiotisme du fameux Pinel.

L'atrophie cérébrale est congéniale; à celle-ci se rapporte l'idiotie ou idiotisme de naissance.

M. Belhomme s'est livré à l'étude des causes organiques qu'il ne sépare jamais des effets. Il en tire cette importante conclusion, que les moyens de traitement, quand ils sont applicables, sont plus sûrs lorsqu'on peut se rendre compte des localisations organiques. Ces conférences, qui offraient un attrait puissant et une richesse de faits nouveaux habilement démontrés, ont été reçues avec grande faveur par le public.

« Il y a un an, ajoute le sécrétaire-général, à pareille époque, dans cette même solennité, nos regards s'élançaient au-dessus des mers, et cherchaient dans quelques contrées désertes ces deux navires, espèces de fées puissantes en lutte avec les élémens qu'elles ont soumis, les deux corvettes l'*Astrolabe* et *La Zélée*; elles ont enfin touché le rivage de France, et la France reconnaissante les a chargées de palmes et de lauriers, nobles pavois, glorieuses récompenses qui attestent le courage et la vertu.

» Notre Société attendait avec impatience son dévoué missionnaire, M. Dumoutier. Il est enfin venu; l'émotion, mais la joie au cœur, la Société a recueilli chacune de ses paroles, chacun de ses récits. A peine remis de tant de fatigues, il a eu hâte d'exposer ses travaux si variés, si complets. Tout à l'heure, Messieurs, un résumé vous en sera donné par lui. Mais ce qu'il ne vous dira pas, c'est le courage à toute épreuve, dont sa poitrine porte un éclatant témoignage. D'autres rapportent du combat un drapeau qu'ils ont intrépidement conquis. Il est allé fixer le nôtre là où nul être humain n'était parvenu, et les trois couleurs flottent sur ce point du globe où l'aimant reste sans puissance!

» La Société, au retour de cette expédition, a été honorée de la présence du digne amiral Dumont d'Urville, son commandant, protecteur éclairé donné à la phrénologie par le génie du progrès. Honneur soit donc, et reconnaissance à M. Dumont d'Urville! »

M. Place a payé un juste tribut de regret aux hommes dont la Société déplore la perte; au docteur Roberton, vice-président, et à l'un de ses secrétaires, le docteur Guichard. Il a rappelé la grande cérémonie qui a eu lieu récemment au Val-de-Grâce; son président est venu joindre l'hommage de la Société aux honneurs académiques rendus à la mémoire de Broussais dont la statue, belle et radieuse, inspire actuellement au lieu même où se forma sa gloire, le désir de la perpétuer. Chacun se rappelait que ce grand génie des temps modernes, ce Mirabeau de la médecine, selon l'expression si juste de M. Bouillaud, avait jadis accepté et rempli avec une scrupuleuse exactitude les fonctions de président de la Société, et que, soit qu'il fût à sa tête, soit qu'il se trouvât dans ses rangs, il s'était incessamment occupé de ses progrès et de son illustration. Ce dernier souvenir, offert à une mémoire si chère, a été couvert des applaudissemens de l'assemblée.

Après ce compte-rendu, M. Dumoutier a eu la parole et occupe l'attention de l'assemblée par une série de faits démontrés sur une très grande quantité de bustes; faits nouveaux et variés, d'une haute importance pour l'étude historique des races, et qui ont nécessairement piqué la curiosité. Sous le titre d'épisode, il a rapporté l'histoire d'un jeune chef sauvage, Maffi, qui, avide de savoir et d'améliorer la tribu qu'il commande, s'était attaché à l'expédition, et était devenu l'ami de tout l'équipage. La mort a malheureusement surpris ce chef dévoué, et l'homme civilisé a versé des larmes sur la tombe du sauvage philantrope.

M. Marchal, de Calvi, a terminé la séance par un discours écrit d'une façon brillante, et lu avec cette éloquence qui vient du cœur, et ajoute aux dons de l'esprit une puissante persuasion. M. Marchal a traité de la prédominance des sentimens affectifs chez la femme. Après avoir démontré le rôle immuable donné par la nature à cette moitié du genre humain, il a ennobli sa destinée par la haute mission qui lui est confiée. La femme, a-t-il dit, n'est point forte et puissante comme l'homme à porter des fardeaux ou manier une arme, mais elle aime; elle n'est pas libre, mais elle aime!.. Et cet amour, dont elle est pénétrée, est la perpétuation du monde, qui est son fait et sa substance. Quant à l'intelligence de la femme, qui doit être égale à celle de l'homme, elle lui paraît avoir un but défini, et, comme celle de l'homme, est en rapport avec ses instincts. A l'homme, la perpétuelle et lourde tâche de régir la société, de défendre la famille et la nationalité de l'oppression; à la femme, de veiller à la sainte éducation de l'enfant et au bonheur commun, pour lesquels elle déploiera, et les ressorts de son esprit, et ceux plus actifs encore de son cœur généreux.

L'assentiment de l'assemblée a été acquis à ce discours; de douces larmes ont été versées au tableau si vrai qu'il a fait de l'amour maternel. Plus d'un cœur de mère a répondu à ses vives interpellations; plus d'un baiser maternel a dû se porter sur les fronts candides de jeunes et beaux enfans.

Après ce discours la séance a été levée à quatre heures et demie.

La Société entre en vacances pour deux mois, toute disposée à reprendre ses travaux avec un nouveau courage, et bien résolue à poursuivre cette grande œuvre, qui a eu pour fondateur Gall, et pour illustres propagateurs Spurzheim et Broussais.

Ch. PLACE,
Secrétaire-général.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 13 septembre.

Peste. Quarantaines. — M. Aubert lit l'extrait d'un mémoire intitulé: De la Peste, de la Réforme des quarantaines et des lois sanitaires. Le fond de ce travail est de proposer une réforme dans les quarantaines et les lois sanitaires. L'auteur pose en fait la non-contagion de la peste; il rappelle l'abolition des quarantaines qui vient d'avoir lieu en Angleterre, et déduit de ces deux faits le préjudice qui résulte de cette mesure pour le commerce de plusieurs villes maritimes de France, si notre administration ne se hâtait pas à ordonner la réforme dont il s'agit. M. Aubert présente, en terminant, une sorte de projet de lois administratives sur la matière. (Commissaires: MM. Magendie, Double, Larrey, Breschet, Serres.)

M. Poinsot déclare que, sans vouloir aucunement préjuger la bonté du travail qui vient d'être lu, dans son opinion il n'offre aucune ques-

tion de science pour motiver la nomination d'une commission. C'est un projet administratif bon à présenter au ministre, mais qui ne se prête pas à un rapport scientifique, à moins que l'Académie n'en soit saisie officiellement par l'autorité.

MM. Serres, Arago et Breschet maintiennent la nomination de la commission, le travail de M. Aubert leur paraissant offrir une question très importante dans laquelle les médecins seuls sont compétens, celle de la contagion de la peste que l'auteur a étudiée sur les régions que la maladie infeste habituellement; et en outre, une observation d'une importance non moins grande, savoir, que le maximum du temps d'incubation de la peste est de huit jours. (La nomination est maintenue.)

Mort de M. Decandolle.— M. Flourens annonce à l'Académie, d'après une lettre de M. Decandolle fils, la mort d'un de ses associés étrangers les plus célèbres. L'illustre botaniste est mort d'un hydrothorax. Il y a une dizaine d'années, il avait été empoisonné par une administration accidentelle d'iode; depuis lors, la santé de M. Decandolle ne s'était plus rétablie.

Hernies. — M. Malgaigne lit un travail intitulé : Mémoire sur les pseudo-étranglemens et sur les inflammations simples dans les hernies. Nous en rendrons compte sur un rapport qui en sera fait à l'Académie. (Commission : MM. Larrey, Breschet, Double.)

Sel marin. — M. Barbier écrit à l'Académie à l'occasion du rapport de M. Magendie sur la gélatine, la fibrine et les corps gras, pour faire remarquer que peut-être les expériences de la commission laissent une lacune importante, savoir, qu'on n'a pas ajouté de sel aux alimens qu'on a administrés aux animaux. Or, l'expérience a prouvé que l'addition du sel dans les alimens est d'une prande importance pour l'alimentation.

« Il est reconnu, dit-il, que l'hydrochlorate de soude est indispensable à l'alimentation de l'homme. Dès les temps les plus reculés ou le voit mêler le sel marin à ses alimens et en faire un usage quotidien. Quand il ne peut s'en procurer et qu'il en est privé, sa nourriture ne lui profite plus, son organisation se détériore. Les trappistes, qui ne vivent que de pain, de pommes de terre, de haricots et d'autres légumes, introduisent tous les jours dans leur corps, avec ces substances, environ 30 grammes de sel de cuisine. Les soldats en emploient la meme quantité. Il me semble que l'hydrochlorate de soude joue un grand rôle dans l'exercice des fonctions de la nutrition chez l'homme. N'en serait il pas de même pour le chien ? » (Envoi de cette lettre à la commission.)

Lithotripsie. M. Leroy d'Etiolles écrit à l'Académie pour relever quelques passages du rapport de M. Larrey, dont il a été question dans le dernier compte-rendu; il combat par des faits le fond de ce rapport, et désire que sa lettre soit soumise à l'appréciation de la même commission. (Nous la reproduirons dans un prochain numéro.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Paris, 10 septembre 1841.

Monsieur et très honoré confrère,

L'Académie royale de médecine devant pourvoir prochainement à une place vacante dans sa section d'hygiène publique et de médecine légale, a décidé que six candidats lui seraient à cet effet présentés. La section s'est en conséquence assemblée le 4 de ce mois; mais elle a commis à mon préjudice, dans la formation de sa liste, de graves erreurs que je vous prie de me permettre de relever. Voici les faits.

Les membres, au nombre de 11 sur les 14 qui composent la section, ont d'abord arrêté que l'élection des six candidats se ferait, non, comme le veut le réglement, à la majorité absolue des membres, mais à la majorité de la totalité de la section; puis chacun d'eux a déposé dans l'urne une liste de six personnes, et le dépouillement du scrutin a donné le résultat suivant :

MM. Devergie, Guérard, Royer-Collard,	11 voix.
Mélier,	10
Requin,	8
Lachaise,	7
Gauthier de Claubry,	5
Leroy-d'Etiolles,	1
Motard,	1

Les cinq premiers ayant eu la majorité voulue par la section, elle les a nommés candidats, et a décidé qu'il serait voté pour l'élection du sixième parmi toutes les personnes qui s'étaient présentées. Sur ces entrefaites, arriva un nouveau membre qui porta à douze le nombre des votans. Cette fois, deux noms sortirent de l'urne :

MM. Lachaise,	7 voix.
Gauthier de Claubry,	5

Aucun des deux n'ayant eu les huit voix jugées nécessaires, on procéda, comme l'exige le règlement, à un deuxième tour de scrutin qui donna ce résultat :

MM. Gauthier de Claubry,	7 voix.
Lachaise,	5

La section s'arrêta là, et M. Gauthier de Claubry se trouva porté comme le sixième candidat.

Il est dès lors bien évident que la nomination de M. Gauthier de Claubry est nulle de plein droit, parce qu'elle pèche dans la forme et dans le fond.

Dans la forme, elle pèche pour deux raisons :

La première, c'est que, puisque la section avait cru pouvoir arrêter que l'élection se ferait à la majorité, non des membres présens, mais de la totalité de la section, elle aurait dû ne nommer son sixième candidat qu'à 8 voix et non à 7.

La seconde, c'est qu'il n'y a pas eu entre M. Gauthier de Claubry et moi le ballottage impérieusement exigé. Il n'y a eu pour l'élection du sixième candidat qu'un premier et un second tours de scrutin, dans lesquels nous avons eu, moi d'abord, lui ensuite, 7 voix. Ce qui aura pu tromper quelques personnes, c'est que les opérations de la section se sont trouvées composées de trois scrutins; mais le premier est tout à fait à part, puisqu'il a eu pour résultat la nomination de cinq candidats. Ce qui d'ailleurs lève toute incertitude à cet égard, c'est que dans ce premier scrutin il y avait 11 votans, tandis que 12 au contraire ont pris part à celui duquel le nom de M. Gauthier de Claubry et le mien sont sortis seuls. Il fallait donc nécessairement un ballottage entre nous deux.

Dans le fond, l'élection pèche pour une raison qui domine toute la question :

C'est que la section ne pouvait, *de proprio motu*, arrêter que les élections se feraient autrement qu'à la majorité absolue des membres présens. Que dit, en effet, l'article 2 des dispositions constitutives de l'Académie ?

« Toute élection est faite à la majorité absolue des suffrages des membres présens à la séance, lesquels ne peuvent être moins des deux tiers de ceux qui ont droit d'y assister. » Or, la majorité absolue de 11 étant de 6, je devais infailliblement être élu au premier scrutin, puisque j'y avais eu 7 voix.

Dira-t-on qu'une présentation n'étant pas une élection, la section était libre de poser elle-même les conditions des nominations pour lesquelles elle s'était assemblée ? Mais ce serait, il me semble, faire un véritable jeu de mots, car la présentation n'est que la fin, l'élection est le moyen; pour obtenir l'une, il faut de toute nécessité se soumettre aux conditions de l'autre. Quelle que soit la raison pour laquelle se fait une élection, il y a toujours rapprochement de personnes, comparaison, choix et, partant, élection, et tout ce qui tient à cette élection est réglé par l'article 2, s'il n'y est pas dérogé par un article spécial, attendu que partout où l'exception n'est pas indiquée, la loi générale commande.

Par exemple, en raisonnant comme semble l'avoir fait la section, on pourait soutenir aussi que lorsque l'Académie complète une section qui ne se trouve pas en nombre voulu pour une présentation, elle ne fait qu'un acte complémentaire, et non pas une élection ; et cependant, dans ce cas encore, prévu par l'article 43, le scrutin est indiqué pour la désignation des membres nécessaires. Le complément de la section est ici le but, comme la présentation l'est dans le cas en litige ; mais l'élection est la voie, et c'est toujours cette voie que l'article 2 a prévue par l'expression générique de toute élection, etc.

Remarquons même que dans aucune occasion, même dans l'acte le plus solennel de son administration intérieure, la nomination de son président, l'Académie ne s'est imposé l'obligation d'élire à une majorité absolue plus forte que celle des membres présens, tandis qu'au contraire elle a souvent fait descendre le chiffre obligatoire des votes.

Tout cela étant, à mon avis, comme à celui d'un grand nombre de personnes très compétentes en matière électorale, parfaitement clair et complétement irréfutable, que va faire l'Académie, à laquelle la section, convoquée hier à ce sujet m'a fait engager, par un de ses membres à soumettre ma réclamation ? Elle ordonnera de deux choses l'une, ou que l'élection de M. Gauthier de Claubry soit maintenue, mais ce serait alors proclamer, contre les faits et contre la raison, que la section ne s'est pas trompée ; ou que l'erreur soit réparée par un ballottage entre M. Gauthier et moi.

Mais, dans ce dernier cas, il serait de toute nécessité que la section revînt sur une partie de la décision finale de sa séance du 4 septembre, et, dès-lors, cette nécessité une fois reconnue, pourquoi ne reviendrait-elle pas plutôt sur l'arrêté par lequel elle a, dès le principe, dérogé au règlement, et ne maintiendrait-elle pas, comme seul véritable, le premier scrutin qui a donné à six candidats, au nombre desquels je suis, la majorité déterminée par l'esprit et le texte même de ce règlement, c'est-à-dire *la majorité absolue des membres présens à la séance ?*

Veuillez, Monsieur et très obligeant confrère, excuser la longueur de ma lettre en faveur de l'importance du principe. Elle fixera l'attention de l'Académie sur le véritable état de la question, en même temps qu'elle prouvera aux membres de la section que j'attache trop de prix à leur suffrage pour abandonner légèrement la position que sept voix m'ont faite, et pour ne pas soutenir dignement la lutte avec un compétiteur aussi haut placé dans l'opinion publique que M. Gauthier de Claubry.

Agréez, etc. Le Dr C. LACHAISE.

— M. Chabrol, médecin à Peyrilhac, vaccinait des enfans dans le village de Grand-Pagnac, lorsqu'il fut interrogé par un paysan, nommé Gandois, sur la manière dont on s'était, pour la première fois, procuré du vaccin. M. Chabrol répondit qu'il avait été découvert par le célèbre Jenner, et qu'il existait naturellement sur le pis de quelques vaches, en Angleterre. Gandois s'écria tout aussitôt que ce n'était guère la peine d'aller si loin, et qu'on le trouverait tout aussi bien dans son étable. Alors il raconta que depuis plus de vingt ans il possédait une espèce de vaches fort sujette à l'éruption qu'on venait de lui décrire. Cette éruption génait souvent beaucoup lorsqu'on voulait traire; mais comme ces vaches étaient d'ailleurs très bonnes, il s'était décidé à les garder. M. Chabrol s'étant transporté auprès des vaches malades, eut bien vite reconnu que le paysan avait dit vrai; il écrivit immédiatement à M. Bleynis, de Limoges; tous deux expérimentèrent ce cow-pox avec un plein succès. (*L'Ordre*, de Limoges, 21 août.)

— M. Brault, inspecteur du service de santé, et M. Choquet, chirurgien principal, attaché à l'état-major de la 1re division militaire, chargés de l'inspection médicale du 5e arrondissement, sont arrivés à Strasbourg le 7 août, et se sont aussitôt mis en demeure d'accomplir la mission qui leur a été conférée.

L'hôpital a d'abord fixé leur attention, et le soin avec lequel ils ont examiné tout ce qui, dans cet établissement, est relatif à l'instruction, dénote assez l'intérêt qu'ils portent à ces écoles médicales.

On pourra, du reste, se faire une idée du zèle que ces inspecteurs ont mis dans l'accomplissement de leurs devoirs, en apprenant qu'ils ont interrogé ou fait interroger tous les sous-aides et tous les élèves de cet hôpital, dont le nombre s'élève à plus de 70. MM. les inspecteurs ont d'ailleurs bien voulu témoigner à MM. les professeurs leur satisfaction sur la bonne tenue des élèves et sur leur degré d'instruction.

Après l'hôpital, est venue successivement l'inspection des casernes, des infirmeries régimentaires, des prisons militaires, et celle du personnel de santé des différens corps de la garnison. Huit jours ont été consacrés à ces différentes inspections.

Nous saisissons avec empressement l'occasion de signaler les appareils dont M. Victor Chevalier est l'inventeur ; son nouveau calorifère à double foyer et à double circulation mobile a été, sur la demande de M. le préfet de police, soumis à l'examen d'une commission de l'Institut, Académie des sciences, dont il nous est agréable de rapporter l'opinion.

« Le calorifère soumis au jugement de l'Académie, a dit le savant » rapporteur, est une modification heureuse de l'appareil de chauffage » si avantageusement connu, de M. Chevallier, et sur lequel la Société » d'encouragement pour l'industrie nationale a fait un rapport favo- » rable. Plusieurs membres de l'Académie attesteraient au besoin le » mérite de cet appareil.

» Le nouveau calorifère est particulièrement destiné à brûler de la » houille ; cependant une disposition particulière permet également de » brûler du bois. La construction a paru à vos commissaires des plus » ingénieuses et telle qu'on pouvait l'attendre de l'artiste habile qui » l'a exécutée. Les résultats obtenus jusqu'à présent dans le cours des » essais faits par la commission sont très favorables au nouvel appa- » reil; elle a reconnu, par exemple, que le calorifère dont elle a fait » usage est entièrement fumivore, etc. »

Nous ajouterons que, par suite du rapport énoncé dans ceci que nous rappelons ici, la Société d'encouragement, sous la présidence de M. le ministre du commerce, a décerné à l'inventeur une médaille d'argent, dans la séance générale du 11 août 1841.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 16 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 112, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections pustuleuses.

L'ordre des pustules comprend quatre divisions que nous décrirons dans l'ordre suivant : 1° *ecthyma*, 2° *impetigo*, 3° *favus*, 4° *acné*.

Ecthyma. — Nous appliquons ce mot à une affection de la peau, apyrétique et non contagieuse, se caractérisant par des pustules d'un volume assez considérable, ordinairement en petit nombre et disséminées, donnant lieu à la formation de croûtes brunâtres qui laissent après elles une maculature rosée ou rougeâtre et rarement des cicatrices.

L'inobservance des lois de l'hygiène, une habitation froide et humide, l'usage des mets excitans, de liqueurs spiritueuses ; la suppression de la transpiration ou d'autres évacuations habituelles, des fatigues excessives, des émotions morales tristes, telles peuvent être les causes de cette affection. Les morsures de sangsues chez les individus dont la peau est fine et délicate, les frictions avec la pommade stibiée, déterminent aussi le développement de l'ecthyma. Il est quelquefois consécutif de fièvres de mauvais caractères, de la variole, de la rougeole, de la scarlatine. Les adultes surtout sont exposés à cette maladie, que l'on observe cependant aussi chez les enfans et les vieillards d'une consitution affaiblie ; aucun tempérament n'est d'ailleurs à l'abri de ses atteintes. Elle peut régner dans toute saison, mais se montre de préférence pendant les chaleurs. Elle offre à considérer quatre variétés, savoir :

1° L'ecthyma *vulgare*. — Des pustules peu volumineuses et en petit nombre apparaissant sur quelque point des extrémités, du cou, des épaules et se convertissent en croûtes légères qui disparaissent ordinairement en une semaine sans laisser de traces. Cette variété affecte surtout les jeunes sujets. C'est elle qui vient quelquefois compliquer la gale, lorsque celle-ci est invétérée ou exaspérée par des frictions irritantes.

2° L'ecthyma *infantile*. — Il survient particulièrement chez les enfans faibles et mal nourris, chez ceux qui sont allaités par de mauvaises nourrices. Les pustules, plus volumineuses que dans la variété précédente, se montrent sur le tronc, la face, le cuir chevelu, s'ulcèrent quelquefois assez profondément et laissent après elles une dépression blanchâtre. Leur éruption se renouvelle et se prolonge souvent pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois.

3° L'ectyma *luridum*. — On le reconnaît à l'apparition de larges pustules dont la base est proéminente et rougeâtre ; elles donnent lieu, en s'ouvrant, à la formation de croûtes brunâtres, environnées d'une rougeur livide et ne se détachant qu'au bout d'un temps assez long. Si on les arrache, on met à découvert des ulcérations sanieuses qui se recouvrent bientôt de nouvelles concrétions. Cette variété est ordinairement liée à un état cachectique général ; c'est elle que l'on voit apparaître consécutivement aux fièvres éruptives.

4° L'ecthyma *cachecticum*. — Cette forme de l'ecthyma se rapproche beaucoup de la précédente ; elle affecte surtout les extrémités et a une marche chronique.

Les soins hygiéniques sont d'une grande importance dans le traitement de l'ecthyma : les soins de propreté, les bains limpides, un régime diététique approprié à la constitution du malade et à l'état des voies digestives, telles sont les précautions qu'il faut d'abord prendre et qui suffisent ordinairement à dissiper l'ecthyma vulgare. Des lotions avec la décoction de feuilles de noyer, des lotions alcooliques, les bains alcalins, sulfureux, les bains de vapeur, des boissons toniques, dépuratives, laxatives, tels sont les moyens à employer contre cette affection lorsqu'elle passe à l'état chronique.

L'*impetigo* est, avec l'eczema, de l'ordre des vésicules, la forme la plus ordinaire des affections vulgairement appelées *dartres*. Il a pour caractère de petites pustules rapprochées en groupes, soulevant à peine la peau, donnant lieu à une excoriation, puis à la formation de croûtes jaunâtres. C'est la dartre crustacée flavescente d'Alibert.

L'impétigo attaque de préférence les tempéramens lymphatiques, les sujets disposés aux scrofules. On peut aussi le rencontrer sur des individus bilieux dont la peau est fine et sèche. Il est quelquefois lié aux révolutions des âges, ou on le voit apparaître à la suite de couches, pendant que le travail lochial s'exécute encore ; en un mot, il coïncide souvent avec un travail morbide humoral. Il peut d'ailleurs être produit accidentellement par l'action de causes irritantes ; telles sont l'application de substances âcres sur les tégumens, l'exposition à l'ardeur du soleil ou à celle du feu. On l'a vu se développer, par suite du contact avec la peau de l'huile essentielle de thérébentine.

Cette maladie n'a point ordinairement de symptômes précurseurs, quelquefois cependant elle est précédée de malaise, d'inappétence, de quelque dérangement dans les voies digestives, etc. Elle se montre sous la forme de taches rouges, plus ou moins irrégulièrement circulaires, sur la face, le cuir chevelu, les membres, le tronc, bornées à une portion peu considérable du corps, s'étendant quelquefois successivement à diverses parties, mais rarement à presque toute l'étendue des tégumens. Ces taches ne tardent pas à laisser voir un groupe de petites pustules jaunâtres qui acquièrent tout au plus le volume d'un grain de millet, et qui, se rompant promptement, donnent lieu par l'écoulement de l'humeur visqueuse qu'elles contiennent, à une concrétion croûteuse humide, d'un jaune légèrement verdâtre. Souvent, à l'état aigu, il existe une tuméfaction assez prononcée des parties où siége le mal, et il n'est pas rare alors de voir dans le voisinage les ganglions lymphatiques se tuméfier aussi et s'engorger.

La durée de l'impétigo peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, et même à plusieurs années ; en général, lorsqu'il suit une marche aiguë, il se termine en deux, quatre ou six semaines, dont les deux ou trois premières sont occupées par la période d'inflammation. Mais à l'état chronique, lorsqu'il se reproduit successivement sur diverses parties des tégumens, que les croûtes long-temps adhérentes se reproduisent après leur chute, il peut avoir une durée indéterminée.

Les diverses formes que revêt cette affection en ont fait admettre cinq variétés.

1° L'impétigo *figurata*. — C'est la variété la plus commune ; elle est caractérisée par des plaques pustuleuses de forme régulière, arrondie ou ovalaire, siégeant le plus souvent à l'une des joues ou sur les membres supérieurs chez les sujets lymphatiques.

2° L'impétigo *sparsa*. — Cette variété, moins commune que la précédente, offre des groupes de pustules de forme irrégulière et irrégulièrement disséminés sur les épaules, le tronc, les membres, la face, le cuir chevelu. Elle se montre de préférence aux membres inférieurs où elle est très rebelle chez les sujets avancés en âge, et chez ceux que leur profession oblige à rester toujours debout. Au cuir chevelu chez les enfans, elle constitue une pseudo-teigne désignée par Willan sous le nom de *porrigo larvalis*, et par Alibert sous celui d'*achor muciflus*. C'est encore cette variété qui produit quelquefois l'ophthalmie dartreuse.

3° L'impétigo *erysipelatodes*. — Il occupe ordinairement le visage ; la rougeur, le gonflement inflammatoire, le mouvement fébrile qui accompagnent ou précèdent son développement lui ont fait trouver avec l'érysipèle une analogie qui lui a valu son nom. A ces symptômes ne tardent pas à se joindre l'apparition de pustules, dont la transformation en croûtes avec exhalation, prurit, caractérise suffisamment la maladie.

4° L'impétigo *scabida*. — C'est la forme la plus grave de la maladie qui nous occupe. Il occupe toute la longueur d'un membre et donne lieu à la formation de croûtes épaisses verdâtres, brunâtres, inégales, fendillées et offrant quelque analogie avec l'écorce de certains arbres. Ces croûtes, qui fournissent une exhalation abondante, recouvrent des excoriations profondes, quelquefois même des ulcérations. Cette variété affecte surtout les vieillards ; elle peut devoir son développement à une commotion morale profonde. Elle est souvent mortelle.

5° L'impétigo *radens*. — Il est caractérisé par un petit groupe pustuleux occupant ordinairement le lobule du nez ou la joue. Les petites pustules ne tardent pas à former une croûte qui reste environnée d'une rougeur obscure, et sous laquelle se forme une ulcération rongeante qui laisse après elle une cicatrice indélébile.

Des émissions sanguines dans la période inflammatoire, et si l'éruption a une certaine étendue, des boissons laxatives, des bains simples, telle doit être la base du traitement de l'impétigo. Plus tard, les boissons dépuratives, les préparations sulfureuses et même les préparations arsenicales, peuvent être employées à l'intérieur. A l'extérieur, les bains de vapeurs, les bains sulfureux, les eaux de Barèges, de Saint-Sauveur, les bains de mer pour les tempéramens lymphatiques ; les topiques résolutifs, tels que pommade à l'iodure de plomb, pommade à l'autrakokali, solution de nitrate de mercure. Dans l'impétigo radens, on commence par déterger la peau, faire tomber la croûte par des lotions émollientes, puis on attaque l'ulcération au moyen des caustiques, de l'acide nitrique, par exemple.

Nous continuerons, dans un prochain article, l'ordre des pustules en commençant par parler du favus ou teigne, maladie intéressante, tant à cause de sa fréquence et de son opiniâtreté, qu'au point de vue des nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elle a donné et donne encore lieu tous les jours, et nous terminerons par l'acné.

HOPITAUX DE GLASCOW.

Observations de phlébite des sinus de la dure-mère par suite d'otorrhée purulente et considérations lues devant la Société médicale de Liverpool, dans la séance du 21 décembre 1840 ; par M. JAMES BRUCE, ex-chirurgien-interne de Glascow.

« L'otorrhée purulente est quelquefois la conséquence de l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, mais le plus souvent elle se déclare chez les enfans scrofuleux à la suite de la variole ou de la scarlatine. On l'a observée se déclarer dans la période critique des fièvres typhoïdes dans lesquelles les symptômes cérébraux ont existé à un très haut degré pendant toute la durée de la maladie. Il est probable cependant que dans ce cas l'otorrhée existait avant la fièvre, qu'elle s'est supprimée et qu'elle a donné naissance à des symptômes typhoïdes qui auraient été mal étudiés.

» L'écoulement s'opère ordinairement par le méat auditif externe à travers une ouverture ulcéreuse de la membrane du tympan. Sa quantité n'est pas constante, et sa qualité varie suivant l'état des organes digestifs. Lorsque cet écoulement est négligé ou mal traité, sa quantité augmente, il devient fétide, sanieux et brunit les instrumens d'argent qui le touchent. Ce dernier caractère est spécial et important pour le diagnostic, car il sert à distinguer l'otorrhée chronique de l'otite interne et accuse l'existence d'une ulcération de la muqueuse de l'oreille moyenne.

» Si l'inflammation de la muqueuse de la cavité du tympan se répand dans le tissu cellulaire sous-jacent et au périoste, les parois osseuses sont promptement attaquées. Alors les osselets sont ordinairement expulsés, conjointement à d'autres petits fragmens osseux. Itard fait observer que quelquefois les osselets se détachent et restent dans la cavité du tympan, ne pouvant pas sortir par la petite ouverture de la membrane tympanique ; alors ils s'encroûtent de matière et leur expulsion devient plus difficile encore et presque impossible jusqu'à ce que la membrane du tympan n'est pas complètement détruite. Les cellules mastoïdes elles-mêmes, dont la structure est si délicate, sont, dès le principe, envahies par l'inflammation. Dans ces cellules, le travail désorganisateur marche rapidement et souvent donne lieu à un abcès sous-cutané de la région mastoïdienne. En s'ouvrant à l'extérieur, cet abcès laisse une fistule qui quelquefois pénètre jusque dans la cavité de l'oreille ; d'autres fois, au lieu de s'ouvrir, l'abcès fuse aux parties environnantes et dans les muscles du cou et de l'épine (Pilcher, on structure and diseases of the ear).

» Toute la portion pierreuse du temporal est sujette à se carier durant l'otorrhée chronique ; tous les points cependant ne le sont pas au même degré. Suivant M. Lallemand, la portion la plus exposée à la carie est la portion du rocher qui correspond aux canaux semi-circulaires ; souvent aussi la carie a son siége sur le point occupé par les sinus latéraux, et quelquefois elle s'avance jusque dans le crâne sous la tente du cervelet par l'aqueduc du limaçon. Dans un cas observé à l'hôpital des fiévreux de Glascow, par mon ami le docteur Anderson, la moitié supérieure du rocher, jusqu'à la base du crâne, était largement cariée et de couleur gris-sale. Cette portion était presque tout à fait détachée de la portion squammeuse de l'os, et lorsqu'on a enlevé les tégumens de l'oreille et le pavillon, on la voyait en dehors du méat auditif externe par une ouverture formée par la carie.

» Plusieurs causes peuvent produire la suppression de l'écoulement de l'oreille. L'augmentation de la viscosité de la sécrétion, les révolutions organiques propres à la puberté et à la grossesse, les altérations organiques dans des régions éloignées, lesquelles s'accompagnent d'écoulemens supplémentaires, peuvent occasionner la suppression de l'othorrée. Lallemand observa cet écoulement alterner avec les accès de rhumatisme, avec le catarrhe de la vessie, avec la leucorrhée. (Lettre IV, obs. 17.)

» La complication la plus fréquente et la plus grave à la fois, est celle qui résulte du passage de l'inflammation au cerveau et à ses membranes. Ce passage est ordinairement précédé de la suppression de l'écoulement de l'oreille ; la douleur qui était d'abord fixée dans l'organe malade, s'étend et se convertit en céphalalgie diffuse. Surviennent ensuite la fièvre, la stupeur, le délire, les symptômes de méningite, et le malade peut succomber rapidement dans les convulsions, sans qu'à l'autopsie on trouve dans le cerveau ou les meninges des traces bien manifestes de la maladie qui l'a causée. Dans les cas dans lesquels la maladie a eu une plus longue durée, on trouve le cerveau ramolli près de l'os temporal ; on trouve aussi du pus diffus dans les feuillets de l'arachnoïde ; ou bien un abcès dans la substance même des hémisphères, non rarement dans l'hémisphère opposé à celui de l'oreille malade, circonstance qui prouve que l'inflammation a été transportée au cerveau par métastase et non par continuité de tissu.

» Quand la carie de l'os temporal s'étend dans la cavité du crâne, la dure-mère, l'arachnoïde et le cerveau lui-même sont pris d'inflammation ; la dure-mère se soulève de l'os dans quelques points, et l'on trouve entre ces deux parties une petite quantité de matière puriforme. Dans quelques cas rares, l'ouverture carieuse de la portion pierreuse sert de communication entre la cavité du tympan et un abcès formé dans le lobe correspondant du cerveau ; tandis que dans d'autres occurrences, on trouve les sinus de la dure-mère très enflammés, contenant du pus et des fausses membranes. La mort, dans ces cas, est manifestement la conséquence d'abcès secondaires formés dans les poumons, et des dépôts de lymphe et de pus qui ont lieu dans les cavités des plèvres. Du reste, si l'on excepte ces dernières remarques, toutes ces lésions avaient été parfai-

tement bien étudiées et décrites par Morgagni (Épître XIV, n° 3, 5).

» Itard, dans sa Monographie sur les maladies de l'oreille, adopte l'opinion de Laubius, qui soutient que l'otorrhée purulente est dans beaucoup de cas purement symptomatique d'une maladie du cerveau. Il croit à l'existence d'une otorrhée cérébrale primitive toutes les fois que le mal commence par une encéphalite; le pus formé dans le cerveau passerait alors dans l'oreille à travers une ouverture faite par un travail carieux. M. Lallemand cependant a combattu cette manière de voir; ce savant a démontré péremptoirement que la maladie de l'oreille précède presque toujours l'affection cérébrale...

» Mes observations sont parfaitement d'accord avec celles de M. Lallemand. J'ai observé une complication particulière de l'otorrhée purulente, et dont les auteurs n'ont point parlé; savoir, la suppuration des sinus cérébraux. Les rapports qui existent entre ces vaisseaux et le rocher, nous conduisent naturellement à penser que durant le travail de la désorganisation carieuse de l'os ils doivent être atteints par celui-ci. Réfléchissez, en effet, aux rapports des sinus pierreux placés à l'angle supérieur de l'os: aux sinus latéraux situés dans la gouttière profonde de sa face postérieure, et séparés des cellules mastoïdes et de la cavité du tympan par une cloison osseuse très mince; enfin à la facilité avec laquelle la dure-mère s'enflamme, soit par sympathie avec les maladies de l'oreille, soit par irradiation du travail carieux vers le cerveau, et l'on comprendra les causes de l'inflammation des sinus. Je m'étonne qu'on n'ait pas observé ou décrit cette complication si fréquente de l'otorrhée purulente; cela tient peut-être au peu de soin qu'on apporte dans les recherches nécropsiques... »

Premier fait. Jean Britton, âgé de neuf ans, est reçu le 1er mars 1837, pour être traité d'un immense abcès occupant presque toute la partie gauche de la tête. Cet abcès s'étendait supérieurement jusqu'au vertex, et comprenait tous les tégumens du côté correspondant du crâne, depuis la tubérosité occipitale jusqu'à un pouce de l'angle externe de l'orbite; il formait une éminence considérable latéralement, et présentait une fluctuation manifeste, à l'exception de l'endroit voisin, à l'apophyse mastoïde, lequel était dur, de couleur pourprée, très douloureux à la pression. La face elle-même était gonflée au côté gauche, l'œil fermé, les paupières étant presque œdémateuses; la pupille normale et sensible à l'action de la lumière. Il semblait que la face était déviée, dissimétrique, mais on ne pouvait déterminer si cela dépendait de l'œdème ou de la paralysie du nerf facial. Le malade se plaignait beaucoup de la tête, et paraissait très enclin à dormir. Son état était le plus souvent très près de la stupeur, et lorsqu'il se réveillait il était très irascible, fâché, bien qu'il répondît juste aux questions. Quelquefois, lorsque le mal à la tête était intense, il se levait seul de son lit, et allait près du feu en laissant exhaler des plaintes aiguës et en comprimant son front avec ses mains. Le pouls était à 120, faible et vacillant; respiration légèrement oppressée, mais sans aucune incommodité appréciable à la poitrine.

On ouvre l'abcès au-dessus de l'oreille, ce qui donne issue à moins à 380 gram. (12 onces) de pus épais et fétide; le malade en est soulagé notablement; l'œdème de la paupière disparaît tout à fait. L'ouverture continue à donner du pus. L'appétit qui, à l'entrée du malade, était vorace, a diminué tout à coup. Le malade est resté dans l'état léthargique, se plaignant constamment, mais lorsqu'il était réveillé il était parfaitement sensible.

Du troisième au quatrième jour de son entrée, le délire se déclare, le bras et la jambe gauches sont pris de mouvemens convulsifs analogues à ceux de la chorée. Les accès se répètent, et chaque fois durent dix minutes. Mort dans la nuit suivante.

Voici les renseignemens qu'on a obtenu des parens. A l'âge de quatre ans l'enfant avait été pris de céphalalgie avec douleur à l'oreille gauche. Cette douleur avait persisté sans intermittence pendant plusieurs jours, le faisait crier continuellement et le rendait dormeur et stupide. Alors se manifesta un écoulement par l'oreille, d'abord léger, ensuite abondant, ce qui a été suivi graduellement de la diminution de tous les symptômes. Par la suite, il avait été saisi des mêmes accès presque toutes les semaines, et pendant la cessation de l'écoulement il était tout à fait sourd de l'oreille affectée; puis, à mesure que l'acuité du mal diminuait, la faculté auditive reparaissait petit à petit. La dernière maladie s'était déclarée cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, et avait été précédée des symptômes ordinaires; seulement l'écoulement n'avait pas eu lieu cette fois comme à l'ordinaire, et huit jours après le début de l'accès, l'abcès s'était déclaré derrière l'oreille sous la forme d'une tumeur dure, douloureuse, paraissant provenir de l'apophyse mastoïde et s'élever un peu en haut. Le gonflement et la distorsion de la face ne se sont manifestés que quelques jours avant l'entrée du petit malade à l'hôpital.

Nécropsie 48 heures après le décès. On ouvre l'abcès; on trouve que la portion squameuse de l'os temporal manque de son péricrâne. On ôte la calotte osseuse; la dure-mère voisine à l'oreille gauche est épaissie, spongieuse et de couleur verdâtre sale; entre cette membrane et l'os existe une collection de matière purulente, à sa face interne, elle adhère solidement avec l'arachnoïde. La portion épaissie de la dure-mère est légèrement creusée à sa face externe, et ce creux répond à une ulcération de l'hémisphère gauche du cerveau, là où le lobe moyen s'unit au lobe postérieur. La forme de l'ulcération est circulaire, à bords irréguliers et de la grandeur d'une pièce de quatre sous; elle est superficielle, couverte de matière purulente et entourée d'une auréole de couleur cendrée faible. Dans la substance cérébrale, on ne retrouve aucune altération manifeste. A l'extrémité supérieure de la fosse dans laquelle existe le sinus latéral, l'os temporal présente une ouverture carieuse, de forme elliptique, pleine de pus et communiquant avec l'oreille interne. Le sinus latéral gauche était, lui aussi, plein de matière purulente et tapissé d'une fausse membrane jaunâtre à demi-organisée. Le sinus était oblitéré vers sa fin, sur la fosse jugulaire, par un grumeau, lequel était pâle et mince à son origine, et devenait plus dense, de couleur rouge foncée à mesure qu'il s'avançait dans la veine jugulaire. Une substance pseudo-membraneuse était interposée entre le caillot et les parois du sinus. Le canal était tout à fait obturé sur l'embouchure des sinus, par de la lymphe sécrétée par ses parois. La quantité du sérum des ventricules est normale. La cavité du tympan est dépourvue de la membrane qui la tapisse, et remplie d'humeur purulente dense. Les osselets de l'ouïe et la membrane du tympan sont détruits, ainsi que les cellules mastoïdes et les canaux de l'oreille interne qui sont, eux aussi, pleins de pus caséeux. Les veines du diploé paraissent saines. On trouve dans chaque plèvre une pinte de fluide séreux floconneux. Le lobe inférieur de chaque poumon est congestionné et couvert de flocons purulens de grandeurs variables. Les deux plèvres sont tapissées intérieurement d'une couche mince de lymphe; ce qui leur donne une apparence velue; cette lymphe paraît de date récente. Les autres viscères sont sains.

— Ce fait se prête à plusieurs considérations importantes. Il est impossible de douter que la maladie n'ait eu son origine dans l'oreille, et que la carie du temporal n'ait été la conséquence de la propagation de l'affection aux tissus adjacens. L'abcès externe résultait évidemment de la suppuration des cellules mastoïdes, et a eu probablement une origine simultanée avec la carie de la paroi postérieure du tympan, laquelle a donné naissance à la méningite, à l'ulcération du cerveau et à la phlébite du sinus latéral. Les abcès secondaires des poumons ont été probablement la cause immédiate de la mort, ainsi que cela a lieu dans les cas de phlébite traumatique.

Deuxième fait. Thomas Watson, vingt-septans, marinier, a été reçu le 13 août 1835 pour être traité d'une fièvre continue. Depuis son enfance il avait souffert d'un écoulement de l'oreille du côté droit, lequel avait cessé depuis une semaine avant son entrée à l'hôpital. A cette suppression succédèrent des frissons, de la céphalalgie et de la fièvre. Peu de temps après, il s'est manifesté une forte douleur à la région mastoïde droite, et il s'est formé un abcès sur l'apophyse mastoïde. Ayant été ouvert, il a donné issue à une grande quantité d'humeur sanieuse fétide. A son entrée à l'hôpital, il présentait un pouls à 80, fort et intermittent; langue brune et sèche, inappétence; se plaignant de douleur très intense à la région occipitale.

Le 16, pouls à 96, fort; la douleur occipitale est moindre; somnolence; réponses justes aux questions.

Le 17, rétention d'urine, puis écoulement involontaire.

Le 19, pouls à 104, peau et conjonctive jaunâtres; cette teinte a disparu le lendemain. Cet état persiste plusieurs jours, alternant de 120 à 68 jusqu'au 28, époque à laquelle la céphalalgie est devenue plus intense. Sangsues à la tête, vésicatoire à l'occiput. Le lendemain, pouls faible, à 116; peau froide et livide; stupeur presque comateuse. Mort le jour suivant.

Nécropsie. Les vaisseaux cérébraux sont dans un état de congestion extraordinaire. Les deux ventricules latéraux contiennent chacun deux onces de fluide séro-purulent. Le ventricule droit est tapissé d'une membrane mince formée de lymphe coagulable, de couleur verdâtre. Le sinus latéral droit, à commencer de l'endroit où il s'unit au sinus longitudinal jusqu'à sa sortie du crâne, est rempli d'une substance purulente et tapissé d'une membrane de densité uniforme. La dépression osseuse dans laquelle il appuie est rugueuse et poreuse. Une incision pratiquée à droite dans le cou, derrière l'angle de la mâchoire, donne issue à une grande quantité d'humeur purulente, donnée évidemment par l'extrémité de la veine jugulaire interne divisée. Les viscères thoraciques sont sains. Le foie et la rate sont plus mous qu'à l'état naturel. Hypertrophie des glandes mésentériques. L'oreille interne n'a pas été examinée. Aussi, sous ce rapport, cette observation laisse beaucoup à désirer...

Troisième fait. Un homme a été reçu à l'infirmerie pour être traité d'une otorrhée purulente qu'il portait depuis longtemps; il présentait les symptômes d'une affection cérébrale, et a été couché dans le service de M. Carsan; il se plaignait de forte douleur à la tête, était dans un état continu de stupidité léthargique, d'où cependant il était tiré par des questions qu'on lui adressait, et auxquelles il répondait exactement. Peu de jours avant sa mort il a été pris de frisson, puis de pleurite aiguë, pour laquelle on l'a saigné. A l'autopsie on a trouvé l'os temporal carié. Les sinus de la dure-mère présentent une altération pareille à celle du cas précédent. Surface supérieure de la portion pierreuse du temporal droit, d'une couleur verdâtre obscure, et étant perforé sur ce point par de la carie. Sur un autre point il est érosé, et ne tient qu'à une lamelle pour être également perforé. Une troisième ouverture carieuse existait sur le bord supérieur où est la dépression, pour recevoir le sinus latéral. Les parois du sinus dans le point où elles adhèrent à la même ouverture, sont légèrement érosées et verdâtres. La dure-mère, qui couvre l'os malade, est très épaissie et couverte d'une couche de lymphe. Les sinus latéraux sont remplis de lymphe puriforme, et tapissés intérieurement d'une fausse membrane de formation récente; la capacité des sinus est de beaucoup diminuée, et à leur abouchement les sinus sont oblitérés par une fausse membrane et de la lymphe. Le sinus pierreux inférieur est lui-même altéré de la même manière; des caillots existent dans plusieurs grosses veines. On ne peut dire jusqu'où les produits de l'inflammation se prolongent dans la veine jugulaire; mais en emportant l'os temporal il s'est écoulé beaucoup de pus par les incisions pratiquées au cou, ce qui a fait présumer l'existence d'un abcès dans cette région. La poitrine n'a pu être ouverte, mais il est probable qu'il y avait là des abcès qui ont dû être cause de la mort.

On trouve dans les auteurs plusieurs cas analogues aux précédens. M. Bruce en cite deux de M. Abercrombie; un troisième du docteur Bright, un quatrième de M. Stockes. Dans tous il s'agit d'une otorrhée qui s'est terminée par des abcès sur la région mastoïdienne, au cou, qui a carié le temporal et déterminé une méningo-encéphalite formidable. Les sinus étaient en suppuration, et par ce dernier état l'auteur explique les abcès vers la poitrine. (*London. med. Gaz.*, janv. 1841.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Ecoulement urétral datant de vingt-six ans, et reconnaissant pour cause un rétrécissement calleux avec brides. Emploi de la dilatation permanente jointe à la cautérisation et à la scarification. Complication médicale fâcheuse. Guerison en deux mois et demi; par M. AMUSSAT.

Le 26 mai dernier est entré à la Maison de Santé un officier supérieur âgé de quarante-six ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, non marié. Ce militaire contracta, il y a vingt-six ans, une blennorrhagie simple, qui a toujours persisté depuis, et dont l'acuité augmentait à différentes époques sous l'influence du coït, d'une marche forcée, du froid humide aux pieds, et du plus petit excès de table. C'est ainsi qu'en 1825, à la suite d'une partie de chasse par un temps pluvieux, l'écoulement se montra de nouveau avec force, et, trois jours après, le gros orteil ainsi que l'articulation du pied droit avec la jambe devinrent le siége de douleurs intenses. Les mêmes phénomènes reparurent en 1838 : cette fois-ci, le pied gauche, l'articulation coxo-fémorale, les reins, l'épaule et le cou du même côté se prirent à leur tour, avec étouffemens qui se dissipaient à l'aide de frictions stimulantes pratiquées sur la région du cœur. Le malade fut dans ce moment atteint d'une ophthalmie syphilitique qui faillit lui enlever la vue, et qui, heureusement, se dissipa au moyen de la thérapeutique employée en pareil cas.

En 1816, M. E... réclama les soins de Dupuytren, qui ne reconnut pas alors de coarctation, et qui le traita pour un ulcère dans le canal. Ce chirurgien eut recours aux bougies fondantes et aux sondes à demeure pendant quinze jours, mais elles fatiguèrent beaucoup le col de la vessie. Les bains froids amenèrent une notable amélioration, au point que la matière de l'écoulement se trouvait réduite à de simples filamens nageant dans l'urine.

M. E..., après s'être adressé à la plupart des praticiens distingués de Paris sans pouvoir obtenir de guérison, se confia aux empiriques, qui lui donnèrent une maladie d'estomac traitée long-temps par Broussais comme une gastrite, et qui alla toujours depuis en augmentant.

Je ferai remarquer que les digestions se faisaient beaucoup mieux lorsque la blennorrhagie devenait plus intense, et qu'après l'apparition des douleurs rhumatismales, les étouffemens étaient plus considérables, et qu'il y avait impossibilité pour le malade de se coucher sur le côté gauche.

M. E... a fait toutes les campagnes de l'empire : il a dû par conséquent s'exposer à toutes les intempéries atmosphériques, et cependant il n'a jamais été tourmenté par la *goutte ni le rhumatisme*. Les médecins qui s'occupent des maladies des voies génito-urinaires ont eu souvent l'occasion de remarquer la coïncidence des douleurs rhumatismales avec une affection de la vessie ou de l'urètre. Il est probable que notre malade se trouve dans ce cas. En effet, ce n'est que depuis sa blennorrhagie qu'il a éprouvé tout le cortége symptomatique dont je viens de parler.

Enfin, M. E..., après s'être encore soumis à un traitement mercuriel, eut l'heureuse idée d'aller trouver M. Thibault, de Versailles. Ce praticien distingué reconnut de suite la cause de tous les accidens, et adressa son malade à la Maison de Santé, où il le confia aux soins de M. Amussat.

Etat actuel. Constitution tout à fait détériorée, maigreur considérable, figure jaunâtre partout, principalement dans son ovale inférieur; yeux caves et enfoncés, entourés d'un cercle noirâtre, sécheresse des narines, salivation abondante, gencives fongueuses avec quelques légères excoriations à leur surface; rougeur assez vive du pharynx où l'on aperçoit les amygdales tuméfiées, langue d'un blanc sale au milieu, offrant ses papilles très développées; bouche amère, pâteuse, perte complète de l'appétit, nausées continuelles, vomissemens provoqués par la plus légère alimentation; pieds douloureux avec un peu de rougeur et de gonflement du gros orteil et de l'articulation tibio-tarsienne des deux côtés, mais surtout à droite; rien au genou ni à la hanche; le malade ne peut marcher qu'avec le secours de béquilles. La percussion et l'auscultation du cœur ne font rien découvrir de bien appréciable : seulement, le choc de cet organe contre les parois thoraciques est un peu plus fort qu'à l'état normal. Les urines sont légèrement muqueuses, leur jet est diminué de calibre, et souvent bifurqué; il y a écoulement assez abondant. Il existe à la réunion de la fin de la partie spongieuse de l'urètre avec la partie membraneuse un rétrécissement calleux très avancé; le scarificateur de M. Amussat est arrêté, lorsqu'on cherche à le retirer du canal, par des brides formant une saillie assez marquée dans ce conduit qui est très rugueux; la sensation qu'on éprouve à l'aide de l'instrument ressemble parfaitement à celle produite par le contact d'une langue de bœuf.

Le diagnostic médico-chirurgical étant bien porté par M. Amussat, un traitement rationnel est immédiatement entrepris par ce praticien : des sondes en gomme élastique douce et flexible sont placées à demeure dans l'urètre avec la précaution de ne pas leur faire dépasser l'endroit rétréci ; leur calibre est gradué de temps en temps jusqu'au n° 34, et elles sont parfaitement supportées par le malade, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'à présent. M. Amussat a en outre recours à la cautérisation et à la scarification qu'il pratique à des intervalles assez rapprochés, d'après sa méthode qui consiste, comme on sait, à agir très légèrement, dans le but de faire suppurer le point malade. Le reproche que l'on adresse en général aux scarificateurs de faire des entailles dans l'urètre, ne lui est donc point applicable. Une prompte guérison a été le résultat des manœuvres de M. Amussat, au point que le canal a été rendu à son diamètre naturel ; l'écoulement persiste encore un peu, mais la cause étant enlevée, l'effet se dissipera insensiblement.

Si la chirurgie a été utile à ce malade, la médecine devait venir également à son secours pour rétablir sa constitution délabrée : cette tâche a été remplie avec talent par M. Thibault. Ce praticien a montré dans cette circonstance qu'il a beaucoup vu, qu'il faut choisir dans les différens systèmes ce qu'il y a de bon, et ne jamais être exclusif. Persuadé que la gastrite est beaucoup plus rare qu'on ne pense, M. Thibault s'est arrêté à l'idée d'un état saburral des voies digestives : il a en conséquence administré un vomitif, suivi quelques jours après de plusieurs purgatifs. Il a combattu ensuite la rougeur du pharynx et la salivation qu'il a pensé être d'origine mercurielle, par des gargarismes aluminés et par l'acide hydrochlorique, avec lequel il a touché, à l'aide d'un pinceau, les gencives fongueuses. Enfin les douleurs rhumatismales ont cédé à des bains alcalins et savonneux, ainsi qu'à la teinture de semences de colchique à l'intérieur. A l'aide de cette sage thérapeutique, aidée d'une alimentation froide, M. E..., a quitté la Maison de médecine opératoire pour s'en aller aux Eaux dans un état de fraîcheur et d'embonpoint très remarquable.

X...

BÉGAIEMENT.

Section du nerf grand-hypoglosse; par M. Ch. PHILLIPS.

Les opérations faites à Paris pour guérir le bégaiement, ont provoqué des discussions dont le résultat a été une appréciation exacte de ces sections musculaires ; et enfin, de cette affaire, on a connu la vérité, que divers intérêts avaient fait voiler. On citait cependant l'opération créée par Dieffenbach, et l'on ne pouvait récuser ses succès.

On se trouvait donc en présence de deux ordres de faits :

1° Les insuccès presque constans des opérateurs de Paris ;

2° Les succès presque constans de l'opérateur de Berlin.

L'analyse de l'opération de M. Dieffenbach donne la raison de ses succès, et cette analyse a fait naître l'idée d'une opération que je viens de pratiquer.

Ce n'est pas la perte de substance que M. Dieffenbach fait triangulairement dans la langue, qui donne des résultats si heureux ; cas nous voyons dans sa brochure qu'il a également bien réussi en divisant la langue dans toute son épaisseur, et en conservant seulement la membrane muqueuse. Ce n'est donc pas le morceau enlevé à la langue qui est la cause immédiate du succès.

En suivant la marche du bistouri à travers l'épaisseur de cet organe, on voit qu'il divise les nerfs qui mettent la langue en relation avec les centres nerveux, et que les deux nerfs grand-hypoglosses sont coupés.

Ces nerfs, comme le dit Muller dans sa Physiologie, sont les principaux nerfs de la phonation, et desquels dépendent *tous les mouvemens de la langue.*

C'est à couper seulement ces nerfs que j'ai donné tous mes soins, et à éviter la section transversale de la langue, que j'avoue n'avoir pas eu le courage d'entreprendre.

Je pensais à couper le grand-hypoglosse dans le lieu décrit par M. Mirault, d'Angers, dans son beau travail sur la ligature de la langue ; et en passant à Lyon je communiquai ce projet à M. Gensoul. Il me fit observer que cette opération serait plus longue et plus pénible que si on allait chercher le nerf dans la langue même. C'est à ce procédé que je me suis arrêté ; je l'ai exécuté quelque temps après de la manière suivante :

Le malade s'est assis ; un aide maintenait la bouche grandement ouverte, au moyen de deux crochets plats posés sur les deux commissures des lèvres. Un second aide tirait la langue avec des pinces de Museux. J'implantai deux très fines airignes dans le sillon bleuâtre qui paraît séparer la langue de la partie inférieure de la bouche ; et entre ces deux airignes, je fis une ouverture avec des ciseaux. Une branche mousse de cet instrument fut introduite dans cette boutonnière afin d'en augmenter l'ouverture, et les deux lèvres de cette plaie furent tenues écartées par les airignes, dont l'une était fixée par un aide et l'autre par moi. La plaie fut épongée, et l'on vit la veine rhanine, qui fut détachée dans une très petite étendue, au moyen d'un refouloir mousse. Alors on vit clairement le nerf grand-hypoglosse ; il fut saisi avec un crochet mousse et il fut coupé en travers. La même opération fut répétée sur l'autre côté de la langue.

L'hémorrhagie fut presque nulle pendant et après cette opération ; mais ce qui devint une difficulté réelle, ce fut la sécrétion, tout à coup très abondante, de mucosités filantes, comme lorsqu'on fait la staphyloraphie. L'opéré éprouva un sentiment pénible, puis une angoisse inexprimable ; lorsqu'on coupa le nerf, la douleur fut très vive et le malade pâlit, ses yeux se sont remplis de larmes, et il fut en un moment imprégné d'une sueur froide.

Un phénomène qui a surpris les assistans, c'est que, après la section d'un seul côté, l'aide qui tenait la langue ayant lâché les pinces de Museux, la langue, raide, se balança horizontalement dans la bouche comme le balancier d'une pendule. Ce mouvement régulier, convulsif, dura pendant deux ou trois minutes.

Le malade se gargarisa avec de l'eau froide ; et, impatientés de connaître le résultat de cette opération, nous le fîmes parler : li ne bégayait plus. Mais ce fait isolé prouve-t-il quelque chose? Le sujet était au nombre de ces cas très rares qui se sont guéris ou modifiés par la section des génio-glosses. Cette guérison se maintiendra-t-elle? Il y a déjà près d'un mois que l'opération est faite, et jusqu'à ce jour le résultat est aussi complet qu'immédiatement après la section des nerfs.

Ce qui est aussi bien remarquable, c'est que ce bègue avait la face en mouvement chaque fois qu'il voulait parler, et il faisait des grimaces pénibles à voir. Ces phénomènes pathologiques ont disparu par la section du nerf grand-hypoglosse.

Quelle que soit la valeur de cette opération nouvelle, je la publie afin que d'autres chirurgiens l'exécutent aussi ; alors, en étudiant des faits en grand nombre, peut-être parviendra-t-on à connaître l'influence du nerf grand-hypoglosse sur les vices de la parole.

Notice sur un procédé de ténotomie oculaire, démontré et pratiqué à l'hôpital principal de la Marine, à Brest (1).

Il est depuis long-temps avéré que les données générales de l'anatomie descriptive ne suffisent plus aussitôt qu'il s'agit d'exécuter une opération délicate sur un organe important de l'économie. Le chirurgien est dès-lors obligé de s'attacher spécialement à l'étude des régions sur lesquelles il se propose de porter la main ou les instrumens. On l'a bien senti quand Dieffenbach a encouragé par son exemple et son succès à s'occuper de la ténotomie oculaire. Dans une profession comme la nôtre, exercée par des hommes attentifs et diligens, les travaux se sont promptement multipliés ; les uns ont minutieusement détaillé la nature des tissus, leur forme et leurs connexions ; les autres, sans négliger l'analyse anatomique des parties, ont cherché dans leur *synthèse naturelle* les indications les plus propres à rendre leurs procédés opératoires sûrs, faciles et complets. C'est en ce dernier sens que mes investigations ont été dirigées, et je vais en rendre un compte succinct.

Les muscles, les artères, les veines, les nerfs, le tissu cellulaire ambiant et le coussinet graisseux qui environnent le globe de l'œil sont placés entre deux membranes que j'appellerai, l'une fascia oculaire, l'autre fascia orbitaire. La première, d'une texture plus régulière et plus serrée, forme une gaîne cylindrique autour du nerf optique, et vient se mouler en capsule sur le globe qu'elle embrasse, sans y adhérer toutefois autrement que par les rares filamens d'un tissu cellulaire tomenteux qui n'oppose aucune résistance au passage d'instrumens mousses et d'un certain volume. Quand il est arrivé sur la ligne d'insertion des muscles *cardinaux*, le fascia oculaire s'identifie avec la sclérotique au point qu'on ne peut distinguer à la simple vue le mode d'union des fibres entre elles.

Le fascia orbitaire est une trame celluleuse fine, diaphane ; il revêt dans son ensemble la masse conoïde qui remplit la cavité osseuse, et parvenu en avant, à sa base, il se réfléchit vers la sclérotique pour s'y confondre avec le fascia oculaire. C'est également au niveau de ces deux feuillets membraneux que les muscles droits viennent s'implanter. Là existe un étroit espace où, dégagés de tous les autres tissus, les tendons des muscles et des deux aponévroses forment un cercle blanc, mince, un peu variable dans sa position, mais généralement placé à une pareille distance de la cornée transparente et de l'extrémité du diamètre latéral du globe de l'œil. Si le chirurgien, attaquant sur un point le cercle dont il est question, réussit à le franchir, il pénètre entre la face intérieure du fascia oculaire et la sclérotique. Alors, maître du champ de bataille, il peut, à l'aide d'instrumens appropriés, couper sans aucun obstacle, d'arrière en avant à leur insertion et sur toute la circonférence de l'œil, les quatre muscles droits et les deux feuillets membraneux.

Le procédé opératoire est tellement simple dans son exécution, que quiconque en a été une seule fois témoin peut sur-le-champ le pratiquer avec facilité. Il consiste à saisir de la main gauche, au moyen d'une pince à griffes, la conjonctive au moment où elle va se réfléchir du globe sur les paupières, à une ou deux lignes au-dessous du bord inférieur du droit interne ou du droit externe, selon le muscle que l'on se propose de couper. Retenue par les crochets de la pince, la muqueuse est soulevée de manière à former un pli à peu près concentrique à la cornée transparente. Avec une pince à disséquer qu'il tient à la main droite, l'opérateur s'empare de la base du pli, et par une traction modérée l'élève encore davantage. La pince à griffes, ouverte à cet instant, est portée sur la nouvelle base que donne au pli le léger effort de la seconde pince, et en la fermant, on envahit au-delà de la conjonctive le fascia oculaire, ce qui se reconnaît à la plus grande épaisseur et surtout à la plus forte consistance des parties. Ainsi se trouve abordé le cercle dont j'ai parlé plus haut. Pour le traverser, le chirurgien dépose la pince à dissection, s'arme de ciseaux courbés sur leurs bords, et d'un coup un peu brusque, divise perpendiculairement jusqu'auprès du globe les tissus compris entre les mors de la pince à griffes. La sclérotique apparaît aussitôt à la vue ; la branche de ciseaux, dont le tranchant appartient au bord concave, s'introduit par l'ouverture faite à la capsule du fascia orbitaire. Dirigée d'abord un peu en arrière, elle est ensuite ramenée en haut et en avant, de manière à embrasser dans sa courbure la totalité du muscle. Les ciseaux se ferment, et l'opération est terminée. On peut, pour plus de sûreté, faire précéder la branche de ciseaux par un crochet à pointe mousse.

Le chirurgien se place toujours au côté droit du malade ; il ne dépend d'aucun aide, car il lui suffit que les paupières soient contenues ; son repère est marqué sur le globe lui-même, tandis que la caroncule lacrymale ne peut servir à des indications précises pour un organe extrêmement mobile dans tous les sens, parce qu'elle est adhérente et fixe à l'angle interne des paupières. Les fascias, qui souvent mettent obstacle à la liberté de l'œil, sont divisés ; le muscle et sa gaîne celluleuse sont coupés en même temps. La section du muscle se fait à son attache, sur les fibres d'insertion ou très près d'elles, en sorte qu'il s'écoule à peine quelques gouttes de sang. La résection n'est plus nécessaire ; la conjonctive est tranchée nettement sans éprouver ni tiraillement, ni décollement, ni déchirure. Enfin, l'opérateur s'est frayé un passage qui lui permet de suivre avec aussi peu de difficulté que de péril le contour de l'œil, et de détacher tous les muscles droits en incisant le cercle *scléreux* auquel concourt leur insertion.

La méthode que je viens d'exposer a été démontrée publiquement à l'amphithéâtre de la marine pendant le cours du mois de mars, et a été ensuite mise en pratique pour la première mois le 5 avril, sur quatre sujets : deux ouvriers d'artillerie, Michel Berennet et François Landourt, et deux condamnés du bagne, devant un nombreux concours de chefs de service, de professeurs, de chirurgiens de la marine et de médecins civils. Depuis cette époque j'ai fait des opérations multipliées ; elles ont été exemptes d'accidens primitifs ou consécutifs, et ont procuré pour l'étendue des mouvemens de l'œil les résultats les plus satisfaisans. Leur durée n'a jamais excédé deux minutes ; quelques-unes ont été terminées en moins de cinquante secondes.

FOULLIOY.

(1) Cette note nous est communiquée par M. le docteur Lucien Boyer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 14 septembre.

Epidémies. — A l'occasion de la correspondance, M. Nacquart a pris la parole pour appeler l'attention de l'Académie sur la convenance qu'il y aurait d'écrire aux membres correspondans pour obtenir des renseignemens précis sur chaque épidémie qui se manifeste, et de leur fournir des conseils utiles à la santé publique.

M. Renauldin croit que cela n'est pas toujours praticable, attendu que souvent la croyance sur l'existence d'une épidémie est fausse : il y a trois ou quatre malades dans une localité, cela ne suffit pas pour établir l'existence d'une maladie épidémique.

M. Desportes appuie la proposition de M. Nacquart. L'ancienne Société royale de médecine, à laquelle l'Académie a succédé, attachait une telle importance au sujet dont il s'agit, qu'elle consacrait chaque mois une séance à l'examen de la question relative aux épidémies. L'Académie pourrait et devrait au moins l'imiter sous ce rapport.

M. Dupuy voudrait que la proposition de M. Nacquart fût également étendue aux maladies épizootiques. L'Académie, dit-il, a été principalement chargée dans son institution de veiller à l'étude des épidémies et des épizooties, et aux moyens de les combattre ou de les prévenir.

M. Breschet explique ou plutôt rectifie une phrase de M. Desportes relative aux séances que la Société royale de médecine consacrait aux épidémies : c'était seulement la société fondée par Vicq-d'Azyr dont le but unique était de s'occuper des épidémies.

M. Bousquet déclare que le conseil d'administration a déjà voulu faire ce que M. Nacquart vient de proposer. Le conseil l'a fait encore dernièrement à l'égard de l'épidémie d'Auch : mais il a été impossible de rien obtenir de satisfaisant, parce que les médecins ne peuvent envoyer leurs observations que trop tôt ou trop tard, c'est-à-dire au début ou bien à une période avancée ; dans le premier cas, les détails sont imparfaits ou inexacts ; dans le second, il n'est plus temps ordinairement de profiter des conseils, la maladie touchant à sa fin avant qu'on leur réponde. Je crois en conséquence que la proposition de M. Nacquart n'aboutira à rien d'utile.

M. Renauldin explique pourquoi l'Académie, depuis qu'elle est instituée, n'a rien reçu relativement aux épizooties : c'est que les médecins vétérinaires envoient leurs rapports au ministre, et que le ministre les adresse à la Société royale et centrale d'agriculture.

M. Barthélemy reconnaît le fait exprimé par le préopinant, mais l'explication ne lui paraît pas exacte. Les vétérinaires envoient leurs travaux à la Société royale et centrale d'agriculture, non par l'intermédiaire du ministre, mais directement ; et cela parce que la Société leur accorde tous les ans des prix, des médailles, des mentions honorables.

M. Martin-Solon avait eu autrefois la même idée que M. Nacquart, et, lorsqu'il était secrétaire de la commission des épidémies, il avait proposé qu'on frappât tous les ans des médailles pour les médecins qui enverraient de bons travaux sur ce sujet.

(Clôture. Renvoi de la proposition à l'examen du conseil.)

Choléra. Anus artificiel. — *M. Cornac* demande la parole à l'occasion du procès-verbal, au sujet du rapport de M. Londe et de la lecture de M. Amussat sur l'anus contre nature. N'ayant pas assisté à la dernière séance, dit il, je n'entrerai pas aujourd'hui dans la double question de la contagion du choléra et de l'efficacité du sulfate de zinc dont il a été question dans le rapport ; mais je saisis cette occasion pour rappeler à l'Académie un fait curieux dont j'ai gardé le souvenir : c'est la coloration rouge de la substance de la racine des dents. Je conservais encore dans mon bureau un certain nombre de dents que j'avais extraites de plusieurs sujets qui avaient succombé à cette maladie dans mon service à l'hôpital du Gros-Caillou ; ces dents, les voici : je les présente à l'Académie comme un souvenir d'un fait curieux déjà mentionné dans le temps, mais oublié peut-être aujourd'hui.

(On fait circuler ces dents, qui sont réellement colorées d'une teinte rouge dans toute leur partie sous-alvéolaire.)

Un autre point sur lequel M. Cornac désire appeler l'attention de l'Académie est relatif à un malade opéré par M. Amussat ; et avec lequel il a eu des relations, ayant voyagé ensemble jusqu'à Rouen. Ce malade, qui était alors bien portant, lui exprima toute sa satisfaction pour les bienfaits qu'il avait retirés de l'opération que lui avait pratiquée M. Amussat. Son nouvel anus ne l'incommodait nullement, et il regrettait vivement que Talma et Broussais n'aient pas pu jouir des bienfaits de cette belle opération.

M. Duval avait observé le même fait de la coloration des dents chez les cholériques : M. Bégin lui en avait dans le temps fourni l'occasion. Ses recherches lui ont appris que la coloration existe dans la partie sous-corticale de la dent. M. Duval ajoute qu'il avait déjà observé, il y a quinze à vingt ans, dans le service de Laënnec à la Charité, une coloration analogue sur les dents d'individus qui étaient soumis à l'usage intérieur du nitrate d'argent.

M. Breschet témoigne toute sa satisfaction pour l'opération de M. Amussat, pour l'habileté avec laquelle il l'a exécutée, et les heureux

résultats qu'il a obtenus; mais il ne pense pas que chez Talma et Broussais, qu'il a soignés, l'opération de l'anus lombaire fût indiquée. L'autopsie, en effet, a fait voir que l'intestin n'était pas complétement oblitéré chez Broussais, car les matières étaient rendues sous forme de boudin, et il y avait souvent des débâcles qui arrivaient à jour et à heure fixes, et que Broussais savait parfaitement prédire un ou deux jours d'avance. Quant à Talma, il n'était pas plus opérable que Broussais; on sait en effet qu'il est mort d'un anévrisme au cœur qui s'est rompu, anévrisme qu'on a attribué à l'exercice de son état, à certains rôles qu'il était obligé de remplir, comme dans Oreste, par exemple. J'ai fait, dans le temps, visiter Talma par Dupuytren, et il pensa comme moi qu'aucune opération n'était applicable chez lui. Je ne souffre pas, par conséquent, qu'on vienne blâmer ainsi la conduite des chirurgiens qui ont soigné ces deux grands hommes. Si on ne les a pas opérés, c'est que chez eux l'opération n'était pas indiquée.

M. Cornac demande la parole pour un fait personnel. Ce que je viens de dire n'a eu nullement pour but de critiquer les chirurgiens qui ont soigné Talma et Broussais: je n'ai fait que répéter un regret exprimé par un malade opéré heureusement par M. Amussat, sans vouloir en faire aucune application. La pensée ni les paroles d'une pareille expression ne m'appartiennent, et assurément, personne ne peut s'en formaliser.

M. Bégin a aussi soigné Talma; il l'a plusieurs fois examiné et il a assisté à l'autopsie de son cadavre. Il n'adopte pas l'opinion de M. Breschet relativement à l'indication de l'opération. Si jamais, dit-il, l'opération de l'anus artificiel fut indiquée, c'est précisément dans le cas de Talma; l'intestin, en effet, n'était pas cancéreux, il était complètement oblitéré au-dessus du rectum par une coarctation égale et entière d'une portion de l'intestin qui était induré et comme squirrheux, mais au-dessus et au-dessous du rétrécissement l'intestin était sain, ce qui constituait une espèce presque unique de coarctation. Les matières fécales, qui avaient cessé complètement de couler, s'étaient collectionnées au-dessus, l'intestin s'était énormément dilaté et formait un sac qui bombait dans le rectum, de sorte que, par le toucher, on sentait la fluctuation et un véritable ballottement comme quand on touche une matrice qui contient le produit de la conception. J'avais, moi, proposé à Dupuytren une opération qui consistait, non pas à ouvrir un anus lombaire, mais bien à percer le sac intestinal pas le rectum, et former ainsi une sorte d'anus artificiel dans cet intestin; pour cela j'avais même imaginé une sorte de sonde particulière afin de prévenir l'épanchement. Dupuytren cependant n'a pas cru devoir adopter mon projet, et Talma est mort et de la constipation et de l'anévrisme. La question de l'anévrisme n'est pas ici en cause; elle pouvait sans doute contre-indiquer l'opération, mais on en ignorait l'existence jusqu'à l'autopsie.

M. Amussat. Je remercie MM. Cornac et Breschet de la bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu me traiter concernant l'opération sur laquelle j'ai lu un travail à l'Académie. Je suis bien aise de la dissidence qu'on vient d'exprimer relativement à l'indication de l'opération chez Talma. On vient de voir, par les raisons de M. Bégin, que l'opération était parfaitement praticable, si non aux lombes, au moins dans le rectum lui-même. J'ai la conviction qu'on aurait pu prolonger l'existence de ce grand homme. J'en dirai autant de Broussais, qui est mort après une constipation de vingt-un jours. L'opération était indiquée par cela même que le rectum n'était pas cancéreux à un degré très avancé.

La ponction par le rectum aurait pu sans doute réussir chez Talma, j'en ai la conviction d'après ce que j'ai observé moi-même, puisque la nature travaille pour ainsi dire dans ce but, l'intestin ayant été rencontré ulcéré dans ce sens.

M. Breschet soutient son opinion relativement à Broussais. Je ne pense pas qu'il y avait lieu d'opérer, puisque l'intestin n'était pas très rétréci. Au reste, il n'est pas facile de décider toujours la question sur le vivant, alors que des débâcles ont lieu de temps en temps, et que le malade est compétent sur la matière, comme Broussais. Qui oserait, dans ces circonstances, prendre sur lui la responsabilité d'une opération aussi grave, sur des hommes si haut placés?

M. Gerdy présente quelques remarques pratiques. Il adopte complètement l'opinion de M. Bégin, l'opération par le rectum lui paraissant beaucoup moins grave que celle de l'anus lombaire. Il l'a pratiquée plusieurs fois avec succès, surtout chez des enfans nouveau-nés. Dans un cas il n'y avait aucune trace extérieure d'anus, il a fait une incision à l'endroit de l'anus naturel, a exploré le tissu cellulaire pour y sentir d'abord des artères et les éviter, et il est enfin arrivé à une poche fluctuante qu'il a percée et dont il a maintenu béante l'ouverture après l'avoir dilatée à l'aide d'un stylet, d'une canule, d'une sonde cannelée et d'un bistouri. Dans les deux autres, les conditions étaient moins défavorables, l'opération a tout aussi bien réussi par la même région; l'un de ces derniers est âgé aujourd'hui de cinq à six ans, fils d'un Anglais, et se porte parfaitement. L'opération dont a parlé M. Bégin est très rationnelle et mérite l'attention des praticiens.

Un second point sur lequel M. Gerdy présente quelques remarques, est relatif à l'épanchement qui peut suivre la ponction. Cet épanchement est plus à craindre en opérant par les lombes que par le rectum. Du moment, en effet, que vous avez soin de vider la poche à l'aide d'une canule et de maintenir l'ouverture dilatée à l'aide d'une éponge, vous n'avez pas à craindre l'épanchement ou plutôt l'infiltration, car si les parties ne sont déjà pas adhérentes, la phlogose consécutive établit des adhérences salutaires.

Un troisième point digne d'attention est relatif aux dangers qui accompagnent les rétrécissemens du rectum. C'est sans doute une maladie grave que la constipation qui en résulte, mais il est beaucoup de personnes qui la tolèrent impunément pendant très long-temps. On connaît le cas de ce chirurgien qui est allé à la garderobe à Paris, est parti pour le Sénégal, fait la traversée sans évacuer, reste quelque temps là-bas sans aller à la selle et revient de nouveau à Paris, où il évacue seulement l'intestin, et cela lui est arrivé plusieurs fois sans aucun inconvénient sérieux pour sa santé. Il est des personnes qui peuvent rester impunément plusieurs semaines, plusieurs mois, sans aller à la garderobe. Cette circonstance est digne de reflexion et doit engager le chirurgien à ne pas se hâter dans tous les cas d'opérer lorsqu'il s'agit de rétrécissement simple. Il paraît que la nature emploie dans ces occurrences un procédé qu'on appelle débâcle et qui consiste à accumuler la partie liquide des matières à la partie inférieure, lesquelles se frayent un chemin de temps en temps et servent à liquéfier les excrémens consistans qu'elles entraînent au-dehors. Cela cependant n'a pas toujours lieu, et il est des cas où il serait imprudent de différer l'opération, mais il importe plus qu'on ne le croit de ne pas trop se hâter d'opérer. Je préfère, pour la généralité des cas, l'opération dont vient de parler M. Bégin, à la formation d'un anus lombaire.

M. Bégin revient sur les dangers de l'épanchement en opérant par le rectum dans des cas où le rétrécissement est haut, comme dans celui de Talma. L'épanchement, dans cette occurrence, pourrait avoir lieu, non dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais bien dans le péritoine; voilà pourquoi il avait proposé un trois-quart particulier, dont la canule avait pour but de prévenir cet accident.

M. Amussat ne pense pas que chez les enfans l'anus qu'on pratique par la voie périnéale soit préférable à l'anus lombaire. Quant à l'époque de l'opération, il pense comme M. Gerdy, qu'il ne faut pas trop se hâter; mais il ajoute aussi qu'il ne faut pas trop attendre; car cette attente pourrait compromettre le succès de l'opération et la vie du malade. Quand on a attendu 27, 30, 40, 50 jours, et que la constipation persiste, il est temps d'opérer, surtout si le malade ne rend même pas des gaz. (Clôture.)

Blépharectome; strabisme. — *M. Velpeau* fait un rapport favorable sur un petit instrument envoyé par un médecin de province, dont le but est de tenir les paupières écartées et de permettre de pratiquer des opérations sur les yeux sans le secours d'aides. Cet instrument, que l'auteur appelle blépharectome, n'est pas plus grand que deux doigts de la main. M. le rapporteur le trouve aussi utile qu'ingénieux, surtout pour l'opération du strabisme, et il dit l'avoir appliqué sur plus de 150 louches. (Remercîmens. Adopté.)

A la suite de ce rapport, M. Velpeau rapporte, de la part de l'auteur, une anecdote curieuse qui se trouverait imprimée dans le précis analytique des travaux de l'Académie de Rouen, imprimé en 1803 ou 1804. Il s'agit d'un charlatan qui, au dire de Lecat, opérait et guérissait les louches, en 1743, en coupant un des muscles de l'œil, c'est-à-dire, peut-être un tendon, ce qui ferait croire que la strabotomie serait née en France vers la fin du dernier siècle.

M. Bouvier ne trouve pas cette donnée suffisante pour ôter à M. Dieffenbach l'honneur de l'invention.

M. Velpeau ne veut rien enlever de ce qui revient à M. Dieffenbach dans cette opération; mais le véritable inventeur est incontestablement Stromeyer, qui l'a non-seulement imaginée, mais encore exécutée sur le cadavre et décrite. M. Dieffenbach a mis le premier à exécution sur le vivant l'idée de Stromeyer. Au reste, il pense comme M. Bouvier, qu'il y a, si l'on veut, du vague dans l'indication de Lecat, mais le fait n'en est pas moins curieux.

Syphilides, scrofules. — *M. Gibert* lit un travail sur le sirop de deuto-iodure de mercure pour la guérison des syphilides et des éruptions scrofuleuses qui ont résisté aux traitemens ordinaires. Nous en rendrons compte lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Commissaires: MM. Cullerier, Jolly, Lagneau.)

M. Cornac fait remarquer qu'il s'agit de faire un rapport sur un sirop préparé par un pharmacien dont on a donné l'adresse. La commission examinera cette circonstance.

Présentation. — *M. Bérard* présente:

1° Une pièce pathologique curieuse. Il s'agit d'un vieillard qui est mort avec des symptômes analogues à ceux de l'apoplexie. Comme il avait offert une sorte de battement dans le cou, on a disséqué cette partie, et l'on a trouvé un morceau de viande arrêté dans le pharynx, dont la présence avait comprimé le larynx et causé une suffocation mortelle.

2° Un polype fibreux de la matrice qu'il a attiré du fond de cet organe à fleur de lèvres (textuel) après avoir fendu le col utérin à droite et à gauche; le volume de ce polype est égal à celui d'un petit citron.

3° M. Bérard annonce qu'il y a dans son service un malade qui offre tous les caractères du farcin, ce qui confirme l'opinion émise par M. Leblanc sur l'identité de la nature de cette maladie avec la morve.

MM. Bouvier et Nacquart ont chacun observé un corps étranger dans le pharyx ou le larynx, analogue à celui dont on vient de parler.

Séance levée à cinq heures.

— Il y a eu cette année un avortement épidémique de vaches, et beaucoup d'agriculteurs se sont inquiétés des causes qui produisaient ces accidens. M. Bodin, directeur de l'Ecole d'agriculture des Trois-Croix, a observé que le seigle et beaucoup de graminées contenaient une quantité considérable de grains ergotés; et il a conclu que les avortemens, si fréquens cette année, étaient dûs à ces grains. Il est certain que les propriétés absorptives du seigle ergoté trouvent là une singulière analogie. Cette observation mérite d'être continuée; il serait curieux de savoir si toutes les graines ergotées ont la même propriété.

— On écrit de Breslau, le 4 septembre:

« Avant-hier on a inauguré l'hôpital fondé dans notre ville pour les israélites pauvres, par M. Jones-Salomon Fraenkel, moyennant le don de la somme de 75,000 rixdales (270,000 fr.). A cette solennité assistaient non-seulement le consistoire, les rabbins et les notables israélites, mais toutes les autorités civiles et militaires de Breslau, ainsi qu'un grand nombre d'ecclésiastiques catholiques et protestans et autres personnages distingués de tous les cultes.

» A la fin de la cérémonie, M. Fraenkel a remis à l'administration de l'hôpital un acte par lequel il fait à cet établissement un nouveau don de 25,000 rixdales (90,000 fr.), et en même temps il a remis à M. le premier bourgmestre de Breslau un mandat sur la Banque de la somme de 600 rixdales (2,160 fr.), destinée à être distribuée aux indigens de cette ville. »

— On écrit de Brunswick, le 4 septembre:

« Le lundi, 20 de ce mois, s'ouvrira dans notre capitale un congrès de naturalistes qui comptera environ 700 membres, et dont la durée sera d'un mois environ. »

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 113, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1° *Emphysème pulmonaire général.*

Au n° 12 de la salle Saint-Louis est couché un malade âgé de trente-cinq ans, chez lequel la dyspnée s'est montrée dès la plus tendre enfance, et se reproduit par intervalles avec une intensité plus grande. Cet homme a éprouvé depuis cinq ans deux maladies de poitrine, dont l'une paraît avoir été une pneumonie violente.

Le 7 septembre, la dyspnée, qui augmenta tout à coup, força le malade à abandonner ses occupations; elle s'accompagna d'une douleur qui occupait la base de la poitrine, et plus particulièrement l'hypochondre gauche.

Les crachats étaient rendus avec effort, et contenaient quelques stries de sang. Le malade, examiné le 11, présenta tous les symptômes d'un emphysème ancien et occupant les deux poumons. La poitrine, couverte de muscles épais, était fortement bombée, le creux sous-claviculaire effacé. En arrière, le thorax présentait vers sa partie inférieure une saillie remarquable; le bruit respiratoire, complétement aboli dans la totalité du thorax, était remplacé par des râles ronflans, et surtout sibilans, qui s'entendaient presque exclusivement pendant l'expiration. La poitrine offrait un excès de son dans tous les points, et résonnait fortement au niveau des saillies indiquées. Les crachats, purement muqueux, étaient visqueux, aérés, et expectorés avec peine; les battemens du cœur lointains, bien que leur timbre fût normal. Pouls à 72; respiration, 128.

Les symptômes que nous venons d'analyser ne laissaient aucun doute sur l'existence d'un emphysème pulmonaire intense, dont l'origine remontait à une époque fort ancienne, puisque la conformation du thorax était modifiée depuis assez long-temps. La bronchite pouvait-elle être considérée, dans ce cas particulier, comme la cause de la dilatation vésiculaire? Le malade racontait qu'il était sujet à s'enrhumer; mais il est évident que la maladie des bronches n'a pu être la cause première des accidens observés aujourd'hui; car leur apparition remonte à la plus tendre enfance; seulement on peut soutenir avec quelque raison que les obstacles apportés à l'introduction de l'air par les bronchites successives auxquelles le sujet est exposé, ont pu concourir à rendre plus intense et à exagérer une disposition morbide pour ainsi dire congénitale. On y trouve aussi une preuve en faveur de l'opinion qui attribue la production de l'emphysème à des causes très différentes, parmi lesquelles nous citerons spécialement une dilatation congénitale des vésicules pulmonaires, les efforts considérables d'expiration, quelle qu'en soit la cause, la bronchite, les maladies du parenchyme pulmonaire et celles du cœur, qui portent un obstacle passager ou continu à l'hématose.

Une première indication thérapeutique se présentait d'abord : c'était d'agir sur les voies respiratoires, dans le but de désemplir la circulation pulmonaire; la saignée semblait être un moyen actif pour arriver à remplir cette indication. En conséquence, une large saignée fut pratiquée, et n'apporta pas le soulagement qu'on était fondé à attendre de son emploi. Ceci nous fournit une occasion de plus d'observer que l'emphysème doit être considéré comme une maladie entièrement traumatique, qui n'exerce aucune influence sur la composition du sang.

En effet, le caillot obtenu n'offrit aucune espèce de couenne, et de plus il était mou et presque diffluent, bien que le sujet fût d'une constitution vigoureuse et pléthorique. Un autre mode de traitement fut mis comparativement en usage : on administra deux grains d'émétique afin de déterminer une dérivation salutaire sur la sécrétion des bronches. Cet agent n'eut pas une efficacité plus grande que l'autre remède, et la maladie, qui continua à suivre son cours habituel, fut surtout modifiée par le repos et les conditions hygiéniques nouvelles dans lesquelles se trouva placé le malade.

2° *Affection organique du foie.*

Roussel, âgée de vingt-sept ans, a été couchée au n° 17 de la salle Sainte-Marthe le 9 septembre. Il y a cinq mois, cette femme éprouva une suppression menstruelle; deux mois après survinrent dent des coliques; plus tard des vomissemens apparurent, un malaise général toujours croissant les accompagna, et enfin un œdème des membres inférieurs fut bientôt suivi d'un épanchement ascitique. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade fut forcée de s'aliter, et la peau commença à se colorer en jaune. Jamais elle ne ressentit de douleur vers l'hypochondre ni aucun symptôme de dyspepsie.

La constitution de Roussel est assez robuste; l'œdème des membres est prononcé, la coloration ictérique très intense, le figure un peu bouffie; respiration nette et pure; pouls à 96. Le premier bruit du cœur est accompagné d'un léger bruit de souffle; le second bruit est bref et presque avorté. La langue est sèche, collante et couverte d'un enduit noirâtre. La soif est vive, l'appétit conservé; le ventre contient une quantité considérable de sérosité que l'on parvient à déplacer avec la main lorsque l'on cherche à apprécier le volume du foie. Lorsqu'on a déprimé ce liquide, on arrive sur une tumeur formée évidemment par l'organe dont nous parlons, lequel descend jusque vers le flanc droit, au niveau de l'ombilic. On peut sentir des bosselures inégales et saillantes, dont quelques-unes sont mollasses, qui recouvrent sa surface antérieure; les fonctions digestives ne sont pas troublées; les urines, rendues en petite quantité, sont bourbeuses, et laissent déposer un sédiment rougeâtre qui se dissout par la chaleur et l'addition d'une grande quantité d'acide nitrique; de plus, ce réactif y fait naître un principe d'une couleur vert foncé.

On ne pouvait guère hésiter sur la nature de la maladie; le développement successif de l'œdème, de l'ascite, la coloration jaune de la peau et les autres signes physiques fournis par la percussion, la palpation et le ballottement, devaient faire admettre une affection chronique du foie, mais celle-ci pouvait consister en une cyrrhose ou en une hypertrophie. L'accroissement du foie excluait la première supposition; restait donc à examiner s'il existait une simple hypertrophie, mais les bombures, les inégalités de l'organe, l'œdème et l'ascite devaient faire admettre que la lésion était d'une autre nature et beaucoup plus grave. La marche ultérieure de la maladie ne laissa d'ailleurs aucun doute sur le diagnostic porté dès le début. Pendant le court séjour que la malade fit à l'hôpital, il survint un vomissement de sang, et presque tous les jours une épistaxis abondante. Ces deux accidens dénotent, à notre avis, une modification profonde survenue dans le sang, et par suite dans toute la constitution du sujet, modification qui était encore annoncée par les symptômes typhoïdes qui se sont manifestés, tels que la prostration, la sécheresse et la fuliginosité de la muqueuse buccale. En présence de cette altération du sang et de ces désordres graves, on ne peut méconnaître l'influence qu'exerce sur la composition du sang le travail particulier d'élaboration qui s'opère dans le foie. Les fréquentes hémorrhagies qui s'effectuent à la surface des membranes muqueuses et sous la peau (pétéchies, ecchymoses), chez les sujets qui succombent à ces maladies du foie si fréquentes dans les pays chauds, nous paraissent dépendre en effet de l'altération du sang.

Fièvre typhoïde, forme ulcéreuse. Convulsions. Cas grave.

Brunet, âgé de dix-huit ans, à Paris depuis deux ans, maçon, habite dans une chambre avec douze de ses camarades (ils couchent deux à deux). Il entra le 3 septembre à la Charité, au troisième jour de sa maladie, qui a débuté par de l'anorexie, du dégoût, de la diarrhée, une céphalalgie intense.

Le jour de son entrée il offre les signes les plus tranchés d'une affection typhoïde des plus intenses. Stupeur, prostration, injection du visage,-sub délirium, deux taches rosées, point de sudamina, râle sibilant dans toute la poitrine, toux continuelle, dyspnée; pouls à 108, régulier; fuliginosités sur les dents et sur les lèvres, langue aride, avec enduit blanchâtre, sans rougeur, dévoiement et selles involontaires, ventre peu douloureux, gargouillement. Rate dépassant de trois travers de doigt le bord des côtes.

On soumit d'abord le malade à la médication évacuante. Un émétique et le sulfate de soude (0gr.,40) furent employés le premier, le second et le troisième jour. Le délire cessa, et l'état général du sujet parut s'améliorer, l'éruption de papules

FEUILLETON.

ÉTUDES DE PHILOSOPHIE MÉDICALE.

I.

Quoi qu'on en ait dit, je ne crois pas qu'il existe et qu'il ait jamais existé une école qui, faisant abstraction d'une des plus belles facultés de l'intelligence humaine, ait professé que devant les problèmes de notre science l'esprit pût et dût rester dans un état de passivité complète. Dans aucun enseignement, dans aucun livre une telle proposition n'a été émise; proposition impossible et par conséquent absurde. La seule dissidence réelle et sérieuse qui ait divisé les esprits consiste en ceci : sur quels matériaux peut-on faire agir l'analyse et procéder à la recherche des principes généraux? à quelles limites l'observation pure et brute doit-elle arriver pour que ses résultats puissent être fécondés par l'induction? La solution de ces deux questions est, en effet, différemment donnée par les médecins modernes. Tous ont senti que sur cette solution reposaient les fondemens de toute philosophie médicale, et même c'est elle qui caractérise aujourd'hui les principes professés par les diverses écoles. Je n'ai pas l'intention d'inventorier ces principes, et d'exposer l'état actuel des opinions sur ce point; je n'ai d'autre but que de dire, avec toute la liberté que comporte ce journal, mes idées sur ce sujet réellement grave, et qui touche aux plus hautes questions historiques et pratiques.

Une confusion déplorable règne parmi nous sur la manière dont il convient d'étudier les différentes branches de notre science, et sur les résultats divers que ces études procurent. Ce que nous appelons science médicale est, de toutes les sciences, la plus complexe, la plus composée d'élémens distincts et souvent hétérogènes. A première vue, rien ne semble plus harmonique et plus log que que cet e chaîne d'études successives commencées sur la nature morte, continuées sur la nature vivante et normale, pour se terminer à la nature vivante et anormale, c'est-à-dire malade. Ainsi, anatomie, physiologie, clinique (et tout cela pris dans le sens le plus large), tel est le trépied sur lequel il semble que dût solidement reposer la science du médecin, tel est le cercle dans la circonférence duquel il dût trouver tous les élémens de ce grand problème, l'homme malade. En est-il ainsi? Non, non assurément! Cette fibre que le scalpel isole, que grossit le microscope, que dissout le réactif, ne peut plus être pour le physiologiste un fragment de matière dont il suffise de connaître les qualités physiques et chimiques. Ce fragment inerte et mort, isolé et sans rapports avec l'ensemble, a été doué de ce quelque chose de complétement indéfinissable que nous appelons la vie; tout à l'heure il jouissait de propriétés merveilleuses, de tonicité, de sensibilité, de plasticité, et ses liaisons avec l'ensemble étaient tellement délicates et fines que de cette fibre la plus petite fibrille excitée éveillait dans l'organisme entier des sympathies rapides, des réactions inattendues. Admirable clavier dont une seule touche fait vibrer et résonner tout l'instrument! magnifique ensemble où les sens ni l'esprit ne peuvent percevoir la moindre solution de continuité!

On le voit déjà, sur ces deux parties de notre science si intimes en apparence, si isolées en réalité, les mêmes moyens d'investigation n'ont plus la même puissance, ne conduisent plus aux mêmes résultats. L'observation sur la nature morte fera découvrir la forme, la structure, les rapports de position, etc., de l'estomac; mais cette observation, fût-elle éternelle, ne donnera jamais la clé des fonctions de cet organe; elle ne dira jamais, par exemple, comment deux organes dont la composition anatomique est presque identique, la vessie et l'estomac, sont cependant chargés de fonctions si complétement différentes. Il n'en faut pas cependant conclure que ce moyen soit infructueux et stérile dans les études physiologiques; il faut seulement lui donner une importance relative; il faut être bien convaincu surtout que la science de la vie ne se trouce pas tout entière dans l'observation de la nature morte.

Celle-ci a-t-elle une grande valeur dans l'étude de l'homme malade, dans les recherches cliniques? On sait avec quelle ferveur et quel enthousiasme fut accueillie et cultivée l'anatomie pathologique; on se rappelle ses magnifiques promesses : nous avons sous les yeux ses innombrables déceptions. A l'heure qu'il est, sur un sujet qui a été l'objet de discussions inouïes, sur une de ces questions où il semble qu'il ne faille qu'un scalpel et des yeux pour la résoudre, l'inflammation, en un mot, où en est l'anatomie pathologique? Ce n'est plus au sein des tissus que le clinicien en cherche les traces; en vain, comme dans la fièvre typhoïde, trouvera-t-il tuméfaction, rougeur, ulcération même; ces caractères ne suffisent plus, ils sont détrônés. — Où se trouvent-ils donc? — Dans quelques gouttelettes de sang, au fond d'un verre à réactifs!.... La fibrine est, pour le quart d'heure, le pivot de la pathologie, et sur les globules du sang je vois poindre de loin toute une théorie nosologique. La réaction contre l'anatomie pathologique, comme toutes les réactions, a été cependant injuste et immodérée. Nul doute qu'elle n'apporte son contingent de vérités aux recherches cliniques, et la bannir de leur domaine serait faire une faute plus grossière que la prendre pour unique base de la thérapeutique.

Entre la physiologie normale et la physiologie pathologique trouvons-nous des points de contact plus immédiats et plus nombreux? En apparence, oui; en réalité, non. — Voici un homme qui vient de faire une course rapide : touchez son cœur, il bat avec violence; en voici un autre qui présente cet appareil de symptômes désigné par le nom de fiè-fièvre : touchez son cœur, il bat aussi avec violence; chez tous les deux, mêmes phénomènes physiques en apparence : mais pour le pathologiste quel abîme immense les sépare! — Et la physiologie qu'on pourrait appeler thérapeutique, pensez-vous qu'elle tire toujours ses enseignemens de la physiologie normale? Donnez éternellement du quinquina à des sujets bien portans, apprendrez-vous par là les vertus si constantes et si mystérieuses de l'écorce péruvienne? Donnerez-vous impunément à un homme bien portant, comme vous le faites à un pneumonique, 30 et 40 centigrammes d'émétique? et connaissez-vous beaucoup d'hommes valides qui supportent, comme la plupart des fiévreux, vingt et trente jours d'abstinence?

De tout ceci je veux conclure, comme je l'ai fait pressentir en commençant, que les diverses parties dont l'ensemble constitue ce que nous désignons par le nom de sciences médicales, sont extrêmement variées, différentes les unes des autres; que leur étude ne peut pas être faite au moyen d'une méthode générale applicable à toutes, et que les résultats scientifiques ou d'applications sont variables, dans leur degré de certitude, précisément en raison de la méthode suivie dans cette étude. Ainsi, pour en revenir aux questions importantes qui divisent les esprits, je crois que, posées d'une manière aussi générale, elles ne peuvent donner lieu qu'à une solution décevante, et qu'il faut nécessairement les diviser pour arriver à quelque certitude. Sur quels matériaux peut-on faire agir l'analyse et procéder à la recherche de principes généraux? La réponse est évidemment impossible d'une manière absolue. De même pour celle-ci : A quelles limites l'observation pure et brute doit-elle arriver pour que les résultats puissent être fecondés par l'induction? Si vous parlez de la science anatomique, la réponse sera tout à fait différente que lorsque vous parlerez de la science physiologique, plus différente encore lorsqu'il s'agira de la science pathologique. Il y a, en effet, entre ces trois sciences la même différence qui existe, par exemple, entre l'astronomie, la physique et la météorologie. De ces trois sciences, vous n'arrivez pas à connaître les principes généraux à l'aide des mêmes moyens. En astronomie, l'observation suffit parce que les phénomènes sont simples et constans; en physique l'observation ne suffit plus, il faut y joindre l'expérimentation, ca les phénomènes se compliquent et perdent de leur immobilité; en météorologie enfin, phénomènes complexes variables, d'une mobilité extrême; aussi l'observation n'acquiert de valeur qu'après une durée excessive, et l'expérimentation y est-elle à peu près impossible. Ne demandez donc pas à ces sciences une méthode générale pour découvrir leurs faits et leurs principes, car il n'en existe pas. N'en demandez donc pas non plus aux sciences médicales, qui n'en peuvent avoir, et selon leurs diverses parties, employez la méthode convenable.

C'est pour la pathologie seulement que je veux essayer de donner

et de sudamina devint plus confluente; les râles offraient la même étendue, les selles étaient toujours involontaires.

Le 7 septembre, la maladie avait suivi sa marche habituelle, sans paraître influencée par l'emploi des purgatifs. La prostration, l'état de la poitrine, l'absence de toute réaction, l'insensibilité du ventre, parurent indiquer l'usage des toniques. Nous fîmes choix du sulfate de quinine, qui fut administré à la dose de 6gr.,6. On aida l'action de ce remède par l'usage d'une infusion de quinquina et des fomentations de vin de quinquina.

Trois jours après (le 10), la médication tonique avait produit une amélioration notable, et l'adynamie avait beaucoup diminué. Les lèvres, les dents et la langue s'étaient nétoyées; les mouvemens étaient plus libres, l'intelligence du malade tout à fait présente, le sommeil tranquille; les urines et les selles étaient rendues volontairement; les râles, que l'on avait jusqu'alors entendus dans le thorax, étaient moins étendus; l'expectoration se faisait plus facilement; le pouls, qui avait toujours été fréquent, s'était ralenti, et battait 68 fois: tout à coup il offrit (le 10) des intermittences complètes qui revenaient quatre ou cinq fois par minute.

Cet ensemble de symptômes nous faisait concevoir quelques espérances sur le sort du malade, lorsqu'il fut pris, à la visite du 2, de mouvemens convulsifs dont les caractères ne peuvent ressortir que par une description. Nous fûmes témoins de cette sorte d'attaque, qui fut annoncée par un cri que poussa le malade, lequel fut aussitôt suivi de deux ou trois mouvemens convulsifs des membres supérieurs, bientôt remplacés par une flaccidité complète. En même temps la respiration se suspendit, ainsi que les battemens du cœur et les pulsations des artères radiales. Les lèvres restent fermées, sans écume; les paupières affaissées et la face pâle et décolorée. Au bout d'une minute environ, ces symptômes se dissipèrent, et le malade recouvra de suite l'intelligence et put répondre aux questions. Ces convulsions se reproduisirent plusieurs fois dans la nuit du 12 au 13, et le 13 le malade succomba, sans agonie, immédiatement après une de ces attaques.

Nous avons dû, pendant la vie du sujet, discuter la valeur diagnostique et pronostique de cette sorte de convulsions; nous nous sommes demandé si le malade, sujet aux attaques d'épilepsie, n'aurait pas éprouvé quelqu'un des symptômes de ce mal; mais il fut évident que ses convulsions n'offraient aucun rapport avec l'épilepsie; il y avait plutôt une sorte de collapsus qu'une série de convulsions toniques et cloniques; il nous parut vraisemblable qu'elles avaient leur source dans la perturbation du système nerveux, de même que les intermittentes dans la contraction du cœur et l'adynamie dont tous les organes avaient offert tant de signes. Sans craindre une issue aussi rapidement fatale, nous eûmes de graves inquiétudes sur la terminaison de la maladie.

L'ouverture du cadavre offrit plus d'un genre d'intérêt. Nous devions rechercher s'il existait quelque lésion des centres nerveux qui pût expliquer les symptômes convulsifs survenus pendant la vie. Nous avions à l'avance déclaré qu'ils ne nous paraissaient tenir qu'à un symptôme, modification anormale des fonctions du système nerveux, et que dès-lors nous ne trouverions aucune lésion appréciable. Nous ne pûmes, en effet, constater aucune altération de l'encéphale ni de ses membranes; il n'y avait même pas l'injection que l'on rencontre sur beaucoup de sujets.

L'intestin, examiné dans la partie supérieure du jéjunum, et de l'iléum, n'offrait aucune hypérémie ni aucune coloration morbide. A peine trouvait-on quelques traces de l'injection cadavérique. Vers la fin de l'intestin grêle, existaient vingt-deux ulcérations ayant un centimètre au plus de diamètre; elles étaient toutes arrondies; la première comprenait l'épaisseur des tuniques intestinales et avait pour fond la membrane séreuse; d'autres, en petit nombre, s'arrêtaient dans l'épaisseur des fibres musculaires; d'autres, enfin, en plus grande quantité, n'avaient érodé que la muqueuse. Les follicules isolés n'offraient aucune saillie, et ce n'était qu'avec peine qu'on pouvait les apercevoir vers la valvule iléo-cœcale.

Les follicules agminés (glandes de Peyer), non-seulement *ne présentaient aucune saillie ni aucune modification de texture appréciables*, mais encore *ils étaient moins apparens* qu'on ne l'observe d'habitude sur les cadavres des malades qui succombaient à diverses maladies autres que la fièvre typhoïde. — Les ganglions mésentériques étaient volumineux; quelques-uns, ramollis, renfermaient une matière purulente réunie en petits foyers. — Le gros intestin était parfaitement sain. — La rate était triplée de volume, mais non ramollie. — Le foie, double de volume, était fortement congestionné en deux substances bien distinctes. — On observa encore l'hypertrophie du rein gauche; la substance corticale avait envahi deux cônes à la partie inférieure. Les urines ont offert une faible quantité d'albumine.

A cette autopsie peuvent se rattacher des considérations du plus haut intérêt, relativement à la nature et au traitement de l'affection typhoïde. Il est impossible de ne pas être frappé tout d'abord du peu de rapports qui ont existé chez ce sujet entre la violence, la généralisation de tous les symptômes, et la faible étendue des altérations trouvées sur le cadavre. Vingt petites ulcérations étrangères aux follicules intestinaux des deux ordres, telle est l'unique altération que l'on a pu constater à l'autopsie. Qui aurait attribué à un désordre aussi peu considérable l'ensemble des phénomènes très graves qui ont entraîné la mort?

Comment ces ulcérations ont-elles pu déterminer seules cette perturbation profonde dont le système nerveux a été le siége, donner naissance aux râles que l'on attribue, si mal à propos, à une bronchite, produire l'hypertrophie de la rate et l'altération profonde du sang qui a été constatée en pareille circonstance? Certes, ceux qui supposent que les accidens de la fièvre typhoïde se rattachent à une ulcération inflammatoire des follicules de l'intestin, s'arrêteront devant ce fait, et d'ailleurs, il faudrait auparavant démontrer que les ulcérations que nous avons décrites dépendaient évidemment d'un travail inflammatoire. L'intégrité de la muqueuse environnante, la pâleur des tissus, l'absence de toute injection prouvent que ce travail n'a pas existé.

On soutiendra peut-être que l'ulcération est de nature spécifique dans les fièvres typhoïdes: or, ici, l'ulcération étrangère aux follicules soit agminés, soit isolés, ressemble sous tous les rapports à l'ulcération que l'on rencontre dans d'autres maladies. Ajoutons enfin que l'emploi des émissions sanguines n'était nullement indiqué dans un cas où un travail morbide aussi minime siégait dans l'intestin. Il est difficile d'admettre qu'elles auraient eu quelque prise sur les autres accidens, dont le plus léger dépassait encore en intensité les désordres rencontrés dans l'intestin.

DU CANCER DE LA VESSIE.

Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences;

Par le docteur Civiale.

L'usage est devenu assez général de considérer le cancer de la vessie comme formant une classe à part au milieu des maladies dont le réservoir de l'urine peut être atteint. On perd ainsi de vue qu'il n'est, à proprement parler, qu'un mode de terminaison de plusieurs autres états morbides. Mais cette hypothèse n'a rien qui doive nous surprendre. En effet, l'insuffisance des moyens d'exploration accrédités jusqu'à nous, l'absence presque complète de symptômes propres à faire découvrir le début de la maladie, ou du moins le défaut de caractères spéciaux dans ceux qui peuvent exister, et qui appartiennent également à beaucoup d'affections vésicales, devaient concentrer l'attention entière sur les graves désordres qui éclatent quand le mal, après un grand développement, a subi la dégénérescence cancéreuse. D'ailleurs, après la mort, c'est le cancer surtout qui frappe les yeux. Aussi Desault, Chopart et autres auteurs non moins estimés ne parlent-ils que de lui, sans faire mention des engorgemens prostatiques, des fongus, etc., qui en avaient été les formes primitives.

D'un autre côté, les dénominations de cancer et de carcinôme ont été improprement étendues à des tumeurs qui n'avaient nullement ce caractère, puisqu'elles sont demeurées stationnaires ou même ont disparu lorsqu'on est parvenu à en écarter les causes. Par exemple, Chopart qualifie de fongus sarcomateux une tumeur lisse, dure, à base large et du volume d'une noisette, que Deschamps rencontra dans la vessie d'un enfant de douze ans, auquel il pratiquait la cystotomie pour un calcul vésical. Cette tumeur occupait la partie antérieure et un peu latérale droite de la vessie, à un pouce de l'orifice urétral. Elle fut reconnue également par Boyer et Chopart, qui assistaient à l'opération. On ne fit aucun traitement particulier, et l'enfant sortit guéri de l'hôpital au vingtième jour. Certes, s'il se fût agi là d'un carcinôme, le résultat aurait été bien différent.

C'est donc par abus des mots, autant que par suite du vague des moyens diagnostiques, qu'on a tant prodigué les appellations de cancers, de carcinômes et autres synonymes, aux tumeurs de la face interne de la vessie, qui ne les méritent qu'autant qu'elles ont subi les transformations et les dégénérescences constituant le cancer proprement dit.

Quoi qu'il en soit, plusieurs des tumeurs vésicales internes dont j'ai tracé l'histoire prennent un caractère cancéreux en vieillissant. Je sais que Chopart et autres ont émis une opinion différente; mais évidemment ils se trompaient, et, pour s'en convaincre, on n'a qu'à suivre pas à pas le développement des excroissances fongueuses de la vessie.

Sous quelle influence ces transformations s'opèrent-elles? L'observation ne nous apprend rien là-dessus. Nous les voyons survenir dans des cas où l'on aurait cru ne pas devoir s'y attendre, tandis que, dans d'autres cas où elles semblaient imminentes, la tumeur restait stationnaire. A la vérité, ce sont là des exceptions; car, en général, parmi les tumeurs dures, mamelonnées, tuberculeuses, les unes ont de la tendance à se ramollir, à suppurer, à se détruire, en un mot, à revêtir les caractères spéciaux de ce genre de dégénérescence; les autres dégénèrent sans ramollissement notable.

J'ajouterai quelques faits nouveaux au petit nombre de ceux dont la science est déjà en possession et qui sont assez incomplets pour que de graves auteurs se soient crus autorisés à nier l'existence des cancers vésicaux. Je regrette de me trouver ici en opposition avec des hommes recommandables qui professent que le cancer de la vessie est extrêmement rare. Ils s'appuient sur ce que Chopart et Desault n'en ont cité qu'un exemple chacun. De tels témoignages sont certainement respectables; mais ils ne doivent faire loi qu'autant que l'expérience s'accorde avec eux, et c'est ce qui n'a point lieu ici. On a d'autant plus de peine à comprendre leurs doutes que, dans les cas cités par eux, il y avait plutôt squirrhe que can-

---

une solution aux questions plus haut émises. Limitée dans ce cercle, ma discussion sera moins longue et plus immédiatement relative à nos travaux de tous les jours. Il est besoin pour cela de bien préciser les termes: aussi vais-je d'abord rechercher ce qu'il faut entendre par ce qu'on appelle matériaux ou *faits* en médecine, et aussi par ce mot si banal, si diversement compris, si singulièrement employé, l'*observation*.

Amédée Latour.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Lettre adressée par M. Leroy-d'Etiolles *à l'Académie des sciences,*

(Séance du lundi 13 septembre).

Monsieur le Président,

L'Académie, dans sa dernière séance, a été appelée à prononcer sur un incident de la querelle engagée depuis long-temps entre le bistouri et les procédés mécaniques.

Tout en disputant pied à pied le terrain à la lithotritie, l'instrument tranchant a vu peu à peu restreindre son domaine: les pierres volumineuses, les pierres dures, les pierres multiples (j'en ai extrait, *sans incision*, 282 à un chirurgien membre de l'Académie de médecine), les pierres compliquées de fongus, de rétention d'urine, certaines pierres enchatonnées, sont devenues successivement accessibles au broiement; et voilà que je prétends extraire de la vessie, par les voies naturelles, de petites tiges métalliques, des portions d'instrumens lithotribes qui se seraient rompus par suite d'une confection vicieuse ou d'une application imprudente; c'est-à-dire que je veux enlever encore à la taille une de ses applications qui semblait la mieux acquise. Cette prétention a été repoussée tout d'abord et sans enquête dans un rapport fait par M. le baron Larrey, au nom d'une commission dont faisaient partie MM. Breschet et Roux; il y est dit: « Qu'il serait plus rationnel, plus simple, et d'une exécution plus facile, de pratiquer au périnée une incision qui s'étendrait jusqu'au col de la vessie, » (c'est-à-dire de faire la taille). Personne plus que moi ne professe pour MM. les membres de la commission, et en particulier pour son illustre rapporteur, plus de respect; personne n'a plus de déférence pour les opinions d'hommes aussi éminens dans la science; et pourtant, je ne puis me dispenser de former opposition au jugement qui frappe mes procédés, et d'en appeler à l'avenir et à l'expérience. Il n'est pas douteux que si l'extraction par les voies naturelles est possible, elle ne soit préférable à l'opération de la taille: or, cette extraction est-elle possible? Oui, puisqu'elle a eu lieu une fois, entre autres, sur un enfant de six ans, dans le service et en présence de M. Breschet, qui apparemment l'avait oublié. Si la commission voulait ne s'en rapporter qu'à un nouvel examen, il était facile de simuler cette extraction sur le cadavre; mais elle l'a dit, elle n'a pas jugé à propos de faire cette expérience, elle ne m'a demandé, même pour la forme, aucune explication, aucun renseignement. Le motif principal d'exclusion mis en avant dans le rapport est tiré du *volume des instrumens*. Cette assertion est, sans nul doute, le résultat d'une erreur que je ne comprends pas, et qui n'aurait pas eu lieu si j'avais été mandé devant la commission. En effet, je joins à cette note des instrumens que j'applique à l'extraction d'épingles et d'autres corps de cette nature (on sait que le cas n'est pas très rare): leur ténuité permettrait d'en faire usage sur un enfant de trois ans. Leur disposition et leur manœuvre sont on ne peut plus simples. Il y en a, il est vrai, de plus compliqués, avec lesquels des tiges de fer, telles que des mandrins de sonde, peuvent être repliées sur elles-mêmes, tordues, coupées par petits tronçons. Mais en admettant que ces instrumens aient surpris, effrayé même des chirurgiens qui ont plus l'habitude du bistouri que des procédés mécaniques, ce n'était pas une raison pour les comprendre tous dans la même proscription. Je dirai donc au corps médical: « Le rapport qui déclare d'une manière absolue l'incision comme indispensable pour l'extraction des corps métalliques tombés ou introduits dans la vessie, est l'expression très consciencieuse des impressions, des convictions formées *à priori* de MM. les membres de la commission, mais non le résultat d'un examen sérieux et d'expériences. Ne pensez donc pas, vous appuyant sur ce rapport, être à l'abri de tout reproche, lorsque vous recourrez à la taille sans avoir essayé l'extraction par les voies naturelles; car, je le répète, ce que l'on vous dit impossible a été fait, et pourra être exécuté désormais plus facilement et plus innocemment encore. » L'Académie, j'en ai la conviction, ne se trouvera pas blessée de ce langage. Etablir des règles et des préceptes, formuler la science et lui tracer des limites, n'est pas dans ses habitudes; elle sait trop bien que ce qui semble impossible aujourd'hui demain peut-être aura cessé de l'être. Quant à mon vénéré maître, M. Larrey, je me flatte qu'il ne m'en voudra pas de ma résistance; j'espère que de nouveaux faits modifieront ses opinions, et qu'il regrettera les paroles tant soit peu dures avec lesquelles il vient d'accueillir mes efforts.

Je terminerai cette note par la narration d'un fait qui est venu tout à point (car il n'y a pas plus de quinze jours) pour me fournir un argument de plus à opposer aux conclusions du rapport.

On sait que pour donner plus de durée au tube métallique dont certains porte caustiques, celui de M. Lallemand entre autres, sont recouverts, quelques fabricants ont imaginé de terminer par une douille en platine l'extrémité qui recouvre le nitrate d'argent; et pour que la soudure qui joint cette douille au reste du tube en *argent*, *long de* 20 centimètres environ, eût plus de solidité, ils ont coupé en biseau aigu les deux points de jonction; disposition vicieuse comme on va le voir. Il y a une quinzaine de jours, un chirurgien instruit et habile voulut faire l'application d'un de ces porte-caustiques sur un malade affecté de rétrécissemens multiples avec fistules urinaires. Après avoir franchi, sans le détruire, un premier obstacle, le porte-caustique fut engagé dans un second. Le chirurgien, voulant mettre à nu la cuvette, poussa la tige en tirant à lui la canule, mais la soudure manqua dans le point de jonction, et le tube d'argent revint seul, laissant, en arrière du rétrécissement, à une profondeur de 15 centimètres, la douille de platine terminée en avant par une pointe qui entrait dans l'épaisseur des parois de l'urètre lorsqu'on faisait des tractions sur la tige de la cuvette, qui présentait hors du méat une saillie de 5 centimètres.

Après avoir fait quelques tentatives infructueuses d'extraction, le chirurgien à qui ce malheur, dont il était bien irréprochable, était arrivé, m'appela à son aide. Six heures s'étaient écoulées. Nous agitâmes la question de la boutonnière, mais je proposai auparavant quelques nouveaux essais. Me rappelant l'histoire de la queue de cochon de Marchetti, je pris un tube un peu moins long que la tige de la cuvette, et, fixant cette tige avec un fil, je glissai sur elle le tube, qu'elle dépassait. Mais il fallait, pour arriver jusqu'à la douille, franchir le premier rétrécissement tuméfié, irrité; j'y parvins avec un peu de patience et de soin.

Les parois du canal étant dès-lors protégées contre le biseau pointu de la douille, il me fut facile de l'amener au dehors. Une petite sonde fut immédiatement passée jusque dans la vessie, et au moyen de la dilatation coup sur coup, c'est-à-dire en augmentant toutes les six heures le diamètre des sondes, le quatrième jour la dilatation était complète. Cette opération a eu lieu dans la Maison de Santé de M. Dufrénois, en présence du chirurgien dont j'ai parlé, de M. Devergie et d'un autre médecin.

Dans ce fait il ne s'agissait pas, il est vrai, de la vessie, mais d'une région profonde de l'urètre, dans laquelle les difficultés étaient plus grandes encore, à cause du peu d'espace et de l'engagement de la pointe dans les parois du canal.

Leroy d'Étiolles.

— Les travaux de restauration du vieil hôpital de la Charité, rue Jacob, viennent d'être commencés.

cer véritable. Or, cet état squirrheux n'est pas rare dans les tumeurs vésicales.

Je pourrais, si je ne craignais de trop allonger cet article, citer des cas qui ont été décrits par MM. Kruger, Diener, Ficker, Plieninger, Horn, Marshall, Paul, Mercier, Tardieu, etc. Lorsqu'on aura multiplié davantage les autopsies, il sera facile de se convaincre que cette terminaison des maladies organiques de la vessie est assez commune. Dans l'espace de quelques années, j'ai rencontré plusieurs exemples, non seulement de tumeur squirrheuse, mais encore de cancer ulcéré. J'en ai mentionné deux dans le Traité de l'affection calculeuse, et un dans le traitement préservatif et curatif de la gravelle. En voici encore quelques-uns.

— Le nommé Pardoux, âgé de quarante-quatre ans, et d'une forte constitution, entra, en 1834, à l'hôpital Necker, pour y subir la lithotritie. Ce malade souffrait depuis long-temps de la pierre, mais les douleurs avaient d'abord été légères et séparées par de longs intervalles; il avait fallu qu'elles prissent beaucoup d'intensité pour vaincre l'aversion que lui inspirait toute espèce d'opération chirurgicale. Au moment de son admission, la santé générale était encore bonne, quoique les besoins d'uriner fussent très rapprochés, que la sortie de l'urine causât de fortes douleurs, et que ce liquide fût très chargé de mucosités. Le cathétérisme fit connaître que la vessie contenait une grosse pierre, qui paraissait néanmoins s'engager en partie dans le col, ce qui indiquait qu'elle avait une forme allongée, et qu'elle offrait une extrémité peu volumineuse, ou que le col de la vessie était fort dilaté. Je fus frappé de la saillie que le corps de l'organe faisait à la région hypogastrique. C'était une tumeur arrondie, soulevant les tégumens, que l'on distinguait nettement par le toucher, et faisant penser ou que le calcul avait beaucoup de volume, ou la paroi vésicale une grande épaisseur. Du reste, il n'y avait rien de particulier ni dans le caractère des douleurs, ni dans l'état général du sujet, ni dans les qualités de l'urine. Le volume présumé de la pierre et le racornissement de la vessie me faisaient seulement craindre que la lithotritie fût impraticable, d'autant plus que, l'urètre étant étroit, il n'y avait pas moyen d'employer de gros instrumens. Toutefois, je parvins à saisir et fixer le corps étranger; mais le malade souffrait beaucoup: il survint un engorgement du testicule. Je crus donc ne devoir point insister sur l'application de la nouvelle méthode, dont le succès était au moins douteux. La cystotomie fut proposée quelque temps après, et accueillie par le malade. Mon confrère, M. Laugier, la pratiqua par le procédé bi-latéral.

L'extraction de la pierre ne présenta rien de particulier, à l'exception d'un écoulement de sang, qu'on arrêta par les astringens et une compression légère. L'opération fut aussi simple et aussi prompte que possible. Pendant les premiers jours il ne survint pas d'accidens; mais on remarqua qu'il ne se faisait aucun travail du côté de la plaie, et que la réaction était *nulle*. Le malade mourut le neuvième jour. On trouva deux calculs et quelques petits abcès dans les reins. La paroi postérieure de la vessie était envahie par une énorme tumeur carcinomateuse, ramollie au centre, où se trouvait une caverne qu'on eût pu prendre pour la vessie elle-même, dont la cavité réelle était située au-devant et au-dessus de la masse cancéreuse. C'était cette cavité vésicale, presque entièrement occupée par la pierre, qui faisait tumeur à l'hypogastre; elle était soulevée et rendue saillante par la masse cancéreuse de la paroi postérieure. S'il fallait une nouvelle preuve de la difficulté d'établir un diagnostic rigoureux des altérations, même profondes, des parois de la vessie, on la trouverait dans le fait dont je viens de donner les détails. Il semblerait qu'on eût dû soupçonner l'existence d'une tumeur si volumineuse, qui avait causé tant de désordres, et tout au moins la reconnaître pendant les manœuvres de la cystotomie; et cependant elle demeura inaperçue jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

— Chiquet, cocher, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution jadis forte, mais aujourd'hui délabrée, n'avait jamais eu de maladie grave. Depuis long-temps il était sujet à des douleurs néphrétiques. Lorsqu'il entra à l'hôpital Necker, le 3 novembre 1836, il portait sur la figure le cachet des affections cancéreuses. Cinq ou six ans auparavant, il avait commencé à éprouver, dans le fondement et au bout de la verge, des douleurs, qui avaient cessé d'abord pour reparaître ensuite à des intervalles plus ou moins éloignés. Ces douleurs passagères ne l'empêchaient pas de vaquer à ses occupations et ne l'inquiétaient point: il n'éprouvait alors aucune difficulté pour uriner. Mais peu à peu l'excrétion de l'urine ne se fit plus qu'avec peine et douleur; un moment arriva même où le liquide ne coula que goutte à goutte, et avec des efforts inouïs. Le malade se livra successivement à plusieurs charlatans, dont l'un lui donna une eau qui lui fit rendre, disait-il, une grande quantité de graviers. L'un de ces graviers s'arrêta dans l'urètre, et obligea Chiquet d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où M. Roux le débarrassa du corps étranger après l'avoir écrasé. Pendant cinq semaines de séjour dans cet hôpital, il continua de rendre des graviers, et fut souvent sondé, ce qui le fit beaucoup souffrir. L'instrument pénétrait à une grande profondeur, et il ne s'écoulait que du sang avec peu d'urine. De l'Hôtel-Dieu, ce malade passa à l'hôpital de la Pitié, puis reçut les soins d'un de mes élèves, M. Leroy. Lorsque je le vis, il ne pouvait expulser une seule goutte d'urine sans le secours d'une sonde. Les besoins de rendre ce liquide étaient presque continuels, et accompagnés d'efforts considérables et douloureux qui retentissaient à l'anus, de manière à faire sortir involontairement les matières fécales. Le malade assurait que l'urine s'échappait aussi par le fondement. Il était fort maigre, avait la figure crispée et jaune paille. En portant la main au-dessus des pubis et derrière, on sentait une tumeur dure faisant saillie et se dirigeant du côté droit. Je reconnus que la prostate était énormément tuméfiée et proéminente dans le rectum. Le cathétérisme présentait de grandes difficultés: on avait d'autant plus de peine à parvenir dans la vessie que la sonde pénétrait souvent dans une large et profonde excavation située au-dessous de la prostate hypertrophiée. Le doigt, porté dans l'anus, sentait la partie courbe de l'instrument libre dans cette poche, qui pouvait contenir presque le tiers d'une seringue à injection, et dont le liquide sortait par un jet intermittent lorsque l'on appuyait sur l'hypogastre. Pour parvenir dans la vessie, il fallait abaisser fortement la main aussitôt que l'instrument était arrivé devant l'espèce de barrière formée par le corps de la prostate. Les urines étaient bourbeuses, purulentes, fétides, et souvent chargées d'une matière floconneuse qui obstruait la sonde quand on jugera nécessaire de laisser en permanence.

De pareils désordres ne laissaient aucun doute sur l'existence de lésions organiques profondes. Le malade était atteint d'un cancer de la vessie, avec excavation sous-prostatique considérable. Rien ne pouvait le soustraire à la mort, qui eut lieu le 6 décembre. Les reins, d'un tiers plus volumineux que d'ordinaire, étaient ramollis, de couleur pâle, mais sans lésion appréciable de tissu: on n'y remarquait ni abcès, ni ulcérations. Les deux uretères étaient fort dilatés, ils avaient huit à dix fois le diamètre normal; leurs parois étaient minces et ramollies; celui du côté droit offrait, à un pouce et demi de la vessie, un étranglement formé par un repli volontaire de la membrane muqueuse et du tissu sous-jacent induré. Après avoir serré les pubis et les ischions à droite et à gauche, on enlève avec soin une masse considérable, inégalement bosselée, dans laquelle se trouvaient compris la vessie, le rectum, la verge et des tissus accidentels, qui non-seulement remplissaient l'excavation du petit bassin, mais encore faisaient saillie au-dessus du détroit supérieur. On sépara cette masse des os auxquels elle adhérait par un tissu cellulaire lâche, et l'on détacha l'urètre de l'arcade sous-pubienne. Ce dernier canal ne présenta d'autre altération que quelques lacunes plus ou moins profondes dans la partie membraneuse, dont les parois étaient de couleur noire. Sa portion prostatique, fort allongée, avait obéi au développement énorme de la prostate, et surtout du moyen lobe. Il résultait de cette dernière hypertrophie une déviation de l'urètre de bas en haut et un peu obliquement sur la gauche. Les lobes latéraux de la prostate étaient d'un tissu jaune, lardacé, plus durs supérieurement qu'inférieurement. La désorganisation n'y avait d'ailleurs pas fait autant de progrès que dans le lobe moyen, qui était ramolli, peu diffluent, et qui envoyait dans l'intérieur de la vessie trois prolongemens considérables, fongoïdes d'un tissu assez semblable, par sa consistance et ses granulations, à des ris de veau, mais d'une couleur noire. Les parois de la vessie avaient quatre lignes au moins d'épaisseur. La surface interne, noirâtre, était sillonnée de nombreux et épais replis. La capacité du viscère, qui pouvait contenir environ cent vingt grammes de liquide, était en partie remplie par les fongus dont j'ai parlé, et dont le plus gros se trouvait à droite.

Voilà pour la vessie proprement dite, pour ce qu'on pourrait appeler la vessie supérieure; car, au-dessous du moyen lobe droit de la prostate, il existait une large et profonde excavation, presque aussi étendue que la poche urinaire elle-même. Cette excavation avait pour plancher supérieur, outre les parties que je viens d'indiquer, la région inférieure et postérieure de la vessie, avec laquelle elle communiquait. Son plancher inférieur était constitué par la paroi antérieure du rectum, dans lequel s'ouvraient trois fistules, qui communiquaient avec la vessie à sa partie droite et inférieure. Un stylet, introduit dans deux de ces trajets, permit de les inciser et d'en voir les parois organisées. Un clapier, pouvant loger une grosse noix, se trouvait derrière les orifices qui s'ouvraient dans le rectum à six pouces environ de la marge de l'anus. Plusieurs kystes encéphaloïdes, de forme et de grosseur diverses, s'étaient développés soit dans le tissu de la vessie elle-même à laquelle ils adhéraient intimement, soit dans les tissus environnans. Ces kystes existaient principalement sur les parties latérales droite et supérieure de la vessie. En les incisant, on voyait paraître de la matière cérébriforme très ramollie.

— Un calculeux, âgé de soixante-cinq ans, et fortement constitué, souffrait depuis long-temps de la pierre, dont l'existence n'avait cependant point été reconnue, malgré plusieurs explorations faites à ce sujet avec des sondes droites et des sondes courbes. On se contenta de prescrire des moyens propres à calmer l'irritation de la vessie, mais dont l'usage prolongé n'amena aucun résultat.

Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker, le 10 décembre 1832. Je m'assurai, par le cathétérisme, que la vessie contenait une grosse pierre, que d'ailleurs la prostate était fort volumineuse, enfin que la poche urinaire et l'urètre saignaient avec une grande facilité. Ces premières notions ne me laissaient guère de doutes sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie. Un traitement médical, sous l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se calme presque toujours, au moins pour un certain laps de temps, ayant été inutile, il fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire. Le malade se décida d'autant plus promptement à subir la cystotomie, que cette opération ne lui causait pas trop d'effroi, et qu'elle réunissait, en effet, des chances favorables. Elle fut faite par l'hypogastre; mais elle présenta quelques difficultés: l'extraction de la pierre fut surtout longue, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait. La mort eut lieu au septième jour. On trouva, entr'autres lésions de l'appareil urinaire, une énorme tumeur carcinomateuse, occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie, qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eût eu moins d'embonpoint, et si l'on eût été conduit par le moindre indice à faire des recherches minutieuses de ce côté. La partie de cette tumeur saillante dans la vessie, était ramollie et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe avait une dureté considérable.

— Le 11 mars 1839 se présenta à la consultation de l'hôpital Necker, un ancien militaire, Dupont, âgé de soixante-dix ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie; toutefois, les douleurs n'avaient pas de caractère constant. On employa d'abord divers calmans, puis on eut recours aux eaux de Vichy. Les urines, jusque-là troubles, reprirent une couleur citrine; mais, malgré l'usage des eaux, continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital. Il était faible, sans appétit ni sommeil, avec des besoins d'uriner fréquens, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution si minée. Plusieurs fois on introduisit la sonde, pour savoir si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement, qui ne se soutint même pas; le hoquet survint, et le malade mourut. On trouva dans le rein gauche trois vastes foyers purulens. L'uretère du même côté était dilaté et plein de pus; il présentait deux rétrécissemens marqués, l'un à la partie moyenne, et l'autre à l'orifice vésical. Les parois de la vessie étaient hypertrophiées. On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers. A l'orifice interne de l'urètre et sur le trigone, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évasée et à bords relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide. Au côté droit du col vésical, on remarquait une autre petite tumeur arrondie et pédiculée. Le passage du fongus à l'état cancéreux était ici très prononcé; mais, pendant la vie, on n'avait aperçu aucun symptôme propre à faire soupçonner ni un fongus, ni un cancer.

— En faisant des recherches anatomiques à l'hôpital Beaujon, nous avons trouvé en 1828, M. Castello et moi, un cas de cancer fort remarquable qu'on n'avait pas soupçonné pendant la vie. Dans la région de l'aine du côté droit existait une tumeur du volume des deux poings, formant saillie dans la cavité abdominale, et aussi dans la vessie, dont les parois étaient en partie envahies ainsi que l'uretère du même côté. On remarquait dans cette tumeur les divers degrés de la dégénérescence carcinomateuse, et dans quelques points le ramollissement était si avancé qu'on sentait de la fluctuation, elle renfermait un liquide d'apparence crémeuse; mais il fut impossible de découvrir les voies de communication entre la vessie et l'intérieur de la tumeur. Celle-ci, du reste, avait déplacé la vessie qui se trouvait vis à vis le trou sous-pubien gauche; le col vésical et l'urètre avaient été rejetés aussi du même côté, et le tissu cellulaire voisin participait à la lésion qui avait respecté le canal intestinal.

Tous ces faits prouvent que plusieurs tumeurs de la vessie peuvent passer à l'état de carcinôme; mais ils établissent aussi que la dégénérescence s'accomplit sans symptômes propres à la faire soupçonner, et que nos moyens d'exploration sont d'autant plus insuffisans qu'il est presque toujours fort difficile et souvent même impossible de les employer. Les caractères de la douleur, la nature de l'urine, les effets du séjour de la sonde dans la vessie, l'amaigrissement rapide du malade, la fièvre, les mouvemens nerveux, n'ont ici rien de spécial, quoi qu'aient pu dire quelques auteurs graves, qui n'ont tiré leurs conséquences que de faits accomplis, et qui n'ont attribué ces symptômes au cancer vésical que parce qu'ils les avaient observés dans des cas où l'autopsie était venue révéler l'existence d'une tumeur cancéreuse. Quant à la sortie par l'urètre d'une matière cérébriforme, ou, comme dit le vulgaire, de lambeaux de chair pourrie, c'est un fait important; mais, outre qu'il se présente rarement, on voit aussi quelque chose d'analogue dans les catarrhes très avancés, et dans quelques cas graves de calculs ou de fongus, où l'urine du malade est chargée de mucosités concrètes, réduites en flocons et ayant une apparence d'organisation.

On a attaché quelque importance aux douleurs habituelles et aux hémorrhagies fréquentes chez certains malades dans la vessie desquels des carcinômes ont été découverts après la mort. Mais ces symptômes n'ont rien de constant, et, fussent-ils même portés à un très haut degré, ils n'auraient pas la valeur qu'on a paru vouloir leur attribuer; car rien n'est plus variable que les douleurs de la vessie, à quelque cause qu'elles se rattachent, et les hémorrhagies peuvent dépendre d'états morbides fort différens les uns des autres.

Les cancers de la vessie sont dans le même cas que la plupart des autres maladies de l'appareil urinaire. En y attachant, par une sorte de convention tacite, des groupes de phénomènes arbitrairement choisis, on nuit aux progrès de l'art, parce qu'une foule d'imitateurs admettent sans examen la véracité des tableaux de fantaisie dont ils trouvent le tracé dans les livres, et ne se donnent pas la peine de les soumettre au creuset de l'expérience. C'est là un grave écueil que peu de praticiens savent éviter.

Je ne puis terminer ces considérations sans faire une remarque au sujet des nouvelles explorations vésicales appliquées au diagnostic des cancers. A l'époque où l'on est appelé à constater l'existence d'un cancer vésical, la maladie primitive est si avancée et l'état général si grave, qu'on hésite à soumettre le malade à des investigations que l'impuissance de la thérapeutique rend nuisibles. Dans plusieurs des cas qui se sont offerts à moi, j'ai reculé devant cette considération. On comprend d'ailleurs combien doit être faible la portée des explorations en pareil cas. Elles feront bien connaître une tumeur, une excroissance, une induration, dans un petit point des parois vésicales; mais elles n'apprendront rien sur la dégénérescence que ces tumeurs pourraient avoir subies. C'est donc un moyen de recherches dont il faut user ici avec beaucoup de circonspection.

NOTE SUR LES DERMALGIES ET PARTICULIÈREMENT SUR LA DERMALGIE RHUMATISMALE OU RHUMATISME DE LA PEAU; par J.-H.-S. Beau, médecin du bureau central des hôpitaux.

La dermalgie rhumatismale se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et elle survient particulièrement dans l'âge adulte. Elle est occasionnée par les différentes circonstances qui déterminent l'apparition des autres douleurs rhumatismales.

Cette affection peut siéger dans tous les points de la peau de la tête, du tronc et des membres; mais elle se rencontre plus souvent aux membres inférieurs et à la tête qu'ailleurs. Quelquefois toute la peau est envahie, mais cela est rare; le plus souvent la dermalgie occupe une étendue qui varie de deux centimètres à un décimètre carrés.

Quant à la douleur de cette dermalgie, on peut dire qu'elle est double : l'une fixe et l'autre intermittente. Ces deux espèces de douleur peuvent exister séparément, mais souvent elles sont réunies. La douleur fixe présente plusieurs variétés d'intensité et de forme; à son degré le plus faible elle consiste dans une légère exaltation de la sensibilité normale; il semble au patient que la peau subit le contact fatigant d'une toile d'araignée; ou bien, si le mal est plus intense, la douleur ressemble à celle qui résulte de l'enlèvement de l'épiderme et de la dénudation du corps papillaire. La douleur intermittente se fait sentir toutes les demi-minutes environ. Elle est beaucoup plus vive que la précédente, car elle est souvent portée au point d'empêcher les mouvemens de la partie affectée et de priver le malade de sommeil. Le malade la compare à celle qui résulterait d'une étincelle électrique, d'un coup d'épingle, ou bien encore à celle que produirait un clou, si on l'enfonçait dans la peau à plusieurs reprises.

La douleur fixe est augmentée par le frottement des vêtemens. Si l'on promène les doigts sur la peau, même légèrement, on produit une sensation comparable à celle que l'on déterminerait avec une brosse rude. Pour que ce résultat s'observe, il n'est pas nécessaire que l'épiderme soit très mince, car on peut l'obtenir même sur les points où l'épiderme est très épais, comme à la peau du talon. Si la partie affectée est recouverte de poil ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une impression douloureuse...

Je dois ajouter que la dermalgie rhumatismale est exaspérée notablement pendant la nuit. Cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente.

Pendant toute la durée des douleurs même les plus vives, la peau ne présente rien de remarquable sous le rapport de son épaisseur, de sa coloration, ou de sa chaleur. Quelquefois elle est sèche, d'autres fois elle est recouverte de sueur.

La durée de cette affection varie d'un jour à deux semaines. Sa terminaison, de même que son début, n'ont guère lieu d'une manière instantanée; la douleur se développe et se termine par gradation insensible. Souvent la dermalgie change de siége, mais son déplacement ne se fait pas brusquement, à des distances considérables, comme cela a lieu pour le rhumatisme articulaire; ce déplacement est graduel et ressemble plutôt à celui de l'érysipèle que l'on appelle *ambulant*.

La dermalgie rhumatismale se répète très souvent chez la même personne; chaque fois son siége peut varier, mais elle est presque toujours unique; je ne l'ai observée qu'une fois dans deux endroits différens en même temps.

Le rhumatisme de la peau alterne ordinairement, à des intervalles plus ou moins marqués, avec celui qui affecte les muscles, le système fibreux, les viscères ou les cordons nerveux.

Quant à sa coïncidence avec l'un ou l'autre des rhumatismes précédens, elle n'est pas très commune : on la rencontre plus souvent avec les névralgies rhumatismales des cordons nerveux, qu'avec les autres espèces de rhumatismes.

Cette complication de la dermalgie avec la névralgie des branches nerveuses s'observe surtout aux membres inférieurs dans les cas de sciatique. Il est inutile d'ajouter que dans cette circonstance, la peau des membres inférieurs présente une sensibilité douloureuse, en sus de la douleur vive qui se fait sentir dans la direction des nerfs affectés.

J'ai vu trois fois le rhumatisme de la peau s'accompagner d'un état fébrile. Le premier cas se présenta en 1836 chez un jeune homme d'une trentaine d'années, sujet aux affections rhumatismales, qui s'était imprudemment promené sous un ombrage très frais avec des vêtemens légers. La nuit suivante, il éprouva des élancemens aigus dans la peau des deux membres abdominaux; les moindres frottemens qu'il y exerçait étaient très douloureux, et il lui fut impossible de fermer l'œil. A cela il se joignit de la fièvre, un peu de soif et de l'anorexie. La peau, d'abord sèche, se recouvrit bientôt de sueur, mais sans un soulagement notable pour le patient. Les symptômes précédens durèrent ainsi dans toute leur intensité deux jours et deux nuits. A dater de ce moment, ils diminuèrent, et le sixième jour la fièvre et la douleur de la peau n'existaient plus. Le malade s'était mis simplement à l'usage de l'infusion de bourrache miellée.

J'ai observé le second cas de dermalgie rhumatismale fébrile il y a quelques années, chez un étudiant en droit, qui, étant revenu de Saint-Cloud à Paris à pied, fut exposé sur la fin de son trajet à une pluie froide, bien que fine et légère. Une circonstance imprévue empêcha cet étudiant de rentrer immédiatement chez lui pour changer ses vêtemens, qui étaient un peu mouillés; il fut obligé de les garder sur lui toute la soirée. Il se coucha en frissonnant, ne put pas se réchauffer de toute la nuit et dormit très mal. Le lendemain matin, je le trouvai avec de la fièvre, de la céphalalgie, un peu de soif, de l'anorexie et des frissonnemens continuels. La peau était sèche, et de plus elle était douloureuse dans toute son étendue, surtout à la poitrine et aux membres. La douleur était lancinante; elle augmentait par la pression la plus légère, et par les frottemens des draps de lit. On aurait pu croire d'abord que cette douleur provenait d'un rhumatisme fixé sur les muscles superficiels; mais on abandonnait cette manière de voir en remarquant que les mouvemens du corps s'exerçaient avec autant de facilité qu'à l'ordinaire, et qu'ils n'étaient douloureux que lorsque la peau subissait un contact ou un frottement quelconque. Le malade fut mis à l'usage d'une infusion de tilleul et de bourrache; la transpiration s'établit immédiatement, mais la douleur de la peau et la fièvre ne disparurent que le cinquième jour. Je dois dire qu'avant cette maladie, ce jeune homme n'avait jamais été affecté de douleurs rhumatismales.

Le troisième cas de rhumatisme fébrile de la peau s'est présenté à moi en 1839, à l'hôpital de la Charité, quand j'y faisais le service en remplacement de M. Fouquier. Voici l'observation :

Obs. — Anne Garat, âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 7 octobre; elle habite Paris depuis deux ans; elle s'est toujours bien portée, seulement depuis trois mois elle est sujette à des douleurs de rhumatisme. Il y a un mois qu'elle est accouchée heureusement d'un enfant qu'elle a mis en nourrice; huit jours après ses couches, elle était entièrement rétablie.

Le 30 septembre dernier, elle est rentrée pour la première fois dans sa cuisine qui est très humide; elle s'y est refroidie; ce jour même, les lochies, qui allaient très bien, se sont entièrement supprimées. Il est survenu un sentiment général de froid et de malaise qui a duré jusqu'au lendemain; il s'y est ajouté de la céphalalgie, des frissonnemens, et une douleur générale dans toute la surface du corps, qui ont forcé notre accouchée de se remettre au lit.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on note de la soif, de l'anorexie, une céphalalgie gravative superficielle qui augmente par la pression du cuir chevelu; le sommeil est agité; il y a un enduit blanchâtre très épais sur la langue, de la soif, de l'amertume à la bouche, des nausées, de la constipation; toux légère avec quelques crachats muqueux; rien de particulier à l'auscultation ni à la percussion; pouls à 84 pulsations. La peau présente une chaleur assez forte et de la moiteur; elle est douloureuse partout. La malade nous dit que l'intensité de cette douleur a diminué depuis trois jours; elle la compare encore à *une infinité de coups d'épingles* qu'elle recevrait dans toute l'étendue de la peau. Pour peu qu'on touche la malade, on augmente sa douleur; mais cette douleur ne subit aucune augmentation quand les muscles se contractent. La peau ne présente rien de particulier dans sa texture. Ipécacuanha, 20 grains; bourrache miellée; looch.

8. Il y a eu trois vomissemens bilieux et deux selles de même nature. La soif et l'anorexie sont moindres. La peau est moins douloureuse. Bourrache miellée, looch, potage.

10. Cessation entière de la dermalgie et de l'état fébrile. La malade est mise au quart, puis à la demi-portion. Elle est guérie le 14.

— On a dû voir que dans les trois faits précédens, la dermalgie présentait une circonstance qui ne s'observe guère quand l'affection de la peau se montre sans fièvre; c'est que la dermalgie occupait une étendue considérable. En effet, dans le premier cas, elle était fixée sur les membres inférieurs, et dans les deux autres cas elle était générale. Ce résultat tenait très probablement à l'intensité du refroidissement qui avait déterminé le rhumatisme de la peau, et qui, en même temps, avait provoqué l'apparition de la fièvre.

La dermalgie rhumatismale peut être confondue avec le rhumatisme des muscles, des nerfs et du système fibreux articulaire ou non articulaire. Voici les caractères à l'aide desquels on distinguera la dermalgie des rhumatismes précédens.

Dans le rhumatisme musculaire la douleur est plus ou moins profonde, continue et d'une nature gravative; elle rend difficile ou impossible l'action des muscles affectés. Dans la dermalgie, la douleur est extrêmement superficielle; on l'augmente par la pression la plus légère, même en frottant la peau avec une barbe de plume, ou en touchant les poils ou les cheveux qui sont implantés sur la partie douloureuse. La douleur est très souvent intermittente et lancinante; elle n'est pas augmentée par l'action des muscles sous-jacens à la peau affectée.

La névralgie rhumatismale des branches nerveuses ressemble à la dermalgie par les élancemens intermittens qui accompagnent habituellement cette dernière. Mais on remarque que dans la dermalgie le contact le plus léger de la peau provoque ordinairement leur retour, tandis que dans la névralgie des cordons nerveux, il faut comprimer profondément les parties jusqu'au cordon affecté pour déterminer la douleur. Ensuite, dans la névralgie des cordons nerveux, les élancemens sont dirigés dans le sens de ces cordons, tandis que dans la dermalgie ils n'ont pas de direction fixe, et qu'ils existent dans un espace souvent très circonscrit.

Le traitement de la dermalgie rhumatismale ne présente pas des indications qui soient différentes de celles que fournissent les autres variétés de rhumatisme. Comme cette affection est sujette à récidiver souvent, on doit chercher à la prévenir par tous les moyens possibles. On remplit efficacement ce but en portant des vêtemens de laine, de la flanelle sur la peau, et en évitant avec soin les refroidissemens même les plus legers, surtout si la peau est en transpiration. Quant aux moyens curatifs proprement dits, ils consistent dans l'application locale de la chaleur, l'ingestion des boissons chaudes, la provocation de la sueur, etc. Dans un cas où la douleur était très vive et circonscrite, l'application d'un petit vésicatoire volant sur le siége de la douleur la fit presque instantanément disparaître. (*Arch. gén.*)

— Les pensionnaires admis à l'Hôtel des Invalides, à Paris, sont classés de la manière suivante, d'après leurs infirmités ou leur âge : aveugles, 154; amputés des deux jambes, 12; amputés d'une jambe, 313; amputés des deux bras, 9; d'un seul bras, 226; paralytiques ou impotens, 237; épileptiques, 12; aliénés, 31; nez ou menton d'argent, 8; boîteux ou incapables de marcher, 133; pieds gelés en Russie, 28; estropiés des mains, 132; diverses autres blessures, 1027; frères lais, 178; septuagénaires, 516; octogénaires, 37. Total, 3051. Nombre ordinaire d'admissions par année, 200.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 21 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 114, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Conférence chirurgicale sur le bégaiement,

Par M. AMUSSAT.

En présence de MM. Textor, Jaeger, Starck, Oliffe, et de beaucoup d'autres médecins français et étrangers, M. Amussat a exposé ses idées sur l'opération du bégaiement, et il a opéré plusieurs bègues.

Après avoir démontré qu'il était généralement admis en France et à l'étranger que cette opération devait être abandonnée, M. Amussat a dit que, malgré les efforts qu'il a faits, le découragement s'est emparé de tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question, à cause de la récidive du bégaiement et des dangers de l'opération.

M. Amussat étant parvenu à modifier la formation de la cicatrice, cette conférence a pour but de faire renaître la confiance dans le traitement chirurgical du bégaiement.

L'opération du bégaiement, telle que M. Amussat l'a conçue et exécutée, consiste à couper les attaches membraneuses et musculaires de la langue à la mâchoire inférieure. Cette opération réussit presque toujours immédiatement, c'est un fait généralement admis : mais la récidive du vice de la prononciation a lieu le plus souvent par la soudure des parties divisées, et presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération y ont renoncé autant par le défaut de succès que par la crainte des accidens.

M. Amussat lui-même a été arrêté quelque temps par ces raisons puissantes : cependant tous ses efforts ont été dirigés vers le perfectionnement de cette innovation. A force de recherches et de persévérance, il croit être arrivé à obtenir ce qu'il cherchait si ardemment, c'est-à-dire à rendre l'opération plus simple et plus sûre.

Pour empêcher la soudure des parties divisées, M. Amussat a d'abord imaginé beaucoup d'instrumens, mais toujours inutilement. Désespérant d'arriver à son but par les moyens mécaniques, il a interrogé les analogies : il a cherché comment se font les cicatrices de nouvelle formation dans les brûlures, dans les pertes de substances, mais inutilement encore. C'est seulement l'analogie des cicatrices qu'il obtient en agrandissant le méat urinaire qui l'a guidé, et lui a fait obtenir le résultat tant désiré.

Voici le fait :

Si, après avoir agrandi le méat urinaire chez l'homme, en débridant le gland en bas (1), on ne s'oppose pas efficacement à la formation de la cicatrice, malgré le passage de l'urine, malgré les sondes les plus grosses, le méat agrandi du double ou du triple se referme et revient au point où il était avant l'opération ; mais si on s'oppose à l'agglutination des lèvres de la division par une légère cautérisation de l'angle inférieur de la plaie, ou simplement en détruisant de temps en temps le travail de cicatrisation de cet angle, alors les lèvres de la division se couvrent d'une pellicule, et bientôt le méat se trouve agrandi ; et lorsque l'opération a bien réussi, on ne se douterait pas de l'agrandissement opéré par l'art : on pourrait croire que c'est un état normal.

M. Amussat ajoute qu'il n'est pas inutile de dire encore qu'en cautérisant toutes les surfaces divisées ou en mettant un corps étranger dans l'ouverture, on n'obtiendrait pas le même résultat. Il ajoute aussi que lorsque le méat urinaire chez l'homme est détruit plus ou moins par un chancre, l'ouverture largement béante se rétrécit peu à peu et finit par être plus étroite qu'auparavant, et il est fort difficile, ou même impossible, de l'agrandir par la dilatation. Il faut en venir à l'opération que M. Amussat a imaginée pour agrandir le méat naturellement trop petit. On doit du reste agir dans ce cas comme il l'a indiqué, c'est-à-dire empêcher le travail de réunion dans l'angle de la plaie, pour donner le temps à la cicatrice de se faire sur les lèvres ulcérées du méat.

L'explication de ce fait, dit M. Amussat, est très simple et facile à saisir ; il est évident que pendant qu'on retarde le travail de la cicatrisation dans un point, il marche sur les autres, et que la nature ne pouvant procéder comme elle le fait ordinairement, c'est-à-dire, en rétrécissant les surfaces divisées et en rapprochant les points écartés, les bourgeons charnus se froncent, se couvrent d'une pellicule, et il se forme une cicatrice qu'on pourrait appeler de troisième intention, par opposition aux deux autres admises dans la science.

M. Amussat espère que cette théorie sera applicable à toutes les ouvertures qu'on voudra agrandir ou empêcher de se rétrécir ; ainsi les paupières, la bouche, les narines, etc.

Et à l'appui de cette opinion, il présente un jeune homme sur lequel on constate ces résultats obtenus par les moyens qui viennent d'être indiqués ; c'est-à-dire que l'on remarque entre la mâchoire et les canaux de Warthon un espace assez grand, recouvert du côté de la langue surtout par *une membrane muqueuse de nouvelle formation.* Nous allons donner l'observation de cet opéré, ainsi que celles de deux autres bègues opérés en présence des personnes présentes à la conférence.

Première observation. — Morlon, âgé de vingt-cinq ans, scieur de pierres à Paris, est affecté d'un bégaiement très fort, qui est accompagné, le plus ordinairement, de la contraction des muscles de la face, surtout de ceux du côté droit ; les paupières se rapprochent, et les narines se dilatent fortement.

Cet homme nous dit que son père ne parlait pas bien correctement, et que deux de ses frères bégaient, mais à un degré moins marqué que lui. Comme la plupart des bègues, Morlon chante sans bégayer, et son infirmité est plus grande lorsqu'il est en colère, ou quand il se trouve avec des personnes qu'il ne connaît pas.

La langue est légèrement déviée à gauche ; elle se relève difficilement vers le nez. Dans la bouche, elle ne peut arriver jusqu'à la voûte palatine ; le filet est fort et très tendu dans les mouvemens d'élévation.

Le bégaiement est très marqué chez cet homme, comme nous l'avons déjà dit ; les syllabes des mots sont répétées plusieurs fois séparément, et il ne parvient qu'au bout d'un certain temps, et après beaucoup d'efforts, à prononcer d'une manière intelligible, par exemple, son nom, son âge, etc. C'est surtout lorsqu'on l'interroge qu'il éprouve, pour répondre, le plus de difficulté dans la prononciation.

Le 22 mai, M. Amussat pratique l'opération suivante : La langue étant tenue relevée au moyen de deux pinces placées sur les côtés de l'insertion du filet à cet organe, il commence par réséquer complétement avec des ciseaux ce repli fibreux depuis son attache à la mâchoire jusqu'à la pointe de la langue. Bien qu'immédiatement après l'opéré ait infiniment mieux parlé, ce qu'il nous disait avec une joie extrême et sans contracter autant qu'auparavant les muscles de la face, on a cru devoir réséquer encore l'enveloppe fibreuse des muscles, afin de mettre ceux-ci complétement à découvert, et de leur donner ainsi une entière liberté de contraction qu'ils nous paraissaient avoir perdu par suite de la brièveté et de la puissance trop grande du filet. Alors Morlon a parlé avec assurance, presque sans hésiter, et ce qu'il yeut surtout de très remarquable, c'est que les mouvemens spasmodiques de la face avaient disparu.

Cet état satisfaisant, survenu immédiatement après l'opération, s'est maintenu jusqu'à ce que le travail de cicatrisation, auquel on ne s'était pas opposé, fût à peu près complétement terminé. Alors le bégaiement a reparu, moins fort il est vrai, mais encore assez évident pour constituer une véritable récidive ; alors aussi nous avons constaté qu'à la place du filet qui avait été réséqué, il existait un tissu de cicatrice dur et blanchâtre, qui formait un nouvel obstacle aux libres mouvemens de la langue. Nous aurions bien désiré, dit M. Amussat, pratiquer promptement une autre opération pour arriver au résultat que nous n'avions atteint qu'en partie : mais, d'une part, il y avait de l'induration au-dessous et sur les côtés de la cicatrice ; et, d'autre part, M. Amussat n'était pas encore fixé sur le moyen d'empêcher le rapprochement des lèvres de la nouvelle plaie qu'il se proposait de faire. Il attendit donc forcément à tenter une nouvelle opération sur laquelle il fondait de grandes espérances, pourvu toutefois qu'il pût s'opposer au rapprochement des parties divisées.

Le 27 août, après avoir constaté que Morlon bégayait en-

(1) Cette petite opération se fait avec un petit bistouri très étroit garni d'une petite boulette de cire, le tout trempé dans l'huile, la verge étant retournée et tordue de côté, de manière que le frein regarde en haut, pour mieux voir ce que l'on veut faire ; on insinue le bistouri dans le méat, et, arrivé au point convenable, on perfore et on incise d'un seul coup la portion du gland qui doit servir à l'agrandissement du méat urinaire. Cette opération est souvent très utile et indispensable même pour pratiquer la lithotripsie, et pour pouvoir guérir complétement les rétrécissemens de l'urètre par la dilatation de ce canal.

FEUILLETON.

Nous publions sans réflexions le compte-rendu des expériences *magnétiques* faites par MM. Dechambre et Peisse, et les faisons suivre de la lettre de notre honorable confrère Frappart ; la vérité commence à luire à ses yeux, comme aux yeux de tout le monde, et les *magnétiseurs par métier* n'auront bientôt pour eux que la honte, la confusion et les sifflets de toutes les personnes sincères et sensées.

Expériences faites par MM. Peisse et Dechambre pour vérifier un fait de vision dite magnétique.

Nous nous sommes servis d'un appareil entièrement semblable à celui de la somnambule, composé des mêmes substances, disposé de la même manière, présentant les mêmes conditions apparentes de garantie. Nous l'avons appliqué avec toute la rigueur possible alternativement à chacun de nous et à une troisième personne, dans sept expériences consécutives, et voici ce que nous avons constaté.

Première expérience. — Au bout de dix minutes, une carte promenée en divers sens au devant de la face est nommée. Les personnes présentes reconnaissent que les bords de l'appareil se sont détachés de la peau en quelques points ; on les réapplique avec le plus grand soin, et *immédiatement après* une autre carte est reconnue. Le sujet déclare alors avoir vu par en bas.

Deuxième expérience. — Au bout de huit minutes, une carte est reconnue. On répare l'appareil sur tous les points où l'on peut suspecter la moindre solution de continuité. Le sujet reconnaît *une dame de pique*, et lit le mot *Pallas* imprimé sur le côté de la carte. Les personnes présentes déclarent ne plus apercevoir trace de dégradation. La vision s'était faite de côté, à droite.

Troisième expérience. — Une carte est reconnue au bout de douze minutes. Réparation minutieuse de l'appareil. La vision continue d'avoir lieu. Le sujet déclare qu'il voit par en haut.

Quatrième et cinquième expériences. — Mêmes résultats et avec les mêmus précautions. Dans ces deux expériences, la carte a été vue de côté, une fois à droite et une fois à gauche.

Sixième expérience. — Cette fois, au bout de huit miutes, le sujet nomme une carte et déclare ensuite l'avoir vue en face. Après cette déclaration, on examine scrupuleusement l'appareil, et il est impossible de signaler le point qui a donné passage aux rayons lumineux. On réapplique, par surcroît de précaution, de la terre sur plusieurs points du masque et particulièrement vers la racine du nez, et la vision continue d'avoir lieu.

Septième expérience. — Cette septième et dernière expérience est la plus importante de toutes. L'un de nous, ayant l'appareil hermétiquement appliqué, a vu au bout de quelques minutes ; il nommait pour ainsi dire les cartes à mesure qu'on les lui présentait, et lisait presque à livre ouvert, quel que fût le caractère de l'impression. Il a lu ainsi, presque couramment, tout le titre du *Petit carême de Massillon* et la table des *Tragédies de Sénèque*. Pendant dix minutes, deux personnes présentes ont cherché en vain sur le masque le point qui laissait passer la lumière, et se sont appliquées à remédier successivement en haut, en bas, sur les côtés, partout, aux moindres apparences de dérangement ou de dégradation, sans jamais parvenir à empêcher l'exercice de la vision. Le sujet a déclaré alors avoir vu par un point situé vers le milieu du masque et à gauche.

Nous désirons, quant à présent, nous borner à faire connaîre le caractère général, et, pour ainsi dire, le résultat historique de nos expériences. Mais, avant de passer aux conclusions qu'on peut et qu'on doit en tirer, nous croyons devoir faire quelques remarques préliminaires.

La première, c'est que nous nous sommes toujours placés, soit pour la composition de l'appareil, soit pour son mode d'application, soit pour la rigueur de cette application, avant et pendant l'expérience, soit pour la nature et l'intensité de la lumière, soit pour la position des objets, soit pour les attitudes du sujet, dans des conditions identiques à celles dont nous avions été témoins dans les expériences dites somnambuliques ; que, par conséquent, toute objection fondée : 1° sur une différence quelconque dans les conditions de l'expérimentation ; 2° sur d'autres expériences faites ou à faire avec d'autres moyens d'occlusion dont il a été parlé (masque de plomb, plâtre, etc.), serait nulle et sans valeur.

La seconde remarque, c'est que nos expériences, indépendamment du résultat général auquel elles nous ont conduits, nous ont encore offert, dans le détail, un certain nombre de faits particuliers sur les diverses circonstances qui rendent la vision possible à travers l'appareil, et relatives, soit à l'appareil lui-même, soit au sujet, soit aux objets ; résultats que nous nous réservons de faire connaître en temps et lieu, par écrit ou autrement, quand nous le jugerons convenable et utile et que chacun est d'ailleurs maître de chercher par sa propre expérience.

Enfin nous ferons remarquer que nous n'avons d'autre but, en publiant nos expériences que de les faire servir à l'appréciation du fait particulier qui avait été soumis à notre examen ; que nos conclusions ne portent que sur ce fait exclusivement, et que nous n'en sommes pas moins disposés à vérifier tous ceux dont on voudrait bien nous rendre témoins.

Maintenant, et dans les limites que nous venons de tracer, voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de nos expériences :

1° La vision peut s'exercer, chez des sujets non magnétisés et éveillés, à travers un emplâtre de taffetas, un masque d'argile et un bandeau superposés, quelque exacte que paraisse au dehors l'application de l'appareil.

2° La vision peut avoir lieu dans toutes les directions, en haut, en bas, de côté et de face, sans que, dans aucun cas, les observateurs puissent le plus souvent reconnaître le point par lequel elle s'est opérée.

3° Pour expliquer, chez mademoiselle Prudence, l'exercice de la vision à travers le masque, il n'est pas nécessaire d'admettre l'intervention d'un état anormal, somnambulique ou autre, les lois ordinaires de la physique et de la physiologie suffisant à cette explication.

Lettre adressée à M. Amédée DECHAMBRE *par M. le docteur* FRAPART.

Paris, 17 septembre 1841.

Monsieur,

En arrivant hier de la campagne, où j'étais allé prendre quelques jours de repos, j'ai lu votre dernier feuilleton sur le magnétisme, et le récit des expériences que vous avez faites avec M. Peisse pour juger la valeur réelle du taffetas, de l'argile et de la bande comme moyens de forcer les yeux à rester clos. Ce récit m'a paru tellement empreint de netteté, de modération et de bonne foi, que dès le soir même, en compagnie des docteurs Amédée Latour et Douillet, j'ai répété vos expériences. Or, comme je ne veux pas que vous ayez long-temps raison contre moi et sans moi, je viens publiquement confesser ce que nous avons obtenu. Ce n'est ni mon opinion, ni mon amour-propre qu'il s'agit de faire triompher, mais la vérité ; et pour atteindre ce but, on me rencontrera toujours prêt à marcher en arrière aussi vite qu'en avant.

Après nous être successivement et réciproquement appliqué le taffetas, l'argile et la bande, au bout d'un quart d'heure au plus *nous y avons vu.* Pour mon compte, je vais vous raconter comment je suis parvenu à ce résultat.

core, mais d'une manière simple, si nous pouvons nous exprimer ainsi, c'est-à-dire sans contracter spasmodiquement les muscles de la face, comme cela avait lieu avant la première opération, M. Amussat coupa complétement, par une section demi-circulaire derrière la mâchoire et profondément jusqu'aux muscles génio-glosses, l'attache du filet et des parties membraneuses situées au-dessous, et immédiatement après nous constatâmes une amélioration bien sensible.

Depuis ce temps, Morlon est venu voir M. Amussat tous les deux jours, et plusieurs fois, pour empêcher le rapprochement des bords de la plaie; ce chirurgien a incisé légèrement les angles et le fond de la cicatrice qui tendait à se faire. Par ce moyen et par de la charpie placée dans la plaie et maintenue par la compression avec un instrument de plomb adapté à la forme de la mâchoire et tenant en même temps les bords de l'incision écartés, nous sommes arrivé, dit M. Amussat, au but que nous désirions atteindre depuis si long-temps, c'est-à-dire que l'espace compris entre la mâchoire et l'attache du filet à la langue ayant été agrandi d'une manière permanente, la guérison de notre opéré, qui devient de jour en jour plus évidente, ne tardera pas, nous l'espérons, à être complète.

Deuxième observation. — Jules Falauteuf, âgé de dix-huit ans, fabricant de montures de parapluie, est atteint d'un bégaiement extrêmement fort; il reste souvent une minute et plus sans pouvoir répondre aux questions qu'on lui adresse. Alors la face devient vultueuse, les muscles de la face se contractent et les ailes du nez se dilatent et se resserrent spasmodiquement; quelquefois même il ne peut pas prononcer certaines phrases, son adresse, par exemple. A la suite de tous ces efforts, qui sont pénibles et qui font mal à voir, ce jeune homme éprouve une oppression et un essoufflement assez fort; il chante sans bégayer: *Au clair de la lune;* mais il ne peut, qu'avec les plus grandes difficultés, répéter, en parlant, les mots de cette chanson. Lorsqu'on lui couvre le visage, il a tout autant de peine à parler. Enfin, il nous assure que son infirmité est moins grande lorsqu'il est en présence de personnes qu'il connaît beaucoup.

La langue est déviée à droite et bifurquée à sa pointe; le filet est large, tendu dans les mouvemens d'élévation, qui peuvent à peine avoir lieu; et il s'insère à la mâchoire très près des dents, par une bride triangulaire, blanchâtre et résistante.

Quant à l'état de la langue, nous devons dire que quelques personnes présentes prétendaient que cet organe était bien conformé et qu'avec une pareille langue on devrait parler librement. M. Amussat les a détrompés en les priant de montrer leur langue; car aucune de celles-ci ne présentait la conformation anormale que nous avons signalée et qui existe à un degré plus ou moins marqué chez un grand nombre de bègues.

M. Amussat commence par couper l'attache triangulaire du filet à la mâchoire. Aussitôt après notre bègue est pris d'un rire extravagant; tout le monde est étonné de le voir dans un état si peu ordinaire; on lui demande la cause de sa joie; il rit plus fort; enfin, il répond que c'est parce qu'il sent déjà que sa langue est déliée (ce sont ses expressions) et qu'il parle beaucoup mieux. En effet, nous constatons un changement très remarquable dans la prononciation. Néanmoins on pratique, ainsi que chez les autres opérés, une incision demi-circulaire et profonde derrière la mâchoire, jusque près de l'attache des muscles génio-glosses. Après cette section, l'état de l'opéré s'est encore trouvé amélioré d'une manière très notable, et il a répondu, presque sans hésiter, à toutes les questions que nous lui avons adressées. Nous sommes en droit d'espérer, dit M. Amussat, que la guérison de cet opéré se maintiendra si, comme nous le pensons, nous avons trouvé les moyens de nous opposer au rapprochement des bords de l'incision.

Troisième observation. — M. T..., âgé de vingt-huit ans, bégaie depuis qu'il parle; en lisant, il bégaie moins qu'en parlant. Cette infirmité est plus grande en hiver qu'en été, ainsi que lorsque l'atmosphère est humide. Dans l'intimité, il bégaie beaucoup moins que lorsqu'il se trouve avec des personnes qu'il connaît peu. Dans ces circonstances la respiration est courte, et lorsqu'il veut parler, une seule inspiration ne suffit pas pour lui faire prononcer nettement un mot ou une phrase en entier. La langue est effilée, assez pointue; ses deux moitiés sont séparées par un sillon assez marqué: elle ne peut se relever du côté du nez, ni s'abaisser du côté du menton audelà des lèvres; elle ne peut pas également, lorsqu'elle est dans la bouche, se relever jusqu'à la voûte palatine.

Le filet est fort et dur; il s'insère très près de la pointe de la langue. A cette disposition particulière, s'ajoute peut-être aussi un défaut de longueur. Enfin, l'espace compris entre ses deux insertions est très étroit.

Le malade nous assure qu'il sent que le filet est un obstacle au libre mouvement de sa langue.

Voici les mots que nous avons notés, sur lesquels il bégaie presque constamment: *amplepuis*, qu'il prononce *ample-plepuis; cultivateur, cu-cultivateur.* En chantant *Vive Henri quatre, vive ce roi vaillant*, il bégaie sur le dernier mot.

Le 3 juin 1841, M. Amussat pratique l'opération.

Comme dans ce cas les canaux de Warthon sont presque accollés à la mâchoire, il débride la muqueuse et la fibreuse audessus de ces canaux, et il resèque ensuite le filet et l'aponévrose à partir de ce point jusqu'à la langue. Nous constatons, à la suite de cette opération, une amélioration assez notable; cependant on croit devoir encore enlever quelques fibres des muscles génio-glosses. Immédiatement après cette résection, le bégaiement est beaucoup moins fort, et le malade prononce plus facilement les mots que nous avons notés.

Le 26 juin, l'amélioration obtenue se maintient au même degré; la cicatrice est dure, les tissus environnans sont indurés, et les mouvemens de la langue, par suite de la cicatrice vicieuse, n'ont pas beaucoup gagné en étendue.

Le 16 septembre, nous constatons que la langue est courte et que ses mouvemens sont toujours gênés par les tissus de cicatrice de nouvelle formation résultant de l'opération. Le bégaiement est surtout très évident lorsque le jeune homme fait une lecture à haute voix ou lorsqu'il raconte. Lorsqu'on l'interroge, il répond assez bien à toutes les questions, et il prononce sans bégayer son nom, son âge, son pays, etc.

Avec un petit bistouri en rondache, M. Amussat pratique, en commençant à gauche, une section demi-circulaire derrière la mâchoire, et en continuant l'opération, il arrive profondément jusqu'aux muscles génio-glosses. Immédiatement après, notre opéré lit beaucoup mieux, et l'amélioration obtenue n'est mise en doute par aucune des personnes qui assistent à cette opération.

De même que chez les autres opérés, M. Amussat emploiera les mêmes moyens pour éviter le rapprochement des bords de la plaie, et déjà par ce qu'il a obtenu, il espère une amélioration durable pour cet opéré; mais peut-être serons-nous obligé de couper peu à peu l'attache des génio-glosses, en nous opposant, de même que pour les parties membraneuses, au rapprochement des bords de l'incision.

M. Amussat pourrait ajouter beaucoup d'autres faits anciens et nouveaux à l'appui des principes qu'il a cherché à établir; mais il ne veut citer que ceux qui ont été observés par les personnes présentes à cette conférence, parce qu'elles pourront les revoir et les suivre, afin de constater les résultats définitifs.

M. Amussat espère que ces succès se maintiendront comme beaucoup d'autres qu'il a obtenus, et mieux encore, parce que maintenant il a trouvé le moyen de s'opposer à la formation d'une cicatrice vicieuse. Du reste, il n'a pas la prétention de guérir tous les genres de bégaiement; il l'a déjà dit, et il le répète à dessein parce qu'on lui a fait dire le contraire; mais il est en droit d'espérer qu'un grand nombre de bègues sur lesquels on obtient un succès immédiat pourront être guéris définitivement par les perfectionnemens apportés à l'opération.

Il est utile de prévenir les chirurgiens qui voudront pratiquer l'opération, que la soudure de la plaie des parties divisées pour guérir le bégaiement se fait avec une grande rapidité; malgré tous les obstacles qu'on peut lui opposer en la bourrant de charpie ou de tout autre corps, et en les comprimant même avec des instrumens. Rien n'est plus simple cependant pour obtenir le résultat désiré: il suffit de bien comprendre les principes que M. Amussat a cherché à établir au commencement de cette conférence. Pour détruire l'agglutination qui s'est faite deux ou trois jours après l'opération, et obtenir une cicatrice d'allongement, il suffit de pousser fortement la langue en arrière pour voir se détacher la membrane grise et molle qui colle les parties divisées; mais il est beaucoup plus simple de promener légèrement un instrument tranchant en rondache ou en onglet dans le fond de l'angle de la division. Puis on passe le bout du petit doigt pour s'assurer du résultat, et voir s'il existe quelques brides ou des inégalités. On fait laver la bouche, ou on injecte de l'eau froide simple ou vinaigrée; puis on place un petit bourdonnet de charpie lié par le milieu, on le tasse doucement au fond de la plaie; on place le fil qui tient le bourdonnet entre la lèvre inférieure et les dents afin de pouvoir l'ôter plus facilement, et on le maintient par un compresseur de plomb: c'est une sorte de coin demi-circulaire évidé intérieurement en fer à cheval, et moulé sur la forme de la mâchoire.

L'objet essentiel après l'opération, c'est donc de s'opposer à la formation d'une cicatrice vicieuse. Il est par conséquent fort important, dit M. Amussat, de faire tout ce qui a été indiqué pour empêcher la soudure ou le rapprochement des parties divisées, et, pour atteindre ce but, l'opéré doit être bien convaincu de la nécessité des pansemens réguliers; mais il en est beaucoup qui ne reviennent plus après l'opération: contens de bien parler, ils ne supposent pas la récidive possible; il importe donc de les prévenir de la nécessité de s'opposer à ce fâcheux résultat.

M. Amussat a souvent entendu dire que la cause des succès immédiats après l'opération du bégaiement devait être attribuée à la douleur produite par l'opération; mais il est très facile de détruire cette objection, qui est fort accréditée. Il suffit de dire qu'en ne faisant que le premier temps, comme M. Amussat le pratiquait autrefois, la douleur était assez vive, et que quelquefois même elle déterminait la syncope; cependant le bégaiement persistait au même degré. Or, si dans ces cas la cause du vice de la prononciation n'avait pas été dans les muscles génio-glosses rétractés et contractés, le bégaiement aurait dû disparaître, au moins momentanément, après le premier temps qui causait une douleur très vive.

En résumé, M. Amussat croit être en mesure de rassurer les praticiens découragés, et de leur faire espérer que l'opération du bégaiement ne sera pas abandonnée comme on le croit généralement; d'abord parce qu'elle est beaucoup simplifiée, et surtout parce que désormais on pourra empêcher la récidive, toutes les fois du moins qu'elle dépendra du travail de cicatrisation.

L. B...

Tout en laissant les muscles de mon visage dans l'immobilité, j'imprimais à mes paupières supérieures et à mes globes oculaires un mouvement continuel propre à écarter l'argile, c'est-à-dire à la comprimer de dedans en dehors, et à former à mes yeux une espèce de loge dans laquelle ils pussent agir. Aussi, après dix minutes de ce travail, mon œil droit s'ouvrait-il *entièrement*, puis plus tard mon œil gauche.

Cependant je n'avais encore accompli que la moitié de la besogne, la couche d'argile était si épaisse que la plus profonde obscurité continuait à régner autour de moi; j'étais à cent pieds sous terre! mais pour me faire parvenir un rayon, deux expédiens se présentaient: attendre que l'argile, en se desséchant, se crevassât, ou amener promptement des crevasses par quelques contractions. J'ai attendu, des crevasses se sont formées, et j'ai vu, parfaitement vu.

Tels sont, Monsieur, les faits principaux que d'ailleurs je vais formuler d'une manière générale:

Le taffetas, qui demeure sans cesse mouillé, ne force pas du tout les paupières supérieures à rester abaissées.

L'argile peut se refouler et laisser les yeux libres.

Au bout d'un certain temps l'argile se fend çà et là et permet de voir.

La vision peut avoir lieu de côté, en bas et en face; jamais en haut, du moins lorsque le bord supérieur de la bande s'applique fortement sur l'arcade sourcillière.

Les observateurs ne peuvent que *le plus ordinairement* reconnaître le point par lequel la vision s'opère.

Conclusion. Le masque d'argile que j'ai employé sur Prudence ne vaut rien, parce qu'il a besoin d'être à chaque instant réparé, et qu'il ne peut pas toujours l'être exactement; partant, les expériences que nous avons faites sur cette jeune personne *avec ce masque* ne prouvent rien.

Voilà, Monsieur, ce que ma conscience me dicte de vous écrire aujourd'hui. Ainsi, au revoir et à une autre époque et sur un autre terrain, car je crois posséder des faits irréfragables: j'ai vu Prudence lire avec un masque de plomb qui s'appliquait immédiatement sur sa face, qui n'avait que deux petites ouvertures aux narines ou une seule fente à la bouche, puis qui s'étendait de la racine des cheveux jusqu'au cou et d'une tempe à l'autre. Ce masque avait-il une fissure imperceptible? je ne le crois pas; le temps nous l'apprendra.

Du reste, quoique je sache maintenant qu'éveillé on peut y voir à travers un masque qui paraît offrir au premier aspect toutes les conditions désirables, je n'en tire pas l'induction que mademoiselle Prudence n'était pas endormie pendant les expériences, ni que son masque d'argile était mal appliqué; seulement je dis que cela pouvait être. Dans tous les cas, si cette jeune personne m'a trompé, ce qui ne serait pas un miracle, je lui vouerai une couronne de roses; mais si M. Laurent est son compère, pour lui sera la couronne d'épines; et je la lui enfoncerai jusqu'à la pulpe cérébrale,..... pour servir d'exemple aux magnétiseurs à venir.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Frapart, d.-m.-p.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 20 septembre.

Physique et thérapeutique expérimentales. — M. Ducros lit un travail intitulé: Recherches expérimentales sur les fonctions de la peau chez l'homme et chez les animaux. L'auteur a enveloppé le corps de différens animaux avec des lames métalliques, a soumis ces lames à des courans électriques, et il a observé des phénomènes particuliers; il a ajouté une couche de gomme laque, et ces phénomènes ont été moins prononcés. M. Ducros a appliqué le résultat de ces expériences au traitement des maladies nerveuses, et il cite plusieurs faits à l'appui de ses déductions pratiques. (Commissaires, MM. Larrey et Breschet.

Arsenic. — M. Alphonse Dupasquier, professeur de chimie à l'école de médecine de Lyon, adresse un manuscrit intitulé: Mémoire sur la présence de l'arsenic dans certains acides chlorhydriques du commerce, et par suite dans ces mêmes acides purifiés pour l'usage des pharmaciens et des laboratoires de chimie. L'auteur résume ainsi le résultat de ses expériences:

1° On trouve dans le commerce des acides muriatiques contenant de l'arsenic.

2° Ces mêmes acides, purifiés par le procédé généralement employé dans les laboratoires de chimie et de pharmacie, donnent un acide chlor hydrique également arsenifère.

3° La quantité d'arsenic contenue dans ces acides est très notable. Un kilogramme d'acide muriatique purifié par la distillation, a fourni une proportion de sulfure qui représentait 0gr,722 (près d'un gramme, ou d'un millième) d'acide arsénieux.

4° L'arsenic contenu dans ces acides provient de l'emploi pour leur fabrication d'un acide sulfurique arsénifère, c'est-à-dire de celui qui est préparé par la calcination des pyrites.

5° D'après les expériences indiquées dans ce mémoire, ce n'est pas à l'état d'acide arsénieux, mais de chlorure, que l'arsenic se trouve dans l'acide chlorhydrique; ce qui explique sa volatilisation si facile et sa présence dans le même acide purifié par la distillation.

6° L'acide arsénieux est donc transformé en chlorure et en eau par son contact avec l'acide chlorhydrique, ce qui donne l'explication de cet hydracide sur l'acide arsénieux, peu soluble dans l'eau pure.

7° L'emploi d'un acide chlorhydrique ou arsenifère peut offrir de grands inconvéniens dans les recherches chimiques et dans les travaux d'industrie.

8° Cet acide arsenifère peut présenter aussi d'assez graves dangers dans l'emploi médical et dans la préparation des composés thérapeutiques.

9° L'emploi de ce même acide est surtout dangereux dans les recherches médico-légales, quand on en use pour faciliter la réaction du gaz acide sulfhydrique sur un liquide présumé contenir de l'arsenic, puisqu'on peut obtenir un précipité arsénical dans ce liquide, lors même qu'il ne contiendrait aucune trace de ce toxique.

L'auteur termine en indiquant le moyen de purifier l'acide chlorhydrique.

Ce travail remarquable jette des doutes désespérans sur l'orthodoxie de plusieurs expertises anciennes et récentes.

Physiologie des animaux. — M. Duméril lit un chapitre d'un ouvrage non encore publié sur l'histoire des ophidiens. Ce chapitre est intitulé: Des mouvemens généraux des serpens. L'auteur a tracé avec bonheur, et expliqué anatomiquement les mouvemens si variés, si énergiques, si prodigieux des reptiles sur le sol, sur l'eau, dans l'air et sur les arbres. Ce travail n'est pas, comme on le prévoit déjà, susceptible d'analyse.

Ténotomie. — M. Florent Cunier adresse une lettre datée du mois de juillet, relative à l'application de la ténotomie comme succédané de l'opération de la pupille artificielle, et un cahier des Annales d'oculistique dans lequel il avait annoncé l'idée qu'il avait eue de faire cette application. Il cite des cas d'opérations heureuses pratiquées par lui dès cette époquée, par conséquent avant M. Petrequin. (*Voir* plus haut.)

— M. Baudelocque adresse une note sur l'avantage qu'il y a à ne pas couper le cordon ombilical dans des cas d'apoplexie de l'enfant nouveau-né, procédé qui a été proposé et employé avec succès aussi pour le cas d'asphyxie. (Commission.)

— Ouvrages envoyés:

1° Mémoires de l'Académie royale de Metz. Un gros vol. in-8°.

2° Élémens d'hygiène de M. Thouvenel, publiés par M. Menestrel son parent. Tome 1er.

3° Clinique de M. Bellingieri de Turin, en italien.

4° Sur la contraction des muscles volontaires dans le corps vivant, par M. W. Bowman; in-4° en anglais.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1° Affection organique de l'estomac, du foie et du péritoine. — Œdème et ascite.

M..., peintre en bâtimens, âgé de cinquante-sept ans, n'a jamais éprouvé d'accidens d'intoxication saturnine; il y a cinq mois qu'il ressentit pour la première fois une douleur vers l'appendice xyphoïde, des vomissemens rares de matières muqueuses et quelquefois d'alimens les accompagnèrent. Vers la même époque, il fut pris de régurgitations de matières muqueuses filantes, rarement acides, qu'il rendait particulièrement le matin; tels furent les symptômes légers que le malade ressentit pendant deux mois. A partir de cette époque, les jambes commencèrent à enfler, et l'œdème s'étendit successivement à toute la main. Un épanchement séreux eût lieu dans l'abdomen. A aucune époque le malade ne présenta de vomissemens noirs, d'ictère; jamais il ne ressentit de douleurs vers les hypochondres, jamais il n'eut de dévoiement. Les déjections étaient longues et difficiles, mais elles s'effectuaient sans causer d'autres troubles que quelques symptômes de dyspepsie. L'amaigrissement a fait des progrès depuis trois mois.

Le 9 septembre, on put constater sur le malade les symptômes suivans :

Œdème des membres inférieurs, nul aux membres supérieurs; teinte grisâtre de la peau, qui est sèche et terreuse; respiration nette et pure, crachats insignifians, pouls régulier, à 68. Battemens du cœur normaux, langue nette, soif médiocre, appétit conservé, point de vomissemens, régurgitations d'une liqueur acide, ventre fortement distendu par la sérosité, fluctuation manifeste, aucune tumeur dépassant le bord des côtes droites; le foie n'atteint pas sa limite supérieure; selles fréquentes, sans coliques; urines jaunâtres, acides, avec ennéorèmes laissant déposer une matière pulvérulente rougeâtre, probablement formée d'acide urique, et offrant, par l'acide nitrique et à la chaleur une teinte vineuse. Tous les soirs le malade offre un peu d'amélioration dans le pouls.

Les jours suivans, les symptômes principaux persistèrent au même degré, mais il survint des symptômes de dyspepsie, tels que sentiment d'oppression, de brûlure à la région épigastrique, soif vive, deux vomissemens de matières alimentaires, quelques coliques.

Le 16 septembre la langue est nette, la soif médiocre; le ventre avait diminué de volume, une diarrhée abondante s'était établie, les selles étaient normales, lorsque le malade succomba d'une manière tout à fait imprévue, et sans agonie, vers le milieu de la journée.

La nécropsie fut pratiquée le 18. — Les poumons étaient engoués dans leur partie inférieure, le cœur petit, les parois du ventricule gauche épaissies par suite de la diminution de leur cavité, qui était fort petite. Les valvules, ainsi que l'endocarde et les cavités droites, n'offraient aucune espèce d'altération. La portion pylorique de l'estomac était confondue en une masse dure, appliquée sur la colonne vertébrale; le pancréas, qui les séparait, lui était intimement adhérent, et présentait une dureté assez grande. L'estomac, ouvert par sa face antérieure, égalait en volume la grosseur du gros intestin; ses parois, profondément altérées, étaient converties dans toute la moitié inférieure de ce viscère en un tissu homogène d'une couleur blanchâtre, criant sous le scalpel, et ayant acquis une consistance telle qu'il formait à l'estomac une paroi solide, incapable de se contracter. La membrane muqueuse avait perdu son aspect ordinaire; elle était formée par un tissu granulé, rougeâtre, assez friable, et pouvant s'enlever par lambeaux; on trouvait au-dessous d'elle un tissu blanchâtre qui offrait çà et là quelques points grisâtres, transparens, formés par la tunique musculaire durcie et hypertrophiée. Cette disposition était surtout marquée au pylore, et l'on observait à son pourtour un tissu grisâtre, épais, d'un centimètre environ, constitué par la tunique musculeuse hypertrophiée; dans ce dernier point, l'épaisseur de toutes les membranes réunies était d'environ deux centimètres.

L'ouverture pylorique, considérablement rétrécie, avait peine à admettre le petit doigt; au-delà, le duodénum était sain.

Le foie était considérablement diminué de volume, et présentait quatorze centimètres environ dans son diamètre transversal; son tissu était augmenté de consistance, et présentait à la coupe un grain verdâtre uniforme; le lobe gauche surtout était petit, ratatiné, et parcouru par des sillons blanchâtres très fibreux: il renfermait peu de sang. Les voies biliaires étaient libres, la veine cave dilatée et presque doublée de calibre; les veines rénales avaient éprouvé la même dilatation. La rate était atrophiée, le rein droit offrait plusieurs mamelons entièrement effacés par l'hypertrophie de la substance corticale. Une sérosité citrine, dans laquelle nageaient quelques fausses membranes, remplissait la cavité du péritoine; le mésentère offrait des cordons blanchâtres, noueux, faisant saillie sous la séreuse, et formés évidemment par les lymphatiques dilatés. Le péritoine, la fosse iliaque, le petit bassin et le feuillet qui couvre les muscles de l'abdomen offraient çà et là un grand nombre de granulations évidemment formées par de la lymphe plastique anciennement organisée, blanchâtre dans la plupart des points, colorée par une matière noire dans d'autres.

Pendant la vie du sujet, les symptômes observés me portèrent à admettre une cirrhose du foie; ce qui paraissait appuyer cette opinion, c'était l'ascite, le petit volume du foie, l'absence de l'ictère et des autres symptômes qui se rapportent à une lésion organique de l'estomac; il était, en effet, impossible qu'une lésion de ce viscère, assez prononcée pour déterminer l'ascite, existât sans produire d'autres symptômes que quelques rares vomissemens et de la régurgitation. Aussi, après avoir discuté si un cancer de l'estomac ne pouvait pas provoquer de symptômes semblables à ceux que nous avions observés sur ce sujet, nous fûmes conduit à penser que l' [illegible] ne devait être que faiblement atteint. Il était impossi[illegible] leurs de reconnaître par la percussion la tumeur qu[illegible] nécessairement l'estomac et qui aurait été peut-être [illegible] ble sans l'épanchement ascitique. Nous n'avions pour nous aider dans notre diagnostic que les troubles fonctionnels qui étaient certes trop légers pour faire croire à un cancer gastrique. Il n'y eut, en effet, que quelques rares vomissemens, et, à aucune époque on n'observa d'hématémèse ni de vomissemens noirs. La forme et l'étendue de l'altération expliquent jusqu'à un certain point les symptômes observés. On conçoit, en effet, comment les parois gastriques étant solides et non contractiles, le vomissement ne pouvait se reproduire que difficilement, et pourquoi les digestions ont pu continuer à se faire d'une manière lente, il est vrai, l'orifice pylorique pouvant encore livrer passage aux alimens, et le duodénum étant entièrement sain.

Si maintenant nous recherchons quelle a été la cause de l'œdème et de l'ascite, nous en trouvons plusieurs dont il importe de discuter la valeur. L'œdème des membres inférieurs, qui a précédé chez ce malade l'épanchement séreux abdominal, ne peut tenir qu'à la compression de la veine cave inférieure; cette compression, démontrée par la position même du foie atteint de cirrhose et par la dilatation de la veine cave survenue au-dessous du point comprimé, doit être l'unique cause de l'œdème; on ne concevrait pas comment le cancer de l'estomac aurait produit cet effet; et comme l'œdème est un des premiers accidens qu'éprouva le malade, nous sommes fondé à croire que cette altération a précédé les autres.

L'ascite peut s'expliquer par deux des altérations trouvées sur le cadavre; l'une est l'affection squirrheuse de l'estomac qui, par sa position, pouvait porter obstacle au cours du sang de la veine porte au foie; l'autre, la péritonite chronique dont les traces étaient évidentes; une troisième enfin doit être ajoutée aux deux autres, et consiste dans l'imperméabilité du foie (cirrhose). Nous pensons que cette dernière cause doit être invoquée préférablement aux deux autres, et que son influence l'a emporté sur celle que pouvait faire naître le cancer de l'estomac.

Nous n'avons pu apprendre, d'après les renseignemens fournis par le malade, si les symptômes d'une péritonite avaient précédé le développement de l'ascite, qui pouvait très bien en dépendre. En un mot, on voit que les lésions cadavériques sont plus que suffisantes pour expliquer les épanchemens séreux, et que l'une d'elles suffit à elle seule dans un grand nombre de cas pour les produire.

2° Choléra sporadique.—Cyanose.—Suppression des urines.

Langlois, âgée de cinquante-un ans, a été prise dans la nuit du 15 au 16 septembre d'un dévoiement subit, de vomissemens répétés de matières fortement amères, de douleurs abdominales et lombaires. Ces symptômes acquirent sur-le-champ une grande intensité; les selles, au nombre de quinze à vingt, étaient constituées par des matières liquides, de couleur verdâtre.

Dans la journée du 16, au moment de la visite du soir, aux symptômes précédens s'étaient ajoutées des crampes violentes dans les membres inférieurs; les urines étaient supprimées depuis le matin; cette maladie s'était produite sans cause appréciable.

Le 17, la malade présenta une faiblesse assez grande; la peau des mains et des avant-bras était fraîche; les crampes, les vomissemens et les selles avaient cessé; le pouls était à 96, faible; la respiration accélérée, à 40; la voix cassée; le ventre souple et indolent. — Prescription : Infusion d'hysope; potion avec éther, eau de menthe et opium 0 gr. 08; bain chaud, répété le soir.

Le 18, le pouls était toujours faible, facile à effacer; la faiblesse très grande, la voix éteinte, la langue blanche, la soif vive, le ventre indolent; il y avait eu deux selles de matières verdâtres, on sentait du gargouillement; les urines n'avaient été rendues qu'une fois et en fort petite quantité. On prescrivit l'eau de menthe, la potion éthérée comme la veille, et un bain chaud matin et soir.

Cette malade nous offre un exemple de choléra sporadique intense sans causes appréciables, peut-être la maladie s'estelle développée sous l'influence de la chaleur atmosphérique. Aucun des symptômes du choléra sporadique n'a manqué : cependant, nous avons peu d'inquiétudes sur l'issue de la maladie, qui se terminera sans doute favorablement.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service, pendant le mois dernier, deux autres exemples de choléra intense : l'un d'eux se montra avec une grande violence et s'accompagna des symptômes les plus redoutables; l'abaissement de la température fut considérable, il se maintint pendant quatre jours; les vomissemens et le hoquet, une prostration extrême, la disparition presque complète du pouls radical, la pâleur du visage, qui était glacial au toucher, nous inspirèrent de vives inquiétudes; cependant l'emploi des révulsifs cutanés énergiques, de bains chauds répétés trois fois par jour, de potions fortement excitantes, parvint à faire cesser la maladie.

Le troisième malade atteint du choléra était un vieillard chez lequel tous les symptômes précédens s'offrirent au même degré : les urines furent supprimées pendant deux jours, la cyanose prononcée; la durée des accidens fut courte, mais la convalescence difficile à établir, en raison de la susceptibilité que présenta l'intestin. Un traitement analogue à celui que nous avons mis en usage sur le malade précédent amena la guérison.

3° Pneumonie du côté droit. Ictère.

Amant, âgé de quarante-quatre ans, habite Paris depuis deux ans; il jouit h[illegible]uellement d'[illegible]ne santé. Huit jours [illegible] autre renseignement su[illegible] le début de sa maladie.

L'examen du malade nous a permis de constater les symptômes suivans: coloration verdâtre prononcée sur toute la surface de la peau, céphalalgie générale, faiblesse, brisement des membres, douleurs à la base de la poitrine, sonoréité normale en avant des deux côtés et en arrière à gauche, dans toute la partie postérieure droite; sur tout le long du bord interne de l'omoplate absence de bruit respiratoire, lequel est remplacé par un souffle tubaire et une bronchophonie des plus intenses; point de râle crépitant; respiration naturelle 16; pouls à 92, régulier, dur; crachats insignifians. Le sang tiré la veille offrait un caillot volumineux, consistant, recouvert d'une couenne épaisse et bien formée. Les fonctions digestives étaient dans un état d'intégrité parfaite. Prescription : saignée de trois palettes matin et soir; application de ventouses scarifiées sur le côté droit du thorax.

Il était évident, d'après l'ensemble des symptômes, que nous avions affaire à une pneumonie parvenue au second degré, et qui avait envahi une grande partie du poumon; la coloration jaune annonçait-elle que la plèvre diaphragmatique était enflammée, ou que la sécrétion biliaire seule était altérée sans modification de texture de l'organe? Nous avons adopté cette dernière manière de voir, parce qu'il ne s'est produit qu'une douleur bien tranchée vers le côté, parce que le foie a conservé son volume normal, ainsi que la percussion l'a démontré; parce qu'enfin la pneumonie du côté gauche s'accompagnait aussi d'ictère.

Le 18 septembre, la courbature et le malaise ont diminué, la coloration jaune de la peau reste assez intense; pouls à 88; respiration tout à fait normale; le sang de la seconde saignée, qui seule a bien coulé, offre un caillot à bords relevés; la couenne qui le recouvre est épaisse de trois ou quatre millimètres, elle est fortement colorée en jaune et infiltrée de sérosité. Les signes fournis par l'auscultation sont les mêmes que ceux constatés la veille. On entend toujours le souffle tubaire et la bronchophonie, qui se sont étendus; absence de bruit respiratoire dans la fosse sus-épineuse sans retentissement de la voix; la sonoréité est fortement diminuée en arrière et à gauche le long du bord interne de l'omoplate; en se rapprochant de la colonne vertébrale, on entend un souffle tubaire lointain, et une bronchophonie faible que nous avons considérée comme étant le simple effet de la transmission vers ce côté desbruits anormaux qui se passent du côté droit. Ce qui exclut toute idée d'une pneumonie ayant son siége au poumon gauche, c'est l'absence de phénomène morbide dans ce point; la respiration vésiculaire s'entend, et ce n'est qu'à travers elle qu'arrivent, comme du lointain, les bruits de souffle et la bronchophonie. Du reste, nous avons déjà eu l'occasion de constater deux autres fois cette même particularité, et nous avons vu les phénomènes morbides observés dans le côté sain disparaître à mesure que la pneumonie guérissait.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

(Service des nourrices et des enfans à la mamelle.)

Rougeole.

Le 3 juin, est entré dans notre service un enfant de deux ans et demi, atteint de rougeole. Cette affection avait débuté le 31 mai, et avait été précédée de tous les signes prodromiques ordinaires: larmoiement des yeux, injection des conjonctives, saignement de nez, etc. Dans les premiers jours de l'invasion, l'éruption suivait une marche régulière, quand hier, 4 juin, elle prit une teinte moins rouge et pâlit un peu; en même temps on entendit, dans un des côtés de la poitrine, du râle sous-crépitant s'accompagnant de souffle.

Lorsque chez un enfant l'on vient à constater la présence de râle sous-crépitant, il faut craindre une pneumonie, et voici pourquoi. En lisant les observations publiées par Billard, MM. Vernoix, Valleix, etc., l'on demeure convaincu que le râle sous-crépitant est l'indice le plus ordinaire de la pneumonie; tandis que chez l'adulte ce signe n'annonce qu'un catarrhe: ce n'est que très rarement que dans le début de la pneumonie chez les enfans l'on trouve du râle crépitant. Il peut arriver cependant que dans le cours d'une rougeole l'on entende du râle sous-crépitant, alors que la pneumonie n'existe pas encore. Il faut donc se tenir sur ses gardes, et invoquer d'autres symptômes.

Quand chez un enfant de 2 ans et demi, d'une constitution robuste, l'on trouve du râle sous-crépitant, ce signe a-t-il la même valeur chez lui que chez un enfant plus jeune, âgé tout au plus d'un an, par exemple? Non certainement, ce signe n'a pas la même valeur dans les deux cas; tandis qu'il suffit à lui seul chez les derniers pour faire croire à une pneumonie, le râle sous-crépitant chez les autres s'accompagne toujours au début de cette affection d'un mouvement fébrile plus ou moins intense: or, notre enfant, qui serait au deuxième jour de sa pneumonie, n'a que 112 pulsations, et cette lenteur du pouls ne tient pas à une prostration des forces, car il est fort, résistant, difficile à déprimer. Cet enfant n'a par conséquent pas de fièvre; il faut donc chez lui exclure la pneumonie.

Mais, d'une autre part, le râle sous-crépitant ne s'entend que d'un seul côté, et cette circonstance, au dire de M. Louis, doit faire craindre, même chez un adulte, l'invasion d'une pneumonie; et ce qui ajoute encore de la valeur à cette ma-

nière de voir, c'est que la résonnance est diminuée dans le point où l'on entend le râle sous-crépitant, et qu'il existe dans le même endroit du souffle. Mais en rapprochant le bras qui était écarté du corps, et percutant de nouveau, l'on trouve le son normal; de l'autre côté de la [illegible] ale- [illegible] dans [illegible] ne [illegible] in- [illegible] considérable, altération de la face, une grande chaleur à la peau; tandis que nous n'observons rien de tout cela chez lui.

Nous allons surveiller cet enfant, car il nous paraît sous l'imminence d'une pneumonie qui pourrait bien se déclarer dès demain. Nous avons recommandé, dans le cas où ce soir l'éruption continuerait de s'affaisser, et la peau deviendrait de moins en moins rouge, de pratiquer l'urtication. Ce moyen suffit souvent pour prévenir une pneumonie, et rappeler l'éruption.

— Dans la soirée, l'urtication ayant été jugée nécessaire, a été pratiquée par l'interne de service. Dès le lendemain, toutes les craintes touchant l'invasion d'une pneumonie ont été dissipées; le râle sous-crépitant avait disparu; l'éruption de rougeole était bien fleurie et d'une belle apparence. Sans attacher à l'urtication une influence plus grande qu'il ne convient, il faut voir que ce moyen a rendu à l'éruption les caractères qu'elle avait lors de son apparition.

Myotomie oculaire dans les cas d'obscurcissement de la cornée nécessitant le déplacement de la pupille.

Lettre adressée aux Académies des Sciences de Paris et de Bruxelles, par le docteur FLORENT CUNIER.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de donner connaissance à l'Académie d'une nouvelle application que je viens de faire de la myotomie oculaire, que j'ai mise le premier en usage avec succès pour la cure du strabisme, du nystagme et de certains cas de diplopie, et que j'ai aussi employée après MM. Jules Guérin et Bonnet, dans le traitement de la myopie.

Lorsque la portion centrale de la cornée, en rapport avec la pupille d'ailleurs saine, est devenue le siége d'un albugo, d'une tache rendant la vision impossible, on déplace la pupille de manière à permettre à la lumière d'arriver au fond de l'œil. Divers procédés ont été imaginés à cet effet; Himly, Adams, Baratta, Lusardi, enclavent l'iris dans la cornée; Embden, Van Onsenoort, le fixent dans la sclérotique; M. Guépin, de Nantes, doit des succès très remarquables à sa distension forcée de la pupille, qu'il a fait connaître il y a un an. Le but que se sont proposé ces chirurgiens est de mettre la pupille en rapport avec une portion de cornée demeurée transparente. J'ai trouvé que dans le plus grand nombre de cas, on y parvenait par une opération beaucoup plus simple et nullement aussi chanceuse que le déplacement pupillaire: j'ai tout bonnement divisé un ou plusieurs des muscles moteurs de l'œil, de manière à déterminer un strabisme qui fournit le même résultat.

Voici comment j'ai été amené à recourir à ce moyen:

Le nommé Elzoecht (Jean-Baptiste), âgé de vingt-cinq ans, de la commune de Koekelberg, à une lieue de Bruxelles, s'est présenté le 21 juin à mon institut ophthalmique; il louche de l'œil gauche depuis sa naissance; cet œil est affecté de nystagme. A l'âge de deux ans, Elzoecht a été atteint d'une ophthalmie catarrhale purulente qui a amené la fonte de l'œil droit, et a laissé sur la cornée de l'œil gauche une opacité leucomateuse qui recouvre environ les deux tiers externes de sa surface; l'autre tiers, resté transparent, est caché dans le grand angle, et n'est visible que lorsque le malade comprime le moignon qui reste à droite, et fait ainsi cesser le strabisme de l'œil gauche. Il peut alors discerner les objets en les portant vers le nez et en tournant l'œil le plus fortement possible en dehors. La chambre antérieure a sa capacité normale; la pupille est libre d'adhérences et se contracte parfaitement.

Le 30 juin j'ai divisé le droit interne; la pupille est venue immédiatement se placer au centre de l'orbite; le nystagme a cessé. L'œil n'étant pas assez porté en dehors pour que le malade pût discerner convenablement les objets, je mis la sclérotique à nu, jusqu'aux droits supérieur et inférieur, sans pouvoir déterminer le moindre degré de strabisme externe. Me fondant sur mes expériences et sur celles de M. Duffin, j'ai alors pratiqué la section de l'oblique inférieur, et c'est au procédé de M. Bonnet que je donnai, comme d'habitude, la préférence: aussitôt ce muscle divisé, l'œil a été porté en dehors et un peu en haut, position que la disposition de l'opacité rendait la plus convenable.

La résorption de l'ecchymose de la plaie cutanée a été rapide; mais la guérison de la plaie conjonctivale a été lente, le déplacement qu'avait subi le globe, la réaction de la muco-séreuse divisée ayant laissé la sclérotique à nu dans une étendue de près de six lignes.

Immédiatement après l'opération, pratiquée en présence de MM. les docteurs Rucloux et Moons, de Bruxelles, Rul-Ogez, d'Anvers, et avec l'assistance de M. le docteur Fleussu, médecin adjoint du dispensaire, Elzoecht a pu se guider dans mon jardin; six jours plus tard il venait seul à ma consultation. Aujourd'hui il y voit assez pour discerner les objets les plus fins, seulement il doit les rapprocher de l'œil.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la pupille a subi un déplacement qui la met dans un rapport exact avec la portion de la cornée qui a conservé sa transparence.

Elzoecht était opéré depuis huit jours, lorsque se présenta au dispensaire un malheureux aveugle depuis douze ans, le nommé Mechiels, âgé de quarante-deux ans; l'œil gauche était atrophié, et l'œil droit ne conservait qu'une portion de son segment externe demeurée transparente. Michiels pouvait, en comprimant l'œil gauche, tourner l'œil droit assez fortement en dedans pour saisir la forme des gros objets.

J'ai coupé le droit externe et mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur; j'ai ainsi déterminé un strabisme interne qui permet au malade de se conduire. Aujourd'hui, dix-huitième jour de l'opération, il a étalé au marché des paniers d'osier qu'il fabrique et qu'il peut maintenant vendre lui-même.

J'avais pratiqué l'an dernier le déplacement pupillaire selon l'ingénieuse méthode de M. Van Onsenoort, d'Utrecht, sur l'œil d'une fille d'Anvers, la nommée Pétronille Van Dyck, femme de chambre de madame la marquise d'A...; l'œil droit était atrophié, un albugo occupait tout le segment interne de la cornée de l'œil gauche, et masquait la pupille restée saine. L'enclavement de l'iris dans la sclérotique n'avait eu qu'un succès de peu de durée; la pupille s'était tendue et rétrécie; le cône lumineux devait traverser une portion nuageuse de la cornée pour arriver au fond de l'œil; la malade pouvait à peine se conduire.

Un strabisme interne que j'ai produit il y a cinq jours, a mis un endroit plus large de la pupille déplacée en rapport avec une partie bien nette de la cornée; déjà l'opérée peut se livrer à quelques occupations; elle se guide maintenant à travers des rues habituellement encombrées de passans et de voitures.

La nouvelle application que j'ai faite de la myotomie oculaire me paraît appelée à rendre d'immenses services, et c'est pour ce motif seulement, et non pour m'inscrire en priorité, que j'ai cru devoir communiquer à l'Académie les résultats remarquables que j'en ai retirés.

Agréez, etc. Dr FLORENT CUNIER.

Bruxelles, 26 juillet 1841.

Voici le texte de la note communiquée par M. Velpeau (séance du 15 septembre).

Mémoire pour servir à l'histoire des fourberies des charlatans connus sous le nom d'opérateurs, et des moyens de les découvrir; par M. LECAT.

«Un des poisons les plus dangereux que la médecine ait à combattre et que les lois aient à punir, c'est le charlatanisme. Les plus grandes villes comme les bourgades sont infestées de faiseurs de miracles, qui n'en imposent pas seulement à des hommes bornés, mais encore à des personnes que leur esprit et leur éducation devraient garantir des erreurs pardonnables à la multitude.

» Le docteur T... me servira à prouver ce que j'avance. J'ai eu occasion d'examiner à fond sa conduite, et j'ai cru que l'histoire en pourrait être utile au public et agréable à l'Académie (des sciences, belles-lettres et arts de Rouen).

» Cet homme spirituel, aimable, arrivé à Rouen le....., y devint en peu de jours l'objet de l'admiration générale. Il possédait un arsenal superbe d'instrumens, s'en servait avec dextérité, et faisait voir des portefeuilles remplis de certificats les plus avantageux et les plus authentiques. La porte de son hôtel était gardée par des soldats: il fallait des recommandations pour entrer chez lui, et les opérations se faisaient dans un cercle brillant de personnes choisies.

» La grande opération, la plus merveilleuse de toutes, était celle par laquelle il prétendait redresser les yeux louches. En voici la manœuvre:

» Avec une aiguillée de soie, il prenait une portion de la conjonctive de l'œil louche, vers la partie inférieure du globe, et, ayant fait une anse de cette soie, il s'en servait pour tirer à soi la portion de la conjonctive qu'elle comprenait, et la coupait avec des ciseaux; ensuite il mettait un emplâtre sur l'œil sain; l'œil louche se redressait, et chacun criait miracle!

» J'usai de la liberté qu'il m'avait accordée, en lui demandant le motif d'une opération qui me paraissait parfaitement inutile, pour ne pas dire dangereuse. Il me répondit qu'un œil n'était louche que parce que l'équilibre entre ses muscles était détruit; que, pour rétablir cet équilibre, il ne s'agissait que d'affaiblir le muscle qui l'emportait sur les autres, et que c'était ce qu'il faisait en coupant un des filets nerveux qui se portaient à ce muscle trop puissant.»

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 23 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 115, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hypertrophie du cœur. — Epaississement et déformation des valvules. — Rétrécissement des orifices. — Quelques réflexions.

« Il est facile de se convaincre, disions-nous il y a quinze jours à peine dans un article inséré dans ce journal (*voyez* le numéro du 28 août) qu'il n'est pas impossible, comme le prétendent certains médecins, de reconnaître et de signaler d'une manière *exacte* le siége et la nature des lésions qui caractérisent les affections dites organiques du cœur. » Cette assertion, que nous nous efforcions de prouver par la relation d'un assez grand nombre de diagnostics portés dans des cas relatifs à des maladies de cette nature, nous allons tâcher de la développer d'une manière plus étendue en ne nous bornant plus à une simple analyse, mais en entrant dans tous les détails de l'observation suivante, l'une des plus intéressantes et les plus complètes que l'on puisse rencontrer en ce genre.

Salle Saint Jean-de-Dieu, 23. Le nommé Lucien Baude, âgé de vingt-sept ans, tailleur, demeurant rue des Deux-Ecus, n° 14, né à Mamers (Sarthe), entré le 2 septembre, mort le 9 septembre.

D'une constitution de force moyenne, un peu délicat, d'un tempérament lymphatique, vacciné, non variolé, à Paris depuis cinq ans, bien portant dans son enfance. Vers l'âge de neuf ou dix ans, à la suite d'exercices gymnastiques violens, il fut pris d'un *rhumatisme articulaire aigu généralisé*, qui ne fut traité que par quelques sangsues et dura deux mois environ. Depuis cette époque, et presque chaque année, il vit reparaître ses douleurs rhumatismales, dont chaque attaque durait deux mois environ, et qui ne se seraient pourtant pas renouvelées depuis cinq ans. Pendant le cours de ses diverses affections rhumatismales, à une époque que le malade fait remonter à six ou sept ans au moins, il commença à éprouver des palpitations, de l'étouffement en montant ou marchant vite, symptômes qui allèrent en augmentant jusqu'à présent, mais ne commencèrent à gêner notablement le malade qu'il y a *huit mois* environ. Depuis lors aussi se déclara une toux assez forte avec expectoration abondante, et dans ces derniers temps une tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs, du scrotum, et enfin de l'abdomen. Du reste, appétit assez bon, peu de céphalalgie, pas d'épistaxis.

Obligé de cesser ses occupations il y a trois mois, et même de garder le lit, il ne fit appeler qu'alors le docteur Tessereau, qui lui administra la digitale, lui pratiqua quelques saignées locales, fit placer un vésicatoire sur la région précordiale, et le mit à l'usage du sirop de pointes d'asperges. Les symptômes s'étant aggravés depuis deux mois, malgré le traitement ordonné, que du reste le malade interrompait pour reprendre son travail dès qu'il sentait la plus légère amélioration, son médecin l'engagea à entrer à l'hôpital, où il vient d'être mené en voiture.

Voici l'état qu'il présente au moment de la visite du soir : Le malade est assis sur son lit et ne peut conserver une autre position. Visage bouffi, pâle et jaunâtre. Les membres supérieurs ne sont pas œdématiés ; mais les pieds, les jambes, les cuisses, sont le siége d'un gonflement œdémateux considérable. La peau de ces parties est tendue, blafarde, et conserve long-temps l'impression du doigt, qui s'y enfonce profondément. Le scrotum et le pénis sont également infiltrés et gonflés.

Les lèvres sont un peu violacées, la langue est humide et nette ; soif assez vive ; appétit bon. Quelques nausées de temps en temps depuis quelques jours ; l'épigastre et le ventre à peu près indolens. L'abdomen gonflé, assez volumineux, sans fluctuation notable, avec résonnance faible, mais non complétement mate. Urines et selles normales.

Chaleur du tronc assez modérée, mais les extrémités sont froides. Le pouls à 88, peu développé, inégal ; palpitations assez fréquentes même dans l'état de repos, mais surtout pendant les mouvemens. Pas de douleur précordiale. Voussure de la région précordiale de 4 degrés au cyrtomètre. Battemens du cœur assez profonds, étendus, accompagnés par intervalle d'un peu de frémissement vibratoire. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal ; mais les battemens s'étendent de ce point jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus du sein, et jusque dans le voisinage du sternum. La matité de la région du cœur est de 8 à 9 centimètres carrément.

Le double claquement valvulaire est remplacé par un double souffle assez rude, râpeux ; ce souffle est beaucoup plus prononcé au premier temps qu'au second, dont le bruit est presque entièrement effacé, et présente son maximum d'intensité dans le voisinage du creux inférieur du sternum. Dans les autres points, on distingue un bruit de choc sourd et mat qui se mêle au souffle du premier temps.

Pas de souffle notable dans les carotides. Ces artères, ainsi que les sous-clavières, présentent des battemens d'une force remarquable ; les jugulaires un peu distendues. Respiration assez calme dans la position assise. Un peu de toux sans expectoration. Résonnance généralement bonne, ainsi que la respiration, qui est accompagnée à la partie inférieure de chaque côté d'un râle muqueux et sous-crépitant à bulles nombreuses. Le sommeil est en général assez bon.

Le lendemain, 3 septembre, à la visite du matin, le malade se trouve dans le même état. Le pouls est à 80, petit, peu développé. Orthopnée ; même état du cœur, qui semble se débattre et se mouvoir avec peine dans le péricarde. Saignée, 3 pal. ; sol. sir. gom., 2 p.; deux bouillons.

— Quel devait être le diagnostic dans un cas pareil ? Examinons successivement les divers phénomènes observés et leur valeur comme signes pouvant aider à reconnaître la nature et le siége des lésions qui existaient.

L'hypertrophie du cœur était de la dernière évidence. L'étendue de la matité de la région précordiale, matité qui occupait une étendue de huit à neuf centimètres dans tous les sens, la force de l'impulsion du cœur, l'étendue dans laquelle se faisaient sentir les battemens de cet organe, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard.

La force et l'étendue des battemens artériels, la violence avec laquelle ils soulevaient le doigt appliqué sur le trajet des principales artères ou devenaient même visibles pendant le repos du malade, annonçaient également l'existence d'une hypertrophie des principaux troncs artériels.

Quant aux lésions qui occupaient chacune des parties du cœur spécialement, et aux désordres que l'on devait y reconnaître, essayons rapidement d'en donner une idée.

On ne s'attend pas que nous donnions ici la théorie des bruits du cœur à l'état normal. Nous rappellerons seulement, et pour mémoire, que la théorie admise par M. Bouillaud est celle-ci, à savoir : que les deux bruits ou claquemens du cœur sont produits par le choc des lames des valvules les unes contre les autres ; le premier bruit étant formé par les feuillets des valvules auriculo ventriculaires, tandis que le second, plus clair, moins profond, résulte du jeu des valvules artérielles, choc qui se produit lorsque pendant la systole et la diastole successive des ventricules et des oreillettes, le sang, chassé par l'ouverture opposée à celle qui lui a donné passage, tend également, mais en vain, à rétrograder, et relève brusquement les lames qui ferment chacun de ces orifices.

Une fois admis ce principe, que les expériences et l'observation clinique viennent chaque jour confirmer, analysons chacun des bruits qui ont été observés chez le malade dont nous traçons l'histoire.

Le premier bruit, qui consiste, à l'état normal, en un claquement plus ou moins sourd par rapport au second, mais cependant bien distinct, était remplacé complétement par un souffle qui se faisait entendre dans toute l'étendue de la région précordiale. Ce souffle, rude, râpeux, avait son maximum d'intensité dans la région de l'orifice aortique, où il tendait, en finissant par devenir légèrement musical, et offrait une certaine analogie avec le ronflement grave d'une corde de basse sur laquelle on aurait légèrement passé l'archet.

La production du souffle, au premier temps, remplaçant le claquement des valvules auriculo-ventriculaires, ne peut dépendre que de deux causes.

(Il est bien entendu que nous ne parlons pas du souffle que l'on observe dans les affections anémiques, et qui accompagne plutôt qu'il ne remplace le premier bruit. Indépendamment des autres symptômes qui empêchent l'observateur, même le moins attentif, de confondre des maladies aussi différentes que le sont les affections chroniques du cœur et les affections chloro-anémiques, le souffle de la chlorose est doux et moelleux, au lieu d'être rude et râpeux comme celui qui dépend d'une lésion organique.)

FEUILLETON.

DES PRISONS ET DES PRISONNIERS;

Par le Dr VINGTRINIER,
Médecin en chef des prisons de Rouen.

C'est en 1826 que le préfet du département de la Seine-Inférieure et l'Académie royale de Rouen chargèrent M. Vingtrinier de rédiger l'article *Prisons* pour la statistique du département. Cet observateur, aussi désintéressé que parfaitement placé, ne put constater de réformes importantes introduites dans les prisons de Rouen qu'à partir de l'époque de 1801, où toutes les prisons de France rentrèrent seulement alors dans le droit commun.

Le travail que publie aujourd'hui M. Vingtrinier l'a conduit bien au-delà de son essai primitif, car il embrasse son sujet tout entier, et complète ainsi sa mission. Dans toutes les opinions qu'il émet, dans tous les faits qu'il cite, dans toutes les améliorations qu'il propose, il ne suggère jamais d'innovation au détriment des prisonniers.

Si la voix de l'auteur est entendue, des abus graves seront réformés, des maux adoucis et des misères soulagées. Il fait comprendre que la moralisation peut fort bien se concilier avec l'humanité, et que l'indulgence et la charité sont au moins des moyens aussi bons que cette nouvelle arme qu'on appelle l'intimidation. Aussi cet ouvrage prend-il cette double épigraphe :

« Aucune peine infligée dans l'esprit de la loi n'a pour but le mal de celui qui la souffre ; mais, en général, son effet est de rendre meilleur ou moins méchant. » (Platon, *Des lois*, liv. IX.)

« *Mementote vinctorum, tanquam simul vincti;* souvenez-vous de ceux qui sont dans les chaînes comme si vous étiez vous-même enchaîné avec eux. » (Saint Paul aux Hébreux.)

Le but de la punition est et doit être, en effet, d'obtenir l'amendement du condamné par tous les moyens propres à lui faire oublier ses anciennes et perverses habitudes, de manière qu'il répare par le travail et par une bonne conduite ses torts envers la société. Si le châtiment, a dit le vénérable Barbé-Marbois, n'avait d'autre effet que de tourmenter le condamné, la justice elle-même renoncerait bientôt à cette stérile et triste satisfaction. Cependant la société se venge bien mal encore de ceux qui l'offensent, puisqu'elle a les mêmes maisons centrales destinées à recevoir les condamnés à plus d'un an de captivité, soit pour délits emportant peines correctionnelles, soit pour crimes emportant la réclusion, qui est une peine afflictive et infamante. Les mineurs renfermés par simple mesure disciplinaire, sont également victimes de cette monstrueuse confusion. Les uns et les autres habitent sous le même toit, ils sont soumis aux mêmes réglemens, au même régime, ils sont revêtus du même costume. Dans les lieux où tout doit s'exécuter au nom de la justice et de la loi, organe de la raison, on n'hésite donc pas à confondre les délinquans avec les criminels ! Bien plus encore, on met également les fers aux pieds à l'homme condamné pour crime et à celui qui va subir la réparation d'un délit quelquefois léger, pendant un an et un jour d'emprisonnement. L'introduction des voitures cellulaires est un avantage douteux qui remédie en partie à cet abus, mais ne le fait pas disparaître.

Combien de prisons encore où, à la honte des mœurs, on couche toujours deux à deux, et où, à la honte de l'humanité, les prisonniers n'ont pour se reposer que de la paille fétide.

Il y a une dizaine d'années qu'il était de mode de s'apitoyer sur le sort des détenus, et pour réhabiliter en quelque sorte le crime, on vit un célèbre philantrope faire river sa jambe à la jambe d'un forçat, et tous les journaux du temps retentissaient d'éloges.

Triste inconséquence de l'humanité ! une réaction se fait aujourd'hui contre les voix puissantes et pieuses qui s'étaient élevées pour les prisonniers ; la statistique est devenue accusatrice. Des philantropes ont prétendu que le tiers des condamnés tombait en récidive ; c'est qu'ils ont confondu, ces hommes hypocrites, les récidives avec les récidivistes. Ainsi, lorsqu'ils ont rencontré un homme repris cinq fois de justice, ils ont porte le chiffre *cinq* à la colonne des récidives, et à dessein ils n'ont pas fait entrer en ligne de compte les souffrances des prisonniers, dont la mortalité annuelle est de 1 sur 12 dans les maisons centrales de détention.

En imaginant le système cellulaire absolu, ces philantropes à mesures farouches ont pris la mort pour leur auxiliaire de moralisation; ils n'ont pas vu qu'il y avait tout autant de crimes, mais moins de criminels ; ils n'ont pas compris que le travail et l'absence de la misère sont les deux grands moyens moralisateurs. La cherté du pain pendant les années 1817 et 1839 peupla rapidement les prisons, et donna la fatale mesure de la vertu publique ; et dans ce cas, la rigueur des tribunaux portait une accusation contre les administrateurs qui ne savent prévoir ou combattre la misère du peuple.

Empêchez les vices de naître, et vous aurez fait assez pour la vertu, a dit J.-J. Rousseau dans son Contrat social.

Mais l'opinion des hommes du pouvoir est, aujourd'hui, qu'il faut détruire la cause des crimes dans les prisons plutôt qu'ailleurs, plutôt que là où elle est réellement. Au lieu de bâtir des prisons, le gouvernement ferait mieux de créer des ateliers administratifs par chaque arrondissement ou par chaque département, destinés à recevoir et à utiliser les mendians, les vagabonds, les libérés et tout ce qui n'est pas pourvu de travail ; on obtiendrait ainsi, en s'adressant à la cause du mal, un résultat moins onéreux et tout à la fois plus utile, plus direct et surtout plus honorable pour notre pays.

Combien d'hommes, détenus dans les prisons pour n'avoir pas trouvé dans les ateliers publics des moyens d'existence, ont été irrésistiblement poussés par des besoins impérieux à procurer à leur famille qui mourrait de faim une nourriture obtenue par un crime!..

Le Code pénal punit bien tous les délits, tous les crimes qu'il prévoit, mais il ne saurait corriger que très rarement.

Ce ne sont ni les Pays-Bas, ni les États-Unis d'Amérique, comme on le croit communément, qui ont imaginé le système pénitentiaire ; la première idée théorique est due à un célèbre bénédictin, au père Mabillon. Dans ses œuvres posthumes, on lit un passage où il réduisait à quatre les moyens de réformer le moral des religieux détenus : l'*isolement*, le *travail*, le *silence* et la *prière*. Il donne le plan d'un véritable pénitencier. Ce fut à Rome, sous le pontificat de Clément XI, que se réalisèrent les idées du bénédictin. La seconde tentative eut lieu à Gand, en vertu de l'édit octroyé le 17 janvier 1774 par l'impératrice et reine, Marie XIII.

En 1785, le pénitencier de Glocester fut construit sur les bases indiquées pas l'illustre Howard. Enfin, l'honneur d'avoir acclimaté dans les Etats-Unis le système pénitencier dut être abandonné aux quakers. Dans l'établissement d'Auburn ou de New-Yorck, il y existe l'emprisonnement solitaire de nuit avec travail en silence et en commun pendant le jour, tandis que dans celui de Philadelphie ou de Cherry-Uill, l'emprisonnement y est solitaire ainsi que le travail la nuit comme le jour.

Lorsque je visitai le pénitencier de Genève, en 1837, j'y trouvai établi le premier système sous la direction d'un homme aussi zélé qu'intelligent, M. Aubanel. La même année je visitai les bagnes de Toulon, et il me fut impossible de ne pas y trouver une torture moins grande que dans le pénitencier de Genève où j'avais vu des hommes réunis par sections avec défense de communiquer entre eux par paroles, par gestes ou d'une manière quelconque. Après quelques heures d'observation attentive, on éprouve une fatigue douloureuse en voyant des hommes contraints à se priver de tous rapports entre eux. C'est bien là le supplice de Tantale ; c'est au moyen de porte-voix et à voix basse qu'ils peuvent adresser leurs réclamations au directeur ; c'est à voix basse et au moyen d'un tube acoustique qu'ils en reçoivent la réponse, et les co-détenus ignorent toujours ce dont il est question. Ce système, qui est moins défavorable et qui ne saurait se comparer au supplice de la réclusion absolue, détermine cependant un grand nombre de folies, ainsi qu'il résulte des recherches publiées par M. Coindet fils, très

Le souffle du premier temps, dis-je, ne peut dépendre que de deux causes :

1° Où il y a un épaississement, une induration, une déformation tels de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, que les deux feuillets ne peuvent plus se rapprocher pour fermer l'issue au sang pendant la diastole de l'oreillette et la systole du ventricule ; et alors, au lieu du choc des deux lames valvulaires, il se produit un souffle causé par le passage du sang à travers l'orifice incomplétement fermé ;

2° Ou il existe un rétrécissement de l'orifice aortique, les valvules sygmoïdes étant saines ou non ; et dans ce cas la cause du souffle est le frottement du sang contre les parois d'un orifice trop étroit pour lui livrer passage d'une manière convenable, et la rudesse, le caractère râpeux de ce souffle tient à la rigidité, à l'induration des parties contre lesquelles s'exerce ce frottement.

Maintenant, comment pourra-t-on distinguer si c'est à la première ou à la seconde cause que doit être rapporté le souffle du premier temps? — Lorsque le souffle tient seulement à une lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire, et qu'il est produit par le reflux de sang à travers cet orifice pendant la systole ventriculaire, son maximum d'intensité se trouve dans la région de cet orifice, et plutôt vers la pointe que vers la base du cœur ; tandis que lorsqu'il dépend du rétrécissement de l'orifice aortique, son maximum d'intensité se fait entendre dans la région de l'orifice aortique, beaucoup plus près du sternum et de la base du cœur, et diminue à mesure que l'on s'éloigne de la base pour porter l'oreille vers la pointe de cet organe. De plus, dans ce dernier cas, le pouls est ordinairement petit, peu développé ; ce qui s'explique facilement par la gêne qu'éprouve le fluide sanguin en s'échappant de la cavité ventriculaire.

Il était donc *plus que probable*, d'après la nature et le siége des bruits observés chez notre malade, qu'il existait un rétrécissement de l'orifice aortique avec état cartilagineux des valvules sygmoïdes ; cette lésion, n'excluant nullement la possibilité d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec déformation de la valvule mitrale, car le souffle s'entendait aussi, bien que moins fort, dans la région de cet orifice, et avait remplacé tout à fait le claquement dont on n'aurait pas manqué de saisir quelques traces si la valvule eût été tout à fait saine ; et d'ailleurs, nous devons le dire, il est assez rare de rencontrer une lésion de l'orifice aortique, l'orifice auriculo-ventriculaire restant complétement sain.

Quant au second bruit, produit à l'état normal par le choc des valvules sygmoïdes de l'aorte entre elles, il était tellement effacé, tellement obscur, que l'oreille pouvait à peine saisir un léger souffle remplaçant le bruit valvulaire dont il était impossible de constater le moindre vestige. L'absence de ce bruit valvulaire prouvait, de la manière la plus formelle, que le jeu des valvules sygmoïdes était devenu impossible par suite de l'état fibro-cartilagineux dans lequel elles se trouvaient.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections pustuleuses (Suite.)

Le mot *tinea*, teigne, créé par les auteurs du moyen-âge, vient, selon Mercurialis, de ce qu'on a comparé l'action de cette maladie sur le cuir chevelu à celle qu'exerce sur les vêtemens l'insecte du même nom. Pour certains médecins, ce mot est un terme générique indiquant toute affection du cuir chevelu qui sévit particulièrement sur l'enfance. Cette confusion vient sans doute de la difficulté apportée dans le diagnostic de cette maladie par les auteurs anciens qui s'en sont occupés, et dont chacun en a admis des espèces différentes qu'il a désignées par des noms divers. Ainsi Guy de Chauliac admit cinq espèces de teigne ; Ambroise Paré les réduisit à trois ; enfin Lorry n'en admit qu'une, savoir : la teigne lupinée de Guy de Chauliac, décrite depuis par Alibert sous le nom de teigne faveuse.

La contagion et la possibilité d'alopécie sont les caractères essentiels de cette affection, mais ils ne sont pas, on le conçoit, très sensibles au premier abord, ni d'ailleurs toujours bien tranchés. Aussi avons-nous vu le professeur Alibert, après avoir écrit dans ses premiers ouvrages que la teigne était contagieuse et qu'elle pouvait se transmettre par l'inoculation, soutenir ensuite la non-contagion et approcher hardiment ses lèvres de la tête des teigneux, afin d'asseoir sur des faits sa nouvelle opinion.

Quoi qu'il en soit, presque tous les pathologistes s'accordent à regarder la teigne comme contagieuse, et bon nombre de faits prouvent que c'est avec raison. La transmission, toutefois, ne s'opère pas dans tous les cas où il paraîtrait naturel que cela fût, et il faut pour cela la réunion de certaines conditions d'âge, de tempérament, de vitalité, de tégumens, etc.

La seule teigne proprement dite est l'espèce de Lorry, le *tinea lupinosa*, ou le *porrigo lupinosus* de Batteman, qui doit son épithète à une analogie de forme que présentent les croûtes avec les semences du lupin. C'est l'espèce que nous décrirons avec Alibert sous le nom de *favus*, nom qui indique aussi l'analogie d'aspect de ses croûtes avec un rayon de miel.

Le favus est caractérisé par des croûtes sèches, jaunâtres, de forme régulière, déprimées en godet à leur centre, profondément enchâssées dans la peau et y adhérant intimement. Cette maladie, généralement propre à l'enfance, affecte spécialement le cuir chevelu, mais peut toutefois se montrer sur d'autres parties. En effet, si dans sa spontanéité elle apparaît toujours à la tête, son développement par transmission s'opère ordinairement à l'endroit qui a été en contact avec l'élément morbide. Vous avez pu remarquer ce fait chez une jeune fille à qui sa sœur, atteinte d'un favus occupant tout le cuir chevelu, l'a communiqué, et chez laquelle cette maladie s'est manifestée par un petit groupe faveux unique situé au-dessous de la clavicule gauche.

Nous le croyons d'ailleurs, c'est à tort que Batteman a décrit la teigne sous le nom de porrigo, puisque ce mot n'ayant d'autre signification que ceux de furfur ou de pithyriasis, désigne ncéessairement une affection squammeuse ou furfuracée.

L'altération des bulbes pileux, la régularité de l'éruption, son siége particulier et sa persistance, font de cette maladie une espèce remarquable qui a attiré de tout temps l'attention des savans, et dernièrement M. le docteur Groubi a fait présenter à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il démontre que la vraie teigne n'est autre chose qu'une végétation, et que l'agglomération des petits végétaux qui la constituent forme les croûtes que nous percevons. Le microscope lui a permis de voir ces petits végétaux assez nettement pour les faire dessiner. Ainsi, le favus serait le produit d'un être organisé, vivant aux dépens du tissu sur lequel il s'est développé ; ce qui servirait à expliquer sa contagion si l'on admet qu'il puisse continuer à vivre et à se développer sur un tissu semblable sur lequel on l'aurait transporté, et c'est en effet ce qui arrive. Cette opinion sur le mode de développement et de transmission de certaines maladies n'est d'ailleurs pas nouvelle, et depuis Varron, qui trouvait la cause de certaines infections dans l'introduction dans l'économie de principes provenant des affluves des marais et mélangés à l'air, et qu'il prétendait être des animalcules, jusqu'à nos jours, où l'on a démontré l'existence de vibrions dans le pus de la vaginite et du chancre, et où l'on a pensé que la triste faculté qu'ont ces maladies de se reproduire est due à la présence de ces petits êtres, cette opinion a plus d'une fois été discutée, abandonnée et reprise.

Quoi qu'il en soit, et bien que nous ayons rangé le favus dans l'ordre des pustules, nous n'avions pu nous empêcher de reconnaître, même avant le récent travail de M. Grouby, que l'élément faveux n'est point, à proprement parler, un bouton purulent, mais bien une croûte sèche paraissant être le produit d'une altération de sécrétion du follicule pileux ; et ce n'est qu'à l'analogie d'aspect que le favus offre avec les pustules véritables, qu'il a dû d'être rangé dans le même groupe.

Comme nous l'avons déjà dit, on a confondu et on confond encore tous les jours avec le favus des maladies qui en sont bien différentes. Ainsi Alibert, dans le groupe des dermatoses teigneuses, a distingué trois genres :

1° L'*achor*, divisé en achor *lactuminosus* et achor *mucifluus*, qui doit être rapporté pour la première variété au pithyriasis capitis des enfans à la mamelle, et pour la seconde à l'impétigo larvalis.

2° Le *porrigo*, divisé en porrigo *granulata* qui n'est qu'une forme particulière d'impétigo chronique du cuir chevelu ; en porrigo *asbestina* et *furfuracea*, qui ne sont autres que des desquammations du cuir chevelu ordinairement consécutives à un eczéma chronique de cette région.

3° Le favus, qui est, comme nous le savons, la véritable teigne, et que l'auteur a partagé en deux variétés, le favus urceolaris et le favus squarrosus.

Quant à Battemann, il a admis cinq espèces de teigne ; les deux premières, le porrigo lupinosa et le porrigo scutulata, répondent aux deux variétés du favus d'Alibert ; la troisième, le porrigo favosa, se rapproche de l'impétigo ; les deux autres, le porrigo furfurans et le porrigo decalvans, semblent appartenir au pithyriasis. Cependant le porrigo decalvans a cela de remarquable, qu'il paraît être contagieux et qu'il peut déterminer l'alopécie.

En résumé, on peut faire, pour les maladies du cuir chevelu, vulgairement appelées teignes, trois catégories : la première comprendra les pseudo teignes, affections dartreuses simulant la teigne, mais se groupant dans des ordres différens ; la seconde sera formée du porrigo decalvans ; et enfin on placera dans la troisième le favus ou vraie teigne, dont nous allons étudier successivement les deux variétés que nous avons déjà indiquées.

1° Le favus *urceolaris*. — C'est la forme la plus grave. De petits points jaunâtres peu ou point élevés au-dessus du niveau de la peau apparaissent à sa surface, présentant dès leur début une petite croûte déprimée en godet et qui s'accroît peu à peu, acquérant ainsi un volume variable selon qu'elle reste isolée, ou qu'elle va se confondre avec les croûtes voisines. Le cuir chevelu est ainsi recouvert souvent tout entier d'une sorte de calotte croûteuse d'un blanc-jaunâtre sale, creusée d'une multitude de godets ; cette croûte est sèche, fortement adhérente et comme enchâssée dans le tissu de la peau. Si l'on veut l'enlever de vive force, on cause de la douleur et on fait saigner les tégumens, que l'on trouve au-dessous rouges et excoriés. Cette excoriation peut s'étendre à une certaine profondeur ; les bulbes des poils s'enflamment et s'excorient ; les cheveux s'altèrent et tombent. Cette alopécie est le plus souvent incurable. Chez les enfans, des poux pullulent quelquefois sous les croûtes, et ajoutent à la démangeaison causée par la maladie. L'humeur qui se concrète exhale une odeur *siti generis*, que l'on a comparée assez justement à *l'odeur des souris*. Quand

---

compétent dans l'espèce puisqu'il remplit la double fonction de médecin de ce pénitencier et de médecin des aliénés du canton de Genève.

Quels que soient les contradicteurs, ils ne peuvent détruire l'authenticité des faits avancés par M. Coindet, dont les assertions, aux yeux de tout homme de bon sens, ont une valeur que ne peuvent jamais atteindre les théories et les faits affirmés par des philanthropes de cabinet. Le médecin seul, en effet, a vu la machine humaine délirante et raisonnable, agitée et tranquille, régulière et dérangée ; enfin Descartes ajoute : S'il est quelque moyen de rendre l'homme meilleur, c'est dans la médecine qu'il faut le chercher.

La réclusion absolue que l'on voudrait des Etats-Unis importer en France, est de tous points inapplicable. Nos habitudes expansives, la disposition de l'esprit des Français et des peuples du Midi, repoussent un pareil système que des quakers peuvent seuls supporter. Ils ont d'ailleurs la vertu des pays protestans, qui consiste à cacher avec hypocrisie et à ensevelir dans la famille des rapports et des vices que d'autres sectes ne tolèrent qu'en dehors du foyer domestique. Les premiers ont, en effet, depuis une époque plus reculée, remplacé le culte de l'esprit et l'abnégation, par l'adoration du veau d'or, en poursuivant dans le métal et le fumier les jouissances impossibles d'une religion fangeuse.

Il faut avoir eu l'occasion de s'entretenir avec des hommes qui ont subi la réclusion cellulaire, ou bien l'avoir supportée soi-même pour comprendre tout ce qu'il y a d'horriblement atroce dans ce supplice moderne.

Les maisons centrales telles qu'elles se comportent aujourd'hui, et qui n'ont pas encore vu se réaliser la torture de l'isolement absolu, ont déjà produit cependant ce fâcheux résultat, que sur dix prisonniers qui les ont habitées, six proclament hautement qu'ils leur préfèrent cent fois les bagnes. Dans la séance du 4 janvier 1840, le ministre de l'intérieur, M. Duchâtel, laissait enregistrer cet horrible aveu, qu'il n'était pas rare de voir des individus aggraver leur crime pour être envoyés au bagne.

Que sera-ce donc lorsque le système cellulaire aura été mis en vigueur? L'épouvantable conséquence qui découle de l'application d'une peine plus douce à un crime plus grand, et *vice versâ*, nécessiterait donc l'abolition de la peine des travaux forcés.

Quelle comparaison est-il possible d'établir entre l'Amérique et nous sous le rapport de la justice criminelle? En Amérique, il n'y a point d'infamie attachée à la peine qui frappe le coupable ; on se contente de le punir par une détention dont une grâce abrège très souvent la durée. Le criminel rentre dans la société, sans avoir à rougir, sans privation de droits civiques, sans incapacité légale : la peine accomplie, le crime est comme s'il n'était pas. Semblable à un homme qui s'est absenté quelques années de son pays, et qui y rentre au retour de son voyage. Dès-lors les principes de morale qu'il a puisés dans sa captivité pourront porter leurs fruits. En France, le prisonnier devenu libre est toujour un ilote au milieu de ses concitoyens qui ne veulent rien pour lui, comme lui ne peut rien pour eux. Aux Etats-Unis, il n'existe aucune surveillance de police qui poursuive de son sceau de réprobation le condamné libéré. Il fut coupable, il a été puni, il a payé sa dette à la société qui le reçoit de nouveau, et si les bons principes ont repris le dessus chez lui, il se crée facilement une nouvelle existence pure et honorable.

Les lois qui régissent cette matière, en France, sont cruelles et contradictoires. La surveillance, qui est une peine infamante, soumet tous ceux qui en sont l'objet aux mêmes mesures de police, aux mêmes entraves à la liberté. On trouve cette surveillance accolée à la peine des travaux forcés ou de la réclusion, en même temps qu'à une peine de simple police correctionnelle ; car tous les jours on voit condamner un grand nombre d'enfans et de vieillards pour délit de mendicité ou de vagabondage seulement à quelques jours de prison, ce qui prouve que le délit est minime, et à cinq années de surveillance de la haute police, ce qui suppose ou devrait supposer un crime. La colère de la justice poursuit partout l'homme qu'elle a soumis à la surveillance, et lui refuse arbitrairement un certain nombre de villes où ses talens auraient peut-être trouvé à s'utiliser mieux qu'ailleurs. Dans la ville où il lui est permis de chercher à vivre, chacun peut lire sur son front qu'il est déshonoré. Ce paria, qui laisse partout où il marche des traces de ses fers et de son ignominie, auquel on enlève impitoyablement, l'un après l'autre, tous les liens qui pourraient le rattacher à la société, ne peut plus avoir ces sentimens de morale qui auraient germé durant la captivité, ou qui se seraient développés naturellement en lui : on lui dit d'être honnête homme, on lui enlève les moyens de l'être.

La ressource de la réhabilitation est illusoire, en raison des difficultés insurmontables pour le plus grand nombre. Une bizarrerie de notre Code, qui serait ridicule si elle n'était cruelle, permet à un condamné libéré, après vingt ans de travaux forcés, de se réhabiliter au bout de cinq ans de cette libération, c'est-à-dire qu'il peut redevenir apte à être électeur, député même ; tandis qu'un condamné correctionnel, pour un délit qui a entraîné quelques mois d'emprisonnement seulement, est à jamais inhabile à devenir garde national ou soldat, car pour entrer en possession de ce droit, il faudrait qu'il fût réhabilité, et la loi n'admet de réhabilitation que pour le condamné à une peine afflictive ou infamante.

C'est dans ces imperfections de nos lois qu'il faut aller chercher un grand nombre de causes de récidives et l'inutilité des pénitenciers, dont le but doit être de moraliser, pour rendre plus tard ces individus à la société.

Nos lois, nos préjugés et l'absence du travail feront toujours un mendiant même d'un honnête ouvrier chargé de famille, lorsqu'il lui répugnera à se faire voleur.

S'il existait des ateliers administratifs dans chaque arrondissement ou dans chaque département, il n'y aurait plus d'excuse pour la mendicité. Lorsqu'on a essayé en d'autres temps des dépôts de mendicité, l'on a manqué le but parce qu'on a fait des prisons ; tandis que ces ateliers, pour être économiques et atteindre un bon résultat, devraient s'allier avec la liberté dont chaque ouvrier a droit de jouir.

Ce n'est pas à l'intérêt des particuliers que je voudrais confier ces maisons de travail ; on sait trop combien est âpre leur rapacité pour le gain. Des lois récentes et très imparfaites vont essayer de mettre un terme à cette exploitation de la vie intellectuelle et physique des hommes au profit de quelques-uns seulement. Les populations étiolées, scrofuleuses, impropres au service militaire, décimées avant l'âge de la majorité, attestent suffisamment l'existence de ces monstrueux abus.

Pour concilier tant de difficultés, pour anéantir tant de contradictions, c'est à reviser le Code pénal qu'il faut se borner jusqu'à nouvel ordre ; il faut détruire la perpétuité d'un châtiment, diminuer la durée des peines temporaires avant que de construire des pénitenciers dont le but essentiel doit être la moralisation, et non pas la vengeance. Une peine qui pèse sur toute la vie ou sur la plus grande portion de la vie d'un condamné, n'est cependant pas autre chose.

Vingtrinier, dans son excellent ouvrage sur *les prisons et les prisonniers*, défend par de très bonnes raisons, les sociétés de patronnage appliquées aux jeunes libérés. Il demande aussi que le privilége qui appartient au Roi, de faire grâce aux condamnés, soit plus largement réparti et moins restreint par des formalités qui mettent ordinairement la faveur d'une grâce à la discrétion d'un garde chiourme ou d'un employé de bureau. Il est deux hommes qui, beaucoup et mieux que tous les autres, sont à même de fournir à cet égard les plus utiles renseignemens quand il s'agit de produire le bien, le médecin et le prêtre ; tous deux voient et comprennent les maux du malheureux détenu, et ont pour mission de le soulager.

Au moment où une législaiton nouvelle va s'occuper des graves questions qui se rattachent à cette population de cent-dix mille prisonniers, chiffre *providentiel* des incarcérés en France, nous faisons des vœux pour que l'ouvrage de notre digne confrère, M. Vingtrinier, porte ses fruits dans une question surtout où, plus que tout autre, il est appelé à exercer une grande et utile influence.

CAFFE, D.-M.-P.

l'inflammation de la peau est vive, les ganglions lymphatiques occipitaux et mastoïdiens peuvent se tuméfier, et de petits abcès se former dans le tissu cellulaire sous-cutané.

2° Le favus *squarrosus*. — Cette variété se distingue de la précédente en ce qu'elle est plus rarement aussi générale, et que dans beaucoup de cas elle est bornée au sommet de la tête, où elle forme une plaque croûteuse sèche qui n'offre point de godets réguliers. Elle détermine moins souvent l'alopécie, et bien qu'elle consiste encore dans l'altération des follicules pileux, cette altération paraît moins grave et moins profonde.

Le favus, ainsi que les pseudo-teignes, disparaît assez souvent vers l'âge de la puberté. Le vulgaire croit généralement que ces maladies sont essentielles à la santé des enfans qui en sont atteints; quelques médecins partagent encore cette opinion, et pensent que l'on doit respecter les teignes ou ne les combattre qu'avec lenteur et précaution. D'autres pensent, au contraire, que l'on doit traiter cette affection, comme toutes les autres, par des moyens appropriés, et que si elle réclame quelques ménagemens, ce n'est que lorsqu'étant déjà de date éloignée, elle constitue une habitude de l'économie. Cette opinion est sans doute la meilleure; mais on doit dire, cependant, qu'un assez grand nombre de faits montrent la disparition des pseudo-teignes coïncidant avec le développement d'accidens graves du côté de l'encéphale ou d'autres viscères. Il est même arrivé de dissiper des accidens de ce genre en rappelant la maladie de peau ou en provoquant son développement, chez des sujets qui n'en avaient point été atteints. A ce sujet, Alibert a cité M. Lhomme, qui combattit avec succès des accidens graves d'entérite chronique en déterminant, par inoculation, chez le malade, une affection du cuir chevelu et du front.

Le traitement de la teigne est fort difficile et l'on échoue fort souvent après avoir employé toute la série des remèdes connus contre les maladies de la peau; aussi ne citerons-nous pas tous les moyens par lesquels on l'a attaquée; nous ne ferons qu'indiquer ceux qui paraissent offrir le plus de chances de succès. Il faut commencer, comme dans toutes les affections cutanées, par les soins hygiéniques; ainsi il est des cas où un régime sobre et doux, la détersion du cuir chevelu par des lotions savonneuses, après avoir coupé les cheveux et fait tomber les croûtes au moyen d'applications émollientes, suffisent pour amener la guérison au bout d'un temps plus ou moins long; mais il faut le dire ces cas sont fort rares. Les saignées générales ou locales peuvent être employées au début, s'il y a quelque signe d'inflammation ou de pléthore, ce qui d'ailleurs n'a guère lieu que dans le cas de pseudo-teigne. Les boissons dépuratives, les purgatifs, sont fréquemment utiles; il peut être aussi convenable d'appliquer au bras un exutoire qui agira soit comme dérivatif, soit en prévenant les accidens qui pourraient résulter de la suppression de l'évacuation qui se faisait par le cuir chevelu; enfin on en vient aux topiques *révulsifs*, tels que les pommades au soufre, aux iodures de soufre, d'ammoniaque, de mercure à la dose de 1 à 4 grammes de substance active pour 32 grammes d'excipient.

On a senti dans tous les temps, dans les teignes invétérées, la nécessité d'agir profondément sur la peau et de procurer la destruction des bulbes pileux lorsqu'ils sont gravement affectés, et c'est ce qui avait donné naissance à la méthode barbare de la calotte maintenant abandonnée et remplacée avantageusement par diverses pommades ou poudres épilatoires, parmi lesquelles nous citerons celle des frères Mahon et celle d'Alibert. La première est composée de soude du commerce 12 grammes, chaux éteinte 8 grammes, axonge 65 grammes. Mais cette pommade n'est pas trop énergique, aussi les frères Mahon emploient-ils simultanément une poudre épilatoire dont la composition est restée secrète.

Cette méthode, qui procure souvent des guérisons, échoue aussi quelquefois.

La pommade d'Alibert est composée de soude d'Alicante bien pulvérisée, de sulfure de potasse en poudre (de chaque 6 grammes), axonge 100 grammes. Après avoir fait couper les cheveux très courts et fait tomber les croûtes au moyen de lotions et de cataplasmes émolliens, on frictionne tous les jours avec cette pommade la tête du malade que l'on recouvre ensuite d'un papier brouillard. Nous devons dire que ce moyen n'est pas plus infaillible que les autres.

Le dernier genre de l'ordre des pustules dont nous ayons encore à parler est l'*acné*, décrit d'abord par Alibert sous le nom de dartre pustuleuse, auquel il substitua ensuite celui de varus. Cette maladie a été decrite chez les Grecs sous les noms d'*acné* et de *sycôsis*, et chez les Latins sous ceux de *vari* et de *fici*.

L'*Acné* est caractérisé par de petites pustules d'aspect quelquefois tuberculeux, plus ou moins rouges et enflammées et ne parvenant que lentement à la suppuration qui n'est pas toujours suivie d'une fonte complète, en sorte que dans certains cas l'état tuberculeux précède, accompagne et suit le développement des pustules.

Les différences de siège et d'aspect ont fait admettre par le professeur Alibert trois divisions principales du genre varus, divisions que nous conserverons sous les noms d'*acne disseminata*, d'*acne rosacea* ou couperose, et de *sycôsis menti* ou mentagre, réunissant ainsi dans la première division les trois premières variétés de Battemann, qui sont: l'acne simplex, pustulata, indurata.

1° Acne *disseminata*.—Il est caractérisé par une éruption de petits boutons durs, enflammés, variant de la grosseur d'une petite tête d'épingle à celle d'une petite lentille au plus, distincts, isolés et disséminés sur la face, les épaules, le tronc, etc. Tantôt ces petites pustules se sèchent promptement en petites écailles presque furfuracées et forment ainsi ce que l'on nomme l'acné *simplex*. Tantôt plus volumineuses et parcourant plus lentement leurs périodes, elles offrent un noyau central formé par l'inflammation d'un follicule sébacé, ce qui constitue l'acné *indurata*. Au bout de trois, six ou huit jours ces pustules s'ouvrent pour laisser échapper une humeur jaunâtre plus ou moins ténue qui se concrète en petites squammes ou en croûtes ordinairement de peu d'épaisseur et de peu d'étendue, puis l'inflammation diminue graduellement et la base tuberculeuse se résout lentement prenant quelquefois une teinte obscure et livide. Enfin, et surtout lorsque l'éruption occupe le dos, une cicatricule blanchâtre succède à la pustule. Il n'est pas rare de voir parmi ces pustules tuberculeuses, particulièrement à la face, des petits points noirs que l'on nomme vulgairement tannes et qui sont formés par de la matière sébacée desséchée et noircie: c'est ce qui a valu le nom d'acné *punctata* à la variété dans laquelle on les observe.

La suppression d'une évacuation habituelle, la continence, les excès vénériens, la masturbation, une vie par trop sédentaire, les veilles prolongées, les affections morales, telles sont les causes qui peuvent donner lieu au développement de l'acné disséminata. Il peut aussi être lié à une lésion viscérale, surtout de l'appareil digestif, ou être le produit d'une diathèse générale, d'une altération particulière des humeurs. Il attaque très fréquemment les jeunes gens des deux sexes à l'époque de la puberté.

Il est d'ailleurs des sujets d'un tempérament bilieux, et lymphatique, à peau brune et huileuse, qui restent presque constamment affectés des pustules de l'acné indurata, que l'on trouve alors le plus ordinairement sur le dos et sur les épaules.

Pour traitement: les émissions sanguines générales ou même locales, si l'état du sujet l'indique, quelques bains tièdes, un régime léger et rafraîchissant, puis quelques boissons délayantes et laxatives, et enfin les préparations sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur. Si la maladie résiste à ces moyens, on seconde leur action par un topique stimulant ou astringent. On s'est servi avec avantage, dans ces derniers temps, de l'iodure de soufre en pommade.

2° Acné *Rosacea*. — Cette variété affecte spécialement le visage; elle tire évidemment son nom de la coloration qu'elle lui imprime. En effet, elle est caractérisée par des rougeurs pustuleuses plus ou moins rapprochées qui envahissent les joues, le nez, le front, et dont le caractère pustuleux est plus ou moins distinct, selon le degré d'intensité de la maladie.

Quelquefois la couperose envahit toute la face jusqu'aux oreilles, et même aussi le cou. A ce degré d'intensité, les membranes muqueuses voisines, les conjonctives, les gencives, prennent bientôt part à l'irritation, et elle constitue alors une affection assez grave. Dans quelques cas rares, elle ne s'étend pas au-delà du nez, et y épuise en quelque sorte ses effets. Tous les tissus se gonflent au point de donner à cette partie une dimension double ou triple de celle qui lui est habituelle.

Beaucoup de praticiens regardent la couperose comme héréditaire; elle se montre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. C'est surtout à l'époque critique que l'on voit apparaître cette éruption. Le dérangement accidentel du cours des menstrues en est aussi une fréquente occasion. L'exposition habituelle de la face à une chaleur vive, l'application sur le visage de cosmétiques, de fards, sont encore des causes qui peuvent la provoquer. Elle paraît d'ailleurs être plus commune dans les climats froids et humides que dans les autres.

Lorsque la couperose a peu d'intensité, il suffit ordinairement pour la dissiper de topiques adoucissans, tels, par exemple, que celui-ci: blanc de baleine, huile d'amandes douces, parties égales, que l'on fait fondre ensemble sur un feu doux, et qu'on laisse ensuite refroidir; ou bien de lotions aromatiques et spiritueuses, comme, par exemple, l'eau de lavande avec addition d'une faible dose d'alcool. Mais si la maladie est intense et qu'il y ait des symptômes inflammatoires, il faut recourir aux antiphlogistiques et aux laxatifs: le calomel a été surtout recommandé dans ce cas. Lorsqu'elle est chronique, et qu'il n'y a pas d'irritation gastrique, les eaux de Baréges, de Cauterets, d'Enghien, sont utiles à l'intérieur; mais c'est surtout à l'extérieur qu'il est avantageux d'employer les eaux sulfureuses en lotions ou en douches. Puis, à la fin de la maladie, pour en dissiper entièrement les vestiges, on continue pendant quelque temps les lotions avec le lait, l'émulsion d'amandes amères, etc., sans négliger toutefois les douches sulfureuses froides.

3° Sycosis *menti*. — Cette éruption pustuleuse pénètre quelquefois tout le derme, le gonfle et le tuméfie au point de lui donner l'apparence de végétations humides. L'irritation se propage même parfois aux bulbes des poils, qui tombent bientôt; mais le plus ordinairement cette destruction n'est que passagère. La mentagre offre beaucoup plus souvent que la couperose la forme de l'acné indurata. Les pustules laissent échapper une humeur grise concrète, en croûtes plus ou moins épaisses. Tantôt elles ont une marche rapide, et se terminent par une prompte résolution; tantôt, au contraire, l'inflammation, plus profonde, plus répétée, donne lieu à ces indurations tuberculeuses si fréquentes dans les mentagres chroniques. Ces dernières ne sont pas les seules d'ailleurs qui produisent la forme tuberculeuse, et l'on voit des sycosis qui n'ont pas plus d'un mois de durée offrir déjà des tubercules. De même on voit cette maladie durer pendant plusieurs années sans jamais produire cette forme.

En opposition avec la variété précédente, la mentagre ne se montre guère que chez l'homme; elle sévit surtout sur les adultes dont la barbe est épaisse et fournie. L'usage d'un mauvais rasoir paraît pouvoir en provoquer le développement. Quelques praticiens, qui la regardent comme contagieuse, pensent qu'elle a pu souvent être transmise par cette voie.

Comme les précédentes variétés, cette affection réclame un traitement approprié à l'état du sujet, à la période et au degré d'intensité de la maladie. Ainsi, les émissions sanguines, s'il y a lieu, les boissons délayantes, laxatives, les topiques émolliens, doivent d'abord être employés; puis les boissons dépuratives, les topiques résolutifs. Les douches de vapeur, quand il y a encore quelque irritation. Les douches sulfureuses froides, quand les tubercules persistent à l'état chronique et indolent. Dans le même cas, on peut avoir recours aux pommades irritantes préparées avec le proto-nitrate de mercure, le calomel, le soufre, le sous-carbonate de potasse. Les pommades à l'iodure de soufre ou à l'iodure de mercure, ont aussi été employées avec succès. Enfin, à l'intérieur, on peut administrer le muriate d'or en frictions sur la langue, à la dose de 0,004 à 0,008 milligr., deux fois par jour, ou l'arséniate de fer en pilules à la dose de 0,006 milligr. d'abord, puis de 0,012 en deux fois. Enfin, dans le cas de mentagre rebelle et invétérée, on n'a pas craint d'appliquer un vésicatoire sur le siége du mal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 21 septembre.

M. Capuron fait successivement trois petits rapports sur des objets très peu importans.

1° Sur un manuscrit écrit en latin, envoyé par un médecin du Mexiqee, relatif aux fonctions de la matrice. Ce travail ne renferme absolument rien de neuf. M. le rapporteur lit une très longue liste des titres de l'auteur, et conclut à son admission au nombre des candidats pour les places de membres-correspondans, d'après le désir exprimé par l'auteur. (Dépôt du manuscrit aux archives.)

M. Bousquet. L'auteur a évidemment trop de titres, je crois qu'il n'en a pas besoin d'autres; je demande le rejet de cette conclusion du rapport. (Murmures.)

M. Castel trouve le rapport de M. Capuron par trop court; il voudrait qu'il développât les raisons anatomiques de certaines fonctions de la femme. M. Castel attribue à la prédominance du système nerveux le devouement, l'égoïsme, l'amour excessif dont la femme est capable.

M. Nacquart critique l'ironie du rapport de M. Capuron, il appuie la candidature de l'auteur du manuscrit.

M. Breschet est très formalisé de la proposition de M. Bousquet. Quoi, vous rejetez la candidature d'un homme parce qu'il a trop de titres scientifiques! Dans quelle académie a-t-on jamais vu de pareilles choses? Assurément, quelle que fût la liste des titres de l'auteur du mémoire que M. Capuron vient de lire avec tant d'ironie, elle n'est pas aussi longue que celle d'un Haller ou d'un Cuvier. Si ces deux savans se présentaient comme candidats, vous les rejetteriez donc parce que, d'après M. Bousquet, ces savans auraient trop de titres? Je pense qu'une pareille manière de voir n'est ni académique ni sérieuse, et que chacun de nous doit la désapprouver. (Marques d'adhésion.)

M. Bousquet déclare qu'il a eu tort de parler ainsi, et qu'il ne l'a fait qu'en s'inspirant du rapport de M. Capuron.

M. Breschet fait remarquer que, dans le choix de ses correspondans, l'Académie doit non-seulement tenir compte des titres scientifiques, mais encore de la position géographique qu'ils occupent. Or, au Mexique, l'Académie n'a pas de correspondans; en conséquence, il appuie la candidature en question.

D'autres membres appuient la même candidature. (Adopté.)

2° Le deuxième rapport porte sur une observation de M. Portas, de Palerme, relatif à un cas d'introversion utérine (renversement) guérie à l'aide de l'excision. Nous avons publié cette observation. M. le rapporteur conclut pour l'insertion au Bulletin, et propose d'adresser une lettre de remerciemens à l'auteur.

3° Le troisième rapport a pour sujet une observation de M. Laserre concernant une femme en couche dont l'enfant présentait le bras. Deux ignorantes matrones qui l'assistaient avaient exercé des tractions si violentes sur le bras, que ce membre était presque détaché du corps quand M. Lasserre a été appelé. Ce médecin a fait la version podalique, et il a ranimé la femme presque mourante. On s'attendait à la mort de celle-ci, mais les soins éclairés de M. Lasserre ont fini par en triompher pendant deux ou trois semaines. Alors, les matrones sont revenues, et ont engagé la malade à manger: elle a mangé des haricots et du pain bis sans boire, elle est morte deux heures après. (Remerciemens, Bulletin.)

M. Velpeau ne comprend pas bien cette mort en deux heures sous l'influence de l'aliment indiqué dans l'observation. Le fait manque de details, l'autopsie n'ayant pas été faite.

M. Castel revient sur le système nerveux de la femme pour expliquer le fait de M. Lasserre. Si M. Laserre, dit-il, eût guéri cette femme, je n'en serais pas étonné; il ne l'a pas guérie, je ne m'en étonne pas davantage. (Hilarité.)

M. Bégin ne trouve pas ce fait assez important pour lui accorder les honneurs de la presse: une simple mention au Bulletin suffit.

M. Larrey trouve de l'inconvénient dans une publication quelconque de ce fait, attendu que les parens de la femme pourraient saisir ce motif pour poursuivre les deux sages-femmes. Cette persécution, au reste, ne serait pas motivée, car le fait n'est pas bien clair, l'autopsie n'ayant pas été faite. Il paraît même peu rationnel d'attribuer cette mort instantanée à l'action d'un aliment innocent. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent quand une femme en couche ou un convalescent fait un écart de régime. Je demande le dépôt pur et simple aux archives. (Adopté.)

— *M. Breschet* présente deux ouvrages imprimés de M. Longet: l'un sur les nerfs spinaux, l'autre sur les nerfs laryngiens. Ce sont, dit-il, deux ouvrages consciencieux qui renferment des faits nouveaux, et que l'Académie doit accueillir avec reconnaissance. M. le docteur Longet est un jeune savant distingué, d'un rare talent d'expérimentation, et d'une véracité parfaite. J'ai assisté à quelques-unes de ses expériences, et j'ai été on ne peut plus satisfait de la netteté des résultats et de l'importance de ses recherches. Je puis en conséquence certifier l'exactitude des faits contenus dans ces deux ouvrages.

M. Bouillaud. Je me joins à M. Breschet pour déclarer à l'Académie que j'ai assisté à quelques expériences de M. Longet, et que j'ai vu de la manière la plus positive la démonstration des faits importans dont il parle dans ses deux ouvrages. J'ai vu à ne pas en douter que les racines postérieures des nerfs spinaux président à la sensibilité, les antérieures à la motilité.

Luxations congénitales de la hanche. — *M. Pravaz* obtient un tour de faveur pour lire un travail de la plus haute importance relatif à un caractère nouveau pour diagnostiquer de la manière la plus certaine ces luxations dans les cas douteux, et à un nouveau cas de guérison qu'il vient d'obtenir.

Le nouveau caractère découvert par l'habile orthopédiste consiste dans la flexion de tout le membre pelvien sur le bassin, la jambe étant étendue sur la cuisse. Lorsqu'on fléchit tout le membre d'une seule pièce, il peut arriver près de l'épaule, s'il y a luxation; la chose est impossible dans le cas contraire. M. Pravaz en a donné les raisons anatomiques.

Le nouveau cas de guérison est relatif à une jeune personne âgée de treize ans, que MM. Marjolin, Blandin, Breschet, Nacquart, Gerdy, avaient examinée à Paris avant le traitement, et que M. Bouvier avait déclarée incurable. Aujourd'hui M. Pravaz présente cette malade guérie de sa double luxation après vingt-cinq mois de traitement.

M. Pravaz ajoute que le premier malade qu'il a présenté guéri il y a trois ans, à l'Académie, est aujourd'hui dans un état très satisfaisant; il va à l'école, marche et court avec ses camarades, sans présenter rien qui le fasse distinguer des autres par la démarche.

L'Académie a écouté la communication de M. Pravaz avec le plus grand intérêt ; elle marque, en effet, le progrès le plus remarquable qu'ait fait depuis quelques années l'orthopédie, après la guérison du pied-bot et les fausses ankyloses.

L'Académie a nommé une commission composée de MM. Blandin, Marjolin, Gerdy, Bréschet, Nacquart, Bouvier, Velpeau, pour examiner la malade de M. Pravaz et en rendre compte à l'Académie.

M. Pravaz, comme membre correspondant de l'Académie, aura la parole dans la discussion.

— *M. Aubert* lit une note sur les quarantaines. Nous en avons parlé au compte-rendu des séances de l'Académie des sciences.

Anus lombaire. Réclamation de M. Amussat. — A la fin du compte-rendu de la discussion qui s'est élevée sur l'anus artificiel, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, on me fait dire « M. Amussat ne pense pas que chez les enfans l'anus qu'on pratique par la voie périnéale soit préférable à l'anus lombaire. » Ma pensée n'a pas été bien saisie ; car j'ai émis précisément une opinion contraire, en reproduisant à peu près ce que j'ai écrit à ce sujet, comme on va le voir par le passage suivant, extrait de mon Mémoire sur l'anus artificiel, 1839, p. 32.

« Relativement à l'imperforation de l'anus, ou mieux à l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum chez les nouveau-nés, après y avoir profondément réfléchi, je pense qu'on ne doit avoir recours à l'établissement de l'anus artificiel, dans la région abdominale, que lorsqu'on ne peut rétablir la voie, à la partie inférieure, par le procédé que j'ai mis en usage avec succès sur une petite fille. Ainsi, lorsque l'anus est rétréci ou imperforé, et qu'une portion du rectum manque, je persiste à penser qu'il faut opérer dans la région anale ou coccygienne et même au-dessus ; mais jusqu'à présent on a opéré trop timidement, en se contentant de faire une ponction avec un trocart ou un bistouri, ou en faisant une simple incision. Il faut opérer hardiment, le plus près possible de l'intestin, aller le chercher, l'ouvrir, l'amener à la peau, et l'y fixer par plusieurs points de suture. (En attendant mieux, *voir* le Mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans la *Gazette Médicale* du 2 novembre 1835.) C'est uniquement lorsqu'on ne trouve pas le rectum, comme je l'ai déjà dit, que je conseille de pratiquer l'anus artificiel dans la région lombaire gauche. »

Séance levée.

De l'avantage qu'il y a à ne pas couper le cordon ombilical aussitôt après l'accouchement, dans le cas d'apoplexie, comme dans le cas d'asphyxie de l'enfant nouveau-né; par Louis BAUDELOCQUE. (Académie des Sciences, 20 septembre.)

Smellie en Angleterre, et Levret en France, sont les premiers qui aient proposé de ne pas couper le cordon ombilical aussitôt après l'accouchement, pour que la circulation utéro-fœtale pût ranimer l'enfant quand il est dans l'etat d'asphyxie, parce qu'ils pensaient que l'asphyxie dépend d'un etat d'anémie ; et après eux, Barbant, Antoine Petit, Fréteau et Chaussier ont donné le même conseil. Toutefois, aucun de ces praticiens n'a proposé de ne pas couper le cordon ombilical lorsque l'enfant est né dans l'état d'apoplexie ou de suffocation sanguine.

Cependant ce procédé est bien préférable, comme on va le voir, à la section du cordon ombilical faite aussitôt après l'accouchement. Toutes les fois que je reçois ou que j'extrais, soit par la version ou à l'aide du forceps, un enfant apoplectique ou asphyxié, je plonge dans un bain chaud à 30 dégrés environ, l'enfant et la partie du cordon ombilical qui est sortie de la vulve ; puis, je tiens la tête de l'enfant hors de l'eau et je lui fais des frictions tantôt sur la partie supérieure de la tête et tantôt sur la région du cœur ; bientôt les pulsations du cœur et du cordon se raniment, la respiration commence par un soupir, puis je continue les frictions. Dès-lors le cœur et le cordon battent avec plus de force et la respiration s'établit ; enfin, quand il y a eu un certain nombre de respirations, j'excite de la douleur à l'enfant en lui donnant des claques sur la plante des pieds : il crie, et la peau de son visage qui tout-à-l'heure était bleue, devient d'un rouge vermeil.

J'affirme qu'à l'aide de ce simple traitement, que j'ai maintenant employé plus de vingt fois, soit seul, soit en présence de médecins ou de sages-femmes qui m'avaient appelé à terminer des accouchemens difficiles, je n'ai pas perdu un seul enfant. Enfin, je ne coupe le cordon ombilical que quand la respiration est parfaitement et régulièrement établie ; en un mot, quelque soit la cause à laquelle on rapporte l'asphyxie et l'apoplexie de l'enfant nouveau-né, toujours est-il qu'en conservant entier le cordon ombilical, et qu'en excitant la circulation capillaire par un bain chaud et des frictions, on sauvera désormais la vie à des enfans qu'on faisait périr en se hâtant de les séparer de leur mère sous le prétexte futile de leur donner des soins plus commodément, loin du lit de travail.

ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS DE CADIX.

Cadix, le 14 avril 1841.

Mon cher......

La propre, belle et régulière ville de Cadix est entourée d'un rempart de pierres de taille jaunâtres, et baigné presque de tous côtés par les flots de l'Océan qui l'environne. Ce rempart, large d'environ vingt-cinq pas, est terrassé d'un ciment dur comme les terrasses des maisons, qui n'ont point de toits, et forme une charmante promenade où le beau monde et les sémillantes Andalouses au teint brun, à la taille fine, aux yeux de feu, à la démarche gracieuse, affluent de toutes les parties de la ville lorsque vers le sor la brise de mer vient tempérer les ardeurs du jour.

Vers l'une des anfractuosités de ce rempart, à son niveau, du côté de la ville, un bâtiment à deux étages, dix-neuf fenêtres de façade, proprement badigeonné en jaune d'ocre avec bordures blanches, grillages verts, corniches rouges, ressemble de loin à quelque palais de gouverneur ; et lorsqu'on entre par la grande double porte, ornée d'une colonne de chaque côté, l'aspect d'une grande cour en dalles, avec galeries, et un portique à colonnes, servant d'entrée à une autre cour avec jardins, vous confirmerait dans cette première impression, si les vêtemens négligés de quelques vieillards et vieilles femmes qui circulent sous le vestibule et une grande inscription latine ne vous avertissaient que vous êtes à l'hospice.

Cet établissement grandiose, aux frais de la ville, reçoit des vieillards et des orphelins des deux sexes, séparés par les étages et les ailes du bâtiment. Chaque partie a ses dortoirs, ses infirmeries, ses réfectoires et ses salles de travail. On enseigne aux filles la lecture, l'écriture, les ouvrages de main ; on leur apprend à filer au rouet, et les garçons sont instruits dans quelque métier. Les salles sont proprement tenues ; le service se fait par des séculiers. Mais les fonds fournis par la ville diminuent, et la nourriture est extrêmement simple : un jour la soupe aux pois, un autre au riz, un autre à la pâte ; quelquefois des pommes de terre et du pain fort blanc, mais jamais de viande, voilà la composition des repas. Et cette simplicité, unie à l'air pur que l'on y respire, est peut-être une raison du peu de malades que l'on voit aux infirmeries : sur au moins deux cents garçons, il n'y en avait qu'un, et sur un nombre plus grand de filles, pas une. Aucun accessoire n'a été oublié : l'établissement a sa chapelle attenante ; il y a même une imprimerie, mais elle est en décadence ; des magasins d'étoffes, d'habillemens, de vivres ; les travaux de la buanderie, dans une cour séparée, se trouvant au-dessus des forces de l'extrême jeunesse ou de l'extrême vieillesse des incoles, se font par des femmes que la police condamne pour leurs méfaits à ces rudes travaux. Jusqu'ici tout est bien, tout est propre, spacieux, bien aéré ; le sol est partout bien carrelé ; les escaliers en marbre blanc, avec balustrades en fer proprement peintes à l'huile en couleur verte. Mais en passant dans la partie qui m'intéressait le plus la scène changea : à un angle derrière l'édifice, on a bâti un carré long, sans étage, avec un petit jardin au milieu. Tout autour de ce jardin est une mauvaise galerie en bois, sur laquelle s'ouvrent une trentaine de cellules, fermées à verroux et n'ayant de jour que par une lucarne garnie de barreaux de fer à chaque porte.

Chaque cellule a de 11 à 12 pieds carrés ; le sol est en briques, et dans le fond est un large banc en maçonnerie, qui sert tout à la fois de lit et de siége. On maintient les furieux sur ce banc au moyen d'une chaîne en fer fixée d'un bout au mur et de l'autre au bas de la jambe nue, au moyen d'un anneau. J'ai vu aussi deux furieux en chemise qui n'avaient pas d'autre couchette que leur banc, même sans paille. — Une vieille femme, aidée de deux hommes, fait le service. — Le docteur....... fait tous les jours la visite à six heures du matin. Le traitement dirigé contre l'aliénation est presque nul, quelquefois des sangsues au col. Parmi les moyens répressifs, ce qu'ils trouvent de mieux c'est la chaîne en fer. Le fauteuil rotatoire est connu, mais on l'a abandonné. Les douches sont connues, mais on n'en fait pas usage. La nourriture est la même que celle de tout l'établissement. Il n'y a aucun lieu séparé pour les aliénés des familles aisées, qui doivent être soignés chez eux ou mêlés dans l'établissement avec les pauvres, car le pays n'a pas de maisons de santé. Ce petit enclos contient actuellement trente-cinq hommes aliénés, et le nombre des cellules n'étant pas suffisant pour la totalité des malades, on a entassé quatre ou cinq pacifiques dans une cellule un peu plus grande à l'angle du bâtiment ; là ils couchent sur de misérables grabats.

Quiconque entre à l'établissement a peu de chances d'en sortir vivant ; les cas de guérison sont rares. Parmi les individus que j'y ai vus était un curé, dans la catégorie des furieux : il était couché sur un matelas avec une couverture ; ordinairement il ne veut supporter aucun vêtement, et, dans ce moment de calme, on lui laissait fumer un cigare ; mais sa jambe était maintenue par la chaîne. Un seul individu enfermé dans sa cellule avait un pupitre, une chaise, des livres, et était occupé à écrire : c'était un ex-capucin. — Celui qui excita le plus ma sympathie, ce fut un Flamand, qui était attaché sur un lit avec des cordes aux poignets et aux jambes. Il m'a dit en flamand être de .....; mais bientôt sa raison se perdit, et il me dit en espagnol que lorsqu'il était libre il couchait avec la reine d'Angleterre, et qu'il était le premier après Jésus-Christ. Cet homme, qu'on nomme ici le Français, était en service avec sa femme chez une dame nommée ....., où je me propose d'aller prendre des informations : il se nomme ....., si toutefois les Espagnols m'ont bien donné son nom. En somme, le plus grand nombre des aliénés est composé de furieux ; il y a un imbécile enfantin, innocent, et un extatique silencieux. J'oubliais de vous dire que le gilet de force a été abandonné, parce qu'il a occasionné une luxation de l'humérus.

A une petite distance de ce quartier des hommes aliénés, se trouve un autre enclos tout à fait semblable, à l'exception qu'au lieu d'un jardin est une cour ombragée de trois ou quatre arbres et environnée d'une galerie sur laquelle s'ouvrent les cellules : c'est le quartier des femmes aliénées, infiniment plus propre que celui des hommes, mais aussi bien moins peuplé ; je n'y ai vu que douze femmes, dont la plus jeune pouvait avoir seize à dix-sept ans, et la plus âgée environ cinquante. Comme je m'étonnais de cette différence de population, l'on me répondit que les femmes étant plus faciles à contenir, leurs familles ne les livraient pas aussi promptement à l'hospice. Les spécialités d'aliénation, le traitement, la nourriture, etc., tout est comme chez les hommes.

Comme vous le voyez, les aliénés sont ici dans une situation bien déplorable ; situation appréciée par les directeurs de l'hospice, mais dont ils rejettent toute la faute, tout le blâme sur le manque de fonds nécessaires. Voilà, mon cher ....., toutes les observations que j'ai à vous communiquer pour satisfaire autant qu'il est en mon pouvoir à la demande que vous m'avez faite lors de mon départ...

(*Ann. de la Soc. de Méd. de Gand.*)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 25 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) Nº 116, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1º *Adhérence du cœur au péricarde. — Ossification des valvules sigmoïdes. — Altération organique du foie* (*cirrhose*). *— Cancer de l'estomac.*

M..., âgé de soixante-neuf ans, n'exerçant aucune profession, est entré à l'hôpital le 9 septembre; l'affaiblissement de son intelligence et de sa mémoire ne permettent de recueillir que des renseignemens fort incomplets sur les maladies qui ont précédé le développement de celle qui a nécessité son entrée à l'hôpital. Il assure cependant n'avoir jamais eu de rhumatisme ni d'inflammation aiguë de poitrine. Il y a un an environ que les jambes enflèrent pour la première fois; le ventre ne commença à gonfler que deux mois environ avant l'entrée du malade à l'hôpital.

Lorsque M... s'est présenté à notre observation, il offrait tous les signes du marasme avancé : la face et toute la peau offraient une teinte grise et terreuse, le visage amaigri, l'intelligence affaiblie, et par intervalles se manifestait un état de sub-delirium passager. L'œdème des deux membres était considérable ; il s'étendait au scrotum et à la peau de la verge. La région précordiale ne présentait aucune voussure, les battemens du cœur s'accompagnaient d'un bruit anormal aux deux temps, mais plus marqué au second ; plus tard le second bruit seul persista avec intensité; et offrit son maximum d'intensité vers la base de l'organe. Le pouls irrégulier et intermittent dans les premiers jours, cessa de l'être au bout de quelque temps, de telle sorte que vers la fin le seul symptôme observé du côté du cœur fut un bruit de souffle coïncidant avec la diastole. En même temps aussi l'épanchement séreux qui s'était effectué dans les deux membres et dans la cavité péritonéale diminua.

Les fonctions des autres viscères ne furent pas sensiblement troublées ; la respiration était pure dans toute l'étendue de la poitrine ; les digestions, d'abord intactes, se troublèrent dans les derniers instans de la vie, qui furent marqués surtout par une prostration extrême, par l'épuisement de tous les organes, et une diarrhée continuelle, qui entraînèrent lentement la mort du sujet ; il mourut le 20 septembre.

A l'autopsie, nous pûmes constater une triple altération dont le cœur, l'estomac et le foie étaient le siége ; le cœur adhérait, par sa pointe, au péricarde, à l'aide d'une fausse membrane très ancienne, courte et constituée par un tissu fibreux, blanchâtre, que l'on fut obligé de couper avec le scalpel. Sur la face antérieure du ventricule droit existait une plaque blanchâtre, ancienne, qui était tellement adhérente au feuillet viscéral du péricarde qu'il fut difficile de l'en séparer. Cette lésion attestait l'existence ancienne d'une péricardite dont il serait difficile de déterminer l'origine première. On ne trouva aucun épanchement de liquide dans la cavité du péricarde ; la valvule mitrale était parfaitement saine, ainsi que l'orifice artériel gauche qui était assez complètement fermé par ses valvules pour que l'eau versée par la partie supérieure ne pût tomber dans la cavité du ventricule. Sur le bord adhérent et à la face supérieure d'une des valvules existait une incrustation osseuse faisant un léger relief dans la cavité de l'artère.

Cette lésion peut-elle avoir produit le bruit anormal que l'on entendait au second temps ? cette opinion pourra paraître contestable, si l'on se rappelle que la valvule remplissait son orifice et obstruait complètement l'espace qu'elle avait à remplir. On peut d'ailleurs admettre que l'adhérence du cœur avec le péricarde pouvait également provoquer un bruit anormal ; mais dans ce cas le bruit est double et s'entend pendant la contraction et la dilatation du cœur, tandis que celui que nous avons observé s'entendait exclusivement pendant la diastole ; il serait d'ailleurs difficile d'admettre qu'une adhérence aussi étroite que celle qui existait, ait été la cause de ce bruit anormal que nous avons entendu ; il est vrai que la fausse membrane située sur la paroi du ventricule droit aurait pu le produire ; mais outre que ce bruit était profond, il paraissait se passer dans l'orifice aortique; aussi avons-nous discuté, pendant la vie du sujet, la possibilité de l'insuffisance des valvules aortiques ou d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ; trouvant le pouls régulier et la circulation artérielle parfaitement libre dans tous les points, nous inclinions à croire qu'il existait de l'insuffisance, et nous sommes portés, par la nature de la lésion valvulaire, à admettre que le second bruit se produisait au moment où le sang, abaissant les valvules sigmoïdes, venait frapper contre la base de l'une d'elles rendue rugueuse par les saillies osseuses qui soulevaient l'endocarde. Nous ajouterons que le cœur avait conservé son volume normal et que ses parois n'étaient nullement hypertrophiées. Ce fait n'est pas sans importance pour la pathologie du cœur, car il prouve que le péricarde et l'endocarde peuvent être altérés sans que la substance musculaire de l'organe participe à l'altération.

Nous avions soupçonné pendant la vie du sujet une altération chronique du foie, parce qu'il nous semblait difficile d'expliquer autrement la production de l'ascite; l'ouverture du cadavre est venue lever tous les doutes à cet égard et confirmer la justesse du diagnostic. Le foie, disions-nous par avance, est sans doute affecté d'une de ces altérations qui coïncident si fréquemment avec les maladies du cœur et que l'on a coutume de désigner sous le nom de cirrhose du foie, à défaut d'une autre dénomination plus exacte. Nous avons déjà trouvé l'occasion, dans une autre circonstance à peu près analogue, de discuter le mode de développement et la nature des altérations trouvées dans le foie. L'autopsie de ce malade a permis de constater une diminution peu considérable dans le volume de l'organe dont la substance mollasse était composée d'une seule matière jaunâtre au milieu de laquelle il était impossible de retrouver la substance rouge. Cette altération diffère sous beaucoup de rapports de celle que l'on connaît sous le nom de cirrhose ; elle n'est point toujours accompagnée d'atrophie et d'induration qui constituent les deux caractères principaux de la cirrhose, mais elle s'en rapproche en ce qu'elle oppose comme elle un obstacle à la circulation du sang veineux qui est amené par la veine porte. Le travail morbide qui amène cette oblitération résulte de la gêne de la circulation centrale qui s'étend de proche en proche à la circulation pulmonaire et à la circulation hépatique. Une fois celle-ci entravée survient une lésion appréciable dans le foie et le trouble fonctionnel qui provoque l'épanchement ascitique.

Avant de terminer, nous appellerons encore l'attention sur la fréquence des maladies du foie qui résultent des maladies du cœur et qui sont bien souvent méconnues soit pendant la vie, soit même après la mort. La rate elle même éprouve une altération analogue à celle du foie.

L'œdème des membres inférieurs paraît avoir été provoqué par l'affection du cœur ; tel a été notre diagnostic pendant la vie, et nous sommes encore portés à soutenir cette opinion depuis que l'autopsie nous a révélé les lésions déjà décrites.

L'estomac a présenté une de ces altérations sur lesquelles l'anatomie pathologique moderne a jeté une vive lumière : jusque dans ces derniers temps, on l'aurait considéré comme un cancer de l'estomac; il nous semble que ce serait abuser de cette expression si nous l'appliquions à l'altération dont voici les caractères : sur la muqueuse gastrique, à sa face antérieure et vers le grand bord de l'estomac, étaient développées des végétations saillantes, mollasses, qui occupaient un espace de cinq centimètres carrés environ ; elles étaient constituées par le tissu muqueux qui avait bourgeonné et s'était ramolli en même temps. Il était facile de se convaincre par un examen attentif que la membrane muqueuse seule constituait cette végétation, et qu'il n'y avait aucun tissu de nouvelle formation soit squirrheux, soit encéphaloïde, développé dans sa trame ; au-dessous on rencontrait des élémens constituans de la muqueuse avec toute leur intégrité : seulement on voyait au-dessous de la muqueuse un tissu cellulaire blanchâtre et un peu hypertrophiée. Nous n'hésitons pas à considérer cette lésion comme affectant seulement la muqueuse gastrique : nous refusons de lui donner le nom de cancer, parce qu'il nous semble utile de ne réserver ce nom qu'aux produits morbides dans lesquels on trouve, outre les membranes normales, un tissu de nouvelle formation et sans analogue dans l'économie.

2º *Herpès zona.*

Bernard, âgé de vingt-un ans, commis-libraire, jouissant habituellement d'une bonne santé, a ressenti, il y a trois semaines, des picotemens assez vifs sur la région scapulaire gauche ; le 17 septembre seulement il aperçut une plaque rouge dans le point où s'était manifesté cette douleur ; du reste, la santé resta parfaite : à peine s'il ressentit un peu de malaise, quelques nausées et des vertiges, peu de jours après l'apparition de la rougeur.

Le 24 septembre, le malade offrit tous les signes d'un zona bien caractérisé : on voyait sur la partie postérieure de la poitrine des plaques rouges nombreuses commençant vers les apophyses épineuses et s'étendant transversalement jusque vers le bord axillaire du côté gauche. Dans ce point se trouve une portion de peau saine d'une faible étendue ; les plaques rouges surmontées de vésicules encore peu distinctes reparaissent dans le creux de l'aisselle et s'étendent en avant en passant au-dessus du sein gauche jusqu'au milieu du sternum. Sur la partie antérieure les plaques sont encore séparées les unes des autres par la peau saine et tendent manifestement à se réunir. L'herpès ne forme pas seulement la demi-ceinture que nous venons de décrire, il descend encore sur la face postérieure et interne du bras gauche jusqu'au coude. L'éruption, qui a commencé par la région dorsale, où elle était encore limitée le 23 au matin, s'est étendue rapidement dans les points indiqués et a produit des plaques rouge vif surmontées de vésicules encore distinctes les unes des autres ; aucun autre symptôme local n'accompagna l'éruption; la langue est nette, l'appétit conservé, les selles naturelles ; le malade dit éprouver seulement un sentiment de constriction à la partie antérieure de la poitrine.

Cette affection, suffisamment caractérisée par les symptômes locaux que nous avons signalés, a débuté sans causes connues sur un sujet robuste qui n'a jamais été atteint d'affections cutanées, ni même d'autres maladies ; elle se montre chez lui comme une affection tout à fait locale, qui ne produit aucun trouble dans les autres fonctions. Quelques auteurs ont avancé qu'il est assez commun de voir un trouble général précéder ou accompagner le zona : mais cette opinion est démentie par le plus grand nombre de cas dans lesquels on remarque au contraire une intégrité complète de toutes les fonctions. Le malade qui fait le sujet de cette observation en est un exemple : il serait difficile de découvrir chez lui un seul organe affecté.

Le traitement du zona est très simple : il consiste la plupart du temps en de simples topiques sédatifs ou dans l'application d'un linge enduit de cérat, destiné à prévenir les douleurs qu'occasionne le frottement du linge appliqué sur la peau des malades ; quelques bains, de légers laxatifs, concourent à résoudre la maladie. Quelquefois, cependant, rien ne peut arrêter sa marche, et on la voit non-seulement s'étendre aux deux côtés du corps, mais envahir tout un membre lorsqu'elle se développe dans son voisinage : aussi quelques auteurs ont-ils proposé de recourir à l'emploi de la méthode ectrotique, afin de faire avorter la maladie ou d'en enrayer la marche. Nous avons mis plusieurs fois en usage cette dernière méthode, et nous avons obtenu des succès assez constans ; nous avons hésité un instant si nous mettrions en usage cette médication, mais nous avons préféré expérimenter l'emploi d'un remède à l'aide duquel on a réussi plusieurs fois à faire avorter les pustules varioliques. Nous avons donc prescrit d'appliquer sur les portions du tégument occupées par l'herpès, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*; nous espérons, à l'aide de ce topique, parvenir à enrayer la marche de la maladie.

3º *Bronchorrhée.*

Gerbout, âgée de quarante-neuf ans, a été couchée au nº 20 de la salle Sainte-Marthe, le 23 septembre dernier. Cette femme, qui jouit habituellement d'une bonne santé, a cessé d'être réglée à partir de cette époque ; elle ressent par intervalle des bouffées de chaleur qui lui montent au visage, et la dyspnée qu'elle éprouve depuis vingt ans augmente par intervalles ; elle rapporte seulement que sous l'influence des brusques variations de température auxquelles l'expose sa profession (elle est chez un marchand de vin et descend fréquemment dans une cave froide), elle éprouve très souvent un flux très abondant d'un liquide aqueux, transparent, qui s'écoule par les fosses nasales. Ce flux nasal s'est développé vingt fois environ depuis le mois de janvier.

Depuis six semaines, sous l'influence des mêmes causes, s'est développé un écoulement abondant de mucus bronchique, qui fut accompagné en même temps d'une toux fréquente, et qui, cette fois, ne fut précédé d'aucun flux nasal. Quelques jours après il survint pendant deux jours de suite des vomissemens de liquide purement aqueux rendus facilement comme par régurgitation. Le rhume, depuis cette époque, n'a cessé de s'accroître et de donner lieu à une expectoration d'une matière qui est aussi purement aqueuse et couverte d'une mousse légère.

Cette malade en a rendu cinq grands bassins, environ quatre crachoirs, sous l'influence de deux grammes d'ipécacuanha que nous lui avons administré le jour de son entrée. L'exploration de la poitrine fait reconnaître en avant, des deux côtés, des râles sibilans qui occupent toutes les bronches sans exception, et qui s'entendent également en arrière jusque dans les petites bronches. Le râle sibilant se produit surtout pendant l'inspiration : le bruit d'expiration n'est pas augmenté. Nous avions cru d'abord, en raison de la dyspnée qui existe depuis long-temps chez la malade, qu'il pouvait exister un emphysème pulmonaire ; mais aucun signe tranché n'a pu nous faire découvrir une hyperthophie bien notable des vésicules pulmonaires. La sonoréité, normale dans tous les points du thorax, n'est pas exagérée. Nous avons cru devoir nous arrêter à l'idée que l'affection prédominante était une maladie des bronches. Quelle en est la nature? Est-ce une bronchite générale, ou un flux sécrétoire établi dont la membrane muqueuse est le siége? Cette dernière opinion semble plus probable : d'une part, en raison de ces flux abondans qui surviennent fréquemment chez cette femme, et, de l'autre, à cause de la grande quantité du liquide expectoré qui ne possède pas les qualités ordinaires aux liquides fournis par la muqueuse bronchiale enflammée. Ce cas nous semble être un exemple remarquable d'une irritation sécrétoire tout à fait étrangère à l'inflammation. La respiration n'est point gênée par cette énorme sécrétion ; à peine le pouls s'élève-t il au-dessus de son rhythme normal (72). Nous avons prescrit l'emploi de poudre de Dower à fortes doses, et une infusion aromatique.

4º *Erythêms noueux.*

Auxierre, âgée de trente-six ans, lingère, entrée à l'hôpital le 10 septembre. Il y a un an elle éprouva quelques douleurs dans le ventre, qui persistèrent durant quelques semaine

et furent combattues par une application de sangsues. Depuis cette époque sa santé fut entièrement rétablie et elle n'a jamais éprouvé le moindre malaise ; elle habite un logement bien aéré, mais sa nourriture est insuffisante depuis longtemps ; presque jamais elle ne mange de viande et elle n'a pas bu de vin depuis plusieurs mois.

Il y a trois semaines environ qu'elle commença à ressentir du malaise, et bientôt parurent de petites tumeurs sous-cutanées, rougeâtres, occupant le genou droit, d'où elles s'étendirent à la jambe et aux membres supérieurs. Cette affection fut considérée comme étant de nature furonculeuse ; elle fut combattue par quelques purgatifs et des bains.

Le 11 septembre on put constater à la surface des pieds, des jambes et des cuisses de nombreuses taches rouges d'une teinte livide, moins marquée sur les bords, et surmontant de petites tumeurs peu saillantes que l'on découvrait surtout à l'aide du doigt promené sur la peau ; elles étaient en grand nombre surtout sur la partie antérieure et externe des membres ; il y en avait une ou deux sur la partie interne des cuisses. A la face dorsale du pied et sur la partie inférieure de la jambe plusieurs étaient proéminentes, et l'on aurait cru sentir comme une fluctuation profonde et diffuse, si l'on n'avait été prévenu que les tumeurs d'érythème n'abcèdent jamais.

Les membres supérieurs offraient un grand nombre de ces plaques qui caractérisaient suffisamment la maladie à laquelle les auteurs ont imposé le nom d'érythème noueux (*erythema nodosum*).

Toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement, aucun mouvement de fièvre, aucun dérangement dans les déjections n'ont été remarquées. Après l'administration méthodique des purgatifs on vit successivement s'affaisser et disparaître les tumeurs érythémateuses qui, d'abord faiblement colorées en rouge, se laissaient à peine sentir sous le doigt qui les cherchait. Des douleurs assez vives se manifestèrent dans les jointures des membres supérieurs et inférieurs ; les bains tièdes répétés ne tardèrent pas à les faire disparaître, et la malade entra en pleine convalescence.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Service de chirurgie.

1° Blennorrhagie aiguë chez une petite fille de sept ans.

Au n° 7 de la salle Sainte-Thérèse a été reçue ces jours derniers une petite fille âgée de sept ans, d'une constitution lymphatique, offrant un écoulement vaginal abondant avec suppuration de la vulve.

Nous avons pensé d'abord avoir affaire à une de ces leucorrhées si communes chez les petites filles qui sont douées d'une constitution lymphatique, mais bientôt nous avons appris du père de cette enfant qu'elle avait contracté son mal dans des rapprochemens qu'elle avait eus avec son frère.

Pour nous assurer de la vérité de cette assertion, et pour nous convaincre de la nature de l'écoulement de la petite malade, nous avons exigé des parens que le frère fût soumis à notre examen, ce qui ayant eu lieu, nous avons pu acquérir la certitude qu'il était affecté d'une chaudepisse. Voilà donc un écoulement, bien certainement de nature vénérienne, existant chez une petite fille, circonstance qui n'est malheureusement pas très rare.

En outre de l'écoulement vaginal, la petite malade présente des ganglions engorgés aux aînes, mais qui probablement ne dégénéreront pas en bubons ; la membrane hymen persiste encore, ce qui permettrait de croire que la blennorrhagie a pu être communiquée à la petite fille sans qu'il y ait eu introduction du pénis. Le frère n'avait pas de chancres, et nous n'en avons pas non plus trouvé chez la petite fille.

Quel sera le traitement que nous adopterons dans ce cas ? Nous ne croyons pas que cette affection (la blennorrhagie) soit réellement de nature syphilitique : aussi nous en tiendrons-nous à l'usage des émolliens, aux bains et aux lotions avec l'extrait de saturne. Nous avons perdu toute confiance dans le cubèbe et le copahu employés chez les femmes, depuis que nous n'en avons retiré aucun résultat favorable dans l'emploi fréquent que nous en avons fait à l'hôpital de Lourcine. Nous devons en dire autant des bains sulfureux.

L'écoulement de cette jeune fille se guérira-t-il plus vite que cela n'arrive d'ordinaire chez les petites filles scrofuleuses que nous recevons si fréquemment dans le service ? Nous croyons que l'on peut répondre affirmativement à cette question, attendu que, dans ce cas, la maladie ne saurait être entretenue par le concours d'aucun vice constitutionnel.

Nous devons vous faire une remarque à l'occasion de cette petite malade. Il devient quelquefois nécessaire de déterminer si un écoulement existant chez une petite fille est ou n'est pas de nature vénérienne, ou en d'autres termes, s'il a été ou non communiqué par le contact du pénis, car attendu la fréquence des blennorrhées chez les petites filles de la classe pauvre, où la scrofule est si commune, il en résulte que quand les enfans sont en apprentissage, les parens en font un coupable objet de spéculation, accusant les maîtres de n'avoir pas suffisamment veillé à la conduite des apprenties, et les menaçant de porter plainte en justice si on ne leur accorde pas les dommages qu'ils ont l'impudence de réclamer.

Or, il est deux moyens capables de conduire à la connaissance de la nature de l'écoulement : le premier, très fallacieux, se tire des caractères mêmes de l'écoulement, mais ce moyen est très sujet à induire en erreur ; le second, beaucoup plus péremptoire, est de parvenir à s'assurer par toutes sortes d'investigations possibles s'il y a eu rapprochement volontaire ou violent avec un homme.

Toujours est-il qu'il faut avant tout se méfier de la coupable cupidité des parens.

2° Calcul vésical. Taille bi-latérale. Guérison.

Le 19 août dernier, au matin, a été reçu, salle Saint-Côme, n° 2, un petit enfant âgé de neuf ans, pâle, un peu lymphatique, ayant eu il y a quelque temps la rougeole, et qui porte des cicatrices vaccinales.

Il est entré, il y a deux ans, à la Pitié, pour des coliques. Depuis plusieurs mois, il souffrait au moment où il allait uriner, ce qui détermina l'exploration de la vessie, dans laquelle on ne reconnut la présence d'aucun corps étranger. Aujourd'hui, il éprouve de la douleur lorsqu'il commence à uriner ; quelquefois même l'émission des urines est tout à fait impossible. Les urines, d'ailleurs, sont muqueuses, quelquefois sédimenteuses.

Sondé une première fois, le 19 août, par M. Guersant fils, ce praticien a reconnu dans la vessie l'existence d'un corps étranger, et s'est demandé pourquoi elle avait échappé aux recherches faites à la Pitié. M. Guersant reconnaît que rien n'est plus facile que ces sortes d'erreurs, qui peuvent aussi bien dépendre de la petitesse du calcul, comme de son adhérence à un point quelconque de la surface intérieure de la vessie. D'ailleurs, on doit raisonnablement admettre que lors de l'exploration de la vessie faite à la Pitié il y deux ans le calcul devait être beaucoup plus petit ; et notons que déjà les signes fournis par le cathétérisme indiquent, aujourd'hui même, un calcul de petites dimensions.

Pour démontrer, du reste, combien la pierre échappe facilement aux recherches que l'on pratique avec le cathéter lorsqu'elle est peu volumineuse, nous n'aurons qu'à vous rappeler le cas qui s'est présenté l'année dernière dans le service. Il s'agissait d'un enfant qui depuis long-temps présentait les signes rationnels de la pierre, et que nous considérâmes comme étant atteint d'une affection spasmodique de la vessie, le cathétérisme plusieurs fois répété, et par diverses personnes, M. Leroy-d'Etiolles, entre autres, n'ayant jamais fait découvrir la présence de la pierre. Ce malade étant mort d'une angine gangréneuse, on trouva dans la vessie un petit calcul de la grosseur d'un petit pois, qui paraissait avoir adhéré à un des points de la surface de la muqueuse végétale par l'une des moitiés de sa surface.

On voulait laisser au petit calculeux le temps de s'habituer à l'air et à la nourriture de l'hôpital, avant de procéder à l'opération. La douleur continuait toujours de se faire sentir au moment où il allait uriner ; mais jamais il n'avait souffert et ne souffrait pour lors non plus en urinant ; ajoutons que le jet de l'urine n'avait jamais non plus été interrompu.

Sur ces entrefaites, le petit malade fut vu et examiné par M. Lallemand de Montpellier, qui constata aussi l'existence du calcul.

L'expérience ayant appris à M. Guersant que la lithotritie est une opération à éviter autant que possible chez les enfans, surtout à l'hôpital, d'abord à cause de l'indocilité des malades, et ensuite parce qu'elle traîne le traitement en longueur, ce qui les expose à gagner les maladies qui règnent épidémiquement à l'hôpital des Enfans, ce chirurgien, ayant égard d'ailleurs aux résultats favorables que l'on obtient par la taille, a soumis, le 26 août dernier, le malade à cette opération.

La taille bi-latérale a été pratiquée sans de grandes difficultés, si l'on en excepte pourtant celles qui sont résultées d'une hémorrhagie abondante qui a accompagné cette opération. Le calcul n'était pas adhérent, et, nonobstant, l'opérateur a éprouvé quelque peu de difficulté à le saisir : son volume était celui d'une grosse olive, et était muriforme de sa nature ; il était recouvert d'une couche celluleuse organique très mince. Etait-il suspendu à un des points de la ressie ? Coiffé par la membranule qui le recouvrait, n'était-il pas d'abord adhérent à un des points de la surface de la vessie, d'où il aurait facilement été décroché par la tenette ? Cette circonstance expliquerait au moins pourquoi le jet de l'urine n'a jamais été interrompu ; pourquoi encore le calcul n'a pas été trouvé à la Pitié ; et enfin, pourquoi le petit malade n'a jamais présenté l'ensemble bien caractérisé des symptômes que présentent les calculeux.

Quoi qu'il en soit, cette opération n'a été suivie d'aucun accident sérieux. Le soir seulement de l'opération, l'écoulement du sang s'est renouvelé, mais avec peu d'intensité, et a bientôt cédé aux lotions froides.

Le 1er septembre, les urines passaient encore par la plaie, qui tendait déjà à se rétrécir. Depuis, la cicatrisation n'a pas cessé de marcher avec régularité.

Le 16 septembre, le petit opéré quittait l'hôpital, étant parfaitement guéri.

3° Imperforation du conduit auditif externe, avec déformation du pavillon de l'oreille.

Un petit garçon de deux à trois ans, présentant une imperforation des deux conduits auditifs externes, avec déformation des pavillons des oreilles, a été admis dans le service vers le commencement du mois d'août dernier. Cet état, qui existait de naissance, bien entendu, n'a été observé qu'un très petit nombre de fois. Se complique-t-il nécessairement de surdité et conséquemment de mutisme ? C'est ce dont il fallait s'assurer dans ce cas au moins, avant d'entreprendre aucune opération dont le but aurait été d'établir la portion non existante du conduit auditif externe.

Or, voici ce que l'on a remarqué à cet égard. Le petit sujet entend assurément les bruits qui se font près de lui ; on en a acquis la certitude depuis qu'il est à l'hôpital. Il a toujours habité la campagne, où, ayant été à même d'entendre tous les jours bêler des moutons, il a appris à en imiter le bêlement ; de même que le babil du perroquet, attendu qu'il y en avait un dans la maison où il demeurait ; ajoutons encore qu'il écorche les mots papa et maman. Tout ceci démontre qu'il n'est pas absolument sourd, que les oreilles moyenne et interne présentent leur organisation normale, et qu'il y a tout lieu d'espérer qu'en remédiant à l'absence du conduit auditif externe et en mettant la membrane du tympan en contact avec l'air atmosphérique et conséquemment avec les ondes sonores, on rendra à cet enfant la faculté de bien entendre et par suite d'apprendre à parler.

Que faut-il faire pour remédier à cette difformité ? Nous nous proposons, dit M. Guersant, de faire à la hauteur présumée du conduit auditif externe, une ouverture avec perte de substance, dont nous opérerons l'élargissement au moyen d'un corps dilatant, tel que l'éponge préparée, par exemple. Enfin nous remplacerons celle-ci par une canule en argent permanente, qui sera laissée en place jusqu'à ce que la cicatrisation soit achevée.

Telle était l'opération que M. Guersant se proposait de pratiquer dans ce cas exceptionnel, et qui de fait fut pratiquée vers le milieu du mois d'août.

Une ouverture fut faite au niveau et dans la direction du conduit auditif externe derrière l'antitragus ; il s'écoula une quantité de sang assez notable pour rendre nécessaire le tamponnement ; mais attendu que l'écoulement du sang reprenait toutes les fois que l'on voulait examiner la partie, on substitua le simple tamponnement, celui fait avec le coton saupoudré de colophane.

Le 19 août, c'est-à-dire huit jours après l'opération, on n'avait pas encore pu apprécier la portée de celle-ci et le résultat que l'on devait en attendre. Attendons que la suppuration soit établie, disait M. Guersant, et peut-être alors verrons-nous mieux si nous avons réellement agi dans la direction du conduit auditif externe. L'opération avait été tentée sur un seul côté, bien entendu : le côté droit.

Le 26 août on avait acquis la certitude que l'ouverture pratiquée avait réellement mis communication avec le conduit auditif externe ; on croyait même apercevoir la membrane du tympan. Mais alors le petit malade avait été atteint d'une rougeole bénigne qui marchait avec beaucoup de régularité.

Nous reviendrons prochainement sur ce cas aussi rare qu'intéressant.

4° Carie de l'apophyse basilaire de l'occipital. Mort subite, autopsie.

Dans les premiers jours du mois d'août dernier, est entrée dans le service, au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse, une petite fille, âgée de treize ans, qui accusait une gêne telle du cou qu'elle mettait obstacle à toute sorte de mouvemens. On ne remarquait qu'un peu de gonflement aux parties latérales de cette région, pas de gibbosité, mais au contraire une légère dépression en arrière.

La première pensée de M. Guersant fut qu'il s'agissait d'une carie vertébrale. Voici comment il s'exprima à ce sujet dans sa leçon clinique du 19 août dernier : « Indubitablement il s'agit ici d'une carie vertébrale, dont les symptômes évidens ont seulement commencé il y a quelques jours. Les sangsues que nous avons fait appliquer tout d'abord, n'ont agi que comme moyen palliatif, nous n'en doutons pas, et l'amélioration qu'elles ont procurée et qu'elles ne manquent presque jamais de produire en pareil cas ne sera malheureusement pas de longue durée.

Quelle médication leur ferons-nous succéder ? Le moyen dont nous ayons eu le plus à nous louer jusqu'à présent, ce sont les cautères volans, c'est-à-dire qu'on ne laisse suppurer que quelques jours seulement et auxquels on en fait promptement succéder d'autres dès que les premiers sont à peu près complètement cautérisés. Nous établissons ces cautères au moyen de la pâte de Vienne. Quand l'escharre est tombée, nous faisons panser la plaie avec de l'onguent de la mère et nous ne mettons pas de pois pour entretenir la suppuration. En agissant de la sorte, nous nous trouvons avoir établi en quelques jours un grand nombre de cautères.

Voulant agir, dans le cas qui nous occupe, avec plus d'énergie, négligeant la pâte de Vienne, nous avons eu recours à quatre points de feu.

L'escharre produite a été assez profonde ; la suppuration sera suffisamment abondante, et nous espérons obtenir ainsi un bon résultat.

Toutefois, dans les premiers jours de septembre, la déglutition devint difficile, ce qui fit soupçonner un rétrécissement du pharynx ; le cou était légèrement renversé en arrière, et, dans les mouvemens qu'elle faisait, la petite fille portait sa tête avec ses mains, afin d'éviter les secousses. D'ailleurs, les amygdales n'étaient pas tuméfiées et n'étaient par conséquent pas la cause de la gêne qu'éprouvait la déglutition ; ajoutons qu'en portant le doigt dans le pharynx, on rencontrait manifestement de la fluctuation. Un jour que la petite malade était debout, elle s'écria tout à coup qu'elle allait tomber. — Les personnes voisines la soutinrent, la couchèrent, et depuis lors elle n'osa plus bouger jusqu'au moment où, sans agonie et en pleine connaissance, elle mourut tout à coup.

Qu'a démontré l'autopsie ? Il y avait un abcès, en effet, au niveau du pharynx, au devant de la région cervicale de la colonne vertébrale, mais il n'y avait pas de carie vertébrale. La carie occupait l'apophyse basilaire de l'occipital. Rien n'est venu expliquer la mort instantanée qui a eu lieu. Notons toutefois que les ligamens de l'articulation occipito-atloïdienne étaient ramollis, et que, dans un mouvement porté un peu trop loin, il a pu en résulter la compression de la moelle, ce dont on n'a pas eu, toutefois, la certitude en procédant à l'examen nécroscopique.

5° Extirpation d'une tumeur représentée par des ganglions limphatiques dégénérés, occupant la partie supérieure latérale du thorax, près de l'aisselle.

Cette opération a été pratiquée dans les premiers jours du mois d'août, chez une petite fille de douze à treize ans. La tumeur était représentée par des ganglions lymphatiques qui, depuis plusieurs années, entretenaient dans cette région une suppuration continuelle et plusieurs points fistuleux. La tumeur présentait trois pouces environ dans son grand diamètre, et deux dans le petit. Son extraction a présenté quelques difficultés à cause du grand nombre de vaisseaux qui ont été ouverts, qui ont été liés à mesure, et qui ont fourni un écoulement de sang qui masquait la surface sur laquelle devait porter l'instrument tranchant. Le pédicule de la tumeur a été lié, et celle-ci a été excisée ensuite.

La cicatrisation de la plaie a marché avec assez de rapidité; la suppuration a été abondante, surtout sous le grand pectoral, où la tumeur envoyait des ramifications.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident, si ce n'est une douleur assez vive qui est survenue le lendemain, et qui a cessé promptement.

Le 26 août la cicatrisation était presque entièrement achevée.

La pratique adoptée dans ce cas par M. Guersant est suivie depuis plusieurs années par M. Baudens, qui y a recours toutes les fois que la tumeur ne se termine pas promptement, soit par suppuration, soit par suite de l'emploi des fondans. M. Velpeau paraît avoir adopté aussi une semblable pratique, que blâment hautement les partisans de la médication interne. Quoi qu'il en soit, c'est, à notre avis, une opération à laquelle on ne doit pas se déterminer trop légèrement; car le plus communément les difficultés en sont plus grandes qu'elles ne paraissent devoir l'être de prime-abord, et augmentent à mesure que l'on avance, surtout quand on opère sur des régions délicates, telles que le cou, l'aisselle, l'aine; et c'est précisément dans ces régions que l'on a le plus souvent occasion de la pratiquer.

K...

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Hypertrophie du cœur. — Epaississement et déformation des valvules. — Rétrécissement des orifices. — Quelques réflexions.

(Suite du numéro 115.)

L'existence de la lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire, rendue seulement probable par suite des caractères que nous avons indiqués, était beaucoup plus clairement démontrée par l'inégalité du pouls, les intermittences des battemens du cœur qui, se remplissant incomplètement par suite du rétrécissement *mitral*, battait quelquefois presque à vide, et présentait de temps en temps ce phénomène que M. Bouillaud appelle si justement *un faux pas* du cœur.

Un dernier caractère dont nous n'avons point encore parlé, est le frémissement vibratoire qui se faisait sentir par intervalle dans la région précordiale. Ce frémissement vibratoire était ici de peu d'importance pour la détermination des orifices malades, puisqu'on le rencontre également dans les cas de rétrécissement de l'un ou de l'autre orifice. Cependant, si l'on fait attention qu'il ne se faisait sentir que par intervalle, comme si le cœur, que l'on me passe cette expression, eût rassemblé ses forces pour communiquer au sang une plus violente impulsion; de plus, que les incrustations calcaires auxquelles est ordinairement dû ce frémissement, sont plus communes à l'orifice mitral qu'à l'orifice aortique, on aura un élément de plus pour supposer que ce frémissement était produit par la lésion auriculo-ventriculaire plutôt que par le rétrécissement aortique.

Les battemens du cœur, fit remarquer M. Bouillaud à sa première visite, semblaient gênés, difficiles, comme si cet organe se fût débattu avec peine dans le péricarde; c'est un signe auquel cet habile observateur a souvent reconnu l'existence d'adhérences intimes du cœur avec le péricarde, adhérences qui limitent, embarrassent, gênent la liberté de ses mouvemens.

Malgré le volume du cœur et la force de ses battemens, la voussure de la région précordiale était peu considérable (4 millim. seulement au cyrtomètre). Ne serait-il pas possible que les adhérences fussent pour quelque chose dans le peu de développement de cette région, en bridant pour ainsi dire l'organe dont elles limitaient les mouvemens.

La réunion de tous les phénomènes que nous venons de signaler, l'appréciation rapide de la valeur de chacun d'eux, firent porter à M. Bouillaud le diagnostic suivant:

Hypertrophie du cœur et des principales artères; induration, épaississement, déformation des valvules gauches, avec rétrécissement des orifices. Soupçons d'adhérences du péricarde, le tout consécutif à une inflammation rhumatismale du cœur et des grosses artères. *Casus insanabilis.*

Le lendemain, 4 septembre, le malade se sentait un peu soulagé. Pouls à 72-76, intermittent, inégal, peu développé. Le cœur présente le même état que celui noté la veille. La respiration toujours accompagnée d'un peu de râle sibilant muqueux des deux côtés en arrière. Vésicat. rég. précordiale; le huitième.

Du 4 au 9 septembre, les symptômes d'étouffement allèrent en augmentant. Une imprudence que fit le malade, auquel on apporta des fruits dans la journée du 7, contribua encore à hâter sa fin, et il succomba le 9 septembre à huit heures du soir.

Autopsie cadavérique, 36 heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, on est frappé de l'étendue dans laquelle le péricarde se trouve à découvert. Cette étendue est de 0m.,10 verticalement. et de 0m.,15 transversalement. Le péricarde renferme 40 à 50 grammes d'un liquide rougeâtre comme sanguinolent. L'ouverture de cette cavité, pratiquée par sa face antérieure, ne se fait qu'avec difficulté, par suite d'adhérences intimes et assez courtes qui unissent le péricarde au cœur. Ces adhérences, qui existent en avant et sur la face latérale gauche du cœur, sont telles, qu'il est nécessaire de disséquer avec soin pour mettre le cœur à nu. Dans le reste de son étendue, et principalement sur sa face ventriculaire droite, le cœur présente quelques plaques péricardiques blanchâtres épaisses, et qu'on ne détache qu'avec une certaine difficulté.

Le cœur est généralement hypertrophié; cette hypertrophie, qui est considérable, affecte spécialement le ventricule gauche et les oreillettes. Il ne renferme aucun caillot fibrineux organisé. Débarrassé des concrétions noirâtres et molles qu'il contenait, et lavé, le cœur pèse 493 grammes.

L'oreillette droite est dilatée, et pourrait contenir une assez grosse orange; elle est ferme, charnue. L'orifice auriculo-ventriculaire offre une circonférence de 0m.,11; sa valvule, fortement épaissie, fibro-cartilagineuse, surtout vers son bord libre, adhère à la paroi ventriculaire par l'extrémité la plus voisine de l'artère pulmonaire. Ses tendons sont courts, épais; les colonnes charnues assez robustes. Le ventricule droit est peu dilaté. Le maximum d'épaisseur de ses parois est de 0m.,01. Les valvules pulmonaires sont bien conformées. L'orifice pulmonaire a 0m.,08 de circonférence.

Rien de bien notable pour le calibre de l'aorte, non plus que pour sa face interne. Les valvules sygmoïdes, fortement épaissies, conservent encore un peu de transparence vers leur partie moyenne; leur bord libre est transformé en un bourrelet cartilagineux, dur, criant sous le scalpel, sans ossification. Les trois valvules adhèrent ensemble par leurs bords, de manière à rétrécir la circonférence de cet orifice qui, en ayant égard à cette disposition, n'est que de 0m.,06.

Le ventricule gauche est dilaté, et pourrait loger un gros œuf; mais il est partout remarquable, en ce sens que ses parois sont fortement épaissies. Le maximum de leur épaisseur est de 0m.,02. Les colonnes charnues de ce ventricule sont fortes, robustes, surtout les deux principales, auxquelles viennent s'attacher les tendons de la valvule mitrale. La valvule est épaissie, déformée; ses deux lames, soudées aux deux angles de l'orifice, forment une boutonnière de 0m.,015 dans son plus grand diamètre. Cette ouverture est entièrement circonscrite par un amas de matière crétacée, calcaire, et formant une série circulaire de concrétions ou de noyaux dont plusieurs ont l'épaisseur et le volume de gros pois; inégales d'ailleurs, très dures, raboteuses, et remplaçant presque en totalité la valvule devenue ainsi méconnaissable.

L'oreillette gauche est un peu dilatée, mais moins que la droite. Ses parois en sont assez fermes aussi, médiocrement épaisses.

Les deux poumons présentent un peu d'engouement à la partie postérieure; quelques adhérences peu intimes avec la plèvre costale.

Le foie est fortement congestionné. La rate est normale.

— Est-il une seule des lésions annoncées et décrites au diagnostic, dont l'existence n'ait été démontrée de la manière la plus évidente par l'autopsie cadavérique? N'est-ce point ici le cas, ou jamais, de répéter cette expression, qui je le sais, amène sur bien des lèvres un sourire passablement ironique, que la médecine tend tous les jours de plus en plus à devenir une *science exacte*?

Ne mérite-t-elle pas de prendre rang parmi les sciences les plus positives, celle qui, conjecturale il y a quelques années à peine, à tel point que l'on eût presque pu appliquer aux médecins le mot célèbre d'un ancien orateur sur les augures de Rome, produit aujourd'hui, par des méthodes d'observation plus rigoureuses et plus perfectionnées, de si beaux résultats sous le rapport de la connaissance des maladies et de la découverte des lésions qui les constituent?

Enfin, et pour dernière remarque, il est besoin de faire observer que chez ce malade nous trouvons encore une éclatante confirmation de la loi de coïncidence, établie par le professeur de la Charité, entre l'existence du rhumatisme articulaire aigu généralisé, et celle de l'endocardite?

A. F.

QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR L'OPÉRATION DU STRABISME;

Par M. Lucien BOYER.

Il n'existe pas en chirurgie d'opération qui réussisse complètement, toujours et sans exception. On peut dire cependant qu'il n'en est peut-être aucune qui, faite sagement, et dans des conditions favorables, présente plus de chances de succès que l'opération du strabisme.

L'expérience d'un grand nombre d'opérations m'ayant mis en mesure de formuler quelques préceptes généraux, je crois devoir consacrer cet article à préciser d'une manière abrégée ce que l'on doit faire et ce que l'on doit éviter, selon les cas.

C'est à tort que l'on a représenté l'opération du strabisme comme une opération de luxe, blâmable dans ses intentions, funeste dans ses effets. Si l'on devait aujourd'hui rejeter la strabotomie du domaine chirurgical, il faudrait frapper du même arrêt de proscription une foule d'opérations qui offrent plus de danger et ne fournissent pas des résultats aussi avantageux.

Le strabisme est une difformité souvent très prononcée, et dont l'influence pèse souvent d'une manière fâcheuse sur la carrière des individus qui en sont atteints; et, quoique la coquetterie puisse être quelquefois l'unique mobile des personnes qui réclament l'opération, le chirurgien doit voir les choses de plus haut. Les préjugés du monde, en traînant après eux les antipathies personnelles et l'exclusion de certaines professions, la justifieraient seuls, lors même que des motifs plus graves ne viendraient pas encore militer en sa faveur. Je veux parler de cette faiblesse de la vue et de cette fausse orientation du regard, qui en font, pour beaucoup d'individus, un véritable obstacle au libre exercice de la vision, à tel point que les conseils de révision militaire refusent d'admettre dans les rangs de l'armée les jeunes gens atteints de strabisme qui se présentent volontairement pour en faire partie.

Or, il est avéré maintenant, pour tous les observateurs non prévenus, que sur un grand nombre de sujets, une amélioration sensible sous ce double rapport est le fruit de l'opération, bénéfice précieux qui la fait sortir de la classe des opérations de luxe pour en faire une opération véritablement utile en elle-même, et indépendamment de toutes les considérations sociales qui la protègent.

Le but de l'opération étant justifié, ses effets sont-ils donc de nature à détruire une chimère que l'on aurait caressée aveuglément? Non, en vérité.

Sous le point de vue des accidens traumatiques, d'abord on peut avancer que les dangers de l'opération sont presque nuls, que ses suites immédiates sont dans l'immense majorité, on pourrait presque dire dans l'universalité des cas d'une bénignité extrême, ainsi que l'avait prévu Stromeyer, lorsqu'en proposant l'opération il disait: « Elle ne saurait être plus grave que la plupart des extirpations de tumeurs enkystées qui compromettent fort rarement l'œil. » On a eu tort cependant de dire que l'opération du strabisme était exempte de toute espèce de danger, et que jamais on n'avait éprouvé d'accidens. Certes, de telles paroles sont bien faites pour encourager les gens du monde; mais si l'on doit avoir garde de détourner les malades et les médecins d'une opération qui réussit dans la grande majorité des cas, on ne doit pas non plus inspirer aux uns et aux autres une confiance aveugle qui, en leur faisant négliger toute précaution, les exposerait à des mécomptes funestes.

Ces mesures de précaution sont d'ailleurs bien simples: un bandeau sur l'œil opéré, des lotions fréquentes avec de l'eau fraîche, quelques pédiluves et manuluves chauds, une légère purgation le premier et le second jour, la précaution d'abriter l'œil du contact de l'air, le soin de ne l'appliquer à aucun travail assidu pendant quelques jours, un régime léger, voilà dans son ensemble le traitement prophylactique de ces accidens; bien entendu qu'à la moindre apparition de phénomènes sérieux on ne saurait mettre trop d'énergie dans le traitement antiphlogistique, que les applications de sangsues, les saignées du bras ou du pied, les irrigations continues, les purgatifs et les révulsifs seraient les moyens de traitement qu'il faudrait employer sans hésitation et sans crainte. Au reste, je me hâte de dire qu'il ne m'a été jusqu'à ce jour que deux fois nécessaire d'y recourir, et que dans ces cas ils ont suffi à faire disparaître les accidens sérieux qui m'avaient inspiré une inquiétude grave.

Mais est-il donc une opération chirurgicale qui n'ait jamais occasionné d'accidens! et le bec-de-lièvre, et les autoplasties les plus légères, et les extirpations des moindres tumeurs, et les saignées, et les sétons, etc., entraînant à leur suite les érysipèles, les phlébites, les résorptions purulentes. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer ici toutes les opérations légères que des circonstances imprévues peuvent rendre funestes, et qui, par conséquent, devraient être proscrites à plus juste titre, encore que l'opération du strabisme.

Sous le point de vue des résultats définitifs, j'établirai une distinction, afin d'exposer avec autant de précision qu'il me sera possible la cause des insuccès et le moyen de les éviter.

Lorsque l'opération a réussi le plus complétement, l'œil est direct, les deux axes sont parallèles; à peine si l'écartement des paupières est un peu plus large du côté de l'œil opéré que de l'autre, les mouvemens sont rétablis libres et étendus; l'œil, dans les mouvemens de latéralité, s'arrête seulement un instant avant d'être arrivé aux dernières limites de l'adduction, si le strabisme était en dedans et réciproquement. La vue, sur un grand nombre de sujets, en éprouve une amélioration prononcée. Suivant le procédé qui a été employé, la cicatrice, lisse, régulière, sans apparence d'injection dans son voisinage, se voit dans l'angle de l'œil, ou se dissimule sous les paupières. Si c'est le procédé de dissection ordinaire, il existe presque toujours un enfoncement plus ou moins marqué auprès de la caroncule. Si l'on a eu recours au procédé tel que je l'ai décrit dans le n° du 27 juillet de la *Gazette des Hôpitaux*, ou au procédé sous-conjonctival de M. J. Guérin, cet enfoncement est imperceptible, et la conjonctive se porte de la caroncule à la cornée comme s'il n'y avait point eu d'opération.

La légère dissemblance qui existe entre le volume des deux yeux dans le cas d'opération unique, manque entièrement si les deux yeux ont été opérés.

(*La fin au prochain numéro.*)

FALSIFICATION DU LAIT.

Si l'on a besoin de cervelles de mouton, il faut aller, de grand matin, en demander à un tripier, encore est-on fort exposé à s'entendre dire: « Monsieur, il ne me reste pas le plus petit morceau de cervelle » de mouton, et je ne puis même pas vous en promettre pour demain, » car toute la marchandise de cette espèce que je peux me procurer » est vendue d'avance à des laitiers. »

Dans quelle intention, va-t-on dire, ces industriels font-ils donc de pareilles emplettes? Le voici: Ils laissent macérer dans de l'eau bien propre les cervelles dont ils veulent se servir, puis ils en enlèvent les membranes et toutes les portions de vaisseaux sanguins qu'ils peuvent apercevoir; ainsi nettoyée, ils triturent dans un mortier la substance cérébrale en y ajoutant de l'eau de manière à obtenir une émulsion qu'ils passent, pour la bien nettoyer, et mélangent ensuite dans du lait dont ils ont déjà enlevé presque toute la crème; ils peuvent, de la sorte, étendre leur lait d'une assez grande quantité d'eau, en lui conservant la densité voulue.

Il y a plus, ce lait, quoique dépouillé d'une grande partie de sa crème, paraît en contenir beaucoup. C'est ainsi que je l'ai vu donner 18°

de crème, à l'éprouvette, au bout d'une heure de repos; tandis que du bon lait naturel n'en pourrait fournir que dix degrés le lendemain, c'est-à-dire au bout de douze ou quinze heures.

Si, sous le rapport de la crème, le lait, préparé comme il vient d'être dit, peut passer pour excellent, il présente néanmoins quelques caractères d'après lesquels on peut soupçonner, sinon découvrir sa falsification. Ainsi, au lieu d'avoir la couleur d'un blanc nuancé de bleu qui appartient au bon lait naturel, au lieu de s'attacher par une couche égale aux parois du vase dans lequel on le fait se mouvoir, le lait en question a une couleur d'un blanc mat tirant sur le gris sale; il tache le verre en laissant quelque chose qui ressemble à une poudre blanchâtre très fine, tenue en suspension. Son goût, à la vérité, n'a ordinairement rien de désagréable, bien qu'on puisse y trouver quelque chose de fade et de pâteux; mais assez souvent ce même lait a un goût analogue à celui de la chair de mouton non châtré, et rappelant l'odeur de la laine en suin. Toutes ces circonstances, très propres à éveiller le soupçon, ne suffisent pas pour montrer qu'il soit fondé; aussi est-il nécessaire de recourir au microscope, qui donne alors les résultats suivans:

Le lait contenant de la cervelle de mouton, examiné sous un grossissement de deux à trois cents diamètres, présente ordinairement avec les globules habituels de ce liquide des portions de matières blanchâtres, fort petites, rugueuses, inégales, et, en outre, des masses de formes irrégulières, ayant le volume de dix, vingt ou trente globules réunis, et même plus. Quelquefois des portions plus ou moins considérables de ces fragmens présentent la couleur rouge du sang imbibé. On voit aussi flotter au milieu de tout cela des débris de vaisseaux ou d'assez longs filamens de tissus nerveux, facilement reconnaissables.

Tels sont les indices au moyen desquels on découvre avec certitude la falsification du lait.

Il y a des cas où la quantité des matières étrangères paraît peu considérable; mais j'en ai rencontré où elle semblait égaler le tiers ou le cinquième de la masse totale des globules. Quoi qu'il arrive, au reste, à cet égard, le mélange est en réalité toujours plus considérable qu'il ne le paraît, car les très petits fragmens de matière cérébrale échappent au microscope; peut-être même y en a-t-il une certaine quantité de dissoute. Heureusement, ce lait semble n'avoir aucune qualité nuisible. Mais cela ne doit pas empêcher de signaler la fraude au public et de lui dire en même temps que, jusqu'à ce que les chimistes aient trouvé un réactif capable de faire reconnaître la matière cérébrale mêlée avec le lait, aussi facilement que l'iode y décèlerait la présence de l'amidon, si les laitiers n'avaient renoncé à une fraude maintenant impossible, le microscope offre un moyen assuré et facile de découvrir la falsification à laquelle nous avons consacré les détails de cet article, dans l'espoir qu'une fois l'attention éveillée sur ce sujet, on finira peut-être par avoir à Paris sinon du lait tout à fait pur et sans addition d'eau, au moins du lait ne contenant rien autre chose d'étranger. C'est ce que je souhaite de tout cœur à ceux de nos bons Parisiens pour qui l'habitude de prendre, le matin, leur café dit à la crème est devenue une seconde nature.

J. A. X.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Séance du 4 août 1841.

La Société procède à l'élection des membres qui doivent constituer son bureau.

Elle nomme:

MM. Belhomme, président.
Mojon, président honoraire.
Nonat, vice-président.
Gillette, secrétaire général.
Brière de Boismont et Forget, secrétaires annuels.

— *M. Nonat* communique à la Société un cas fort remarquable de phlébite occupant la veine mésentérique supérieure et le système de la veine porte.

Un homme âgé de soixante-neuf ans entre à l'hôpital de la Pitié: il accuse une douleur très vive dans tout l'hypochondre droit, il existe un ictère général, le foie a conservé son volume ordinaire. Malgré une médication énergique et très rationnelle, le malade succomba après avoir offert pendant quelques jours les symptômes de la résorption purulente.

A l'autopsie, on trouva l'estomac rétracté; près de l'orifice pylorique se remarquent deux points noirs, l'un à l'intérieur de l'organe, l'autre sur sa face externe, de l'étendue d'une petite lentille; ils se correspondent par un trajet qui divise obliquement la paroi du viscère, et sont constitués par du sang épanché. Les conduits biliaires n'offrent aucune lésion. Le tronc de la veine porte et ses divisions ont acquis un développement considérable; leurs parois sont tendues, épaissies; elles renferment dans leur intérieur du pus mêlé de sang. Près de son embouchure dans la veine porte, la veine splénique en contient également. La veine mésentérique supérieure présente sur sa face externe un point noir d'ecchymose analogue à ceux de l'estomac. Une incision pratiquée sur ce vaisseau permet d'en extraire une arête de poisson ayant trois centimètres de longueur: cette arête, enveloppée par des concrétions fibrineuses, oblitérait la veine mésentérique tout à fait imperméable au-dessous de cet obstacle, tandis que, du côté de la veine porte, sa capacité renferme du pus: ses parois épaissies sont tapissées par des fausses membranes peu adhérentes. Les veines sus hépatiques sont saines. Le foie a son volume normal; son parenchyme est ramolli, la pression en fait suinter un mélange de sang, de pus et de bile. Les gros troncs veineux, les cavités du cœur, n'ont présenté aucune trace de matière purulente.

En résumé, dit M. Nonat, il est évident:

1° Que la mort a été occasionnée par une phlébite de la veine mésentérique propagée à la veine porte;

2° Que la cause de cette phlegmasie n'est autre que l'arête de poisson venue de l'estomac et arrivée de proche en proche à la veine mésentérique en traversant le pancréas, où nous n'avons pas pu retrouver les traces de son passage;

3° Il est utile d'insister sur la difficulté de diagnostic dans un cas de cette nature dont la science ne renferme peut-être pas l'analogue.

M. Mandl désirerait que M. Nonat s'expliquât sur l'état du sang contenu dans les veines enflammées. Etait-il liquide ou en caillot solide? Il observe que toutes les expériences qu'il a faites sur le mélange du pus et du sang lui ont donné pour résultat la dissolution de la fibrine de celui-ci et sa liquéfaction.

M. Nonat dit que le sang contenu dans les veines enflammées était moins plastique, plus liquide qu'il ne l'est ordinairement. Il cherche ensuite à expliquer, par la marche même de la phlébite, la contradiction qui divise les auteurs pathologistes relativement à l'absorption du pus par les veines. Les uns l'admettent, les autres au contraire la rejettent. Toutes les fois que la phlegmasie est très vive dès le début, l'oblitération de la veine, produite par la congestion sanguine, dont le résultat est la tuméfaction de ses parois s'effectue et devient complète avant que le passage du pus ait eu le temps de s'opérer; tandis que dans des circonstances phlogistiques différentes, l'oblitération ayant lieu plus tardivement, la matière purulente peut être absorbée. Il ajoute que la présence d'une fausse membrane n'est pas toujours un obstacle à l'absorption. Est-elle récente, molle et faiblement adhérente, le pus pourra, en s'accumulant au-dessous d'elle, en produire le décollement, pressé qu'il sera entre la pseudo-membrane qui fait obstacle à son passage et la réaction des parois du vaisseau distendues outre mesure.

M. Adorne a vu un militaire présenter tous les signes d'une fièvre intermittente à la suite d'une lutte dans laquelle il reçut un coup d'épée dans le ventre. Le quinquina fut impuissant à couper la fièvre. Le malade ayant succombé, on trouva une perforation de la veine mésentérique supérieure; il conclut de ce fait à l'impuissance des préparations de quinquina contre les fièvres intermittentes dues à une lésion organique.

M. Gillette n'admet pas l'intepprétation que M. Adorne a cru devoir donner de l'observation précédente. Il pense qu'il s'est agi d'une phlébite terminée par une fièvre de résorption assez mal étudiée, pour ne pas dire complètement négligée à l'époque où se passait le fait dont il vient d'être question. Il croit que l'absence de toute collection purulente dans les divers organes à la suite d'une phlébite interne peut s'expliquer par l'abri où sont du contact de l'air les tissus enflammés. Les exemples nombreux de résorption purulente dans les cas de phlébite traumatique par cause externe sembleraient prouver l'influence de ce contact de l'air atmosphérique sur la production des accidens qu'entraîne presque toujours après elle la fièvre de résorption.

M. Nonat combat cette opinion, à laquelle il oppose des faits où la résorption purulente s'effectua sans que la condition indiquée par M. Gillette ait existé.

M. Maigne cite un cas de métro-péritonite parvenu à sa dernière période où la guérison a été obtenue contre tout espoir. La malade fut soumise à des succions sur les seins faites tous les quart-d'heure; à des onctions mercurielles sur le ventre, à des injections vaginales répétées toutes les dix minutes avec l'eau de guimauve laudanisée à la température de 37 degrés; à l'usage d'une potion contenant dix centigrammes d'extrait gommeux d'opium. Cette médication, très scrupuleusement suivie pendant vingt-quatre heures, produisit le retour des lochies, la tuméfaction du sein, et la malade ne tarda pas à voir sa guérison complète. M. Maigne pense que si on apportait dans l'exécution des prescriptions médicales une vigilance semblable et une attention aussi soutenue, on verrait diminuer l'effrayante mortalité qui décime les malheureuses femmes atteintes de cette affection.

— *M. Giraldès* présente une pièce d'anatomie pathologique; c'est un spina bifida de la région dorso-lombaire. La tumeur, au lieu d'être formée par les membranes rachidiennes est constituée par la colonne lombaire qui a subi une sorte de projection en arrière. C'est cette projection qui forme la tumeur. En avant, un angle rentrant correspond à la saillie postérieure. La tumeur osseuse se trouve encore agrandie par le développement marqué des apophyses transverses dorsales; ce qui fait supposer à M. Giraldès que, pendant la vie intra-utérine un travail morbide s'est passé dans cette région, et que c'est ce travail plutôt qu'un arrêt de développement qui donna lieu à cette conformation vicieuse du rachis. M. Giraldès pense que la plupart des vices de conformation reconnaissent pour cause un semblable travail morbide.

La séance est levée à dix heures.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quentin, pharmacien à Paris: nos expériences nous ont répondu du succès.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 28 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 117, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAUX DE MALTE.

Opération heureuse de rhinoplastie d'après la méthode italienne, et considérations pratiques sur cette méthode; par M. FABRIZI, de Modène, chirurgien-directeur de la clinique pour les difformités à l'hospice des Invalides, à Malte (1).

Le 20 août 1840, on a conduit dans l'établissement pour les difformités, dont la direction m'est confiée, une jeune dame âgée de vingt-six ans, pour être traitée d'une mutilation qui la défigurait singulièrement. Elle avait perdu depuis six ans les deux tiers de la portion cartilagineuse du nez. Son tempérament était robuste et sain, et elle était résolue à se soumettre à toute espère d'opération pour s'affranchir de la difformité qui la séquestrait pour ainsi dire de la vie commune. Son nez avait été emporté par une morsure; à la voir cependant, on aurait dit qu'un coup d'instrument tranchant avait ablationné perpendiculairement l'organe olfactif, à compter des os propres du nez, et à une ligne environ de la surface de la peau de la face (2).

Le tiers supérieur de l'ouverture externe des fosses nasales était obturé par une membrane mince, adhérente par une cicatrice ancienne à une portion du septum qui était restée sur ce point. Cette membrane se continuait avec deux portions triangulaires des ailes du nez, placées plus bas, et dont une, la droite, offrait inférieurement deux lignes de largeur, et l'autre, la gauche, trois lignes. La portion de l'aile gauche présentait aussi à son côté interne un petit point d'adhérence anormale avec le septum, dont les deux tiers inférieurs étaient complètement à découvert. Au reste, ainsi que je viens de le dire, les résidus du nez ne dépassaient pas de plus d'une ligne le niveau de la face.

La gravité de la mutilation, les bonnes conditions générales de la patiente, et le désir qu'elle avait d'en être débarrassée, ne m'ont pas fait hésiter à en entreprendre la réparation moyennant la rhinoplastie. J'avais à choisir entre trois méthodes : la méthode italienne, la méthode indienne, et la méthode de Celse, que quelques personnes ont appelée, dans ces derniers temps, méthode française. J'ai préféré la première, par les raisons que je vais exposer (3).

Mon projet a été de me servir de cette portion de peau de l'avant-bras placée sur la masse charnue du muscle long supinateur, précisément à un pouce de distance de l'articulation radio-humérale, et qui se trouve comprise dans l'espace circonscrit par deux lignes tirées l'une de la partie postérieure de l'articulation du coude à l'apophyse styloïde du radius, l'autre du bord interne du muscle indiqué, supérieurement, à l'os pisiforme, en passant par la face interne de l'avant-bras. Sur ce point de la face dorsale et près de l'articulation, la peau est épaisse et vascularisée à la fois.

§ Ier APPAREIL. L'appareil s'est composé :

1° D'un moule en plâtre représentant approximativement la portion du nez qu'il fallait refaire. Ce moule était d'un tiers plus grand, dans toutes ses dimensions, de ce que l'on voulait obtenir.

2° Des ciseaux droits, un bistouri boutonné, un bistouri pointu à lame longue et droite; des épingles à insectologie, des pinces à dissection, un porte-aiguille à staphyloraphie de M. Roux.

3° Des bandes, des compresses, de la charpie, etc.

J'ai fait asseoir la patiente sur une chaise de hauteur moyenne, et je l'ai fait assujettir convenablement.

§ II. MANUEL OPÉRATOIRE. — *Premier temps.* J'ai commencé l'opération par introduire dans chaque narine l'extrémité d'un bistouri boutonné, à l'aide duquel j'ai fendu, de bas en haut, la membrane dermique qui obturait le tiers supérieur de l'ouverture des fosses nasales. Ces incisions se sont réunies angulairement en haut, vers le bord inférieur des os du nez, et ont mis à découvert, dans une certaine étendue, ces mêmes os. Elles ont été réunies par une troisième incision qui s'étendait en haut jusqu'à la racine du nez, en divisant tout le derme de cette partie. Sur le point correspondant à l'angle formé par les deux premières incisions, la peau était très adhérente aux parties sous-jacentes, une couche de tissu inodulaire ayant été laissée là par l'ancienne cicatrice ; j'ai cru devoir extirper ce tissu. Deux courtes incisions transversales ont été dirigées ensuite du même point de réunion angulaire, pour diviser le derme et les fragmens des cartilages correspondans qui y adhéraient; de cette manière j'ai trouvé sur les résidus du nez de quoi faire de chaque côté un petit lambeau qui pouvait être facilement relevé. J'ai alors rafraîchi les bords de la brèche nasale à l'aide de ciseaux droits; j'ai coupé et enlevé toutes les adhérences, toutes les cicatrices, surtout en bas, vers le septum et entre celui-ci et l'aile gauche. Cela fait, j'ai disséqué, dans l'espace d'une ligne environ, les tégumens de tout le contour des ouvertures des fosses nasales, de manière à pouvoir les soulever aisément des parties sous-jacentes.

Deuxième temps. Après cela, l'avant-bras gauche de la patiente a été mis en demi flexion sur le bras, de manière que la peau voisine à l'articulation huméro-cubitale se trouvât dans le plus grand relâchement possible. J'ai appliqué sur le point choisi, ci-devant indiqué, le modèle en plâtre, et j'en ai tracé le contour à l'aide d'une plume à écrire et de l'encre ; ce contour représentait une aire égale à celle de la surface externe du modèle ; la forme de cette aire était celle d'un triangle dont la base était presque transversale à l'avant-bras, et placée à un demi-pouce de l'articulation radio-humérale ; le sommet était dirigé vers la main et un peu incliné vers la face interne de l'avant-bras. La hauteur de ce triangle était de trois pouces, sa base offrait la même largeur. Remarquez bien que ces dimensions étaient telles que je viens de les indiquer, lorsqu'on les prenait l'avant-bras étant à demi-fléchi ; elles augmentaient de beaucoup lorsque le membre était dans l'extension.

J'ai réuni tous ces tégumens circonscrits et les ai serrés et soulevés sous forme d'un large pli, en y comprenant le tissu cellulaire et l'aponévrose sous-jacens. Ce pli a été soulevé par les doigts de la main gauche, et aidés par ceux d'un aide. J'ai implanté sous ce pli un bistouri bien effilé, et j'ai fait en sorte que sa pointe traversât de part en part toute sa substance, ainsi qu'on le pratique quand on passe un séton. En imprimant alors au bistouri un mouvement de scie, j'ai détaché les parties comprises dans mes doigts et fait un lambeau dont les dimensions et la forme étaient celles que j'avais tracées à l'encre ; la base du triangle est restée adhérente et se continuait avec la peau de l'avant-bras. Le lambeau triangulaire ainsi détaché et soulevé de deux de ses côtés, a conservé la même température que la peau fixe du même membre ; sa face externe offrait encore intacte la ligne tracée à l'encre ; sa face profonde présentait le *fascia superficialis* que j'avais excisé de l'aponévrose sous-jacente, qui se voyait à nu dans le fond de la plaie.

La grande rétractilité des tégumens a fait que la plaie a acquis de suite des dimensions beaucoup plus grandes que celles du lambeau ; et pourtant, bien que j'eusse eu l'intention de couper un peu en dehors de la ligne tracée, le lambeau s'est beaucoup rétracté, et m'a présenté à peine des dimensions égales à celles du moule, lorsque j'ai voulu le plier entre les doigts pour lui donner la forme de ce moule.

Il s'est écoulé beaucoup de sang par la plaie ; les veines radiale superficielle et céphalique avaient été divisées et ont donné du sang pendant quelques minutes. Il s'écoulait aussi des bords du lambeau du sang veineux en nappe, mais pas de sang artériel, ce qui m'a fait penser qu'aucune des artères près articulaires ne parcourait la longueur du lambeau.

Troisième temps. Un aide a soulevé le bras de la patiente et l'a approché de la face de cette dernière, de manière que je pusse pratiquer la suture nécessaire pour fixer le lambeau contre les bords de l'ouverture nasale. J'y ai appliqué 7 aiguilles avec suture entortillée : parmi ces aiguilles, une tenait en haut

---

(1) Nous avons publié, il y a deux ans, les leçons remarquables que M. Fabrizi a faites à l'Ecole pratique de Paris sur les maladies de l'oreille et les opérations qu'elles réclament ; nous reproduisons aujourd'hui la substance d'une brochure écrite en italien, et dont le but est d'éclairer une méthode de rhinoplastie qui avait été, peut-être sans raison suffisante, proscrite de la pratique. L'opération de M. Fabrizi nous a paru recommandable et digne de la méditation des praticiens.

(2) D'après la figure donnée par l'auteur sur le profil de la joue, on voit qu'une ligne tirée depuis le front jusqu'à la lèvre supérieure représente un plan légèrement oblique et presque à peine ondoyé, ce qui donne à la figure une physionomie horrible.

(3) Nous avons cru devoir transposer ces considérations de l'auteur et les reproduire plus loin, pour ne pas interrompre le fil du récit de l'opération.

FEUILLETON.

ÉTUDES DE PHILOSOPHIE MÉDICALE.

II.

Il paraît impossible, au premier abord, que des dissidences puissent s'élever sur ce qu'on doit entendre par un *fait* en médecine. Tout singulier que cela paraisse, rien n'est cependant plus réel. Et, chose plus singulière encore, c'est qu'en examinant ce sujet avec attention, on est tout surpris de voir qu'il n'existe pas dans les livres consacrés à la méthodologie médicale, je ne dis pas une bonne définition — rien n'est plus difficile que cela — mais même un exposé des conditions que doit présenter un fait pour obtenir son admission dans la science. De cette absence de *criterium*, de la faculté laissée à chacun d'admettre ou de rejeter les faits, selon le plus ou moins de sévérité de son esprit, est résulté une discidence grave sur la valeur de ces faits eux-mêmes. Les uns, n'ayant égard qu'au nombre, croient et professsent que la science possède suffisamment des faits, qu'elle en est même encombrée; et l'on sait avec quelle vivacité ils se sont élevés contre les autres qui, tenant compte seulement de la qualité, ont proclamé que la plus grande partie de nos prétendues richesses étaient des richesses stériles; qu'une immense portion du domaine médical était encore sans culture, qu'un petit coin à peine présentait une végétation puissante et féconde. Etrange dissidence qui met en question l'expérience de plus de deux mille ans, qui met en question la science elle-même!

Dans le langage des sciences et de la philosophie générale, un fait est un phénomène quelconque perceptible aux sens. Un fait est *simple* quand il ne présente à observer qu'un seul phénomène; il est *composé* quand deux ou plusieurs phénomènes se manifestent; il est *compliqué* quand, aux phénomènes du fait lui-même, se joignent d'autres phénomènes qui lui sont étrangers. — Plus une science possède de faits simples, plus il est facile d'arriver à la connaissance des lois générales qui les régissent. Les faits d'une science sont-ils, au contraire, composés ou compliqués, l'étude de leurs lois générales devient d'autant plus difficile que la composition ou la complication de ces faits augmentent.

Si j'applique ces notions à la pathologie, je vois d'abord qu'il n'existe pas dans cette science ce qu'on peut appeler un fait simple : quel que soit le phénomène pathologique que j'examine, je ne le vois jamais composé d'un élément unique. Le fait en apparence le plus simple, la névralgie, par exemple, ne se constitue pas seulement de l'élément douleur : selon le siége qu'elle occupe, elle provoque des phénomènes divers autres que les troubles de la sensibilité ; si à la face, larmoiement, affaiblissement de la vue, affaiblissement ou exagération de l'ouïe, etc., etc.; si au tronc, troubles dans les fonctions circulatoires et respiratoires, etc., etc. Il y a mieux, cet élément douleur de la névralgie n'est pas simple lui-même : les praticiens savent, — et ils le savent mieux depuis l'excellente monographie de M. Valleix, — que ces affections donnent lieu à des douleurs de deux espèces, dont la distinction a une grande valeur pour le diagnostic. — Tournez et retournez le cadre nosologique : je vous défie de me montrer un fait simple. C'est qu'en effet tous les phénomènes de cet ordre sont des phénomènes composés et presque toujours compliqués. Est-il nécessaire de prouver cela ? Mon Dieu ! les preuves sont surabondantes pour quiconque a mis le pied dans la pratique. Phlegmasies, hémorrhagies, fièvres, névroses, etc., etc., tout cela sont des faits extrêmement complexes, et d'une complication souvent effrayante. Le travail des localisateurs modernes a eu beau être persévérant et tenace, en vain le scalpel a-t-il fouillé des miliers de cadavres, la simplicité des faits pathologiques n'a pas gagné grand chose à ce magnifique mais stérile labeur, et sur quelques points même on pourrait prouver que ces faits n'en sont devenus par là que plus complexes.

Complexité, complications, premiers caractères des faits pathologiques.

Dans les sciences positives, un fait une fois bien constaté reste toujours le même quelles que soient les théories régnantes ; il peut bien leur emprunter des explications de causalité ou des rapports d'application ; les conséquences de ce fait peuvent bien rester d'abord inconnues, ou dès le principe faire entrer la science dans une voie toute nouvelle ; mais ces circonstances n'altèrent en rien la nature et, qu'on me passe cette expression, la phénoménalité du fait.

Lorsque plusieurs siècles avant l'ère vulgaire les philosophes grecs découvrirent qu'un morceau d'ambre soumis au frottement avait la propriété d'attirer les corps légers, sans doute qu'ils ne virent pas dans ce fait la base sur laquelle devait s'élever cette science qui prime toutes les autres, la science de l'électricité ; sans doute que leurs explications de ce fait, qui faillit passer inaperçu, n'étaient point légitimes ; mais le fait en lui-même n'en a pas moins traversé les siècles dans une parfaite intégrité et rien n'a pu en altérer la nature.

Combien les choses sont loin de se passer ainsi en pathologie ! Chaque école, chaque théorie, chaque système a des faits qui lui sont propres. Est-ce le vitalisme qui gouverne les esprits ? Tous les faits pathologiques seront imprégnés de vitalisme. L'humorisme règne-t-il dans les écoles ? Avec une étonnante unanimité tous les faits convergeront vers l'humorisme. Le solidisme, enfin, aura-t-il envahi l'enseignement ? Tous les observateurs apporteront à son édification leur contingent de faits.

J'ai lu quelque part que les astronomes chinois étaient en dissidence complète sur la couleur de la lumière émanée d'une planète visible seulement à l'aide de fortes lunettes : les uns la croyaient rouge, les autres bleue, les autres verte. Un jésuite français, frappé de cette dissidence, voulut examiner de près les lunettes et vit que les astronomes chinois avaient tous raison quoiqu'ils se trompassent tous : les verres, en effet, étaient mal fabriqués et donnaient leur teinte, diversement colorée, aux rayons lumineux parfaitement blancs de la planète. Avec un peu de hardiesse pour la comparaison, je dirais que les systèmes en pathologie, sont ces lunettes chinoises mal fabriquées, qui colorent de leur teinte trompeuse les faits examinés dans leur champ d'observation. Mais encore, si sous cette influence des systèmes les faits ne subissaient qu'une altération de couleur et qu'elle laissât intacts leur forme, leur physionomie, leurs caractères ! Il n'en est pas ainsi ; souvent les phénomènes embarrassans d'un fait sont mis dans l'ombre pour faire saillir en lumière ceux qui viennent en aide à la théorie ; souvent aussi les circonstances les moins importantes d'un fait sont précisément celles qu'on met en évidence, parce qu'elles seules portent secours à l'idée favorite. Les exemples de cela sont innombrables, et pour ne citer que le plus récent, demandez-vous ce que vous croyez aujourd'hui et ce que vous croyiez il y a quinze ans sur la fréquence des maladies inflammatoires de l'estomac. Des quatre à cinq cents faits de gastro-entérite aiguë spontanée, qui remplissent les journaux de 1820 à 1830, j'affirme qu'il n'y en a pas dix qui résistent à une analyse sérieuse.

Altérabilité, altérations sous l'influence des systèmes, second caractère des faits pathologiques.

Dans les sciences exactes, qu'il soit question d'un fait spontané ou d'un fait provoqué, le commencement, la durée, la terminaison de ce fait sont toujours appréciables ; de sorte qu'un fait semblable venant à se renouveler, l'observateur pourra en constater la période initiale, en préciser la durée, en prédire la terminaison. Impossible d'agir avec cette exactitude en pathologie. Le commencement d'un fait nous échappe presque toujours, et la nuance qui sépare la santé de la maladie est tellement fine et délicate que nous ne pouvons presque jamais la percevoir. Il nous est même impossible de dire, dans quelque maladie que ce soit, quel est l'organe ou le système d'organe primitivement affecté. On sait que c'est là un point de doctrine fort controversé, de savoir si la maladie (et il est bien entendu que je ne parle que des maladies internes spontanées) est primitivement générale ou locale. Cette immense question est loin d'être résolue, et je ne crois pas qu'elle le soit de long-temps. Quant à la durée et à la terminaison d'un fait, les circonstances de l'étendue et de la complication de la lésion, des forces du sujet, de l'âge, du sexe, du tempérament, du climat, des constitutions régnantes, des perturbations en bien ou en mal apportées par la thérapeutique, etc., etc., tout cela est si divers, si mobile, si difficile

dans un rapport convenable la pointe du lambeau avec la fente que j'avais préparée à dessein dans les tégumens de la racine du nez.

Cette partie de l'opération a présenté quelque difficulté, surtout quand il s'est agi de passer les épingles aux extrémités inférieures des ailes, vu le peu d'espace qui restait entre la face et l'avant-bras appliqué. Aussi me suis-je servi avec avantage du porte-aiguille de M. Roux.

Pendant l'exécution de cette suture, les aides empêchaient la patiente de faire des mouvemens qui pussent tirailler les parties sur lesquelles nous venions d'opérer. Enfin, une bande a été passée trois fois circulairement sur le sommet de la poitrine, après avoir placé dans le creux de chaque aisselle un coussinet propre à garantir les parties de la compression. Une seconde bande étroite a été placée circulairement autour de la tête : elle passait en avant entre les bosses frontales et les éminences sourcillières, cotoyait latéralement, puis descendait derrière les pavillons des oreilles ; postérieurement, elle était bien fixée au-dessous de la bosse occipitale.

La main gauche a été bien bandée en gantelet comme on le fait pour empêcher l'œdème dans le pansement des fractures du membre thoracique.

Un cordon bien solide a été fixé à la bande céphalique, précisément vers l'occiput. Ce cordon descendait sur la ligne médiane du cou et entre les épaules ; il a été lié en arrière de la bande qui entourait circulairement le haut de la poitrine. Ce cordon a été tendu à un degré tel que la tête ne pût s'incliner qu'à peine en avant.

La main gauche a été fixée sur l'épaule droite de manière que sa paume reposât tout entière sur le moignon, comme si elle voulait empoigner cet espace compris entre le col et le sommet de l'épaule. Un cordon placé autour de l'articulation du poignet maintenait la main dans cette position ; il passait du poignet derrière l'épaule et se fixait comme le précédent à la bande circulaire de la poitrine.

Un coussinet a été placé entre la face et l'avant-bras, un autre entre la face et le bras. Ces deux coussinets ont été disposés de manière à pousser les parties vers l'exacte coaptation.

Enfin, une autre bande descendait de la partie supérieure de la tête, passait sur l'un des côtés de la face, embrassait le coude et remontait ensuite sur l'autre côté de la figure pour se rendre au même point du sommet de la tête d'où elle était partie. Plusieurs tours de cette bande ont fixé solidement le bras, de sorte qu'il ne pouvait pas bouger d'une seule ligne pour s'éloigner du visage.

Cet appareil a été consolidé par quelques points de fil très fort. Sur la figure ont été placées çà et là plusieurs bandelettes adhésives qui empêchaient les tours de bande de se déplacer, ainsi que les points de suture le faisaient dans le reste.

Tel est l'appareil que j'ai employé. Je n'ai pas cru devoir mettre un tampon de charpie au-dessous du lambeau ; aussi voyait-on celui-ci affaissé vers son milieu.

En explorant alors la disposition des bords de la plaie de l'avant-bras j'ai pu constater que le côté qui correspondait à la main s'était rapproché beaucoup de celui qui lui était opposé et qui correspondait au coude ; de sorte que la surface sanglante ne présentait que la moitié en étendue par le seul fait du changement de position du membre. Je dois cependant faire remarquer qu'en appliquant les deux coussinets dont j'ai parlé, j'avais fait en sorte de pousser les bords de la plaie l'un contre l'autre.

La malade a été couchée, mais après quelques heures, elle a pu se lever et se promener dans l'établissement, ce qui lui a toujours été permis depuis. La position des parties ne gênait aucunement sa respiration, ni la faculté de prendre des alimens, la bouche étant complétement libre dans le creux du pli du coude. J'ai prescrit une alimentation légère, mais la malade n'a pas négligé de satisfaire son appétit.

Le sixième jour, j'ai ôté deux aiguilles; le huitième, elles étaient toutes enlevées. La santé de la malade n'a pas été altérée un seul instant, et son esprit a conservé sa gaîté ; cette femme était résolue d'ailleurs à se soumettre à d'autres opérations si celle-ci avait échoué. Il ne s'est rien présenté de neuf jusqu'au quatorzième jour, époque à laquelle j'ai séparé le bras du lambeau, ainsi que nous allons le voir. Le seul phénomène digne de remarque, c'est que durant les trois premiers jours, lorsque je touchai le lambeau avec un stylet, la malade disait ne sentir l'impression que dans le bras seulement ; par la suite cependant la sensation se propageait jusqu'à la racine du nouveau nez, et plus tard jusqu'au-delà du point que je touchais. Dès ce moment, je ne doutais plus de l'adhérence du lambeau ; la malade, d'ailleurs, disait sentir avec certitude que l'adhérence était établie.

Vers le dixième jour, les fils sont tombés. J'ai alors touché de nouveau le lambeau, et cette fois l'impression se communiquait parfaitement jusque dans la peau de la face et en même temps vers le bras. Ce phénomène a été de plus en plus prononcé à mesure que la cicatrice, de pâle qu'elle était, devenait graduellement rouge, ce qui dépendait sans doute de l'établissement progressif de la circulation anastomotique ; les élèves qui suivaient ma clinique ont pu étudier ce fait dans tout son développement.

Quatrième temps. Il s'agissait maintenant de couper le lambeau du bras, mais je dois faire remarquer qu'il était déjà devenu trop court et qu'il y avait urgence de le disséquer encore et de le prolonger sur le bras. Le lambeau s'était rétracté considérablement à compter du premier au huitième jour ; depuis cette dernière époque jusqu'au douzième, il n'a pas paru se raccourcir davantage. J'ai en conséquence tracé une nouvelle limite au-delà de la base du lambeau à l'aide du crayon de nitrate d'argent que j'ai laissé dissoudre suffisamment sur la ligne pour produire un légère irritation. Cette irritation s'est manifestée effectivement le lendemain ; toute la ligne marquée était tuméfiée et l'épiderme y formait une petite vésicule. Mon but était de congestionner par là le lambeau et de dilater ses vaisseaux, indication que Graef et Dieffenbach avaient cherché à remplir à l'aide de frictions, de substances irritantes, et que les Arabes remplissent encore en contusionnant les parties lorsqu'ils veulent greffer une partie d'un individu à un autre (hétéroplastie).

L'aire circonscrite par le crayon avait la forme d'un triangle dont le sommet était tourné vers l'articulation du coude ; la base avait la largeur de l'extrémité brachiale du lambeau et se continuait avec lui. Ce triangle offrait deux pouces environ de hauteur.

Le quatorzième jour au matin j'ai coupé le lambeau à son adhérence au bras. Deux incisions assez profondes ont divisé la peau jusqu'au-delà du chorion, intéressant le moins possible le tissu cellulaire sous-jacent et suivant la trace marquée par le crayon. Cette portion de derme a été disséquée à l'aide du bistouri et de ciseaux courbes peu effilés que j'ai employés à dessein dans le but de contondre les vaisseaux sanguins du derme et de prévenir un trop grand écoulement de sang du lambeau. Dans le but de conserver à ce lambeau tout le tissu cellulaire sous-cutané j'ai approfondi les incisions et j'ai enlevé une portion de l'aponévro e et quelques fibres du muscle long supinateur. Deux petites artères, dont une sous-cutanée, l'autre musculaire, ont donné du sang pendant quelques minutes de la plaie de l'avant-bras ; une légère compression a suffi pour l'arrêr.

Aussitôt que le lambeau a été détaché du bras on l'a enveloppé de coton, afin d'en empêcher le refroidissement et l'écoulement du sang. Il est devenu immédiatement pâle, puis il a pris une teinte cadavérique ; la sensibilité et la chaleur étant disparues à la surface, il s'est couvert de sueur froide en gouttelettes nombreuses comme dans la syncope et l'agonie. Quelques gouttes de sang seulement se sont écoulées de ses bords, même en le comprimant avec les doigts. Ensuite des taches livides se sont formées à sa surface, sa température est devenue glaciale et il offrit toutes les apparences cadavériques. L'épaisseur de ce lambeau cependant était énorme et elle est augmentée petit à petit jusqu'à un tiers de pouce. Ces circonstances ont rendu impossible pour le moment la manœuvre à l'aide de laquelle il fallait le plier pour former la sous-cloison, et en coudre les bords sur les points correspondans. L'état languissant de la circulation en faisait d'ailleurs une contre-indication formelle. Par ces mêmes raisons, je me suis abstenu de mettre de la charpie sous le lambeau ; je me suis contenté de quelques bandelettes adhésives pour soutenir le coton qui l'enveloppait.

Quelques heures après, cependant, la chaleur a reparu, et dans le courant de la journée le sang a commencé couler légèrement de quelques points de ses bords, puis la sensibilité s'est manifestée à son tour et s'est élevée au même degré qu'avant la section.

J'ai laissé les choses dans cet état pendant quinze jours. Durant ce temps le lambeau s'est rétracté un peu, mais sans s'amincir beaucoup, quoiqu'une couche de son tissu cellulaire se fût mortifiée superficiellement. Les escharres se sont détachées le vingtième jour. A cette époque, voyant que le lambeau avait cessé de se rétracter davantage, j'ai cru devoir reprendre la manœuvre et former la sous-cloison. J'avais essayé déjà, depuis quelques jours, de donner au lambeau une forme convenable en le comprimant en différens sens, à chaque pansement, avec mes doigts, de manière à plier en bas et en arrière son extrémité pointue. Les personnes qui on suivi toutes ces phases de l'opération out pu se convaincre que le lambeau se laissait aisément modeler à volonté par la pression des doigts, ce qui a été d'un grand avantage ; mais, malgré cette forme favorable qu'il recevait et sa grande longueur, le lambeau éprouvait un peu de tiraillement lorsqu'on portait sa pointe de manière à former la sous-cloison. Cette circonstance m'a mis dans la nécessité de penser à la possibilité de faire une sous-cloison par les résidus même de l'ancien septum.

En général, les personnes qui ont perdu le nez par cause traumatique offrent le bord de la section de l'ancien septum couvert d'une membrane qui présente tous les caractères des tégumens. En haut cette membrane est très mince, elle est formée par la muqueuse nasale dermifiée par l'action de l'air ; en bas cependant, cette membrane qui couvre les restes du septum est dense, abondante, parce qu'elle appartient aux tégumens de la lèvre supérieure, lesquels ont été attirés vers le septum par le travail de cicatrisation. J'ai donc pensé qu'il n'y aurait aucun inconvénient à disséquer un lambeau du cartilage du septum restant, en le laissant adhérer à sa partie inférieure, et de le retourner de bas en haut avec le tégument qui le recouvre de manière à former la sous-cloison. Ce tissu étant composé d'une muqueuse dermifiée et d'un cartilage intérieur, m'a paru très propre et très solide pour être converti en sous-cloison et soutenir solidement la pointe du nez ; circonstance importante, car on sait que cette pointe s'affaisse ordinairement, se déforme et enlève une partie des bienfaits de l'opération, faute d'appui convenable.

Guidé par ces considérations et ces projets, j'ai divisé avec des ciseaux courbes le septum, de dehors en dedans et hori-

---

à apprécier, que dans l'état actuel des choses et surtout avec la tendance actuelle des esprits, je ne crois pas qu'il y ait un médecin en position de faire ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle d'un fait abandonné à lui-même.

Ignorance où nous sommes sur leur mode d'évolution, troisième caractère des faits pathologiques.

Les faits pathologiques sont-ils toujours semblables à eux-mêmes ? En d'autres termes, y a-t-il identité dans les faits soumis à l'observation du médecin ? Cette question a été longuement débattue, il y a quelques années, dans le sein de l'Académie de médecine, lors de la discussion sur la statistique médicale, et de cette discussion il résulta, je crois, cette conclusion pour tout le mode, que l'identité parfaite des faits en parthologie est une chimère et que l'observation n'a jamais à s'exercer que sur des analogies plus ou moins grandes. Maintenant, ces analogies sont-elles tellement sûres, tellement étroites, que des faits passés on puisse conclure à des faits présens ? Voilà posé en quelques mots le plus grand problème qui se puisse présenter aux méditations du médecin, car de sa solution dépend la confiance qu'il peut avoir aux traditions historiques, à l'expérience de ses prédécesseurs, à celle de ses contemporains, à la sienne propre. Ce problème, j'oserai l'aborder plus bas au sujet de mes réflexions sur l'observation ; il me suffit dans ce moment de constater l'assentiment général à cette proposition : l'identité des faits n'existe pas.

Non identité, quatrième caractère des faits pathologiques.

Tout progrès dans une partie quelconque des sciences médicales affaiblit, annihile quelquefois la valeur de toute une série de faits. Qui oserait aujourd'hui édifier la pathologie des maladies du cœur ou de la poitrine, sans tenir compte dans les faits des résultats fournis par la percussion et par l'auscultation ? Eh bien ! ce que vous refuseriez, et à bon droit, à un contemporain, la logique vous oblige à le faire pour vos devanciers, et si vous êtes conséquent, il faut absolument rejeter comme stériles tous les faits antérieurs à la magnifique découverte de Laënnec. L'exploration pathologique peut prendre un tel développement, elle peut appeler à son aide tant de secours, elle peut s'exercer sur des élémens si nombreux et interroger tant de choses, que tous les jours son domaine s'agrandit sans que cependant vous puissiez fixer ses limites. Aussi un fait qui hier était complet, est incomplet aujourd'hui, et le fait complet aujourd'hui peut ne l'être plus demain.

Incertitude sur leur intégrité, cinquième caractère des faits pathologiques.

Tous ces points de vue divers ne sont pas les seuls sous lesquels on puisse et on doive envisager les faits pathologiques. Pris en lui-même, ce fait offre à considérer ses élémens de causalité, ses élémens de symptomatographie, de séméiographie, de diagnose, de prognose, de terminalité, de nécrosgraphie, etc., et sur tous ces élémens se retrouvent les cinq principaux caractères qu'on peut assigner aux faits pathologiques.

Comme on le voit, ces caractères sont tous négatifs, comparativement aux caractères des faits appartenant aux sciences exactes. De sorte que si pour caractériser ceux-ci on n'a qu'à dire ce qu'ils sont, pour caractériser ceux-là il faut précisément dire ce qu'ils ne sont pas. Et qu'on veuille bien croire que ceci n'est ni un jeu d'esprit, ni un paradoxe ; je suis parfaitement convaincu qu'il est très important d'envisager ainsi le fait pathologique, et que de grandes conséquences découlent de cette manière de voir. Ainsi, si vous êtes bien sûr que le fait pathologique est complexe ou compliqué, qu'il est altérable sous certaines influences, que vous ignorez son mode d'évolution, qu'il n'est point identique à un autre fait, que son intégrité est incertaine, emploierez-vous, pour étudier ce fait, la méthode que vous emploieriez dans une science exacte où le fait est simple, inaltérable, d'une évolution connue, toujours semblable à un fait du même ordre et constamment complet ? Tirerez-vous du fait pathologique les mêmes conséquences que du fait scientifique ; et dans l'application vous laisserez-vous déterminer par les mêmes motifs ? La logique à bon droit murmurerait de cette conduite irrationnelle ; et certainement, s'il se présentait parmi vous un médecin qui, tourmenté, affligé de l'incertitude de notre art, conçût la pensée de le soumettre aux règles exactes, austères, inflexibles de la science, vous seriez bien convaincu que son ambition noble et généreuse, sans doute, serait complétement décevante. — Il est certain que la manière d'envisager le fait médical est le point de départ de toute philosophie médicale ; d'elle aussi découlent les idées qu'on apporte dans la pratique de l'art, pratique qui ne peut être celle du physicien ou du chimiste, car le fait médical n'est pas purement un fait chimique ou physique, mais quelqu'autre chose d'un ordre bien plus élevé, bien plus inaccessible aux investigations scientifiques, et dont la raison d'existence échappe à l'œil le plus audacieusement scrutateur.

J'avoue, après ces développemens, que j'ai promis plus que je ne pouvais tenir en annonçant ce qu'il fallait entendre par *faits* en médecine ; j'aurais dû dire ce qu'il ne faut pas entendre. Cette sorte d'exhibition négative ne sera peut-être pas inutile au moment où tant d'intelligences s'égarent à la recherche d'un positivisme et d'une exactitude impossible ; peut-être ne sera-t-il pas superflu d'avoir rappelé quelques principes de philosophie générale, qui prouvent combien est chimérique cetre prétention actuelle des esprits. Je le dis avec une sincère conviction, si tant d'efforts, tant d'études et de temps étaient consacrés à l'expérimentation thérapeutique, à l'expérimentation empirique, puisqu'il faut l'appeler par son nom, les limites si bornées de notre art pourraient être reculées bien plus sûrement que par tout cet appareil scientifique dont les résultats sont désespérans de stérilité pratique. Oui — et il faut quelque courage pour oser le dire, — la médecine actuelle est déviée de ses voies naturelles ; elle a perdu de vue son but, son noble but qui est de soulager ou de guérir ; la thérapeutique est rejetée sur le dernier plan, et sur le plan le mieux éclairé se placent les recherches purement spéculatives propres tout au plus à satisfaire une vaine et stérile curiosité. Sans thérapeutique, cependant, le médecin n'est plus qu'un inutile naturaliste passant sa vie à reconnaître, décrire, classer et dessiner les maladies de l'homme, sans souci de leur terminaison ou fatale ou heureuse. C'est la thérapeutique qui élève et ennoblit notre art ; par elle, par elle seule il a un but, et j'ajoute que par elle seule cet art peut devenir une science. Vos molécules de fibrine se précipitant au fond d'un verre à réactifs, vos globules sanguins faisant leurs évolutions sur le porte-objet d'un microscope, vos savantes analyses d'une gouttelette de mucus, tout cela est fort curieux, sans doute ; mais de grâce, savans illustres, ayez pitié de ce malheureux que la phthisie dévore, que le typhus accable ! Prenez garde surtout que vos sublimes élucubrations ne vous conduisent là, où à travers les cornues et les filtres furent conduits Paracelse et Sylvius.

Qui a pu détourner les esprits de la seule marche rationnelle qu'ils auraient dû suivre ? Il me semble en avoir trouvé la raison dans les principes professés sur l'observation médicale. Cette recherche n'est pas dépourvue d'intérêt, et redemande encore quelques instans d'attention.

Amédée Latour.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Cas de surdité guéri par les gargarismes avec le sulfate d'alumine. — Dans le mois d'octobre dernier, un jeune homme de dix-huit ans, qui depuis plus de cinq mois avait une dureté très considérable de l'ouïe qui lui donnait de grandes inquiétudes, consulta M. le docteur Payan. Des vésicatoires à la nuque et au bras, et d'autres traitemens avaient été sans effet. Le chirurgien de l'hôpital d'Aix ayant examiné la gorge trouva la muqueuse du fond du pharynx, les piliers du voile du palais plus rouges, plus tuméfiés qu'à l'état normal, les amygdales étaient aussi plus volumineuses ; il pensa avec raison que la muqueuse de la trompe d'Eustache pouvait être également tuméfiée et obstruer ainsi le conduit auditif pharyngien ; il conseilla l'usage du gargarisme suivant :

Sulfate d'alumine,	4 grammes.
Miel rosat,	26
Eau,	225

Quatre ou cinq fois par jour le malade se servit de ce gargarisme. La phlegmasie gutturale fut bientôt modifiée. Au bout de quinze jours l'on augmenta de 2 grammes le sulfate d'alumine. En un mois et demi de l'usage persévérant de ce traitement, la pharyngite avait cessé, l'arrière-gorge avait repris sa couleur normale, et il ne restait plus de traces de surdité.

-zontalement, à six lignes en arrière du point où ce septum s'unit à la lèvre supérieure. Une seconde incision partant de l'extrémité interne de la première a descendu jusqu'au plan des fosses nasales, d'abord perpendiculairement sur ce plan, ensuite d'arrière en avant. De cette manière, j'ai pu séparer une languette (striscia) de cartilage recouvert de tégumens, et former ainsi un lambeau assez long et solide pour être relevé et rester droit de lui-même. Deux aiguilles, avec suture entortillée, ont fixé la pointe du lambeau, préalablement rafraîchie, à l'extrémité de la sous-cloison ainsi formée. Ces aiguilles ont été enlevées six jours après, et les adhérences étaient parfaitement établies. En rafraîchissant la pointe du lambeau pour opérer cette adhérence, il s'est écoulé un peu de sang, et le lambeau a de suite pâli et s'est refroidi ; je me suis, en conséquence, hâté d'arrêter le sang par la conjugaison des parties et la suture. En passant les aiguilles, la patiente n'a accusé aucune douleur lorsque le lambeau a été percé ; ce dernier a paru si sensitant que j'ai dû le percer avec le bistouri pour le passage des aiguilles.

Jusqu'au jour où le lambeau a été joint au septúm ou à la sous-cloison, la ligne de son adhérence avec la peau de la face n'était pas déprimée. J'ai alors visé à modeler plus convenablement le tout, en mettant de la charpie molle dans les narines et en comprimant légèrement le nouvel organe ; mais la charpie déterminait de l'irritation quelques jours après (1).

Ces pansemens ont été suivis pendant un mois. Pendant ce temps la sensibilité, la chaleur, la rougeur du derme ont augmenté par degrés de la périphérie vers la pointe du nouveau nez. Nous avons observé que le lambeau était sensible à sa moitié supérieure lorsque le reste ne l'était pas encore. Un autre phénomène que nous avons noté, c'est que pendant les quinze premiers jours qui ont suivi la séparation du lambeau du bras, la suppuration qu'il donnait teignait l'appareil en vert foncé. Cette matière ayant été analysée par mon respectable ami, le docteur Aqualina, professeur de chimie à cette université, a fourni du carbonate de cuivre, provenant probablement des aiguilles laissées dans la plaie.

Lorsque le bras a été rendu libre, la plaie de la première opération était très rétrécie, sa cicatrisation était presque complète. L'autre plaie a été pansée simplement, et le tout a été cicatrisé après le cinquième jour de l'opération ; le membre a repris toutes ses fonctions normales. Le soixantième jour, la malade a quitté l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

Aujourd'hui, dix mois après l'opération, le nouveau nez n'a rien perdu de ses formes primitives : seulement, la cicatrice est plus visible qu'autrefois, par suite de la légère rétraction de son tissu, ce qui est toujours inévitable ; sa couleur cependant se rapproche beaucoup de celle de la face. Il est curieux de voir cette cicatrice se colorer ou pâlir suivant que la face subit elle-même ces changemens. Les poils qui existaient en grande abondance sur le lambeau sont tous tombés : ce qui reste n'est que du duvet. Le nouveau nez ne transpire pas ou à peine, mais sa face interne a déjà acquis tous les caractères physiques et les propriétés physiologiques des membranes muqueuses. L'épaisseur du nez paraît un peu plus considérable que celle à l'état normal. Une autre remarque importante, c'est qu'aux autres avantages que la femme a retirés de l'opération, elle compte l'odorat dont elle était privée auparavant ; elle se mouche librement, prend du tabac, et se sert de son nouveau nez, en un mot, comme d'un nez naturel ; on ne la regarde plus aujourd'hui comme un sujet exceptionnel : elle va dans les rues et en société avec tout les avantages dont jouissent les autres femmes de son âge bien conformées.

(La fin au prochain numéro.)

(1) J'ai constamment observé que la présence d'un corps étranger quelconque dans les narines était insupportable après un court séjour, à cause de l'irritation qu'il produit ; aussi pensai-je que le support que Graefe a proposé d'introduire dans les narines pendant un an, dans le but d'empêcher la rétraction du nouveau lambeau, ne sera pas toléré par la généralité des opérés.

QUELQUES GÉNÉRALITÉS SUR L'OPÉRATION DU STRABISME;

Par M. Lucien BOYER.

(Suite du numéro 116.)

L'opération a pu quelquefois échouer, et laisser les choses à peu près dans leur état primitif ; ce résultat est fâcheux assurément, puisque le malade a subi une opération en pure perte, mais du moins il ne constitue pas une aggravation de son état ; le plus souvent même il en est une amélioration, insuffisante il est vrai, mais réelle. Cet insuccès provient souvent de ce que le muscle n'a pas été coupé entièrement ; la portion qui subsiste s'oppose au redressement de l'œil. D'autres fois il est dû à la tension de l'aponévrose qui se porte aux muscles voisins, ou enfin à ces muscles eux-mêmes dont une portion plus ou moins considérable aurait dû être coupée, pour que l'œil fût libre de reprendre sa position normale.

Ces insuccès ont été fréquens dans les premiers temps; depuis, ils sont devenus infiniment plus rares; mais on a vu survenir quelquefois un résultat plus fâcheux, la déviation inverse, dont je vais esquisser les caractères. Je tâcherai d'indiquer ensuite le moyen d'éviter à la fois ces deux écueils.

Jusqu'à ce jour, je n'ai vu survenir cette déviation opposée qu'après l'opération du strabisme convergent, sans doute à cause de la fréquence de celui-ci, incomparablement plus grande que celle du strabisme divergent primitif.

Il y a eu certainement erreur à cet égard de la part de Dieffenbach, qui prétend que la déviation inverse est plus fréquente à la suite du strabisme divergent, parce qu'alors trois muscles, c'est-à-dire le droit interne et les deux obliques, tendent à attirer l'œil en dedans. Mon opinion sur ce sujet est partagée par M. Bouvier, qui, lui aussi, a observé la divergence dans quelques cas à la suite de l'opération du strabisme convergent, et jamais la déviation en dedans après l'opération du strabisme en dehors.

Lorsque cette divergence consécutive est peu prononcée, elle peut ne pas être extrêmement choquante, bien que déjà elle constitue une désharmonie réelle entre les deux yeux. La cornée est portée un peu au-delà du milieu de l'ouverture des paupières, et par conséquent un peu plus éloignée de la caroncule que celle de l'œil qui n'a point été opéré. Les mouvemens d'adduction sont bornés, l'ouverture des deux paupières est un peu trop grande, l'œil paraît plus saillant, l'angle interne est aussi excavé ; mais ces caractères de la divergence consécutive s'exagèrent lorsque la déviation est forte, et le résultat est alors bien plus fâcheux que l'état primitif. L'œil est entraîné fortement en dehors, les mouvemens d'adduction peuvent à peine le reporter au milieu de l'ouverture des paupières, l'angle interne est profondément excavé, la face interne du globe semble dépouillée, la paupière inférieure repoussée se replie au-dessous de lui ; le malade éprouve dans l'orbite un sentiment pénible de gêne et de tension, la vue se fatigue promptement et devient incapable d'une application soutenue.

A une certaine époque, ces résultats se sont présentés avec une fréquence qui a marqué un temps d'arrêt dans l'engouement du public pour l'opération du strabisme, et qui a fait succéder chez nous la crainte de trop faire à celle de ne pas faire assez.

Leur cause se trouve dans des débridemens trop étendus dans des sections multiples trop complètes, et peut-être dans ce que l'œil, au moment de l'opération, a été tiré trop fortement, et pour ainsi dire luxé en dehors. Il faut donc avoir soin de ne lui faire éprouver que les tractions strictement nécessaires à l'opération, de le retenir plutôt que de l'entraîner, et prendre garde de ne point rompre violemment ses adhérences avec les parties environnantes.

L'opération, telle que je l'exécute actuellement, est certainement un obstacle à la production de ces difformités, et je ne les ai pas vu survenir depuis que j'ai adopté ce procédé modifié ; la conjonction restée intacte entre la cornée et la caroncule forme un frein qui doit s'opposer jusqu'à un certain point à la divergence ; et d'ailleurs, à degré égal, celle-ci serait moins sensible, parce qu'il n'y aurait plus le contraste de la saillie du globe avec l'enfoncement de l'angle interne ; mais c'est dans la circonspection avec laquelle on doit procéder à la section des divers organes de la déviation que se trouve la seule véritable garantie contre sa production.

On voit par ce que je viens de dire que l'opérateur se trouve placé entre deux dangers : celui de ne pas faire assez et celui de faire trop ; mais que certainement le premier est moins grave que le second. Il faut donc que la hardiesse du chirurgien soit constamment maîtrisée par la prudence la plus attentive.

L'étendue des incisions doit être proportionnée aux résistances qui retiennent l'œil dans la déviation : malheureusement il n'est pas possible de déterminer toujours *à priori* leur force, et par conséquent l'importance de l'opération qu'il sera nécessaire de pratiquer pour les vaincre ; ce que l'on peut seulement dire à cet égard, c'est que l'âge du sujet, l'intensité et l'ancienneté de la déviation, sont les élémens du calcul de probabilité que l'on peut établir. Plus le sujet est âgé, la déviation forte, plus on éprouvera de difficulté. Cependant, même dans ces cas, la section du muscle droit interne suffit quelquefois; il faut donc sur les sujets jeunes affectés d'un strabisme léger avoir grand soin de ne couper que le muscle luimême, sans aller au-delà, sans dénuder le globe de l'œil. Si le strabisme est plus fort, il est nécessaire d'agrandir les incisions, de détruire les adhérences celluleuses de la face interne de l'œil. Si le sujet est âgé et la déviation considérable, on ne peut en triompher qu'au prix d'une opération étendue, et c'est dans ce cas qu'il faut joindre la prudence à l'énergie pour faire assez sans faire trop.

Il faut dans tous ces cas, cependant, n'aller que pas à pas, couper le muscle seul d'abord, et se régler d'après le résultat. Si l'œil n'est pas redressé, rechercher avec soin s'il n'en est pas resté quelque partie : si cela est insuffisant, débrider l'aponévrose intermédiaire aux muscles droits, et, s'il le faut enfin, attaquer les muscles droits supérieur et inférieur eux-mêmes, et graduellement en inciser une portion plus ou moins considérable. J'ai pu quelquefois les couper en totalité et être satisfait du résultat. Mais, dans la crainte de voir la déviation inverse se manifester au moment où les dernières fibres seraient coupées, je pense qu'il faut, dans ce cas particulier, s'arrêter un peu avant que l'œil ne soit tout à fait direct. On arrive, par ce moyen, aussi près que possible d'un résultat parfait, en évitant le danger de la divergence et d'une saillie trop considérable du globe de l'œil. Il importe, lorsque l'on doit en venir à pratiquer cette section partielle des muscles droits supérieur et inférieur, de découper proportionnellement autant l'un que l'autre, à moins que l'œil ne présente un strabisme oblique en haut ou en bas, afin de prévenir l'élévation ou l'abaissement de l'œil, qui pourraient suivre l'opération dans le sens du muscle qui aurait été le plus ménagé. L'élévation a quelque chose de plus fâcheux que l'abaissement, parce que la paupière inférieure, plus courte, se laisse repousser plus facilement par la saillie de l'œil, et se replie au-dessous de lui, d'où il résulte un exorbitisme plus prononcé. Lorsqu'aussitôt après l'opération l'œil se trouve ramené dans sa position normale, il n'y a pas autre chose à faire que de soumettre le malade au traitement de précaution que j'ai indiqué, et de le faire demeurer dans une demi-obscurité et dans le repos le temps nécessaire pour que le muscle coupé contracte de nouvelles adhérences.

S'il existe encore un reste de déviation, la gymnastique de l'œil offre à l'opération un puissant auxiliaire. Mais il faut y avoir promptement recours, avant que le muscle se soit greffé contre l'œil, ou pendant que ses adhérences sont encore tendres et extensibles. Plus tard elle serait complètement inutile. Il faut alors couvrir l'œil sain et faire fonctionner l'œil opéré. Cet œil étant alors direct, l'écartement des deux bouts du muscle augmente, et l'adhérence nouvelle se forme dans un point plus postérieur. Chez certains malades, je me contente de laisser l'œil opéré à découvert, et de cacher l'autre sous un bandeau ; chez d'autres, j'ai recours à des lunettes opaques percées d'une ouverture triangulaire dont le sommet correspond au centre, et dont la base ou sinus s'étend en dehors. Avec deux de ces lunettes, une pour chaque œil, en les exerçant alternativement l'un et l'autre quelques heures chaque jour, on parvient souvent à obtenir la rectitude parfaite de l'œil opéré.

Si le muscle n'a point été coupé, et que l'opération ait complètement échoué, il n'y a pas autre chose à faire que de recommencer si le malade y consent. Mais s'il existe une divergence inverse, l'emploi des mêmes moyens ne pourrait qu'être dangereux, en augmentant encore l'écartement.

Dieffenbach admet que ces divergences consécutives peuvent se produire, à la longue, par la proéminence que le muscle intact acquiert graduellement sur le muscle coupé, qui s'allonge peu à peu. Pour moi, je ne les ai vu, jusqu'à ce jour, survenir que dans un laps de temps très court après l'opération, et dans des cas où l'œil ayant dès les premiers momens dépassé plus ou moins le milieu de l'ouverture des paupières; on aurait pu dès lors la prévoir, et il me paraît bien plus naturel qu'elle se produise à ce moment que lorsque le muscle a eu le temps de se greffer sur le globe de l'œil et de contracter avec lui des adhérences solides. Il dit que l'on y remédie alors par la section du muscle opposé, et que la guérison est aussi complète que si cet accident n'avait pas eu lieu ; je suis loin d'être aussi rassuré à cet égard, et les résultats de quelques-unes de ces opérations que j'ai pratiquées, sont loin d'avoir justifié cette assertion. Le muscle, en effet, s'est fixé sur le globe seul trop en arrière pour pouvoir le ramener à sa position normale après la section du muscle opposé, et à supposer même qu'il pût encore le redresser, les mouvemens d'adduction seraient toujours excessivement restreints.

On peut bien essayer cette section dans les cas où le muscle droit interne de l'œil a été coupé; mais quand plusieurs muscles ont été attaqués, elle ne pourrait en aucune façon redresser l'œil, et aurait le grave inconvénient d'augmenter encore le danger de l'exorbitisme. En un mot, cette section du muscle opposé ne peut avoir quelque influence que dans le cas où la divergence consécutive est très faible.

M. Phillips, adoptant les opinions de son maître, dit qu'il faut attendre, pour faire cette section, que le muscle coupé soit cicatrisé, se fondant sur ce que, selon lui, il ne pourrait avant cette époque ramener l'œil à sa rectitude, et que par suite l'opération serait plus dangereuse qu'utile. Je ne puis partager cette manière de voir ; si la divergence succède immédiatement à l'opération, il se fait, ainsi que je l'ai déjà indiqué, entre l'insertion oculaire et l'extrémité du muscle coupé, un écartement trop considérable, et le muscle, se greffant sur un point trop postérieur, ne peut plus communiquer à l'œil qu'une adduction trop bornée. Pourquoi attendre que cette consolidation vicieuse soit accomplie? Dans les fractures, attend-t-on, pour les réduire, qu'un cal difforme se soit formé? Pourquoi ne pas couper aussitôt l'antagoniste qui produit cet écartement ! Après cette section, il serait facile de ramener l'œil au milieu de l'ouverture des paupières et de le maintenir en équilibre entre deux forces également affaiblies, au moyen d'une compression méthodique et modérée. Les deux muscles coupés se consolideraient en même temps à une égale distance de la cornée, et l'on n'aurait plus à craindre cette prédominance funeste du muscle externe, à laquelle on attribue l'allongement excessif des adhérences faibles encore du muscle coupé.

Pour moi, cette pratique me paraît infiniment plus rationnelle, et je pense qu'elle offre plus de chances de succès. Depuis que j'en ai conçu l'idée, l'occasion ne s'est pas présentée à moi d'en faire l'application, parce que je prends un soin particulier d'éviter l'inconvénient auquel elle a pour but de remédier.

Elle ne saurait être conseillée dans les cas où l'on aurait coupé une portion considérable des muscles droits supérieur et inférieur ; car alors, ce serait couper les quatre muscles droits, et une pareille opération me paraît devoir être proscrite formellement.

Quelques opérés, sans que l'œil fût devenu divergent, ont présenté cette saillie du globe et cet enfoncement de l'angle interne assez prononcés ; ce double inconvénient s'évite au moyen de l'opération telle que je la pratique actuellement.

J'ai essayé d'y remédier au moyen d'une compression légère, ayant pour but de retenir le globe de l'œil dans l'orbite et de relever la paupière inférieure; j'ai pu, par-là, diminuer la difformité et la gêne que quelques malades en éprouvaient.

L'opération du strabisme divergent n'offre pas plus de difficulté que celle du strabisme convergent ; elle présente même un avantage : la commissure des paupières étant exactement appliquée contre le globe de l'œil en dehors, on n'y remarque jamais d'excavation analogue à celle qui se produit du côté opposé, et la cicatrice se cache plus facilement sous les paupières. Par suite, le procédé de Dieffenbach réussit mieux pour elle que pour le strabisme convergent ; les résultats en sont plus beaux, et l'on peut faire cette opération plus vite et avec plus de hardiesse. Enfin, la modification que j'ai proposée est pour elle moins importante ; cependant, même dans ce cas, ce procédé nouveau m'a fourni des cicatrices plus régulières que le procédé de dissection ordinaire à incision verticale.

Dans les cas de strabisme double, quelques personnes ont avancé qu'une seule opération suffisait au redressement des deux yeux. Je ne l'ai remarqué que dans des cas où le stra-

bisme était très faible d'un œil ou alternatif. Hors ces cas, je n'ai pas vu qu'une seule opération remédiât aux deux déviations ; et l'opération double a l'avantage de procurer aux deux yeux un volume égal, moins saillant que si l'on n'eût opéré qu'un œil, une configuration et des mouvemens plus symétriques.

Pour le strabisme alternatif, on peut commencer par n'opérer que l'œil le plus dévié, et se régler ensuite d'après le résultat. Souvent, après cette opération, l'exercice alternatif au moyen des lunettes que j'ai indiquées plus haut suffit ; mais d'autres fois la seconde opération est nécessaire. On pourrait peut être bien dans sertains cas, au moyen d'une seule opération, faire disparaître la dicordance des deux yeux ; mais il y a véritablement avantage à répartir l'opération à peu près également sur chacun d'eux.

Pour ce qui est du strabisme fixe par paralysie (j'ai eu occasion d'en observer plusieurs exemples fort intéressans), je crois qu'il est sage de ne pas opérer alors. Quoique dans certains cas des résultats avantageux aient pu être obtenus (mon savant ami, M. Maisonneuve, en a publié un fort remarquable), je n'ai pas encore pratiqué l'opération dans ces circonstances. Faite avec prudence et circonspection, elle ne devrait pas aggraver l'état du malade, mais c'est, je crois, à un autre ordre de moyens qu'il est convenable d'avoir recours. M. Magendie, qui a bien voulu se charger lui-même de traiter quelques-uns de ses malades, a obtenu de fort beaux résultats de l'emploi de l'électricité.

On a prétendu que le résultat de l'opération ne pouvait être que momentané, que la cause persistant reproduirait la difformité ; que les récidives, par conséquent, seraient promptes et fréquentes. Jusqu'à ce jour je n'en connais pas de véritable exemple, et la disposition anatomique de la cicatrice me paraît même devoir s'y opposer tout à fait. Les cas que l'on a qualifiés de récidives sont des cas dans lesquels une portion du muscle avait échappé et où il persistait véritablement un certain degré de déviation, ou des cas dans lesquels, ainsi que je l'ai dit, l'opération avait été trop large et où la déviation inverse avait été produite dès les premiers momens. Je n'ai encore vu ni l'une ni l'autre déviation se produire après la guérison constatée de l'individu.

On a expliqué la récidive par la soudure des deux bouts du muscle coupé. On a prétendu même en avoir produit à dessein en ne réséquant pas l'extrémité oculaire du muscle. Je ne sais pas jusqu'à quel point il est permis à un chirurgien de faire volontairement échouer une opération, même pour faire triompher un point de doctrine ; mais cette expérience me paraît fausse. Jamais, dans nos expériences sur les animaux, les choses ne se sont passées ainsi ; toujours le muscle coupé s'est soudé au globe de l'œil par une aponévrose nouvelle, mais en arrière de ses insertions primitives. Une observation consignée dans le journal anglais *London medical Gazette*, a présenté exactement le même mode de consolidation, ainsi qu'une pièce très importante présentée par M. Bouvier à l'Académie de médecine, les seules autopsies d'individus opérés de strabisme consignées jusqu'à présent, je crois, dans la science.

Par ce que j'ai dit dans cet article, peut-être un peu long, il est démontré que l'opération est justifiée, que ses résultats sont satisfaisans, et que, malgré quelques détracteurs, elle est et restera acquise à la chirurgie.

Quant au procédé, celui que j'ai conseillé présente quelques avantages communs avec le procédé sous-conjonctival de M. Guérin ; mais il en diffère essentiellement par l'appareil instrumental et le mode d'exécution, qui en font évidemment une modification du procédé de Stromeyer et de Dieffeubach.

Ses avantages sont de ne point dépouiller la face interne de l'œil de la conjonctive qui le recouvre, et conséquemment de ne point altérer la conformation de l'angle interne de l'œil, de dissimuler les cicatrices sous les paupières, d'accélérer la guérison, de rendre les bourgeons charnus beaucoup plus rares et d'opposer un obstacle aux divergences consécutives, tout en permettant de faire pour le redressement de l'œil tout ce que la prudence autorise.

Pour résumer en quelques mots la régle de conduite que doivent suivre les chirurgiens qui veulent pratiquer l'opération du strabisme, je me bornerai à leur rappeler que l'opération doit réussir ; que les insuccès soit en moins, soit en plus leur seraient imputés, mais qu'il vaut mieux laisser subsister un reste de la déviation primitive que de s'exposer à produire la difformité inverse.

Malheureusement il n'est pas possible de préciser à cet égard une mesure mathématique et invariable. Il restera donc toujours, malgré ces conseils, une large part pour cette expérience individuelle qui ne s'acquiert que par la pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 27 septembre.

Ophthalmie purulente. — *M. Breschet* présente, au nom de M. Florio, médecin en chef de l'hôpital de Saint-Pétersbourg, un ouvrage en français sur l'ophthalmie purulente. C'est une monographie complète qui renferme de précieux documens sur cette terrible maladie, et surtout des données importantes sur son traitement. L'auteur a traité 9863 sujets, dont 9644 sont guéris avec conservation parfaite de la vue des deux côtés, 12 avec perte d'un œil, 9 avec perte des deux yeux ; 422 étaient encore en traitement au moment de la publication.

Il résulte de ce tableau que par le traitement de M. Florio la cécité n'a suivi la maladie que dans la proportion de 1 sur 1079, ce qui est assurément remarquable, étonnant même, car les ravages de cette affection sont, comme on sait, bien autrement affreux dans nos climats, ainsi qu'en Belgique et en Afrique.

Monstruosités. — M. Breschet présente un second ouvrage de la part de l'auteur, M. Otto, de Dresde. C'est un magnifique volume in-folio, avec 30 planches gravées avec luxe. Cet ouvrage est un recueil précieux de faits rares de monstruosités chez l'homme et les animaux. Plusieurs de ces faits se rattachent à la chirurgie et à l'orthopédie pratiques, ce qui augmente beaucoup l'importance de ce recueil. L'ouvrage est écrit en latin, et doit être d'un prix très élevé.

Anthropologie. — M. Serres fait au nom d'une commission un rapport sur la collection d'anthropologie, recueillie pendant l'expédition de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*. Ce travail remarquable a été écouté avec une attention soutenue par l'Académie. M. Serres ne s'est pas borné à la simple description des bustes apportés par les savans navigateurs commis par l'Académie, il a rattaché ces documens à des réflexions générales et au résultat de ses profondes études sur la matière. Nous reproduirons en entier cet important travail.

Physiologie expérimentale. — M. Bowman, dont nous avons annoncé l'ouvrage dans le dernier compte-rendu, écrit pour faire remarquer à l'Académie que le point nouveau sur la contraction musculaire est celui-ci : « la contraction n'occupe jamais toute la longueur d'un d'un faisceau primitif dans le même instant ; la contraction, même la plus violente, consiste dans des contractions partielles, lesquelles changent de place avec une vitesse extrême. Je pense qu'on peut ainsi expliquer, et le bruit musculaire, et l'augmentation de température, dont les belles recherches de MM. Becquerel et Breschet ont démontré l'existence pendant la contracture. »

— M. Medici, professeur de physiologie à Bologne, adresse un extrait d'un grand travail sur le nerf grand-sympathique. L'auteur est arrivé à ce résultat, que ce nerf communique avec les racines antérieures et postérieures des nerfs cérébraux-spinaux, mais qu'il n'en émane pas, et que sa fonction est de présider à la vie végétative ; aussi voudrait-il qu'on l'appelât nerf végétatif ; il pense que sa sensibilité ne lui vient nullement des nerfs avec lesquels il communique, mais bien essentiellement et primitivement de sa propre substance. L'ouvrage est écrit en latin.

Cancer. — *M. Tanchou* envoie un paquet cacheté et fait connaître une methode qu'il emploie avec succès, dans beaucoup de cas, pour améliorer le cancer du sein, et mettre les malades en état de se passer de l'opération.

Vers intestinaux. — *M. Levacher* adresse un échantillon d'une espèce rare de ver intestinal ; il fait connaître le remède qui lui a souvent réussi pour l'expulsion de ce parasite. Voici sa formule :

Pr.		
	Huile de ricin,	60 grammes.
	Essence de térébenthine,	16
	Eau distillée de menthe,	64
	Sirop simple,	32
	Gomme arabique en poudre,	8

L'on fait un mucilage dans un mortier avec la gomme, le sirop, l'huile et l'essence ; l'on triture exactement, et l'on verse ensuite peu à peu l'eau distillée de menthe.

Cette formule n'est pas neuve, mais elle était bonne à rappeler.

L'*Echo* de Périgueux du 22 annonce que l'épidémie qui régnait dans cette ville a cessé. Le nombre des victimes de la maladie, depuis son invasion, est de 66.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 30 SEPTEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 118, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections tuberculeuses.

Nous avons classé dans l'ordre des tubercules quatre maladies désignées sous les noms de *dartre rongeante* ou *lupus*, de *kéloïde*, d'*éléphantiasis arabe* et d'*éléphantiasis grec*. Nous pourrions, à l'exemple de Bateman, en décrire un plus grand nombre; mais comme ces dernières sont fort rares ou même presque inconnues, nous nous contenterons d'en citer quelques-unes à l'occasion de celles dont nous allons parler.

La dartre rongeante que le professeur Alibert a décrite sous ce nom dans sa première nomenclature, l'a été ensuite par lui, dans la seconde, sous le nom d'esthiomène emprunté aux Grecs. Cette affection se développe surtout sur des sujets de dix à vingt-cinq ans, chez des individus d'un tempérament lymphatique dont la figure est naturellement bouffie, qui ont été sujets dès leur enfance à des engorgemens ganglionnaires, à la teigne muqueuse (*achor mucifluus*), etc. Sa cause la plus ordinaire est le vice scrofuleux; quelquefois cependant on la voit naître chez des sujets d'une constitution saine et forte en apparence, et chez lesquels rien ne peut faire soupçonner l'existence de scrofules. Son siége de préférence est le visage, et c'est surtout aux ailes ou aux lobules du nez, à l'une des joues, à la lèvre supérieure qu'on la voit débuter. On a pu, toutefois, l'observer aussi sur les membres ou même sur le tronc, et nous avons eu l'occasion de vous montrer un cas de ce genre. Cette maladie n'est point contagieuse.

Le lupus se reconnaît à l'apparition à la surface des tégumens d'un ou de plusieurs tubercules aplatis, diffus, mal circonscrits. La peau qui les recouvre est amincie, luisante, d'un rouge livide, et quelquefois le siége d'un prurit incommode. Bientôt ces tubercules s'excorient, s'ulcèrent, et font de nouveaux progrès en surface et en profondeur. Une humeur âcre s'exhale des ulcérations et se concrète en croûtes brunâtres ou verdâtres, sèches, assez adhérentes; cependant l'exhalation continue au-dessous d'elles, et le liquide qu'elle produit irrite en s'écoulant la peau des environs, qui devient rouge et un peu tuméfiée.

M. Biett a admis, et nous admettrons avec lui trois variétés de lupus; savoir: le lupus qui détruit en surface, celui qui détruit en profondeur, et le lupus avec hypertrophie. Dans la première, on ne distingue pas toujours l'élément tuberculeux; l'ulcère une fois formé peut rester stationnaire pendant fort long-temps, ou bien il se cicatrise pour se reproduire sur les parties voisines; mais il reste toujours superficiel, ne ronge que l'épiderme et le tissu cellulaire de la peau, et en détruit ainsi successivement une surface plus ou moins étendue. Dans la seconde, au contraire, l'ulcération reste bornée à une petite surface, mais pénètre profondément dans les tissus et détruit successivement la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les chairs, et détermine ainsi quelquefois une perforation complète comme on a pu l'observer sur les joues ou sur les ailes du nez, par exemple. La troisième nuance enfin s'accompagne d'une bouffissure de la face telle quelquefois, que les yeux sont cachés et que la bouche a peine à s'ouvrir. Cette dernière variété est à peu près exclusive aux sujets scrofuleux et lymphatiques.

On voit, dans quelques cas rares, les tubercules ulcérés du lupus se couvrir de végétations qui simulent une affection exotique désignée sous le nom de *pian* et de *frambœsia*, à cause de la ressemblance de ces végétations avec la mûre ou la framboise.

La dartre rongeante laisse toujours après elle des traces plus ou moins profondes et souvent hideuses de son passage: ainsi le nez est quelquefois entièrement détruit, les lèvres, les joues sont rongées, labourées par des sillons profonds, mamelonnés, que forment des cicatrices plus ou moins irrégulières, tout à fait analogues à celles qui succèdent aux divers degrés de la brûlure. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est le peu de douleur que font naître des désordres aussi graves; et si quelquefois les malades sont incommodés par un prurit, une cuisson plus ou moins vive dans les régions ulcérées, le plus souvent ces ulcères sont tout à fait indolens. Il est rare, du reste, que cette affection, si intense qu'elle soit, apporte dans la santé générale un trouble manifeste.

Quelques maladies pourraient être confondues avec le lupus, et l'on peut ranger en première ligne la syphilide rongeante tuberculeuse; nous indiquerons en parlant des syphilides les caractères distinctifs de ces deux affections. Le cancer cutané est reconnaissable à ses ulcérations fongueuses à bords renversés et par l'âge des sujets qu'il attaque. Une petite ulcération rongeante qui, chez les vieillards, survient quelquefois au nez ou à la joue, et ne semble être qu'une nuance du cancer de la peau, et à laquelle on a donné le nom de *noli me tangere*, pourrait aussi en imposer; mais cette ulcération sèche et prurigineuse se recouvre d'une petite croûte sèche et mince qu'il suffit d'examiner attentivement pour reconnaître combien elle diffère des ulcérations croûteuses du lupus. Cette affection réclame d'ailleurs le même traitement. Il faut enfin se garder de confondre les rougeurs de la couperose avec les saillies rougeâtres du lupus commençant.

La dartre rongeante étant presque toujours le produit du vice scrofuleux, on doit s'attacher dans le traitement à combattre ce vice par les médicamens internes, en même temps que l'on combat les ulcérations par les topiques. Quelquefois même l'une ou l'autre de ces médications suffit, de sorte que tel cas qui avait résisté à la première cède à la seconde *et vice versâ*. Dans tous les cas il faut se garder, à moins d'indications spéciales, d'avoir recours aux antiphlogistiques et surtout aux émissions sanguines qui, loin d'arrêter le mal, paraissent au contraire en favoriser les progrès.

Quelquefois une crise naturelle vient déterminer la résolution des tubercules et opère la guérison. C'est ainsi que nous avons vu chez plusieurs malades la disparition du lupus coïncider avec une éruption variolique ou une inflammation érysipélateuse de la face, soit spontanée, soit déterminée par des frictions avec une pommade excitante, l'iodure de soufre par exemple. Mais il faut bien le dire, ces guérisons ne sont pas plus solides que celles que l'art procure, et dans tous les cas il n'est pas rare de voir récidiver cette hideuse maladie dont on n'est jamais sûr d'avoir triomphé complètement.

Parmi les médicamens internes nous citerons les toniques, les amers, la teinture d'iode, le chlorure de calcium en solution légère, les préparations arsenicales de Fowler et de Pearson, etc.; puis on en vient aux topiques résolutifs tels, par exemple, que les iodures de soufre et de mercure en pommades, à la dose de 1 à 4 grammes pour 32 d'excipient. On emploie maintenant presque généralement les caustiques dans le but de détruire la surface ulcérée et d'arrêter les progrès de l'ulcération. On se sert à cet effet de la poudre arsenicale de Dupuytren, composée de 98 à 99 parties de calomel pour 1 à 2 parties d'oxide blanc d'arsenic, du nitrate acide de mercure, du nitrate d'argent fondu, du deuto-chlorure de mercure. Il faut se servir de ces substances avec attention et avoir soin que l'action des caustiques ne puisse s'étendre au-delà de la surface ulcérée et ne se fasse pas sentir trop profondément.

Quel que soit le caustique dont on veuille se servir, il faut préalablement modérer les accidens inflammatoires s'il en existe et faire tomber les croûtes au moyen de douches de vapeur, de cataplasmes émolliens, etc., en un mot, nettoyer complètement la surface sur laquelle on veut agir. On est d'ailleurs quelquefois obligé de l'aviver au moyen d'un vésicatoire, et alors la cautérisation est très douloureuse. Quand une ou plusieurs applications de caustique ont amené une cicatrisation qui paraît durable, on cherche à dissiper les engorgemens qui pourraient encore subsister, et à redonner de la souplesse à la peau au moyen de douches de vapeur ou de l'une des pommades résolutives que nous avons déjà indiquées.

Kéloïde. — La description de cette maladie est due au professeur Alibert. Elle tire son nom d'un mot grec qui signifie *forceps cancrorum*, à cause de la ressemblance qu'offrent avec les pattes de crabe les prolongemens de la tumeur qui la constitue. Cette maladie, en effet, se présente sous la forme d'une tumeur irrégulièrement ovalaire, blanche ou légèrement rosée, et présentant des prolongemens latéraux qui semblent s'enfoncer profondément dans les tégumens. Cette tumeur s'accompagne par fois de douleurs qui reviennent sous l'influence d'émotions morales, de l'état électrique de l'air, etc. Bien qu'elle ne paraisse par susceptible de dégénérescence carcinomateuse, Alibert l'a cependant classée dans le groupe des dermatoses cancéreuses, sans doute à cause de sa dureté. Il avait d'abord regardé comme incurable cette induration, qui peut rester stationnaire pendant un temps indéterminé, mais il eut ensuite connaissance d'une guérison par résolution spontanée chez une femme chez laquelle la maladie s'était reproduite après une extirpation faite par M. Boyer. Il en reconnaît d'ailleurs deux variétés: l'une, kéloïde vraie, ou radiciforme; l'autre, kéloïde fausse, ou larvée. Mais cette dernière n'est indiquée que pour prévenir contre la ressemblance qui existe entre la kéloïde véritable et certaines cicatrices de brûlure ou de lupus.

Nous n'en dirons pas davantage sur cette affection, qui est assez rare, et par conséquent peu connue.

L'*éléphantiasis des Arabes*, indiqué par Rhazès, auteur arabe du dixième siècle, a été étudié avec plus de soin dans le dix-huitième siècle par Hillary et Hendy, qui la désignèrent sous le nom de maladie glandulaire des Barbades. M. Alard, qui a décrit plus récemment cette affection d'origine exotique, l'attribue à l'inflammation des glandes et des vaisseaux lymphatiques. Dans nos climats, diverses lésions primitives paraissent pouvoir déterminer son développement. Ainsi, l'inflammation et l'oblitération des veines, l'inflammation réitérée des varices volumineuses et l'œdème qui accompagne les maladies du cœur et des gros vaisseaux, peuvent dans certains cas, amener les engorgemens, les épaississemens des différens tissus qui donnent aux membres un volume énorme et un aspect plus ou moins analogue à celui des jambes de l'éléphant. C'est surtout aux membres inférieurs qu'on observe cette maladie, ce qui lui a valu, en Angleterre, le nom de jambe des Barbades. M. Alard pense que son siége spécial et primitif est dans le système lymphatique du derme, d'où elle s'étend à toutes les parties tégumentaires et même aux parties plus profondes. Ainsi, on le voit, il y a des différences notables entre cet éléphantiasis exotique et l'éléphantiasis indigène d'origine diverse. Quoi qu'il en soit, nous décrirons l'éléphantiasis des Arabes proprement dit, ne fût-ce que pour aider à le distinguer de l'éléphantiasis des Grecs, maladie aussi exotique, et que plusieurs auteurs ont confondue avec la précédente, comme nous le disions d'ailleurs en décrivant cette dernière.

Le plus souvent, l'invasion de la maladie est brusque, aucun symptôme précurseur ne l'annonce. Le malade ressent une douleur plus ou moins vive dans le trajet des vaisseaux lymphatiques superficiels; au toucher, on perçoit la sensation d'un cordon dur, noueux et tendu; ordinairement une trace d'une rougeur érysipélateuse suit cette corde dans sa direction. A ces symptômes locaux se joint un mouvement fébrile caractérisé par un frisson prolongé et accompagné de vomissemens et de nausées répétées; une soif vive vient s'y joindre. Au bout de quelque temps, les accidens généraux et locaux disparaissent; on n'observe plus dans la partie affectée qu'un gonflement qui paraît diminuer à mesure que les symptômes s'éteignent, mais qui cependant ne disparaît pas complètement; et bientôt, au contraire, les mêmes symptômes se reproduisent dans le même ordre. La maladie passe ainsi plusieurs fois par ces alternatives; mais chaque fois le gonflement augmente et persiste; enfin les tissus, d'abord mous, s'engorgent de plus en plus, et subissent de nouvelles et profondes altérations; alors la peau, de couleur grisâtre, dure, bosselée, formant des bourrelets difformes séparés par des sillons profonds, surtout au voisinage des articulations, offre la plus exacte ressemblance avec le cuir de l'éléphant. Dans quelques cas, l'épiderme durci s'exfolie et donne lieu à une desquammation; la peau peut aussi se couvrir de végétations, d'ulcérations fongueuses, de fissures; et enfin, à une époque plus avancée, on observe des suppurations profondes, fétides, intarissables. Cette maladie peut se terminer par résolution, mais ce cas est très rare. Voir le mal rester stationnaire est ce que l'on peut espérer de plus heureux.

Ici, comme dans toutes les affections cutanées, il faut d'abord combattre les accidens inflammatoires au moyen des antiphlogistiques. Plus tard, lorsque le mal, passé à l'état chronique, offre la forme hideuse qui le caractérise, ces moyens ne sont plus qu'inutiles; il faut alors chercher à déterminer la résolution de l'engorgement. On a employé à cet effet les mercuriaux, les préparations arsénicales, les purgatifs; à l'extérieur, les frictions résolutives avec la pommade d'iodure de potassium ou l'onguent mercuriel, le massage uni aux douches de vapeur, et surtout la compression méthodique unie au repos. L'amputation ne paraît pas devoir être pratiquée, à moins que ce ne soit dans un cas désespéré. Voici ce que dit à ce sujet Schilling, médecin belge, qui pratiquait au dix-huitième siècle dans les colonies hollandaises de l'Amérique: « On a essayé de pratiquer l'amputation du pied malade, mais sans succès: quelques-uns ont été pris au septième jour de l'opération d'un tétanos rapidement mortel; d'autres ont eu sur-le-champ de funestes convulsions; enfin, chez ceux qui ont survécu, on a vu l'éléphantiasis envahir l'autre pied avant que la plaie laissée par l'opération ait pu se cicatriser. »

Nous avons été nous-même témoin, à l'hôpital Saint-Louis, d'une semblable récidive sur une femme qui avait subi l'amputation d'une jambe atteinte d'éléphantiasis, et chez laquelle la maladie reparut au membre supérieur. Elle fut guérie, au moins en apparence, par la compression.

Passons maintenant à l'étude de l'*éléphantiasis des Grecs*. Dans le premier siècle de l'ère chrétienne, un siècle environ après son invasion en Europe, Arétée donna une description complète et précise de cette maladie qui avait déjà été indiquée par Galien, par Celse, et même par le poète Lucrèce qui lui assigna l'Egypte pour berceau. Au huitième siècle, cette maladie était déjà assez connue en Occident; et l'on trouve que, dans le parlement tenu en 757, à Compiègne, sous le règne de Pepin-le-Bref, elle fut expressément mentionnée comme cause de nullité de mariage, la partie saine ayant seule la faculté de se remarier. Mais dans le moyen-âge et à la suite des croisades, elle devint tellement commune qu'il fallut séquestrer les malheureux qui en étaient atteints. Ces hideuses victimes d'un mal contre lequel l'art ne pouvait rien, sortaient seulement à Pâques de leur retraite, et avaient pendant quelques jours la permission d'entrer dans les villes et les villages pour y prendre part à l'allégresse de la chrétienté.

Dès cette époque, d'ailleurs, cette maladie était confondue avec la lèpre vulgaire ou *psora* des Grecs, comme le prouve les écrits de quelques médecins du temps, et on la confondit bientôt aussi avec l'éléphantiasis arabe.

Schilling qui écrivait, comme nous l'avons dit, au dix-huitième siècle, et qui a décrit avec beaucoup de soin et de précision les diverses maladies confondues sous le nom de lèpre, pensait que l'alphos et la leuce des Grecs, le vitiligo des Latins, les deux éléphantiasis grec et arabe, etc., n'étaient que des degrés différens d'une maladie de même nature à laquelle il convenait de conserver le nom générique de lèpre. Cette opinion fut combattue par Ouseil, et plus tard par le savant Lorry,

qui en firent avec raison des espèces bien distinctes.

Les caractères principaux et constans, selon Schilling, de l'éléphantiasis grec sont : 1° le changement de couleur de la peau et des poils dans la partie affectée ; 2° l'insensibilité du lieu malade. L'altération de couleur de la peau est de deux espèces : tantôt ce sont de petites taches d'un rouge fauve ; tantôt de petites taches blanchâtres d'un jaune livide. L'insensibilité est commune aux deux cas.

Il est donc fort important de ne pas s'en laisser imposer par le peu de gravité apparente d'une altération de coloration des tégumens, et de ne pas rester inactif devant le début insidieux de cette affreuse maladie. On ne pourrait guère confondre ces taches avec celles du pithyriasis versicolor ; car celles-ci s'accompagnent d'un prurit et d'une desquammation que n'offrent pas celles-là, qui sont permanentes et insensibles. Les commémoratifs seront d'ailleurs d'un puissant secours pour établir le diagnostic de cette maladie dans nos climats, puisqu'il est à peu près inouï qu'elle n'ait pas une origine exotique.

Dans les cas d'éléphantiasis que nous avons été à même d'observer, nous n'avons jamais vu les taches blanches indiquées d'abord par Arétée, et plus tard par Schilling, mais bien les taches fauves qu'a aussi indiquées ce dernier auteur.

L'éléphantiasis affecte le visage, et bien qu'il puisse se montrer dans d'autres parties, même se répandre sur toutes, il ne paraît nulle part, dit encore Schilling, sans envahir en même temps les trois régions suivantes : la région poilue de l'aisselle, le pubis, et principalement la région charnue et graisseuse des fesses.

Cette maladie ne paraît pas contagieuse, du moins dans nos climats ; mais sa faculté de se transmettre par l'hérédité est regardée comme certaine. Sa cause prochaine réside dans une altération profonde de la lymphe et du sang, qui a une viscosité particulière, et dont le sérum a une coloration verdâtre. Ainsi, on ne pourrait réussir à la guérir en enlevant ou détruisant les taches par des remèdes externes. Ces taches ont donc presque nécessairement une marche fatale ; elles passent bientôt à l'état tuberculeux, et envahissent quelquefois tous les tégumens, qui deviennent bruns, grisâtres, rugueux, offrant dans les interstices des tumeurs tuberculeuses, des sillons et des gerçures plus ou moins profondes. Bientôt tout le système muqueux s'affecte à son tour ; des tubercules se forment et s'ulcèrent dans la bouche, sur la voûte palatine, sur la luette, etc ; les sens sont détruits, la vue, l'odorat se perdent, le goût s'émousse, le tact est aboli, la voix s'altère et se perd quelquefois entièrement lorsque les ulcérations ont détruit les cordes vocales. La muqueuse digestive s'affecte elle-même à la longue, les follicules de Peyer se tuméfient et s'ulcèrent, d'où résultent des coliques et des diarrhées rebelles ; enfin la mort arrive et débarrasse le malade, qui quitte la vie sans regrets et comme un fardeau depuis long-temps inutile. Nous n'entrerons pas dans l'énumération des médicamens employés contre cette affection ; qu'il nous suffise de dire que l'on a essayé de presque tous.

Les viandes salées ou corrompues, les poissons gâtés, sont regardés par presque tous les auteurs comme des causes d'éléphantiasis.

HOPITAL DE LA MISÉRICORDE DE LIVOURNE.

Service de M. GIOVANNI PELLINI.

Opération de lithotritie.

Emmanuel, fils de Joseph Metrani de Santo Stefano, sur la côte de la mer de Toscane, âgé de huit ans, né de parens sains, d'une constitution robuste, éprouvait depuis plus de deux ans de vives douleurs en urinant ; le jet de l'urine poussée avec force, s'arrêtait parfois brusquement. Pendant la nuit, l'urine coulait involontairement dans le lit ; et souvent, pendant qu'il s'efforçait d'uriner, il lui arrivait d'avoir en même temps des évacuations claires involontaires, qui quelquefois s'accompagnaient de chute du rectum.

D'après ces renseignemens commémoratifs fournis par le père du sujet, le 31 août 1838, l'auteur soupçonne l'existence d'une pierre dans la vessie ; et pour s'en assurer, il croit devoir recourir au cathétérisme. En effet, à peine a-t-il introduit une sonde métallique dans la vessie, qu'il rencontre le calcul dont la dureté lui paraît considérable. — Pendant trois jours successifs, il introduit dans la vessie une sonde de deux lignes et demie de diamètre ; pendant deux autres jours, il répète la même introduction ; puis il emploie, en dernier lieu, la sonde exploratrice de M. Leroy-d'Etiolles. Après avoir préalablement fait retenir l'urine le plus long-temps possible, il parvient, moyennant cet instrument, à explorer convenablement l'état de la vessie et le volume de la pierre, dont il mesure les diamètres suivant la méthode proposée par M. Leroy : le plus grand de ces diamètres était d'environ 15 lignes. L'enfant, qui était très indocile, se soumet sans difficulté à cette dernière exploration, et se met même à sourire en entendant l'instrument résonner lorsqu'il frappait le corps étranger ; dans la plupart des autres explorations, au contraire, il poussait des cris aigus, quoiqu'il avoue n'éprouver aucun mal. — Cet aveu, joint aux bonnes qualité de l'urine qui, pour être sédimenteuse, n'avait jamais été sanguinolente, et au développement qu'offraient les organes génitaux, fait présumer que la vessie se trouve dans un état sain et favorable à la lithotritie, d'autant plus que le père du petit malade ne voulait pas qu'on eût recours à la lithotomie, sachant qu'il y avait un autre mode d'opérer.

D'un côté, la pierre volumineuse et dure (1), l'indocilité de l'enfant, l'impossibilité de préparer l'urètre au moyen de corps dilatans, etc., étaient des raisons qui retenaient l'auteur indécis sur le parti à prendre dans ce cas. D'un autre côté, la vessie saine, l'urètre fort ample et généralement plus dilatable chez les enfans, attendu le peu de développement de la prostate, la confiance dans des instrumens parfaits, même de petites dimensions, qu'il possédait ; la réussite de plusieurs opérations chez des sujets encore plus jeunes que celui-ci, qu'il avait vu exécuter par M. Civiale, à Paris ; la perspective d'une terminaison funeste à la suite de la lithotomie, à laquelle on pouvait d'ailleurs recourir dans un cas extrême ; telles furent les considérations qui contrebalancèrent ses craintes, et le décidèrent pour la nouvelle méthode.

Le 7 septembre, première séance. Une injection ayant été faite dans la vessie à l'aide d'une canule en gomme élastique, il y introduit l'instrument de Heurteloup, qui rencontre bientôt la pierre. Celle-ci est ensuite poussée vers le bas-fond de la vessie, par le moyen de la courbure de l'instrument ; puis il en écarte les branches, sans pourtant abandonner le corps étranger qu'il tient légèrement pressé contre le fond de la vessie ; il le saisit et observe que l'indicateur marque alors 16 lignes. Après cela, ayant tourné la vis, il s'aperçoit qu'il va agir avec trop de force eu égard au diamètre de l'instrument ; tandis qu'il tient ainsi étroitement la pierre et qu'il pense à faire usage du marteau, la pierre vient tout-à-coup à se briser avec un bruit très sensible ; un cri douloureux que pousse en même temps l'enfant donne lieu de croire que les fragmens lancés avec force avaient frappé les parois de la vessie malgré l'injection.

Cependant l'opérateur parvient à en retirer immédiatement un fragment ; d'autres plus petits sont ensuite triturés, et on suspend cette première séance qui ne dure pas plus de douze minutes.

Le soir du même jour, un peu de fièvre, occasionnée plutôt par l'agitation et le trouble éprouvés par le malade que par d'autres causes, puisqu'il n'y a ni douleurs de ventre, ni aucune souffrance à la vessie, où il ne s'est manifesté qu'une légère cuisson, qui cède aussitôt à un bain de siége. — Quelques fragmens sont entraînés avec l'urine, qui est très limpide, bien que M. Civiale dise dans son ouvrage — Sur la lithotritie, Paris 1827, — que « les premières urines que le malade rend sont légèrement colorées par le sang. — Pendant la nuit, sommeil calme, sueur abondante, émission involontaire d'urine comme à l'ordinaire.

Le lendemain matin, pouls tranquille, expulsion de quelques fragmens. — Le petit malade prend un demi-sorbet et ne boit qu'une seule fois du vin étendu d'eau.

Dans le courant de la matinée où l'opération est pratiquée, l'enfant veut absolument retourner à bord du bâtiment qui l'avait transporté de Santo-Stephano à Livourne, où il passe le reste du jour et même le lendemain avec ses compagnons, en se nourrissant capricieusement de mauvais alimens.

Le 10 septembre, deuxième séance. Malgré la mauvaise situation que s'obstine à garder le petit malade, qui se tient presque assis, l'opérateur parvient à saisir un gros fragment qu'il rompt en plusieurs morceaux ; il en prend ensuite d'autres qu'il triture successivement. Quand il annonce en avoir saisi quelqu'un, l'enfant exprime sa satisfaction en s'écriant dans son jargon : *Rompitelo, rompitelo*. — Cette séance n'est suivie d'aucun accident — Le soir du même jour, le petit opéré veut encore retourner à bord de son bâtiment.

Le jour suivant, 11 septembre, il vient trouver le docteur Pellini, à qui il apporte les fragmens expulsés pendant et depuis la première et la dernière séance, et qui pesaient trente grains. Dans la nuit précédente, il avait assez souffert pour évacuer un fragment un peu plus volumineux que les autres.

L'appétit étant devenu moindre que de coutume, l'auteur juge à propos de le purger et de lui donner des lavemens ; mais comme il s'obstine constamment à refuser ces remèdes, on se borne à lui faire observer un peu plus de règle dans le choix des alimens.

Le 13 septembre, troisième séance. Ce jour-là, le malade est beaucoup plus docile. Le chirurgien peut commodément et sans causer aucune douleur agir sur la pierre et en triturer une si grande quantité, qu'en dix minutes il obtient ce qu'il n'avait pu obtenir pendant les deux séances précédentes, puisque le poids des fragmens extraits ou expulsés pendant la nuit et dans le courant du 14 du même mois, s'élève à 54 grains.

Après la sortie de ces fragmens, parmi lesquels il y en avait de gros comme des grains de maïs, et plusieurs autres comme des grains de blé, qui avaient exigé pour être expulsés, de la part du petit malade, des efforts, du courage et même l'emploi de ses propres mains, le docteur Pellini croyait qu'il ne restait plus dans la vessie que quelques vestiges de la pierre, en calculant d'après son volume présumé, puisque tous les symptômes étaient dissipés, l'urine n'était plus évacuée involontairement, sortait sans douleur et était devenue plus claire ; le malade avait récupéré l'appétit, allait régulièrement à la selle et ne se plaignait plus d'aucune incommodité.

Néanmoins, le 17 septembre, il prend la résolution de procéder encore à une nouvelle et quatrième séance et à une nouvelle exploration. Quelle est sa surprise quand, ayant introduit une sonde d'argent dans la vessie, il y constate la présence d'un gros fragment de calcul ! — Il se hâte d'y faire une injection et introduit ensuite l'instrument au moyen duquel il parvient facilement à saisir ce morceau de pierre et à reprendre successivement ses débris jusqu'à ce qu'il croie les avoir broyés.

Après cette séance, qui se passe très tranquillement, le jeune malade prend un bain. A peine en est-il sorti, qu'il rend avec l'urine beaucoup de petits fragmens dont le poids total s'élève à 38 grains.

Le soir du même jour il sort de la maison.

Le lendemain matin, 18 septembre, quoiqu'il sente qu'un fragment s'est arrêté à l'orifice du canal de l'urètre, il se rend jusqu'à la maison du docteur Pellini, où il ne veut pas entrer de peur d'être soumis à quelque opération douloureuse. — Dans la soirée, ce fragment est spontanément expulsé ; c'est une portion de la couche superficielle du calcul. Après la sortie de ce fragment, en succède un autre plus volumineux, voire même plus volumineux que tous ceux rendus jusqu'alors. Ce dernier s'arrête aussi dans la fosse naviculaire, et là cause des douleurs qui, pendant la nuit, réveillent de temps en temps l'enfant, lequel réussit enfin à s'en débarrasser. Il présentait 3 lignes de largeur et 5 de longueur ; était scabreux, pointu, pesait 4 grains, et n'avait produit aucune ulcération en passant.

Le 19 septembre, cinquième séance. L'opérateur trouve encore dans la vessie un gros fragment de pierre qu'il saisit et triture en très petits fragmens.

Pendant la nuit, qui est fort tranquille, le malade évacue avec les urines 42 grains, en poids, de petits fragmens.

Le soir, après s'être promené toute la journée, il s'endort d'un sommeil calme et profond, pendant lequel le pouls bat d'une manière très régulière.

Le 22 septembre, sixième séance, à la suite de laquelle 34 grains de petits fragmens sont évacués.

Le 24 septembre, septième séance. Divers fragmens de la pierre qui, à cause de leurs dimensions, n'avaient pu sortir de l'urètre, sont triturés et réduits en très petits fragmens, qui sont expulsés avec facilité dans le courant de la journée et de la nuit suivante ; leur poids s'élève à 30 grains.

Un peu de fréquence dans le pouls, qui s'était manifestée dès la veille, et l'état de la langue, qui était chargée, engage le docteur Pellini à administrer au petit malade une pastille purgative qui provoque des évacuations alvines abondantes, une amélioration générale y succède.

L'urine est limpide, et il n'existe plus aucun symptôme.

Enfin, le 28 septembre matin, au moyen de la sonde exploratrice, puis de la pince à trois branches, la vessie est exactement explorée en tous sens ; et l'auteur n'ayant rencontré aucun corps étranger, conclut que l'opération est terminée (1).

Ces explorations minutieuses causent un peu de douleur qui ne tarde pas à cesser après un bain général, et l'enfant sort de la maison dans le courant de la même matinée.

Voici les réflexions que le docteur Pellini a jugé à propos d'ajouter à ce fait.

Pour que la lithotritie se généralise le plus possible, il faut que de nouveaux cas viennent confirmer la convenance de la méthode. C'est ce qu'impose la cause sacrée de l'humanité, à la prudence et au jugement des hommes de l'art ; c'est ce que, pour ce qui concerne particulièrement les enfans, désire M. Civiale lui-même, qui s'exprime à ce sujet dans les termes suivans :

« Appliquée à cette classe de malades, la lithotritie est encore dans un véritable état d'enfance ; les faits en se multipliant modifieront peut-être les opinions reçues, et dans tous les cas je répète qu'il convient de suspendre son jugement (2). »

Les complications qui sont dérivées du moral de mon malade et du volume de la pierre, pour lesquelles il fallut sept séances, rendent le cas très intéressant, et font croire comme très vraisemblable, que, si dans la pratique étendue de Dupuytren, chez les enfans d'un à dix ans, la mortalité a été dans la proportion d'un mort sur dix-neuf opérés (3), il est à craindre que celui-ci n'aurait pas eu le bonheur de se trouver au nombre des guéris, attendu les soins et les ménagemens nombreux et attentifs qui sont indispensables après la lithotomie ; et pour ce qui est de mon petit malade, il ne fut possible de prendre aucune précaution, d'employer aucun moyen afin de dilater le canal de l'urètre, d'administrer aucun médicament, ni même aucune boisson susceptible de suppléer en quelque sorte aux injections et aux lotions de la vessie.

L'opinion que la lithotritie ne peut réussir heureusement chez les enfans, tient au manque de patience de l'opérateur. En effet, dans le jeune âge l'urètre est plus dilatable, comparativement à celui de l'adulte ; et si le chirurgien est doué d'un tact suffisant, il est rare qu'il laisse séjourner dans la vessie des fragmens qui ne puissent traverser le canal, pourvu qu'il se borne chaque fois à faire peu de choses, et que, ne se souciant

---

(1) Sur l'invitation de l'auteur, le professeur docteur Lottini, de Livourne, ayant procédé à l'analyse de 26 grains de la pierre triturée, obtint les résultats suivans :

La portion des fragmens examinés, qui présentent une superficie de couleur noirâtre, de figure irrégulière, sont formés de couches concentriques qui paraissent être des parties détachées d'un corps distinct ; ils sont composés d'acide urique et de phosphate de chaux.

Les autres fragmens tous uniformes, soit dans la stratification, soit dans la couleur jaunâtre de la matière dont ils sont formés, ne sont autre chose qu'un composé d'urate d'ammoniaque.

(1) Pour explorer exactement la vessie, l'auteur s'est servi de la pince à trois branches, qu'il considère comme l'instrument le plus convenable pour explorer la vessie, quand il est bien employé, quoiqu'il y ait plusieurs praticiens qui n'en fassent plus usage. — Il décrit à peu près de la manière suivante son mode de procéder à cet égard :

« L'appareil, qui empêche le liquide injecté de sortir entre le trépan et la pince, ayant été ouvert, celui-là est à peu près évacué au-dehors. A mesure que les parois s'appliquent contre les branches de l'instrument auquel on fait subir un léger mouvement de rotation, on pousse chacun des petits fragmens, tant qu'il y en a, vers le centre, et pendant que cela arrive, en diminuant toujours de plus en plus l'écartement des branches, celles-ci viennent à circonscrire un fort petit espace qui est nécessairement occupé par quelque fragment. Au surplus, sans ôter l'instrument de la vessie on peut en profiter pour faire une nouvelle injection et une nouvelle tentative de broyement quand on a quelque soupçon. — Il est vrai que le maniement de cet instrument est un peu difficile ; mais cela ne doit pas empêcher de se servir d'un moyen qui semble préférable à une mince tige cylindrique pourvue d'une petite courbure errant à l'aventure dans une grande quantité d'eau qui ne diminue pas et qui tient uniformément distendue la vessie qu'il ne peut parcourir dans tous ses points, et où quelques petits fragmens de pierre peuvent rester cachés.

» Il faut espérer que quand on aura mis un terme aux questions si controversées à cet égard, les chirurgiens impartiaux, après en avoir reconnu les avantages, accorderont de nouveau une place distinguée dans la lithotritie à la pince à trois branches. »

(2) Paral. des divers moyens de traiter les calculeux. Paris, 1836, page 302.

(3) Table prop. de la mortalité après l'opér. de la taille. Paris, 1829.

pas d'attaquer des gros morceaux, il s'occupe d'abord à réduire en petits fragmens, ou à broyer ceux qui sont déjà rompus; ce qu'il peut facilement obtenir en n'ouvrant jamais beaucoup son instrument dans le commencement de chaque opération, et en le tenant constamment en rapport avec les fragmens qu'il a broyés.

La pire des disgrâces est de faire des séances infructueuses, soit que cela dépende de l'indocilité du patient ou de quelque manœuvre mal dirigée. Quant à l'indocilité, mon petit malade en offrait le type, et la seule patience a pu venir à bout de le dompter, et pour ce qui est de la mauvaise manœuvre, on ne peut en faire un reproche à la méthode; c'est un défaut que l'on peut aisément vaincre par l'exercice et par l'application, sans laquelle, malgré la facilité qu'elle semble présenter au premier abord, il est fort imprudent de prétendre réussir.

Relativement au volume de la pierre, il me paraît, d'après la quantité des fragmens, d'après leur poids et d'après les mesures prises, qu'il était fort considérable, et qu'il s'agissait ici d'un calcul pour lequel il aurait fallu exécuter beaucoup de tractions dans le cas qu'on se fût décidé pour la taille latérale, qui ne pouvait avoir que peu d'étendue chez un sujet de cet âge; tractions et manœuvres, certes non indifférentes, quelquefois très prolongées, dont tous les ouvrages de chirurgie offrent une foule d'exemples, et à propos de quoi Ducamp disait : « C'est ici que le chirurgien doit faire usage de toute sa dextérité, de sa prudence et de son habitude d'opérer. »

Ainsi donc, quand la taille est pratiquée, c'est souvent alors que commence la grande difficulté, que le chirurgien a besoin de toute sa dextérité.

Il est un cas qui peut répandre beaucoup de lumières sur ce sujet, c'est celui qui naguère fit tant de bruit à Londres et donna lieu à un procès contre B. Cooper, neveu du grand chirurgien de ce nom, et qui, en 1828, à l'hôpital de Guy, promettait de marcher sur les traces de son oncle. Cette opération fatale dura une heure entière, et tous les doctes chirurgiens ses défenseurs ne purent alléguer d'autres raisons, pour en pouver la difficulté, que la petitesse du calcul (1). Serait-il advenu la même chose si l'on avait eu recours à la nouvelle méthode? Dans celle-ci, les manœuvres, encore qu'elles soient très prolongées, ne présentent aucun inconvénient, pourvu qu'elles portent toujours leur action sur le corps étranger, et qu'elles ne nuisent pas à la vessie convenablement distendue par un liquide.

Que l'on ne croie cependant pas qu'en m'exprimant ainsi je pense que la lithotritie soit applicable à tous les cas; il y en a malheureusement où elle ne l'est pas. Mais dans ceux-ci il est toujours fort incertain que la taille offre plus de chances de salut; et je crois qu'il y a peu de circonstances où le chirurgien consciencieux ne doive pas voir distinctement que la lithotritie est ou n'est pas applicable à toute espèce de cas très compliqués; comme il est à espérer que le peuple, une fois *instruit* qu'il y a un moyen beaucoup moins dangereux et moins douloureux pour guérir d'une maladie aussi grave, aura plus promptement recours aux gens de l'art avant qu'il ne survienne des désordres profonds.

HOPITAUX DE MALTE.

Opération heureuse de rhinoplastie d'après la méthode italienne, et considérations pratiques sur cette méthode; par M. FABRIZI, de Modène, chirurgien-directeur de la clinique pour les difformités à l'hospice des Invalides, à Malte (1).

(Suite du numéro précédent.)

§ III. RÉFLEXIONS PRATIQUES. Quand on pratique la rhinoplastie d'après la méthode indienne ou d'après celle de Celse, on a l'avantage d'employer la peau du front ou de la joue, laquelle est non-seulement très vascularisée, mais encore douée d'un tissu sous-cutané très serré, ferme, et d'une couleur pareille à celle du nez naturel. La circulation du lambeau est est tellement abondante qu'on n'a que rarement à craindre sa mortification. Dans les injections cadavériques, en effet, la peau du visage se colore merveilleusement, et sur le vivant aussi elle s'injecte aisément sous l'influence de certaines causes morales. Ses vaisseaux serpentent en abondance dans le tissu lamellaire sous-jacent, ils y adhèrent solidement et peuvent être disséqués avec le tégument lui-même. Ces conditions avantageuses permettent aussi de diminuer au besoin la vascularité du lambeau, si on la juge trop abondante, en coupant quelques vaisseaux artériels; c'est ce que j'ai fait dans une rhinoplastie que j'ai pratiquée pour remplacer une petite portion de nez d'après la méthode indienne; cette pratique appartient à M. Dieffenbach, comme on sait; mais je pense aujourd'hui que c'est avec raison qu'un habile chirurgien de Paris, M. Blandin, a critiqué cette conduite; néanmoins, cette règle admet quelques exceptions. Lorsqu'on pratique, en effet, la torsion du lambeau, la circulation veineuse est plus difficile que l'artérielle; de là la congestion facile du lambeau et sa mortification possible. Remarquez, en effet, que lorsque le lambeau frontal se gangrène, il est toujours bleu, congestionné de sang veineux, il n'offre pas la rougeur inflammatoire; la scarification et les sangsues sont constamment salutaires et dégorgent les vaisseaux. En conséquence, je crois que le précepte de M. Dieffenbach ne doit pas être complètement rejeté. Un autre avantage essentiel dans la méthode indienne, c'est que les artères du front sont distribués de telle sorte que le seul pédicule suffit pour alimenter le nouveau nez; c'est un fait de la plus haute importance que M. Blandin a mis le premier en évidence; il a ajouté un précepte ingénieux dans le mode d'incision du pédicule, et qui affranchit de la nécessité de le tordre tout à fait, ainsi que MM. Lisfranc et Lallemand l'avaient également fait.

Néanmoins, je dois faire remarquer que malgré toutes ces belles dispositions le lambeau perd le plus souvent, par la suite, sa couleur naturelle et finit par pâlir; ce qui dépend, selon moi, de la langueur de la circulation capillaire par suite du déplacement des tissus et de la cicatrice elle-même sur le pédicule qui met obstacle au libre passage du sang. Il est d'observation, au reste, et ce fait est général, qu'une portion de peau quelconque perd une partie de sa couleur naturelle et finit par pâlir lorsqu'elle se trouve entourée d'une cicatrice, et l'on peut même dire que cette pâleur est en raison de l'épaisseur de la même cicatrice. Aussi ai-je pour principe de ne mettre que le moins d'aiguilles possible dans les opérations d'autoplastie afin d'obtenir une cicatrice peu épaisse, et prévenir ainsi la pâleur consécutive du lambeau. J'ai remarqué que dans ses opérations, M. Dieffenbach n'obtenait qu'un lambeau très pâle, ce que j'ai attribué au trop grand nombre d'épingles dont il fait usage. M. Blandin a si bien senti ces raisons, qu'il n'emploie que juste le nombre nécessaire d'aiguilles. Ajoutons que l'épaississement vraiment extraordinaire qu'acquiert le lambeau déplacé contribue à la pâleur dont il s'agit. Dans des expériences que j'ai faites sur des lapins en transportant des lambeaux de membrane muqueuse d'une région dans une autre, je me suis assuré que cet épaississement, qui est constant, a pour siége les fibres du chorion. Je crois que c'est à cette condition anormale des fibres du chorion que l'on doit attribuer aussi la chute des poils, et l'absence de transpiration sur les lambeaux autoplastiés.

Un autre inconvénient qui accompagne la rhinoplastie d'après les méthodes indienne et de Celse, c'est la nouvelle cicatrice qui se forme sur la face, circonstance assez fâcheuse, car elle constitue elle-même une difformité. En outre, lorsqu'on opère d'après la méthode de Celse, le nez est tellement mou qu'il peut s'aplatir et se mettre tout à fait au niveau de la peau de la face, ainsi que MM. Velpeau et Marjolin en ont observé chacun un exemple. Dans mon opinion, la peau des joues, dont on fait usage dans cette méthode, n'est guère propre à la rhinoplastie, vu sa trop grande mollesse.

Si l'on veut maintenant envisager la rhinoplastie indienne sous le point de vue de sa gravité, je dirai qu'elle peut devenir réellement dangereuse. Il n'est pas rare effectivement de voir la méningite survenir après cette opération et se terminer quelquefois par la mort. « Sur deux sujets opérés par M. Blandin, dit M. Velpeau, un a manqué de mourir; M. Lisfranc en a perdu un de son côté, et M. Dieffenbach en vit mourir deux sur cinq ou six qu'il a opérés à Paris. » Il est vrai de dire, avec M. Blandin, que le traitement médical suivi par ces deux opérateurs a été violent et peu rationnel, mais il n'en est pas moins vrai aussi que le traitement violent lui-même a été commandé par la violence des symptômes. Tout cela s'explique parfaitement par la connaissance que nous avons de la gravité des blessures du front et du péricrâne dont on n'ignore pas les rapports avec la dure mère.

Dans la rhinoplastie italienne, le lambeau peut être enlevé du bras, ou plutôt de l'avant-bras, sans aucun danger et aussi grand qu'on le désire; il n'en résulte aucune difformité visible, et si l'opération échoue, on peut recommencer sans inconvénient. Il n'y a d'intéressé dans cette méthode que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à l'aponévrose; la couche musculaire superficielle est dénudée, mais il n'en résulte aucun inconvénient. Le reproche principal qu'on adresse à cette méthode, c'est qu'elle réussit rarement. On croit généralement et l'on a répété dans une foule d'ouvrages que le lambeau pris sur le membre se gangrène : cette opinion a été basée sur les opérations de rhinoplastie pratiquée après 1816 à l'exemple de Græfe. Ces faits sont peu nombreux : ce sont ceux de Græfe, Signoroni, Hysner, Walzel, Delpech et Chelins. Dans ce nombre, l'opération a réussi quatre fois entre les mains de Græfe et de Watzel. Des considérations théoriques sont ajoutées à côté des insuccès pour prouver l'infériorité de la méthode italienne. Je ne crois pas cependant qu'on ait bien examiné la question, ni qu'on soit bien fondé dans la proscription de cette méthode. On l'a jugée d'après un certain nombre de faits mal choisis, et si l'on voulait remonter plus haut il serait facile d'arriver à une conclusion opposée, même en invoquant les faits de ma propre pratique. Je pourrais, moi aussi, rétorquer l'argument suivant de M. Serres, de Montpellier : « Douze fois, dit-il, l'opération de la rhinoplastie a pu être tentée en notre présence, sans que la mortification du lambeau s'en soit jamais suivie; l'opération avait été faite d'après la méthode indienne. Au contraire, le lambeau a été pris deux fois aux dépens de la peau du bras, et deux fois la gangrène en est résultée. Eh bien, la seule cause de cette différence tient à ce que la peau de cette dernière région n'a que le système capillaire pour fournir à ses besoins, tandis qu'en détachant celle du front entre les sourcils, on est sûr d'avoir dans l'épaisseur du lambeau deux troncs artériels fort importans. »

La cause des insuccès de la méthode italienne n'est pas dans la disposition des vaisseaux, comme le pense M. Serres. Une des causes de la gangrène est le tiraillement qu'éprouve le lambeau durant les mouvemens du bras mal fixé contre la figure; une autre cause, c'est l'hémorrhagie qui s'ensuit lorsqu'on coupe définitivement son pédicule; cette hémorrhagie peut être fatale pour le lambeau à l'époque où elle a lieu, vu le peu de secours qu'il peut recevoir alors des anastomoses faciales. Le tiraillement, en effet, tend à décoller le lambeau de ses adhérences avec la face; cela fait que la réunion par première intention n'a pas toujours lieu sur tous les points; il en résulte par-ci par-là des bourgeons charnus et des dépôts de tissu inodulaire qui sont défavorables à l'établissement des anastomoses vasculaires. Ajoutons que les tiraillemens eux-mêmes, en empêchant ou en gênant la circulation du sang qui va du bras dans le lambeau, le prédisposent à la gangrène. La première condition se rapproche de celle qui a lieu lorsqu'on pratique la torsion du pédicule; la seconde tend à son tour à aplatir les vaisseaux nourriciers. On comprend maintenant comment l'hémorrhagie qui a lieu du lambeau lorsqu'on coupe le pédicule brachial est si dangereuse. On vient de le voir dans le fait que je viens de rapporter, le lambeau étant presque cadavérique.

Les précautions cependant que j'ai prises m'ont fait triompher de tous ces inconvéniens. Je suis loin cependant de me dissimuler ces mêmes inconvéniens; il est incontestable que la méthode italienne est plus exposée que les deux autres à la mortification du lambeau, qu'elle exige un pansement long, laborieux, difficile, que tous les sujets ne tolèrent point; mais la méthode indienne et la méthode dite française ne sont pas non plus exemptes d'inconvéniens graves, ainsi que nous venons de le voir, et la proscription qu'on a faite de la méthode italienne n'est pas suffisamment fondée; je crois en avoir assez dit pour le faire comprendre.

Au reste, quelle que soit la méthode qu'on aura choisie, il ne faut pas oublier que le nez le mieux fait finit par se déformer plus ou moins à la longue; mais, outre qu'il est toujours préférable à un nez de carton ou métallique sous le rapport de la physionomie, il procure l'avantage de bien garantir les fosses nasales, de rétablir la sécrétion muqueuse et l'odorat, et d'améliorer le timbre de la voix et la respiration.

Je dois maintenant donner les raisons de la préférence que j'ai donnée à la peau du coude. En choisissant cette portion de peau qui est placée sur le long supinateur, j'ai pensé que je pouvais donner à la base du lambeau une direction telle qu'elle répondît à celle des vaisseaux dans la direction du cœur. J'ai déjà fait remarquer que du côté de l'extenseur ou dorsal la peau est plus épaisse que celle du côté opposé. J'ajouterai que, d'après mes recherches, la peau près articulaire est plus pourvue de nerfs que dans le reste du membre. Les vaisseaux eux-mêmes, artériels et veineux; sont là non-seulement plus abondans, mais encore tortueux, ce qui rend la circulation plus riche et la fait mieux résister aux tractions que doit éprouver le lambeau appliqué (1).

Disons en outre que dans le point que j'ai choisi la peau est glissante, et ses dimensions sont fort variables, selon qu'on la mesure lorsque l'avant-bras est fléchi ou étendu : lorsque le membre est dans la demi-flexion, la peau est dans le relâchement; c'est alors qu'on doit tracer la forme du lambeau, et c'est ainsi qu'on l'applique.

J'ajouterai enfin que le point que j'ai choisi dans le membre est plus facilement fixé contre la face et avec moins d'incommodité que tout autre. La main, en effet, vient appuyer commodément sur l'épaule et le cou, l'avant-bras reste dans la demi-flexion presque horizontale et ne se fatigue pas excessivement, surtout si on incline le cou un peu en avant.

Cette position offre, en outre, l'avantage de permettre le rapprochement des bords de la plaie du membre, ce qui prévient une trop grande réaction inflammatoire; elle en présente un autre plus important encore, c'est de laisser la cavité buccale libre sous le pli du coude et pour la nourriture et pour la respiration, et de n'exiger que très peu de liens pour être fixée.

Je dois faire remarquer aussi qu'en permettant à l'opérée de marcher comme je l'ai fait, la position fatigente du bras boutre la figure est mieux tolérée que lorsqu'on laisse la malade douchée. La position couchée, en effet, fatigue promptement; il en résvlte un besoin incessant de déplacement pour soulager différentes parties du corps à la fois; dans ces instans on oublie presque le lambeau, et il s'exécute des mouvemens automatiques contre lui, lesquels lui sout très très nuisibles, tandis que lorsqu'on permet au malade de sə promener doucement, il n'épóouve pas de ces ennuis, de ces mouvemons automatiques; sou attention peut être mieux fixée sur le lambeau, et sa coaptation mieux soutenue.

Telles sont les raisons qui m'ont déterminé à opérer comme je viens de le faire; mes confrères verront si le succès que j'ai obtenu est digne de leur attention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 28 septembre (2).

Hygiène des enfans. — *M. Devergie* obtient un tour de faveur et lit un mémoire intitulé : De la valeur de l'examen microscopique du lait dans le choix des nourrices. Dans ce travail, l'auteur expose les résultats de plusieurs centaines d'observations qu'il a eu l'occasion de faire au bureau des nourrices. Il a observé le lait des nourrices au microscope, comme M. Donné, et il est arrivé à des résultats curieux et intéressans.

La qualité nutritive du lait est en rapport direct avec la quantité et le volume des globules. Sous ce point de vue, le lait observé par M. Devergie offre trois variétés ou plutôt trois degrés. Le lait à gros globules se rencontre ordinairement chez les femmes d'une constitution sanguino-nerveuse; cependant il se rencontre aussi chez les femmes chétives; de sorte que le meilleur lait, c'est-à-dire le lait le plus nourrissant, n'est pas toujours en relation directe avec la constitution de la mère; et l'on s'explique par là comment il se fait que des femmes maigres, chétives, peuvent être d'excellentes nourrices. Cependant, de ce que le lait est à gros globules chez une femme, et qu'il est à petits globules chez une autre, on ne peut déduire, dit l'auteur, que la première est meilleure nourrice que la seconde, car la bonté de la nourrice doit se mesurer au degré d'assimilation dont son lait est susceptible chez l'enfant. Or, cela ne peut se dire *à priori*, tel enfant se nourrissant mieux, profitant davantage, avec le lait à petits globules qu'avec le lait à gros globules. C'est donc à l'observation expérimentale à décider si le lait de telle nourrice est bon ou mauvais pour l'enfant; mais lorsque l'observation aura appris, par exemple, que le lait ne profite

(1) Illustrations of the great, opérations of surgery, 1821, pag. 116.

(1) L'instrument de M. Poiseuil a assez bien fait connaître la grande influence que la direction flexueuse au rectiligne des artères exerce sur la circulation du sang de ces vaisseaux. Cette observation, appliquée à la disposition vasculaire ci-dessus indiquée, m'a paru de quelque importance. J'ajouterai que plusieurs des indications que j'ai déjà mentonnées ont été déduites de la même observation relative à la disposition anatomique des vaisseaux. Les élèves qui suivent ma pratique privée m'ont vu appliquer rigoureusement ces principes à toutes les opérations de rhinoplastie, de cheiloplastie, de génioplastie, de staphiloraphie, etc., que j'ai pratiquées sous leurs yeux.

(2) Dans le dernier numéro, on a imprimé par inadvertance *Académie de médecine* en tête du compte-rendu de l'Académie des sciences.

pas à l'enfant (en supposant qu'il n'y a pas de maladie apparente qui puisse rendre compte de l'anémie), le role du micrographe pourrait alors peut-être servir à constater la qualité du lait. Si celui-ci, par exemple, était du lait à petits globules, on en choisirait un autre à gros globules et *vice versâ*. M. Devergie a remarqué que le lait offre quelquefois deux qualités différentes aux deux mamelles d'une même femme : mais c'est ordinairement chez celles qui ont l'habitude de donner à l'enfant un sein plus souvent que l'autre. Au reste, l'âge n'a aucune influence sur les qualités du lait, pas plus que la constitution, l'observation ayant appris à l'auteur que le lait à gros globules se rencontre chez la femme de vingt ans comme chez celle de trente-cinq. Néanmoins, l'auteur est loin d'accorder à ces remarques microscopiques une entière confiance sous le rapport du choix des nourrices. Il pense au contraire qu'il faut s'en tenir à la méthode ordinaire et aux données que tous les accoucheurs connaissent et que M. Devergie rappelle brièvement; ce qui n'empêche pas, bien entendu, de tenir compte en même temps de l'observation microscopique. Enfin, M. Devergie a constaté plusieurs altérations dans le lait : ces altérations sont relatives à la couleur et à l'état des globules. Les globules ont été trouvés dans un état d'agglomération, et la couleur naturelle a été trouvée tout à fait bleue ou verte. Cette dernière condition a paru accompagner certaines maladies de l'enfant. Nous reviendrons sur ce travail lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Commissaires : MM. Baron, Chevallier, Dubois d'Amiens.)

Diathèse anévrismale; méthode de Valsalva. — *M. Breschet* présente d'abord plusieurs ouvrages dont il a été chargé de la part de leurs auteurs, ensuite un malade atteint d'une diathèse anévrismale. Les ouvrages sont :

1° Une brochure in-4° de M. Requelm, de Liège;

2° L'ouvrage de M. Florio dont nous avons parlé dans le dernier numéro;

3° L'ouvrage de M. Otto sur les monstruosités;

4° Un autre ouvrage du même auteur sur l'ankilose des pubis.

Le malade présenté par M. Breschet est un ouvrier de New-Yorck dont il avait été question il y a quelques mois à l'Académie à l'occasion d'une lecture de M. Roux sur l'anévrisme poplité. Ce malade était atteint de deux anévrismes poplités : on lui avait lié successivement les deux artères fémorales en Amérique; le mal avait guéri au côté droit, mais la tumeur du côté gauche avait persisté avec tous ses caractères. On voulait alors lui amputer la cuisse, car la tumeur faisait des progrès menaçans. Le malade s'est refusé à cette opération, et a fait le voyage de Paris pour trouver du remède. Il a été adressé à M. Breschet, qui l'a reçu dans son service à l'Hôtel-Dieu. A l'examen, on a trouvé que, indépendamment de la tumeur poplitée, tout l'arbre artériel était malade, surtout le cœur et les troncs aortiques. La constitution était elle-même en mauvais état. Ces conditions ont paru à M. Breschet contre-indiquer toute opération sanglante. En conséquence, il a soumis le malade à la méthode de Valsalva, savoir, des saignées répétées, des purgatifs, de la diète modérée, du repos absolu; il a en outre exercé une compression sur la fémorale primitive à l'aide du compresseur de Dupuytren; la tumeur elle-même et tout le membre ont été comprimés à l'aide de bandelettes agglutinatives et d'un bandage expulsif; enfin de la glace a été appliquée jour et nuit sur la tumeur pendant quatre mois et trois jours.

Sous l'influence de ce traitement, les pulsations de la tumeur ont diminué peu à peu, enfin elles ont fini par disparaître ; la totalité de cette poche a diminué graduellement de volume, puis enfin elle a disparu presque entièrement et le genou a repris ses dimensions et sa mobilité presque normales. Le malade peut marcher aujourd'hui ; c'est de son propre pied qu'il est entré dans la salle de l'Académie, et son état général s'est si bien amélioré sous l'influence du même traitement, qu'à l'exception de quelques bruits anormaux au cœur, que plusieurs membres ont pu constater, et d'un teint blanc-jaunatre qui est propre aux individus atteints d'affection au cœur, son état est très satisfaisant; il va prochainement partir pour New-York reprendre les occupations de son état.

M. Velpeau demande la parole.

M. Breschet. Je demande la permission de faire remarquer à l'Académie que l'exposé que je viens de faire vous sera représenté dans de plus amples détails dans la prochaine séance par un de mes élèves qui en a recueilli l'observation. Ainsi si des membres avaient des remarques ou des objections à présenter, je les prierais d'attendre à la prochaine séance où la discussion pourra avoir lieu.

M. Velpeau Je désirerais seulement demander un éclaircissement à M. Breschet avant que le malade ne quittât la salle. M. Breschet a dit qu'on avait pratiqué la ligature de la fémorale et que lui, il avait fait usage de la compression sur la même artère ; est-ce que la ligature n'avait pas oblitéré l'artère ?

M. Breschet. La ligature avait parfaitement oblitéré la fémorale superficielle, car on ne la sentait plus battre, mais la tumeur avait continué à être alimentée par des collatérales anastomosées avec la profonde. La fémorale profonde battait elle-même avec une violence presque anévrismatique, et ces battemens s'étendaient jusqu'à l'iliaque externe; de sorte que si une nouvelle ligature avait été jugée indiquée, elle aurait dû être appliquée sur l'iliaque primitive. La compression que j'ai exercée a porté sur la tumeur et sur la fémorale profonde elle-même, en agissant sur tout le membre avec le bandage et sur la fémorale primitive avec le compresseur.

M. Guersant veut répondre à une phrase émise par M. Breschet, sur l'ophthalmie purulente, à l'occasion de l'ouvrage de M. Florio. M. Breschet a paru révoquer en doute, d'après cet auteur, la contagion de la maladie. La chose n'est nullement douteuse ; je m'en suis assuré par l'expérience directe, je l'ai inoculée sur deux jeunes gens aveugles qui avaient été reçus pour d'autres maladies, en déposant entre leurs paupières un peu de matière prise sur l'œil de sujets atteints d'ophthalmie purulente ; ils ont été pris de la même affection, laquelle a parcouru chez eux la même période que chez les autres.

— *M. J. Guérin* lit un écrit intitulé : Note sur une hernie inguinale ancienne guérie à l'aide de l'incision sous-cutanée. Nous en rendrons compte lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. (Commissaires : MM. Ribes, Baffos, Bérard.)

— *M. Thillaye* fait un rapport sur diverses seringues présentées à l'Académie de médecine par M. Charrière.

M. Charrière, avantageusement connu de la plupart des membres de l'Académie, a présenté diverses seringues applicables à plusieurs usages thérapeutiques. Dans toutes, il a fait subir à la garniture des pistons une modification d'une utilité incontestable, puisque, d'une part, elle remédie aux inconvéniens qui résultent de l'irrégularité du calibre des corps de pompes, et que, de l'autre, elle empêche, lors d'une forte pression, le liquide de rétrograder en passant entre les surfaces contiguës de l'enveloppe cylindrique et de son piston; difficulté que longtemps on a essayé de surmonter en augmentant le volume de celui-ci, ce qui ajoutant aux frottemens le rendait rude à mouvoir lorsqu'il était nouvellement ajusté, et le fixait pour ainsi dire invariablement si pendant quelque temps on le laissait immobile. Rien de tout cela n'arrive dans le perfectionnement dont j'ai à vous rendre compte ; et pour vous le faire connaître, je pense ne pouvoir mieux faire que de citer textuellement l'auteur de la notice qui, avant tout, établit le principe suivant : « Plus le piston est appuyé avec force pour refouler le liquide, plus il empêche son retour en arrière en l'appliquant de toutes parts contre le tube par un développement analogue à celui du parachute ; en sorte qu'avec le corps de pompe le plus mal calibré les mouvemens du piston sont précis et faciles, car dans le mouvement de retrait il est seulement appliqué par une légère réaction élastique, tandis que dans le mouvement en avant son développement est toujours proportionné à l'effet qu'il doit produire.

» Pour obtenir ces résultats, le disque métallique qui forme la portion supérieure du piston est fixé à vis sur la tige, et reçoit en dessous de lui une rondelle de cuir convenablement préparée pour lui conserver de la souplesse. Cette rondelle, plus large que le piston, offre circulairement une collerette que l'on rabat dans le sens suivant lequel la pression doit être exercée sur la garniture du piston, qui est en laine imprégnée de graisse. »

Cette description justifie complètement le principe avancé, et indépendamment de toute expérience on conçoit que ce procédé non seulement est ingénieux, mais encore qu'il est susceptible d'applications d'une haute importance. Et pour vous convaincre que dans ce jugement il n'y a rien d'exagéré, j'ajouterai un seul mot : ce procédé est celui qui a été imaginé par Bramah dans la construction de la presse hydraulique. M. Charrière a su en faire une heureuse application ; nous l'en félicitons. Est-il le premier auquel cette idée soit venue ; c'est une question de priorité que nous ne chercherons pas à résoudre.

Parmi les seringues que M. Charrière a présentées à l'Académie, il en est une qu'il nomme *pompe simple à courant régulier*, et que l'on peut, en faisant varier ses dimensions, appliquer à une foule d'ouvrages divers. Cette pompe n'a pas moins de deux soupapes, l'une à l'origine du tuyau d'aspiration et l'autre dans l'intérieur du piston, à travers lequel passe, lors de sa descente, le liquide aspiré pendant son élévation. La course de ce piston est de deux centimètres, en sorte que pour enlever ou faire jaillir une médiocre quantité de liquide, il faut le faire jouer un grand nombre de fois. A l'égard du réservoir d'air destiné à rendre le jet continu, il est placé au-dessus du cylindre dans lequel s'élève l'eau et communique immédiatement avec lui. Quant à la compression de l'air, elle est produite par les mouvemens d'élévation et d'abaissement d'un second piston, plus petit que le premier, qui se meut simultanément avec lui et dans le même sens. C'est sur l'inégale capacité des deux corps de pompe superposés que s'est fondé l'auteur pour obtenir l'accroissement du ressort de l'air. Il serait facile de prouver que cette disposition satisfait aux conditions exigées rigoureusement de la même manière que beaucoup d'autres constructions analogues, en sorte qu'en cela il n'y a pas invention ; mais nous devons nous empresser d'ajouter que les appareils soumis à notre examen sont tous construits avec ce degré de perfection que l'on remarque dans tous les appareils qui sortent des ateliers de M. Charrière.

En résumant les motifs exposés dans ce rapport, nous proposons de regarder la présentation faite par M. Charrière comme une communication pour laquelle il lui sera adressé des remerciemens. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 2 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 119, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOSPICE DE BICÊTRE.

MÉMOIRE SUR LES PSEUDO-ÉTRANGLEMENS,

OU SUR L'INFLAMMATION SIMPLE DANS LES HERNIES;

Par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hôpital de Bicêtre.

(Académie des sciences, séance du 13 septembre.)

Il y a dix-huit mois environ que dans un travail purement historique, ayant recherché avec soin l'origine des doctrines reçues jusqu'à ce jour sur l'étranglement des hernies, j'étais arrivé à cette conclusion fort inattendue, que toutes ces doctrines étaient encore à l'état d'hypothèse, et qu'elles ne reposaient sur aucun fondement réel. Cela parut une témérité grande; et bien qu'après dix-huit mois de recherches ma conclusion subsiste encore dans toute sa force, elle excite toujours quelque défiance, et si j'osais ainsi dire, elle fait peur à beaucoup de chirurgiens. Aujourd'hui donc, que poursuivant mon œuvre commencée, je viens reprendre une de ces doctrines les plus généralement admises, montrer que non seulement elle ne s'appuie sur aucun fait, mais, bien plus, qu'elle est contraire aux faits; que certains états des hernies, que l'on a confondus avec l'étranglement, sont tout à fait distincts de l'étranglement, et, pour tout dire en un mot, que l'on a trop souvent pratiqué sur des indications illusoires, l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie, j'éprouve avant tout le besoin, pour préparer et justifier en quelque sorte ce nouveau travail, de fixer en peu de mots l'état de la chirurgie actuelle.

Depuis la résurrection des sciences en Occident, trois grands dogmes philosophiques ont successivement régné dans les écoles; d'abord le dogme catholique ou la foi dans l'autorité, qui s'exerça dans le moyen âge au profit des Arabes, et dans le seizième siècle au profit des anciens; secondement le dogme cartésien ou la foi dans la raison pure, qui domina le dix-huitième siècle; troisièmement le dogme de Bacon ou la foi dans l'*expérience*, souvent invoquée, rarement acceptée dans toute sa rigueur, et qui paraît enfin depuis peu prendre une plus grande place dans les recherches médicales. Or, dans les réformes successives par lesquelles a passé nécessairement la science, il est remarquable que la médecine a toujours pris les devans et que la chirurgie n'a guère opéré ses révolutions qu'en deuxième ordre; que les médecins, grâces sans doute au bienfait d'une éducation plus complète, ont toujours décidé le mouvement et que les chirurgiens n'ont fait que les suivre. A notre époque même, où des études préliminaires toutes semblables amènent sur les mêmes bancs les futurs docteurs en chirurgie ou en médecine, la pathologie interne a gardé l'avantage qu'elle avait sur l'autre et lui montre encore le chemin. Un exemple frappant fera mieux voir ce que je veux dire, en même temps qu'il nous ramènera de ces hautes considérations à notre sujet principal.

Au commencement de ce siècle, deux hommes d'un grand talent se chrgèrent de résumer et pour la médecine et pour la chirurgie ce qui était resté de plus positif des travaux, des essais, des conquêtes scientifiques du siècle précédent, et l'école de Paris vit paraître presque en même temps la Nosologie de Pinel et le Traité des maladies chirurgicales de Boyer, deux ouvrages écrits dans le même esprit, avec la même plénitude de sens et de savoir, acceptés tous deux, et ils le méritaient alors, comme les oracles de la science. Mais depuis qu'est-il arrivé? L'observation plus rigoureuse a réduit à leur juste valeur les entités pathologiques de Pinel, avec le cortège de symptômes fantastiques dont il les avait entourées; tandis que Boyer a gardé tout son prestige, et, sauf quelques faits de détail qui constituent des acquisitions plus modernes, est resté jusqu'ici comme l'Evangile des chirurgiens.

Serait-il donc vrai que cette fois la chirurgie avait l'avantage, qu'elle avait acquis des principes plus sûrs et mieux fondés que la médecine sa rivale, et que, marchant dans la même voie, soumise aux mêmes influences philosophiques et politiques, elle était arrivée la première à des résultats si différens? Il faut bien le reconnaître, pour ceux qui ont sérieusement envisagé l'histoire de notre art, ce serait là un phénomène inexplicable. Mais, en réalité, rien n'a été changé à la marche ordinaire des choses; Boyer aura vécu plus longtemps que Pinel, comme Guy de Chaulieu a vécu plus longtemps qu'Avicenne, et A. Paré plus long-temps que Fernel. C'est que la chirurgie, cette fois encore, a été plus lente à faire sa réforme; c'est, qu'à l'heure qu'il est, les chirurgiens n'ont pas encore voulu s'apercevoir que les deux Nosologies, filles du dix-huitième siècle portent autant l'une que l'autre la fatale empreinte de leur origine, et, pour dire enfin ma pensée tout entière, qu'il y a dans cette chirurgie de Boyer, qui est la nôtre, des entités pathologiques aussi légèrement admises, des groupes de symptômes aussi fantastiques que ceux de Pinel.

Voilà ce que je tenais d'abord à établir, afin que désormais le champ reste libre aux investigations modernes; afin que leur marche ne soit plus entravée par d'opiniâtres préjugés d'école; afin qu'à l'avenir, en chirurgie comme dans toutes les autres sciences, il n'y ait qu'un seul juge pour tous, l'expérience.

Lorsqu'une hernie sortie de l'abdomen devient tout-à-coup incapable d'y rentrer, qu'elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, et suscite des phénomènes généraux plus ou moins graves, la constipation, les vomissemens, le hoquet, on dit qu'il y a étranglement. Si la marche des symptômes est rapide, c'est ce que l'Ecole appelle étranglement inflammatoire; si elle est lente, l'étranglement prend le nom d'engouement. Mais dans l'un et l'autre cas, l'opération est la ressource commune: il est de règle de ne pas attendre trop tard pour y recourir; même dans l'engouement, Boyer la juge indispensable dès que les phénomènes augmentent; bien plus, chez les sujets âgés et affaiblis, n'y eût-il aucune augmentation de symptômes, il veut qu'on la pratique dans les trois ou quatre premiers jours.

Mais avant de poser des préceptes aussi redoutables, Boyer avait-il bien songé à la gravité de l'opération? Oui, certes; mais par je ne sais quel respect pour les autorités de l'autre siècle, il avait dit après Pott: « L'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même. » Ceci est fait assurément pour étonner quiconque a pratiqué ou a seulement vu pratiquer quelquefois l'opération de la hernie; mais afin d'établir catégoriquement ses véritables chances, j'ai recueilli pour un espace de cinq années et quelques mois, de 1836 à 1841, toutes les opérations de hernie pratiquées dans tous les hôpitaux de Paris par mes collègues et par moi-même, et j'ai trouvé:

Que sur 183 opérations, il y avait eu 114 morts.

Puis, cherchant quelle était la proportion de la mortalité chez les vieillards, chez qui Boyer est si pressé d'opérer, j'ai trouvé que, de 50 à 80 ans, 97 opérés avaient donné 70 morts, c'est-à-dire près des trois quarts.

Cette première opposition entre les faits qui se passent sous nos yeux et l'étrange assertion de Boyer peut déjà servir à faire voir comment, dans la chirurgie du dix-huitième siècle, l'imagination complaisante se mettait à la place des faits. Pénétrons maintenant au fond des choses, et sachons ce que c'est que l'engouement.

« L'engouement, dit Boyer, est occasionné par l'accumulation d'excrémens durcis dans la hernie; » et il ajoute qu'il est fréquent dans les hernies anciennes, parce que les excrémens s'y accumulent habituellement en vertu de certaines raisons théoriques qu'il invoque.

Est-il vrai d'abord que les excrémens s'accumulent habituellement dans les hernies anciennes? Je puis dire sans exagération que j'ai bien vu de mes yeux et palpé de mes mains plus de trois mille hernies, et ce fait habituel dont parle Boyer est si rare, que je ne l'ai jamais rencontré. Pour rendre la démonstration plus frappante, j'ai choisi à l'hospice de Bicêtre, dont je dirige le service chirurgical, quelques-unes des hernies les plus anciennes et les plus volumineuses qu'on ait jamais citées:

Une hernie de 28 centimères de hauteur sur 62 centimètres de circonférence;

Une de 24 centimètres de hauteur sur 64 centimètres de circonférence.

Et deux autres à peu près du même calibre. Je les ai examinées avec soin: la percussion rendait presque partout un son clair; nulle part il n'y avait un son notablement mat, nulle part on ne sentait de matières dures à travers la peau; les malades allaient régulièrement à la selle; et cependant ils réunissaient au plus haut degré possible les conditions théo-

---

FEUILLETON.

HOMÉLIE SUR LE MAGNÉTISME, PAR M. LYRAC.

Oui, mon cher confrère, c'est vraiment dommage et bien du temps s'écoulera avant que j'en sois consolé. Qu'en disent ce que voudront nos puritains Héraclites, moi, je soutiens que le magnétisme était une excellente chose, dont les partisans de la médecine hilariante et désopilante doivent nécessairement regretter la mort prématurée. Le magnétisme était, en effet, ma joie et ma consolation dans mes jours de douleur. Que de fois, alors que chevauchant dans des chemins montueux, j'allais, humble Hippocrate de village, porter les secours de notre art sous quelque toit de chaume, que de fois les ennuis de la route ont-ils été abrégés par l'histoire d'une dent arrachée sans douleur, d'une mamelle enlevée sans que la patiente ait murmuré la plus petite exclamation! Mais c'est surtout depuis que je suis à Paris, que de tous mes étonnemens le plus grand sans contredit a été tout ce que j'ai vu, tout ce que j'ai entendu, tout ce que j'ai lu sur ce phénomène incomparable. Quoi! me suis-je dit souvent, il est donc vrai que dans cette capitale de l'esprit et des lumières il se trouve une collection de gens assez nombreuse pour soutenir, alimenter et défrayer cette fabrique d'inepties, de stupidités, de ridicules, de folies, vendues sous le nom de magnétisme animal! Mais comme il ne m'est pas donné de contempler long-temps les choses sous leur côté sérieux et triste, je m'en suis donné à cœur-joie de cette boutique; je me suis immiscé dans toutes les réunions, j'ai assisté à toutes les expériences, je me suis fait croyant pour voir de près les adeptes et leurs disciples, et de tout cela j'ai rapporté une disposition telle que le seul mot de magnétisme me fait rire aux larmes, et que, pour vous écrire ceci sans éclater, il me faut toujours avoir devant les yeux la figure noble et grave de M. Frapart, de cet homme loyal et probe qui n'a pas reculé devant un sacrifice que comprendront seulement les hommes à fortes et énergiques convictions; sacrifice de Brutus; car il était bien aujourd'hui le père du magnétisme, et du coup que sa main a porté jamais le fils ne se relèvera. Voilà, du reste, la seule compensation que je trouve à cette catastrophe, c'est de nous ramener une belle intelligence égarée à la recherche de l'absurde; de nous rendre un admirable talent d'écrivain et une aptitude merveilleuse aux luttes littéraires. Soyez le bien venu, M. Frapart, digne confrère, — car vous me permettrez bien de vous donner ce nom, — et pour si peu que vous le veuilliez, les sujets ne manqueront pas à votre plume puissante.

Mais ce serait criante ingratitude de ma part, de laisser se fermer la tombe du magnétisme sans lui donner un dernier et solennel adieu. Adieu donc, aimable et divertissant phénomène, toi qui m'as tant fait rire, qui au lieu d'exciter en moi des colères bouillantes et des emportemens furieux, plongeais mon esprit dans un océan de plaisir et de gaieté! Adieu vision sans le secours des yeux, par l'occiput, par la nuque, par l'épigastre, par le talon; adieu masques d'argile et de taffetas gommé, tampons de coton, bandeaux de velours, foulards soyeux! Adieu boîtes mystérieuses dont l'œil magnétique perçait la ligneuse enveloppe! Adieu lucidité médicale pour qui la profondeur des organes n'avait rien de caché, mèches de cheveux, mouchoirs imprégnés de fluide, lettres magnétisées! Clairvoyance sublime qui permettait de voir à Paris ce qui se passait à Madrid ou à Pekin, adieu! Puissance ineffable du regard qui plongeais tes esclaves dans l'engourdissement du sommeil, irrésistible attraction de la pensée muette, indicible énergie de la volonté, force colossale de la foi, bienfaisante influence de la charité, je vous salue d'un long et triste adieu! Qui donc fera marcher nos paralytiques, entendre nos sourds, parler nos muets, voir nos aveugles! Et vous, noble et belle dame, qui si souvent, en cachette, alliez consulter la sibylle, qui calmera vos nerfs agités, dissipera vos vapeurs? Jeune fille tremblante, qui délicatement, dans un papier de soie, enveloppiez une mèche de cheveux, qui, désormais, vous dira si votre amant est ou non infidèle? Mère impatiente et curieuse, qui vous dévoilera le sexe de l'enfant que l'amour a déposé dans votre sein? Et vous tous cohorte impotente et maladive, qui demandiez au magnétisme un peu de vie et de santé, à quelle source irez vous donc puiser l'espérance et l'illusion?

Je ne vous oublierai pas dans mes adieux, apôtres et disciples de cette foi éteinte, fabricans et débitans, commerçans en gros et en détail de ce produit désormais inutile; vos convictions, apôtres; votre aveuglement, disciples; votre industrialisme, fabricans; vos ruses et finesses, débitans; tout cela m'a fait passer des heures trop aimables pour que mon souvenir reconnaissant ne vous suive pas dans le champ du repos.

Je vous salue, brave Curé, dont le cerveau tenait à l'estomac: une chose, une seule chose manque à votre gloire: c'est de n'avoir pas légué votre dépouille mortelle à Gannal l'embaumeur, qui aurait transmis aux générations futures une variété anatomique si complétement inconnue. Je vous salue, M. Gion, ainsi que vous, M. Bourguignon, sans vous oublier, M. Charpignon, ni vous surtout, M. Bournichon, solides champions, brillans lumignons de la congrégation. A vous, illustre professeur d'une science morte, intrépide directeur du théâtre de la rue Saint-Honoré, adroit et patient instituteur de Calixte, adorable M. Ricard, à vous un salut d'honneur! Que les larmes de vos abonnés vous accompagnent, que le baquet de Mesmer vous soit léger. A vous, homme complexe et ambigu, que M. Comte réclame comme un de ses adeptes, et que le magnétisme accepte comme une de ses gloires, à vous, M. Perinor, que j'ai eu le bonheur de voir, dans une petite ville de province, faisant d'une main passer la muscade, faisant de l'autre des passes magnétiques, à vous je ne donnerai que la moitié de mes regrets: car enfin, si le magnétisme vous manque, le sac à la malice vous reste. Mais vous, infortuné M. Laurent, vous, la cause occasionnelle de cette mort inattendue, vous sur qui l'on comptait pour confondre les infidèles, vous le cornac de *Prudence*, et qui dans cette occasion en avez tant manqué de prudence, avant que vous essuyiez, pauvre Christ, la couronne d'épine que l'indignation de M. Frapart vent vous enfoncer dans la pulpe cérébrale, recevez tous mes regrets sincères! Je vous collectionne dans mes adieux, docteurs Dupotet, Berna, Chapelain, et vous aussi, docteur Pierre, à qui Deleuze mourant légua ces belles paroles: « Vous êtes Pierre, et sur cette pierre édifiez la maison des croyans; » ainsi que vous, docteur Teste, prédit par Daniel: *In Teste stat pulchritudinis ornamentum.* N'êtes-vous pas, en effet, la perle des magnétiseurs?

Mais à propos de perles, vous oublierais-je, brillans diamans de la couronne magnétique, vous toutes femmes charmantes dont j'ai si souvent contemplé la pose si gracieuse dans le sommeil? Savez-vous bien qu'un impertinent incrédule a osé me dire que si vous dormiez toujours, c'était pour cacher vos vilains yeux? Il ne vous avait pas vues, sémillante Colette, ni vous belle Fragard, ni vous surtout touchante Virginie, qui entreteniez un si chaste commerce avec de beaux anges tout blancs et tout roses! Incomparable Diana, brune et agaçante Espagnole, que de fois m'avez-vous fait envier le sort de votre heureux magnétiseur! Et vous, nobles dames baronne de Douai, comtesse de Bondé, éclatant reflet aristocratique dont se pavanait le magnétisme, vous qui, ternissant votre blason, avez bien voulu déroger jusqu'à l'humble condition de somnambules médicales, et par charité pure vendre vos consultations; ah! vous méritiez un meilleur sort. Dormez, dormez en paix, charmantes dormeuses; par le petit trou du fameux masque d'argile, la vérité, la raison, le bon sens sont revenus, et cette température est trop forte pour vous, plantes fragiles; il vous faut le demi-jour de l'illusion, l'obscurité du mensonge, l'aveuglement de la foi. Dormez, beaux papillons nocturnes: il est grand jour, voilà le soleil, et M. Frapart a ouvert ses fenêtres.

Dr LYRAC.

P. S. Décidément, mon cher confrère, si l'*ubicumque* n'est pas *in extremis*, il est au moins atteint d'une hypochondrie et d'un ictère essentiel graves; l'envie fait voir tout en jaune à ses deux patrons.

Il tempête contre M. Baudens, qui a le tort d'avoir gagné ses grades

riques indiquées par Boyer. Bien plus, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs autopsies de ces hernies remarquables par leur volume excessif, et jamais je n'ai vu de matières dures accumulées.

Mais qu'il me soit permis ici de m'étonner de l'inadvertance de nos théoriciens. Il n'y a, il ne peut y avoir de matières dures, ni même de matières fécales que dans le gros intestin ; et les hernies du gros intestin ne font peut-être pas le vingtième en nombre des hernies intestinales. Ainsi, 95 fois sur 100 cet argument, comme on le définit dans nos livres, est matériellement impossible, il n'est possible que dans les hernies du gros intestin. Or, pour celles-là même, jamais dans mes autopsies je n'ai trouvé un seul cas d'accumulation de matières fécales dans la hernie, ni quand le malade était mort d'une affection étrangère, ni quand il avait succombé à des accidens développés dans la hernie même. Je vais plus loin : j'ai compulsé tous les auteurs que j'ai pu me procurer, j'ai recueilli tous les cas où la cause des accidens avait été mise au jour soit par l'opération, soit par l'autopsie, et dans cette nouvelle masse d'observations je n'en ai rencontré qu'une seule où il y eut réellement accumulation de matières dans l'intestin, une seule ; et les auteurs de la doctrine de l'engouement n'en avaient jamais vu.

Ainsi, la définition de l'engouement est contraire aux faits ; les données sur lesquelles on l'appuie sont contraires aux faits ; le mot lui-même n'a plus aucune signification réelle, et ne doit plus rester dans la science que comme souvenir d'une grande et déplorable erreur.

Mais ne se pourrait-il pas qu'en donnant une dénomination inexacte à la maladie, la maladie eût été du moins bien décrite et les indications bien saisies? C'est ainsi que les derniers partisans de Pinel consentaient à changer les dénominations de ses fièvres, pour sauver l'existence des fièvres même. Mais le chirurgien n'a pas été plus heureux ici que le médecin ; il a décrit une maladie imaginaire ; il lui attribue un ensemble de symptômes imaginaires, et quelquefois contradictoires. Ainsi, dans un endroit il avance que pour que l'engouement ait lieu, il faut que la hernie sorte par une ouverture *de peu d'étendue* ; à la page suivante, il lui faut une ouverture qui ait subi *une dilatation considérable.* Dans un paragraphe, il déclare que les symptômes de l'engouement se montrent *toujours* avec lenteur ; vous l'entendez, *toujours*, sans exception ; au paragraphe prochain, il avouera qu'ils sont quelquefois *aussi vifs et aussi pressans* que dans l'étranglement dit inflammatoire. Et comme celui-ci, remarquable en général par ses accidens *vifs et pressans*, offre une marche lente et des accidens peu intenses, le lecteur ne sait où se prendre dans ce tissu de contradictions ; et l'auteur lui-même ne s'en tire qu'en adoptant une thérapeutique semblable dans tous les cas.

J'ai payé, comme tous les chirurgiens, un tribut fatal à cette fatale doctrine : j'ai opéré dans un cas de prétendu engouement ; il n'y avait ni engouement ni étranglement, et mon opéré est mort. Vous trouverez des erreurs de ce genre commises par Percival Pott, par Dupuytren, par A. Cooper ; j'en citerais des exemples tout récens empruntés à nos meilleurs chirurgiens contemporains, et il s'en faut que toutes les erreurs aient été publiées. Que dis-je, les erreurs ! Plusieurs de nos confrères n'ont publié leurs observations, terminées par la mort des malades, qu'en justifiant leur conduite, et en montrant combien elle était conforme aux principes.

Mais après avoir signalé ce danger, il reste à rechercher s'il ne tient pas à la nature même des choses, et s'il est possible de l'éviter. Or, je pense que dans la majeure partie des cas, on peut poser des indications nettes et précises, et qu'on trouvera ces indications dans l'étude exacte des états morbides variés que peut présenter la hernie. Bien que je ne veuille pas traiter ici dans toute son étendue cette immense question des étranglemens, j'avancerai cependant comme la conclusion la plus avancée de toutes mes recherches, qu'il y a là trois élémens principaux, dont deux primitifs et un secondaire :

1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures.

2° L'inflammation pure et simple, très commune, et qui presque toujours est limitée à la séreuse de la hernie.

3° Enfin l'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon avec son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques ; ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis dans les cas de simple péritonite herniaire.

Quant à l'engouement des auteurs, c'est une création de l'imagination pure ; et c'est la péritonite herniaire méconnue que l'on a traitée et fort mal traitée sous ce nom.

Or, cette péritonite, dont le nom véritable est à peine prononcé en passant par les écrivains les plus modernes, est l'accident le plus commun qui survienne dans les hernies ; et c'est probablement pour n'avoir pas suffisamment étudié les hernies à l'état simple que les chirurgiens l'ont méconnue. Chose étrange ! ils ont été frappés cependant des résultats qu'elle laissait après elle, et même des symptômes qu'elle développait ; mais ils n'ont pas remonté à la cause, et quand elle s'est offerte à eux dans son état le plus aigu et le plus redoutable, ils l'ont confondue avec leurs variétés d'étranglemens.

Cette inflammation se présente à plusieurs degrés que l'on peut rallier à ces deux types principaux, l'inflammation adhésive et l'inflammation suppurative.

L'inflammation adhésive est souvent légère, fugace, se révélant par des coliques plus ou moins vives, quelquefois par les symptômes d'une indigestion déclarée, allant enfin jusqu'à susciter des vomissemens et du hoquet comme l'étranglement véritable. La hernie est alors irréductible ; le taxis ne fait qu'irriter les accidens ; et cependant, dans cet état de choses, il suffit fréquemment du séjour au lit et de topiques chauds ou froids pour opérer la réduction. J'ai eu plus d'une fois occasion d'étudier cette nuance chez mes vieillards de Bicêtre, et j'en ai rapporté plusieurs observations. J'ajouterai que ce sont principalement des cas de ce genre qui ont servi à Richter à édifier cette autre hypothèse chirurgicale des étranglemens spasmodiques.

Enfin à un degré plus considérable, la hernie demeure irréductible ; il faut plusieurs jours, et quelquefois plusieurs semaines pour apaiser l'inflammation et procurer la réduction. Dans un cas de hernie épiploïque, je ne fis rentrer la hernie que le huitième jour ; dans un autre cas de hernie purement intestinale, que le dixième jour. Ce dernier cas est surtout remarquable, en ce que, le sujet ayant succombé deux mois plus tard à une autre affection, nous pûmes constater à l'autopsie les points suivans :

1° Que la hernie était formée par l'S iliaque, et malgré cette circonstance si favorable à l'engouement, durant l'inflammation elle avait toujours rendu dans tous ses points un son clair et tympanique.

2° Qu'en laissant la hernie tout entière au dehors, l'anneau qu'elle traversait permettait encore facilement le passage de trois doigts réunis ; ce qui excluait toute possibilité d'un étranglement véritable.

Quand on parvient à réduire ces hernies, il ne reste guère de traces de l'inflammation adhésive qu'à la partie la plus déclive du sac, où le péritoine se montre épaissi, dur, raboteux, souvent parsemé de taches noirâtres. Si par une cause ou par une autre la hernie est abandonnée au dehors, soit en totalité, soit en partie, il se produit des adhérences ; et de même que sur le vivant, j'ai dit que l'inflammation adhésive était le plus fréquent des accidens herniaires ; de même sur le cadavre, la fréquence des adhérences et des épaississemens du sac achève la démonstration et prouve la fréquence de la cause indiquée.

L'inflammation suppurative est infiniment plus rare, et ne peut guère être constatée que par l'opération ou l'autopsie. J'en ai vu un cas remarquable sur un vieillard de soixante-dix-neuf ans, porteur d'une hernie énorme, et qui succomba par l'effet de cette inflammation. L'autopsie faite avec grand soin, et sans déranger aucunement les viscères herniés, il fut constaté que l'anneau permettait aisément l'entrée de deux doigts par-dessus le pédicule de la hernie ; conséquemment qu'il n'y avait pas d'étranglement, et cependant les symptômes observés pendant la vie auraient exigé l'opération suivant la doctrine actuelle.

Maintenant, comment distinguera-t-on ces cas d'inflammation des cas d'étranglement réel, et quelle sera la conduite à suivre ? Voici en peu de mots le résumé de mes recherches à cet égard :

1° Dans *toutes* les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis long-tems abandonné, il n'y a pas d'étranglement réel ; l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Ce fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire soit sur le vivant, soit sur le cadavre ; et je n'y ai point encore trouvé d'exception.

2° Dans les épiplocèles purs, de quelque volume qu'ils soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative que l'on prend pour un étranglement. Je dis *le plus souvent*, parce que je ne veux pas nier d'une manière absolue que l'étranglement y soit possible ; mais je ne l'ai jamais vu pour ma part ; je n'en ai trouvé dans les auteurs aucun exemple bien authentique, et la réalité de cet étranglement est encore tout entière à démontrer.

3° Conséquemment, dans ces deux cas bien spécifiés, l'opération est toujours irrationnelle ; et à part le taxis au début ou au déclin de l'inflammation, le traitement doit être tout antiphlogistique.

DU SÉJOUR FORCÉ DE L'URINE DANS LA VESSIE ;

(Extrait d'un Mémoire présenté à l'Académie des Sciences)

Par M. le Dr Civiale.

Le séjour de l'urine dans son réservoir peut se prolonger au-delà du terme ordinaire, par deux séries de circonstances différentes. Tantôt l'urine, bien qu'elle ne sorte pas, ou ne sorte qu'incomplètement, ne rencontre rien qui s'oppose à son cours, le canal excréteur étant sain et libre dans toute son étendue ; mais les parois de la vessie ont perdu leur puissance expulsive en totalité ou en partie, et il ne leur reste plus que l'élasticité commune à tous les tissus vivans. Tantôt la vessie possède toutes les qualités nécessaires pour chasser son contenu au-dehors dès qu'elle est suffisamment distendue, mais un point quelconque du conduit excréteur offre des obstables qui rendent la sortie du liquide difficile, impossible même.

---

sur le champ de bataille ; il ricane même sur le compte de *Némésis*, de par qui les mots : *Charlatans, charlatans!* s'appliquent au *charlatanisme de la vertu* comme à toutes les autres espèces de charlatanisme.

Après quoi il ne s'agit rien moins que d'un baiser-Lamourette offert à la presse. Ce baiser, vous le refuserez, si vous suivez mon conseil : il y a tout à gagner à s'écarter des mauvaises passions, et à marcher, comme vous l'avez toujours fait, indépendant des choses et des hommes. Une alliance avec la jalouse hypocrisie de l'elu de la Journée des Dupes, ou avec la pédantesque suffisance du chantre de l'hypochondrie, ne peut vous aller. Dr L.

— Notre confrère a parfaitement raison : nous ne nous mettrons jamais à la remorque de l'envie ou du mensonge ; notre opposition a pu être vive et hardie, elle ne sera jamais basse et jalouse. Aussi, pour toute réponse aux bannerets qui ont pris pour enseigne *Ars longa*, leur rappellerons-nous qu'Hippocrate a ajouté : EXPERIENTIA FALLAX.

LE MASQUE DE PLOMB DU MAGNÉTISME ANIMAL.

(*Correspondance de Lyon.*)

S'il est encore quelques vrais croyans à foi assez robuste dans le magnétisme animal, nous devons contribuer à ébranler leurs convictions, chaque fois que le mensonge trop odieux nous est matériellement démontré.

Mademoiselle Prudence, toujours en compagnie du docteur Laurent, a voulu donner une représentation au congrès scentifique de Lyon ; cette faveur n'a été qu'à demi-octroyée, c'est-a-dire que les expériences de magnétisme ont été permises seulement avant l'ouverture des séances du congrès. Des masses de terre glaise ont été appliquées sur les yeux, le front et la figure de mademoiselle Prudence ; les contractions maxillaires et la dessication de la terre glaise n'ont pas tardé à produire des fissures qui laissent passer des rayons lumineux, ainsi que cela a été constaté maintes fois et dans différentes villes.

Le lendemain 10 septembre, une commission a été choisie pour assister à de nouvelles expériences et dans un autre local. Cette commission se composait de MM. les docteurs Bonnet, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon ; Caffe, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris ; Jourdan, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, et Munaret. Des bandelettes de taffetas d'Angleterre furent appliquées sur les paupières de mademoiselle Prudence, un masque en plomb recouvrait son visage, l'orfice des narines était fermé, l'ouverture de la bouche seule était libre poar faciliter la respiration. MM. les commissaires présumant que quelques rayons lumineux pouvaient pénétrer par l'ouverture labiale du masque en suivant les ailes du nez, prirent la précaution de déprimer légèrement la lèvre supérieure et de faire saillir la lèvre inférieure du masque, sans en prévenir le magnétiseur, *l'expérience de la vision manqua.*

Mademoiselle Prudence se plaignait en disant que le masque la blessait ; M. Caffe déclara la modification qui avait été faite, on fut obligé de la faire disparaître, dès-lors la *lucidité revint.* Plusieurs parties d'écarté furent gagnées à différens partners.

Quelques personnes ayant appliqué le masque sur leur figure, entre autres MM. les docteurs Jourdan, Caffe, Levrat fils, elles purent reconnaître la couleur et la figure des cartes. Les assistans restèrent dès-lors convaincus que la lumière qui était nécessaire arrivait jusqu'aux yeux par l'ouverture labiale du masque en plomb.

Mademoiselle Prudence ne devine pas avec promptitude, mais très lentement et après avoir à plusieurs reprises promené contre son masque, dans toutes les directions, au-dessus du niveau de la bouche principalement, l'objet qu'elle veut indiquer.

Il est important de constater ici le refus de M. Laurent, qui ne voulut pas laisser appliquer un corps saillant, une bande de papier de 4 centimètres au-dessous de la lèvre inférieure. Un officier d'artillerie, amateur présent à la séance, prétextant la fatigue de mademoiselle Prudence, semblait vouloir rendre les épreuves incomplètes, lorsque M. Caffe se vit contraint de lui imposer silence et déposa un pari de 500 francs que trois autres spectateurs couvrirent par une somme de 2,000 francs, dans le cas où M. Laurent remplirait l'une des conditions suivantes, qui toutes furent successivement refusées par M. Laurent.

1° Un voile doublé de taffetas ciré sera appliqué, on supprimera le masque et les bandelettes, les yeux seront complètement libres.

2° Liberté absolue des yeux et de la face, une simple feuille de papier opaque couvrirait la page ou seulement les trois lignes destinées à être lues par la somnambule.

3° Si la prétendue somnambule voit à travers le plomb seulement et non à travers le papier, ce dernier sera remplacé par une feuille de plomb, composée du masque aplati.

Ces propositions faites l'une après l'autre furent de même rejetées par M. Laurent, dont les jongleries sont aujourd'hui bien évidentes, mais non terminées, puisqu'il annonce des consultations au prix de 10 et de 5 francs, c'est-à-dire que mademoiselle Prudence verra très clairement dans nos viscères, lorsqu'elle n'a pu lire à travers une simple feuille de papier !

L'une des réclames de M. Laurent a donné lieu à l'insertion de la lettre suivante dans le journal *le Réparateur :*

« Monsieur,

» Je vous prie de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro les explications que je vous donne en réponse à un article apologétique sur le magnétisme animal, où j'aurais mieux aimé voir figurer le nom de son auteur que le mien.

» Si j'ai eu l'imprudence de consentir à un rendez-vous dans mon cabinet entre M. Laurent et quelques personnes qui avaient assisté à ses premières expériences au palais Saint-Pierre, ce fut pour être agréable à plusieurs de mes confrères, et pour voir à mon aise, le plus près possible, en quoi consistent les miracles du magnétisme.

» J'ai vu, comme tous les assistans, mademoiselle Prudence, endormie ou non, jouer l'écarté aussi habilement que Conus ; mais elle n'a pas pu distinguer une couleur d'une autre, épreuve bien plus facile ; d'où j'ai conclu qu'elle ne pouvait pas mieux voir au fond d'un estomac ou d'un abdomen, que sur une table, entre deux flambeaux.

» M. Laurent n'est pas de mon avis, car vous saurez, Monsieur le Rédacteur, qu'il n'est pas venu dans notre ville pour donner gratis des soirées amusantes, mais pour y exercer la médecine *intuitive*, pour y vendre des consultations de 5 à 10 francs.

» Il faut espérer que tout magnétiseur qu'il est, il n'endormira pas l'autorité locale chargée de veiller à la sûreté et à la bourse de nos concitoyens.

» Et si M. Laurent est médecin, je lui conseille, en bon et loyal confrère, de chercher dans les entrailles de la terre plutôt que dans les nôtres, un moyen d'existence plus honorable pour lui et plus concluant pour ses doctrines.

» Agréez, etc. Le docteur Munaret. »

— Des lettres de la Nouvelle-Orléans annoncent que la fièvre jaune continue à faire des ravages ; les décès vont en augmentant.

Comme le résultat définitif est toujours la difficulté ou l'impossibilité d'uriner, et que, dans la majorité des circonstances, les praticiens ne s'occupent que des grandes perturbations, ils désignent les deux cas sous le nom commun de rétention d'urine. Mais cette dénomination est évidemment impropre lorsqu'il s'agit d'une collection de liquide qui ne se forme que parce que son réservoir ne peut pas le chasser. J'appellerai donc le premier cas stagnation, et le second rétention d'urine. Les conséquences ne diffèrent pas moins que les causes et le mode de traitement.

D'un côté, les désordres tiennent aux efforts expulsifs de la vessie, et de l'autre, ils dépendent surtout des caractères morbides qu'acquiert l'urine, de son influence sur la surface interne de la vessie, et de l'état prolongé de plénitude de ce viscère. Ici, l'art doit tendre à ranimer la contractilité vésicale, et là, son but est d'écarter les obstacles qui paralysent les efforts de l'organe. Si, dans l'un et l'autre cas, on a quelquefois recours aux mêmes moyens, c'est qu'il y a des indications semblables à remplir ; celle, par exemple, de faciliter l'excrétion de l'urine. Ainsi, que le liquide ne soit pas chassé ou qu'il soit retenu, on introduit une sonde ; mais, dans le premier cas, pour suppléer à la perte d'action de la vessie, et dans le second, pour faire cesser les obstacles qui occasionnent la rétention. Du reste, les deux états ne sont pas sans avoir de certains rapports, en ce sens du moins qu'ils peuvent se succéder l'un à l'autre, et jouer réciproquement le double rôle de cause et d'effet.

De la stagnation de l'urine. A l'état morbide, dont l'étude va faire le sujet de cet article, doivent se rattacher, et les faits de rétention d'urine par paralysie de la vessie, dont la science est déjà en possession, et la description que les auteurs nous ont transmises des paralysies incomplètes du viscère. Une longue expérience m'a prouvé que cet état de recevoir l'urine n'avait pas suffisamment fixé l'attention des observateurs, que surtout on avait négligé des points importans de thérapeutique. J'ai essayé de remplir cette lacune en examinant l'atonie ou la paralysie de la vessie, et la stagnation de l'urine qui en est la conséquence, d'abord dans les cas simples, puis dans les cas compliqués. Les premiers étant généralement faciles à déterminer, je présenterai quelques observations sur ceux de la deuxième catégorie.

A chaque instant, il se présente dans la pratique des malades de tout âge et de toute condition, qui éprouvent du côté de la vessie des troubles fonctionnels vagues qu'on ne peut rattacher à aucune cause, et dons les sujets font un exposé diffus et incohérent. Le praticien peu exercé ne découvre aucun état morbide caractérisé ; il se borne à prescrire les traitemens généraux en usage contre les irritations ; les accidens paraissent se calmer, mais au bout de quelques jours ils se reproduisent. Souvent il suffit de recourir aux moyens que j'ai fait connaître en décrivant les névralgies de l'urètre et du col vésical, de pratiquer des injections froides dans la vessie, en même temps qu'on aide ce viscère à se débarrasser de son contenu, et de prescrire des toniques, des révulsifs, pour obtenir une guérison durable. Une pratique de plusieurs années m'a prouvé l'utilité de cette méthode, que l'ai exposée dans tous ses détails, et sur le succès de laquelle on peut compter dans la plupart des cas simples. Mais il en est d'autres dans lesquels l'atonie vésicale est compliquée d'états morbides divers, les moyens indiqués ne suffisent plus alors pour obtenir la guérison, même quand la maladie paraît peu avancée. Dans une longue série de circonstances spéciales et complexes, on est obligé d'en modifier diversement l'application. D'ailleurs, ces cas ont encore cela de particulier, que le diagnostic y devient souvent difficile et plus ou moins incertain ; car il s'agit ici de déterminer l'existence, la nature et la gravité de la complication, connaissances auxquelles on ne parvient fréquemment qu'après des recherches multipliées et par des tâtonnemens dans l'emploi des moyens curatifs.

J'appellerai un instant l'attention des praticiens sur l'une de ces complications qu'il n'est pas rare de rencontrer, et à l'égard de laquelle il se commet souvent des méprises.

Les observations que j'ai présentées dans le premier volume de mon Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, mettent hors de dotue ce qu'il était déjà facile de prévoir d'après la théorie, savoir que les névralgies, les spasmes, mes, les rétrécissemens de l'urètre et tous les autres obstacles à la libre expulsion de l'urine exercent une grande influence sur la production de l'atonie, de la faiblesse, de la paralysie de la vessie. Ces divers états morbides peuvent aussi ne constituer qu'une simple complication de l'atonie vésicale, c'est-à-dire être insuffisans pour déterminer la paresse de vessie s'il n'existait pas déjà une prédisposition marquée à cette dernière affection. Mais, qu'ils jouent le rôle de cause ou qu'ils ne soient qu'une simple coïncidence, ils n'en méritent pas moins une sérieuse attention.

Parmi les complications de l'atonie de la vessie, les plus insidieuses sont les états nerveux peu développés, les rétrécissemens commençans de l'urètre et la perte plus ou moins complète de l'élasticité, de la souplesse des parois urétrales. Ce qui rend surtout les rétrécissemens commençans graves, c'est que l'habitude acquise d'employer, pour l'exploration de la vessie, des sondes qui ne remplissent pas la capacité du canal, fait qu'en général on n'y songe même pas. En effet, une sonde ordinaire passe aussi bien dans un urètre légèrement rétréci que dans celui qui est libre ; pourvu que le point rétréci conserve encore un calibre supérieur au diamètre de la sonde, celleci le franchit sans nulle difficulté ; cependant l'état de raideur et d'induration dans lequel se trouvent alors les parois urétrales, suffit pour rendre l'excrétion de l'urine pénible et laborieuse, surtout quand la vessie est faible, paresseuse. J'ai cité plusieurs faits attestant que non-seulement la stagnation de l'urine, mais encore un assez grand nombre de catarrhes vésicaux, ne reconnaissent pas d'autre cause, en sorte qu'il n'y a qu'à faire disparaître cette dernière pour rétablir aussitôt l'équilibre, et par suite la santé.

Je viens de donner des soins à un malade qui avait déjà été traité deux fois pour une névralgie du col vésical, avec atonie de la vessie. La plus grosse bougie dont je me fusse servi était du n° 10 ; elle pénétrait sans difficulté et sans rapporter d'empreinte. Tout en recherchant quelles pouvaient être les causes de cette double récidive, dans un cas où rien ne semblait devoir la faire craindre, je m'avisai de sonder avec une bougie du n° 11. Cet instrument ramena l'empreinte d'un léger rétrécissement au-dessous de l'arcade pubienne. Eclairé dès-lors, je détruisis la coarctation au moyen de la dilatation temporaire, et tous les accidens disparurent. Ce qui m'avait détourné d'abord de soupçonner un rétrécissement commençant, c'est que, depuis long-temps il n'y avait aucune trace d'écoulement, que les érections avaient lieu comme dans l'état normal, et que les dernières urétrites contractées par le malade remontaient à une époque fort ancienne.

Je ne multiplierai pas les preuves, car le fait est patent et à l'abri de toute contestation. Seulement j'insiste sur la nécessité que l'attention du praticien soit éveillée à cet égard, et d'autant plus que les malades se font souvent eux mêmes illusion, ce dont je citerai l'exemple suivant.

Un médecin plus que sexagénaire, d'une constitution faible, avait remarqué depuis long-temps que sa vessie se vidait mal, malgré les besoins fréquens qu'il éprouvait, et les efforts auxquels il se livrait. Mais il ne s'occupa sérieusement de son état que quand la maladie eut fait d'assez graves progrès pour porter atteinte à la santé générale. Il croyait avoir un récrécissement. Je trouvai en effet l'urètre rétréci d'une manière sensible à l'arcade pubienne. Cependant la cause principale des désordres me parut être ailleurs. La vessie était dans un état voisin de la paralysie, et au moment où je fus appelé elle formait une tumeur considérable au-dessus des pubis. J'employai d'abord les bougies molles, et dès que la sensibilité de l'urètre fut assez émoussée pour rendre le passage des bougies peu douloureux, j'eus recours aux sondes à demeure, dans le double but de dilater l'urètre et de stimuler la contractilité de la vessie. La première indication fut parfaitement remplie ; mais la vessie n'a point encore recouvré sa puissance, malgré les sondes, les injections, les douches, etc. Le malade est obligé de se sonder plusieurs fois par jour.

Il ne sera pas inutile de faire connaître la circonstance qui a le plus contribué à fixer mon attention sur l'influence que les rétrécissemens peu développés de l'urètre exercent dans l'atonie vésicale. J'ai eu à traiter plusieurs sujets affectés d'atonie opiniâtre de la vessie. Après avoir employé divers moyens sans succès, je me suis trouvé conduit à rechercher s'il n'existait pas dans l'urètre ou la vessie quelque état morbide propre à entretenir les accidens. Or, l'introduction d'une grosse bougie, n° 10 ou 11, était rendue impossible par une bride au méat urinaire. J'ai détruit cette bride dans l'unique but de pouvoir, plus tard, faire passer la bougie ou un instrument explorateur, sans que le malade souffrît. Mais quelle n'a pas été ma surprise, au bout de quelques jours, de voir disparaître, par cela seulement, tous les symptômes d'atonie de la vessie et de stagnation de l'urine. En se multipliant, les faits de ce genre m'ont mis à même d'apprécier la portée d'une cause que l'on méconnaît si souvent, et depuis lors j'ai guéri un assez grand nombre de paresse de vessie par le simple débridement du méat urinaire.

Or, il sautait aux yeux que le phénomène constaté, en ce qui concerne l'orifice externe du canal, devait se produire également dans les parties profondes de celui-ci, soit qu'il fût rétréci d'une manière sensible, soit que ses parois eussent seulement perdu de leur souplesse, de leur élasticité. C'est, en effet, ce que l'expérience m'a prouvé d'une manière en quel que sorte surabondante. Aussi, toutes les fois que je rencontrai une paresse de vessie rebelle aux moyens énumérés plus haut, avant même de rechercher si la cause de cette opiniâtreté réside dans la vessie ou dans d'autres parties du corps, je m'attachai à acquérir une idée nette de l'état des parois urétrales.

Le procédé est fort simple. Il consiste à introduire une bougie molle de 3 lignes de diamètre, dimension normale de l'urètre chez l'homme. S'il y a un rétrécissement commençant, la bougie pénètre avec peine, et, après deux ou trois minutes de séjour, elle rapporte une empreinte qui fait connaître la situation, l'étendue, l'épaisseur du point rétréci. Si, au lieu de rétrécissement, il y a perte de souplesse des parois urétrales, les difficultés de l'introduction sont les mêmes, quelquefois plus grandes, mais la bougie ne rapporte pas l'empreinte d'un étranglement plus ou moins circulaire ; quelquefois seulement elle est aplatie, déjetée, comprimée dans une certaine étendue. Ces indices font connaître que la partie correspondante du canal n'est point dans l'état normal. Il est bien entendu qu'on ne confondra pas les déformations dont il s'agit avec celles qui pourraient résulter d'un vice dans le mode d'introduction, et que j'ai fait connaître ailleurs ; car je dois supposer ici qu'on a procédé régulièrement et que la bougie a pénétré dans la vessie.

L'introduction des grosses bougies fait quelquefois éprouver des douleurs au malade. Il faut alors s'y prendre d'une autre manière. On commence par une bougie de 2 lignes : lorsqu'elle passe aisément, après deux ou trois introductions, on en prend une plus grosse, en suivant la marche que j'ai déjà tracée, et l'on parvient ainsi à faire pénétrer, sans causer de souffrances au malade, une bougie qui remplisse exactement le canal, et qui rapporte les impressions que ne manquent pas de laisser sur la cire les états morbides dont je viens de parler.

Lorsqu'il existe une induration fort étendue des parois urétrales, il ne se produit pas d'empreinte : mais on est averti de cet état par l'effort qu'il faut faire pour introduire les grosses bougies. Le canal offre alors une résistance insolite dans une grande partie de son étendue. Cependant cette résistance est peu ou point douloureuse, et dès qu'on veut retirer la bougie, après deux ou trois minutes de séjour, on est tout surpris de voir qu'elle n'est point retenue, qu'elle sort frès librement sans déformation notable ; d'où l'on conclut d'ailleurs aussi qu'elle a pénétré dans la vessie au lieu de butter contre les parois urétrales, ce qui pourrait induire en erreur un praticien peu expérimenté, eu égard à la nature de l'obstacle. On dirait que les parois urétrales, une fois écartées, restent plus ou moins long-temps en cet état, et ne reviennent que lentement sur elles-mêmes.

Dans ces divers cas, dès qu'on est parvenu à reconnaître l'état morbide de l'urètre qui apporte un certain obstacle au passage de l'urine, et contribue de la sorte à rendre l'action de la vessie pénible, fatigante, la conduite du praticien se simplifie. Son premier soin doit être de rétablir l'urètre dans les conditions normales par l'emploi des divers moyens que j'ai indiqués ailleurs. Je répète que ces cas sont fort nombreux et varient à l'infini. C'est ici que se rapportent ceux dans lesquels le canal a été meurtri, contus, tiraillé, etc.

Lorsque les rétrécissemens de l'urètre sont plus avancés, le diagnostic n'offre pas les mêmes difficultés. En effet, il est rare, dans cette circonstance, que l'on voie commettre les méprises qui sont si communes dans les cas précédens.

Assez fréquemment alors il y a de l'avantage à traiter le rétrécissement par l'usage des sondes à demeure, qui stimulent la vessie en même temps qu'elles opèrent la dilatation du point rétréci du canal. Les faits que j'ai cités dans le premier volume prouvent que beaucoup de malades ont été traités ainsi avec succès, en ayant soin toutefois, au début du traitement, de recourir à l'emploi des bougies molles pour disposer l'urètre à supporter sans inconvénient la présence continue de la sonde, et aussi, vers la fin du traitement, de n'employer que la dilatation temporaire, combinée avec les injections d'eau froide dans la vessie.

Lorsque le malade n'est pas à portée de recevoir en temps utile et aussi souvent qu'il le faudrait la visite du chirurgien, ce mode, par les sondes à demeure, offre des avantages incontestables, et l'on doit y recourir autant que les circonstances le permettent, toujours en prenant les précautions dont j'ai fait un précepte ; car, aussi long-temps que le canal est rétréci, la vessie ne possédant pas assez de force pour chasser l'urine, il en résulte des contractions inutiles qui ne font qu'entretenir l'inertie du viscère, en même temps qu'elles exercent sur l'état général des influences fâcheuses qui retardent la guérison, si même elles ne la compromettent. Mais dans les circonstances où le rétrécissement urétral est peu dur, lorsqu'on est en position de voir le malade aussi souvent que son état l'exige, c'est par la dilatation temporaire qu'il est préférable de détruire le rétrécissement, soit en employant les bougies molles s'il n'est pas nécessaire d'aider la vessie à se débarrasser de son contenu, soit en ayant recours aux sondes s'il est nécessaire de vider la vessie et de faire en même temps des injections. La guérison qu'on obtient par cette méthode est aussi prompte et plus durable que lorsqu'on a employé les sondes à demeure.

HERNIE INGUINALE ANCIENNE GUÉRIE PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE ; par M. Jules GUÉRIN.

OBS. — Martin (Pierre), détenu au dépôt de Saint-Denis, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution robuste, tempérament mixte, portait deux hernies inguinales réductibles lorsqu'il nous a été présenté, il y a trois mois, par M. le docteur Louvel, chirurgien du dépôt. La hernie du côté gauche existait depuis une vingtaine d'années ; elle est survenue à la suite d'un effort, et a peu augmenté depuis le moment de son apparition ; elle descend jusqu'à la moitié du scrotum, et offre, à son plus grand développement, le volume d'un œuf d'oie. Le canal inguinal parcourt un trajet presque directement antéro-postérieur ; il est large à y introduire le pouce. Après la réduction de la hernie, il ne se ferme pas, et ses parois et les bords de son orifice extérieur restent même un peu tendus. Cette tension augmente sensiblement, ainsi que l'ouverture du canal, pendant les efforts, la toux, la contraction volontaire des muscles abdominaux. Du reste, la hernie est facilement réduite et maintenue à l'aide d'un bandage.

A droite, la hernie s'est developpée, au dire du sujet, environ trois ans plus tard, également sous l'influence d'un effort. Elle est d'un volume un peu moins considérable que la précédente, mais descendant aussi bas dans le scrotum. L'orifice inguinal n'admet que le doigt indicateur, qui cependant, avec un peu d'effort, peut pénétrer dans l'intérieur du canal et en explorer les parois. Ce canal est dirigé moins obliquement de dedans en dehors qu'à l'état normal. Son axe forme avec le plan antéro-postérieur du corps un angle d'environ 25 à 30°, ouvert en arrière. Au repos, le canal et ses orifices ne se relâchent pas ; ils restent béans, comme du côté opposé. Pendant les contractions des muscles abdominaux, les efforts, la toux, etc., on sent également le canal et l'orifice antérieur se dilater et ses parois se tendre considérablement. Le pourtour de l'anneau antérieur devient dur et comme tranchant : ses diamètres augmentent au moins de 3 millimètres.

Ayant fait connaître à M. le docteur Louvel mes idées sur la formation de certaines hernies, et les procédés exempts de tout danger que je me proposais d'appliquer à leur cure radicale, cet obligeant confrère, après en avoir obtenu l'autorisation de M. le préfet de police, voulut bien encourager ma tentative. J'opérai donc, le 11 juillet dernier, en sa présence et en présence de MM. les docteurs Kuhn et Longchamps, la hernie droite de Martin de la manière suivante :

Le malade était couché sur un lit, les cuisses écartées, demi-fléchies, le bassin et les parties supérieures abaissées. La hernie était parfaitement réduite. On pouvait, en refoulant la peau de la racine du scrotum, introduire le doigt jusque dans le fond du canal inguinal. On sentait alors les cordes formées par les piliers de l'anneau ainsi que les bords de l'orifice profond du canal. Je soulevai en un pli transversal la peau de la partie interne inférieure de l'aine, du pubis et de la racine du scrotum, et je la ramenai de bas en haut jusqu'au niveau de l'orifice du canal ; à la base de ce pli j'enfonçai un petit bistouri en fer de lance jusqu'à l'entrée du canal, au-dessus et au-dedans du cordon spermatique, qu'un aide avait soin d'attirer à lui. Dans cette ouverture j'engageai un myotome convexe, à sommet arrondi et mousse, dont la lame a 2 centimètres 5 millimètres de long sur 2 à 3 millimètres de large, supporté par une tige non tranchante de 5 centimètres de long. Ayant enfoncé toute la lame dans le canal, je coupai d'abord obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors à une profondeur d'environ 1 centimètre, ayant soin de m'assurer prealablement, par le toucher de la situation du cordon, qu'un aide tenait toujours abaissé. Je retournai ensuite la lame de l'instrument, et j'incisai successivement en haut

et en bas dans l'angle interne, tout près du pubis, les parties tendues formées par les deux divisions du ligament de Fallope et les fibres du grand oblique qui s'y terminent. En troisième lieu je fis, dans le trajet du canal, plusieurs scarifications superficielles dans les points intermédiaires aux trois incisions principales.

Ces différentes sections, quoique faites dans une étendue de 1 centimètre au moins pour chacune, et quoique occupant une partie du canal, n'ont atteint que les fibres aponévrotiques du grand oblique, et ont été ainsi bornées au plan superficiel du canal et à son orifice externe.

L'opération a duré en tout dix minutes. Il s'est écoulé environ une palette de sang. Après l'expulsion de l'air et d'une partie du sang contenu dans la plaie, je fermai exactement la petite piqûre de la peau, et j'appliquai sur le trajet du canal des compresses maintenues par un spica. Le malade resta couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, le bassin soulevé et le reste du tronc abaissé.

M. Louvel a bien voulu surveiller l'opéré pendant les premiers jours, et me tenir au courant des suites de l'opération. Ces suites ont été des plus simples; il ne s'est manifesté aucun symptôme de réaction. Le malade a dormi toute la nuit sans douleur appréciable. Cicatrisation immédiate de la ponction.

Rassuré complètement par ces premiers résultats, j'ai cru pouvoir différer ma visite jusqu'au dimanche suivant, huit jours après l'opération. Il n'y avait plus de traces de plaie extérieure; point de rougeur ni de sensibilité dans le trajet du canal; celui-ci était le siége d'un épanchement de matière déjà consistante. Le malade continua de garder le lit. On appliqua sur le canal des compresses fixées par un bandage médiocrement serré.

Au quinzième jour, la matière épanchée s'était transformée en une nodosité de consistance presque fibreuse, qui me parut déjà suffisante pour contenir la hernie. Dans le but de m'assurer jusqu'à quel point les parties pourraient résister, je fis faire quelques efforts suffisans pour effectuer la sortie de la hernie gauche. Celle du côté opéré se maintint parfaitement. Dans les efforts de toux, le malade éprouvait un tiraillement assez sensible dans l'intérieur du canal.

Au vingt-unième jour, je permis au malade de se lever, en conservant son bandage. La toux n'était plus douloureuse. A partir de ce moment il s'est levé tous les jours et a repris peu à peu ses travaux. Vers la cinquième semaine après l'opération, il a quitté son bandage sans en prévenir personne, continuant de travailler comme par le passé. Depuis six semaines environ il ne porte plus aucun moyen contentif, et cependant la hernie ne s'est pas reproduite.

Aujourd'hui Martin se trouve dans l'état suivant : toute la région iliaque droite, ainsi que la portion abdominale de l'aine de ce côté, sont moins amples, moins saillantes que du côté opposé. Le canal inguinal est oblitéré; dans les efforts, la toux, etc., on peut sentir le rebondissement des viscères contre la partie des parois abdominales situées à environ 5 centimètres en dehors et au-dessus du canal. Toute la partie, siége de l'opération, se déprime, tandis que la hernie se reproduit du côté opposé. Du reste, la peau qui recouvre la cicatrice de la hernie opérée a conservé toute sa mobilité.

La *Gazette des Hôpitaux* contenait, le 4 septembre, un article de M. le docteur Auber sur mon *Traité de la Mort apparente* (1).

Cet article m'ayant été remis le 6, je n'aurai pas différé ma réponse.

Pourtant j'avouerai que je me suis demandé s'il me convenait de la faire; mais aussitôt j'ai compris que l'importance du sujet, et d'honorables suffrages m'obligeaient à me défendre, et j'entre en lice avec les armes dont on devrait toujours se servir pour vaincre sans regret après la victoire.

Cela posé, j'aurai sans contredit acquis un nouveau droit à l'estime de M. le docteur Auber, en confirmant l'opinion qu'il a donnée de moi; car il a dit : « Nous voulons être juste envers M. Vigné, et, pour le lui prouver, nous dirons que ses critiques, ses réflexions et ses avis, toujours empreints d'une parfaite loyauté, sont constamment exprimés en termes pleins de convenance et d'urbanité, ce qui lui fait honneur et mérite d'être signalé à notre époque où les hommes en général, et les médecins en particulier, se respectent fort peu, et se conforment rarement, à l'égard les uns des autres, aux traditions distinguées et aux préceptes délicats de la vieille et bonne éducation. »

Certes, rien n'est plus flatteur que ce langage, et j'aurais plus d'un autre remercîment à faire à M. le docteur Auber, s'il n'était question que de ma personne, à laquelle il semble vouloir attacher les bonnes qualités qui me le font singulièrement estimer lui-même.

Mais, avant tout, il s'agissait d'un ouvrage que sa publication venait de livrer à la critique, et, si purs que dussent lui paraître les sentimens de l'auteur, elle ne pouvait renoncer au droit que, dans l'intérêt de la science, elle est tenue d'exercer.

Ses jugemens, néanmoins, n'ont pas toujours été sans appel, et, malgré la rigueur de M. le docteur Auber à l'égard de mon livre, je le veux et ne veux que lui pour arbitre dans le débat qui s'élève entre nous.

Dès la première ligne de ce livre, l'auteur est arrêté tout court. On lui demande s'il a voulu dire que l'âme est une *substance* semblable à Dieu.

Je ne ferai pas un pas de plus sur ce terrain, quoique je pusse y marcher de pied ferme avec des hommes dont le nom seul commande le respect, et je donne aux casuistes devant lesquels M. le docteur Auber me renvoie à décider si j'ai pu lire avec ces hommes justement célèbres que l'âme est une *substance*. et si je dois en cela, comme eux et après eux, paraître inorthodoxe?

S'il en était ainsi, je me serais bien abusé en voulant donner relativement à l'âme, l'idée que, pour notre bonheur, nous devons tous avoir de son origine, de son essence, de sa grandeur, de son immortalité.

A ce premier reproche de M. le docteur Auber en succède un autre, quoique très grave toutefois, bien plus facile à supporter.

« On nous a livré, dit ce médecin un peu trop loin entraîné par l'amour de la vérité, un Traité de la mort apparente. Un traité...... Par conséquent, nous étions en droit de compter :

» 1° Sur quelques questions préjudicielles jetées çà et là comme un exorde en tête d'un discours pour préparer l'auditoire et pour l'émouvoir;

» 2° Sur une large exposition du sujet, indiquant à la fois le but, les tendances et les croyances de l'auteur;

» 3° Sur une histoire complète grossie de tous les travaux du maître, de ses recherches, de ses critiques, de ses enseignemens;

» 4° Sur un résumé théorique et pratique offrant en quelque sorte à l'état de condensation les idées mères, les principes et toutes les conclusions présentées de manière à graver le tout ensemble dans l'esprit du lecteur. »

» Nous nous sommes trompé : toutes ces choses ne se trouvent qu'à l'état latent ou de confusion dans le livre dont nous donnons l'analyse, et c'est seulement par une opération de l'esprit, par un *choc en retour* souvent répété, qu'on parvient à les saisir, à les retrouver.

» En somme, le livre de M. Vigné est simplement le produit combiné de deux mémoires, l'un sur l'asphyxie des noyés, l'autre sur le danger des inhumations précipitées; tous les deux sur-composés de longues et savantes discussions sur les diverses asphyxies, sur la syncope, la léthargie et l'apoplexie. Mais point de généralités par ordre de filiation, point d'historique ou de faits bien nouveaux; encore moins de questions préjudicielles, à moins que vous ne vouliez accepter comme telles quelques phrases comme aphoristiques, dont un des paragraphes que voici paraîtra sans doute peu orthodoxe à certains casuistes. : L'Être suprême a donné à l'homme une substance semblable à la sienne. Est-ce bien une *substance* que M. Vigné a voulu dire? Enfin, nous avons vu avec peine que le chapitre des signes de la mort, qui aurait dû se trouver au commencement du livre, était précisément rejeté à la fin. C'est, nous l'avouons, ce qui nous a fait dire déjà, en termes peut-être trop familiers, que l'auteur avait ouvert son livre par l'extrémité opposée. »

Je sais gré à M. le docteur Auber de m'avoir épargné le désagrément de remettre en scène une comparaison dont la forme pouvait être toute différente, et qui pèche encore par son inexactitude.

En effet, mon chapitre sur les signes de la mort devait nécessairement attendre son tour, et ne pouvait trouver sa place qu'à la suite de l'examen que j'avais à faire des maladies qui ressemblent le plus à la mort et des moyens de les guérir, puisqu'aussitôt que ces moyens paraîtraient frappés d'impuissance, viendrait s'offrir d'elle-même la grande question de savoir si le sujet serait encore ou ne serait plus au nombre des vivans.

La méthode et la raison exigeaient donc que d'abord l'asphyxie, la syncope, la léthargie, l'apoplexie fussent passées en revue, et c'est avoir satisfait à la méthode, à la raison, que d'en avoir agi de la sorte. C'est aussi par le rapprochement de ces diverses maladies et par leur application toute spéciale, toute directe à mon sujet (deux choses qui, j'ose le dire, puisque l'on me force à parler de moi, ne se rencontrent dans aucun autre ouvrage), que je me suis cru autorisé à publier le mien sous le titre de *Traité de la mort apparente*.

Je dois encore ne pas laisser inaperçue l'erreur dans laquelle est tombé M. le docteur Auber, en disant que mon livre est simplement le produit combiné de mes deux mémoires sur l'asphyxie par submersion et sur le danger des inhumations précipitées.

Il est aisé de voir que toutes les autres causes d'asphyxie et les trois chapitres suivans composent plus des deux tiers du Traité de la mort apparente, et qu'ils sont là pour fixer aussi l'attention du lecteur, et l'auteur avec eux, pour recevoir le suffrage ou le blâme qu'il aurait mérité.

Or, ne ne pas les distinguer d'avec les deux mémoires qui n'avaient été publiés par anticipation que pour obvier aux dangers de la submersion et des inhumations précipitées, c'est presque laisser croire que l'on n'aurait pas, au moins suffisamment, pris la peine de les lire.

Je voudrais pouvoir prolonger cet entretien, et je me sers de cette expression, la seule applicable, entre confrères qui s'estiment, à cet échange, à ce léger choc d'opinions; mais j'ai déjà dépassé les bornes que je m'étais prescrites.

Néanmoins, qu'il me soit permis d'ajouter, 1° que tout ce que j'ai promis dans la courte préface du Traité de la mort apparente, je crois l'avoir tenu; 2° que je réponds de toutes mes assertions; 3° que, gratuitement, on m'accuse d'avoir été obscur, prolixe, diffus; de m'être livré à des détails étrangers à mon sujet; 4° enfin, que je me suis fait un devoir de citer les médecins honorables qui m'ont tracé le chemin, aidé de leurs lumières et donné l'exemple de la philanthropie toujours présente au cœur de ces hommes à jamais la gloire et les délices de l'humanité.

Après avoir cédé au besoin de me défendre, j'éprouve encore celui de serrer la main de M. le docteur Auber, en signe d'amitié.

VIGNÉ,
Médecin à Rouen.

Rouen, le 9 septembre 1841.

(1) Nous consentons à publier cette réponse sur la demande même de l'auteur de l'analyse.

L'usage fréquent des vésicatoires dans le traitement des maladies aiguës ou chroniques, et la nécessité de les entretenir pendant un temps plus ou moins long, suggérèrent à M. Albespeyres, pharmacien à Paris, rue du Faubourg-Saint-Denis, 84, l'heureuse idée de composer et préparer le papier épispastique qui porte son nom.

Sa supériorité sur tous les autres épispastiques nous fait un devoir de le recommander à nos lecteurs. Ils remarqueront qu'il ne porte aucune odeur et n'irrite jamais, quoiqu'il produise une abondante suppuration.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. QUENTIN, pharmacien à Paris : nos expériences nous ont répondu du succès.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 5 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 120, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

UXIÈME MÉMOIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR UN ANUS ARTIFICIEL DANS LES RÉGIONS LOMBAIRES GAUCHE ET DROITE SANS OUVRIR LE PÉRITOINE (1).

Lu à l'Académie royale de médecine, le 6 septembre 1841;

Par J.-Z. AMUSSAT.

Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, le 1er octobre 1839, de mes deux premières opérations d'anus artificiels établis avec succès dans la région lombaire gauche sans ouvrir le péritoine, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois autres opérations de ce genre.

Je vais d'abord vous rendre compte brièvement des deux dernières, parce qu'elles ont un rapport plus direct avec les deux autres. Pour les deux nouvelles opérations, j'ai établi l'anus artificiel dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine, tandis que pour les deux premières j'ai établi l'anus artificiel dans la région lombaire gauche.

A la suite de ces deux faits, je donnerai la continuation des observations des deux premiers malades que j'ai opérés, et enfin, après avoir parlé d'une autre opération d'anus artificiel que j'ai été forcé de pratiquer par la méthode de Littre, je terminerai par quelques réflexions sur l'opération en général.

Je réclame toute l'indulgence de l'Académie pour ce nouveau travail; ce sont des matériaux d'un memoire, rassemblés à la hâte; les faits ne sont pas classés et élaborés comme je le voudrais. En attendant mieux, je crois devoir faire connaître le plus promptement possible à l'Académie et aux chirurgiens, tout ce que j'ai fait sur ce sujet important.

Pour la première opération contenue dans ce mémoire, ou la troisième dans l'ordre des dates, comme je l'ai dit tout à l'heure, l'anus artificiel a été établi dans la région lombaire droite sur le colon ascendant sans ouvrir le péritoine et sans savoir positivement où était l'étranglement. J'ai pratiqué cette nouvelle opération le 3 juillet dernier, chez une femme de cinquante ans; il y a par conséquent maintenant soixante-quatre jours. Le tube digestif était complétement obstrué depuis quarante jours. C'est M. Deguise, notre collégue, ici présent, qui m'a fait l'honneur de m'appeler pour cet étranglement interne le plus difficile à reconnaître de tous ceux que j'aie encore rencontrés. Cette opération a été récemment publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (3 août 1841); je vais donc en donner seulement une analyse succincte.

Madame B..., âgée de cinquante ans, habituellement constipée, a cessé d'avoir ses règles vers le mois de janvier dernier. Cette dame est accouchée heureusement de six enfans et a eu deux fausses-couches. Depuis la cessation des règles la constipation, devenue plus opiniâtre, ne pouvait être vaincue que par des lavemens, les matières fécales étaient très dures et en boulettes; néanmoins, à part quelques vomissemens et du malaise, madame B.... avait de l'appétit et n'éprouvait aucun dérangement notable dans sa santé. Mais dans le courant du mois de mai dernier les selles devinrent beaucoup plus difficiles encore. Enfin, le 27 mai, après quatre ou cinq jours passés sans aucune évacuation de gaz ni de matières fécales, madame B.... fut obligée de réclamer les soins d'un médecin. Des sangsues furent appliquées à l'épigastre, des lavemens et de légers laxatifs furent prescrits, mais sans résultat. L'état de la maladie devenant plus grave, la constipation persistant, on fit appeler M. Chomel et plus tard M. Deguise, qui resta seul chargé du traitement. Ce praticien distingué employa tous les moyens connus pour amener des garderobes: lavemens, purgatifs drastiques, etc., et le cathétérisme du rectum. On eut recours aussi aux douches ascendantes avec l'appareil Bizet.

Le 27 juin, M. Deguise ayant épuisé sans résultat l'emploi de tous ces moyens, pensa que l'établissement d'un anus artificiel était indispensable pour remédier à l'état alarmant de madame B.... Il me fit appeler. Alors il y avait déjà trente-quatre ou trente-cinq jours au moins que la malade n'avait rendu ni gaz ni matières par l'anus. Le ventre était très distendu et, par suite de l'amaigrissement qui survient constamment dans ces circonstances, on voyait à travers les parois amincie de l'abdomen des *anses intestinales gonflées par des gaz*; il donnait à la percussion un son clair, tympanique. La malade étant placée sur le ventre, le flanc droit nous parut plus bombé, plus saillant que le gauche. Une sonde de gomme élastique fut introduite dans le rectum, mais arrivée à 6 ou 8 pouces de hauteur, elle se recourbait et ne pouvait pénétrer au-delà. En examinant par le vagin, on reconnut que la sonde était repliée dans le rectum, et on constata que l'utérus n'était pas déplacé, mais qu'il était peut-être un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire. Les lavemens ne pénétraient qu'avec la plus grande difficulté et ils étaient expulsés aussitôt sans entraîner de matières fécales. Depuis quelques jours seulement il y avait eu des vomissemens bilieux, sans odeur fécale, et le pouls était assez fort et sans fréquence.

Nous nous demandâmes quelle était la cause de cette rétention des gaz et des matières fécales, survenue presque tout à coup chez notre malade.

Avions-nous affaire à une tympanite essentielle, c'est-à-dire produite par une atonie des intestins? Cela n'était pas probable; car les faits de cette nature, s'ils existent, doivent être très rares. S'agissait-il d'un volvulus, d'une invagination intestinale, d'un étranglement produit par une bride? Sans doute, dans ces affections, le cours des matières fécales est arrêté subitement; mais il existe en même temps des symptômes généraux beaucoup plus graves, des accidens semblables à ceux qui accompagnent les hernies étranglées. De plus, nous n'avions pas constaté les vomissemens stercoraux qui surviennent si souvent dans les étranglemens internes dont nous venons de parler. De l'absence de ces vomissemens, devait-on conclure que l'obstacle était situé à la fin du gros intestin, vers l'S iliaque, par exemple? Il est vrai que dans quelques cas de rétrécissemens de cette portion du tube digestif, ce phénomène ne s'est pas présenté; mais les observations publiées sur ce sujet sont encore trop peu nombreuses, ou incomplètes pour servir au diagnostic.

Enfin, l'obstacle était-il produit par des corps étrangers accumulés dans le gros intestin, comme M. Cruveilhier et d'autres observateurs en ont publiés des exemples?

Malgré l'impossibilité de découvrir la cause, la nature et le siége de l'étranglement, nous ne devions pas, nous ne voulions pas rester spectateurs passifs de la mort inévitable de la malade. Une opération pour l'établissement d'un anus artificiel était donc indispensable. Je m'empressai de répéter mon procédé sur le cadavre, et de constater de nouveau que le cathétérisme de l'intestin avec une sonde œsophagienne *ne peut servir utilement au diagnostic des rétrécissemens situés dans un point élevé du gros intestin.*

Le lendemain 28 juin, M. Deguise et moi, après avoir cherché inutilement encore quelle pouvait être la cause des accidens, nous fûmes d'avis qu'il fallait, avant de recourir à l'opération, nous éclairer de l'avis de quelques-uns de nos confrères. Le même jour, dans la soirée, MM. Magendie, Breschet, Chomel, Foville se rendirent à notre invitation. Après un examen attentif et une discussion approfondie, il fut décidé à l'unanimité que l'on insisterait encore sur les lavemens forcés, sur les douches ascendantes; qu'on emploierait le galvanisme, et que, dans le cas où tous ces moyens seraient sans résultat avantageux, il faudrait pratiquer l'opération d'après le procédé que j'avais déjà appliqué deux fois avec succès.

Après cette consultation, on administra les douches ascendantes d'eau et d'air, ainsi que des lavemens forcés: *un seul pouvait être reçu et conservé par la malade.* Le lendemain matin, 29 juin, l'électricité fut appliquée avec beaucoup de soin par M. le docteur Schuster; ce moyen n'eut pas plus de succès que les autres. Dès lors il n'y avait plus à hésiter; il fallait établir un anus artificiel, il y avait urgence.

Le 30 juin, à quatre heures du soir, tout était disposé pour pratiquer l'opération; mais il fut impossible de décider la malade à s'y soumettre.

Le 1er juillet, madame B... était assez calme; mais il n'y avait eu aucune espèce d'évacuation par l'anus.

Le 2 juillet au matin, l'affaiblissement augmente; le pouls est petit et fréquent; l'haleine est fétide, et la malade exhale une odeur stercorale. MM. Magendie, Breschet, Chomel furent encore réunis, et il y eut *unanimité* sur la nécessité de

(1) Le premier mémoire a été inséré dans la *Gazette médicale* de 1839; il se trouve chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*.

FEUILLETON.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PRODUCTION ET LA PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES;

Par J. COSTER, D.-M.

Mon intention n'était point encore de donner de la publicité à ces recherches, parce qu'elles avaient besoin de la sanction du temps et du nombre pour donner des résultats irrécusables et dignes de l'attention des médecins; mais comme on a publié dans ces derniers temps l'emploi de l'un des moyens auquel je me suis plus particulièrement fixé, j'ai à cœur de les faire connaître aujourd'hui, moins pour revendiquer la priorité qui m'appartient, que pour n'être pas accusé de m'approprier les idées d'autrui.

Il faut d'abord admettre que la présence de la matière tuberculeuse suppose dans l'organisme pris dans son ensemble une disposition spéciale, une manière d'être individuelle, laquelle disposition organique est transmise par voie d'hérédité, ou acquise sous l'influence des causes extérieures dont les principales sont, sans contredit, l'absence de la lumière solaire, l'air froid et humide, le défaut d'exercice, et la mauvaise alimentation.

La matière tuberculeuse est donc le produit de tout l'organisme. C'est une pauvre et stérile idée que celle qui consisterait à la regarder comme le résultat du travail morbide d'un organe, ou même d'un système d'organes considéré isolément. Cette manière analytique d'étudier les maladies est bonne pour venir en aide à la paresse ou aux bornes de notre intelligence. L'on conçoit très bien l'anatomiste suivant séparément les diverses trames de nos tissus, les isolant les uns des autres; mais il faut savoir ensuite considérer toutes ces parties isolées comme ne faisant qu'un tout, car c'est ainsi que les choses se passent dans la nature. Il ne faudrait pas surtout aller prendre pour la maladie réelle l'état local qui n'est le plus souvent que l'expression de l'état général, que sa traduction sur un point, si l'on peut s'exprimer ainsi

La matière tuberculeuse dans l'économie n'est point le résultat de la *sécrétion* d'un organe en particulier. En effet, si elle était le produit du travail sécréteur d'un organe quelconque, des poumons, par exemple, on ne la trouverait que dans le parenchyme d'organes doués d'une structure spéciale; on ne la rencontrerait que dans les poumons. C'est ainsi que la bile n'est sécrétée que par le foie, l'urine par les reins, la salive par des glandes spéciales, etc. Il n'en est pas de même de la matière tuberculeuse; on en rencontre des dépôts dans une infinité d'organes doués de structure et de fonctions très diverses. On la trouve dans le poumon, dans le foie, dans les reins, dans les testicules, dans les glandes lymphatiques; dans les tissus séreux, tels que le péritoine, les méninges, le tissu cellulaire, le tissu osseux lui-même, etc. Or, comment admettre que des organes et des tissus, si variés dans leur structure et dans leurs fonctions, se trouvent doués de la propriété de sécréter un produit identique? Il est donc de toute évidence que la matière tuberculeuse que l'on rencontre dans ces divers organes n'est pas un produit de sécrétion.

Serait-elle le produit d'un état inflammatoire, ou de tout autre travail morbide de certains organes? Pas davantage. D'abord, le propre de l'état inflammatoire d'un organe est d'en exagerer la fonction; mais si, prenant toujours un terme de comparaison, l'on suppose que l'inflammation exagère l'action sécretoire des poumons, exagération dont la conséquence serait la formation des tubercules, on devra se demander pourquoi l'inflammation d'autres organes, d'autres tissus tout à fait différens, y détermine également la sécrétion de la matière tuberculeuse? De plus, si l'inflammation du parenchyme pulmonaire ou d'autres organes suffisait pour donner lieu à cette sécrétion, pourquoi cette inflammation ne produit-elle pas constamment cet effet? C'est évidemment parce que l'inflammation a beau travailler les poumons ou d'autres organes, la matière tuberculeuse ne s'y déposera point, si elle n'était pas primitivement contenue dans les fluides circulans. Or, elle ne se trouve pas dans ces fluides, si ceux-ci n'ont été élaborés sous l'influence d'un organisme à part, d'un organisme prédisposé. Ainsi, un individu peut être affecté d'une inflammation pulmonaire, quelque intense qu'elle soit, il n'en résultera jamais de tubercules, excepté dans les cas où l'économie se trouve préalablement dans les conditions voulues, excepté en un mot chez les individus prédisposés, chez les individus à diathèses phthisique, scrofuleuse, rachitique, toutes expressions que nous n'acceptons que comme propres à désigner des variétés d'un même état. Je me hâte d'ajouter pour ceux qui seraient trop pressés de se recrier contre cette proposition, que je n'entends pas dire que l'inflammation ne puisse pas être et ne soit même très souvent la cause occasionnelle du dépôt de la matière tuberculeuse. Je m'expliquerai plus loin.

Ce n'est pas tout, s'il était démontré que la matière tuberculeuse se trouve dans les divers tissus, sans trace aucune d'inflammation, ou sans autre travail morbide que la présence elle-même de cette matière, on ne pourrait pas alleguer qu'elle est le produit d'une inflammation précédente ou concomitante; or, c'est ce qui est tellement hors de doute aujourd'hui, qu'il n'y a même pas lieu à insister sur ce sujet. Quiconque a ouvert des cadavres, sait que l'on trouve souvent des tubercules miliaires en très grand nombre; que les poumons sont quelquefois criblés de ces granulations tuberculeuses chez les enfans, chez les adultes, sans que les tissus qui les contiennent, portent la moindre trace d'inflammation. On sait bien que le travail inflammatoire finit le plus souvent, toujours même, s'il se prolonge, par succéder à la présence de ces corps étrangers; ils agissent alors comme cause mécanique; on sait aussi que dans d'autres circonstances l'inflammation précède souvent les tubercules; mais elle n'agit, dans ce cas, que comme favorisant l'abord et la congestion du sang sur ce point, qu'elle tend à modifier, à désagréger ses élémens constitutifs, ce qui est on ne peut plus favorable au dépôt de la matière tuberculeuse qui circulait avec ce fluide.

Ainsi, ni l'inflammation, ni aucun autre travail morbide ne peuvent transformer en autant d'organes sécréteurs de la matière tuberculeuse, qu'il y a d'organes et de tissus differens dans lesquels on trouve des dépôts de cette matière. D'un autre côté, les tubercules peuvent se former dans certains tissus sans inflammation préalable, dont la présence de cette matière dans ces tissus ne peut être regardée comme ayant l'inflammation pour cause productrice; elle n'est pas non plus un produit de sécrétion.

Maintenant en reprenant la série de ces propositions, dont la vérité paraît hors de toute contestation, si la matière tuberculeuse n'est pas le produit du travail sécréteur d'un organe; si, en d'autres termes, il n'existe, dans l'économie, aucun organe, aucun tissu *spécial* qui soit chargé d'élaborer cette matière; si, d'autre part, ce produit morbide ne résulte pas du travail inflammatoire d'un organe, d'un parenchyme, d'un tissu en particulier, il s'en suit rigoureusement que la matière tuberculeuse ne se trouve dans ces organes qu'à titre de simple dépôt.

Mais, dans ce cas, d'où vient-elle? C'est là le véritable nœud de la difficulté; et c'est pourtant de la solution d'une telle question que dépend toute méthode raisonnable de prophylaxie et de thérapeutique. Nous disons qu'elle est le produit de tout l'organisme, qu'elle doit se trouver et qu'elle se trouve en effet dans le sang des individus qui auront reçu en héritage, ou qui auront acquis sous l'influence de certaines causes une organisation spéciale, laquelle organisation aura pour effet d'élaborer des fluides d'une nature particulière, sous l'influence de diverses circonstances occasionnelles, dont plusieurs sont faciles à apprécier. Ainsi, les tubercules, quel que soit leur siége, ne sont pas la maladie, ils ne sont que l'expression, l'aboutissant d'une disposition pathologique, tellement universelle, qu'elle saisit jusqu'a la dernière molécule de l'organisation, en donnant à l'ensemble du corps, comme à ses plus petites molécules une manière d'être *sui generis* souvent aussi reconnaissable au physique qu'au moral de l'individu.

pratiquer promptement l'opération ; mais on discuta longuement sur le procédé qu'on devait employer.

Le 3 juillet, à six heures du matin, l'opération fut pratiquée en présence de MM. Breschet, Deguise, L. Boyer, Filhos, Bowman, Delarue, Guérineau et Levaillant.

Une incision d'à peu près quatre pouces d'étendue fut pratiquée transversalement dans la région lombaire droite, au milieu de l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière fausse côte, et à partir de la masse commune des sacro-lombaire et long dorsal. Le bord de ces muscles ayant été incisé, ainsi que les tissus adjacens, j'arrivai sur le carré des lombes ; je coupai le bord de ce muscle, et je tordis une petite artère. Après avoir coupé le feuillet antérieur de l'aponévrose postérieure du transverse, j'aperçus le tissu cellulaire intermédiaire à la masse adipeuse qui recouvre le rein et le colon ; je touchai et fis toucher le rein, puis j'incisai verticalement la masse adipeuse qui se trouve constamment au-dessous de cet organe, et, portant mes recherches en arrière, je sentis sous mes doigts un intestin distendu, c'était le colon lombaire droit dépourvu de péritoine ; je le reconnus *à la résistance de ses parois et à ses fibres musculaires* plus prononcées que celles de l'intestin grêle.

Ce point important étant bien établi, je passai avec une aiguille courbe un fil dans l'épaisseur de la paroi de l'intestin, afin de le maintenir, et je fis une ponction avec un petit trois-quarts. Beaucoup de gaz et très peu de matières fécales sortirent par la canule. L'intestin fut attiré au dehors à l'aide d'un fil passé dans ses parois, puis ouvert assez largement dans le sens vertical. On facilita les évacuations en injectant de l'eau tiède dans la partie supérieure et inférieure du colon qui venait d'être ouvert, et ensuite l'ouverture de l'intestin fut fixée aussi près que possible de l'angle antérieur de la plaie par cinq points de suture entrecoupée, en ayant soin de renverser la muqueuse en dehors.

La malade fut replacée dans son lit, qui était garni d'alèses, et on l'engagea à se tenir sur le côté droit pour permettre aux matières fécales de s'écouler librement. L'anus artificiel fut recouvert d'un cataplasme et on recommanda de faire sur la plaie des lotions fréquentes avec de l'eau tiède.

Dans la soirée nous revîmes madame B... ; elle était calme et se sentait soulagée ; le ventre était souple et insensible à la pression. L'anus artificiel livrait fréquemment passage à des gaz et à des matières fécales.

Les jours suivans, l'état de la malade s'améliore : les matières sortent abondamment par l'anus artificiel ; il n'y a pas eu de fièvre. Le travail inflammatoire autour de la plaie est aussi simple et aussi régulier que si un intestin n'eût pas été ouvert.

Le 14 juillet, M. Magendie constate avec nous que la malade est dans un état on ne peut plus satisfaisant. L'anus artificiel est bien établi, mais comme il a de la tendance à se resserrer, je le dilate avec une mèche de charpie assez grosse, analogue à celle qu'on emploie après l'opération de la fistule à l'anus.

Le 15, madame B... croit avoir rendu quelques matières par l'anus normal.

Le 20, M. Chomel a visité la malade qui continue à avoir de l'appétit et à reprendre des forces.

Le 22 juillet, après un lavement donné dans le rectum, il est sorti par l'anus normal un cylindre de matières fécales noirâtres et bien moulées, ce qui peut faire espérer que peut-être les évacuations reprendront leur cours naturel.

Malgré la sortie de ces matières fécales par le rectum, il y a eu le même jour des évacuations abondantes par l'anus artificiel, qui est maintenant largement ouvert.

Madame B... est aujourd'hui 6 septembre, deux mois et quelques jours après l'opération, dans l'état le plus satisfaisant ; elle a complètement recouvré l'appétit et les forces ; en un mot, sa santé est aussi bonne qu'on pouvait le désirer. L'anus artificiel est depuis long-temps déjà solidement établi. Les évacuations ne sont pas continuelles et involontaires, comme on est porté à le supposer ; elles sont au contraire assez difficiles et on est obligé de les favoriser en donnant des lavemens pour délayer les matières qui sont presque toujours dures et moulées. Depuis l'opération et à des intervalles assez éloignés, il est sorti par l'anus normal, à la suite de lavemens, deux ou trois cylindres de matières fécales.

En résumé, nous espérons que l'affection organique latente qui a nécessité l'établissement d'un anus artificiel, n'est pas de nature à compromettre, au moins d'ici à long-temps, le succès de notre opération.

Deuxième opération de ce mémoire, ou la quatrième dans l'ordre des dates.

Anus artificiel établi dans la région lombaire droite, sur le colon ascendant, sans ouvrir le péritoine, sur une femme âgée de soixante ans, pour une obstruction du tube digestif datant de quarante-cinq jours, et produite par une affection cancéreuse de la partie supérieure du rectum.

Madame Legrand, âgée de 60 ans, d'une bonne constitution, a cessé d'avoir ses règles il y a quinze ans environ. Aucun trouble local ou général n'est venu à cette époque critique déranger sa santé. Antérieurement, elle n'a jamais eu de maladie de l'estomac ou des intestins.

Vers la fin de l'année 1839, madame Legrand éprouve dans la région des reins un sentiment de fatigue et de pesanteur que l'exercice augmente ; elle ressent des douleurs passagères dans le bas-ventre ; les secousses d'une voiture les rendent plus fortes et les prolongent. La malade va encore régulièrement à la garde-robe, mais elle s'aperçoit que les selles deviennent moins copieuses : les matières sont liées en commençant, vers la fin elles sont liquides, et des mucosités sanguinolentes terminent la garderobe. La malade reste long-temps sur la chaise, éprouvant le besoin d'un supplément d'évacuation, et faisant pour cela d'inutiles efforts. Avec le temps, les selles sont moins liées, elles ne paraissent plus que sous la forme d'une bouillie plus ou moins épaisse, se reproduisent plusieurs fois par jour et sont le plus souvent accompagnées ou remplacées par des mucosités sanguinolentes.

Au mois de juillet 1840, les garderobes cessent tout à fait pendant quelques jours, puis reparaissent liquides et mêlées de mucosités sanguinolentes. A l'aide de lavemens on parvient à rétablir les selles, qui continuent cependant à devenir de plus en plus difficiles.

Au mois d'octobre 1840, une consultation eut lieu ; on constata une affection grave du gros intestin reconnue depuis long-temps, et l'on soupçonna que l'utérus était le siége de tumeurs indurées présumées carcinomateuses, bien que ce viscère n'eût donné jusque là, et ne donnât encore aucun signe de souffrance. L'on pensa aussi qu'une ancienne rétroversion de la matrice, dont on trouvait encore les traces, avait pu être la cause première des accidens survenus depuis du côté du gros intestin.

A cette époque, le ventre était habituellement ballonné et l'appétit diminuait ; il y avait des douleurs presque continuelles dans la région hypogastrique, dans les régions inguinales droite et gauche. La malade éprouvait le sentiment d'une barre qui lui cernait le bas-ventre d'un côté à l'autre et tournait vers les reins. Lorsqu'elle prenait un lavement, cette sensation devenait tellement incommode qu'elle paralysait ses forces et l'obligeait à garder le repos.

Tous ces accidens allèrent en augmentant ; les garderobes, toujours liquides, mêlées de sang et de mucosités, étaient rares, difficiles et accompagnées de douleurs très vives.

Enfin, depuis le commencement du mois de juillet dernier, il n'y a plus eu de garderobes ; les petites évacuations glaireuses mêlées de sang sont elles-mêmes devenues plus rares. Le ventre est météorisé et douloureux. Vers le milieu du mois de juillet, ces symptômes s'aggravent, la tympanite stercorale se prononce davantage, la malade est fatiguée de vomissemens fréquens, et elle rend seulement par l'anus des liquides en petite quantité, ayant l'odeur et la couleur de matières fécales. Les douleurs abdominales sont très vives.

M. le docteur Meurdefroy ayant inutilement employé tous les moyens capables de faire cesser la constipation, me fit appeler le 16 août. Je constatai tout ce qui vient d'être décrit, et en pratiquant le toucher par le rectum, je reconnus qu'il existait, à quatre ou cinq pouces de hauteur, des végétations de nature cancéreuse. L'utérus était gros, dur et dans un état de rétroversion. Deux lavemens sont administrés et conservés par la malade ; mais ils sont rendus sans entraîner des matières fécales. En présence de ces accidens toujours croissans, nous fûmes d'avis de faire une consultation avant de pratiquer un anus artificiel, qu'il nous paraissait indispensable d'établir. Nous administrâmes encore des douches ascendantes d'eau et d'air, mais toujours sans résultat satisfaisant.

Le 18 août, MM. Bégin, Piorry, Lombard, Bardin, Troussel, Lucien Boyer, Filhos, Levaillant, etc., furent réunis en consultation. La percussion plessimétrique, pratiquée par M. Piorry, a beaucoup éclairé le diagnostic, en nous prouvant que les matières fécales étaient accumulées dans la partie supérieure du gros intestin. Par le toucher, MM. Bégin, Meurdefroy, Lombard et Troussel, ont reconnu l'état du rectum et de l'utérus. Enfin, après une discussion approfondie, il fut décidé à l'unanimité qu'il fallait se hâter de pratiquer un anus artificiel dans la région lombaire droite.

Le 21 août l'opération fut pratiquée en présence de MM. Meurdefroy, Bégin, Troussel, Bardin, Thibault, Lefrançois, Lucien Boyer, Filhos, Roy, etc. Comme, dans ce cas, la malade avait continué, depuis le commencement des accidens jusqu'à présent, de rendre des gaz et même des liquides ayant la couleur et l'odeur des matières fécales, je crus devoir, immédiatement avant l'opération, injecter par l'anus de l'eau et même de l'air, afin de distendre autant que possible l'intestin que je voulais ouvrir, et favoriser l'opération.

Cette injection n'augmenta pas sensiblement la saillie du colon dans la région lombaire, et la matité ne parut pas plus prononcée qu'auparavant.

L'opération, pratiquée comme chez la malade dont nous avons publié récemment l'observation, nous présenta cependant quelques difficultés de plus ; ainsi, l'épaisseur de la couche graisseuse et des muscles était plus grande ; ceux-ci étaient mous, et avant d'arriver à la couche cellulo-graisseuse qui recouvre le rein et le colon en arrière, je fus obligé, à plusieurs reprises, de couper les muscles en travers : plusieurs artères furent tordues. Enfin, j'aperçus l'aponévrose du transverse et la couche graisseuse dont je viens de parler, et bientôt, après avoir divisé ces tissus, je mis à découvert un intestin distendu et rénitent. Etait-ce le colon lombaire ? Le toucher ne m'indiquait pas d'une manière certaine que ce fût l'intestin que je cherchais, sa forme n'était pas celle qu'il affecte le plus ordinairement, il était, dans ce cas, peu volumineux et arrondi, et j'avoue que, n'ayant pas encore cette fois de signes certains de la présence du colon dépourvu de péritoine, j'éprouvai de

---

Si notre raisonnement est juste, on devrait pouvoir dire presque *à priori* quels sont les organes, quels sont les tissus où doit se rencontrer le plus fréquemment la matière tuberculeuse. En effet, si cette matière circule avec le sang ; si par une cause quelconque elle vient à s'en séparer, et à se déposer quelque part, ces dépôts devront se trouver de préférence dans les organes, ou dans le voisinage des organes qui reçoivent une plus grande quantité proportionnelle de sang, dans un temps donné. Mais, pour qu'il y ait dépôt, il ne suffit pas que le sang afflue dans un point déterminé, il faut en outre qu'il soit divisé, atténué à l'extrême, et comme tamisé à travers la trame des tissus organiques ; il faut quelquefois qu'il y subisse un travail physiologique ou même morbide, sous l'influence duquel sa composition tend à se modifier, ses élémens constitutifs à se désagréger ; double action mécanico-vitale qui facilite incontestablement la séparation et le dépôt de certains matériaux devenus étrangers et nuisibles. Or, c'est précisément ce que démontre l'observation des faits.

En effet, celui de nos organes qui reçoit le plus de sang dans un temps donné (moins le cœur, qui est évidemment hors de cause), celui dans lequel il subit les plus fréquentes, les plus promptes et les plus importantes modifications, celui à travers lequel il est pour ainsi dire filtré, divisé à l'infini, cet organe est sans contredit l'organe pulmonaire. Aussi, c'est tellement dans le parenchyme des poumons que l'on trouve le plus fréquemment les dépôts de matière tuberculeuse qu'on a donné à la maladie le nom de *phthisie pulmonaire*; dénomination, du reste, tout à fait impropre, et qui ne pouvait que contribuer à propager une hérésie médicale.

Les glandes bronchiques sont à peu près sur la même ligne que le parenchyme pulmonaire sous le rapport de la fréquence des dépôts tuberculeux. Cela devait être ainsi. Ces glandes, en effet, placées dans le voisinage des poumons, en reçoivent de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques qui leur en rapportent des fluides déjà modifiés et dont les élémens étrangers sont retenus d'autant plus facilement dans le tissu de ces glandes, que celui-ci est plus serré, que la circulation y est ralentie, gênée, tant à cause de la ténuité que de la flexuosité des vaisseaux qui font partie de leur structure. Tout le monde sait que rien n'est plus commun que de rencontrer dans ces glandes des corpuscules étrangers qui s'y déposent, même en bonne santé, par un mécanisme semblable, chez les individus qui vivent dans une atmosphère chargée de poussière, de charbon, de plâtre, etc.

Le même raisonnement s'applique aux glandes mésentériques. La fréquence de tubercules dans ces glandes s'explique aisément et par leur structure et par les nombreux vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques qu'elles reçoivent. Nous en dirons autant des glandes cervicales, du foie, des reins, des testicules, des ovaires, etc. Il est à remarquer toutefois que quelques-uns de ces corps glanduleux ne sont pas toujours le siége de tubercules dans une fréquence proportionnelle à la quantité du sang qu'ils reçoivent, lors même que le sang a tendu à se dépouiller de ses principes hétérogènes en traversant leur parenchyme. Les reins sont dans ce cas ; mais la structure de ces organes est telle qu'ils se débarrassent aisément de ces matériaux par leurs canaux excréteurs, et c'est pour cela qu'on retrouve la matière tuberculeuse dans leur parenchyme plus rarement que cela semblerait devoir arriver de prime abord ; mais un examen plus attentif de leur disposition anatomique rend facilement raison de ce fait.

Nous pourrions entrer dans d'autres détails pour confirmer notre opinion, et nous pourrions faire voir que la raison anatomique suffit toujours pour expliquer la cause du dépôt des tubercules dans un organe, dans un parenchyme, dans un tissu plutôt que dans un autre, et cette raison, c'est la quantité du sang qui les traverse, la manière dont la circulation s'y passe, la structure de l'organe, et à défaut de structure spéciale, la *stase* produite par une cause pathologique.

Mais il ne faut pas perdre de vue que rien de semblable ne pourra avoir lieu sans prédisposition héréditaire ou acquise. Nous examinerons plus tard en quoi consiste cette prédisposition.

Maintenant, l'individu porteur d'une diathèse tuberculeuse, ou si l'on veut d'un organisme intime *sui generis* que nous pouvons appeler tuberculeuse, vient-il à être exposé à l'action d'une cause occasionnelle qui donne lieu par exemple à une inflammation ? Voyons ce qui va se passer. Dans toute inflammation il y a appel de sang dans la partie enflammée ; il y a congestion sanguine. Eh bien ! on trouvera la matière tuberculeuse spécialement et de préférence dans les tissus hyperhémiés, et cela arrivera souvent, lors même que leur structure anatomique ne se prêterait pas à ce genre de dépôts dans l'état physiologique (la stase du sang en rend alors une raison suffisante) ; *à fortiori*, cela doit arriver ainsi lorsque, outre la structure organique, le dépôt de la matière hétérogène est favorisé par la congestion que détermine l'état inflammatoire. C'est ainsi que chez un enfant atteint de méningite on trouve quelquefois cette matière déposée dans la pie-mère : dans le péritoine, chez les individus affectés de péritonite. S'il y a inflammation entéro-mésentérique, les glandes du mésentère seront engorgées, tuberculeuses. Les cryptes des membranes muqueuses se rempliront de matière tuberculeuse et se désorganiseront, si ces parties deviennent le siége de l'inflammation, comme cela arrive souvent, surtout chez les individus malades depuis long-temps ; il n'y a pas jusqu'au tissu spongieux des os qui ne devienne le siége de ces dépôts chez les sujets scrofuleux lorsqu'il l'est en même temps d'un travail inflammatoire.

La même chose arrivera si au lieu d'une inflammation il n'y a qu'une simple hypérémie passive ; exemple, la rate dans les fièvres intermittentes. Cet organe, comme chacun le sait, est le siége d'une congestion sanguine pendant ces maladies, et, sans nous arrêter à discuter l'opinion des auteurs qui font consister l'essence de ces affections dans cette congestion, ou, comme ils l'appellent, dans cette hyper-spléno-trophie, nous voulons seulement tirer la conséquence suivante, pour le cas qui nous occupe spécialement, savoir : chez les individus qui ont été pendant la vie sujets à l'hypertrophie de la rate pendant un temps plus ou moins long, les uns présentent des tubercules dans le tissu de cet organe, tandis que chez d'autres on n'en rencontre pas. Or, si la congestion sanguine était seule cause de ce résultat, on devrait trouver de la matière tuberculeuse dans tous les cas, surtout lorsque l'hypérémie a eu lieu à plusieurs reprises ou qu'elle existe depuis long-temps. C'est ce qui n'a pas lieu. Les tubercules n'existent que chez les individus porteurs d'une diathèse tuberculeuse, chez ceux surtout qui ont hérité de cette disposition. Toutefois il faut remarquer que l'habitation prolongée dans les pays marécageux, fiévreux, comme on les appelle, peut à la longue modifier l'organisme et lui communiquer l'aptitude, soit la disposition tuberculeuse.

Dans ce cas il est facile de concevoir qu'il y aura création de matière tuberculeuse dans toute l'économie, et que le dépôt s'en effectuera dans les organes qui seront le plus traversés par le sang, dans ceux qui auront été le siége d'une congestion et ici le tissu de la rate n'en sera pas exempt. Mais si l'individu est vierge de dispositions héréditaires ou acquises, il aura beau avoir des accès de fièvre intermittente, la rate hypertrophiée, on ne trouvera pas plus de tubercules dans cet organe que dans les autres.

Lorsqu'une fois un premier dépôt de matière tuberculeuse s'est effectué dans un tissu quelconque, il y fait fonction de corps étranger, y appelle de nouveaux fluides, donc nouveau dépôt ; et si l'organe qui en est le siége est d'une grande importance, il en résulte bientôt un trouble de toutes les fonctions ; ce trouble universel devient une cause occasionelle de plus pour mettre en action la prédisposition organique, le sang se vicie de plus en plus ; la nutrition dès lors ne peut plus s'effectuer régulièrement, le marasme survient et le corps périt réellement de consomption.

Prophylaxie de la phthisie tuberculeuse. Si la maladie qui nous occupe a sa raison d'être dans l'organisation toute entière ; si la phthisie tuberculeuse n'est qu'une manifestation locale d'une disposition universelle, il est bien évident qu'il n'y a d'autre moyen d'en prévenir le développement que dans l'emploi des moyens propres à modifier la constitution dans son ensemble. C'est pour parvenir à ce résultat que j'ai entrepris depuis long-temps un grand nombre d'expériences dont

l'hésitation avant de me décider à plonger un trois-quarts dans ses parois. Enfin, après avoir fait examiner par quelques personnes présentes l'intestin qui se présentait, on fut d'avis que ce ne pouvait être que le colon. Je plongeai alors un trois-quarts très petit dans les parois de cet intestin, traversées préalablement par un fil ; il sortit aussitôt par la canule de l'instrument des gaz et des matières fécales délayées, et j'agrandis l'ouverture de l'intestin, *maintenu au dehors par un tenaculum*, et plus tard par trois pinces à torsion pour tenir en même temps l'ouverture largement béante. Il s'écoula une très grande quantité de matières fécales en bouillie délayée, que l'on avait le soin de chasser en injectant de l'eau tiède pour qu'elle ne séjournât pas sur la plaie. Dès que les évacuations furent moins abondantes, je fixai l'ouverture intestinale amenée au dehors autant que possible à l'angle antérieur de la plaie, par quatre ou cinq points de suture entrecoupée ; les fils furent noués sur de petits tampons de linge. Enfin, je réunis par deux points de suture entortillée l'angle postérieur de la plaie.

Les suites de cette opération n'ont pas été, à beaucoup près, aussi satisfaisantes que dans les autres faits que j'ai rapportés. Cependant, trois ou quatre jours après l'établissement de l'anus artificiel, je conservais encore l'espoir que ma malade résisterait à l'affection cancéreuse avancée qui avait nécessité l'opération. Elle avait une fièvre assez intense ; mais il n'était pas survenu de vomissemens, et le ventre était souple, distendu et presque insensible à la pression. L'anus artificiel livrait un passage facile à des gaz et à des matières fécales ; des mucosités glaireuses s'échappaient aussi par cette ouverture.

Mais il y a quelques jours, l'affaiblissement fit des progrès sensibles, des vomissemens survinrent, le ventre acquit de la sensibilité ; enfin tous ces accidens se développèrent, et la malade succomba le 30 août, dix jours après l'opération, aux progrès de l'affection cancéreuse, contre laquelle nous avions agi trop tardivement.

Du reste, la plaie avait déjà diminué d'étendue ; elle avait un très bon aspect ; des bourgeons charnus vermeils existaient à sa surface, et l'ouverture de l'intestin, solidement fixée à l'angle antérieur de la plaie, laissait facilement sortir des matières fécales délayées ainsi que des mucosités glaireuses. Dans les derniers jours de la vie, il est sorti également par l'anus normal des matières liquides mêlées de glaires.

Il est évident que dans ce cas nous avions opéré dans les plus mauvaises conditions possibles, c'est-à-dire dans la dernière période d'une maladie dont la nature n'était pas douteuse. Aussi sommes-nous persuadé que l'opération qui avait fait disparaître les accidens de la tympanite stercorale n'a pas contribué d'une manière sensible à hâter la mort.

Je ne puis terminer cette observation sans remercier bien cordialement mon excellent confrère M. le dr Meurdefroy, du dévouement éclairé dont il n'a cessé de donner des preuves dans cette circonstance. Nous avons lutté avec courage et persévérance jusqu'à la fin ; mais la maladie était trop avancée lorsque l'anus artificiel a été établi.

Autopsie le 1er septembre 1841, trente-six heures après la mort, en présence de MM. Meurdefroi, Filhos, Levaillant et Guérineau.

État extérieur. — La putréfaction du cadavre est déjà assez prononcée ; elle s'annonce par la teinte verdâtre des tégumens de la poitrine et de la paroi antérieure de l'abdomen. Des vergetures livides se font remarquer à la partie postérieure du tronc et sur les membres inférieurs.

État intérieur. — L'abdomen seul a été ouvert, et nos recherches ont exclusivement porté sur le canal digestif et sur le système utérin. C'étaient les seuls organes qui dussent nous offrir quelques particularités intéressantes.

Le colon transverse est situé très bas ; il décrit une courbure dont la convexité est placée dans la région hypogastrique. Il n'y a pas de traces de péritonite. Une très petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin. Le rein droit est situé un peu plus en avant que de coutume.

La paroi antérieure du rectum présente extérieurement, au-dessus du niveau de la matrice, deux ulcérations contiguës, offrant une surface fongueuse, mamelonnée ; l'une d'elles est percée d'une ouverture qui communique dans le rectum. En examinant les choses avec attention, il paraît évident que dans cet endroit l'intestin était replié sur lui-même, et que les deux surfaces péritonéales de ce pli avaient contracté une adhérence intime, que l'on avait rompue en partie en détachant ces organes du bassin. La moitié de cette ligne d'adhérence existait encore, et en reformant le pli il était démontré que cette surface ulcérée, qui nous avait frappés tout d'abord, ne se trouvait pas à l'extérieur de l'intestin du vivant de la malade. Nous reconnûmes en même temps que l'affection cancéreuse avait envahi et désorganisé de dedans en dehors toute l'épaisseur de la paroi intestinale, et que la tunique péritonéale qui existait seule était elle-même menacée d'une destruction prochaine.

A l'intérieur de l'intestin, la partie affectée commençait à 2 centimètres au moins au-dessus du sommet de la matrice, vers le point de jonction du rectum avec l'*S* iliaque, et se prolongeait dans une hauteur de 4 centimètres environ. La surface intérieure de l'intestin était recouverte de végétations cancéreuses ; quelques fongosités paraissaient de formation récente ; elles étaient mollasses, sanguinolentes, comme gélatineuses, et se détachaient avec une grande facilité des autres tissus morbides. C'étaient des productions de même nature que la malade avait quelquefois rendues dans ses garde-robes. Toutes ces végétations fongueuses avaient d'ailleurs perdu, depuis le moment de la mort, une grande partie de la cohésion et de la résistance qu'elles devaient avoir pendant la vie. Ceci explique la facilité avec laquelle le doigt pénétrait maintenant dans la portion rétrécie de l'intestin.

La partie inférieure du rectum est saine ; quelques tumeurs hémorrhoïdales se font remarquer au voisinage du sphincter.

L'utérus et ses annexes ne présentaient aucune espèce d'altération organique. L'on trouve entre le ligament large du côté gauche et la partie correspondante du rectum plusieurs fausses membranes qui attestent l'existence antérieure d'un travail inflammatoire par suite duquel des adhérences assez lâches s'étaient établies entre toutes les parties voisines.

Il n'y a pas d'indices bien certains d'inflammation dans les gros intestins, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle où l'on en voit quelques traces. Les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points ; ces traces d'inflammation sont d'autant plus marquées que l'on approche davantage de l'estomac, qui lui-même en est exempt.

L'ouverture faite au colon lombaire droit se trouve exactement située au milieu de la hauteur de cet intestin. L'anus artificiel était déjà parfaitement formé.

Le péritoine ne présentait aucune trace d'inflammation, et il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité abdominale.

Maintenant, pour mettre l'Académie au courant de tout ce que j'ai fait sur ce sujet, je vais lui donner brièvement la continuation des deux observations que je lui ai communiquées en 1839, et j'ajouterai la relation succincte d'une autre opération que j'ai pratiquée depuis par le procédé de Littré.

(*La fin au prochain numéro.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. Monneret.

1° Pneumonie double. — Accouchement prématuré. — État puerpéral.

Sailly, âgée de vingt-trois ans, couturière, habite Paris depuis treize ans ; elle a été réglée à onze ans ; jouissait habituellement d'une bonne santé et n'avait jamais contracté de rhumatisme.

Le 20 septembre elle se portait encore fort bien et était arrivée au huitième mois et demi d'une grossesse qui n'avait occasionné aucune espèce de malaise.

Le 21, elle travailla jusqu'à trois heures de l'après-midi, et éprouva presque aussitôt des frissons intenses et presque au même instant de la toux et de la dyspnée. La veille, elle avait été forcée de faire de longues courses qui avaient provoqué une sueur abondante. Le 22 se passa à peu près dans le même état, seulement les crachats expectorés furent sanglans. Le 24 au soir, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et le travail marchant avec une rapidité extrême, elle accoucha à huit heures d'un enfant enveloppé dans les membranes. Lorsque la sage-femme fut appelée, le fœtus avait cessé de vivre. L'écoulement sanguin fut d'abord très abondant, mais cessa bientôt. Une saignée fut pratiquée avant l'entrée à l'hôpital.

Le 28 septembre, jour de la réception, cette femme était dans un état fort grave. Le pouls à 142. la respiration à 72. Le lendemain le pouls était à 112 et la respiration à 48 ; il existait une céphalalgie frontale fort intense et une douleur qui occupait plus particulièrement les parties latérales et postérieures gauches du thorax, et se montrait surtout pendant les efforts de la toux et les mouvemens. La malade accusait une douleur semblable sous le sein gauche. En arrière la sonoréité était diminuée à droite et à gauche dans les deux tiers inférieurs. A gauche, on entendait jusque dans le milieu de la fosse sous-épineuse, un souffle tubaire intense et une bronchophonie éclatante mêlée à du râle crépitant sec. En arrière, à droite, dans le tiers inférieur, on observait les mêmes symptômes ; le râle crépitant était plus abondant et s'entendait dans une plus grande étendue ; les crachats étaient visqueux, rouillés et rendus en petite quantités. Les battemens du cœur sourds, tumultueux ; la langue pâle et humide, la soif vive, le ventre souple et indolent ; la région hypogastrique un peu tendue, mais insensible ; l'écoulement lochial, formé par un liquide rougeâtre, continuait encore ; les seins s'étaient gonflés le 27 au soir pour la première fois, et à la visite du lendemain ils conservaient encore une grande sensibilité et commençaient à laisser couler un liquide séreux ; les urines étaient rendues librement et sans douleur. Une application de ventouses avait été faite sur la poitrine ; la saignée prescrite le soir n'avait pu être pratiquée à cause du faible développement des veines. Des cataplasmes chauds furent appliqués sur le bas-ventre et sur les seins, afin d'appeler vers ces derniers organes un flux salutaire. On prescrivit une saignée le matin et une autre le soir, ainsi qu'une seconde application de ventouses.

La situation dans laquelle se trouvait la malade le jour de son entrée nous inspira de graves inquiétudes. En effet, la pneumonie dont elle était affectée se compliquait d'un état puerpéral qui ajoute presque toujours à la difficulté du traitement. On a pu voir que la cause de la pneumonie qui se développa au milieu d'une santé parfaite provoqua un accouchement prématuré que rien ne pouvait faire prévoir. Cette pneumonie, primitivement développée, fut à son tour influen-

---

j'avais déposé l'énoncé sommaire à l'Académie de médecine dès l'année 1838. Voici ce que j'écrivais à ce corps savant dès cette époque.

Il faut d'abord admettre que la matière tuberculeuse suppose dans tout l'organisme une disposition spéciale ; cette disposition organique est transmise par voie d'*hérédité*, ou bien elle est *acquise* sous l'influence des causes extérieures au milieu desquelles l'individu s'est développé.

La matière tuberculeuse est un produit de tout l'organisme. Elle se trouve dans les fluides circulans et surtout dans le sang. Ensuite elle peut se fixer, se *déposer* dans tous les tissus et dans tous les organes. Mais on doit la trouver de préférence dans les organes où le sang afflue en plus grande abondance dans un temps donné ; où il est le plus divisé, tamisé, prêt à subir, ou subissant des modifications dans ses élémens constitutifs, où il est retenu le plus long-temps, soit dans l'état physiologique, soit sous l'influence d'un travail morbide.

Le travail de tuberculisation, et par conséquent la phthisie tuberculeuse, résulte d'une disposition particulière de l'organisme considéré dans son ensemble. C'est cette disposition qui est représentée par ce que l'on est convenu de nommer la constitution lymphatique, laquelle comprend dans ses divers degrés l'état scrofuleux, rachitique, phthisique, etc. Cet état spécial de l'organisme est transmis par hérédité, ou bien il est acquis sous l'influence de circonstances accidentelles bien connues. Sans cette diathèse spéciale, les causes occasionnelles ne produiraient jamais de tubercules.

On peut changer cette disposition générale de l'organisme en agissant surtout au début de sa formation. On peut aussi la faire naître à volonté. Ces propositions, dont plusieurs du reste sont généralement admises, sont susceptibles d'une rigoureuse démonstration.

Voici, en attendant, quelques-unes des expériences auxquelles je me suis livré, et les résultats que j'en ai obtenus.

1° J'ai soumis, il y a maintenant quatre ans, un grand nombre d'animaux, chiens, lapins, cochons dinde, etc., aux conditions hygiéniques les plus propres à déterminer chez eux la constitution lymphatique dont l'extrême échelon n'est autre chose que la diathèse scrofuleuse, tuberculeuse, ou les deux variétés à la fois. C'est ainsi, par exemple, que quelques-uns de ces malheureux animaux ont vécu pendant plusieurs mois dans une cave obscure, enfermés dans des cages recouvertes d'un drap mouillé, tant pour les priver de mouvement et de lumière, que pour les maintenir dans une température constamment humide et froide. Dans cet état, quelques-uns de ces animaux recevaient une alimentation variée et conforme à leur nature et à leurs habitudes ; d'autres ne recevaient, pour toute nourriture, que du pain chalybé, contenant 4 grammes de sous-carbonate de fer par 500 grammes, et à la dose de 75 à 250 grammes par jour. Sans entrer dans tous les détails de ces longues et patientes expérimentations, je dirai tout de suite que chez ceux qui avaient reçu la nourriture commune, la santé s'était profondément altérée, et que le plus grand nombre étaient devenus tuberculeux. Ceux qui avaient été nourris de pain ferrugineux n'étaient pas très bien portans, ce qui se conçoit de reste, placés qu'ils étaient dans de si tristes conditions hygiéniques ; mais aucun d'eux n'a présenté de tubercules, ni même d'engorgemens glanduleux.

2° J'ai soumis des femelles de lapins et des chiennes récemment fécondées aux mêmes conditions délétères. Ces animaux ont été nourris en majeure partie avec du pain calibé, contenant à dessein des proportions exagérées de fer, pour voir jusqu'à quel point cet agent serait toléré par les fœtus. Or, tous sont bien venus à terme, et se sont développés d'une manière vigoureuse en tétant leurs mères. Je dois ajouter que je continuais de maintenir celles ci sous l'influence des mêmes agens extérieurs, et de leur administrer l'alimentation martiale pendant l'allaitement, pour continuer d'agir sur leurs petits par la modification opérée de cette manière sur le lait.

Fort non-seulement de l'innocuité, mais encore des avantages incontestables d'une semblable nourriture, je n'hésite jamais, dans l'occurrence, de conseiller l'usage du pain chalybé aux femmes enceintes dont l'état de santé se trouve dans les cas qui paraissent l'exiger.

Dans le cours de ces recherches, j'ai tenté une infinité d'autres combinaisons, entre autres, celles du pain avec la baryte, la chaux, l'iode, le brome, le tannin, l'alun, etc. ; mais sans aucun succès.

En poursuivant ce genre d'expériences, je suis arrivé à d'autres résultats qui ne sont pas sans importance. Je me suis aperçu, comme je l'avais déjà soupçonné, que l'alimentation par le pain ferrugineux accélérait d'une manière remarquable le travail de cicatrisation et de réparation dans les solutions de continuité de diverse nature. En effet, le sang éprouve alors des modifications qui en augmentent la plasticité et favorisent ainsi la formation des bourgeons charnus dans les plaies, les ulcères, les décollemens, etc., et cela surtout chez les individus cacochymes et dont la constitution est, comme on le dit avec raison, appauvrie. Je ne doute pas que les fractures elles-mêmes ne se consolident plus promptement sous l'influence de cet argent ainsi administré, et que l'on n'en retire de grands avantages pour les réunions par première et seconde intention.

L'état inflammatoire n'est pas même une contre-indication à l'emploi de ce médicament, car l'action du fer, loin d'accroître cet état tend à le faire cesser ; et si l'on a dit, enseigné et admis le contraire jusqu'en ces temps ; c'est plutôt sur des idées préconçues, par habitude, pour ne pas dire par routine, que, d'après une observation rigoureuse des faits. Mais c'est là une question qui ne doit pas être agitée pour le moment.

De toutes les recherches dont je ne donne ici qu'un sommaire, i est permis de conclure que ce n'est pas un espoir insensé que celui de corriger la disposition héréditaire ou acquise, qui doit donner lieu tôt ou tard aux affections tuberculeuses, scrofuleuses et à toutes leurs variétés. Pour cela il faudrait s'attaquer aux populations et aux générations entières, dont le quart au moins est moissonné par ces maladies, dans certaines localités. Soustraire les individus à l'influence des agens morbides est sans doute la première indication que la raison conseille. Mais cela n'est pas toujours facile à pratiquer, car la plupart des hommes sont obligés de se développer là même où ils sont nés, sous l'influence des conditions hygiéniques bonnes ou mauvaises qui les environnent. C'est donc à contrebalancer l'action incessante de ces causes que se réduisent le plus souvent les moyens de l'art. Au point de vue où nous sommes placés ces moyens consisteront principalement à introduire dans les fluides nourriciers les matériaux réparateurs qui leur manquent, et dans l'organisme un modificateur qui l'impressionne de manière à lui faire accomplir régulièrement le travail de l'assimilation. Et c'est pour cela que l'on doit donner la préférence aux préparations de fer combinées avec la substance alimentaire ; car puisqu'il s'agit de modifier l'économie dans son ensemble, l'agent modificateur doit pénétrer dans l'organisme, et il n'y pénètre bien qu'en subissant avec l'aliment le travail de la digestion. Je ne prétends pourtant pas dire que le fer soit le seul agent capable de produire de tels effets, mais jusqu'ici l'expérience n'a rien fait connaître de mieux, du moins à ma connaissance. Il faudrait donc généraliser l'emploi des préparations martiales ; mais il faut les faire prendre avec l'aliment universel, l'aliment le plus simple, le plus assimilable, l'alimeent de tous, le pain. De cette manière on parviendrait à modifier l'économie lentement, mais sûrement, en imitant la nature.

Par ce moyen, on traitera l'embryon dans le sein de sa mère, en donnant à celle-ci ce genre d'aliment, on traitera le nouveau-né par se nourrice, ou par l'animal qui doit lui en tenir lieu. Ce pain fera partie de la nourriture habituelle des enfans et de la famille chez qui l'usage en sera indiqué. Dans tous les cas, c'est le moyen le plus efficace et le plus commode pour obtenir des préparations martiales les effets que l'on peut en attendre.

Deux mots maintenant sur la nature des préparations ferrées que l'on doit introduire dans la substance alimentaire. Nous pensons qu'il faut donner la préférence à celles dont le prix est à la portée de tout le monde, et surtout des classes indigentes qui sont précisément celles qui, en raison de l'affection qui nous occupe, en ont le plus besoin. Hé bien, le sous-carbonate de fer remplit parfaitement ce but. Et que l'on ne s'arrête pas à l'idée de la prétendue insolubilité de cette préparation. S'il en est ainsi dans une cornue, il en est tout autrement

cée par l'état puerpéral dans lequel se trouvait la malade. Nous devons noter aussi que les opérations régulières de la nature ne furent que faiblement troublées dans cette circonstance; ainsi, l'écoulement lochial a continué, le gonflement des seins fut seul retardé.

Ce qui dut ajouter à la gravité de la maladie, c'est l'étendue et le degré avancé auquel elle était arrivée; d'après les signes fournis par l'auscultation, il était évident que la pneumonie du côté gauche était parvenue dans presque tous les points au second degré, et qu'elle avait envahi la plus grande partie du poumon; à droite elle restait plus circonscrite, mais elle occupait encore le lobe inférieur et tendait à envahir le lobe moyen qui était déjà engoué.

La médication devait être modifiée en raison des circonstances précédentes; et l'on pouvait hésiter à recourir à des émissions sanguines trop répétées chez une femme déjà affaiblie par l'accouchement rapide qui venait d'avoir lieu. On devait craindre aussi la modification générale de l'économie qui accompagne l'accouchement et qui apporte dans le traitement ordinaire de la maladie des changemens que l'on ne peut toujours calculer à l'avance.

Le 29 la malade se trouve mieux; elle a reposé la nuit; le pouls est à 108, la respiration, haute et fréquente, à 36; en arrière, la percussion permet de constater que le son reste toujours moins clair que dans l'état normal; à gauche, souffle tubaire, bronchophonie aussi intense que la veille, râle crépitant nombreux, persistance de la douleur du dos pendant les efforts de toux; à droite, mêmes signes, râle crépitant toujours assez abondant; crachats tenaces, rouillés, bruits du cœur sourds, fonctions digestives parfaitement normales; les lochies ont presque cessé, les seins restent tuméfiés et fournissent un liquide séreux abondant. Le sang des deux saignées offre un caillot petit, rétracté, une couenne épaisse de trois lignes, une sérosité limpide et jaunâtre. Deux saignées; application de ventouses pour obtenir trois cents grammes de sang; cataplasmes sur les seins.

Le 30 septembre la respiration est toujours accélérée, à 44, le pouls à 112. En arrière, on observe une diminution des symptômes observés les jours précédens; le souffle tubaire et la bronchophonie ont disparu dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, et sont remplacés par une inspiration sèche; vers la partie supérieure existe un râle crépitant sec. Sur les côtés, en approchant de l'aisselle, le souffle et la bronchophonie persistent; à droite, souffle, bronchophonie, et râle crépitant dans certains points. Le sang obtenu par les saignées était toujours riche en fibrine. Bruit léger de souffle dans l'artère carotide. Du côté gauche, les battemens du cœur étaient sourds; le premier bruit rapeux; la langue pâle, sans enduit; le ventre souple, indolent partout, même dans la région hypogastrique; l'écoulement lochial était remplacé par un écoulement assez abondant; les seins, gonflés, ne laissaient plus couler qu'une faible quantité de liquide. Mauve édulcorée; potion gommeuse; ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine.

Il était évident que sous l'influence du traitement actif auquel on avait soumis la malade depuis son entrée à l'hôpital (quatre saignées et trois applications de ventouses scarifiées avaient été faites), l'inflammation s'était arrêtée en quelques points. A gauche, la pneumonie avait cédé en plusieurs points; mais elle persistait encore au second degré sur les parties latérales du même côté. A droite et en arrière, le bruit de souffle et la bronchophonie étaient moins étendus et remplacés en plusieurs points par le râle crépitant. L'amélioration cependant n'était pas proportionnée à l'activité de la médication qui, sans avoir été efficace, n'avait pu faire rétrocéder le mal; aussi avons-nous cru nécessaire de recourir à l'application d'un vésicatoire sur le côté. L'affaiblissement considérable de la malade qui avait éprouvé plusieurs syncopes dans le cours de la journée, et qui était plongée dans un état d'anémie extrême, nous a empêché de revenir sur l'emploi des émissions sanguines. Des bruits de souffle entendus dans les carotides des deux côtés, et l'apparition du flux sanguin qui avait lieu par l'utérus, nous sembla se rattacher à l'altération du sang causé par anémie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 4 octobre.

Ostéogénie. — M. Flourens lit un mémoire intitulé: Recherches sur le développement des os. Premier mémoire: Formation et résorption des couches osseuses. L'auteur a fait un grand nombre d'expériences sur les lapins et les oies, dont il présente seize préparations dans de l'alcool. Ces expériences ont été exécutées, ainsi que M. Flourens le dit, d'après la méthode de Troja, c'est-à-dire en détruisant la moelle et la membrane médullaire avec un stylet. Dans quelques cas, il a suivi une voie opposée; il a détruit le périoste et l'os, et il a conservé le système médullaire. Le résultat général de ce premier travail est celui-ci: l'organe formateur du nouvel os est exclusivement le périoste qui s'ossifie lui-même, comme l'avait dit Duhamel; la membrane médullaire est l'organe exclusif de résorption de l'os. Le périoste cependant, comme la membrane médullaire, sont eux-mêmes susceptibles de se reproduire dans la formation du nouvel os, et celui-ci présente tous les détails de structure de l'os primitif. L'auteur se propose, dans un second mémoire, de traiter de la formation du cal. et il annonce d'avance que le cal véritable résulte de l'ossificatian du périoste; ce qu'on appelle le cal provisoire n'est qu'un accident du cal, c'est-à-dire le résultat d'une sécrétion humorale accidentelle occasionnée par la lésion traumatique et qui doit disparaître et qui peut ne pas exister. Cet énoncé nous ramène, comme on le voit, à l'opinion de Duhamel, abandonnée depuis un quart de siècle. Voici quelques passages textuels de ce premier mémoire.

« Il y a dans un os qui se développe deux faits à expliquer: l'accroissement des parois même de l'os et l'accroissement du canal médullaire. Or, tout os a deux faces, l'une externe et l'autre interne. Du côté de l'externe s'ajoutent sans cesse de nouvelles couches, addition qui fait l'accroissement des parois de l'os; du côté de l'intérieur se résorbent sans cesse des couches anciennes, résorption qui fait l'accroissement du canal médullaire.

» Il y a dans tout os, deux faces à phénomènes inverses et opposés, et, si je puis ainsi dire, un *endroit* et un *envers*; un *endroit* par lequel il reçoit sans cesse des molécules nouvelles, et un *envers* par lequel il perd sans cesse les molécules animales. (Ainsi, d'après l'auteur, la moelle serait l'organe de desassimilation.

» L'os se forme donc par couches, il se ersorbe par couches. J'ai répété les expériences de Duhamel. J'ai vu, comme lui, tout le périoste entourer les bouts fracturés de l'os, et, en s'ossifiant, former autour de ces bouts fracturés une sorte de virole osseuse, tantôt pénétrer entre ces bouts fracturés, et, en s'ossifiant encore, les unir l'un à l'autre par une sorte de continuité osseuse. J'ai vu, comme lui, le périoste s'épaissir, se tuméfier d'abord, puis, les lames internes de ce périoste tuméfié se transformer en cartilage, et puis ces lames cartilagineuses se transformer en os.

» Le véritable cal est une portion d'os nouvelle, et comme on le verra bientôt cette portion d'os nouvelle résulte de l'ossification d'une portion du périoste. Le prétendu cal provisoire est un fait étranger à la formation de l'os proprement dite, etc.

» Il y a dans les os un appareil de formation, et c'est le périoste; il y a un appareil de résorption, et c'est la membrane médullaire, ou périoste interne; et ces deux propositions sont démontrées, je crois, jusqu'à la dernière évidence par les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie. »

Lithotritie. — M. Guillon adresse un nouveau brise-pierre évacuateur, à pression et à percussion simultanées, « au moyen duquel on abrège, dit-il, beaucoup les souffrances des malades, en obtenant en une seule séance des résultats qu'on obtient avec les autres lithotriteurs en plusieurs fois. » (Commissaires, MM. Magendie, Larrey, Breschet.)

— M. Bazin, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, adresse un travail intitulé: Sur l'anatomie du bothrydium pythonis (ver intestinal du boa). Ce ver a été trouvé dans un boa qui venait de mourir à bord d'un navire dans le port de Bordeaux. Ce boa avait environ trois mètres et demi de longueur.

Calcul urinaire.—Le docteur Rau d'Hesdin écrit pour communiquer à l'Académie un cas de calcul urinaire formé par inscrustation autour d'un tuyau de pipe qui s'était rompu dans l'urètre, au moment où l'individu, jeune homme de vingt-sept ans, ouvrier en papererie, titillait voluptueusement le canal. Le fragment franchit consécutivement le col de la vessie et tomba dans la vessie. Il a été opéré par la taille et guéri. Le calcul était si volumineux, qu'il n'a pu sortir entier par l'ouverture périnéale, il a fallu le briser avec les tenettes, etc.

Eaux minérales. — Le maire de Grenoble écrit à l'Académie pour lui demander par quelle méthode on pourrait conduire, sans les dénaturer, les eaux minérales, dont les propriétés médicales ont été expérimentées avec tant d'avantage, et dont la source est aux environs de Grenoble. Le maire désirerait faire conduire ces eaux dans la ville. Leur température est de 58° à 60° centigrades. M. Arago, accompagné de plusieurs membres de l'Académie, va s'occuper de cette importante question expérimentale.

dans le tube digestif, où de toute autres forces sont mises en jeu. En pareille matière l'expérience passe avant les théories. Or, l'expérience a jugé la question: *Le sous-carbonate de fer, surtout associé aux alimens, passe dans le torrent circulatoire*, et imprime à l'économie des modifications très notables. On ne doit point être étonné de ce fait en voyant les végétaux eux-mêmes absorber cette substance et se l'assimiler, quoiqu'ils soient privés de l'élément nerveux dont il faudrait pourtant tenir compte, quand il s'agit de comparaison entre la nature organique et nos laboratoires. Je m'en suis assuré par une expérience très facile à faire.

J'ai semé des graînes de cresson (*lepidium sativum*) dans un vase qui ne contenait que du sous-carbonate de fer. J'en ai semé d'autre part sur des couches de coton cardé; j'ai arrosé des deux côtés avec la même eau. Le cresson a germé et s'est développé dans les deux cas, comme on le pense bien; mais les tiges ainsi que les feuilles du premier contenaient du fer, dont la présence était constatée d'une manière très sensible par les réactifs connus, tandis que celui qui avait poussé sur le coton, n'en contenait pas un atome.

Il me paraît donc assez inutile que l'imagination spéculative de certains pharmaciens se mette à la torture pour trouver tous les jours de nouvelles combinaisons ferrugineuses *solubles*, tandis qu'il s'en trouve une très commune, éprouvée, et surtout d'un prix très modéré, ce qui, pour le dire en passant, ne fait peut-être pas l'affaire de tout le monde.

COSTER.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur le Redacteur,

Nous avons l'honneur de vous prier d'insérer cette lettre dans un de vos prochains numéros. Défenseur infatigable de tous les droits, vous ne refuserez pas de donner jour à une criante injustice.

Il est ouvert maintenant un concours auquel sont appelés les élèves des hôpitaux pour les prix qu'on a l'habitude de leur décerner à la fin de chaque année. Donnés au mérite et au savoir, ces prix entretiendraient le zèle et l'émulation; malheureusement l'intrigue et la faveur, qui seuls aujourd'hui conduisent aux grades, aux honneurs et à la fortune, viennent exercer jusqu'au milieu de nous leur ignoble influence. Ce concours se compose de deux épreuves, l'une écrite, qu'on lit; l'autre orale.

Dans la première, il a été évident pour tous les auditeurs qu'on avait peu tenu compte du mérite des compositions, et que l'avantage avait été donné à quelques élèves privilégiés. Jusqu'ici néanmoins c'était supportable. Mais ce qui dépasse toute pudeur, à l'épreuve orale, des élèves qu'on avait déjà sacrifiés à l'épreuve précédente ont en vain brillé par leur savoir et leur supériorité; on avait résolu de les écarter, et on les a impitoyablement sacrifiés de nouveau.

Deux juges ont été jusqu'à donner à un élève prédestiné un nombre de points supérieur à celui qui est fixé par le règlement. Alors M. Sandras a protesté et rappelé au règlement. Ces messieurs ont répondu que c'était une erreur. « Dans un salon ce serait une erreur, a dit M. Sandras; dans un concours, c'est une injustice. »

Un grand nombre d'élèves attendaient silencieux le résultat de cette épreuve. A peine a-t-il été connu, que l'étonnement et l'indignation se sont manifestés par des sifflets, par des cris à l'infâmie! à l'injustice!

Plusieurs élèves découragés ont résolu dès lors de renoncer à la seconde épreuve, et de laisser à la faveur la faculté de s'exercer sans contrainte.

UNE RÉUNION D'ÉTUDIANS EN MÉDECINE.

Paris, le 3 octobre 1841.

29 septembre 1841.

Monsieur et très honoré confrère,

La section d'hygiène, croyant sans doute qu'il était de la dignité d'une réunion de savans de ne pas revenir sur une erreur, quelque évidente qu'elle fût, a maintenu, dans sa séance du mardi 27, la décision par laquelle M. Gauthier de Claubry se trouve, à mon préjudice, inscrit sur la liste des candidats. Il résulte donc de cette singulière décision que ces messieurs, bien qu'ils eussent adopté, contrairement aux règlemens, que les nominations se feraient à la majorité de la commission, qui est de 8 voix, ont néanmoins nommé M. Geuthier à 7, après m'avoir deux fois évincé à ce même nombre de voix, admettant par là que deux fois 7 et une fois 5 valent moins que deux fois 5 et une fois 7!

J'en appellerai certainement à l'Académie en corps, qui croira sans doute que la première règle de conduite de ses membres doit être le sens commun; et en attendant, j'en appelle à la loyauté de M. Gauthier de Claubry qui, ayant reconnu lui-même l'erreur en ma présence, ne voudra probablement pas faire partie d'une liste sur laquelle son nom a été indûment porté.

Permettez-moi, monsieur, de remercier publiquement M. Lo[illegible] la persistance qu'il a mise à vouloir faire triompher le bon dr[illegible] se trouvait de mon côté; et veuillez recevoir, avec mes remerc[illegible] l'expression de ma parfaite considération.

C. LACH.

— La dyssenterie s'est de nouveau déclarée, et avec plus d[illegible] qu'il y a quinze jours, dans la garnison d'Evreux. L'hospice est [illegible] fait encombré de malades, on en compte environ 70 appartena[illegible] troupe, et il y en a autant d'alités dans les casernes. D'après le[illegible] seignemens que nous avons pris, il en serait mort six depuis qu[illegible] jours.

(*Journal de l'Eur*

Nous sommes heureux d'appeler l'attention de nos lecteurs su[illegible] anti-hydropique de M. QUENTIN, pharmacien à Paris. C'est une [illegible] verte longuement expérimentée, dont vient d'être enrichie la [illegible] médicale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 7 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 121, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

DEUXIÈME MÉMOIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR UN ANUS ARTIFICIEL DANS LES RÉGIONS LOMBAIRES GAUCHE ET DROITE SANS OUVRIR LE PÉRITOINE.

Lu à l'Académie royale de médecine, le 6 septembre 1841;

Par J.-Z. AMUSSAT.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Pour ma première opération, pratiquée le 5 juin 1839, je dois rappeler à l'Académie que l'anus artificiel a été établi avec succès en ouvrant le colon lombaire gauche sans intéresser le péritoine, sur une femme âgée de quarante huit ans (madame D.). Cette opération a été nécessitée par une obstruction complète de la fin de l'S iliaque. La constipation datait de vingt-six jours, et il y avait une tympanite stercorale des plus violentes.

L'anus artificiel livrait un passage facile aux matières fécales, et les selles s'étaient presque régularisées complètement par cette voie. La malade allait presque volontairement à la garderobe, excepté lorsqu'elle avait la diarrhée, ce qui n'a eu lieu que dans les derniers temps. Il lui était alors facile de retirer son appareil et d'éviter la malpropreté qu'elle redoutait tant.

L'anus artificiel, situé dans le flanc gauche, offrait la forme d'une ampoule assez saillante par l'épanouissement de la muqueuse intestinale légèrement renversée en dehors. On introduisait facilement le doigt indicateur dans cette ouverture, et l'on sentait distinctement un éperon résistant qui s'opposait à ce que les matières fécales vinssent tomber dans la partie inférieure du colon. Enfin, l'anus artificiel était dans le meilleur état possible, lorsque notre malade a succombé, cinq mois après l'opération, à une péritonite survenue consécutivement aux progrès de l'affection cancéreuse ayant produit l'oblitération complète de la partie inférieure du canal intestinal.

Autopsie faite le 2 novembre 1839, vingt-quatre heures après la mort, par MM. Ricque et Levaillant.

Le ventre était considérablement distendu par des gaz que l'on reconnaissait à la percussion.

L'incision cruciale de la paroi abdominale nous a permis de constater de suite, par la sortie d'un liquide de couleur citrine, mêlé de fausses membranes blanchâtres et assez résistantes, qu'il existait une péritonite. Cette inflammation avait laissé des traces évidentes sur toute l'étendue de la membrane séreuse; car l'intestin grêle, le gros intestin et toute la masse cancéreuse située dans le bassin, et dont nous parlerons bientôt, étaient recouverts de fausses membranes plus ou moins résistantes. Nous avons trouvé, en outre, dans la partie la plus déclive du bassin, une assez grande quantité de liquide jaunâtre au milieu duquel nageaient des flocons de fausses membranes.

L'épiploon était complètement déjeté à droite. Il formait une masse ovoïde grosse comme les deux poings réunis; cette tumeur était composée de tubercules cancéreux blanchâtres, réunis entre eux par des prolongemens celluleux.

Sur toute la surface pariétale du péritoine, on trouvait, çà et là, des tubercules cancéreux semblables à ceux qui existaient dans l'épiploon. Le mésentère était également, dans toute son étendue, le siége de productions semblables.

L'estomac était allongé, et il avait été attiré à droite par l'épiploon; il était, du reste, parfaitement sain.

Les intestins grêles étaient presque partout adhérens entre eux par des fausses membranes de nouvelle formation; trois anses énormes très distendues, et offrant une couleur noirâtre livide, étaient superposées aux autres anses intestinales blanchâtres beaucoup moins distendues.

Les gros intestins étaient parfaitement reconnaissables jusqu'à la fin du colon lombaire gauche; ils paraissaient avoir conservé leur calibre naturel, à l'exception du colon lombaire droit qui, ayant été comprimé par la masse cancéreuse de l'épiploon, déjetée de ce côté, nous sembla un peu aplati.

A partir de l'S iliaque, il fut impossible de distinguer le gros intestin. Il existait dans ce point et jusqu'à quelques pouces au-dessus de l'anus, une masse énorme de tubercules cancéreux au milieu desquels la dernière portion du tube digestif et l'utérus se trouvaient placés et comprimés. Ces tubercules cancéreux développés sur le péritoine, dans le méso-colon et dans le méso-rectum, avaient, par leur volume toujours crois sant, détruit complètement la continuité du canal intestinal.

Le colon lombaire gauche était dilaté au dessus de l'anus artificiel, et *rétréci* au dessous. Dans ce point, il existait un éperon très marqué, une saillie des tuniques intestinales qui s'opposait au passage des matières fécales vers l'S iliaque. Au-dessus de l'anus artificiel, on trouva des matières fécales dures, en boulettes; au-dessous, au contraire, l'intestin était revenu sur lui-même, et ne contenait pas de matières fécales.

Une hernie épiploïque ancienne existait dans l'anneau crural du côté droit.

Suites de la deuxième opération, que j'ai déjà eu l'honneur de vous communiquer.

Pour ma deuxième opération pratiquée le 14 juillet 1839, l'anus artificiel a été aussi établi avec succès à gauche, sans ouvrir le péritoine, sur M. T..., âgé de soixante-deux ans. Cette opération a été pratiquée pour remédier à une obstruction du canal intestinal produite par une affection cancéreuse du rectum.

M. le docteur Cornac, qui a fait le voyage de Paris à Rouen avec mon malade, a pu s'assurer que sa santé s'était déjà notablement améliorée, et qu'il était très reconnaissant du service qu'on lui avait rendu.

Depuis le mois d'octobre 1839, époque jusqu'à laquelle j'ai donné dans mon mémoire l'histoire complète de mon second opéré, j'ai reçu fréquemment des détails sur sa santé, qui, depuis deux années, s'est maintenue dans un état très satisfaisant. L'appétit est bon, les digestions sont régulières et faciles; les forces du malade sont assez grandes pour lui permettre de faire plusieurs fois par jour de longues promenades à pied.

L'affection carcinomateuse du rectum ne paraît pas avoir fait de progrès sensibles; elle n'est pas accompagnée de douleurs lancinantes; mais il existe une chaleur incommode sans pesanteur dans le point malade de l'intestin. Les injections, pratiquées de haut en bas, c'est-à-dire de l'anus artificiel à l'anus naturel, provoquent très souvent la sortie de caillots noirâtres. Le liquide qui sort par l'anus naturel à la suite de ces injections, n'est jamais mélangé de pus; mais il a une odeur stercorale assez prononcée, et il contient des mucosités filantes. Presque jamais on ne trouve de matières fécales dans les liquides évacués par le rectum.

L'anus artificiel a conservé ses dimensions; la muqueuse s'invagine assez souvent, et forme une espèce de prolapsus à la suite des efforts de défécation. Le calibre des matières moulées qui sortent par cette ouverture, égale le diamètre du petit doigt; quelquefois même, lorsque les matières sont dures, elles ont le volume du doigt médius.

On a cherché à provoquer les selles à des jours et à des heures à peu près fixes et on est arrivé à ce résultat. Au moyen de lavemens donnés régulièrement, les évacuations par l'anus artificiel, surviennent tous les deux jours le matin, ou le troisième jour au plus tard. Cette régularité dans les évacuations permet au malade de sortir et de se promener sans inquiétude; il a même pu aller au spectacle une fois sans avoir la crainte de voir survenir une selle involontaire.

Les préparations ferrugineuses dont il fait usage depuis quelque temps, ont beaucoup contribué à augmenter ses forces et à faire disparaître l'œdème des membres inférieurs qui était survenu cet hiver et qui avait déjà été observé plusieurs fois avant et après l'opération.

En résumé, l'état de notre malade s'est considérablement amélioré depuis deux ans que l'anus artificiel a été établi. Nous espérons que l'affection cancéreuse du rectum, qui a déjà ralenti beaucoup sa marche, permettra à notre opéré de jouir encore long-temps des bénéfices de l'opération.

Enfin, je vais vous communiquer l'observation d'une troisième opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée l'année dernière sur une femme âgée de quarante-sept ans; mais cette fois par le procédé de Littre, en ouvrant le cœcum dans la fosse iliaque.

Cette observation a été déjà publiée en partie dans la thèse de M. Pinte, soutenue le 1er juin 1841, et dans l'ouvrage de MM. Bourgery et Jacob.

Madame Bollmann, âgée de quarante-sept ans, auprès de laquelle je fus appelé le 5 mai 1840, par MM. Magendie, Koreff et Descroizilles, vomissait des matières fécales depuis près de trente jours et il n'y avait pas eu d'évacuation de gaz ni de matières par le rectum, malgré tous les moyens qui avaient été employés, tels que purgatifs, drastiques, lavemens, douches ascendantes, cathétérisme du rectum avec des sondes de gomme élastique. Aux vomissemens de matières fécales se joignait un ballonnement considérable du ventre à travers les parois duquel on apercevait distinctement des anses intestinales énormément distendues; prostration extrême, fièvre et douleur abdominale très vive ayant son point de départ à l'épigastre.

Rien dans les antécédens de cette femme ne put nous faire soupçonner quelle était la cause de cette interruption du cours des matières. Antérieurement au 3 avril de cette année, les fonctions digestives avaient toujours eu lieu régulièrement, et la malade n'avait éprouvé de douleurs dans aucun point de l'abdomen.

Après avoir, de concert avec MM. Magendie, Koreff, Descroizilles et Cazalis, employé inutilement pendant plusieurs jours des douches ascendantes d'eau et d'air, des lavemens forcés et le cathétérisme avec des sondes de gomme élastique, nous commençâmes à agiter la question difficile de l'établissement d'un anus artificiel. Mais dans quel point devions-nous opérer? D'abord je pensai à ouvrir le colon ascendant dans la région lombaire droite en suivant mon procédé, c'est-à-dire sans ouvrir le péritoine; mais comme aucun signe ne nous indiquait que l'obstacle fût placé plutôt dans le gros intestin que dans l'intestin grêle, je me résignai à mon grand regret à tenter le procédé de Littre, c'est-à-dire à arriver par la paroi antérieure de l'abdomen sur le cœcum, que j'ouvrirais s'il était distendu. Parce que, dans le cas contraire, c'est-à-dire si cet intestin eût été vide, j'aurais pu, par cette voie, chercher dans les intestins grêles, en commençant par leur terminaison, la cause de l'étranglement.

Après avoir incisé la paroi abdominale dans la région iliaque droite, à un pouce environ au-dessus de la crête de l'os des îles, j'arrivai promptement sur le péritoine que j'ouvris, puis sur le cœcum énormément distendu. Ayant bien reconnu cet intestin à ses bosselures, à ses bandelettes et à son volume, je plongeai d'abord un petit trois-quarts dans ses parois, ce qui permet à des gaz et à des matières fécales de s'écouler, puis je pratiquai avec un bistouri boutonné une assez large ouverture dont les bords étaient maintenus au dehors par trois pinces à torsion. Je laissai écouler les matières fécales, enfin je fixai solidement les bords de l'intestin ouvert à la paroi abdominale au moyen de trois ou quatre points de suture entrecoupée.

La malade, qui était avant l'opération dans un état d'affaiblissement extrême, succomba vingt-quatre heures après.

A l'autopsie nous avons trouvé à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon descendant, non loin de la rate et sous les fausses côtes, un rétrécissement assez considérable de l'intestin, et au centre de deux ulcérations placées l'une au-dessus l'autre au-dessous de ce rétrécissement sur deux portions repliées et adhérentes du colon, nous aperçûmes un corps étranger noirâtre. C'était un petit os de lapin ou de volaille qui s'était arrêté dans ce point et qui avait été probablement la cause du rétrécissement.

Dans le premier mémoire que j'ai publié sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine, j'ai fait le parallèle de mes deux premières observations: elles se prêtaient à de grands rapprochemens. Les deux dernières opérations, pratiquées par le même procédé, mais dans la région lombaire droite, la troisième et la quatrième se prêtent aussi à des comparaisons intéressantes, et qui feront ressortir les points principaux qui caractérisent chaque fait particulier.

Dans ces deux derniers faits, il y avait trente jours et plus que l'interruption du cours des matières avait lieu lorsque j'ai été appelé.

Chez la troisième, ou la première de ce mémoire, et chez la quatrième, il y avait des vomissemens, mais sans matières fécales.

Pour la troisième, il était impossible de dire positivement où était le siége de l'étranglement. Un seul lavement pouvait être introduit.

Pour la quatrième, on savait que l'obstacle existait à la partie supérieure du rectum, et cependant la malade pouvait recevoir deux lavemens.

Enfin, dans la cinquième observation de ce mémoire, on voit qu'il y avait occlusion du tube digestif depuis près de trente jours, qu'il y avait des vomissemens de matières fécales, qu'il était impossible de reconnaître la cause et le siége de l'étranglement, et que la malade pouvait recevoir trois lavemens.

Ces cinq observations résument déjà presque toutes les difficultés qui peuvent se rencontrer pour les obstructions des gros intestins.

En effet, pour la première opération, que j'ai pratiquée dans la région lombaire gauche, on savait que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum: on a donc opéré sûrement à gauche, c'est-à-dire au-dessus de l'étranglement.

Pour la deuxième, on était encore mieux fixé sur le siége et la nature de la maladie, mais l'intestin était vide au-dessus, c'est ce qui a rendu l'opération plus difficile. En pareil cas, des injections d'eau et d'air devraient être faites dans le rectum afin de distendre l'intestin et d'agrandir par conséquent l'espace celluleux, pour éviter plus sûrement d'ouvrir le péritoine comme je l'ai fait récemment dans la quatrième.

Pour la troisième observation, on voit que le diagnostic a été tout à fait impossible à établir.

Pour la quatrième opération, on était presque aussi bien fixé que pour la deuxième. J'ai opéré à droite, parce que M. Piorry avait trouvé avec le plessimètre plus de matité à droite qu'à gauche, et enfin j'ai reconnu que l'obstacle était situé à la partie supérieure du rectum.

Enfin pour la cinquième, le diagnostic n'a pas pu être établi. L'obstacle, comme on l'a vu à l'autopsie, était à gauche à l'angle de réunion du colon transverse avec le colon ascendant. Dans un cas semblable, malgré l'incertitude du siége précis de l'étranglement, j'ouvrirais le colon lombaire droit, comme je l'avais déjà proposé pour cette malade, et comme je l'ai fait avec un plein succès pour la troisième opérée, madame B.

Comme on le voit, les difficultés sous le rapport du diagnostic et de l'opération ont été croissantes depuis la première jusqu'à la cinquième.

La première était facile, mais c'était la première que je pratiquais.

La deuxième, la troisième et la cinquième ont été fort difficiles : la deuxième, seulement à cause de la vacuité de l'intestin ; la troisième et la cinquième, parce qu'il était impossible de savoir où était l'étranglement.

Quant à la quatrième, elle a été aussi fort difficile, malgré la certitude du diagnostic. La difficulté est donc inhérente à l'opération elle-même : il faut la faire sans autre guide que le tissu cellulaire adipeux du rein et le toucher.

Il est évident qu'il faudrait agir comme dans le troisième et le quatrième cas pour une obstruction du colon transverse, du colon lombaire droit et même du cœcum ; et dans ces deux derniers cas, on pourrait peut-être extirper la tumeur qui comprimerait l'intestin, si elle était de mauvaise nature.

En réfléchissant de nouveau aux difficultés que j'ai rencontrées relativement au diagnostic, je trouve que c'était la troisième opération, et non pas la quatrième, qui était la plus difficile, parce que chez la troisième malade on pouvait donner trois lavemens, et qu'on devait supposer qu'ils arrivaient jusqu'à la valvule iléo-cœcale, et par conséquent on devait croire que l'obstacle n'était pas dans le gros intestin.

Relativement au lieu d'élection pour l'opération, on voit donc que j'ai pratiqué deux fois l'ouverture artificielle à gauche et deux fois à droite. Une autre fois, malheureusement, j'ai pratiqué le procédé de Littre sur le cœcum, et, comme l'autopsie l'a démontré, j'aurais pu la faire aussi à droite, par mon procédé, avec un plein succès peut-être sous tous les rapports.

Maintenant, je reviens aux quatre opérations que j'ai pratiquées sans ouvrir le péritoine ; malgré l'opposition la plus décidée, le raisonnement et l'expérience de trois succès sur quatre opérations doivent forcer les incrédules à se rendre à l'évidence.

Sans doute, mon premier succès pouvait être considéré comme un fait heureux seulement.

Le second, tout aussi simple, pouvait à la rigueur être aussi attribué à un hasard heureux ; cependant il devait fixer déjà l'attention des chirurgiens, et leur donner une grande confiance dans le procédé.

Mais il me semble que le troisième doit trancher la question, et prouver comparativement la différence des résultats qu'on obtient en ouvrant le péritoine ou sans l'ouvrir ; et je crois qu'il n'y a plus de parallèle possible entre l'opération de Littre et celle de Callisen modifiée. C'est donc une nouvelle opération acquise à la science, et qui doit incessamment entrer dans le domaine chirurgical.

Quant à la quatrième, je n'hésite pas à dire que si j'eusse pratiqué l'opération à une époque moins avancée de la maladie, il y avait beaucoup de chances de succès. D'ailleurs, la malade n'a pas succombé par le fait même de l'opération ; car, à l'autopsie, nous n'avons pas trouvé de traces de péritonite, ni d'épanchement dans la cavité abdominale.

J'espère que désormais les praticiens, au lieu de laisser mourir les malades en pareille occurrence, au lieu de dire que la maladie est au-dessus des ressources de l'art, au lieu d'abandonner les malades à une mort certaine, au lieu d'éviter de se donner la peine de tenter une opération hardie, j'espère, dis-je, que les chirurgiens ne reculeront plus devant la nécessité d'une pareille opération, puisqu'il est démontré maintenant qu'on peut la pratiquer sans ouvrir le péritoine. Il n'y a donc, dans ces cas, que le diagnostic du point précis de l'étranglement qui soit fort embarrassant ; mais il est déjà bien éclairci, et avec beaucoup d'attention et de soin, en suivant la marche que j'ai tracée, on pourra, j'espère, presque toujours opérer sûrement au-delà de l'étranglement.

Avant de terminer mon mémoire, qu'il me soit permis de dire que j'attache une grande importance à cette innovation chirurgicale, ou mieux à ce perfectionnement du procédé de Callisen, et que je place cette opération au-dessus de mes autres travaux sous le rapport de leur utilité réelle.

Ainsi, avant la lithotripsie on avait la taille, et on pouvait vivre avec la pierre, péniblement il est vrai ; mais enfin on pouvait vivre, tandis qu'on ne le peut avec une obstruction complète du tube digestif.

Avant la torsion des vaisseaux, on avait la ligature ; mais je dois dire cependant qu'avec la torsion des artères, seul et sans aide, on peut sauver la vie des blessés dans des cas où l'on ne peut faire la ligature, et bientôt, j'espère, la torsion sera substituée à la ligature. Je ne parlerai pas de mes autres travaux. Mais pour l'établissement d'un anus artificiel dans des cas désespérés, il est évident qu'on n'avait que l'opération de Littre, et cette opération est si grave et si chanceuse, qu'on y avait rarement recours. Pour établir la gravité comparative des deux opérations de Littre et de Callisen modifiée, ne pourrait-on pas dire que la première est à la deuxième ce que la taille est à la lithotripsie. Maintenant donc, j'ose dire qu'on possède une heureuse ressource, bien moins dangereuse même que l'opération de la hernie étranglée.

Ainsi, les étranglemens internes du gros intestin, qu'on croyait naguères au-dessus des ressources de l'art, seraient désormais moins redoutables même que les hernies étranglées. Ils laissent, il est vrai, une infirmité grave, et ce n'est pas payer la vie trop cher que de la devoir à une pareille infirmité ; d'ailleurs, elle est plus supportable encore qu'on ne le pense généralement, comme on peut s'en convaincre en relisant les observations de mes opérés.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Soins que réclame la femme pendant le travail de l'accouchement. (Suite.)

Dans l'intérêt de l'enfant. L'on a vu dans le précédent article quels soins il fallait donner à la mère dans son intérêt propre ; dans celui-ci il sera question des soins donnés à la mère dans l'intérêt de l'enfant.

Avant d'aller plus loin, il est une observation essentielle à faire ; c'est que toutes les fois qu'un accoucheur est appelé près d'une femme en travail, il doit être nanti de tous les instrumens nécessaires, et surtout du forceps.

Sur la fin du travail, alors que la tête va franchir les parties externes de la génération, l'accoucheur doit, avec beaucoup de réserve cependant, découvrir la femme et s'aider de la vue pour les soins qui regardent l'enfant.

Jusqu'à ce que la tête ait franchi la vulve, l'accoucheur n'a rien à faire dans l'intérêt de l'enfant ; mais une fois la vulve franchie, il peut arriver que la même douleur expulse aussi les épaules ; alors les soins de l'accoucheur se bornent à recevoir l'enfant, et quelquefois à soutenir le périnée quand les épaules viennent à passer. Si, entre la sortie de la tête et l'expulsion des épaules, et du reste du corps, il s'écoule un léger intervalle, l'on doit alors soutenir la tête et s'assurer, à l'aide du doigt, si le cordon ne forme point de circulaires autour du col encore contenu dans les parties génitales, auquel cas il faut placer les tours du cordon sur le doigt et en faire la section, surtout si le travail a duré long-temps, et si c'est à une primipare que l'on a affaire. Lorsque cette condition se présente chez une femme qui a déjà eu plusieurs enfans, et chez laquelle le travail dure depuis peu de temps, l'on peut attendre avant de procéder à la section du cordon ombilical.

Cette section du cordon ombilical a pour but d'éviter les tiraillemens qui peuvent aller jusqu'à en déterminer la rupture ; l'on prévient aussi par là un certain retard que l'intégrité du cordon pourrait apporter dans le travail. Enfin, par la section du cordon, l'on se propose de désemplir le système vasculaire de l'enfant, et de diminuer la congestion cérébrale, conséquence de la longueur du travail.

Ici l'on suppose le cas où l'expulsion des épaules ne tarderait pas à suivre la sortie de la tête ; mais si la douleur qui doit déterminer l'expulsion des épaules se fait trop long-temps attendre, l'on comprend aisément que dans ce cas la vie de l'enfant se trouve compromise, car la respiration n'est guère possible. L'on ne sait pas au juste le temps qu'un enfant peut rester dans cette position ; « mais il me semble, dit le professeur, qu'en fixant ce temps à une minute ou une minute et demie, je crois être dans le vrai. » Il faudra donc venir en aide à l'enfant avant qu'une minute se soit écoulée.

Les deux épaules se dégagent, l'une en avant, l'autre en arrière ; celle qui se dégage sous les pubis se dégage la première ; c'est par elle aussi qu'il faut commencer quand il s'agit de venir en aide à la nature ; et pour cela on abaisse un peu la tête, que l'on relève ensuite, pour dégager l'épaule placée en arrière.

Les accoucheurs ont prétendu que la rupture du périnée était le plus souvent occasionnée par le passage des épaules, ce qui n'est pas exact. Mais ce qui est vrai, c'est que les épaules, en traversant la vulve, augmentent considérablement la déchirure du périnée que la tête a commencée. Or, l'on comprend qu'il est essentiel de soutenir le périnée, mais surtout de dégager les épaules avant le retour d'une contraction utérine.

Tels sont les soins qu'il convient de donner à la mère dans l'intérêt de l'enfant dans les positions occipito-antérieures ; il faut voir maintenant quelle doit être la conduite de l'accoucheur quand l'occiput se trouve dirigé en arrière.

M. Velpeau conseille, dans ce cas, de ramener l'occiput en avant ; car il regarde comme exceptionnelle la rotation de la tête qui doit ramener l'occiput sous les pubis. Ce conseil de M. Velpeau paraît tout à fait inutile à M. P. Dubois, qui regarde la rotation de la tête comme la règle, et l'absence de ce mouvement comme la très rare exception.

La cause de la rotation de la tête est incomparablement plus puissante que l'action de la main, et si la tête n'effectue pas ce mouvement, la puissance qui la retient résiste à toutes les tentatives que l'on pourrait faire à l'aide de la main seule, et il faudrait recourir à l'emploi du forceps ; de sorte qu'il faut s'abstenir d'essayer, à l'aide de la main, de ramener l'occiput en avant. Ainsi, dans ces positions comme dans les précédentes, le rôle de l'accoucheur est purement passif.

Quels sont les soins que l'accoucheur doit donner à la mère dans l'intérêt de l'enfant dans les positions de la face ? Il existe encore aujourd'hui sur cette question une grande divergence d'opinions. Ainsi, plusieurs accoucheurs, parmi eux Nœgelé, pensent que l'accouchement spontané est aussi facile dans les positions de la face que dans celles du sommet. M. Velpeau, au contraire, regarde ces positions de la face comme assez fâcheuses pour devoir être converties en positions du sommet, autant que faire se pourra, lorsque la tête sera encore élevée et mobile au-dessus du détroit supérieur ; lorsque, par conséquent, les membranes seront intactes.

Cette question mérite d'être sérieusement examinée. Il est inutile de rappeler ici que les positions de la face sont des positions très défavorables, puisque c'est le plus grand diamètre de la tête qui se présente au détroit supérieur. C'est sans doute cette raison qui a fait dire à M. Velpeau et aux accoucheurs qui professent la même opinion, que les positions de la face devaient être corrigées. Tout le monde est d'accord sur ce point, que la tête une fois engagée ne se prête plus à la manœuvre conseillée par M. Velpeau.

Lorsque la tête est encore mobile au-dessus du détroit, il faut toujours, dit cet auteur, convertir les positions de la face en positions du sommet, ramener l'occiput au centre du détroit supérieur. Comme les présentations de la face sont beaucoup moins faciles que celles du sommet, le changement des premières de ces positions en celles du sommet est toujours une chose à désirer ; mais cette manœuvre est difficile et douloureuse ; il faut rompre les membranes, en évacuer une quantité de liquide plus considérable que celle qui serait sortie naturellement, et cela pour un succès nullement assuré ; car ce n'est pas chose facile que de repousser le front et de ramener l'occiput au centre du détroit. « J'ai cherché souvent à atteindre ce but, dit M. P. Dubois, mais toujours les contractions utérines ont rendu mes manœuvres impossibles. »

Mais il y a encore un autre motif qui doit faire renoncer à cette manœuvre, dont la non réussite n'est pas sans inconvénient. En effet, il peut arriver que l'enfant, après une tentative infructueuse, se trouve placé dans des conditions de positions moins favorables que celles dans laquelle il se trouvait auparavant ; « en sorte, dit le professeur, que malgré les inconvéniens des positions de la face, le conseil donné par M. Velpeau me semble impossible à suivre, et il vaut mieux dans mon opinion, abandonner le travail à la nature. »

Cette simple temporisation est-elle également applicable aux positions mento-sacrées ? Eh bien, c'est l'opinion de M. P. Dubois. L'on a vu, en effet, que dans les positions mento-sacrées, la face opère un mouvement de rotation qui ramène le muscle sous les pubis. En définitive, dans les présentations de la face, que le menton soit en avant ou en arrière, il faut abandonner le travail à la nature.

« Mais si, dans les présentations de la face, je donne le conseil, dit le professeur, de ne faire aucune tentative pour ramener l'occiput au centre du détroit, à plus forte raison proscrirai-je la version, opération qui, on le sait, n'est pas si simple, puisqu'elle constitue une condition bien moins heureuse encore que les présentations de la face elles mêmes. »

Lorsque, dans un des précédens articles, il a été question des présentations du sommet, l'on a vu que dans ces présentations il s'en rencontrait quelquefois quelques-unes d'irrégulières. Cette irrégularité semble quelquefois apporter un peu de lenteur dans la marche du travail. Ainsi, dans ces présentations, le front se présente quelquefois au centre du détroit supérieur. Dans ce cas, l'on a conseillé de ramener l'occiput au centre du bassin. Eh bien, ordinairement la nature se charge de ce soin ; et il n'en serait point ainsi, que la main seule ne saurait corriger ces irrégularités ; il faudrait de toute nécessité recourir à l'emploi du forceps.

Dans les présentations des extrémités inférieures, il n'y a qu'à soutenir les parties de l'enfant à mesure qu'elles se présentent, et à les envelopper de linges pour prévenir les effets nuisibles d'une pression un peu trop forte pour des parties aussi délicates. L'on doit, quand le cordon ombilical apparaît à la vulve, opérer quelques tractions sur lui pour former une anse. Lorsque les bras se dégagent, il faut comme pour les extrémités inférieures, les envelopper de linges. Quand la tête arrive à son tour pour franchir les parties de la génération, il est important de ne faire aucune traction si elle n'est pas encore dégagée de l'orifice utérin. Mais une fois qu'il est survenu une contraction qui doit déterminer l'expulsion de cette partie du fœtus, il faut alors relever l'enfant sur la partie antérieure de la mère, et la tête se dégage. Dans cette circonstance, l'accoucheur doit aussi soutenir le périnée.

Voilà les conditions les plus simples qui puissent se rencontrer dans les positions des extrémités pelviennes ; il faut supposer maintenant quelques petites irrégularités. L'une des plus communes est la lenteur des contractions, et par suite le retard apporté à l'expulsion du fœtus. L'on a vu que dans les présentations du sommet, cette lenteur des contractions ne pouvait causer aucune inquiétude ; pour les présentations de l'extrémité pelvienne, au contraire, il devient important que les contractions soient soutenues et assez rapides ; aussi doit-on le plus souvent venir en aide à la nature ; tant que les fesses n'ont point franchi la vulve, l'accoucheur n'a rien à faire ; mais aussitôt que celles-ci se sont dégagées, l'accoucheur doit profiter de la première douleur pour faire quelques efforts de tractions sur le tronc, et par cela rendre les contractions plus efficaces.

Mais il peut arriver que les pieds se présentent les premiers et s'arrêtent dans les parties génitales externes : on conseille d'aller à la recherche de ces parties dont la position est vicieuse.

Un autre accident plus commun, c'est que lorsque l'on a cru des tractions utiles et qu'on les a opérées, les bras peuvent se relever sur les côtés de la tête. Dans ce cas l'on a donné le conseil de dégager les bras. Dans cette manœuvre, on procède d'après certaines règles sur lesquelles il est inutile de s'appesantir ; car il est rarement possible de s'y conformer. Toutefois, il faut agir lentement ; l'on commencera par le bras qui se trouve en arrière, puis l'on cherchera à dégager celui qui est en avant, ce qui n'est pas facile ; mais l'on peut attendre que le mouvement de rotation qui doit porter en arrière le bras qui se trouve en avant ait eu lieu, alors on parvient à le dégager assez facilement.

L'on a vu précédemment, qu'à moins de circonstances particulières qui ne permettent aucun retard, il ne fallait opérer aucune traction sur le tronc avant que la tête n'ait franchi le col utérin ; car les tractions, dans cette circonstance, sollicitent les contractions du col qu'ils rendent plus énergiques, et qui ne se seraient pas manifestées si des tractions n'avaient pas été opérées. Néanmoins, lorsque le travail tire en longueur, que les douleurs se font trop long temps attendre, lorsque la mère est prise de fortes convulsions, etc. ; dans ces circonstances, que la tête ait ou non franchi le col utérin, l'accoucheur doit opérer des tractions sur le tronc et se hâter de terminer promptement l'accouchement.

Lorsque les fesses et les pieds s'engagent ensemble dans la filière du bassin, faut-il repousser les pieds au dessus du détroit supérieur, jusqu'à ce que les fesses se présentent seules ? Non, d'abord parce que ces parties sont réductibles et qu'elles peuvent, réunies, s'engager plus facilement que la tête. « J'augmenterais même le volume, dit M. Dubois, si cela m'était possible, pour rendre les conditions de l'accouchement plus favorables ; car alors le reste du fœtus sortirait avec facilité, et l'on

verrait disparaître cette augmentation graduelle du diamètre des parties qui se présentent successivement aux parties de la génération dans les présentations de l'extrémité pelvienne. »

M. Velpeau conseille, quand les fesses s'engagent, d'opérer des tractions à l'aide des doigts ou des crochets mousses placés dans les aines. M. P. Dubois n'a recours à ce moyen que dans les cas seulement où le travail marche avec une extrême lenteur; dans le cas contraire, il se contente d'opérer quelques tractions sur les fesses, quand celles-ci viennent à franchir la vulve.

M. P. Dubois, appelé près d'une femme de quarante-deux ans en travail, reconnaît que les fesses se présentent; la rupture des membranes avait été prématurée, les contractions utérines étaient insignifiantes. M. P. Dubois crut devoir rester dans l'expectative, car la dilatation était très peu considérable; et en cherchant à augmenter cette dilatation, outre que ce n'était pas chose facile, l'on aggravait la position de la mère et celle de l'enfant : il valait mieux attendre.

Le soir, M. P. Dubois est appelé de nouveau; l'orifice est plus dilaté, les fesses s'engagent, les battemens du fœtus sont précipités, celui-ci paraît être en danger; M. P. Dubois applique un crochet mousse dans l'aine, et vient en aide par des tractions légères, à chaque contraction utérine. Une fois que les fesses eurent franchi la vulve, la terminaison fut fort simple. Toutefois, les bras se relevèrent sur les côtés de la tête; M. P. Dubois eut recours aux moyens dont il a été précédemment question. L'enfant n'a pas respiré.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches nécropsiques sur les rétrécissemens de l'urètre, sur le cathétérisme et sur les fausses routes; par M. Edward Cock.

Qu'un rétrécissement urétral qui a été souvent soumis aux manœuvres chirurgicales soit fréquemment, peut-être même généralement exposé aux fausses routes, c'est là un fait trop notoire pour que je prenne la peine de le prouver : il nous démontre cependant que la résistance présentée par un rétrécissement ordinaire est beaucoup plus grande que celle des parois saines de l'urètre au-devant de la coarctation, et qu'il est beaucoup plus facile de déchirer et de traverser l'urètre que d'obtenir la dilatation d'un rétrécissement ancien. Un chirurgien, surtout celui qui s'exerce à passer une sonde, échoue fréquemment dans l'introduction de l'instrument dans la vessie; mais l'autre échappe rarement à la lacération; dans beaucoup de cas, la pointe de l'instrument perfore le canal, généralement à sa partie postérieure, et est porté à travers le tissu cellulaire entre le rectum, d'une part, et l'urètre, la prostate et la vessie de l'autre, jusqu'à ce qu'enfin l'opérateur s'aperçoive de la fausse route et revienne sur ses pas.

Quelquefois le rectum lui-même est perforé et la sonde entre dans son intérieur; cette circonstance est beaucoup plus fréquente qu'on ne se l'imagine. Il est rare que le chirurgien ne s'aperçoive point de la faute qu'il a commise, car la fausse position de l'instrument lui indique la mauvaise direction qu'il a prise, ainsi que la douleur que le patient accuse; le toucher par le rectum l'éclaire d'ailleurs facilement; souvent aussi il y a une hémorrhagie abondante qui accompagne ou suit l'introduction de l'instrument.

Il n'est cependant pas dans mes intentions de m'arrêter, dans cet article sur les lésions ou blessures qu'un chirurgien non habitué à ces opérations peut produire dans les parties adjacentes aux rétrécissemens. Mon intention n'est ici que de faire connaître la nature et le degré des lésions que le canal éprouve presque constamment, même lorsque l'opérateur a réussi à introduire l'instrument dans la vessie; l'effet de ces lésions étant de nature à compromettre le succès du traitement et à désappointer le chirurgien et le malade.

Il est admis parmi les chirurgiens que les rétrécissemens anciens ou rétrécissemens confirmés (confirmed structure), sont rarement ou jamais complètement guéris; que souvent, après que les symptômes si insupportables de la rétention urinaire ont été dissipés par l'introduction d'une sonde, le soulagement n'est que temporaire, la récidive étant ordinairement prompte. Il arrive assez souvent, qu'après un traitement suivi avec les sondes de volume progressif et que l'urètre a repris ses dimensions, les bienfaits ne sont pas permanens; l'usage de la sonde abandonné, le jet de l'urine diminue progressivement, le malade est obligé de faire des efforts pour uriner, ce qui semble inconciliable avec la dilatation apparente du canal.

Lorsque le chirurgien est appelé pour un cas de difficulté d'uriner ou de rétention complète, il se félicite et félicite son patient en même temps d'avoir réussi à passer la sonde dans un canal qui peut-être, depuis plusieurs mois, avait à peine permis le passage d'un fin filet d'urine, continu ou goutte à goutte; on dit alors qu'il a élargi le rétrécissement. Quelquefois l'introduction n'a lieu qu'au prix de l'écoulement de beaucoup de sang; on dit alors qu'il a rompu le rétrécissement lui-même. On doit, je crois, entendre par-là la déchirure d'une des parois du point rétréci et l'ouverture d'une voie à l'instrument. Le principal objet cependant a été accompli, la sonde est entrée dans la vessie; et la satisfaction éprouvée par le patient et par l'opérateur enlève peut-être à celui ci l'envie de rechercher exactement de quelle manière il a obtenu son succès. Néanmoins, la petite quantité constante de sang, la douleur fréquente, qui résultent du passage de l'instrument même lorsqu'il entre dans la vessie, la cuisson et les frissons pendant le passage de l'urine, et la formation assez fréquente d'abcès au périnée, nous autorisent à conclure que l'instrument a dû franchir l'obstacle d une manière différente de cel e que l'opérateur s'est imaginée.

On a rarement l'occasion d'examiner les conditions de l'urètre à une époque rapprochée de celle de l'introduction forcée de la sonde. Aussi ai-je cru qu'on lirait avec intérêt quelques faits de ce genre que je possède; ils conduisent à cette conclusion, que dans tous les cas où le rétrécissement est ferme et étroit, l'obstruction est plus souvent évitée que traversée par l'instrument. Je dois faire remarquer que parmi les cas que j'ai recueillis, j'ai choisi ceux dans lesquels il ne s'agit pas de fausses routes mortelles, mais bien de cas dans lesquels la mort a été occasionnée par d'autres causes, peu de temps après l'introduction de la sonde dans la vessie.

Premier fait. — Un homme âgé de soixante ans, adonné à l'intempérance, constitution usée, s'est présenté au dispensaire pour être traité d'une tumeur à la fesse, conséquence d'une affection rhumatismale ancienne. Une grande accumulation de matière existait profondément vers l'articulation de la hanche; des symptômes typhoïdes sont survenus; il s'est affaissé, et il est mort promptement. A l'autopsie, on a trouvé le col du fémur fracturé près de la tête, l'articulation en suppuration, et ses alentours couverts d'une quantité de pus fétide. Quinze jours avant sa mort, un abcès s'était formé au périnée, qui avait été ouvert; il en était sorti du pus fétide mêlé d'urine. On s'est alors assuré qu'il avait souffert d'un rétrécissement de l'urètre, et que depuis plusieurs années il ne vidait sa vessie que goutte à goutte. Depuis lors son urine avait passé librement à travers la plaie du périnée; mais, quelques jours après les symptômes de rétention étant reparus, on avait introduit une petite sonde dans l'urètre et elle était passée sans difficulté dans la vessie et avait fait sortir une quantité considérable d'urine. La sonde d'argent avait été remplacée par une autre en gomme élastique qu'il a gardée jusqu'à la mort. En ouvrant le canal de l'urètre on l'a trouvé coarcté près du bulbe dans l'étendue de deux lignes environ. Une petite bougie n'a pu passer à travers l'obstacle, malgré l'usage d'une force considérable; mais un stylet pointu a passé facilement. Immédiatement derrière la coarctation il y avait une ouverture ulcéreuse communiquant avec l'abcès périnéal. La sonde avait percé les parois de l'urètre immédiatement au-devant du rétrécissement et avait formé une fausse route le long de la partie supérieure du canal, séparée de celui ci uniquement par la membrane muqueuse jusqu'à ce qu'elle est entrée dans la vessie par dessus la prostate.

Deuxième fait. — Un homme est mort d'une rétention urinaire suivie d'extravasation et de gangrène à travers le périnée, le scrotum et l'abdomen. Quelques jours avant sa mort, une sonde a été passée dans la vessie et a donné issue à une quantité considérable d'urine; ce liquide a continué de couler à plein jet, mais le malade s'est plaint de douleur intense et cuisante; il avait souffert depuis six ans du rétrécissement; celui-ci avait été produit par une chute à califourchon sur une poutre. Les reins, les uretères, la vessie et la prostate ont offert des altérations propres à la pression produite par la rétention. Une coarctation ferme, cartilagineuse, qui pouvait à peine donner passage à un stylet, existait dans l'urètre membraneuse; derrière elle le canal était dilaté comme une poche. La sonde avait évidemment passé à travers les parois de l'urètre avant l'obstruction, mais il nous a été impossible de nous assurer par quelle voie elle avait pu entrer dans la vessie, vu l'état morbide des parties.

Troisième fait. — Un homme âgé de cinquante-trois ans a succombé aux suites d'une longue extravasation urinaire occasionnée par un rétrécissement probablement ancien; mais l'histoire de ce cas n'a pas transpiré. Le scrotum et le périnée avaient été largement incisés, et on avait introduit une petite sonde dans la vessie; mais le malade avait continué à rendre complètement ses urines par la plaie. Deux jours avant la mort on lui a introduit une sonde qui a fait sortir une quantité considérable d'urine fétide.

A l'autopsie, l'urètre a été trouvée presque oblitérée par une coarctation près du bulbe, entourée d'une induration étendue; derrière celle-ci le canal était perforé par une ouverture ulcéreuse à travers laquelle l'urine s'échappait et avait produit l'extravasation. Les instrumens qu'on avait introduits avaient abandonné l'urètre au-devant du rétrécissement et étaient passés à travers les parties molles et fragiles pour rentrer dans le canal près de la prostate; les reins, les uretères et la vessie étaient dilatés et malades.

Quatrième fait. — Un homme âgé de soixante-onze ans, de petite stature, très grêle, a été attaqué d'une inflammation érysipélateuse à la jambe, qui a bientôt acquis le caractère typhoïde grave, s'est étendue promptement à la cuisse, puis aux veines superficielles et aux vaisseaux absorbans, ensuite au tronc, et s'est terminée par la mort. Une semaine avant sa mort, cet homme se plaignait de difficulté pour uriner, qu'il déclara éprouver plus ou moins depuis plusieurs années. On lui introduit une sonde de volume modéré, qu'on a laissée dans la vessie pendant trois jours; puis elle a été retirée, et le malade a uriné sans sonde, mais par un jet fin.

A l'autopsie, l'urètre a été trouvé relâché et flasque, et assez large jusqu'à la portion membraneuse; là le canal se coarctait dans l'étendue de deux lignes, au point de n'admettre que la sonde n° 3.

La sonde qui avait été introduite n'avait pas passé à travers l'obstacle, mais bien à côté; elle avait marché entre le canal et le pubis, passé par dessus la prostate, et était entrée dans la vessie par une ouverture qu'elle s'était frayée immédiatement au-dessus de l'ouverture naturelle de l'urètre.

La trace de l'instrument offrait une surface ulcéreuse et gangrenée, mais aucune extravasation n'avait eu lieu; et comme après l'extraction de la sonde le malade n'éprouvait pas de douleur durant l'émission de l'urine, il est probable que ce liquide avait continué à couler à travers le canal naturel, et non à travers la fausse route. La vessie était flasque et ample : sa membrane musculeuse était formée de fortes bandes, entre lesquelles la membrane muqueuse faisait procidence, de manière à présenter d'innombrables sachets. Les uretères étaient dilatés et béants à leurs terminaisons, la prostate était un peu hyperthophiée.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 5 octobre.

Topographie médicale. — *M. Dubois* (d'Amiens) fait un rapport officiel sur une topographie médicale de la ville de Sédan, adressée par le docteur Toulmonde, par l'intermédiaire du ministre. Ce rapport a occupé presque toute la séance; il se compose de deux parties; la première comprend l'analyse du mémoire de l'auteur; la seconde, propre à M. le rapporteur, expose les règles générales pour la formation d'une bonne topographie médicale. Le travail de M. Toulmonde renferme beaucoup de recherches sur la ville de Sédan, sur sa population, sur les épidémies qu'elle a essuyées, sur les maladies régnantes, sur sa mortalité moyenne, sur son hôpital, ses revenus, ses malades habituels, ses dépenses annuelles, etc., etc. Ces recherches cependant n'offrent pas, comme on le conçoit, un intérêt général et ne sont pas d'ailleurs susceptibles d'une analyse succincte. M. le rapporteur a apprécié les faits principaux et a regretté sur plusieurs points le manque de détails et de preuves. Arrivant à la seconde partie, M. Dubois a tracé avec quelques détails la marche suivante : Décrire la géographie de la localité, son état géologique et météorologique, signaler les *maxima* et les *minima* thermométriques, barométriques et hygrométriques, donner les chiffres moyens de la population, des professions dominantes, des naissances, des décès dans les différentes saisons, dans les différens quartiers, arriver enfin aux maladies régnantes, etc.

Conclusions. 1° Déposer honorablement le manuscrit aux archives de l'Académie; 2° écrire à l'auteur une lettre de remercîmens et l'engager à compléter son travail par des faits mieux recueillis; 3° porter son nom sur la liste des candidats pour les places vacantes de membres correspondans, ainsi que l'auteur en a exprimé le désir; 4° répondre à M. le ministre pour lui faire connaître ces conclusions.

M. Nacquart trouve le rapport bien fait, seulement il lui paraît un peu sévère dans quelques passages; il désirerait que pour encourager les médecins de province à envoyer des travaux de ce genre, les rapports les traitassent avec beaucoup de ménagemens; et quant aux règles, il ne faut pas leur en tracer, ils connaissent presque tous le *Traité des eaux, des airs et des lieux*, d'Hippocrate. En conséquence, il propose qu'on adoucisse plusieurs passages du rapport et qu'on supprime la seconde partie qui appartient personnellement à M. le rapporteur.

M. Dubois (d'Amiens) répond que dans ses conclusions il a parfaitement bien traité l'auteur du mémoire; il serait même impossible de le traiter plus honorablement, mais que, quant au fond, il a dû dire sa façon de penser, pleine et entière. Que si l'on voulait adopter le principe de M. Nacquart, il déclare qu'il serait inutile de faire des rapports désormais, les rapporteurs, en effet, n'auraient plus leur pensée libre, leur jugement indépendant; la critique, loin d'être décourageante, est utile, nécessaire même, puisqu'elle fera redoubler d'attention et de soin dans la rédaction de ces sortes d'ouvrages. Quoi, M. Nacquart voudrait que les rapporteurs n'eussent autre chose à faire que force complimens aux auteurs des mémoires et à leur conseiller le *Traité des airs, des eaux et des lieux*, d'Hippocrate! Mais ce traité est insuffisant, dans l'état actuel des connaissances, pour faire une bonne topographie médicale; Hippocrate, en effet, n'avait pas le thermomètre, le baromètre, l'hygromètre et les autres moyens d'investigation dont nous disposons. Hippocrate parle dans ce livre de l'influence de la politique, d'un gouvernement despotique ou républicain sur les peuples; faut-il donc que les médecins de province ne s'occupent que de cela? Evidemment, non; le conseil ne serait que trop ridicule; nous avons d'autres règles à suivre.

M. Londe trouve aussi un peu sévère le fond du rapport de M. Dubois. Il croit devoir faire quelques remarques sur trois points du rapport. D'abord, pour ce qui est de l'action des gilets de flanelle, dont a parlé l'auteur, il faut se rappeler que l'utilité de la laine tient à la faculté qu'elle a d'absorber l'humidité et de ne pas la tenir en contact immédiat de la peau, comme le chanvre. La laine est mauvais conducteur du calorique, mais est bon conducteur de l'humidité, tandis que le chanvre, au contraire, est mauvais conducteur de l'humidité. Telle est la raison physique de l'effet hygiénique différent de ces deux substances.

Un second point est relatif aux déboisemens; les effets des déboisemens sont différens, sous le point de vue hygiénique, suivant qu'ils ont lieu sur la plaine ou sur les montagnes; sur la plaine ils sont utiles, car ils favorisent la ventilation et le dessèchement; sur les montagnes, au contraire, ils exposent aux violences des courans d'air, des orages, et ôtent l'abri qu'ils fournissaient aux alentours.

Quant à l'influence des eaux siliceuses dans la production du goître, elle est fort douteuse ou nulle; l'observation a appris, en effet, que dans une contrée de la Savoie où le goître est endémique, les habitans boivent la même eau que les habitans de la montagne de la même contrée, et pourtant ces derniers n'ont point le goître.

M. Dubois (d'Amiens). M. Londe vient de dire en partie ce que j'ai dit dans mon rapport. Je n'ai pu développer ces questions attendu que cela aurait été trop long et déplacé dans un rapport.

— *M. Dupuy* présente quelques considérations générales d'économie rurale à propos de l'influence de la nourriture sur la santé des peuples. Il explique la source de certaines disettes et de certaines épizooties, et termine en rappelant comment Powell, à qui ses compatriotes ont élevé une statue à côté de celle de Jenner, est parvenu à améliorer d'une manière si étonnante la viande de bœuf, en diminuant de moitié le système osseux dans ces animaux et en faisant passer la graisse de dessous la peau dans la mailles des muscles, où elle entrelarde la viande, lui donne de la saveur, et augmente considérablement le produit de l'agriculteur. Il en resulte un autre avantage : c'est que la viande anglaise ainsi entrelardée exige moins de sel que la nôtre pour être conservée pendant les voyages sur mer, et expose par cela même beaucoup moins aux affections scorbutiques.

M. Larrey déclare que le rapport de M. Dubois lui paraît parfaitement bien fait, et comme œuvre de science et comme appréciation exacte du mérite de l'auteur du mémoire. Il demande qu'il soit imprimé dans les Mémoires de l'Académie.

M. Chervin. Je commencerai d'abord par adresser des remerciemens bien sincères à M. Dubois pour le savant rapport qu'il vient de vous faire. Je pense, comme deux de nos honorables collègues, que M. Dubois s'est servi de quelques expressions un peu sévères à l'égard de l'auteur du mémoire, et qu'il serait convenable de faire subir quelques modifications à son rapport sur ce point. L'auteur du mémoire a dit que la flanelle était utile en ce qu'elle retenait l'humidité : sa pensée a été sans doute que ces tissus de laine etaient avantageux parce qu'ils absorbent la sueur. Les bons effets de ces tissus portés sur la peau se font surtout remarquer dans les régions intertropicales. Depuis que le gouvernement anglais donne des chemises de flanelle à ses marins, on a vu diminuer parmi ces hommes les affections rhumatismales, catarrhales et pulmonaires.

Je passe à un autre point. M. Toulmonde regarde la scrofule comme étant de même nature ou ayant du moins une très grande analogie avec la phthisie tuberculeuse. Je ne donnerai point à l'appui de cette opinion mon expérience personnelle, mais je citerai celle de notre savant confrère, M. le docteur Lugol, qui, comme vous le savez, est chargé depuis fort long-temps d'un service de scrofuleux à l'hôpital Saint-Louis. Eh bien, après s'être livré à de nombreuses recherches et

avoir recueilli beaucoup d'observations sur les affections scrofuleuses, il s'est convaincu de l'identité de ces maladies avec la phthisie tuberculeuse : cette opinion, il l'a longuement développée dans un ouvrage important, dont il fera bientôt jour, il faut l'espérer, le public médical.

M. Guibourt fait quelques remarques sur la méthode à suivre dans la détermination des variations de température et de la loi de mortalité dans la composition des topographies médicales.

M. Bricheteau conteste que la scrofule et la phthisie tuberculeuse soient une même maladie, bien que ces deux affections puissent coexister chez un même individu. Il ne pense pas que les mesures indiquées par M. Dubois pour prévenir ou diminuer la propagation des maladies contagieuses ou par infection soient à l'abri de tout reproche, puisque nos idées ne sont pas encore bien arrêtées sur le véritable mode de propagation des maladies épidémiques.

M. Dubois fait une distinction essentielle entre les maladies contagieuses et les maladies miasmatiques ou par infection. Leur mode de propagation est tout à fait différent, ainsi que les mesures qu'elles réclament pour prévenir ou diminuer cette propagation. Il faut l'isolement pour les premières, la dissémination pour les secondes.

M. Bégin propose l'insertion de la première partie du rapport dans le Bulletin de l'Académie, il prie M. le rapporteur de faire de la seconde partie le sujet d'un mémoire original qui pourra beaucoup intéresser l'Académie et être très utile aux médecins topographes. Ce travail pourrait être inséré dans les Mémoires de l'Académie.

M. Chervin. M. le rapporteur vient d'exposer très clairement la différence qui existe dans les mesures que l'on doit prendre contre les maladies qui se propagent par contagion ou par infection. Dans le premier cas, l'isolement est indispensable ; dans le second, c'est au contraire la dissémination des malades qu'il faut ; mais l'infection peut provenir de deux sources très différentes : de l'accumulation des malades qui développent des miasmes morbifiques, et des exhalaisons des matières animales ou végétales en état de putréfaction. Il suffit en pareil cas de s'éloigner du foyer de l'infection pour éviter la maladie, et c'est ce qui se pratique dans les villes des Etats-Unis, lorsque la fièvre jaune vient à régner dans un des quartiers.

M. Dubois (d'Amiens) remercie les honorables préopinans de leur bienveillance à son égard, mais il ne pense pas que ce travail soit de nature à entrer dans les Mémoires de l'Académie ; il suffira qu'un extrait soit inséré à l'ordinaire dans le Bulletin.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Ténotomie. — *M. Bouvier* présente quelques considérations sur les abus qu'on fait journellement de la ténotomie. Stromeyer, dit-il, qui nous a légué cette belle opération, n'a pas dépassé les limites de la logique et de l'expérience dans son application. En France, on en a abusé dans ces derniers temps, en l'appliquant à tort et à travers aux doigts, au dos et dans d'autres régions où elle est nuisible ou inutile. On a cherché à en imposer aux personnes incompétentes ou irréfléchies en raisonnant d'après ce qui a lieu dans l'opération du pied-bot : on n'a pas songé qu'au pied il suffit pour réussir de rendre cette partie droite et sol de comme base de sustentation ; mais en est-il de même aux doigts ? Non, assurément, car ici il ne suffit pas de redresser les parties : il faut aussi leur donner ou leur conserver la mobilité, sans quoi, on n'aurait rien fait ; des doigts étendus, raides, immobiles, convertissent la main en une sorte de palette incapable de servir. Pourtant, c'est ce qu'on a fait et proclamé comme un succès. Ayant eu moi-même à traiter une rétraction tendineuse des doigts, je me suis bien gardé d'imiter ces ténotomistes. Il m'a été facile de prouver par des essais que j'ai faits sur des pattes d'animaux que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, que la section des tendons fléchisseurs des appendices digitales du carpe détermine la cicatrice et l'adhérence des deux bouts de chaque tendon, et l'impossibilité consécutive de leur glissement dans la gaîne ; de là immobilité consécutive. Cela tient aux conditions anatomiques des parties, à la nécessité de leur glissement dans une gaîne synoviale que l'opération oblitère. Chez le malade en question, l'extension graduelle a si bien réussi, que l'allongement est plus que complet aujourd'hui, puisque les doigts se trouvent presque renversés du côté dorsal de la main.

— *M. Blache* présente une pièce pathologique recueillie sur une vieille femme : c'est un kyste contenant un fœtus qu'elle portait depuis longues années dans le péritoine, et qu'on avait traité pour un squirrhe.

Séance levée à cinq heures.

Lettre de M. Tanchou *sur le traitement des engorgemens glanduleux du sein.* (Séance de l'Académie des sciences du 27 septembre.)

Monsieur le Président.

J'ai l'honneur de vous adresser un paquet cacheté destiné à m'assurer la priorité d'une méthode pour guérir les engorgemens glandulaires du sein qui, dans l'état actuel de la science, réclament presque toujours l'opération.

Cette méthode est simple, elle n'occasionne pas de plaie, elle est sans danger aucun pour la vie des malades comme pour leur santé générale, elle résout les tumeurs qui dégénèrent ordinairement en cancer, et ceux de ces engorgemens qui ne disparaissent pas tout à fait se divisent, se dissocient, se disgrègent dans leurs élémens de manière que le cancer n'est plus à craindre.

Je joins à cet envoi le nom des malades qui ont été traitées par cette méthode et quelques détails sur leur maladie ; une d'elles est guérie depuis près de deux ans ; chez plusieurs l'amputation avait été jugée nécessaire et même indispensable. Chez toutes la résolution des engorgemens a eu lieu plus ou moins complètement, et aucune d'elles aujourd'hui n'a plus besoin d'être opérée.

J'ajoute encore à cette lettre l'observation isolée de quelques malades traitées par moi, et qui sont guéries depuis dix ou quatorze ans par des moyens analogues à ceux que je décris ici.

Agréez, etc. Tanchou.

Paris, ce 15 août 1841.

— Ces moyens, dont M. Tanchou ne veut pas faire un mystère, consistent dans l'emploi isolé ou simultané des préparations mercurielles, antimoniales et ammoniacales, suivant les degrés nombreux et la variété des engorgemens glandulaires du sein. Il s'aide en outre de la saignée, de sangsues, de la compression même, etc., toutes les fois que l'indication le réclame.

M. J. Houde, candidat qui s'est retiré du concours pour les prix des hôpitaux, nous prie de déclarer qu'il est complètement étranger à la lettre sur ce concours, que nous avons publiée dans le dernier numéro.

En mettant sous presse la douzième année de l'*Agenda du médecin*, nous croyons devoir appeler l'attention de MM. les médecins sur cette utile publication en les priant de vouloir bien nous communiquer la note des changemens, omissions ou corrections qu'ils auraient pu remarquer, afin de donner à l'*Agenda* toute l'exactitude possible.

Nous recevrons avec reconnaissance, jusqu'au 20 octobre, tous les renseignemens qu'ils voudront bien nous adresser dans le but de rendre ce Mémento aussi complet que possible.

Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'École-de-Médecine, 4.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 9 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 122, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Revue analytique de la clinique chirurgicale.

Angines. — Quand le militaire est fort et robuste, quand le pouls est plein et fébrile, on emploie pour traitement une saignée du bras et l'émétique à haute dose, selon la méthode de Rasori. Ce dernier remède est employé seul quand le malade est dans un état de pléthore moins prononcé. Inutile d'ajouter qu'il survient sous l'emploi de cette médication hyposthénisante une diminution prompte de tous les symptômes fébriles, avec détente générale, cessation de tout état spasmodique, et que ses effets sont d'autant plus spontanés et plus prononcés, que l'absorption a été plus complète, qu'il n'y a eu ni vomissemens ni déjections alvines, en un mot, que le médicament qui est entré dans le torrent de la circulation a porté son action dans les dernières ramifications du système sanguin.

Les moyens locaux, tels que frictions mercurielles, cataplasmes, ne sont pas négligés.

Stomatite. — Très souvent les stomatites reconnaissent une cause physique et locale, une dent de sagesse, la présence du tartre qui agit au collet des dents et déchausse celles-ci. La présence du tartre faisant corps étranger et refoulant les gencives, donne naissance à des ulcérations. Le traitement consiste, dans ce dernier cas, à enlever le tartre avec la pointe des ciseaux et à dégorger les gencives ulcérées par de petites scarifications pratiquées avec la lancette ou le bistouri. Viennent ensuite les gargarismes, etc. Quand les ulcérations sont fongueuses, étendues, le nitrate d'argent convient parfaitement pour le combattre.

Otite. — Les otites à l'état aigu sont combattues par une large saignée du bras, un purgatif, des frictions mercurielles locales, des cataplasmes. Passées à l'état chronique avec écoulement purulent, quand les vésicatoires et les sétons ont échoué, un moxa appliqué derrière le lobule de l'oreille, au-devant de l'apophyse mastoïde, a quelquefois exercé une influence heureuse et très marquée; du reste le cautère dans cette région a donné les mêmes résultats.

Ophthalmie. — Aux traitemens journellement et généralement employés, on joint l'emploi du nitrate d'argent en pierre et en solution, avec un grand bonheur, surtout pour combattre le chémosis dont la présence engendre bientôt des kératites graves.

Orchite. — Le traitement général consiste dans la saignée générale et les purgatifs; localement dans l'emploi de linimens huileux camphrés, de frictions de pommades mercurielles camphrées ou de pommades ayant pour base le proto-iodure de plomb.

Hydro-orchite. — Tant que la couche d'eau épanchée dans la séreuse isolera le testicule et empêchera le médicament appliqué sur le scrotum d'arriver jusqu'à lui par imbibition, il n'en recevra l'action que par les voies d'absorption générale, la guérison se fera attendre un temps infini. Je vide, dit M. Baudens, la séreuse à l'aide de mon trois-quarts à acupuncture, parce que cet instrument expose moins que tout autre à léser le testicule; je laisse en place la canule et j'agis ensuite sans perdre de temps sur l'orchite. La canule guérit l'hydrocèle, la médication externe résout l'engorgement testiculaire et en peu de temps j'obtiens une guérison solide.

Dartres. — Au traitement généralement employé pour combattre les dartres, le chirurgien du Gros-Caillou adjoint les vésicatoires promenés de proche en proche sur toute l'étendue de l'affection, et il en obtient de très bons résultats. Une sérosité abondante et âcre suit l'application de la cantharide, puis une suppuration de bonne nature survient; il fait alors sécher la plaie et, à la place de la dartre, il se forme un nouvel épiderme qui ne présente aucune trace de celle-ci.

Pustules syphilitiques. — Ces affections secondaires de l'infection vénérienne sont traitées avec efficacité par les préparations de salsepareille et les bains, dans lesquels M. Baudens fait mettre six gramme de deuto-chlorure de mercure par bain; au besoin, il seconde cette médication par les frictions mercurielles, par les pilules de Dupuytren et par les préparations d'or.

Sciatique. — Quand la sciatique reconnaît pour cause une inflammation du névrième, M. Baudens a recours aux déplétions sanguines générales, puis locales, puis aux vésicatoires volans saupoudrés de un ou deux cent grammes d'acétate de morphine. Ces moyens ont presque constamment réussi. Dans les cas rebelles et chroniques, il a fait quelquefois usage de moxas; mais le moxa est fort douloureux. Le reveil de la douleur, le calorique porté profondément ont rappelé de l'exacerbation, et ce chirurgien dit se trouver beaucoup mieux de l'emploi de la potasse caustique quand il veut établir des exutoire profonds.

Arthrite. — L'arthrite aiguë est traitée par les saignées générales. Après une ou deux saignées, si l'on n'a pas obtenu d'amélioration, l'émétique à haute dose, par la méthode de Rasori, a donné des résultats extrêmement heureux, et, en troisième lieu, la teinture de colchique à la dose de vingt cinq gouttes dans une potion gommée nous a paru un médicament précieux. Localement on emploie les frictions d'axonge dans laquelle est incorporée de l'acétate de morphine, puis le taffetas gommé et le coton cardé pour entretenir une chaleur douce et humide.

Entorse. — Quel que soit le degré de l'entorse, un bandage imbriqué, légèrement contentif, est appliqué sur le pied, à partir des orteils jusqu'aux malléoles; une, deux ou trois saignées du bras sont pratiquées dès le début, et le pied reste plongé dans un baquet d'eau froide près du lit, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de tendance à la réaction inflammatoire. Le pied reste ainsi dans l'eau nuit et jour. Quand, retiré de l'eau, le pied ne s'échauffe plus et ne devient plus douloureux, ce qui arrive au bout de quatre, cinq, six ou huit jours, on peut le laisser à l'air ou l'arroser avec de l'eau végéto-minérale pendant quarante-huit heures. Alors le pied est ridé, par la macération, comme la main d'une blanchisseuse; l'ecchymose se résorbe, la tuméfaction est nulle. On consolide le bandage avec une solution concentrée de gomme, on le laisse en place quinze à vingt jours pour permettre aux ligamens distendus ou déchirés de se consolider, et, après un mois, et souvent même vingt jours, la guérison est complète, sans laisser de faiblesse ni d'empâtement autour de l'articulation tibio-tarsienne.

Fractures de jambe. — Les fractures des membres abdominaux sont traitées par un appareil particulier à M. Baudens; il y a près de dix ans que, pour la première fois, il a été décrit dans le journal *la Gazette des Hôpitaux*, en voici la composition sommaire: Il se compose d'une espèce de boîte à ciel ouvert, dans laquelle le membre est placé sur un petit matelas en crin; cette boîte dépasse le jarret et le pied d'environ six pouces et les trous dont ses parois ainsi que son extrémité digitale sont percées, permettent d'agir, à l'aide de liens, dans tous les sens sur les fragmens selon le diamètre transversal pour prévenir le chevauchement latéral des fragmens, aussi bien que selon le diamètre vertical à l'aide de liens jetés sur le membre, liens qui, placés sur le genou et sur le pied, remplacent admirablement bien et d'une manière permanente la main des aides qui opèrent la coaptation. Sans insister davantage sur la description de cet appareil, qui est connu de nos lecteurs, et dont la description se trouve détaillée dans le *Traité des plaies d'armes à feu*, de M. Baudens, nous devons ajouter que les premiers succès obtenus par ce chirurgien se maintiennent, et que toutes les fractures que nous avons vu traiter au Gros-Caillou ont guéri avec une parfaite régularité dans l'étendue et la disposition des fragmens osseux, comme on peut s'en convaincre encore sur trois malades actuellement en traitement.

Fissures à l'anus. — Les pommades contenant de l'extrait de belladone, si vantées pour combattre les fissures anales, ont donné peu de résultats satisfaisans et durables; l'amélioration qui suivait leur action n'a guère été que momentanée; l'emploi du nitrate d'argent appliqué directement sur le fond de la gerçure a été plus efficace. Les récidives survenues à la suite de cet agent thérapeutique, ont été attaquées par le bistouri. La section complète du muscle sphincter de l'anus a toujours fourni des succès complets.

Ongle incarné. — Depuis une douzaine d'années, quand l'ongle incarné est compliqué d'ulcérations profondes, de végétations considérables, M. Baudens ne s'arrête pas à une foule de petits moyens journellement usités et qui tous dans ces cas sont insuffisans, il enlève d'un seul coup, et avec un bistouri porté au dessus de la matrice de l'ongle, tout le côté de l'ongle incarné, ainsi que les végétations. Le bistouri doit être tenu comme un canif, le doigt sur lequel on doit opérer est fixé comme une plume lorsque l'on commence à la tailler, et d'un seul temps est enlevée toute la partie malade. Une petite plaie simple est la suite de cette opération, qui dure une ou deux secondes. Le pansement est simple, et la guérison ne se fait pas attendre au delà de quinze jours. Plus tard la cicatrice se couvre d'une espèce de substance cornée qui la préserve de toute excoriation, mais qui, n'étant pas la reproduction de l'ongle ne saurait être suivie de récidive.

M. Baudens compte plus de cent individus opérés par sa méthode et tous avec succès.

Adénites. — Le siége des adénites peut occuper toutes les régions glanduleuses. Il importe d'établir entre elles, dit M. Baudens, deux distinctions.

Les unes sont sympathiques; ainsi, une écorchure au pied ou au périnée pourra déterminer un engorgement des glandes de l'aine, et on conçoit qu'alors toute l'attention du médecin doit spécialement se porter sur le point ulcéré, dont les produits purulens transmis par les vaisseaux absorbans ont déterminé l'engorgement des glandes chargées de leur faire subir un travail épuratoire.

La deuxième espèce d'adénites est idiopathique. Celles-ci se développent spontanément et souvent sous l'empire d'une constitution scrofuleuse dont elles sont le criterium. Le traitement de ces affections doit tendre à en obtenir la résolution; si l'on ne peut parvenir à cette terminaison heureuse, il faut tout mettre en œuvre pour avoir une fonte purulente des portions glandulaires restées réfractaires à la résorption, car ce qu'il faut surtout éviter, c'est la terminaison par induration. Les glandes indurées sont rarement susceptibles de résolution, et il n'est pas rare qu'elles finissent par s'ulcérer ou dégénérer en matière encéphaloïde, dont la résorption infecte l'économie. Quand on ne peut obtenir ni la résolution, ni la fonte purulente et que l'induration arrive quoi qu'on ait pu faire, il faut engager le malade à imprimer souvent de petites secousses à la glande indurée pour la rendre mobile, et, une fois mobile, il faut l'extirper.

Les vésicatoires appliqués sur les engorgemens glandulaires et secondés dans leur action par les moyens usités pour combattre ces affections, sont l'un des agens thérapeutiques auxquels M. Baudens attribue le plus de puissance. Quand la résolution ne peut être obtenue, il faut, dit ce chirurgien, redouter les indurations interminables et provoquer la fonte purulente. Les foyers ne doivent être ouverts que fort tard, sous peine d'avoir des plaies pustuleuses reposant sur une base glandulaire dont la destruction complète se fera longtemps attendre. Pour hâter cette époque, il faut de temps en temps comprimer la glande pour l'écraser et la faire sortir par expression à travers les trajets fistuleux. Ces inconvéniens et ces lenteurs n'ont pas lieu lorsqu'on a soin de n'ouvrir l'abcès qu'après maturité absolue et fonte totale de la glande. Il reste bien un peu de décollement cutané, mais ce décollement n'a pas lieu ou se trouve très limité, quand, au lieu d'un bistouri, on emploie la potasse caustique pour ouvrir une issue aux matières.

Chute du rectum. Guérison par l'opération.

Barbarou (Antoine), soldat au 21e léger, âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 2 juillet 1841 pour un chute du rectum dont il est affecté depuis dix-huit mois environ. La sortie de la muqueuse de l'intestin avait lieu aussi bien par les fatigues que par les efforts que faisait le malade pour expulser les matières excrémentitielles. La tumeur alors formait au dehors de l'anus une saillie de 8 centimètres environ, mais le malade pouvait la réduire très facilement à l'aide des doigts, à cause du grand relâchement de l'anus. On commença par appliquer des compresses résolutives pendant plusieurs jours, mais sans obtenir aucun résultat favorable.

Le 15 du même mois, M. Baudens fit l'opération de la manière suivante: le malade, après avoir été préparé par un purgatif, afin qu'il n'eût pas besoin d'aller à la selle pendant les premiers jours, est couché sur le ventre, le bassin élevé par des oreillers, les fesses et les cuisses écartées par des aides. L'opérateur, armé d'une airigne et de ciseaux courbes, saisit et enlève successivement autour de l'anus, à droite, à gauche, en avant et en arrière, quatre repris formés aux dépens des tissus cutanés et muqueux, d'une étendue de 6 centimètres, de manière à les faire converger de la circonférence vers le centre. Il introduisit ensuite dans l'anus une mèche enduite de cérat. Quatre jours après l'opération, le malade, qui était un peu indocile, mangea, ôta la mèche et eut une selle sans que la tumeur sortît, en prenant ses précautions toutefois. Dix jours plus tard, les plaies étaient cicatrisées et avaient formé un rétrécissement de l'anus assez considérable pour empêcher à jamais le retour de cette affection.

Trente-cinq jours après l'opération ce blessé est retourné à son corps en parfaite guérison, et sans conserver aucune trace de son infirmité, qui, depuis le jour où il a été opéré, n'a plus reparu.

Observation d'hydrocèle traitée par la méthode de M. Baudens.

Le nommé Neulat (Jean-Pierre), fusillier au 11e régiment d'infanterie de ligne, entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 26 juin, avec un hydrocèle du côté droit, dont il est affecté depuis deux ans déjà. Il fut opéré par M. Baudens le 15 juillet suivant.

L'instrument qu'il choisit pour cette opération fut son petit trois-quarts à acupuncture. La paroi antérieure tendue et le testicule refoulé en arrière, il enfonça doucement l'instrument dans la paroi antérieure du scrotum, s'assura, en imprimant au trois quarts de petites secousses avec le doigt, qu'il avait bien pénétré dans la poche du liquide, puis le fit sortir à 6 ou 8 millimètres plus bas. La sérosité qui remplissait la tunique vaginale s'échappa aussitôt par la canule, qui présente une ouverture à son centre; et celle ci fut laissée à demeure dans la petite plaie, où elle fut fixée à l'aide d'un fil jeté autour d'elle en décrivant un huit de chiffre. De cette manière le liquide sortit à mesure qu'il se formait dans la membrane séreuse.

Huit jours après l'opération, la canule fut retirée, et elle laissa deux petites ouvertures fistuleuses qui, au bout de quelques jours, se tarirent et se cicatrisèrent avec adhérence au testicule.

Le peu d'engorgement qui subsista encore du côté droit du scrotum, fut ensuite combattu par quelques frictions avec le proto-iodure de plomb, par une légère compression, et le malade sortit guéri le 10 août suivant.

M. Baudens a opéré déjà trente à quarante hydrocèles par sa méthode, et il n'a eu qu'une seule récidive. Il s'agissait d'une hydrocèle qui avait le volume de la tête d'un jeune enfant. Les parois de la cavité revinrent sur elles-mêmes, mais il se reproduisit un nouvel épanchement. Sans attendre qu'il acquît un volume considérable, on renouvela l'opération, qui, cette fois, fut suivie d'une guérison radicale.

On sait que la ponction avec le trois-quarts ordinaire expose à blesser le testicule, dont la position, d'ailleurs variable, n'est pas toujours facile à constater; on sait de plus que l'injection est douloureuse, et qu'il est arrivé aux plus habiles praticiens de voir le liquide passer dans le tissu cellulaire du dartos, ce qui produit des accidens de gangrène parfois mortelle. On sait encore que certains cas d'hydrocèles, tels que celles du cordon, à cause de leur petit volume, ne permettent pas, sans danger, d'être ponctionnées par un trois-quarts. Le trois-quarts à acupuncture de M. Baudens permet d'éviter tous ces accidens. Il existe encore en ce moment à l'hôpital du Gros Caillou un cas d'hydrocèle du cordon qui, sous peu de jours, sera traité par le procédé opératoire de M. Baudens. Comme il a déjà été fait plusieurs fois mention de l'instrument dont ce praticien se sert pour traiter l'hydrocèle, nous avons cru inutile de le décrire de nouveau.

Entorse du pied gauche traitée et guérie par les réfrigérans.

Roussel (Auguste), âgé de vingt-six ans, dragon au 1er régiment, atteint d'une entorse au pied gauche, suite d'une chute de cheval survenue le 22 juillet dernier, fut apporté à l'hôpital le lendemain de l'accident. A son entrée, le pied offrait une tuméfaction si considérable que les malléoles étaient complètement effacées. Bien que la rougeur ne fût pas très prononcée, la chaleur de la partie était grande et la douleur très vive, M. Baudens, vu la constitution du sujet, lui fit pratiquer une saignée de 500 grammes, qui fut renouvelée le lendemain; il plaça sur le pied son bandage contentif, et fit mettre le tout en permanence dans un bassin contenant de l'eau froide que l'on renouvelait à mesure qu'elle s'échauffait. Après vingt quatre heures, la douleur et la tuméfaction s'étaient amendées; rien ne fut changé au traitement, le pied resta plongé nuit et jour sans interruption dans l'eau froide; le malade n'éprouvait aucune souffrance.

Au bout de quatre jours le mieux se maintenait, la douleur était nulle, la tuméfaction allait en décroissant, la peau se couvrait de rides profondes, tout enfin faisait espérer une guérison très prompte, lorsque, le 27 du même mois, cinq jours après l'accident, les inspecteurs du conseil de santé vinrent faire leur tournée à l'hôpital du Gros-Caillou, ils s'arrêtèrent auprès de ce malade, et l'un d'eux, ne goûtant pas les moyens employés contre cet accident, voulut examiner le pied et fit enlever le bandage, qui ne fut réappliqué que deux heures plus tard. Exposée au contact de l'air, la partie ne tarda pas à se réchauffer, et une réaction très forte s'y opéra. La tuméfaction et la douleur devinrent telles qu'il fallut réappliquer le bandage et recourir bien vite à l'eau froide. Ce moyen ne paraissant plus assez énergique pour arrêter la congestion et suspendre la douleur qui l'accompagnait, M. Baudens fit ajouter de la glace dans le bassin. Deux jours après le mieux avait reparu; on cessa dès lors graduellement l'emploi de la glace, de l'eau froide, puis le pied fut retiré du liquide dans lequel il avait macéré pendant neuf jours; on arrosa l'appareil avec une solution de gomme concentrée qu'on laissa sécher. Le bandage, rendu inamovible par ce moyen, formait une espèce de guêtre qui, appliquée exactement sur la partie sans la léser, facilita la consolidation des ligamens articulaires.

Le 23 août l'appareil fut levé; l'aspect physique du pied était normal, de légers mouvemens furent imprimés sans la moindre douleur. Toutefois, pendant quelques jours encore une bande trempée dans l'eau végéto-minérale, fut maintenue sur la partie; on recommanda au malade de s'exercer peu à peu à la marche sans attendre la fatigue, et il sortit de l'hôpital le 4 septembre, en état de reprendre immédiatement son service et de se mettre en route au besoin.

Il est rationnel de penser que la circonstance que j'ai indiquée dans cette observation, a rendu le traitement de cette entorse plus long que de coutume; car ordinairement la durée de l'emploi de l'eau froide ne dépasse pas six jours.

Je dois ajouter que lorsqu'avec l'entorse il existe une ou plusieurs plaies aux tégumens, M. Baudens réunit leurs bords avec des bandelettes agglutinatives avant d'appliquer son bandage méthodique et de plonger la partie dans l'eau froide. J'ai vu, dans son service, cette complication chez le nommé Aubert (Louis), garde municipal, 2e escadron, placé au no 3 de la salle 3. Ce malade est entré à l'hôpital le 14 août dernier, atteint d'une entorse au pied droit avec une plaie très large à la partie interne. Les moyens que je viens d'indiquer furent employés, et la plaie et l'entorse furent parfaitement guéries après un traitement de vingt-huit jours. DALBRESSE, D.-M.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1o *Fièvre typhoïde. — Forme ataxique grave. — Hypertrophie de la rate. — Hemorrhagies intestinales. — Pneumonie. — Surdité. — Mort au vingt-deuxième jour de la maladie.*

Ranzeaud, âgé de dix-neuf ans, maçon, à Paris depuis deux ans; il habite une chambre étroite, occupée par trois lits dans lesquels couchent six compagnons. Entré à l'hôpital le 19 septembre, après avoir gardé la chambre pendant quinze jours.

Le 19 septembre, jour de son arrivée à l'hôpital, l'état qu'il présente est des plus graves. Le délire a éclaté depuis plusieurs jours; il est remplacé par une stupeur profonde de laquelle on le sort difficilement, même en l'interpellant à haute voix; cependant il conserve assez de force pour s'asseoir et se tenir dans cette position. Pouls à 112, respiration à 14 dans toute l'étendue de la poitrine; soit en avant, soit en arrière, on entend des râles muqueux qui sont très fins, et du râle sous-crépitant vers la base; en arrière, mais surtout du côté droit, on entend un peu de bronchophonie. La langue est nette, sèche, rougeâtre; le ventre fortement météorisé, peu sensible, gargouillemens. La rate fait une saillie considérable dans le ventre, et s'avance dans le flanc gauche; elle remonte très haut dans l'hypocondre, qui donne à la percussion un son mat fort étendu. Les selles sont fréquentes, mais volontaires.

Les symptômes offerts par ce malade annonçaient de la manière la plus évidente une fièvre typhoïde grave qui, d'après les renseignemens obtenus auprès des personnes qui avaient donné des soins au malade, devait être arrivée au commencement du troisième septenaire. L'état de la langue et du ventre, le délire et la stupeur, l'hypertrophie de la rate indiquaient un état grave qui a toujours été en augmentant à partir de ce moment. Nous avons cherché à l'enrayer par l'emploi des toniques, et nous avons administré l'extrait de quinquina, que nous avons remplacé le lendemain par le sulfate de quinine.

Le 20 septembre, le délire est revenu, l'ouïe est dure; quelques sudamina fins, peu nombreux, paraissent au-dessus des clavicules; on entend toujours du râle sous-crépitant vers les parties supérieures des deux poumons. Le pouls est à 104, faible; la respiration à 48, mais notablement gênée, la langue rouge, animée; la soif très vive; le ventre fortement ballonné. Eau de riz avec citron; 7 décigrammes de sulfate de quinine.

Les jours suivans, le délire devint presque continuel; le malade n'avait presque plus la conscience de son état; la surdité était telle, qu'il n'entendait pas les questions qu'on lui adressait; la poitrine devenait plus gravement affectée. La persistance du râle sous-crépitant vers la base, surtout à droite, nous fit penser qu'il devait exister là une de ces altérations désignées sous le nom d'engouement pulmonaire; cette supposition dut même céder la place à une autre opinion, qui consistait à faire dépendre les symptômes observés d'une pneumonie lobulaire que l'autopsie fit connaître, ainsi qu'on le verra par la suite de cette observation.

Le pouls augmenta aussi de fréquence, tout en conservant toujours sa régularité; on vit bientôt paraître des soubresauts dans les tendons, ils augmentèrent chaque jour; la toux était continuelle, fréquente, non suivie d'expectoration; la langue sèche et rapeuse, elle ne pouvait être tirée de la bouche. Un mouvement convulsif agitait les mâchoires, le ventre était ballonné, on sentait de gros gargouillemens. Les selles étaient devenues involontaires, elles étaient constituées par du sang rosé, liquide, rendu en grande abondance.

Le 24, le malade meurt au milieu d'une agitation extrême et d'un délire aigu.

Autopsie. Elle fut pratiquée trente heures après la mort, et révéla les altérations suivantes:

La membrane muqueuse de l'estomac est parfaitement saine, la partie supérieure de l'iléon offre une injection générale des gros rameaux vasculaires, la muqueuse est de consistance normale, le jéjunum n'est altéré que dans sa moitié la plus déclive, on y trouve d'abord trois plaques de Peyer hypertrophiées, arrondies, offrant chacune deux ulcérations; à partir de ce point toutes les plaques sont saillantes et ulcérées. Les ulcérations sont toutes arrondies et s'étendent les unes jusqu'à la tunique musculaire qui est disséquée et constitue le fond de la perte de substance, les autres n'envahissent que la membrane muqueuse seulement; quelques-unes, après avoir érodé les deux tuniques intérieures, ont pénétré jusqu'à la séreuse péritonéale injectée et amincie dans les points correspondans. Certaines glandes de Brunner hypertrophiées étaient aussi couvertes d'ulcérations arrondies; au pourtour de ces altérations la muqueuse conservait sa coloration et sa consistance naturelles; on ne put constater la présence d'aucune ecchymose, ni d'aucune infiltration sanguinolente dans l'intestin, qui avait été le siége d'hémorrhagies répétées. Les ganglions mésentériques étaient rouges, hypertrophiés, quelques-uns ramollis. La tunique du colon, un peu noirâtre, avait sa consistance naturelle.

Le foie, hypertrophié, était devenu friable, ses deux substances peu distinctes et généralement pâles; dans le rein gauche, un peu volumineux, plusieurs mamelons avaient disparu par suite de l'hypertrophie de la substance corticale qui était formée par de gros grains pâles et jaunâtres assez semblables à ceux que l'on rencontre sur certains animaux; l'autre rein offrait la même altération, mais à un degré plus marqué. La rate avait acquis un volume sept à huit fois plus considérable qu'à l'état normal, mais au lieu d'être ramollie et friable, comme dans les cas ordinaires de fièvre typhoïde, sa substance était dense, ferme, ne se laissait pas déchirer par les doigts, et criait sous le tranchant du scalpel.

Le cerveau et ses membranes n'offraient aucune altération.

Le poumon droit, uni par quelques adhérences à la plèvre costale, remplissait toute la cavité thoracique; son tissu ne s'affaissait en aucune manière et avait augmenté de densité; le lobe supérieur était fortement engoué, et à sa base existait une induration constituée par une pneumonie lobulaire. En effet, dans ce point le parenchyme pulmonaire était devenu rouge lie de vin, friable, et se réduisait en une bouillie sanieuse par la pression du doigt. Au milieu de ce noyau d'induration, qui était diffus et entouré de substance pulmonaire engouée, existaient quatre à cinq petites collections purulentes ayant le volume d'un pois environ, et tapissées par une membrane blanchâtre. Dans le lobe moyen, qui est généralement engoué et peu crépitant, on voit sourdre après la section un grand nombre de petites gouttelettes de mucus blanchâtre, lesquelles proviennent évidemment des petites branches sectionnées. A la partie supérieure de ce lobe on trouve un noyau considérable non circonscrit, formé par le tissu pulmonaire engoué et renfermant des portions hépatisées en rouge qui environnent du tissu induré en gris, de telle sorte que l'on trouve successivement les trois degrés de la pneumonie réunis dans ce point. L'induration grise se dessine nettement au milieu des autres altérations.

Dans le lobe inférieur, ces altérations existent à un même degré. La membrane muqueuse des bronches offre une teinte violacée qui devient plus intense dans les petites bronches qui sont dilatées et entourées des noyaux de pneumonie.

Le poumon gauche dense et remplissant la cavité thoracique ne s'affaisse pas par la pression atmosphérique; son tissu, peu engoué sur les parties supérieures, l'est davantage dans le lobe inférieur, où existe un noyau de pneumonie composé d'hépatisation rouge et grise disséminée.

Le cœur et ses membranes n'offrent aucune altération.

Si nous cherchons à mettre en rapport les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie, nous trouverons qu'ils s'expliquent parfaitement l'un par l'autre. L'état de l'intestin, les ulcérations de la tunique muqueuse, l'hypertrophie de la rate, le gonflement des ganglions mésentériques, ont été la source de graves désordres qui ont fait admettre à certains auteurs une forme abdominale de la fièvre typhoïde. Nous ferons remarquer toutefois que l'hypertrophie de la rate nous semble être bien plutôt l'effet de l'altération générale du sang que de la maladie de l'intestin. L'hémorrhagie intestinale, qui est un accident grave de la fièvre typhoïde, peut dépendre d'une simple exhalation sanguinolente qui s'effectue à la surface de l'intestin, ou de l'érosion d'un certain nombre de vaisseaux compris dans la perte de substance produite par les ulcérations. Chez notre malade, ces deux origines peuvent avoir existé à la fois, et nous n'avons rien trouvé à l'autopsie qui pût nous permettre d'établir par quelle voie l'hémorrhagie s'est principalement effectuée.

Quant aux troubles émanés du système nerveux, ils étaient le simple effet de la perturbation introduite dans les fonctions cérébrales par la cause reconnue de la fièvre typhoïde; aussi l'autopsie n'a-t-elle révélé aucune lésion matérielle appréciable.

Nous arrivons maintenant à l'altération la plus curieuse, à celle qui avait son siége dans le poumon. Rien, sans doute, n'est plus fréquent que de rencontrer chez les sujets atteints de fièvre typhoïde une pneumonie ordinaire, ou ces lésions qui ont été décrites sous le nom de pneumonie hypostatique, ou de la fièvre typhoïde. Mais celle que nous avons rencontrée est beaucoup plus rare, et n'a pas encore été décrite comme une forme particulière à la maladie typhoïde; elle nous paraît devoir être rattachée à cette forme de pneumonie, décrite par les auteurs sous le nom de pneumonie lobulaire; en effet, on en trouve les principaux caractères anatomiques dans la description que nous en avons donnée. Comme celle-ci, ces pneumonies des trois lobes étaient diffuses, et offraient les indurations qui les caractérisent; on y trouvait aussi la bronchite capillaire qui se développe souvent avec la pneumonie, et qui en a été considérée comme la cause dans les cas de rougeole et de bronchite capillaire générale. La pneumonie chez ce sujet différait toutefois de la pneumonie lobulaire, par deux circonstances qui nous paraissent dignes de fixer l'intérêt: 1o il s'était formé plusieurs collections purulentes; 2o au milieu des noyaux d'induration rouge, il s'était formé rapidement des portions d'induration grise, friables, et tendant à la suppuration. Nous trouvons là deux lésions qui rapprochent cette pneumonie de celle qui se développe chez les amputés à la suite de lésions traumatiques, et dans toutes les fièvres produites par la résorption purulente.

Cette pneumonie lobulaire est une preuve à ajouter à toutes les autres, en faveur du rôle que joue l'altération du sang dans la production de la plupart des accidens de la fièvre typhoïde. N'est-il pas arrivé, en effet, chez ce malade, un empoisonnement du sang analogue à celui qui existe à la suite d'une phlébite, lorsque le pus charrié en nature va produire çà et là de petits abcès, et dans le poumon des indurations partielles?

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches nécropsiques sur les rétrécissemens de l'urètre, sur le cathétérisme et sur les fausses routes; par M. Edward COCK.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Cinquième fait. — Un homme âgé de soixante-sept ans avait long-temps souffert de rétention urinaire par rétrécissement; enfin, cet état ayant empiré, on a introduit dans la vessie une sonde de calibre moyen, et l'on a retiré de l'urine. Il souffrait en même temps d'une affection pneumonique accompagnée de dyspnée et de prostration extrême. Il a succombé à cette affection le douzième jour. La sonde avait été introduite régulièrement; il ne pouvait pas alors rendre une seule goutte d'urine par ses seuls efforts. A l'autopsie, on a trouvé les restes d'une péritonite avec épanchement d'un liquide sale et d'odeur ammoniacale; les cavités pleurales contenaient du fluide libre et de la lymphe plastique adhérente à la plèvre pulmonaire; au-dessous étaient plusieurs petits abcès pneumoniques; le poumon était emphysémateux. La vessie était très spacieuse et enkystée (concamérations), sa membrane musculeuse hypertrophiée, la prostate volumineuse, l'urètre très ample, excepté au-delà de la portion membraneuse où elle présente un rétrécissement probablement d'ancienne date. La coarctation offrait 2 lignes environ d'étendue, son ouverture peut à peine admettre la plus petite sonde. Il y avait deux fausses routes, évidemment de formation récente, par lesquelles l'urine avait passé depuis le premier cathétérisme, car

il était manifeste que la portion rétrécie du canal, qui était entourée d'un cercle légèrement induré, n'avait pu être traversée par la sonde, son ouverture étant trop petite pour permettre le passage de l'instrument employé, et elle ne présentait aucune marque de dilatation. Une des fausses routes commençait à un pouce et demi en deçà de l'obstacle, passait à gauche et au-dessus du canal, s'éloignait d'environ trois pouces du canal de l'urètre, et rentrait dans ce canal par la paroi supérieure de la portion prostatique. L'autre fausse route partait immédiatement de devant l'obstacle par une ouverture lacérée au côté droit et inférieur du canal, et rentrait dans celui-ci près de la vessie, en perforant la prostate au côté droit du *verumontanum*. Une communication existait entre ces deux fausses voies entre ces deux fausses voies vers le milieu de leur course, comme si la sonde avait voulu passer de l'une à l'autre. Il y avait par conséquent quatre voies pour entrer dans la vessie, indépendamment de la voie naturelle.

Sixième fait. — Un homme âgé de soixante ans est mort ascitique : il avait été ponctionné plusieurs fois. La dernière fois, avant de lui enfoncer le trois quart, j'ai essayé de lui sonder la vessie pour la vider, par la raison qu'il m'avait dit qu'il souffrait depuis long temps de rétention urinaire. J'ai trouvé un rétrécissement que je n'ai pu franchir, et je me suis abstenu de le forcer. A l'autopsie j'ai trouvé le rétrécissement au niveau du bulbe : j'ai essayé de le dilater d'abord avec une petite sonde, puis avec une autre plus petite encore, mais la résistance a été tellement considérable que beaucoup de force n'a pu la franchir. Un gros stylet cependant a pu y passer.

— Tout en admettant que jamais l'intention de l'opérateur n'est d'entrer dans la vessie par une fausse route, je ne puis m'empêcher de penser d'après ces faits que les rétrécissemens organiques sont plutôt éludés que pénétrés, et que l'on n'arrive souvent à la vessie qu'à travers une route artificielle qui n'est pas préalablement fixée par le chirurgien, ni peut être connue consécutivement par lui. Le dernier fait éclaircit la difficulté physique, et dans beaucoup de cas l'impossibilité de franchir la coarctation organique par la seule application de la pression temporaire. C'est ce que j'ai pu vérifier plusieurs fois sur le cadavre, et je crois que cela justifie l'assertion qu'un rétrécissement de vieille date, qui devient solide et ferme, ne peut être pris d'assaut (textuel), et ne permet pas le passage d'un instrument plus large que son ouverture. Je crois qu'on peut déduire de ces faits quelques conséquences pratiques qui confirment les principes que je viens de poser. Le volume ordinaire du jet habituel de l'urine, les efforts et les épreintes que le malade est obligé de faire pour l'expulser, sont le meilleur et le seul moyen que nous possédons pour estimer les dimensions de la portion rétrécie du canal. Dans la plupart des cas, plus le rétrécissement est ancien et resté sans traitement, plus il est ferme et résistant ; et nos investigations sur le commémoratif de la maladie nous permettent de juger s'il est prudent d'essayer d'introduire une sonde de volume double ou triple par rapport au diamètre du rétrécissement.

Ordinairement, pour introduire une sonde, on vise à maintenir la pointe de l'instrument en ligne directe avec le canal ; mais il ne faut pas croire que la stricte exécution de ce précepte empêche d'éluder la coarctation et de faire une fausse route pour entrer dans la vessie, car il n'existe probablement aucune différence appréciable entre la position de l'instrument dans l'urètre ou immédiatement à côté de ce canal. Après qu'une sonde a été introduite avec succès dans la vessie, il reste à savoir si elle est entrée à travers l'obstacle ou par un passage latéral. L'état consécutif du malade peut éclaircir cette question.

Lorsque, vu la situation de l'obstruction, une manœuvre heureuse ou quelques autres circonstances favorables, ont permis d'introduire sans violence, sans douleur et sans effusion de sang une petite sonde qui peut rester pendant un temps plus ou moins long, on trouvera presque toujours une amélioration remarquable dans les symptômes, le malade rend l'urine par un jet plus gros, avec moins de difficultés et d'épreintes ; le canal est dans les conditions favorables pour subir une plus grande dilatation et permettre d'arriver à un succès heureux. Au contraire, on est désappointé sur les suites de l'opération, lorsque l'instrument a éludé l'obstacle en pénétrant. L'introduction elle-même a probablement été faite avec quelque degré de violence, et suivie de douleur et d'écoulement de sang. Après l'extraction de l'instrument, la fausse route peut se fermer immédiatement et le malade rester dans sa condition primitive, ou bien être traversée par l'urine, avec cuisson et irritation, ce qui donne lieu à des frissons et à un trouble constitutionnel ; ou bien enfin, une infiltration partielle a lieu, et se termine par un abcès périnéal. Le catheter peut être introduit et réintroduit encore avec un semblable résultat, jusqu'à ce qu'on croie convenable de suspendre ce mode de traitement, ou bien jusqu'à ce que la route nouvelle soit devenue suffisamment polie par la présence de l'instrument pour remplir les fonctions du canal urinaire.

On a prétendu qu'un nouveau canal pouvait être impunément établi ; qu'il se couvrirait d'une muqueuse, et donnerait passage à l'urine comme le canal naturel. Je ne nie pas la possibilité du fait ; mais les observations que j'ai pu faire ne m'autorisent pas à admettre une pareille conclusion. Les fâcheux effets d'une fausse route qui conduit dans la vessie dépendent de sa situation, de son étendue, du degré de déchirement qui l'accompagne, et de l'irritabilité de la constitution de l'individu.

J'ai déjà fait voir que dans certains cas un court canal artificiel peut exister à côté d'un rétrécissement, et l'état du malade s'améliorer néanmoins par la diversion du liquide du canal naturel rétréci. Dans d'autres cas, le nouveau passage ne reste ouvert qu'autant que la sonde est laissée en permanence, ou bien il ne reste ouvert que pendant quelque temps seulement, jusqu'à ce que la nature le cicatrise ; alors les premières incommodités reparaissent. Je puis assurer que tous ces événemens ne sont pas rares : on les attribue au retour sur elle-même de la coarctation dilatée, tandis qu'elle a toujours existé, l'instrument ne l'ayant pas dilatée.

J'ai observé plusieurs cas de personnes qui avaient subi un traitement par les sondes pour guérir d'un rétrécissement obstiné, et chez lesquelles j'ai trouvé, par l'examen attentif des symptômes, que l'amélioration n'avait été qu'apparente, que le rétrécissement avait toujours persisté, la sonde ayant passé à côté ; les parois du canal étaient granuleuses, fournissaient beaucoup de pus et étaient fort douloureuses ; l'urine sortait difficilement, avec douleur et spasme, et l'existence était devenue misérable par ces souffrances et les rétentions répétées. Ces circonstances rendaient le cathétérisme nécessaire ; l'introduction de la sonde était fort douloureuse, et ne procurait qu'un soulagement temporaire. L'auteur termine en rapportant deux exemples de ce cas. (*Guy's hospital Reports.*)

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Par M. le docteur CIVIALE.

On dit d'une personne qui n'a jamais possédé ou qui a perdu la faculté de retenir, pendant quelques heures, le produit de la sécrétion rénale, qu'elle est atteinte d'incontinence d'urine. Cette infirmité, sans avoir des suites immédiatement funestes, est cependant fort grave ; car, outre qu'elle entraîne une foule d'accidens indirects, elle fait de la vie un fardeau insupportable. Habituellement trempé d'urine, dont l'odeur infecte se répand au loin, et assailli sans cesse par des érysipèles, des excoriations, des éruptions cutanées, le malheureux qui en est atteint, à charge aux autres et à lui-même, souffre à la fois et dans son physique, tourmenté par des sensations désagréables ou douloureuses, et dans son moral, humilié d'un état qui brise pour lui tous les liens sociaux.

La plupart de ceux qui ont écrit sur l'incontinence d'urine ont agi pour elle comme pour la rétention. N'ayant égard qu'au flux involontaire et incessant, ils l'ont considérée comme une maladie spéciale, ayant ses symptômes et ses causes. Or, dans l'immense majorité des cas, elle dépend du séjour forcé de l'urine dans la vessie, qui lui-même tient à quelque état morbide préexistant du conduit excréteur ou du réservoir de ce liquide, en sorte que, loin de constituer une maladie essentielle elle n'est que la conséquence d'une autre affection. A la vérité, quelques auteurs ont reconnu la nécessité d'établir une distinction entre deux états que presque tous les praticiens confondent l'un avec l'autre, l'incontinence d'urine proprement dite, et la sortie de l'urine par regorgement ; mais ils se sont bornés à en faire la remarque, sans éviter eux-mêmes la méprise qu'ils signalaient, ni respecter la distinction utile qu'ils avaient établie. On peut s'en convaincre surtout par plusieurs opuscules récens où le faux l'emporte tellement dans le vrai, que la science n'a, pour ainsi dire, aucun profit à en retirer. Dans d'autres ouvrages, d'ailleurs estimés à juste titre, c'est surtout l'étiologie qui est présentée avec un défaut absolu de critique.

Ainsi la détermination de la maladie, l'exposition de ses symptômes et la distinction de ses causes, manquent de précision à peu près partout. Il devait nécessairement s'ensuivre une pratique hasardée, et c'est ce qui explique l'inutilité de la plupart des traitemens qu'on a recommandés.

L'incontinence d'urine a des caractères si tranchés, quant au fait principal, la sortie involontaire du liquide, qu'il n'y a pas moyen de se méprendre à cet égard. Mais il n'est pas facile de distinguer l'incontinence vraie ou essentielle de celle qu'on pourrait appeler fausse et symptomatique, surtout lorsqu'elle est incomplète. Certains malades pissent au lit toutes les nuits, et d'autres ne le font qu'à de longs intervalles. Quelquefois l'accident apparaît après l'usage de certaines boissons, qui dans l'état ordinaire n'ont aucune influence sur la vessie. Rien n'est donc moins constant que la marche de la maladie.

Les cas les plus obscurs sont ceux dans lesquels, par une disposition originelle ou acquise, la vessie a peu de capacité ; alors, en effet, elle ne forme jamais tumeur à l'hypogastre. Cependant, comme une très petite quantité de liquide suffit pour en distendre les parois et que le liquide coule par regorgement, on est souvent porté à admettre une paralysie du col vésical qui n'existe pas. La sonde elle-même peut laisser dans l'incertitude, parce qu'elle n'amène que quelques cuillerées ou tout au plus un verre ordinaire d'urine, et qu'on s'est habitué, ainsi que je l'ai dit en parlant de l'atonie de la vessie, à considérer ce dernier état comme coïncidant toujours avec un accroissement de l'ampleur du viscère et l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans son intérieur.

Une autre cause d'incertitude naît des sensations du malade. Dans l'incontinence vraie, l'urine s'écoule continuellement, sans participation de la volonté, sans qu'il y ait de besoin senti. Les mêmes caractères peuvent exister et existent même assez souvent sans l'incontinence fausse, c'est-à-dire quand l'urine sort par regorgement, surtout si le cas est ancien ; le malade n'a pas conscience que sa vessie fonctionne, lors même que l'écoulement recommence après avoir cessé quelques instans, ce qui n'est pas rare. D'un autre côté, rien n'est moins constant que la sensation du passage de l'urine à travers l'urètre ; souvent il n'y en a point, ou s'il se manifeste une, elle dépend le plus généralement du degré ou du mode de la sensibilité urétrale et des qualités de l'urine. Or, ce liquide varie beaucoup. D'ailleurs, la vessie peut être simultanément atteinte de catarrhe, et l'on sait que le passage des mucosités dans l'urètre, ou leur séjour, le contact avec l'orifice de ce canal donne lieu à des sensations diverses. Le malade ne distinguant pas nettement la sensation qui résulte d'un véritable besoin d'uriner de celles qui tiennent à quelque circonstance accessoire, le praticien, à plus forte raison, demeure dans le doute.

Dans ces divers cas, aussi bien que lorsqu'il existe des complications, on ne peut arriver à des notions précises qu'à l'aide de la sonde, et en procédant par voie de défalcation ; on découvre par là si l'urètre est plus irritable qu'il ne doit l'être, si ce canal est libre, si le col vésical est dévié par un engorgement de la prostate ou toute autre lésion organique, si la vessie contient de l'urine, et quelle en est la quantité. Ces premières données acquises simplifient beaucoup la question. En effet, si l'urètre est libre, peu irritable, s'il n'a pas de lésions organiques du col ni du corps de la vessie, si ce viscère ne contient qu'une ou deux cuillerées de liquide, si cependant l'urine s'écoule depuis long-temps d'une manière continue, sans le secours de la volonté, il y a presque certitude que le malade est atteint d'une incontinence produite par le défaut d'action du col vésical. Les doutes qu'on pourrait conserver s'évanouissent si, en faisant une ou plusieurs injections, on constate que la vessie a encore une certaine capacité, et que les organes ou tissus voisins ne présentent aucune trace de lésions organiques.

Ainsi, toutes les fois qu'il y a écoulement involontaire de l'urine, la première chose à faire est de s'assurer si la vessie forme tumeur à l'hypogastre. L'existence de cette tumeur suffit ordinairement pour annoncer que la vessie est distendue et que l'urine coule par regorgement. L'introduction de la sonde ne tarde pas à confirmer ou détruire cette première donnée. Ces cas étant les plus simples de tous, je n'insisterai pas davantage.

L'absence de la tumeur épigastrique ne prouve point, comme je l'ai dit, que la vessie ne soit pas distendue et que l'incontinence ne dépende pas de cette surdistension. Il faut donc recourir à la sonde. S'il sort une certaine quantité d'urine par l'instrument, et que l'incontinence cesse pendant quelques heures après le cathétérisme, pour recommencer ensuite, cet écoulement involontaire de l'urine sera, comme dans le cas précédent, la conséquence d'une surdistension de la vessie : seulement il sera question alors d'une vessie moins grande. Les cas de ce genre ne sont point rares. Dans les premiers qui se sont offerts à moi, l'absence de la tumeur hypogastrique m'empêcha d'abord de reconnaître l'excès de distension de la vessie ; mais l'expérience ne tarda pas à me convaincre que cette absence ne prouvait rien, et que les assertions des auteurs à son égard manquaient de fondement.

S'il peut y avoir de l'incertitude sur la nature de l'incontinence et sur la manière dont se fait l'écoulement, lors même qu'il est continu ou à peu près, à plus forte raison pourrait on éprouver de l'embarras quand cet écoulement est temporaire et accidentel. J'ai vu alors d'habiles praticiens se méprendre complètement sur le compte de l'affection qu'il s'agissait de combattre. L'un de nos généraux, qui avait résisté à la double épreuve des fatigues de la guerre et des excès vénériens, se félicitait de pouvoir rester toute une journée à cheval ou faire de longs voyages sans éprouver le besoin d'uriner, lorsqu'il fut pris tout à coup d'incontinence d'urine ; ses habits étaient mouillés sans qu'il ressentît la plus légère douleur, ni la moindre gêne dans l'exercice de ses autres fonctions. Un médecin distingué conseilla le repos, les bains et les boissons émollientes, sans se douter que la vessie ne pouvait se débarrasser de son contenu. Il ne vit là qu'une irritation locale résultant des fatigues, et ce qui sembla confirmer son opinion, c'est qu'après avoir fait usage des moyens prescrits pendant quelques jours, le général reprit son service sans laisser échapper l'urine. Peu de semaines après, l'infirmité reparut, et céda encore, bien que d'une manière moins soutenue ; l'écoulement involontaire qui s'était montré d'abord à la suite de l'équitation, se manifesta bientôt de lui même pendant la nuit, mais toujours sans nul embarras à la région vésicale. Après avoir employé sans succès une longue série de médicamens internes, on eut enfin recours à la sonde, qui apprit que la vessie ne se vidait pas. Les injections procurèrent un notable amendement, et les bains de mer achevèrent la guérison. J'ai vu beaucoup d'autres cas dans lesquels l'incontinence avait ainsi débuté d'une manière insidieuse, sans que le malade eût éprouvé aucun accident propre à faire soupçonner que sa vessie ne se vidait point complètement, et parfois à la suite d'événemens qui n'ont pas pour effet ordinaire de donner lieu à un tel phénomène. On ne saurait trop s'empresser de recourir aux explorations directes, qui procurent des données satisfaisantes.

Quant à distinguer les cas dans lesquels l'écoulement involontaire de l'urine résulte d'un relâchement du col vésical, avec ou sans racornissement de la vessie, et ceux où il ne tient qu'à la sortie du trop-plein de l'organe, on y arrive par la simple introduction de la sonde, et au besoin par des injections. Ces dernières sont surtout utiles lorsqu'il s'agit de déterminer ce qui reste de capacité à la vessie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

A M. le Rédacteur en chef de la **GAZETTE DES HOPITAUX.**

Mon cher confrère,

Vous avez pu lire ce matin dans les journaux judiciaires qu'hier j'ai été condamné en police correctionnelle à 16 francs d'amende pour contravention aux réglemens relatifs aux inhumations ; délit prévu par l'art. 358 du Code pénal, avec lequel je viens de faire connaissance. Il paraît, d'après le dire de M. l'avocat du roi, que c'est la première fois qu'on fait l'application des nouveaux réglemens qui concernent les autopsies, et que le ministère public a saisi avec empressement cette circonstance pour servir d'enseignement au corps médical. Je le remercie de la préférence, ainsi que M. le commissaire de police Deroste, qui a mis à l'accomplissement de ses devoirs un zèle et une rigueur dont *la société* ne peut manquer de lui tenir compte. Puisqu'il est

dans ma destinée de servir à l'instruction de mes confrères, je ne veux pas que ce soit à demi, et je leur raconterai mon délit, dans lequel, je me hâte de le dire, M. l'avocat du roi a trouvé des circonstances extrêmement atténuantes, ce qui m'a sauvé de la prison ; car, il faut bien qu'on le sache, cet art. 358 (dont Dieu vous garde) laisse au juge la faculté de nous priver pendant deux mois de notre liberté, c'est-à-dire de nous ruiner : car, par le temps qui court, et comme il court!... (Janin, chap., vers...) si l'on oblige un praticien de rester à l'ombre pendant deux mois, une génération au moins lui aura passé sur le corps.

Peut-être beaucoup de nos confrères ignorent la législation qui nous régit en matière d'inhumations, autopsie, moulage, etc. Il y a quelques années, il fallait, pour faire régulièrement une ouverture de cadavre en ville, obtenir l'autorisation de la Préfecture : or, il arrivait presque toujours qu'après avoir parcouru la filière des bureaux, l'autorisation duement enregistrée, revêtue des signatures voulues, parvenait au médecin demandeur trois jours après l'inhumation. Aujourd'hui, les réglemens sont changés : pour faire une autopsie, les seules formalités à remplir consistent, après avoir obtenu la permission de la famille du défunt, à prévenir le commissaire de police du quartier de l'intention où l'on est de faire l'ouverture du corps, en procédant 24 *heures après la déclaration faite à la mairie.* Au premier abord, il semble qu'il n'y ait rien de plus facile que l'observation d'un tel réglement : et pourtant vous allez voir qu'il présente parfois des difficultés équivalentes à une prohibition. Ainsi, dans l'espèce (c'est ainsi, je crois, qu'un avocat s'exprimerait en parlant de mon cas), le décès a eu lieu le 12 septembre à six heures du soir : les bureaux de la mairie étant fermés jusqu'au lendemain, la déclaration n'a pu être reçue que le 13 à dix heures ; par conséquent, l'autopsie n'aurait dû être faite, aux termes de l'ordonnance, que le 14 à dix heures. Mais pour cela, il aurait fallu que la cérémonie de l'enterrement se fit à une autre heure que celle consacrée par nos habitudes sociales, ou que la famille restât embarrassée pendant vingt-quatre heures encore d'un cadavre en putréfaction, ce que bien rarement nous pourrions obtenir. Il me fallait donc, si je voulais profiter de la permission que la famille m'avait donnée, faire l'autopsie de bonne heure ; et je fis savoir à M. le commissaire de police que je la pratiquerais le 14 à sept heures et demie du matin, c'est-à-dire trente-huit heures après le décès.

M. Deroste, qui s'il apporte le même zèle en toutes choses doit être un commissaire modèle, vint à neuf heures au domicile mortuaire, où, trouvant le corps déjà exposé sous la porte, il s'enquit de l'autopsie, et de l'heure à laquelle je l'avais faite ; de là il se rendit à la mairie, vérifia l'heure de la déclaration, et trouvant que j'avais devancé de deux heures les délais réglementaires, il dressa un procès-verbal en vertu duquel j'étais traduit hier devant la 6e chambre directement et sans être mandé chez le juge d'instruction, tant le ministère public tenait apparemment à profiter de l'occasion pour rappeler aux médecins leur devoir. On m'apprit à l'audience le délit qui m'était impute, car l'assignation ne le précisait pas. Dans ma défense que je pourrais vous reproduire aussi textuellement que les discours envoyés aux journaux par les orateurs le lendemain du jour où ils ont été prononcés, je me suis attaché à convaincre le tribunal que si j'ai contrevenu à la lettre de la loi, j'ai cependant agi conformément à son esprit : qu'a-t-elle voulu, en effet ? qu'un corps ne pût être inhumé, ouvert, injecté, etc., avant un délai de vingt-quatre heures ; or, trente-huit heures s'étaient écoulées lorsque j'ai fait l'autopsie. J'ajoutai que l'observation rigoureuse des réglemens rendrait presque impossible l'examen des individus qui meurent après cinq heures du soir, puisque la déclaration du décès ne pouvant être reçue à la mairie que le lendemain à dix heures, l'autopsie ne pourrait avoir lieu que vers le milieu du troisième jour ; que par là se trouverait encore restreinte une source d'instruction et de recherches entourée déjà de tant de difficultés. M. l'avocat du roi a répliqué, en ce qui concerne la distinction entre la lettre et l'esprit de la loi, que le second étant absent du procès-verbal du commissaire de police, il était impossible au tribunal de l'y voir ; qu'il était vrai que si la mort avait consulté l'heure des bureaux de la mairie, le cadavre aurait pu être légalement ouvert vingt-cinq heures après le décès, mais qu'il n'en était pas moins constant, aux termes du réglement, que l'autopsie ayant été faite trente-huit heures après la mort, elle avait eu lieu deux heures trop tôt.

Le délit étant flagrant, le tribunal n'a pas pu refuser à M. l'avocat du roi la condamnation qu'il requérait, et le président, M. d'Herbelot, de cette main qui parfois aveit serré amicalement la mienne, chez M. le professeur Fouquier, m'a fait l'application de l'art. 358 du Code pénal dont je vous parlais tout à l'heure, mais en me faisant remise de la prison, eu égard sans doute à mes bons antécédens et à la naïveté que j'avais eue de prévenir le commissaire, afin qu'il pût venir constater la contravention.

Je me propose d'écrire à l'Académie pour la prier de s'entendre avec l'autorité pour aviser aux moyens de faire légalement l'ouverture des corps des individus qui meurent après cinq heures du soir ; et en même temps je mettrai sous ses yeux la prostate et la vessie qui m'ont valu cette condamnation. Si sur les têtes des juges de la police correctionnelle, au lieu de voir des cheveux bruns ou à peu près, j'avais vu des cheveux blancs, peut-être aurais-je pu essayer d'agir sur les imaginations en mettant sous les yeux du tribunal les dessins ou les pièces anatomiques, et leur disant que les engorgemens de la prostate sont l'apanage des hommes de cabinet, des juges qui demeurent pendant de longues heures sur leurs sieges. Et je me serais écrié dans ma péroraison : « Magistrats ! la rétention d'urine comme l'épée de Damoclès est suspendue sur vos têtes : c'est pour vous en préserver que j'ai violé la loi. Auriez-vous la barbarie de me frapper de son glaive ?....... » Mais qu'espérer de l'effet produit par un danger qui se montre dans un lointain de vingt années ? Ah ! si l'affaire était portée à la cour de cassation, c'est là que je trouverais de la sympathie !

Si vous croyez, mon cher confrère, que l'histoire de mon infortune puisse être de quelque intérêt pour le corps médical, je vous prie de donner accès à ma lettre dans votre journal.

Agréez, etc. LEROY-D'ETIOLLES.

Paris, le 8 octobre 1841.

Mon cher confrère,

On a raison de le dire ; le mensonge et l'envie ne profitent pas, l'*Ubicumquè* radote, ou pour mieux dire, il *patauge*.

Il fait présenter au roi M. Velpeau, qui répond aussitôt qu'il n'a jamais été présenté ; il médit de M. Baudens, qu'il avoue naïvement ne pas connaître ; il fait un forban de moi, pauvre et innocent docteur Lyrac, qu'il connaît encore moins ; il rêve un baiser-Lamourette avec la presse qui lui dit : je ne te connais pas ; il rêve un autre baiser-Lamourette de la *Gazette des Hôpitaux* et de l'Ecole, qui n'ont pourtant guère de sympathie l'un pour l'autre ; c'est un rapiéçage universel.

Et cependant, je vous l'ai déjà dit, l'*Ubicumquè* est bon homme ; il croit aux tripotages, voyez-vous, parce qu'il a vu ses deux patrons, Trissotins à rebours, se tenir affectueusement la main, après avoir échangé la gràcieuse épithète d'ANES ; il s'imagine, dans sa candide simplicité, qu'il suffit de s'appeler *Justum ac tenacem* ou *Sylvius*, pour avoir de la science ou de la loyauté ; pardonnez à ce pauvre innocent ; il ne sait ce qu'il dit. Si dans son ardeur de prophète, il ne vous pardonne pas de refuser toute alliance avec son opposition fanfaronne, il conviendra franchement qu'il y a autant d'injustice à priver de la *Gazette des Hôpitaux* la bibliothèque de l'Ecole, qu'à mettre à l'index de Rome la *Gazette de France ;* c'est que la *Gazette des Hôpitaux* est utile aux élèves comme la *Gazette de France* aux moines.

Vous pourrez, d'ailleurs, recommander les malices du *chantre de l'hypocondrie* et *du doyen en herbe* à la bienveillance du *doyen nomade*. Quand M. Orfila aura fini sa tournée et *donné* toutes ses représentations Florentines, il vous suffira de prier l'*Ubicumquè* d'intercéder en votre faveur : un abonnement fait toujours sourire un journaliste. Pourquoi donc l'*Ubicumquè* ne sourit-il pas quelquefois ? Il est vraiment trop sérieux.

Agréez, etc. Dr LYRAC.

Note du Rédacteur. Nous n'avons pas voulu refuser à notre confrère le docteur Lyrac, l'insertion de cette dernière et spirituelle réponse. Désormais nous laisserons l'*Ubicumquè* déraisonner à loisir ; nous avons assez de graves sujets d'occupation sans nous attacher à rétorquer de telles niaiseries.

DE LA MÉTHODE DU DOCTEUR CANQUOIN.

Excluant l'emploi de l'instrument tranchant dans le traitement du cancer et de toutes les tumeurs en général (1).

L'emploi de l'instrument tranchant, outre la terreur qu'il inspire, est souvent suivi, dans les cancers ulcérés ou non, d'une prompte récidive, et n'occasionne que trop souvent, quelle que soit maladie, des accidens graves, parfois mortels, des hémorrhagies, des érysipèles, etc ; par exemple, le docteur Canquoin a cherché le moyen de se mettre à l'abri de ces inconvéniens ; il l'a trouvé dans sa méthode, qui, *dans tous les cas sans exception*, exclut l'instrument tranchant, et par conséquent évite aux malades les dangers qui accompagnent son emploi. Le docteur Canquoin publia en 1838 un exposé complet de sa méthode, appuyé d'une série d'observations, pièces justificatives qui en démontrent jusqu'à l'évidence l'immense avantage. Les faits nombreux consignés dans cet ouvrage, ceux qui, plus nombreux encore, sont venus ajouter à l'autorité des premiers, ont été constatés par les médecins et chirurgiens les plus recommandables de la capitale, qui se sont empressés de rendre hommage à la découverte de leur confrère. Plusieurs même ont confié à ses soins leurs propres malades. Est-il une preuve plus évidente de la supériorité de la méthode du docteur Cancoin ? Son efficacité est une chose depuis long-temps hors de doute, un fait acquis à la science.

En prenant entre beaucoup d'autres observations les observations des malades guéris par le docteur Canquoin, nous voyons : une dame Rouger, demeurant rue Laffitte, 35, chez le général Blin. « Après avoir subi deux cruelles opérations sans succès, a dû enfin son entière guérison au docteur Cancoin, qui, sans instrument tranchant, et en présence de plusieurs chirurgiens distingués, l'a délivrée d'une tumeur cancéreuse du volume du poing, etc... » La femme de M. Giost, chevalier de la légion-d'honneur, rue Princesse, 12, a été guérie d'une affection cancéreuse contre laquelle avaient échoué toutes les ressources de l'art. Cet heureux résultat, obtenu au milieu des circonstances les plus graves, a été prompt et décisif. La dame Choyaux, demeurant à Argenton-le-Château (Deux-sèvres), atteinte d'un cancer très volumineux, qui, par sa gravité, semblait incurable, a été guérie sans instrument tranchant, en présence de plusieurs chirurgiens distingués, entr'autres de M. Cayol, par M. Canquoin, etc. M. François, directeur du moulin à vapeur, à St-Servan (Ile-et-Vilaine), a eu son épouse affectée depuis trois ans d'un cancer ulcéré de tout le sein gauche, compliqué d'un engorgement sous l'aisselle, guérie par l'emploi des moyens de M. le docteur Canquoin. Nous pourrions citer une infinité d'autres témoignages. Nous ne terminerons pas, cependant, sans signaler un genre de maladie qui rentre dans la spécialité du docteur Canquoin, et dont l'étude se lie naturellement à celle des affections des seins : nous voulons parler des maladies de matrice. Des succès, chaque jour, viennent confirmer le docteur Canquoin dans l'importance des modifications qu'il a fait subir au traitement de ces affections. Ces modifications sont consignées dans un chapitre particulier de son Traité du cancer.

(1) A Paris, chez l'auteur, rue du faubourg Montmartre, 8, et chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 9.

Nous sommes heureux d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le vin anti-hydropique de M. QUENTIN, pharmacien à Paris. C'est une découverte longuement expérimentée, dont vient d'être enrichie la science médicale.

Une des découvertes pharmaceutiques les plus précieuses et dont nous devons constater le succès, est celle de l'*Eau de Mars*, d'une efficacité d'autant plus remarquable contre les maux de dents, qu'elle diffère des odontalgiques connus par sa composition entièrement dégagée de substances corrosives. Elle est d'un goût agréable, d'un emploi facile, et procure une guérison instantanée sans produire de suites fâcheuses, telles que l'inflammation des gencives et la détérioration des dents saines.

En mettant sous presse la douzième année de l'*Agenda du médecin*, nous croyons devoir appeler l'attention de MM. les médecins sur cette utile publication en les priant de vouloir bien nous communiquer la note des changemens, omissions ou corrections qu'ils auraient pu remarquer, afin de donner à l'*Agenda* toute l'exactitude possible.

Nous recevrons avec reconnaissance, jusqu'au 20 octobre, tous les renseignemens qu'ils voudront bien nous adresser dans le but de rendre ce Mémento aussi complet que possible.

Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'École-de-Médecine, 4.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 12 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 123. TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections bulleuses.

L'ordre des bulles se compose de deux maladies : le *pemphigus* et le *rupia*.

Les mots pemphigus et pompholix ont été employés par différens auteurs pour désigner la même maladie, et cela pouvait se faire sans inconvénient, puisque tous les trois ont une même origine et une même signification (*bulla*).

Le pemphigus, en effet, est caractérisé par l'apparition de tumeurs aqueuses, d'un volume variable, formées par une sérosité ordinairement limpide, quelquefois légèrement citrine, qui soulève l'épiderme et le détache du corps réticulaire enflammé. Ces tumeurs ont la plus grande ressemblance avec les bulles produites par l'action de l'eau bouillante ou des substances vésicantes. Leur développement est ordinairement précédé de taches érythémateuses avec chaleur et douleur; mais quelquefois les bulles se forment avec tant de rapidité que l'on n'a pas le temps de reconnaître ces taches, dont il ne reste alors qu'une auréole rouge qui en indique la préexistence. Au bout de peu de jours les bulles se rident, s'ouvrent, laissent échapper l'humeur qu'elles contiennent, se sèchent, sont remplacées par quelques squammes minces placées sur un fond rougeâtre, dont la coloration ne tarde pas elle-même à disparaître; mais elles ne suivent pas toujours cette marche, et elles laissent quelquefois après elles des excoriations douloureuses

Cette affection peut se développer sans qu'aucun symptôme ne l'annonce; d'autres fois elle est précédée de symptômes généraux, tels que malaise, nausées, mouvement fébrile, etc. Joseph Franck va même jusqu'à dire qu'il ne connaît aucun cas de pemphigus qui n'ait été précédé d'une maladie quelconque. Rien d'ailleurs n'est moins déterminé que le nombre des bulles et le siége qu'elles occupent; elles peuvent, dans certains cas, envahir toute l'étendue des tégumens.

Le pemphigus, comme la plupart des maladies de la peau, survient le plus ordinairement sans cause appréciable, et paraît dépendre d'une altération particulière et spéciale des humeurs. Cependant, l'intempérance, l'usage des mets épicés, une mauvaise nourriture, les affections morales tristes, ont souvent paru favoriser son développement; d'autres fois il est symptomatique et lié à l'existence d'une affection interne, aiguë ou chronique.

C'est chez les vieillards, chez les femmes arrivées à l'époque critique et chez les jeunes sujets, dans des circonstances qui apportent quelque trouble aux fonctions de l'économie, comme la dentition, par exemple, qu'on l'observe le plus souvent. Les femmes paraissent y être plus exposées que les hommes. Toutefois, le sexe pas plus que l'âge, ne préservent de ses atteintes : quelques auteurs rapportent même des observations de pemphigus congénial. Les saisons chaudes sont le plus souvent favorables au développement de cette maladie, surtout lorsqu'elle revêt la forme aiguë, et dans ce cas sa durée n'est ordinairement que de huit jours à un mois; mais quand elle est passée à l'état chronique, on ne peut guère prévoir sa terminaison.

La marche de la maladie, les différentes circonstances de son développement, en ont fait établir deux variétés principales : le pompholix *benignus* et le pompholix *diutinus*.

Le premier est ordinairement dû à des causes existantes passagères, et se manifeste surtout chez de jeunes sujets; il est caractérisé par des bulles de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, qui se montrent successivement sur la face, le cou, les extrémités, et qui, après s'être rompues au bout de trois ou quatre jours, se guérissent rapidement. Le second, beaucoup plus grave, est souvent précédé de symptômes généraux; il a pour caractère des bulles de couleur variable, pouvant acquérir la grosseur d'un œuf, et se reproduisant successivement, soit sur les points déjà affectés, soit sur de nouvelles parties de la peau, dont elles peuvent finir par occuper toute l'étendue. Les bulles déchirées par le frottement laissent à découvert des surfaces très sensibles, et la douleur qui en résulte peut causer l'insomnie, voir même un paroxysme fébrile. C'est surtout dans cette variété, qui affecte de préférence la vieillesse et les sujets d'une constitution détériorée, que l'on peut voir survenir des complications plus ou moins graves, et même la mort, si la maladie se prolonge avec le même degré d'intensité.

Une troisième variété fort rare est le pompholix *solitarius*. Après un sentiment de fourmillement à la peau, une bulle unique et d'un volume quelquefois considérable se développer sur une partie du corps, se rompt dans les 48 heures, et laisse à découvert une excoriation superficielle. Deux ou trois bulles paraissent ensuite successivement aux environs, en suivant la même marche; mais, en général, cette forme de pemphigus n'a pas plus de huit à dix jours de durée. Selon Willan, cette variété serait particulière au sexe féminin; cependant, M. Biett l'a observée aussi sur l'homme.

On reconnaîtra presque toujours facilement un pemphigus; cependant lorsque l'éruption est générale, chronique et que l'on ne trouve sur la peau que des squammes jaunâtres et croûteuses ou blanches et foliacées, débris de bulles plus ou moins récentes, on pourrait les confondre avec l'eczéma rubrum ou impétiginades, et il faut se tenir en garde contre la possibilité de cette méprise.

Le *pompholix benignus* offre moins de chances de confusion. Toutefois il faut savoir qu'il peut être simulé au moyen de poudres vésicantes, celle de cantharides entre autres, qui, saupoudrée sur quelque point des tégumens, peut y déterminer une éruption tout à fait analogue.

Le traitement du pemphigus doit être approprié à la forme de la maladie et à la constitution du sujet; ainsi pour le *pompholix benignus*, ce sera le traitement des maladies aiguës, modifié selon l'intensité des symptômes. Dans le cas de *pompholix diutinus*, chez des sujets chroniques, on aura recours aux antiphlogistiques tels que émissions sanguines, bains tièdes, boissons délayantes; chez ceux au contraire qui sont d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débile, usée, on devra avoir recours aux toniques et aux dépuratifs; ainsi le quinquina, les ferrugineux, les sucs d'herbes, etc., seront employés avec avantage. Dans les cas de complication d'affection interne, on devra avant tout s'occuper de cette dernière, et l'on verra quelquefois sa guérison être le signal de la disparition du pemphigus. Les narcotiques, administrés tant par la bouche que par le rectum, pourront devenir utiles, soit dans le but de procurer au malade quelques heures de sommeil, soit pour arrêter la diarrhée qui accompagne quelquefois cette éruption. Les bains, qui sont souvent fort utiles, peuvent aussi devenir nuisibles en augmentant le fourmillement à la peau et le nombre des bulles. Quelquefois aussi un régime adoucissant, lacté a réussi où les toniques avaient échoué. Quant au *pompholix solitarius*, il réclame à l'intérieur un traitement adoucissant, délayant; à l'extérieur, des cataplasmes de farine de graine de lin. Ce serait d'ailleurs peut être le cas d'employer un moyen conseillé par Aëtius d'Amide et qui consiste à saupoudrer l'excoriation qui reste après l'ouverture de la bulle avec une poudre absorbante comme par exemple la farine de froment et ensuite la farine d'orge. Disons en terminant que le pemphigus chronique résiste quelquefois à toute espèce de traitement.

Le *rupia*, que Willan a confondu avec l'ecthyma, et dont Bateman a fait un genre à part, après l'avoir rangé d'abord dans l'ordre des vésicules, a été placé convenablement par M. Biett dans l'ordre des bulles. Il est, en effet, reconnaissable à des phlyctènes larges, aplaties, reposant sur une base rouge et enflammée, contenant une matière séreuse ou séro-purulente, ichoreuse. Ces bulles, toujours isolées et en petit nombre, peuvent s'observer sur diverses parties du corps, mais surtout aux membres inférieurs et quelquefois sur les lombes. Après s'être développées lentement elles se rompent et laissent échapper l'humeur qui se concrète en croûtes brunâtres sous lesquelles existe une excoriation ordinairement superficielle.

Une mauvaise alimentation, la malpropreté, la misère peuvent être regardées comme causes prédisposantes de cette affection. Elle est quelquefois liée à un état cachectique particulier qui se rencontre chez les très jeunes sujets, d'une part, et de l'autre chez les vieillards. Elle complique quelquefois certaines maladies cutanées ou leur succède.

Le rupia a beaucoup d'analogie avec l'ecthyma et peut facilement être confondu avec lui; cependant ses bulles sont plus larges que les pustules de l'ecthyma, et même à l'état croûteux on trouve autour des croûtes des débris de la phlyctène, ce qui ne s'observe pas dans l'ecthyma. Le vice syphilitique peut donner lieu à l'éruption du rupia, et il faut prendre garde d'attribuer indistinctement à cette origine tout rupia

FEUILLETON.

VOYAGE A LA RECHERCHE D'UN ÉDITEUR.

Que faire en un gîte,
A moins que l'on ne songe?

C'est ce qui m'est arrivé souvent dans le mien; et le fruit, le résultat de mes rêveries a été un magnifique manuscrit, d'une belle *coulée* que j'avais bien précautionneusement enfermé dans le fond d'une malle et dont hier enfin j'ai fait l'exhumation. Toute la journée il fut exposé sur mon pupitre, j'en relus mes plus beaux endroits, je ne me lassais pas de le feuilleter. C'était avec émotion que je pensais au moment où je le verrais transformé en un livre imprimé, figurant avec honneur dans les rayons d'une bibliothèque et annoncé par la voie des catalogues jusqu'aux dernières limites du monde civilisé. Le soir venu, je m'embarque en *omnibus* qui me dépose au milieu de la place de l'École-de-médecine. Là, premier embarras : librairie à droite, librairie à gauche, librairies tout le long, librairies partout. Comme je n'avais pas de préférence, je me mis à flaner en regardant les bout....., qu'allais-je dire? les magasins. Je les ai trouvés, en général, d'une sévérité, d'une parcimonie d'ornementation parfaitement en rapport, du reste, avec leur destination. Des tablettes dorées figureraient mal pour soutenir un traité d'anatomie. Aussi les progrès envahissans du luxe ont trouvé là une barrière infranchissable; à part quelques constructions nouvelles, le vieux quartier des Cordeliers n'a pas bougé depuis 89. L'édilité parisienne a beau faire couler des torrens de gaz dans ces rues sales et noires, l'économe librairie ne se laisse pas éblouir par la blanche lumière, et ses plafonds noircis par le quinquet fumeux attestent la pérennité des traditions vénérables d'ordre et de simplicité. Je n'ai trouvé qu'une seule exception, et elle confirme la règle. Une librairie médicale s'est magnifiquement drapée dans la défroque d'un café luxurieux, dont les étudians n'ont pas voulu payer les frais. Ce café m'a rappelé un souvenir de jeunesse. J'ai eu l'honneur d'y gagner autrefois au domino M. Malgaigne, qui était de première force au double blanc, et M. Amédée Latour qui, il faut lui rendre cette justice, n'y entendait rien.

Après avoir tourné et retourné, avoir bien appliqué ma face provinciale aux vitres des devantures, je voulus me donner à moi-même une leçon d'ordre et de méthode, et je commençai.... par le commencement. Supposez que je fais face à l'Hôpital des cliniques, et suivez bien mon itinéraire.

Magasin à droite. — Je déroule timidement mon manuscrit devant un monsieur fort grand et fort gros, figure d'une bonhomie matoise et tout à fait normande. — Monsieur, voudriez-vous imprimer ce manuscrit? — Il en regarde le titre. — Nous n'imprimons que les ouvrages des professeurs ou de ceux qui doivent l'être. — Diable! fis-je *à parte*, je n'avais pas pensé à ce motif de refus; bien évidemment je ne serai jamais professeur et voilà une porte fermée. En finissant cette réflexion mes yeux se reposent sur un ouvrage intitulé : *Compendium de chirurgie pratique*, par M. Bérard et Denonvilliers.

— Vous êtes donc sûr que M. Bérard jeune sera professeur?

— La chose est arrangée; il va remplacer M. Sanson.

— Mais M. Denonvilliers me paraît bien jeune pour être placé dans une chaire?

— Aussi *allons-nous* lui donner, en attendant, la place de M. Blandin.

— Est-ce aussi arrangé?

— A peu près.

Si je n'avais pas vendu mon manuscrit, j'avais au moins récolté deux nouvelles que je me hâte de vous transmettre.

Magasin à gauche. — Un petit monsieur fort poli, ma foi, m'éconduit de la meilleure grâce du monde. — Nous n'imprimons guère que les ouvrages des membres de l'institut, de leurs fils ou de leurs gendres. — Peste! me dis-je à moi-même, au moins si j'étais petit-neveu d'un immortel; mais je ne puis pas même dire :

Monsieur, je suis bâtard de *son* apothicaire.

J'en pris mon parti, cependant, et je continuai mes pérégrinations.

Premier magasin à droite dans la rue. — Je fus reçu par un monsieur dont la tête me parut fortement intelligente. Sa politesse fut froide, reservée, presque raide au premier abord; peu à peu il se dérida, et je pus causer assez longuement avec lui. Cet homme a plus d'intelligence que d'éducation littéraire, mais ses jugemens ne manquent ni d'originalité ni de profondeur. Je fus fort étonné de son dédain superbe pour les auteurs. Un auteur n'est pour lui qu'un marchand *de copie*, qu'il paye avec le même sans façon qu'un marchand de papiers. Ses idées sur ce sujet me parurent pénibles à entendre. Elles sont probablement le résultat d'une longue pratique des affaires qui désillusionne l'esprit, flétrit le cœur, et ne permet de voir les objets que sous leur côté positif et matériel. Il m'a dit cependant avoir rendu quelques services à la jeune littérature médicale. Je le crois : cet homme doit avoir de bons momens; l'essentiel pour les auteurs est d'arriver à propos. Je n'eus pas ce bonheur.

— Je n'imprime plus que les livres des membres de l'Académie de médecine, ou bien les livres d'homœopathie et de magnétisme, car il n'y a que ceux-là qui se vendent.

Du magnétisme! *Et nunc intelligite!* vous surtout, docteur Lyrac, qui vous avisez de faire des homélies! Quelle leçon!

Second magasin à droite, toujours dans la rue. — Oh! ici, je ne peux pas vous dire avec quelle grâce, avec quelles manières distinguées et élégantes j'ai été reçu. Voilà un homme d'une figure ouverte et avenante; je suis certain que celui-là doit être un modèle de franchise, de discrétion, de bienveillance, et que son commerce doit être aussi sûr qu'agréable.

Mais à quoi me sert d'avoir reconnu toutes ces belles qualités, puisqu'il m'est défendu d'en profiter! Après lui avoir fait mon offre :

— Votre livre est-il scientifique?

— Voilà, Monsieur, une question bien embarrassante pour un auteur : je vous répondrai avec franchise que j'ai eu la prétention de l'être autant qu'il était en moi.

— Dans ce cas, je n'en veux pas : je n'imprime pas de livres scientifiques.

Abasourdi de cette réponse pyramidale, je pris vite mon chapeau, et portai plus loin mes espérances en baisse.

Premier magasin à gauche. — Fermé pour cause de réparations.

Second magasin à gauche. — Le patron de celui-ci me parut un homme bien accueillant, et disposé même à aller trop vite en affaires.

— J'imprimerai bien le manuscrit, mais je ne peux rien donner à l'auteur.

Ce n'était pas là mon compte, et je sortis tout penaud, ne sachant plus trop vers qui tourner mes espérances si cruellement déçues. Je remontais tristement cette fatale rue de l'École-de-Médecine, quand un des miens amis me rencontra, et, sur le récit de mes infortunes, me conduisit dans une maison d'une rue située tout à côté de l'Odéon. Là, dans un appartement d'assez belle apparence, nous rencontrâmes un monsieur en robe, toque et rabat, en véritable costume de juge. Je me mis à craindre une mystification.

— Mon cher monsieur *** (ici mon introducteur nomma un nom que je n'ai pu retenir), voici mon ami, M. le docteur Lyrac, qui vient soumettre à votre jugement...

— Jugement? je sais ce que c'est : condamnons par corps et aux dépens.

survenant chez un sujet affecté de syphilis, car le traitement mercuriel peut nuire en pareil cas.

Les variétés de cette affection sont au nombre de trois, savoir :

1° Le rupia *simplex*, dont les bulles petites, remplies d'une sérosité claire, puis opaque, ne tardent pas à laisser écouler ce liquide, qui donne lieu à la formation de croûtes dont la chute assez prompte laisse la peau livide ou noirâtre, mais douée d'un nouvel épiderme.

2° Le rupia *proeminens*, à bulles plus volumineuses que celles du précédent, et dont les croûtes se formant presque instantanément, augmentent progressivement et seulement d'épaisseur, de manière à prendre une forme conique irrégulière, assez analogue à une coquille de moule ; l'excoriation qu'elles recouvrent guérit lentement chez les sujets d'une mauvaise constitution.

3° Enfin le rupia *escharotica*. On l'observe ordinairement sur les enfans à la mamelle, sur les jeunes enfans qui viennent d'avoir la variole, sur ceux dont la constitution est altérée par un mauvais régime, par la misère. Des escharres gangreneuses terminent quelquefois cette affection, laissant après elles de profondes cicatrices.

Lorsque la constitution n'est pas trop détériorée, les soins hygiéniques peuvent seuls amener la terminaison du rupia. Mais si l'affection persiste, quelques toniques à l'intérieur, à l'extérieur quelques bains tièdes, alcalins ou sulfureux, selon l'état de l'éruption, quelques cataplasmes pour faire tomber les croûtes, et des pansemens détersifs, astringens ou irritans, si les ulcérations persistent après leur chute, suffiront ordinairement pour la faire disparaître.

Ordre des taches.

Trois affections composent cet ordre ; ce sont : les *éphélides*, le *nævus* et le *purpura*.

Le groupe des éphélides comprenait dans la classification d'Alibert trois espèces, savoir : les éphélides lentiformes, hépétiques et scorbutiques. Nous ne parlerons point ici des deux dernières espèces, l'une se rapportant au pythiriasis versicolor, et l'autre au purpura dont nous parlerons tout à l'heure. Nous réduirons donc ce groupe à une seule espèce : les éphélides lentiformes, ou taches de rousseur, qui se montrent sur les parties du corps habituellement découvertes, et sont ordinairement le résultat de l'action du soleil. Ces taches ont une étendue qui varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille. Elles sont remarquables par la permanence de la peau, et ne donnent lieu à aucun prurit, ni à aucune desquammation. Elles sont le plus souvent passagères, et ne se montrent que pendant la belle saison. Quelquefois permanentes, elles sont alors incurables. On emploie, pour faire disparaître les éphélides, les remèdes qui donnent du ton à la peau, comme les lotions alcoolisées, les lotions saturnines, le suc d'oseille, les pommades qui contiennent des oxydes ou des alcalis, les lotions acidulées, etc.

Le nævus comprend toutes les taches congéniales connues vulgairement sous les noms de signes, d'envies, de taches de vin, etc. Une altération de texture se joint ici à l'altération de coloration de la peau, et donne à ces taches des aspects variés et des formes différentes : ainsi, ce sont tantôt des élévations brunâtres couvertes de poils, tantôt de petites excroissances jaunâtres ou rougeâtres, tantôt de larges taches violacées ou bleuâtres, dues à un développement des ramuscules veineux ; d'autres fois, ce sont de véritables tumeurs érectiles dues au développement morbide du système capillaire cutané. Ces dernières méritent quelque attention, à cause de la tendance qu'elles ont à s'accroître, ce qui peut, dans quelques cas, nécessiter une opération. La compression est le meilleur moyen de les combattre,

Le purpura. Nous élaguerons de ce genre les affections cutanées de nature très différente auxquelles on a donné le même nom, telles que les pétéchies des fièvres graves, certaines éruptions de rougeole et de scarlatine, etc. Pour nous, le purpura sera une affection consistant en une sorte d'hémorrhagie capillaire cutanée donnant lieu à la formation de taches circonscrites, rouges, violacées, et tout à fait analogues aux ecchymoses.

Le purpura se montre le plus souvent chez des individus faibles et soumis à des influences débilitantes ; mais on le rencontre aussi dans les conditions opposées. L'usage des mercuriaux, les émotions vives ont paru quelquefois en provoquer le développement ; assez ordinairement, il faut le dire, il n'existe point de cause appréciable à laquelle on puisse rapporter son développement. Cette maladie affecte deux formes principales que nous allons passer en revue.

1° Le *purpura simplex*. Il est caractérisé par de petites taches circonscrites et isolées, analogues aux piqûres des puces, de forme en général arrondie, et ne dépassant pas ordinairement l'étendue d'une lentille. Ces taches, dont la nuance varie du rouge au violacé, deviennent successivement plus foncées, puis jaunissent et disparaissent peu à peu à la manière des ecchymoses, sans laisser de traces de leur existence. Elles ne sont point seulement sous-épidermoïques, mais l'extravasation sanguine qui les forme s'étend souvent au derme et même au tissu cellulaire sous-cutané ; elles ne disparaissent point complètement sous la pression, ce qui peut servir à les distinguer des affections exanthématiques. Rarement leur apparition est-elle précédée de quelques symptômes généraux, tels que malaise, faiblesse, anorexie, etc., et rarement aussi s'accompagne-t-elle de quelque dérangement dans la santé. Cette affection se montre à la partie interne des jambes, des bras, sur la poitrine, etc. Les taches disparaissent en quelques jours, mais leur reproduction successive peut donner une durée indéterminée à la maladie qui d'ailleurs est assez sujette à récidiver et qui, en devenant plus générale et plus intense, peut se tranformer en l'espèce suivante, forme beaucoup plus grave.

2° Le *purpura hœmorrhagica*. — Dans cette variété, les taches sont plus larges, plus irrégulières, plus foncées ; la peau n'est plus le siége unique de la maladie ; l'exhalation sanguine se fait encore par toutes les muqueuses, et même on trouve quelquefois, à l'autopsie, des ecchymoses, des infiltrations ou des épanchemens sanguins dans les cavités séreuses et dans le parenchyme des organes. La mort est quelquefois déterminée par des hémorrhagies nasales, buccales, pulmonaires excessives ; toutefois, ces hémorrhagies qui paraissent, dans certains cas, si dangereuses, peuvent être utiles si la maladie est liée à un état pléthorique prononcé, comme cela a lieu quelquefois. Ainsi, Bateman cite l'exemple d'une femme de quarante ans, qui vit disparaître, après une perte abondante, un purpura dont elle était affectée. Ainsi, le docteur Parry vit disparaître sur-le-champ cette affection chez deux malades apres deux saignées du bras.

Les fièvres éruptives, et particulièrement la variole, se compliquent quelquefois de purpura, et alors il est presque toujours mortel. On trouve les surfaces muqueuses ecchymosées à l'ouverture du cadavre. Le *purpura hemorrhagica* est aussi une des formes variées du scorbut.

Bateman mentionne encore trois autres variétés du purpura, qu'il nomme *urticans*, *senilis* et *contagiosa*. La première se distingue en ce que les taches, pendant les premiers jours de leur apparition, offrent un peu d'élévation et causent un léger prurit, ce qui leur donne quelque ressemblance avec les élevures de l'urticaire. La seconde n'a de particulier que l'âge des sujets qu'elle attaque. Enfin, la dernière comprend les différentes taches que l'on observe à la surface de la peau pendant le cours des fièvres graves.

On ne peut poser de règle fixe pour le traitement du purpura : il devra être tonique ou débilitant, selon les circonstances de la maladie et la constitution du sujet. Quelquefois même l'un et l'autre mode doivent être employés chez le même sujet à des époques différentes de la maladie ; c'est-à-dire qu'après avoir eu recours aux antiphlogistiques, on devra user des toniques. Toutefois, les cas qui exigent un régime débilitant sont les plus rares, et beaucoup d'exemples démontrent que le traitement du scorbut asthénique est celui qui convient le mieux dans cette affection. Parmi les remèdes usités nous citerons les amers, le quinquina, les antiscorbutiques, les acides minéraux, les préparations martiales, les fumigations alcooliques, etc. ; quelquefois même les astringens, le ratanhia, entr'autres. Mais avant tout il faut prendre les soins hygiéniques les plus minutieux, et soustraire autant que possible le malade aux causes insalubres qui auraient pu faire naître cette affection.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. BAUDENS, chirurgien en chef.

Opération nouvelle pratiquée pour remédier à la saillie de l'œil après certaines opérations de strabisme. (Extrait d'une leçon faite à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.)

Un des inconvéniens de l'opération du strabisme, dit M. Baudens, surtout quand il faut couper plusieurs muscles, consiste dans une saillie du globe oculaire parfois très prononcée. Voilà un fait aujourd'hui bien reconnu.

Dans les premiers temps, alors que cette opération vint prendre rang dans le domaine chirurgical, on s'attachait à redresser à tout prix l'œil dévié ; et aujourd'hui encore nous soutenons, après une expérience plus longue, qu'il n'y a pas de strabisme, dû à une rétraction musculaire, dont la ténotomie ne puisse faire justice.

Malheureusement il y a certains yeux qui, une fois privés de l'attache de plusieurs muscles, font une saillie parfois tellement forte, qu'il n'est pas douteux que mieux eût valu laisser subsister la déviation.

Nous dirons dans un autre article à quels signes M. Baudens reconnaît cette disposition à la saillie, et dans quelles circonstances, après avoir coupé un muscle, il faut s'abstenir d'en couper d'autres, au risque de laisser le redressement incomplet,

Aujourd'hui nous ne voulons parler que du moyen imaginé par M. Baudens pour remédier à la saillie de l'œil résultant de l'opération.

Et d'abord, dit ce chirurgien, en examinant avec attention le globe oculaire qui est saillant, on s'aperçoit que la paupière inférieure est refoulée ; elle paraît privée de ressort, elle démasque une partie du globe, de telle façon qu'une partie assez considérable de la cornée opaque regarde le jour. Cette disposition porte à croire que l'œil se dévie en haut ; il n'en est rien. Pour s'en convaincre, il suffit de saisir avec de petites pinces un pli des tégumens de l'angle interne de la paupière inférieure, afin de tendre cette paupière en la portant en dedans et en haut. Par cette manœuvre on est tout étonné de

---

— Il ne s'agit pas de cela, mais d'un ouvrage que monsieur voudrait...

— Alors, renvoyé devant arbitres.

— Vous n'y êtes pas, mon cher : monsieur voudrait vendre un manuscrit...

— Renvoyé à quinzaine.

Nous ne pûmes pas obtenir autre chose de ce robin incarné. J'ai appris depuis qu'élevé naguère aux honneurs de la magistrature consulaire, cet honnête éditeur avait pris tellement au sérieux ses nouvelles fonctions, que tout lui semble plaideurs et tribunal de commerce.

Tel est, mon cher confrère, le récit fidèle de mes infortunes d'auteur. Vous voyez qu'à moins d'être professeur de la Faculté ou destiné à le devenir, membre de l'Institut ou de l'Académie de médecine ; à moins d'être homœopathe ou magnétiseur ; à moins de faire des livres qui ne soient pas scientifiques et de les donner *gratis*, il est bien difficile d'espérer un éditeur. Cela n'est guère consolant pour l'immense majorité de nos confrères, et je crains bien que plus d'une plume ne se brise à la lecture de ces lignes. C'est triste à penser : aussi, je vous laisse entièrement juge de la convenance et de l'opportunité de cette publication ; si vous craignez que le découragement et le dépit ne s'emparent de nos jeunes auteurs, jetez au feu ma lettre, car j'aurais éternellement sur la conscience d'avoir contribué à retenir la lumière sous le boisseau.

Je dois, avant de terminer, vous signaler l'horreur profonde des éditeurs pour le *bouillon*. Il n'en est pas un qui n'ait trouvé l'occasion de me dire : « Je ne veux pas boire un bouillon. » Frappé de cette aversion singulière pour ce liquide généralement estimé, j'en ai demandé l'explication à mon ami qui, à mon grand etonnement, m'a répondu : En terme d'éditeur, *boire un bouillon*, c'est publier un livre qui ne se vend pas. Exemples :

Physiologie, de M. Gerdy, bouillon ;
Traité des études médicales, de M. Dubois (d'Amiens), bouillon ;
Traité de pathologie générale, du même auteur, bouillon.
Mémoires de la Société d'observation, bouillon ;
Etc., etc.

Mais le plus salé de ces bouillons, le plus dur à avaler, c'est sans contredit le *Traité philosophique de médecine pratique*, par M. Gendrin. Celui-là est un véritable *consommé* !

Comment, m'exclamai-je, ces satanés libraires prendraient mon livre pour un *pot-au-feu* ! un livre qui m'a coûté dix ans de veilles ; un livre qui... que... Mais ceci me fait souvenir que je ne vous en ai pas encore indiqué le titre, mon cher confrère. Le voici donc, et jugez vous même de l'impertinence de MM. les éditeurs :

TRAITÉ PHILOSOPHICO-PRATIQUE
De la valeur relative
Des signes intuitifs, sensitifs, physiques et chimiques
DES MALADIES ;
Ouvrage dans lequel toute la médecine
est réduite au principe unitaire de l'attraction
de soi pour soi,
et où
est exposée la découverte des globules
borgnes
et des globules mouchetés.
PAR JACQUES-GUILLAUME-BONAVENTURE LYRAC,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Lauréat (prix d'honneur) du collége de Carcassonne ; lauréat (médaille d'or) de l'Ecole pratique de Paris ; ex-interne lauréat des hôpitaux civils de la même ville ; médecin en chef de l'hospice de Coulommiers ; membre de la Société philogène de Quimper ; de la Société centrale de Limoux ; de la Société encyclopédique de Montastruc ; de la Société géorgophile de Saint-Flour ; de la Société œnophile de Paris ; et de plusieurs autres Sociétés savantes et étrangères, etc.

Avec cette épigraphe à la Gerdy :

Un homme s'est rencontré...
Bossuet.

Eh bien, cher confrère, c'est cet ouvrage qu'ils n'ont pas voulu, les barbares, les Welches !

Ma lettre est trop longue pour que je puisse vous raconter mes tribulations au sujet des acquisitions que je voulais faire en librairie : ce sera pour le prochain courrier, ainsi que les déceptions qui m'attendaient chez les couteliers à qui j'ai proposé un instrument inventé par moi, et qui obtiendra, j'en suis sûr, toute votre approbation.

Agreez, etc. Dr LYRAC.

Nouvel hôpital des croisades à Rome. — Sa sainteté Grégoire XVI vient de faire ouvrir à Rome un nouvel hôpital de 500 lits, sous le titre de *Spedale militare gerosolimitano* (hôpital militaire gérosolimitain), desservi par des chevaliers de l'ordre de Saint-Jean-de-Jerusalem, et destiné uniquement aux légionnaires de cet ordre que le Saint-Père vient de réinstituer sur l'ancien pied du temps des croisades.

Congrès scientifique de Florence. — Le nombre des savans inscrits et présens le jour de l'ouverture était de 608. L'ouverture générale a été présidée par le marquis Ridolfi, de la part du grand-duc de Toscane. Le grand-duc était présent avec sa famille. Le roi des Belges a envoyé M. Charles Morren pour se faire représenter ; ce roi a fait témoigner verbalement par son délégué combien il s'intéressait aux efforts des savans italiens pour l'avancement des sciences et des arts. Le congrès de Lyon a écrit une lettre au congrès de Florence pour féliciter la savante assemblée. On a remarqué que de toutes les villes d'Italie, Rome et Naples ont été les seules qui aient refusé des passeports aux savans de ces pays qui voulaient se rendre au congrès. Ce refus s'explique aisément ; le congrès s'est ouvert par l'inauguration d'une magnifique statue que le grand-duc a fait élever à l'immortel Galilée, dans le muséum de physique, à côté de la même chaire dans laquelle Galilée avait professé, et qu'on appelle chaire de Galilée. Comment Rome pouvait-elle tolérer un pareil scandale, elle qui a fait passer ce grand homme par les *rigoureux moyens* (expression technique du saint-office qui veut dire *torture*) !

Après l'audition de la grand'messe en musique, de l'invocation du *Veni creator Spiritus*, de l'inauguration de la statue et de la lecture de la correspondance, le président a lu un savant discours sur les institutions scientifiques en général, et sur les avantages que doivent retirer la morale publique, la science et la civilisation des nations, de l'institution des congrès. Après cette lecture, qui a été généralement applaudie, l'illustre assemblée s'est partagée par sections et a nommé ses bureaux.

1° Section d'agronomie et de technologie : Président, le célèbre abbé Lambruschini (homme très libéral, que Rome redoute considérablement).

2° Section de zoologie, d'anatomie comparée et de physiologie ; président M. Gene.

3° Section de physique, de chimie et de mathématiques : président, M. Amici (connu surtout par ses belles inventions sur la construction des microscopes).

4° Section de minéralogie et de géologie : président, M. Pasini.

5° Section de botanique et de physiologie végétale : président, M. Joseph Moris.

6° Section des sciences médicales : président, M. Bufalini ; vice-président, M. Tommasini.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. QUENTIN, pharmacien à Paris : nos expériences nous ont répondu du succès.

voir que l'œil n'est pas plus grand que l'autre. C'est en me livrant à ces recherches que j'ai conçu l'idée de maintenir d'une manière durable, par une petite opération, ce que je venais d'obtenir momentanément.

A l'aide d'une petite pince coudée, il faut saisir un repli tégumentaire dans l'angle interne de l'orbite, et à quelque distance de la membrane muqueuse, pour respecter les points lacrimaux, exciser avec des ciseaux courbes ce repli en haut et en bas, ainsi que dans l'angle orbitaire. Cette excision doit se prolonger un peu plus en dehors sur la paupière inférieure que sur la paupière supérieure. On saisit dans les mors de la pince les lèvres saignantes de la plaie, et quand on s'est assuré que la dénudation cutanée est suffisante, on réunit dans l'angle interne les paupières supérieure et inférieure par trois points de suture. Les deux points de suture interne ne comprennent qu'une très petite portion tégumentaire. Le point de suture externe aux deux autres doit en comprendre un peu plus, afin d'être plus solides, et de ne pas se déchirer avant la cicatrisation des surfaces mises en contact et maintenues par les liens.

Cette opération, exécutée à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, immédiatement après des considérations préliminaires données par M. Baudens, a été suivie d'un plein succès; elle est peu douloureuse, et nous a paru remédier si bien à la saillie oculaire que, grâce à ce perfectionnement, peut-être sera-t-il désormais convenable d'opérer les strabismes, même quand une saillie oculaire devrait en être la conséquence, puisque, grâces à une opération peu douloureuse et sans danger, il est maintenant possible de corriger cette fâcheuse disposition. Nous reviendrons sur ce fait.

HERBIN
aide de clinique

HOPITAUX DE DUBLIN.

Luxation de la cuisse en haut et en dehors (luxation iliaque); réduction à l'aide d'un nouveau procédé; par M. ORR.

Premier fait. — James Moran, âgé de quarante ans, tailleur de pierre, de constitution frêle, a été reçu le 17 mai, à l'hôpital de Dublin, dans le service de M. Williams, pour être traité des suites d'une chute d'un échafaud de la hauteur de six à sept mètres (20 pieds); il est tombé sur les pieds, mais il n'a pu dire précisément la position dans laquelle son tronc se trouvait. Il est resté insensible pendant un peu de temps, et en revenant à la connaissance, il a trouvé qu'il ne pouvait marcher ni se tenir debout sans secours.

A l'examen, quatre heures après l'accident, on a trouvé l'état suivant :

Le malade étant couché sur le dos, présente le membre inférieur gauche plus court que l'autre de deux pouces; la cuisse légèrement fléchie sur le pelvis, la jambe aussi sur la cuisse, et le membre entier dans la rotation en dedans. Cet état d'adduction est permanent, et se présente de manière que le genou du membre malade repose sur le genou du côté sain, le pied croisant l'autre obliquement sur le coude-pied. Le trochanter est plus élevé et plus en avant que dans l'état naturel; il est très proéminent. En mettant le membre dans la rotation, on sent la tête fémorale rouler sur la face externe de l'ilium, de la manière la plus distincte, l'individu étant très maigre. Il existe une dépression dans l'aine, correspondant à la cavité cotyloïde. La cuisse peut être fléchie sur le pelvis, et portée aussi plus facilement dans l'adduction et dans la rotation en dedans, dans une plus grande étendue que dans l'état normal; et sans produire beaucoup de douleur; elle peut être portée dans la rotation en dehors, mais jusqu'à un certain point seulement, et très peu dans l'abduction, la tête du fémur étant extraordinairement mobile sur la face externe de l'os iliaque.

En plaçant le patient debout, le grand orteil du pied gauche croise celui de l'autre côté, et le talon est élevé de manière que les orteils sont dirigés obliquement de haut en bas; la fesse est aplatie, son pli est moins marqué et plus élevé que celui de l'autre côté.

Vu l'état de flaccidité du système musculaire chez cet homme, on a pensé qu'on aurait pu essayer utilement la méthode proposée par M. Colombot. Le patient a en conséquence été fixé debout, et engagé à fléchir le tronc en avant, de manière à appuyer sa poitrine sur une table, et à fixer ses mains sur le bord opposé de la même table. Le chirurgien, placé debout au côté externe du membre luxé, a fléchi la jambe à angle droit sur la cuisse, empoigné le dos du pied avec la main droite, et la partie supérieure et postérieure de la même jambe avec la main gauche; il a exercé une pression lente et continue (extension descendante), en se faisant aider par la main d'un assistant placé à son côté, et il a essayé en même temps de déloger la tête de l'os en dirigeant la cuisse un peu en avant et en dedans. Après quelques instans, on a trouvé que la tête fémorale était descendue considérablement, au point qu'elle se trouvait au niveau de la cavité cotyloïde. Alors l'opérateur a tourné subitement la cuisse en dehors, mais la réduction ne s'est pas effectuée; on a donc recommencé la manœuvre, mais sans plus de succès. On a alors appliqué les lacs, et l'on a réduit d'après la méthode ordinaire avec la plus grande facilité, et avec très peu de force et très peu de douleur.

(*Dublin med. Press.*, septembre 1841.)

— La méthode de M. Colombot, appelée *ostéotrépique* par l'auteur, dont on a fait usage sans succès dans ce cas, est loin d'être neuve. Nous avons rapporté ailleurs le passage de Monteggia qui décrit cette méthode (*v.* Dictionnaire des Dictionnaires, art. *Cuisse*). Cet auteur rapporte que plusieurs chirurgiens réunis, n'ayant pu un jour réduire une cuisse luxée, un homme de la campagne, espèce de vétérinaire, qui les avait vu opérer sans succès par les extensions ordinaires, leur dit que dans son pays, lorsqu'une vache, un bœuf, un âne ou un cheval avait un membre luxé, on le réduisait facilement en s'y prenant d'une autre manière qu'eux. Il a couché le malade par terre, a saisi le genou des deux mains, et a fléchi doucement la cuisse sur le bassin jusqu'à ce qu'elle devînt presque perpendiculaire ou verticale au tronc; alors il a fait exécuter au genou un mouvement brusque de rotation de dedans en dehors et de bas en haut, et la luxation s'est réduite. C'est là la véritable méthode *ostéotrépique* qui n'a, comme on le voit, de neuf que le nom; elle est parfaitement semblable à la méthode de Wight pour la réduction du bras (extension ascendante), et paraît basée sur les meilleures données anatomiques, puisque la position verticale déforme les forces opposantes par le relâchement musculaire qu'elle opère, et permet à la tête osseuse de glisser facilement vers sa place naturelle. Il nous semble, en conséquence, que la position donnée au malade par notre confrère de Dublin devait offrir tous les désavantages qu'elle a présentés dans la manœuvre. On a été cependant plus heureux dans le fait suivant.

Deuxième fait. — Peter Daly, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution athlétique remarquable, porteur de blé, à système musculaire immensément développé, a été reçu le 24 août, dans le service de M. Williams, cinq heures environ après l'accident. La luxation avait été opérée de la manière suivante. Etant occupé à embarquer du blé, son pied a glissé, et il est tombé à travers l'*écoutille* du bâtiment; le sac qu'il portait sur le dos lui est tombé sur la cuisse. Il n'a pu dire sur quel point le poids du sac a frappé le membre; mais la présence d'une ecchymose a fait penser que c'est sur la partie inférieure et externe de la cuisse. Il ne peut rester debout qu'avec difficulté et douleur, mais il ne peut marcher.

A l'examen, le membre est d'un pouce et demi plus court que l'autre dans la rotation en dedans, les orteils dirigés vers la terre, et dans la même rotation le gros orteil reste appuyé sur le dos du pied de l'autre côté. Les symptômes étaient, au reste, identiques avec ceux du cas précédent; savoir; raccourcissement, rotation en dedans, adduction permanente, aplatissement de la fesse, élévation de son pli, proéminence et ascension du grand trochanter. Roulement sensible de la tête fémorale sur la face externe de l'ilium durant les rotations du genou; ce roulement cependant est un peu obscur, vu l'immense épaisseur de la masse musculaire. Le membre cependant est rigidement fixé lorsqu'on veut le porter dans l'abduction et dans la rotation en dehors.

On essaie la réduction aussitôt l'entrée du malade, à l'aide de la méthode ordinaire, avec des lacs. Les extensions ont été faites par trois assistans forts; mais la résistance des muscles a été insurmontable, et la réduction impossible.

Sept heures environ après l'accident, M. Williams voit pour la première fois le patient; il croit devoir essayer la méthode de M. Colombot. Il s'y est pris précisément comme dans le cas précédent; l'extension a été continuée pendant trois minutes environ, la tête fémorale a paru descendre à peine; on porte le membre dans la rotation en dehors, et la tête du fémur est rentrée dans l'acétabulum avec le bruit caractéristique de la réduction, mais à un degré extraordinaire. Le patient a à peine éprouvé de la douleur, excepté au moment de la rotation du membre en dehors. Aussitôt la réduction opérée, la symétrie du membre s'est rétablie. Du second au quatrième jour, le membre ayant été mesuré, a offert 20 millimètres (deux tiers de pouce) de plus de longueur que l'autre; mais cet excès de longueur a disparu vers le sixième jour.

Le 18 août, il était bien portant et préparé à quitter l'hôpital, lorsqu'il a été retenu pour l'extirpation d'un petit kyste qu'il portait au mollet. (*Ibid.*)

— Il ne faut pas oublier, dans l'appréciation de cette réduction, de tenir compte de l'effet préparatoire des extensions précédentes. Le système musculaire avait déjà été fatigué trois heures auparavant par trois aides vigoureux; personne ne peut dire si la même méthode des lacs n'aurait réussi tout aussi facilement, et avec peu de force cette fois, si on l'eût réappliquée. Cette remarque, sans rien ôter à la bonté de la dernière manœuvre employée, a pour but de ne pas attribuer à la méthode ostéotrépique plus de mérite qu'il ne lui revient réellement.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 11 octobre.

Ostéogénie. — M. Flourens lit un second mémoire sur la formation des os; il s'occupe précisément dans ce travail de la formation du cal. Le résumé n'est autre chose que la confirmation de l'opinion de Duhamel, savoir : que le cal est formé exclusivement par le périoste qui se cartilaginifie, s'endurcit, s'ossifie. Les pièces que l'auteur a déposées sur le bureau présentent, en effet, une tumeur formée à l'endroit de la fracture et couverte par le périoste qui lui adhère, ce qui, selon quelques observateurs, prouverait seulement que le cal est *sécrété* par le périoste lorsque celui-ci existe.

M. Flourens n'a traité jusqu'ici qu'une partie de la question; il reste toujours à savoir comment le cal se produit lorsque le périoste est détruit; c'est ce que l'auteur fera probablement dans une autre époque.

Peste. — M. le ministre de l'Agriculture et du commerce écrit à l'Académie pour la prier de charger la commission qu'elle a nommée à l'occasion du mémoire de M. le docteur Auber, relatif aux quarantaines, de se prononcer s'il était possible sur la question relative au maximum de la durée d'incubation de la peste. Cette durée, s'il était possible de la constater d'une manière certaine serait, en effet, la mesure du temps de séquestration ou de quarantaine que devraient subir les provenances des pays suspects de peste.

A cette lettre M. le ministre a joint l'envoi de deux documens qui pourraient peut-être concourir à la solution de la question. L'un de ces documens est l'extrait d'une lettre de l'intendant sanitaire de Marseille, en date du 18 août 1841. Il résulte de ce document que des matelots arrivés dernièrement à Marseille, sur un navire provenant d'Alexandrie, ont vu la maladie se développer chez eux seize jours après le départ du lieu infecté, ce qui infirme l'assertion de M. Auber, qui fixait l'incubation à huit jours. Le second document est l'extrait d'une lettre de M. le consul de France à Malte, à M. le ministre des affaires étrangères, et qui infirme également l'opinion de M. Auber, en établissant une bien plus longue durée que lui à l'incubation de la peste.

Strabisme. — M. Baudens écrit pour informer l'Académie que pour combattre l'exorbitisme qui succède quelquefois à la strabotomie, il a rétréci la fente palpébrale en appliquant quelques points de suture à l'angle interne. (*V.* plus haut.)

Presbyopie. — M. Cazenave, de Bordeaux, adresse à l'Académie un paquet cacheté concernant une nouvelle espèce de lunettes pour guérir la presbyopie sénile ou consécutive à l'opération de la cataracte.

Sangsues (hæmopsis vorax). — M. Guyon, chirurgien en Algérie, écrit pour communiquer plusieurs cas d'accidens graves produits par ces annelides, « J'avais constaté plusieurs fois, pendant mon séjour en Algérie, dit-il, la présence de l'hæmopsis vorax dans le larynx et la trachée-artère de l'homme; je ne l'avais pas encore constatée dans ces mêmes parties sur les animaux, lorsque les deux derniers mois que je viens de passer en Algérie m'offrirent maintes et maintes fois l'occasion de le faire durant ce laps de temps. La plupart des bestiaux abattus à Alger pour le service des troupes et de la population civile, avaient des hæmopsis vorax, soit dans les narines, soit dans la bouche, soit dans l'arrière-bouche, soit dans le larynx, soit dans la trachée-artère, soit même dans toutes ces parties à la fois. » Suivent les détails de plusieurs de ces autopsies. L'auteur envoie plusieurs échantillons vivans de ces sangsues, et promet d'envoyer un travail sur leur anatomie.

Anatomie transcendante. — M. Longet adresse un travail intitulé : Recherches expérimentales sur les fonctions de l'épiglotte et sur les agens qui déterminent l'occlusion de la glotte dans la déglutition, le vomissement et la rumination. (Commission.)

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS SCIENTIFIQUES DU VOYAGE DE L'ASTROLABE ET DE LA ZÉLÉE, RELATIFS A L'ANTHROPOLOGIE; par M. SERRES.

Parmi les résultats scientifiques obtenus par le voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, ceux relatifs à l'anthropologie méritent de fixer particulièrement l'attention de l'Académie. L'intérêt qu'ils présentent ne ressort pas seulement du nombre des objets rapportés par M. Dumoutier; mais ils le doivent surtout à l'originalité des vues qui ont présidé à la collection des types océaniens, sur lesquels M. le contre-amiral Dumont-d'Urville avait recueilli des notions si précieuses et fait des études si approfondies dans ses voyages précédens.

Avant de faire connaître ces résultats, et afin de mieux faire apprécier l'influence qu'ils nous paraissent appelés à exercer sur les progrès de cette branche si difficile de nos connaissances, votre commission a cru utile de présenter quelques considérations préliminaires qui en feront mieux sentir la valeur.

A toutes les époques des sciences naturelles, l'histoire du genre humain a beaucoup fixé l'attention des physiologistes et des philosophes. Dans ces derniers temps surtout, et grâce aux travaux de Camper, de Buffon, de Sœmmering, de Blumenbach, de Pallas, de Cuvier, de Desmoulin et des navigateurs modernes, l'anthropologie s'est enrichie des faits qui doivent lui servir de base.

A ces faits sont venues se joindre des recherches d'une autre nature, relatives à la filiation des races humaines, à leur dispersion sur la surface du globe, à leur mélange entre elles, ainsi qu'aux combinaisons physiques et morales qui en ont été le résultat.

Mais, quelque nombreuses que soient ces observations et ces recherches, et bien que les nations qui peuplent la surface du globe soient à peu près toutes connues, il s'en faut de beaucoup que l'anthropologie ait pu suivre les progrès des autres parties de la zoologie.

Cette imperfection, reconnue de tout le monde, tient à des causes qui arrêtent à chaque pas l'observateur, et le détournent de sa route en l'empêchant d'attaquer de front les obstacles qu'il rencontre.

Parmi ces causes, la plus puissante tient à la difficulté même de se procurer les élémens de l'observation, et à l'absence d'un musée anthropologique, qui est le résultat de cette difficulté. Néanmoins, quand on recherche la cause des progrès immenses faits dans les sciences zoologiques depuis un demi-siècle, on trouve qu'ils datent de l'époque où de grands musées, fondés sur plusieurs points du monde savant, ont permis aux zoologistes de substituer aux descriptions, toujours insuffisantes, l'examen direct et comparatif des objets de leurs études. L'histoire de la zoologie a reproduit tardivement, jusqu'à un certain point, l'histoire de l'anatomie humaine.

Privés des moyens de rapprocher les faits, de les comparer entre eux pour en saisir les rapports, les anthropologistes n'ont pu apprécier avec exactitude ni leurs différences, ni leurs analogies pour en déduire quelque règle générale, ou quelque principe fixe, qui pût donner à cette branche de nos études le caractère scientifique.

Ce caractère manquant à l'anthropologie, la partie spéculative a pris le dessus sur la partie positive, et de là sont sorties ces opinions si nombreuses et si contradictoires sur l'unité ou la pluralité des types auxquels peuvent être ramenées les variétés du genre humain. Question capitale à laquelle toutes les autres se rattachent, et dont le vague atteste à lui seul le peu d'avancement auquel nous sommes parvenus. Si en effet ces types sont très nombreux pour les uns, il est unique pour les autres; et ces deux résultats qui impliquent contradiction sont justifiés l'un et l'autre par la subordination de l'anthropologie et de la zoologie.

Car, dans cette dernière science, l'espèce est déterminée par l'existence de certains caractères différentiels qui se transmettent par voie de génération. Or, cette fonction étant limitée pour les animaux, circonscrite le plus souvent entre les individus de la même espèce, il en résulte que rien ne vient troubler chez eux la conservation et la transmission des types.

Si le genre humain eût été renfermé pour la génération dans le cercle étroit de l'animalité, nul doute que ses résultats n'eussent été analogues; mais il n'en est pas ainsi : les caractères des races humaines se transmettent bien héréditairement comme chez les animaux, mais de plus leur promiscuité étant féconde, il en résulte que si on n'a égard qu'à la génération, l'espèce humaine est unique, tandis que si l'on considère la transmission héréditaire des caractères, la pluralité des espèces ne saurait être contestée.

C'est en effet de ce double caractère qu'est empreint dans les auteurs l'arbre généalogique du genre humain. Les zoologistes, fidèles à la méthode différentielle, divisent et subdivisent sans cesse les rameaux humains, tandis que les anthropologistes, plus assujettis à la méthode analogique, tendent au contraire à les réunir, parce que cette réunion est le trait le plus distinctif de la nature dans le croisement des races humaines. Or, nonobstant l'esprit de castes, qui a été si puissant chez toutes les nations, ces croisemens ont été si nombreux et si multipliés, que plusieurs physiologistes ont avancé qu'il n'y avait sur le globe que des espèces croisées, au milieu desquelles il était impossible de retrouver les types primordiaux.

On conçoit cependant que la détermination de ces types est la clef de l'anthropologie; car avant de rechercher comment les races se combinent par l'effet des croisemens, il est nécessaire de préciser leurs traits; sans cela, comment séparer ce qui s'entremêle sans cesse, comment distinguer ce qui sans cesse tend à se confondre?

L'anthropologie a donc fait de nos jours un véritable progrès en rapportant à trois types primordiaux toutes les variétés humaines : le type *caucasique* ou la race blanche; le type *mongolique* ou la race jaune, et le type *éthiopique* ou la race noire.

Les voies différentes par lesquelles la science est arrivée à ce résultat

lui donnent un caractère de probabilité auquel peut-être on n'a pas porté toute l'attention qu'il semble mériter. Aussi M. Walckenaer y a été conduit par ses recherches approfondies sur la géographie et l'histoire des peuples; M. Cuvier, par ses études comparatives sur le règne animal; et M. le contre-amiral Dumont-d'Urville, ainsi que plusieurs autres voyageurs, par l'observation directe de l'ensemble des traits et des habitudes des peuples divers qu'ils ont visités. Reste maintenant à savoir s'il sera confirmé par la comparaison des langues, par celle des traditions et des monumens des peuples, qui sont maintenant l'objet de recherches si actives.

Quoi qu'il soit, l'anthropologie peut, dès ce moment, les prendre pour base de ses études, afin de se rendre raison d'une part des caractères propres à chacune de ces races, et de rechercher de l'autre les lois selon lesquelles s'opèrent le mélange et la combinaison de ces caractères par l'effet de leur croisement. On arrivera, par cette méthode, à reconnaître et à retrouver encore l'empreinte de ces caractères chez les peuples les plus civilisés de la race caucasique, et à expliquer comment il se fait que dans cette race certains individus rappellent la race mongolique, d'autres la race éthiopique, chez lesquels on les remarque souvent à des degrés très marqués. En un mot, on aura la clef de la diversité des tempéramens.

Ces notions physiques acquises pourront servir d'introduction à des recherches morales qui en sont la conséquence. Les rapports du physique avec le moral de l'homme ont frappé dans tous les temps l'attention des *physiologistes et des philosophes*. Or, ces rapports, peu apparens chez les individus de la race caucasique, et modifiés en outre par la civilisation et l'éducation des peuples, sont au contraire si marqués dans les races humaines considérées en masse, que l'histoire en inscrit à chaque pas les effets soit dans l'aptitude comparée de ces races pour les sciences, la littérature et les arts, soit dans leurs habitudes et leurs mœurs.

L'étude des rapports du physique et du moral des races humaines, intéressante pour leur histoire, le devient surtout quand on suit leur filiation et leur mélange. On trouve, en effet, que ce mélange ne se borne pas à la combinaison des caractères physiques des deux races qui se croisent, mais qu'elle porte simultanément sur la combinaison de leurs aptitudes morales. De sorte que l'analyse philosophique de l'intelligence des peuples se lie et se coordonne avec l'analyse anatomique des caractères qui les distinguent. Les actes d'un peuple sont ainsi subordonnés dans certaines limites à leurs dispostions physiques; l'historien qui narre, rapproche et compare les premiers en ne tenant aucun compte des seconds, s'expose, le plus souvent, à inscrire des effets sans remonter à leurs causes; et de là vient la nécessité, si bien appréciée de nos jours, de l'alliance de la physiologie, de la philosophie et de l'histoire.

La linguistique ou l'étude comparative des langues, a particulièrement besoin de la connaissance de ces rapports; car, dans le genre humain le langage a pour élémens la voix, la parole et la prononciation.

La prononciation, la parole et la voix sont le produit d'un appareil très compliqué et très variable dans les proportions respectives de ses divers élémens d'une race à une autre, de la race éthiopique à la race caucasique, par exemple.

Or, si une langue n'est que la coordination du langage humain appliqué à l'expression des idées, on conçoit que l'examen comparatif de l'appareil vocal dans les races humaines doit être pris en considération dans l'étude des langues primitives. C'est, du reste, un besoin qui se fait sentir dans les savantes recherches de MM. Guillaume de Humbold, Schlegel, Abel de Rémusat, de Walckenaer, Ritter, Dulaurier, et des philologues qui marchent sur leurs traces. Si en effet, les idiomes des langues peuvent se classer d'après le groupement des familles humaines; si, pour nous borner à l'Océanie, d'après la belle théorie de M. Guillaume de Humbold, les idiomes des Océaniens peuvent se ranger en cinq grands rameaux correspondant à autant de variétés de races; si les travaux récens de M. Dumont-d'Urville semblent confirmer l'opinion émise par M. Forster, que tous ces idiomes dérivent d'une langue primitive aujourd'hui perdue, qui ne voit la connexité que ces faits semblent établir entre les variations des idiomes et celle de l'appareil vocal des races?

Ces vues que nous ne pouvons qu'énoncer en passant, sont particulièrement applicables à l'étude des races primitives; mais comme en anthropologie nous opérons plus souvent sur leurs rameaux, les effets résultant de leur mélange doivent occuper une place distincte dans les recherches anthropologiques.

Constamment, dans le croisement de deux races, la supérieure empreint ses caractères sur le produit qui en résulte d'une manière beaucoup plus profonde que la race inférieure. Il suit de ce fait que le métis n'est pas une résultante moyenne des deux producteurs, mais une résultante inégale dans laquelle prédominent toujours les caractères de la race supérieure. Cette prédominance, aussi tranchée au moral qu'elle l'est au physique, explique comment, dans le croisement des races, le perfectionnement intellectuel de l'homme accompagne son perfectionnement physique.

C'est la voie naturelle mise en œuvre par le créateur pour ramener à l'unité toutes les races humaines, soit que cette unité décèle une tendance à leur retour primitif, soit qu'elle résulte de la marche progressive des œuvres de la nature.

Les conditions physiques des organes génitaux dans les races humaines semblent favoriser jusqu'à un certain point cette marche ascendante.

Si, en fait, les races se reproduisent entre elles, cette reproduction paraît s'exercer toutefois dans de certaines limites, plus favorables aux races supérieures qu'aux inférieures.

Ainsi, un des caractères de la race éthiopique réside dans la longueur du membre génital, comparé à celui de la race caucasique. Cette dimension coïncide avec la longueur du canal utérin de la femme éthiopienne, et l'une et l'autre ont leur cause dans la conformation du bassin chez le nègre.

Or, il résulte de cette disposition physique, que l'union de l'homme caucasique avec la femme éthiopique est facile et sans nul inconvénient pour cette dernière. Il n'en est pas de même de celle de l'Éthiopien avec la femme caucasique. La femme souffre dans cet acte; le col de l'utérus est pressé contre le sacrum, de sorte que l'acte de la reproduction n'est pas seulement douloureux, il est plus souvent infécond.

Enfin, nous rappellerons que le principe de la corrélation des parties, découvert par Galien, et perfectionné par Vicq-d'Azyr et Cuvier, doit sans cesse diriger l'observateur dans les recherches d'anthropologie; car c'est surtout chez l'espèce humaine que les parties se coordonnent et se commandent réciproquement pour constituer cette harmonie parfaite qui se remarque dans toutes ses périodes de développement.

De ce qui précède on peut conclure:

Premièrement, que pour ne point s'égarer dans les recherches si intéressantes de la dissémination des races et des produits de leur croisement sur la surface du globe, il faut combiner sans cesse l'étude des caractères physiques et moraux des peuples et des nations, en ayant égard au degré de perfectionnement des types qui se sont croisés.

Secondement, que les peuples portant sur leur physionomie les véritables élémens de leur propre histoire naturelle, ce sont ces élémens qu'il faut nous attacher à déchiffrer, en mettant à profit les progrès récens de la zoologie, ceux de l'anatomie et de la physiologie.

Nous fournirons ainsi des bases solides à la linguistique, qui promet à l'anthropologie des révélations si importantes.

Rien ne peut mieux servir ces vues et hâter les progrès de l'anthropologie, que le rassemblement des types des peuples et des races dans un même lieu et sur un même point. Un musée des races humaines et de leurs variétés, formé d'après les bases qui ont présidé aux collections du Muséum d'histoire naturelle, aurait pour l'étude physique et morale de l'homme un résultat d'autant plus grand, que le philosophe, l'historien et le physiologiste y trouveraient des élémens indispensables à leurs travaux.

L'idée de réunir ainsi les familles humaines s'est présentée plusieurs fois à l'esprit des anthropologistes; mais elle a toujours été abandonnée devant les difficultés insurmontables que présentait son exécution. Ce sont ces difficultés, vaincues en partie, c'est la possibilité d'arriver à la solution de ce problème, qui donnent un cachet particulier au voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, et lui assignent un rang ineffaçable dans les annales des voyages.

L'essai d'un musée anthropologique ne pouvait être tenté sur un sujet plus intéressant que celui des peuples de l'Océanie. Là, en effet, les diverses races humaines sont en présence l'une de l'autre. Toutes sont probablement aborigènes, ou venues d'ailleurs. Chacune à son tour est venue prendre possession des archipels qui la composent. La nature de ces archipels, séparés les uns des autres par l'Océan, formait pour ainsi dire des corps d'état distincts, permettant aux possesseurs de jouir et de défendre leur indépendance, permettant aux facultés physiques et morales de chaque race de se déployer sans oppression.

Chaque race a donc pu montrer ce qu'elle sait et ce qu'elle peut lorsqu'elle est livrée à elle-même, abandonnée à ses propres moyens de conservation, de défense et d'organisation sociale.

En outre, la prise de possession des terres de l'Océanie n'a pas été faite au hasard: l'apparition successive des races a suivi cet ordre régulier, que l'on remarque toujours dans les petits comme dans les grands actes de la nature.

D'abord, c'est la race la plus inférieure qui se montre; sur celle-ci s'implante une race plus avancée, qui, à son tour, sert de greffe et cède la place à la race d'hommes qui domine toutes les autres par la supériorité de ses caractères physiques et moraux.

Ce fait de l'histoire générale des peuples et des nations étant encore en pleine activité dans l'Océanie, donne un intérêt tout particulier à l'étude de ces peuples et des races qui les composent.

Une grande partie de cet intérêt rejaillit sur la collection de bustes moulés par M. Dumoutier pendant le voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*. Car, d'après ce qui précède, on conçoit l'importance qui se rattache à la reproduction exacte des types des Océaniens.

Or, nul procédé ne pouvait le rendre avec autant d'exactitude que l'a fait celui mis en œuvre par cet officier de l'expédition; il les fallait tels qu'il les a représentés, et non autrement.

Quelle que soit en effet l'idée qui l'a dirigé en faisant raser la tête avant de la mouler, le resultat montre qu'il a eu une heureuse inspiration, rendue plus utile encore par le soin qu'il a mis à peindre les Océaniens de leurs couleurs naturelles, en conservant des échantillons de la chevelure propre à chacun d'eux.

Ainsi reproduits, ce sont en quelque sorte les Océaniens en personne. C'est le complément indispensable des descriptions déjà faites par les naturalistes qui ont accompagné, dans des voyages précédens, notre collègue M. le capitaine Freycinet, les capitaines Duperrey et Dumont-d'Urville. Quelque précise que soit la description des types de ces peuples faite par MM. Lesson, Garnot, Quoy et Gaymard, et par M. d'Urville lui-même, il manquait quelque chose à leurs tableaux; ce quelque chose était l'individualité des peuples que nous reproduisent ces bustes.

La collection des Océaniens, rapportée par M. Dumoutier, fait ainsi entrer l'anthropologie dans une voie nouvelle de recherches, dont on peut d'avance prévoir les importans résultats, si nous ne laissons pas avorter cette première impulsion; car, au lieu d'aller à la recherche des peuples, ce qui est impossible à un seul homme, ce seront les peuples qui, à certains égards, viendront eux-mêmes à la rencontre de l'observateur, du philosophe, de l'historien et du physiologiste. L'anthropologie deviendra, de cette manière, une science d'observation comme la zoologie.

(La fin à un prochain numéro.)

MORT DE M. CULLERIER.

Nous apprenons à l'instant la mort de M. Cullerier, chevalier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, décédé en sa maison de campagne, à Brunoy, le 10 octobre 1841, âgé de 59 ans. La présentation du corps aura lieu à la chapelle du Cimetière de l'Est, demain mardi 12 octobre, à *trois* heures après-midi.

Sa famille prie ses amis et ceux de ses confrères qui n'auraient pas reçu de lettres de convocation, de vouloir bien regarder cet avis comme une invitation.

— A la suite d'un rapport de M. Villemain, ministre de l'instruction publique, le *Moniteur* publie l'ordonnance suivante:

Art. 1er. A partir du 1er janvier 1843, nul ne pourra obtenir le grade de docteur dans une des facultés de médecine du royaume, s'il n'a suivi, pendant une année au moins, soit en qualité d'externe, soit comme simple élève en médecine, le service d'un hôpital.

Art. 2. Le stage prescrit par l'art. précédent commencera, pour les élèves en médecine, après leur neuvième inscription prise. Les quatre inscriptions subséquentes ne seront délivrées à ces élèves que sur l'attestation du directeur de l'hospice, constatant qu'ils ont rempli avec assiduité, pendant le trimestre expiré, les fonctions auxquelles ils auront été appelés pour le service des malades.

Art. 3. Les élèves qui auront obtenu au concours le titre d'externe pourront faire compter leur temps de stage dans un hôpital, à partir de leur entrée en exercice en ladite qualité.

Art. 4. Les externes, comme tous les autres élèves, seront tenus de justifier par certificats trimestriels, délivrés en la forme indiquée en l'art. 2, de leur assiduité dans les hôpitaux pendant l'année de stage prescrite par la présente ordonnance.

Art. 5. Il sera statué ultérieurement sur les mesures à prendre pour rendre ces dispositions applicables aux élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie régulièrement constituées.

— La distribution des prix et diplômes a eu lieu le 9 octobre à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, sous la présidence de M. le ministre de l'agriculture et du commerce. La réunion était nombreuse et brillante. Après un discours de M. Cunin-Gridaine, on a entendu le compte-rendu des travaux de l'Ecole pendant l'année scholaire 1840-1841, tracé par M. Lassaigne, professeur de Chimie. La partie de son rapport qui concerne les curieuses expériences faites sur la contagion de la rage, de la morve et de quelques autres maladies particulières aux animaux a surtout excité un vif intérêt. C'est un autre professeur, M. Rigot, qui a proclamé les noms des lauréats. Chaque premier prix était accompagné d'un portrait gravé de Bourgelat, fondateur des écoles vétérinaires en France, où celles de Paris et de Lyon datent de 1765. Les prix ont été repartis ainsi que suit:

Première année d'études.—1er prix, M. Legoff (des Côtes-du-Nord), élève militaire; 2e prix, M. Vilain (de la Seine), élève militaire; 1er accessit, M. Palat (de l'Herault), aussi militaire; 2e accessit, M. Remy (de l'Aisne).

Deuxième année d'études. — 1er prix, partagé entre M. Henn (de la Meuse) et M. Vagely (du Gard), militaire; 1er accessit, M. Dumesnil (du Calvados); 2e accessit, M. Laubat (de l'Yonne).

Troisième année d'études. — 1er prix, M. Clément (de Saône-et-Loire), qui a remporté les premiers prix de 1839 et 1840, et M. Roudaud (de la Haute-Vienne); 2e prix M. Paynel (du Calvados); 1er accessit, partagé entre M. Boutet (de la Nièvre), M. Goubaux (de la Seine), M. Hamon (des Côtes-du-Nord), et M. Vallot (de la Seine), militaire; 2e accessit, M. Chauset (de l'Aveyron) et M. Hagot (de l'Yonne); mention honorable, M. Corbière (du Calvados) et M. Texcier (de la Charente).

Quatrième année d'études. — 1er prix, M. Mitaut (des Côtes-du-Nord), militaire, qui avait obtenu le premier prix en 1840; 2e prix, M. Clandon (d'Indre-et-Loire), militaire; 1er accessit, M. Lalin (de l'Aisne); 2e accessit, M. Person (de la Marne), militaire.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 14 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 124, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Conférences cliniques (année 1840).

Ordinairement, au commencement de chaque année, nous publions le compte-rendu du service de l'année qui a précédé. Diverses circonstances ont retardé cette publication pour 1840. Pour arriver un peu plus tard qu'à l'ordinaire, nous espérons qu'elle ne perdra rien de son exactitude et de l'intérêt qu'elle semble avoir présenté jusqu'à ce jour. Nous croyons pouvoir faire remarquer, en effet, que notre travail annuel, qui remonte à 1835 (1), présente un caractère particulier : il offre une série d'observations, de remarques générales et de résumés de faits, qui, comparés entre eux après une période de dix, quinze ou vingt ans, par exemple, pourront donner lieu à des inductions qu'on ne peut pas tirer d'observations détachées et de faits sans liaison publiés dans les journaux. Ainsi, notre publication annuelle, considérée sous ce point de vue capital, diffère de plusieurs autres; et ne portant que sur l'ensemble des faits observés, elle ne peut avoir lieu qu'après l'expiration de l'année. Nous répéterons d'ailleurs ici ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, nous choisissons, nous pesons et nous comparons quelques observations seulement, et nous rejetons le plus grand nombre comme des cas vulgaires qui ne peuvent que surcharger inutilement la science (non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes).

Précis d'observations météorologiques.

Le temps, qui avait été pluvieux, variable et chaud pendant presque tout le mois de décembre 1839, changea brusquement le 29 : le vent tourna à l'Est, il gela blanc, le temps devint serein, le baromètre remonta ; le thermomètre baissa de 6 ou 7° dans la nuit du 29 au 30 ; cet abaissement fut accompagné d'un brouillard épais, etc. Ce refroidissement ne dura que deux jours : le 1er janvier, le temps était redevenu doux, le soleil avait une certaine force, et le thermomètre, vers deux heures, était à 9° 1/4 (R.) ; le soleil suffisait pour échauffer convenablement les appartemens exposés en plein midi. Aucune maladie de saison ne s'était encore déclarée ; une partie de nos malades avaient quitté nos salles pour participer aux joies du jour de l'an.

Cependant, le 3 janvier le temps changea et se refroidit ; dès le 4, on vit paraître quelques angines ; les phthisiques toussaient davantage. Le 5, il y avait un demi-degré de froid ; le 6, idem. Le 7, 3° : le temps était d'ailleurs serein et le vent à l'Est. La température se refroidit successivement, en sorte que le 9 il y avait de 8 à 9° de froid. Le 10, relâche, un peu de neige. Reprise le 11. Le 13, le froid était de 10 à 12° ; le ciel serein, le temps superbe, et néanmoins nous n'avions encore observé aucune pneumonie ; ce qui prouve le rôle que joue l'humidité dans la production des affections intercurrentes de l'hiver.

La dernière quinzaine de janvier et tout le mois de février présentèrent une température assez douce et en même temps assez uniforme ; par conséquent on s'occupa peu des variations thermométriques et barométriques ; il y eut très peu de maladies de saison. Mais en mars et en avril le temps fut constamment sec et froid ; le vent se tint avec obstination au Nord-Est ; les matinées et les soirées étaient très froides; dans le milieu de la journée, au contraire, comme le soleil se tenait long-temps sur l'horison, il faisait une chaleur insolite, d'où un contraste dangereux et une funeste variation de température.

Dans certains jours d'avril, le thermomètre centigrade monta jusqu'à 27 ou 28°, température inconnue dans le climat de Paris. L'opposition entre la chaleur du jour et la fraîcheur de la nuit, la nature du vent sec et froid, concoururent à produire un nombre prodigieux de pneumonies, soit en ville, soit dans les hôpitaux. Ces pneumonies n'étaient pas extrêmement graves, mais communément à l'hôpital la saignée ne suffisait pas pour les guérir, ou du moins on en jugeait ainsi, car après deux ou trois saignées rapprochées, il paraissait nécessaire d'administrer concurremment l'émétique à haute dose (de 40 à 80 centigrammes dans une potion prise toutes les heures par cuillerées) ; quelquefois aussi on terminait le traitement par l'application d'un épispastique sur le côté douloureux. Ces pneumonies ou péripneumonies étaient, du reste, simples et sans complication bilieuse, comme aurait pu le faire supposer le succès de l'émétique. Il n'y eut guère que les vieillards et les sujets usés ou maléficiés de quelques maladies chroniques, qui périrent dans cette petite épidémie, si on peut ainsi nommer une maladie intercurrente de saison, manifestement produite par l'état atmosphérique d'un printemps variable, alternativement chaud et froid, toutefois sans le concours de l'humidité, ce qui mérite d'être remarqué. Il faut encore noter les heureux effets du tartre stibié, malgré l'intensité passagère de la chaleur.

Le 6 mai, le temps changea ; le vent passa à l'ouest, la pluie tomba en abondance. Déjà les pneumonies étaient rares ; quelques affections gastriques cholériformes s'étaient montrées; des rhumatismes, des névralgies apparurent aussi en petit nombre; il y eut pareillement quelques affections typhoïdes rares et bénignes, etc.

A partir du mois de juin, il n'y eut ni maladies régnantes, ni constitution médicale proprement dite; on observa, néanmoins, un certain nombre de fièvres intermittentes qui semblaient provenir des énormes tranchées et des terrassemens considérables qu'on faisait déjà aux environs de Paris, soit pour le chemin de fer de la rive gauche de la Seine, soit pour les fortifications déjà commencées dans la prévision que les chambres législatives les consacreraient par une loi.

En juillet, août et septembre, les salles furent constamment remplies de malades, dont un quart environ étaient phthisiques ou atteints d'autres affections chroniques de la poitrine. Le reste se composait de rhumatismes chroniques, d'engorgemens glandulaires, de névralgies, de paraplégies incomplètes, de vieillards usés, de traînards, de paresseux qui parcourent les hôpitaux.

En septembre, octobre et novembre, nous eûmes quelques varioles et des varioloïdes. Un homme qui disait avoir été vacciné, eut une variole confluente plate, dont les boutons n'eurent qu'un développement incomplet; la maladie se compliqua d'hémoptysie et de *purpura hemorrhagica* : le malade succomba. La même complication fut pareillement observée chez un homme atteint de varioloïde, qui eut en même temps des épistaxis considérables. Ces deux observations doivent être rapprochées d'un *purpura hemorrhagica* dont nous parlerons ailleurs ; car, ainsi qu'on l'a vu, les sujets affectés avaient une tendance singulière aux hémorrhagies, une stupeur profonde, une figure violacée, enfin une congestion générale des vaisseaux capillaires de la peau, qu'on aurait pu appeler apoplexie cutanée.

M. Bricheteau avait déjà parlé plusieurs fois, dans ses conférences, de la possibilité de pénétrer dans les grandes cavernes du poumon chez les phthisiques, soit à l'aide d'un trois-quarts, soit au moyen de cautères profonds; d'évacuer ainsi d'un seul coup des vomiques tuberculeuses qui, ne pouvant se vider entièrement par l'expectoration, menacent les malades de suffocation. Il citait un médecin allemand qui avait pratiqué cette espèce de paracenthèse avec succès. Un des phthisiques de son service, qui présentait une grande caverne superficielle dont les parois paraissaient très adhérentes aux côtes, et qui d'ailleurs n'avait ni fièvre, ni sueurs hectiques considérables, ni dévoiement, a paru très favorable à l'emploi de ce procédé; il s'est donc déterminé à l'employer. L'observation suivante indique, ce nous semble, l'avantage qu'on peut en retirer.

— Huard, âgé de vingt-neuf ans, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique, né de parens sains encore vivans, adonné de bonne heure à la masturbation, avait été exempt de maladies jusqu'à l'année 1835, époque à laquelle il éprouva de la toux, de la difficulté de respirer et des hémoptysies. Ces accidens se reproduisirent en 1836, et l'obligèrent à entrer à l'hôpital Necker; quelques émissions sanguines, des adoucissans, un régime sévère lui permirent de reprendre ses travaux au bout de quelques mois (il était ouvrier à la manufacture de tabac). Mais Huard, qui n'était pas guéri et crachait de temps en temps quelques stries de sang, fut obligé de rentrer à l'hôpital, où il fit encore un séjour de trois mois; il en sortit pour entrer de nouveau à l'hôpital Cochin, après avoir travaillé quelque temps; enfin, après cinq années d'une maladie qui s'était lentement aggravée, il revint à l'hôpital Necker le 16 mai 1840.

Il existait alors au-dessous de la clavicule droite, une caverne où l'on entendait du râle et un gargouillement humide considérable; l'expectoration était purulente, la voix enrouée. Le malade, pâle et maigre, se plaignait d'une douleur au larynx, de palpitations; il y avait de la fièvre chaque soir. Le malade fut mis à l'usage de la potion stibiée; il ne se plaignit que de nausées et de régurgitations jusqu'au 15 avril, où il survint du dévoiement. On substitua ensuite les pastilles d'ipécacuanha à la potion stibiée; puis on laissa reposer le malade, qui se trouvait mieux, n'avait plus de fièvre le soir, mangeait avec appétit la demi-portion.

Au-dessous de la clavicule droite, dans une étendue assez considérable, où l'on entendait un son mat et une pectoriloquie, on avait appliqué successivement trois cautères profonds; le dernier fut creusé peu à peu, soit par de nouvelles additions de caustiques, soit par des crayons de pierre infernale. On jugea bientôt qu'on était arrivé dans la caverne par la sortie de lambeaux floconneux blanchâtres, qu'on regarda comme des débris de tubercules. Un stylet mousse et une sonde cannelée y furent enfoncés plusieurs fois à la profondeur de huit lignes au moins, sans produire de douleur. Plusieurs fois M. Bricheteau introduisit profondément une aiguille à acupuncture en divers sens dans le sommet du poumon, ou dans la caverne qui avait envahi cette partie de l'organe pulmonaire; on continua chaque jour à extraire de la plaie, où l'on entassait trois pois à cautère, des fragmens déchiquetés de matières organiques semblables à du mastic desséché. L'auscultation pratiquée alors, indiquait que le gargouillement et la pectoriloquie se faisaient entendre au-dessous des cautères; que là par conséquent s'était opérée une cicatrisation, et que la caverne s'était en partie comblée. On laisse alors cicatriser l'ancienne plaie, qui produit une excavation à la paroi antérieure de la poitrine; puis on applique au-dessous un nouveau cautère profond. Les forces se sont bien soutenues; Huard a repris de l'embonpoint. Tout allait selon nos vœux. Il n'y avait ni fièvre le soir, ni dévoiement; le malade avait un excellent moral, et paraissait convaincu qu'on lui avait extirpé la maladie à l'aide des cautères. Il resta ainsi dans un état stationnaire satisfaisant, qui nous laissait espérer une prochaine guérison. Plus tard, il se plaignit de palpitations et de douleurs dans la région du cœur ; la percussion y fit découvrir un peu de matité. Il perdit l'appétit, devint bouffi, et mourut presque subitement, à la suite d'angoisses qui indiquaient que le malade mourait par le cœur et non par le poumon.

Le lendemain, on fit l'ouverture du corps ; la figure du malade était à peine changée ; il n'y avait point de raideur cadavérique, quoique le ventre fût déjà bleuâtre et la putréfaction manifeste.

En enlevant avec précaution la partie antérieure de la poitrine, on trouva le poumon droit fortement adhérent à la plèvre costale, et qu'il s'était formé dans le point où le cautère avait pénétré dans la caverne des cicatrices longitudinales, épaisses, de deux centimètres de long ; la face interne de cette cicatrice était comprise dans la paroi antérieure d'une caverne qui occupait tout le sommet du poumon. Cette caverne était presque entièrement desséchée et contenait quelques mucosités épaisses. Ses parois étaient cartilagineuses, inflexibles, et par conséquent point affaissées sur elles-mêmes. La base de la caverne représentait une large bande fibro-cartilagineuse, audessous de laquelle le poumon était parfaitement sain. On remarquait seulement au point de séparation des tissus sain et malade, quelques petites cavernes pouvant contenir un grain de chenevis et plein d'un détritus semblable à de la sciure de bois.

L'autre poumon offrait à son sommet de légères cicatrices; les dix-neuf vingtièmes de cet organe étaient sains, sauf un peu d'engorgement hypostatique.

Le cœur était un peu hypertrophié, sa membrane séreuse rougeâtre piquetée; le péricarde renfermait environ 120 grammes de sérosité jaunâtre, au milieu de laquelle nageaient quelques flocons albumineux ; la cavité cardiaque ne présentait d'ailleurs ni ossification, ni rétrécissement. Le crâne et l'abdomen, qui n'avaient été le siége d'aucun symptôme morbide, ne furent point ouverts. Il est évident que le malade, qui avait si long-temps résisté à la maladie du poumon dont il était affecté, n'est pas mort de phthisie pulmonaire ; que la caverne, tres-grande d'ailleurs dont nous avons parlé, n'occupait que la huitième partie du poumon droit ; qu'elle était isolée de la partie saine de ce poumon, ne sécrétait point de pus ; qu'enfin elle n'apportait que peu d'obstacle à la respiration dans la partie saine de l'organe respiratoire.

Cet homme vivrait donc encore s'il n'eût été enlevé par une hydro-péricarde formée seulement et aggravée par une péricardite qui s'était développée deux jours avant la mort, complication d'autant plus dangereuse que le cœur était hypertrophié.

En pénétrant dans la caverne, nous l'avions en partie vidée et favorisé sans doute la formation de fausses membranes qui avaient isolé totalement la caverne de la partie saine du poumon. Il est à remarquer d'ailleurs que le malade n'éprouva que du soulagement de ces cautérisations profondes qui ne peuvent avoir aucun danger quand les parois de la caverne sont adhérentes aux côtes.

— M. Bricheteau préconise beaucoup les avantages des cautères profonds et sans cesse excités dans la phthisie pulmonaire; il croit que leur action dérivative et même locale (quand ils sont appliqués dans le voisinage des cavernes) jointe à celle de quelque autre moyen énergique est d'une utilité incontestable quand la fièvre n'est pas trop intense et qu'il n'y a point de dévoiement colliquatif.

Mais il met pour condition à l'action curative des cautères qu'ils soient larges, multipliés, souvent avivés et creusés avec des crayons de pierre infernale ou à l'aide de fragmens de potasse caustique, du caustique de Vienne (mélange de chaux et de potasse).

Quelques malades qui affirmaient prendre la potion stibiée, mais qui en réalité n'en faisaient aucun usage, ont déterminé à faire administrer ce médicament par l'interne ; mais le mauvais exemple avait été transmis successivement aux malades qui restaient dans les salles, en sorte qu'ils éprouvaient beaucoup de répugnance à prendre le médicament dont leurs camarades avaient refusé de faire usage. Plusieurs demandèrent leur sortie. Dès lors on crut devoir renoncer momentanément à ce moyen, qui fut remplacé par l'iodure de fer proposé par M. Dupasquier, de Lyon, et dont il sera question dans le compte-rendu pour 1841; nous dirons seulement, par anticipation, que l'action de ce remède est très efficace dans certains cas déterminés où il est besoin de restaurer une constitution cachectique, de redonner de la plasticité au sang

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* de cette année.

apauvri, d'activer l'hématose ; que son administration excite moins de répugnance, ne provoque ni les nausées ni les diarrhées qui résultent si souvent de l'emploi de l'émétique quelle que soit la dose prescrite ; qu'enfin la réunion du fer et de l'iode semblent devoir remplir deux indications qui doivent se rencontrer souvent dans la phthisie tuberculeuse.

— Nous ne terminerons pas ce qui concerne les tubercules pulmonaires sans parler d'un fait qui prouve que le diagnostic de certaines maladies de poitrine présente encore des difficultés, malgré les lumières si vives de l'auscultation.

Un jeune homme âgé de vingt ans, né d'une mère avancée en âge et d'un père livré à la débauche, portant des indices d'une ancienne maladie scrofuleuse, avait les apparences d'une diathèse tuberculeuse. Néanmoins l'auscultation ne confirmait point cette présomption ; on percevait seulement à l'oreille des battemens du cœur qui faisaient soupçonner une hypertrophie de cet organe. Le malade toussait beaucoup, mais n'avait point de dyspnée ; un dévoiement presque continuel le minait lentement, et, vers la fin de sa vie, il se plaignait beaucoup du larynx, ce qui nous fit supposer qu'il pouvait y avoir quelques tubercules naissans. Le malade mourut le 31 décembre 1839, après avoir fait usage de divers médicamens énergiques sans aucun succès.

A l'autopsie on trouva les altérations suivantes : Au-dessous du sternum et vis-à-vis la division des bronches existait une masse agglomérée de ganglions lymphatiques dégénérés en tubercules ; sur le point de passer à l'état de ramollissement ; néanmoins quelques-uns de ces ganglions étaient distincts, arrondis, de la grosseur d'une noisette, séparés par du tissu cellulaire épais, tout prêt à se confondre avec la masse tuberculeuse. Cette tumeur comprimait et embrassait la trachée, l'origine des bronches et les gros vaisseaux du col. Une pareille tumeur existait derrière l'estomac et avait contracté des adhérences avec la rate.

Les poumons offraient un certain nombre de tubercules crus, petits, isolés ; il y en avait aussi sur la plèvre.

Le foie, la rate et le péritoine étaient également atteints de la dégénération tuberculeuse ; mais il n'y en avait point dans l'intestin grêle ; comme ces derniers se développent tard, il est à présumer que le malade n'avait pas assez vécu, et cela est d'autant plus probable que braucoup de ganglions mésentériques, inguinaux et autres étaient aussi tuberculeux.

De l'infiltration séreuse existait çà et là dans le tissu cellulaire du bassin ; la poitrine contenait également un peu d'épanchement de même nature.

Le cœur n'offrait aucune altération ; évidemment la répercussion de ses mouvemens par le runcus solide dont nous avons parlé, avait fait seul croire à l'existence d'un certain degré d'hypertrophie.

Les tubercules pulmonaires étaient en trop petit nombre et trop disséminés pour donner lieu aux signes physiques ordinaires de la phthisie tuberculeuse. La compression des bronches dans la poitrine, celle des vaisseaux épigastriques dans l'abdomen, expliquent les accidens qu'éprouvait le malade, d'ailleurs miné sourdement par une affection tuberculeuse presque générale.

Le fait suivant, qui a trait aussi à une maladie de l'un des annexes de l'organe pulmonaire. Nous donnons un simple extrait de l'observation qui s'y rapporte, et qui a été insérée *in extenso* dans le Bulletin des séances de l'Académie de médecine. La pièce pathologique a été modelée par M. Thibert.

Laryngite chronique. Imminence d'asphyxie. Trachéotomie. Mort 67 heures après l'opération. Nécrose du cartilage thyroïde, destruction d'une partie du cricoïde. Ulcération et dégénérescence carcinomateuse du pharynx. OEdème et infiltration séreuse des bords de la glotte. Tubercules pulmonaires.

Un homme de cinquante ans, ancien militaire, affirme avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier dernier époque à laquelle il contracta une angine à la suite d'un refroidissement. Quoique traitée méthodiquement, cette maladie ne guérit pas, et passa à l'état chronique.

Le 15 mai 1840, il entra à l'hôpital Necker pour la même affection. La voix était rauque, la déglutition difficile, le larynx plus gros qu'à l'ordinaire, douloureux à la pression ; l'arrière-bouche ne présentait rien de particulier ; le malade souffrait, rendait parfois des crachats sanguinolens ; il était considérablement maigri depuis six mois.

On prescrivit l'usage d'une tisane sudorifique, d'une potion contenant de l'iodure de potassium. On appliqua ensuite un séton sur le larynx.

Après quelques jours de soulagement, il se manifesta des accès de suffocation ; la respiration s'accompagnait de sifflement laryngo-trachéal, et la voix était entièrement éteinte. La dysphagie fut bientôt telle, que le 5 juin le malade ne pouvait se nourrir que de bouillie ; en même temps le pouls s'affaiblit et s'accélère. Enfin, le 15 la dyspnée parut telle qu'il fallut se décider à pratiquer la trachéotomie pour empêcher l'asphyxie immédiate ; elle fut pratiquée par M. Trousseau, médecin de l'hôpital ; une lancette fut laissée dans la plaie faite à la trachée, d'après la méthode de ce médecin.

Quatre heures après l'opération, le malade était calme et très soulagé ; il avait pris facilement du lait et du bouillon dans la soirée ; il était gai, répondait par écrit aux questions qu'on lui faisait ; le pouls et la respiration étaient presque revenus à leur type normal, etc.

Dans la soirée du lendemain 17, le pouls devint fréquent, la respiration difficile. La nuit fut un peu plus calme ; mais le surlendemain 18, la respiration s'accéléra encore, la face devint livide, le pouls battait 136 fois par minute, et l'on trouva des signes physiques de pneumonie à la base du poumon gauche. Nonobstant une saignée du bras, l'application d'un vésicatoire, le malade succomba le 19 à cinq heures du matin.

A l'ouverture du corps on trouva les poumons, surtout le gauche, splénifiés et infiltrés à leur partie postérieure et inférieure ; leur tissu, dans lequel on enfonçait facilement le doigt, avait un aspect granitique. Le sommet contenait une certaine quantité de tubercules plus ou moins agglomérés, les uns miliacés, les autres crus, jaunâtres ou crétacés.

Dans le larynx, les cordes vocales et l'orifice supérieur de l'organe étaient le siége d'un gonflement et d'une infiltration séreuse considérable, en sorte que la glotte était réduite à une fissure très étroite. La paroi antérieure du pharynx, formée par le repli aryténoï-épiglottique est considérablement altérée et atteinte de la dégénérescence tuberculeuse. La grande corne droite du cartilage thyroïde est fongueuse, grisâtre, ulcérée, cariée. Le cartilage cricoïde présentait, à droite, une perte de substance de la grandeur et de la forme d'une pièce de 50 centimes ; une matière blanchâtre, friable, ayant l'aspect du tubercule, était encadrée dans cette cavité. Le muscle crico-thyroïdien avait acquis une dureté et une couleur noirâtre remarquable.

Les autres organes étaient sains.

HOPITAUX ITALIENS.

Grossesse accompagnée d'un état apoplectique. Accouchement prématuré artificiel. Emploi des remèdes hyposthénisans; par M. TURCHETTI.

Une jeune femme âgée de vingt ans, d'apparence leucophlegmatique, d'habitudes assez sobres, mais mangeant beaucoup d'aromates dans ses alimens, avait été souvent sujette à des céphalalgies, à des érysipèles aux jambes aux époques des règles : lorsqu'elle s'est mariée elle est devenue de suite enceinte. Dès ce moment les maux de tête ont pris, par leur intensité et leur fréquence, un caractère grave ; les membres inférieurs sont devenus œdémateux ; accès de dyspnée asthmatique dans la nuit. Pendant un de ces accès, elle s'est mise presque nue à respirer l'air de sa croisée dans le cœur de l'hiver. La grossesse avançait au milieu de cet orage de symptômes. Par suite de l'exposition à l'air froid pendant la nuit, le gonflement qui, jusque-là n'avait existé qu'aux membres inférieurs, s'est déclaré aussi au visage : la céphalalgie est devenue insupportable.

A l'examen (21 février), M. Turchetti a trouvé l'état suivant : céphalalgie intolérable, sans aucun indice de lésion des sens ; apyrexie. Il s'est contenté de prescrire des applications d'eau vinaigrée sur le front, et quelques autres moyens légers. Vers le soir du même jour, cependant, le mal empire, la malade perd subitement connaissance, sa respiration devient lente et profonde ; mouvemens automatiques des membres et des yeux ; apparence apoplectique ; pouls plutôt régulier. On pratique sur le champ une large saignée du bras. Le toucher vaginal n'a indiqué aucun commencement de travail. Amélioration légère momentanée. La malade reprend connaissance par momens et se plaint de mal à l'estomac. Sinapismes aux jambes.

Le lendemain matin la malade est pis. Consultation ; nouvel examen. Face tuméfiée et anasarcotique ; yeux retournés en haut, ne laissant voir que la sclérotique ; langue gonflée et sortant de la bouche dans l'étendue de 27 millim. (1 pouce) ; les côtés de la langue sont entamés par l'action des dents, et donnent lieu à un écoulement de sang ; la peau de la face palmaire de l'avant-bras, celle de la poitrine et du cou, est couverte de taches pétéchiales livides, de largeur variable ; respiration stertoreuse ; jambes écartées. mais mobiles de temps en temps, ce qui fait penser qu'elles ne sont pas paralysées. Pas de réponse aux questions ; chaque question cependant détermine un mouvement dans les paupières, dans les yeux et dans les muscles de la figure, ce qui fait penser que le cerveau est impressionné par la parole. La sensibilité externe n'est pas éteinte, et la malade a imprimé une sorte de contorsion à son tronc quand on a voulu explorer l'état du col de l'utérus ; pouls petit et languissant. L'état de la malade paraît alarmant. Les consultans ont été d'accord qu'il fallait commencer par accoucher la femme : elle était presque à terme ; la veille elle avait déclaré sentir les mouvemens de l'enfant. En conséquence, il fallait agir dans l'hypothèse qu'il fût encore vivant. On croit, en attendant, convenable de pratiquer une seconde saignée, malgré l'état languissant du pouls. On administre du seigle ergoté en lavement, la malade ne pouvant pas en prendre par la bouche. On enduit le vagin et le col de l'utérus de pommade de belladone, dans le but d'hyposthéniser l'appareil utérin et de le prédisposer à la parturition. Le clystère médicamenteux a été rendu aussitôt, l'intestin se contractant vivement.

A onze heures l'état de la malade est le même, mais l'orifice utérin est assez dilaté pour permettre d'opérer ; on a cependant cru devoir attendre encore quelque temps, mais dans ces entrefaites la femme a paru expirer, le pouls ayant presque disparu ; on s'est donc hâté de rompre les eaux et d'appliquer le forceps. On a tiré un enfant presqu'à terme, mais mort depuis assez long-temps, puisque son épiderme se détachait par lambeaux. La mère n'a pas perdu beaucoup de sang, mais l'écoulement qui s'est opéré a été suffisant pour améliorer notablement son état. Quelques heures après elle était déjà plus calme et sa physionomie recomposée.

Le soir on applique des sangsues au cou.

Le lendemain matin les sens persistaient encore dans le trouble fonctionnel, mais la langue était rentrée dans la bouche ; pouls un peu fébrile, mais sans beaucoup de signes d'hypersthénie ; abdomen mou, pas douloureux ; les lochies coulent abondamment ; mamelles pas gonflées.

Le troisième jour la malade revient à la connaissance et demande à uriner. Elle est encore cependant dans un état de somnolence stupide. Lorsqu'on la réveille et qu'on la questionne, elle répond par monosyllabes, quelquefois incohérens. Fièvre légère ; pas de sécrétion aux mamelles ; les lochies diminuent. Les taches à la peau ont disparu. On soupçonne un épanchement cérébral ou une arachnoïte lente. On prescrit du proto-chlorure de mercure par petites doses, qui est continué pendant plusieurs jours avec un grand avantage, la malade étant allée de mieux en mieux sous l'influence de ce médicament. Pas de signes de métrite ni de péritonite ; mais quelques jours plus tard, le membre inférieur gauche est devenu tout à coup gonflé, depuis la hanche jusqu'au pied, et fort douloureux au moindre contact : pouls de nouveau fébrile. On diagnostiqua une phlegmasie blanche douloureuse (*phlegmasia alba dolens*). Sangsues à l'aine, fomentations émollientes, léger purgatif. Mieux progressif ; cet état du membre gauche s'est dissipé, mais la même affection s'est alors déclarée au membre droit. Même traitement, avec addition de sulfate de quinine intérieurement. Longue convalescence. Guérison.

(*Il Raccoglitore medico di Fano*, août 1841.)

— Il n'est pas rare de rencontrer l'état apoplectique compliquant la grossesse ; mais ce qui est rare, c'est cette espèce de gonflement leucophlegmatique de la face et d'exubérance de la langue, dont il a été question dans cette observation. Il est étonnant qu'avec toutes ces apparences, on n'ait pas songé à faire saigner plus tôt et plus abondamment la malade, et à lui administrer de meilleure heure les remèdes que les Italiens appellent hyposthénisans cardiaco-vasculaires (digitale, etc.). Très probablement l'œdème facial et même les taches pétéchiales tenaient, dans ce cas, à une stase veineuse très abondante. Quoi qu'il en soit de ces circonstances, la chose qui paraît mériter le plus d'attention, c'est la mesure prise par les consultans de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. Jusqu'à présent, on n'avait prescrit cette pratique que dans les cas où l'enfant ne pourrait pas arriver à terme sans danger. Ici c'est une circonstance tout à fait différente, une maladie cérébrale.

Il est probable que la nature elle-même aura agi dans le même sens que les médecins, puisque la grossesse était presque à terme ; mais pourrait-on adopter sans inconvénient une pareille pratique, alors que la grossesse ne serait pas à terme ? Cette question se réduit à celle-ci : l'état apoplectique chez la femme enceinte présente-t-il l'indication de provoquer l'accouchement artificiel ? En thèse générale, la réponse à cette question serait négative dans l'état actuel de la science ; cependant il faut convenir que le plus souvent la nature tend à se débarrasser du produit de la conception en pareilles occurrences ; mais le but de l'art est plutôt de d'empêcher, de prévenir cet événement.

Un autre point sur lequel nous devons appeler l'attention est relatif à l'emploi de la belladone comme remède hyposthénisant utérin. On prescrit plus communément le seigle, dont l'action est généralement regardée en France, comme stimulante utérine. Nous devons rappeler cependant que pour les médecins italiens, le seigle comme la belladone, la digitale comme l'arsenic ou le tartre stibié, etc., auraient atteint le même but, agi dans le même sens, produit le même effet, c'est-à-dire hyposthénisé le système vasculaire de l'utérus et permis à celui-ci de se contracter. (*V.* Mojon, Mémoire sur le seigle ergoté.)

Cas de torticolis congénital sur un enfant de douze ans, guéri à l'aide de l'opération; par M. SANI, chirurgien à Rome.

Une jeune personne, âgée de douze ans, était affectée dès sa naissance d'un torticolis. Elle était bien portante d'ailleurs ; son tempérament était lymphatico-nerveux, cheveux bruns, yeux bleus, peau blanche et fine. Sa tête était inclinée à droite. Cette inclinaison était progressive par une double cause ; l'affaiblissement ou l'inertie du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, qui s'amincissait en s'allongeant de plus en plus, et l'excès d'énergie du muscle opposé qui devenait toujours plus vigoureux et plus actif.

A l'examen chirurgical, on trouvait que la tête était non seulement inclinée à droite, mais encore dans une rotation légère à gauche ; l'épine cervicale était inclinée en sens opposé de la colonne dorsale, avec flexion du cou en avant. Raccourcissement et aplatissement de la moitié gauche de la face par suite de l'obliquité de ses lignes horizontales. Par suite de ces dispositions, la tête était tellement inclinée qu'elle formait avec la verticale un angle d'environ 32 degrés. La colonne vertébrale était légèrement déviée à droite ; sa portion cervicale supérieure formait une convexité à gauche. Par suite de cette inclinaison cervico dorsale, la région scapulaire droite était plus élevée que l'autre. Les muscles splénius et complexe formaient sous la peau une protubérance opposée à la dépression des muscles correspondans du côté gauche. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien du coté droit était très proéminent, dur, contracté ; sa direction presque verticale depuis la clavicule jusqu'à l'apophyse mastoïde ; le muscle correspondant de l'autre côté déprimé, allongé, distendu. La clavicule du côté droit était un peu abaissée et inclinée du même côté.

Les deux côtés de la face offraient entre eux une grande dissemblance ; la face droite était plus courte, plus étroite, plus aplatie, plus fine ; l'œil droit était plus bas que le gauche ; le nez lui-même légèrement dévié à droite ; la lèvre inférieure est, vers son angle, un peu saillante sur la supérieure, et ainsi le menton, la mâchoire, les dents, s'étaient dirigés vers le même côté. Ce défaut s'étendait à toutes les parties du côté droit, qui étaient fléchies, pendantes et comme tirées vers ce côté par leur propre poids, ce qui rompait la symétrie de toutes les lignes de la physionomie. Les mouvemens de la tête, difficiles en plusieurs sens, étaient presque nuls à gauche. Aucun membre de sa famille n'avait été sujet à cette infirmité. Aucun remède, soit dynamique, soit mécanique, n'avait été employé pour combattre cet état.

M. Sani l'a opérée de la manière suivante, le 2 juillet dernier, en présence de deux de ses collègues, MM. Feliciani et De Mauro.

La malade a été assise sur une chaise basse, sa tête soutenue par un aide ; l'opérateur a formé un pli à la peau de la partie moyenne latérale droite du cou, vis à vis le corps du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; il a incisé ce pli tégumentaire avec un bistouri convexe, ensuite la première couche des fibres du muscle. Arrivé à une certaine profondeur, il a senti que le reste des fibres étaient tellement dures et contractées que le bistouri avait beaucoup de peine à les diviser ; il a fini cependant par les couper complétement. Pour couper la couche la plus profonde sans léser les vaisseaux, M. Sani a passé une petite spatule en argent derrière le muscle ; aucune hémorrhagie n'a eu lieu.

Aussitôt la section opérée, la tête a pu être redressée et retournée dans tous les sens, même du côté opposé à la difformité. Le chirurgien dit avoir choisi le corps du muscle et non ses extrémités pour opérer la section, par deux raisons : la première, c'est que vers son corps le muscle est plus rétréci ; la seconde, c'est parce que les vaisseaux en sont plus profonds. La plaie a été réunie moyennant la suture à points séparés. Les conséquences ont été heureuses : pas de réaction, pas d'inflammation ni de fièvre. Le troisième jour, les fils ont été enlevés ; la cicatrisation était complète le dixième jour.

Aujourd'hui, vingt-neuvième jour de l'opération, la jeune personne est dans l'état le plus satisfaisant ; sa tête est redressée parfaitement, mais la face présente toujours le défaut de symétrie et l'obliquité que nous avons décrit. L'enfant a toujours une certaine tendance à incliner la tête du côté vicieux, par suite de la longue habitude qu'elle avait contractée de cette inclinaison. Pour rompre cette habitude, on lui fait porter une sorte de cravate en cuir plus élevée du côté opéré.

En terminant, l'auteur se pose deux questions : 1° Les traits de la face reprendront-ils avec le temps leur symétrie naturelle ? La chose, dit-il, est difficile ; cependant on peut l'espérer jusqu'à un certain point sur un sujet jeune, dont les organes ne sont pas encore complétement développés. 2° Le muscle du côté opposé à l'opération reprendra-t-il son action, et se mettra-t-il en équilibre avec le muscle opéré ? Il répond affirmativement ; mais il faut pour cela, dit-il, maintenir la tête en direction verticale à l'aide de moyens mécaniques dès le moment même de la section du muscle, ou peu de temps après, afin d'allonger la substance fibreuse intermédiaire qui doit rendre digastrique ce même organe.

(*Annali mdico-chirurgici.*)

— On pourrait demander pourquoi M. Sani n'a pas cru devoir pratiquer la section sous-cutanée du muscle. Nous avons rapporté, il y a quelque temps, une autre opération de torticolis pratiquée par un habile chirurgien anglais, et dans laquelle le muscle a été aussi coupé à découvert. M. Liston et la plupart des véritables chirurgiens n'opèrent pas autrement ; ils n'ont pas attaché la même importance que d'autres à la section sous-cutanée, par la raison que dans ces opérations délicates il faut savoir ce qu'on fait, ce qui se présente, ce qu'on a à couper ou à respecter, surtout au cou, où, comme à l'aine, il se présente à chaque instant des anomalies vasculaires importantes. Les véritables chirurgiens pensent que dans ces régions l'opération sous-cutanée est une opération aveugle.

Cas grave d'empoisonnement par le sublimé corrosif ; guérison à l'aide des excitans ; par M. PODRECCA, premier aide à la clinique médicale de Padoue.

Un jeune homme, nommé Tosarin, âgé de vingt ans, garçon dans une pharmacie, éprouvant de vifs chagrins, a voulu se suicider en avalant un gramme 20 centigrammes (24 grains) de sublimé corrosif (deuto-chlorure de mercure). Des souffrances atroces se manifestant, il a éprouvé un profond repentir, a demandé du secours en déclarant ce qu'il venait de faire. Le docteur Podrecca a été appelé : il lui fait prendre de suite une dose d'ipécacuanha pour faire rejeter le poison non absorbé, puis une certaine quantité de blancs d'œufs qui ont été rejetés à mesure qu'ils étaient pris ; ces vomissemens étaient accompagnés des plus affreuses angoisses. Dans ces entrefaites, la chaleur générale a augmenté, la face et les yeux se sont injectés ; le pouls est devenu tendu, fort, fréquent, et les urines ont acquis une couleur rouge, M. Podrecca a attribué ces premiers phénomènes au trouble mécanique de la circulation, et il s'est bien gardé de saigner le malade comme quelques chimistes modernes le prescrivent en pareil cas ; il a administré de suite 750 grammes de vin indigène (une livre et demie).

Les symptômes d'absorption, qui n'avaient fait jusque là que commencer, se sont déclarés alors dans toute leur force : prostration extrême, pâleur générale, sueurs froides, pouls filiforme, etc. On administre du vin de Chypre légèrement délayé avec de l'eau, puis une potion cordiale composée d'eau de cannelle, 90 grammes (3 onces) ; laudanum de Sydenham, 3 grammes (3 scrupules) ; mucilage de gomme arabique, 15 grammes (demi-once), à prendre par cuillerées tous les quarts d'heure. Les symptômes d'hyposthénie persistent dans leur marche ascendante ; les vomissemens deviennent sanguinolens. Le professeur Giacomini est appelé en consultation ; il fait continuer le même traitement ; dans la nuit les symptômes ont commencé à décroître ; le lendemain matin le malade était déjà mieux. On continue les mêmes moyens : amélioration progressive. Chose remarquable, le malade avait déjà pris 6 grammes de laudanum liquide (6 scrupules), ce qui répond à plus d'un demi-gramme d'opium solide (12 grains), 180 grammes d'eau de cannelle (6 onces), 750 grammes de vin étranger, et un kilo de vin indigène, sans éprouver le moindre signe de narcotisme.

Le lendemain matin un météorisme alarmant s'est manifesté, MM. Giacomini et Podrecca ont compris que c'était là un signe de réaction inflammatoire, provoquée par l'action locale du poison ; ils ont donc suspendu l'usage des stimulans et administré des boissons d'eau froide et des clystères émolliens. Amélioration progressive. Convalescence à partir du cinquième jour. Guérison complète.

(*Memoriale della medicina contemporanea*, avril et mai 1841.)

— Ce fait, qui n'a été donné ici que d'une manière abrégée, a été publié avec de grands détails, conjointement à un autre pareil, dans une brochure récente de M. Giacomini.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 12 octobre.

Épilepsie. Acide hydrocyanique. — *M. Boulet*, vétérinaire, fait un rapport sur un cas d'épilepsie, observé sur un chien et guéri à l'aide d'un seule dose d'acide hydrocyanique, par M. Lebras, vétérinaire à Lausanne. La dose administrée en une seule fois a été de 4 grammes (1 gros) dans 8 grammes d'alcool ; mais il faut faire remarquer, pour se rendre compte de l'impunité de cette dose énorme, que d'une part l'acide était vieux, de l'autre que l'animal a vomi la potion quelque temps après ; ajoutons que l'alcool avait lui-même probablement neutralisé une grande partie de l'acide. Quoi qu'il en soit, l'animal n'a plus eu d'accès épileptiques et s'est bien porté depuis.

Conclusions. Remercîmens, engager l'auteur à faire des expériences sur d'autres animaux épileptiques avec le même remède et à en communiquer les résultats à l'Académie.

M. Dupuy pense que dans ce cas l'acide était sûrement décomposé et presque sans action, sans quoi l'animal aurait été foudroyé par une dose aussi énorme. On sait, en effet, que peu de gouttes d'acide pur suffisent pour tuer un chien. M. Dupuy rapporte à cette occasion avoir disséqué un chien épileptique et avoir trouvé les ganglions de la moelle épinière indurés d'un côté, ramollis de l'autre.

M. Chevallier dit avoir connu un chien épileptique qu'on voulait tuer ; on lui a administré de la noix vomique sans effet, puis deux fois une forte dose d'acide hydrocyanique sans plus d'effet ; l'animal s'en débarrassa par le vomissement.

M. Dubois (d'Amiens) désirerait qu'on spécifiât dans le rapport si c'est sur l'homme ou sur les animaux que M. le rapporteur voudrait qu'on fît des expériences. Sur l'homme épileptique elles ont été faites sans succès.

M. Castel. Il importe peu de savoir pourquoi le chien traité par M. Lebras avec une si forte dose de poison n'est pas mort, ce qui importe c'est de savoir comment il a guéri ou quelle sorte d'action l'acide hydrocyanique a exercée pour produire cet effet salutaire. Cette action peut être selon moi considérée comme résolutive, l'acide hydrocyanique n'étant à mes yeux qu'un remède résolutif.

M. Heller. J'ai souvent administré l'acide hydrocyanique à des personnes atteintes d'épilepsie ; j'ai même dans un temps eu la permission de M. Esquirol de faire des expériences en grand. Eh bien ! je dois déclarer que jamais nous n'en avons obtenu des effets salutaires durables. Ces effets, ou ils ont à peine duré trois à quatre mois, ou ils ont été tout à fait nuls. Il est vrai de dire cependant que son administration est difficile, à cause de son amertume extrême ; les malades se refusent généralement à son usage dès qu'on est arrivé à la dose de 30 à 40 gouttes par jour. M. Guersant a constaté les mêmes effets que moi.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Amputation de la jambe. — *M. Velpeau* fait un rapport sur un mémoire manuscrit de MM. Arnal et Martin, relatif à l'amputation de la jambe dans son quart inférieur (amputation sus-malléolaire), comparée à l'amputation du même membre dans le lieu d'élection. Ce mémoire était entre les mains de M. Velpeau depuis l'année dernière. Après l'historique ancien de l'amputation sus-malléolaire, M. le rapporteur arrive à une époque plus rapprochée de nous, et fait honneur à Sollingen de la régularisation de cette méthode. Entrant ensuite dans l'analyse du mémoire de MM. Arnal et Martin, il fait connaître leur but final, qui est d'encourager la méthode sus-malléolaire et de faire mieux apprécier les avantages de la machine de M. Martin. En comparant l'amputation sus-malléolaire à l'amputation sous-rotulienne, les auteurs ont fait voir que tous les avantages étaient pour la première ; elle est en effet beaucoup moins dangereuse que l'autre, et donne de plus nombreuses guérisons, ainsi que cela résulte de leur statistique générale et comparée. Cette thèse cependant, bien que parfaitement raisonnable et juste au fond, M. le rapporteur a trouvé qu'elle était soutenue avec trop d'ardeur, avec un peu d'exagération et d'une manière trop absolue ; aussi s'est-il trouvé en dissidence avec eux sur quelques points de détail. Ces points étaient relatifs à la douleur de l'opération par l'une et l'autre méthode, à la réaction nerveuse, à la gangrène du lambeau, à l'hémorrhagie, à la réaction inflammatoire, à l'étranglement de la plaie, à la nécrose consécutive, à la conicité du moignon, à la phlébite, à la résorption et aux fusées purulentes, aux effets des jambes artificielles, etc. M. le rapporteur a fait la part de chacun de ces élémens en s'appuyant sur les idées généralement admises, et que nous croyons inutile de reproduire.

Conclusions. 1° L'amputation de la jambe près des malléoles est beaucoup moins dangereuse que celle qu'on pratique dans le lieu d'élection au-dessous du genou.

2° L'amputation sus-malléolaire permet de laisser intactes les fonctions d'une articulation importante, celle du genou.

3° Des différentes machines ou jambes artificielles inventées par M. Mille, par M. Charrière, par M. Martin, celle de ce dernier paraît la meilleure jusqu'à ce jour.

4° L'usage de cette machine, et par conséquent de l'amputation sus-malléolaire, doit être réservé pour les personnes aisées.

5° Pour les ouvriers et pour les pauvres, qui n'ont pas les moyens de faire face aux frais d'achat et d'entretien de cette machine, et qui sont obligés pour vivre de faire beaucoup d'exercice ou de rester longtemps debout, mieux vaut leur faire préférer l'amputation sous-rotulienne.

6° Il serait à désirer qu'une machine aussi commode et beaucoup moins dispendieuse que celle de M. Martin, fût inventée pour permettre de généraliser davantage la méthode sus-malléolaire.

7° Remercier les auteurs, et envoyer leur travail au comité de publication.

M. Gimelle était de la commission avec M. Velpeau, mais il n'a pas signé le rapport ; c'est là le moindre inconvénient, dit-il. Je dois déclarer à l'Académie que je suis loin d'adopter les opinions des auteurs du mémoire et de M. le rapporteur, l'observation m'ayant appris que la méthode ancienne, l'amputation sous rotulienne, était généralement préférable à l'amputation sus-malléolaire. M. Velpeau vous a fait voir que cette dernière méthode était très ancienne, et qu'elle avait été abandonnée jusqu'à ces derniers années. Elle ne l'avait point été cependant dans les pays incultes ; nous l'avons trouvée, en effet, en usage chez les Russes. Dans notre campagne de Russie, un grand nombre de militaires français qui sont tombés entre leurs mains, ont été opérés d'après la méthode sus-malléolaire ; de ce nombre, 34 nous ont été rendus et sont entrés aux Invalides. Eh bien, ils souffraient tellement de leur long moignon, de douleurs et d'excoriations, que 22 ont dû être successivement réamputés au lieu d'élection. L'un d'eux, auquel on avait refusé de le réopérer, a été trouvé se déchirant la cicatrice avec les ongles, afin de se procurer une excoriation et l'avantage d'une seconde amputation. Un autre a dû être réamputé aussi aux deux membres au-dessous de la rotule, ce qui lui a fait quatre amputations sur les mêmes membres. Les autres ont demandé aussi à tout prix d'être réopérés comme leurs camarades ; mais on s'y est refusé. Or, jamais ces inconvéniens ne s'observent chez les opérés d'après l'ancienne méthode ; c'est qu'elle est meilleure, en effet, que la méthode sus-pubienne. M. le rapporteur a parlé de statistique, mais nous avons aussi des statistiques en faveur de la méthode sous-rotulienne. Sur 34 amputations de jambe pratiquées aux Invalides depuis 1836 par M. Pasquier, on n'a perdu qu'un seul malade, les autres sont guéris. Nous avons voulu essayer la machine de M. Martin sur un de nos invalides ; il a fallu la lui ôter de suite ; il n'a pu la supporter, et il s'est mieux trouvé du cuissard ou de la jambe de bois ordinaire qui est plus légère et plus solide à la fois. Je crois en conséquence, que dans l'état actuel des connaissances, l'amputation sus-malléolaire ne mérite pas la préférence sur l'amputation sous-rotulienne. La mécanique doit être seulement gardée pour quelques cas exceptionnels, pour les personnes de la haute société qui visent plutôt à la coquetterie qu'à la commodité et à la solidité.

M. Larrey se prononce formellement contre la méthode sus-malléolaire, qu'il appelle mauvaise opération, opération absurde. La méthode sous-rotulienne lui paraît beaucoup plus convenable et plus sûre. Sur 10 amputés d'après cette méthode il en a guéri 9, encore celui qui est mort n'a succombé qu'à une maladie étrangère à l'amputation. Aux Invalides, il a amputé 20 individus dont quelques-uns dans l'épaisseur même des condyles ; ils sont tous guéris. Entre autres défauts, M. Larrey reproche à la méthode sus-malléolaire de provoquer des convulsions et d'être suivie de nécrose grave, par la raison qu'en bas les os sont moins spongieux qu'en haut. Les succès qu'on a invoqués pour cette méthode sont des exceptions, puisqu'il ne s'agit là que de sujets jeunes.

M. Velpeau répond catégoriquement à toutes ces objections qui lui paraissent sans valeur et conclut de nouveau en soutenant les avantages de la méthode sus-malléolaire. Les faits qu'il a cités et ceux qui lui sont propres en faveur de cette conclusion, ont pour sujets des individus de différens âges et des deux sexes ; il ne s'agit pas d'enfans, comme on l'a supposé.

MM. Gimelle et Larrey répliquent à leur tour.

M. Bouvier défend la machine de M. Martin, en décrivant la fonction physiologique qu'elle remplit.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M Leroy (d'Etiolles) présente une pièce pathologique.

M. Martin présente plusieurs sujets qui font un usage très avantageux de sa jambe artificielle.

Séance levée.

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS SCIENTIFIQUES DU VOYAGE DE L'ASTROLABE ET DE LA ZÉLÉE, RELATIFS A L'ANTHROPOLOGIE ; par M. SERRES.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Afin d'associer l'Académie au mouvement progressif, dont le gouvernement a pris l'initiative en convertissant au Muséum la chaire d'anatomie humaine en chaire d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, mouvement qui doit produire pour le genre humain et les diverses familles qui le composent un résultat si heureusement obtenu en France pour les minéraux, les roches, les coquilles, les mollusques, les insectes, les crustacés, les reptiles, les poissons, les oiseaux et les mammifères, nous croyons utile d'entrer dans quelques détails au sujet de la collection rapportée par l'*Astrolabe* et la *Zélée*.

Le nombre des bustes, exécutés comme nous venons de le dire par M. Dumoutier, s'élève à 51, et ils ont été pris aux diverses stations de l'*Astrolabe* et la *Zélée*.

Sur ce nombre, une partie appartient à la race cuivrée ; l'autre appartient à la race noire ou mélanésienne.

Les individus qui appartiennent à la race *cuivrée* ont été moulés entre autres aux îles Gambier, aux îles des Navigateurs, aux îles Salomon, aux îles Carolines, aux Philippines et à la Nouvelle-Zélande.

Les *mélanésiens* ont été moulés aux îles Viti, au détroit de Torrès, à la Terre de Van-Diémen, à l'île Bourbon, etc. Parmi ces derniers, les uns venaient de la côte de Mozambique, les autres étaient nés à Madagascar.

L'intérêt qui ressort des localités où ont été moulés les naturels de l'Océanie est accru encore par les crânes que dans beaucoup de cas l'expédition a pu se procurer.

Si l'on rapproche de ces localités les modifications que paraissent y avoir subies les types de la race cuivrée et mélanésienne, on en voit sortir de suite ces questions intéressantes dont se compose l'histoire naturelle des peuples.

On se demande d'abord d'où viennent les Océaniens ? Sont-ils nés sur place, et leur variété tient-elle au perfectionnement du type humain, ou bien viennent-ils d'ailleurs ? La solution de l'une de ces questions n'est guère moins embarrassante que l'autre.

S'ils étaient autocthones, la question du berceau des races humaines en recevrait un grand éclaircissement. Mais cette opinion, qui à la rigueur pourrait être soutenue pour le continent australasien, ne saurait l'être pour l'ensemble des îles que M. Dumont-d'Urville a désignées sous les noms de *Micronésie* et de *Polynésie*.

L'origine étrangère paraît donc plus vraisemblable, et c'est aussi l'idée à laquelle se sont arrêtés ceux qui ont visité ces peuples ou qui ont écrit sur leur histoire.

Dès-lors il a fallu chercher à rattacher les peuples de l'Océanie aux familles humaines qui couvrent les autres parties du globe ; et dès-lors aussi s'est ouvert le champ des conjectures et des suppositions, d'autant plus difficiles à justifier ici, que les annales historiques, si fécondes pour les migrations des peuples qui habitent l'Europe, l'Asie, l'Afrique et même l'Amérique, sont presque nulles pour ceux qui occupent présentement l'Océanie.

Toutefois, la diversité des caractères physiques de ces peuples a pu servir de base à ces conjectures, et l'examen de la collection de l'*Astrolabe* et de la *Zélée* nous en fait concevoir l'origine.

Ainsi, au premier aperçu de cette collection, et quel que soit l'ordre dans lequel on la dispose, l'esprit est frappé des différences que présentent les individus qui la composent. Ces différences ne sont pas seulement des nuances dans la coloration de la peau, dans la disposition des cheveux, dans la forme du nez, des lèvres et des orbites ; elles portent sur tout l'ensemble du crâne, de la face, du col et de la stature, autant qu'on peut la déterminer d'après l'aspect du buste.

On conçoit dès lors que des voyageurs qui ont vu çà et là des individus dans des localités diverses, avec des costumes variés, aient émis l'idée de la pluralité d'espèces d'hommes chez les peuples de l'Océanie. En zoologie, si un groupe d'animaux se présentait avec les mêmes conditions, ce ne sont pas des espèces que l'on se bornerait à établir, mais bien des genres, et peut-être même des familles.

Cependant, quand on compare ces individus les uns aux autres, quand on rapproche et que l'on analyse un à un chacun de ces caractères, on voit les analogies ressortir de ces différences ; de sorte que tandis que nous sommes portés à diviser dans notre pensée, on trouve que la nature réunit dans son action.

La source de cette réunion paraît résider dans l'abaissement ou l'élévation du pédicule oculo-nasal de l'os coronal qui, dans toutes les races, forme le caractère anthropologique le plus constant et le moins variable dans ses résultats.

On sait que, par la position qu'il occupe, ce pédicule forme d'une part la paroi interne et supérieure de l'orbite ; et que, d'autre part, il

sert d'arc-boutant aux os nasaux et à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur.

D'où il suit que de la disposition qu'il affecte résulte celle des yeux, du nez, des lèvres et des parties latérales de la face.

Or, personne n'ignore que de ces parties de la face et de ces dispositions que présentent les yeux, le nez et la bouche, se déduisent précisément les caractères les plus significatifs non-seulement des races humaines, mais ceux aussi de leurs principales variétés.

Dans les bustes de la collection de l'*Astrolabe* et la *Zélée*, on suit le redressement de ce pédicule et les évolutions qu'il produit dans les dispositions de la tête depuis les nègres de la Terre de Van-Diémen jusqu'aux Hindous de l'intérieur et de la côte de Coromandel.

On les suit mieux encore sur les bustes de la race cuivrée, des naturels des îles Salomon, des îles Sandwich, des îles de la Nouvelle-Zélande, jusqu'à ceux des îles Gambier et de l'archipel des Navigateurs.

On arrive ainsi graduellement aux naturels des îles Mariannes, à ceux de l'île Hogoleu dans l'archipel des Carolines, jusqu'au buste qui reproduit un naturel de Manille, dans les îles Philippines, et dont le type est si parfait.

Ce qu'il y a de remarquable, et ce qui montre l'influence qu'exercerait un musée d'anthropologie sur les progrès de la science, c'est que dans ces degrés de perfectionnement de la race cuivrée, on retrouve facilement les caractères qui ont servi de base à la distinction des races *polynésienne* et *mycronésienne* de M. d'Urville, *carolinienne* et *océanienne* de M. Lesson, que M Bory-Saint-Vincent comprend dans son espèce *neptunienne*.

Ces distinctions, si difficiles à saisir dans les descriptions, ressortent avec évidence de l'examen des bustes.

Les hybrides négro-malais, moulés aux îles Viti, servent d'intermédiaire a la race noire et cuivrée.

Ces hybrides des îles Viti offrent en outre un autre intérêt.

On sait qu'à l'exemple de M. Forster et de M. de Chamissot, notre savant navigateur, M. le contre-amiral Dumont-d'Urville, ne voit que deux races distinces dans les peuples de l'Océanie, la race *mélanésienne*, qui n'est qu'une branche de la race *éthiopique* d'Afrique, et la race *polynésienne* basanée ou cuivrée, qui elle-même n'est qu'un rameau de la race *jaune* originaire d'Asie.

Dans cette opinion, la race malaise se trouve effacée du nombre des races primitives.

Or, si la race malaise est secondaire, on conçoit d'après ce qui a été dit que la loi du croisement des races humaines devra subir à son égard une modification importante.

Car dans le mélange du malais et du nègre, le malais étant supérieur, le métis devrait reproduire en plus ses propres caractères, si la race était primitive ; tandis au contraire que si elle n'est que secondaire, son mélange avec une race pure devra la ramener vers cette dernière. Or, c'est ce qui est, et ce que montrent les métis négro-malais moulés aux îles Viti, sur lesquels prédominent les caractères de la race noire.

Si ce fait se confirme, on sent toute sa valeur, d'une part pour la question malaisienne, si embarrassante en anthropologie, et de l'autre pour la transmission des caractères humains, dans le mélange des races et de leurs rameaux.

L'histoire du rameau araméen, si errant dans ses croisemens, en recevra surtout de notables éclaircissemens.

Nous ne saurions trop faire ressortir à ce sujet l'importance du procédé mis en œuvre par M. Dumoutier, pour reproduire les types des peuples de l'Océanie.

En effet, le moulage, tel qu'il l'a opéré, saisit la physionomie au repos. Ces figures, quoique toutes obtenues par empreintes, en sortent toutes avec des caractères d'expression qui leur sont propres, sans déguisement et sans art, telles enfin que les réclament les besoins de l'anthropologie. Leur comparaison avec les deux bustes artistiques acquis par M. Dumoutier, pendant le voyage, en fait ressortir tous les avantages, et montre que dans les sciences les idées les plus simples sont presque toujours les plus fécondes.

Tous ces modèles des peuples de l'Océanie sont d'un grand prix pour la science ; mais un intérêt tout particulier se rattache aux aborigènes de la Terre de Van-Diémen.

Selon *Return's*, ou statistique d'Hobart-Town, il n'existe aujourd'hui dans cette ville qu'un naturel du pays, cinq enfans de race pure, et quelques métis à New-Town. Quarante individus environ déportés sur l'île Furnaux (détroit du Bass) sont les seuls débris de l'ancienne population de Van-Diémen. Depuis qu'on a voulu les astreindre aux usages européens, on remarque chez ces indigènes un dépérissement rapide, à tel point qu'on n'a constaté qu'un seul cas de naissance durant l'année 1839. Encore quelques années, et la race de Van-Diémen, qui forme les *tasmaniens* de M. Lesson, les *mélanésiens* de M. d'Urville, et les *mélaniens* de M. Bory-Saint-Vincent, n'existera plus que dans les musées. Les types rapportés de cette terre désolée sont donc une précieuse acquisition.

Plus on étudie la collection faite par M. Dumoutier, plus on apprécie la profondeur des vues émises par M. Dumont-d'Urville sur les peuples de l'Océanie. Pour nous, l'hypothèse que la race noire a donné à ces îles leurs habitans primitifs nous paraît réunir en sa faveur tous les degrés possibles de probabilité dans cet ordre de questions.

A la vérité, on peut dire que la difficulté n'est que reculée, puisqu'il reste à établir d'où proviennent eux-mêmes ces premiers habitans.

Au fond, néanmoins, cette dernière question n'est que secondaire. La question principale consiste à déterminer d'abord quelle est la souche mère sur laquelle sont venus se greffer par la marche du temps et des évenemens les Hindous, les Mongols, les Chinois et les Arabes.

Or, nous le répétons, cette souche nous paraît la race noire, ainsi que l'a établi M. Dumont-d'Urville.

Et nous répétons encore que, d'après les lois physiologiques du croisement des races, les peuples de l'Océanie portent l'empreinte de ces mélanges et de ces combinaisons.

Resterait à rechercher maintenant l'influence que le climat, la religion et l'action des gouvernemens, ont pu exercer sur l'état de ces peuples. Resterait à savoir comment se sont disséminées sur ces différentes îles, et la souche-mère des nations de l'Océanie, et les rameaux de la race cuivrée, sortis des croisemens qui ont pu s'opérer. Resterait surtout à discuter la valeur des filiations si diverses dans leurs principes, et par conséquent dans leurs résultats, de MM. Bory-Saint-Vincent, Lesson et d'Urville.

Mais outre que ce n'est pas ici le lieu de le faire, on conçoit que nous serions detournés de notre but si nous cherchions à apprécier comme il conviendrait de le tenter les données géographiques, historiques et linguistiques favorables ou contraires à ces filiations.

Toutefois, c'est un phénomène bien intéressant à approfondir que celui de la substitution d'une race à une autre, d'une nation à une autre nation.

L'étude de la manière dont elle s'est opérée chez les peuples de l'Océanie serait pour l'humanité un renseignement d'autant plus utile, qu'elle semble s'être opérée autant par l'influence des moyens naturels que par ceux de la force et de l'art.

Ainsi, en suivant l'invasion hindoue, on la voit s'exercer simultanément sur la langue, les mœurs et la religion. Les dieux du fétichisme des habitans primitifs s'enfuient quand la fusion est opérée, et alors les poètes qui, dans toutes les races, sont les premiers historiens, chantent la victoire des uns et la défaite des autres. Lors de l'invasion arabe, le même phénomène se reproduit et se répète dans des circonstances à peu près analogues ; et dans les deux cas, c'est toujours une race plus avancée qui prend la place d'une race qui l'est moins.

Mais cette fusion s'opère ici d'une manière graduelle et successive. Ce sont les Hindous qui agissent d'abord sur les Mélanésiens, et préparent, pour ainsi dire, ces peuples à recevoir les Arabes, comme à leur tour les Arabes les ont préparés à la civilisation européenne, si supérieure à la leur.

Cette marche concomitante des caractères physiques et moraux des peuples de l'Océanie est d'autant plus intéressante pour la philosophie, qu'elle semble dégagée en partie des causes qui la masquent chez les peuples de la race caucasique ; quoique chez cette race, et particulièrement dans les rameaux pélasgique et celtique dont nous faisons partie, le mouvement intellectuel paraisse soumis depuis trois mille ans à la même loi physiologique.

Encore une observation, avant de terminer, sur les bustes rapportés par M. Dumoutier.

Parmi ces bustes, il en est un qui s'écarte visiblement du type normal de la race cuivrée. Chez cet Océanien, moulé à Samarang (île de Java), le crâne est boursouflé comme dans l'hydrocéphalie, maladie assez commune dans la race caucasique. Ce boursouflement, qui constitue une anomalie, n'a fait au reste qu'exagérer la disposition globuleuse de la tête qui, comme on le sait, est un des caractères de la race mongole.

Nous quittons la collection si originale et si intéressante des bustes, pour dire un mot des crânes recueillis pendant le voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*. Ces crânes, pour la plupart très complets, et au nombre de 51, ont un intérêt d'autant plus grand, qu'ils proviennent en partie des races que les bustes représentent ; de sorte que l'on peut suivre, d'après une double comparaison, la série graduelle des perfectionnemens, tant sur la race noire que sur la race cuivrée.

M. Dumoutier eût bien désiré rapporter des squelettes entiers ; mais quand il s'agit d'anthropologie, on conçoit l'impossibilité d'arriver à ce résultat par un seul voyage ; aux difficultés materielles que rencontre le voyageur se joint le respect qu'inspirent partout les dépouilles mortelles des hommes. Ce sentiment inné se dresse devant les besoins de la science en tous lieux et chez tous les peuples, civilisés ou non. On doit donc savoir beaucoup de gré à ceux qui, au milieu de ces obstacles, parviennent à recueillir quelques matériaux.

Par leur nombre et leur conservation, les crânes rapportés par l'*Astrolabe* et la *Zélée* paraissent d'un intérêt d'autant plus grand, qu'ils ont été recueillis afin de constater par l'observation les rapports qui peuvent exister entre la forme de la tête et les facultés intellectuelles et morales des peuples de l'Océanie. Ce sujet intéressant, qui faisait partie des instructions reçues par l'expédition, paraît avoir occupé M. Dumoutier d'une manière toute particulière ; car indépendamment des mesures de la tête prises chez un grand nombre d'individus à des degrés divers de civilisation, indépendamment des tableaux synoptiques qu'il a dressés, et qui présentent la configuration des diverses races en rapport avec leur état de civilisation et le développement de leurs facultés intellectuelles, c'est à la recherche de cet ordre d'idées que nous devons l'exécution et la disposition si heureuse des bustes destinés à en offrir la justification. Joignez à ces crânes et à ces bustes les peintures faites par M. Goupil, peintre de l'expédition, et Lebreton, chirurgien de l'*Astrolabe*, représentant la physionomie, le costume et les scènes de mœurs des peuples qu'ils ont visités, et vous aurez tous les élémens physiques propres à vous éclairer sur l'histoire naturelle des peuples de l'Océanie.

Tels sont les résultats qui, ainsi que nous l'avons dit, donnent un caractère particulier à l'expédition de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, dirigée par M. le contre-amiral Dumont-d'Urville, et ouvrent une voie nouvelle aux recherches de l'histoire naturelle de l'homme.

Dans un moment où la philosophie, l'histoire et la philologie tournent leurs regards vers l'anthropologie et lui demandent des secours devenus indispensables à leurs travaux, votre commission a pensé qu'il pouvait être utile, en jugeant une expédition si remarquable, de jeter un coup-d'œil sur l'imperfection de cette science, afin d'indiquer les moyens qui lui paraissent propres à en assurer pour l'avenir la marche et les progrès. Considérant en outre que la collection anthropologique, rapportée par l'expédition, est d'une très haute importance pour la science ; qu'elle répond au-delà de toute prévision aux *desiderata* indiqués dans les instructions de l'Académie ; que dans cette mission, M. l'officier chargé des travaux relatifs à l'histoire naturelle de l'homme a surpassé tout ce qu'on avait fait en ce genre dans les voyages de circumnavigation, votre commission propose de voter des remercîmens à M. Dumoutier.

— Sans rien préciser à cet égard, il y a lieu de croire qu'un concours pour les emplois de médecin adjoint s'ouvrira à Paris dans le premier trimestre de 1842.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 OCTOBRE 1841 — (14e ANNÉE.) — N° 125, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1° *Chlorose intense. — Gastralgie. — Bruits de souffle du côté du cœur.*

Hernandez, âgée de dix-huit ans, a été réglée à l'âge de dix-sept ans ; la menstruation, qui s'est établie avec peine, a toujours été fort irrégulière, et la quantité de sang perdue chaque fois a été en diminuant ; les déjections se sont alors troublées, et la malade ressentait pendant la digestion des douleurs assez vives dans la région épigastrique. Depuis l'époque de la première apparition des règles, la malade fut atteinte d'écoulement leucorrhéique, qui est devenu plus abondant depuis quatre mois. A partir de ce moment, les règles se sont entièrement supprimées, la gastralgie a augmenté, et la malade a commencé à ressentir des douleurs vives dans les jointures, de la céphalalgie frontale, des palpitations fréquentes, surtout dans la station, du dégoût pour les alimens, et une faiblesse qui rendait tout exercice impossible.

Lors de l'entrée de la jeune fille à l'hôpital, le 1er octobre dernier, la peau du visage est pâle, grisâtre, la face un peu bouffie, les lèvres décolorées ; la douleur de tête a acquis une grande intensité, elle occupe plus particulièrement la région orbitaire ; le pouls est à 88, régulier, la respiration à 24. On constate dans la région du cœur un bruit de souffle cystolique bien manifeste, on l'entend avec force à la base du cœur. Un bruit de souffle continu existe dans les deux carotides, mais il est plus marqué à gauche que dans la région précordiale ; douleur épigastrique augmentant par la pression, langue et lèvres décolorées, soif et appétit nuls, il n'existe aucune prédilection marquée pour quelque substance alimentaire. Constipation habituelle.

Les symptômes de cette affection, portés à un haut degré, ne laissaient aucun doute sur sa véritable nature, nous avions affaire à une chlorose fort avancée. Si nous recherchons sous quelle influence elle s'est produite, il nous semble évident que c'est par suite du trouble survenu dans la menstruation. Les auteurs qui ont cherché la part que prend dans la production de la chlorose, l'écoulement menstruel, ne sont pas tous d'accord sur le rôle que joue cette fonction. En ce qui touche l'étiologie de la maladie, les uns soutiennent que l'aménorrhée primitive, que l'on observe chez les jeunes filles, et que les troubles du flux menstruel ne sont que l'effet de l'altération particulière du sang, laquelle constitue la chlorose ; ils admettent que cette altération plonge les fonctions utérines dans un état d'asthénie qui les empêche de s'accomplir régulièrement. Les autres pensent, au contraire, que la cessation ou la diminution de l'acte sécrétoire et dépurateur dont est chargé l'utérus est la cause primitive de l'altération du sang, et dès lors de tous les phénomènes morbides qui se rapportent à la chlorose, il est souvent difficile avec les faits même les mieux observés, de mettre fin au débat qui existe entre les auteurs. Cependant, si nous nous servons du fait que nous venons de rapporter pour discuter ce point essentiel d'étiologie, il nous semble facile de remonter jusqu'à sa véritable origine, et de saisir la cause qui a provoqué la maladie.

Avouons d'abord qu'elle a été réglée fort tard (à dix-sept ans), que le flux sanguin ne s'est établi qu'incomplétement, et qu'à partir de cette époque on a vu se présenter les symptômes morbides qui attestent une maladie générale ; ainsi les névralgies faciale, gastrique, cardiaque ; les troubles de la digestion, les bruits anormaux du cœur et des carotides, en un mot, tous les dérangemens que nous sommes portés à faire dépendre de l'altération du sang.

Nous avons soumis cette malade au traitement généralement adopté ; nous avons prescrit le lactate de fer ; mais dans la crainte que cette préparation fût mal supportée, ou plutôt pour mettre fin à la gastralgie, nous avons prescrit un gramme de sous-nitrate de bismuth. Sous l'influence de ce traitement, nous avons vu diminuer presque tous les symptômes de la chlorose, la gastralgie, les douleurs nerveuses de la tête disparaître, les bruits de souffle, les palpitations diminuer, l'appétit revenir ; mais une constipation opiniâtre ne tarda pas à survenir, et, comme il nous a semblé que cet accident empêchait l'absorption intestinale de s'effectuer aussi activement qu'à l'état normal, nous avons prescrit par intervalles des pilules d'aloès et de scammonée. Cette médication, que les médecins anglais ne négligent jamais, nous a semblé produire d'heureux effets, aussi nous associons très souvent les toniques et les drastiques dans le traitement de la chlorose.

2° *Fièvre typhoïde. — Hémorrhagie par différentes voies.*

M..., âgée de vingt-un ans, a été réglée à dix-sept ans; elle est entrée à l'hôpital le 12 octobre, atteinte d'une fièvre typhoïde dont les symptômes présentèrent des particularités peu ordinaires. Cette femme habite Paris depuis long temps ; il y a neuf mois qu'elle ressentit un point de côté, de la toux ; en même temps crachats sanguinolens. Ces phénomènes la forcèrent à garder le lit, mais elle ne fut soumise à aucune médication active (soupçon de tubercules pulmonaires). Jamais elle n'a eu d'hémoptysie. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade fut prise d'une diarrhée intense qui persista ; dans les huit derniers jours les selles devinrent sanglantes ; en même temps les règles parurent la veille de l'admission, mais à une autre époque que leur cours habituel ne le comportait.

Le 12 octobre, on put constater les symptômes suivans :

Stupeur très grande, prostration, vertiges, bourdonnemens d'oreille, épistaxis, langue rouge, nette et sèche, soif vive, anorexie, ventre ballonné, tendu, sans gargouillement, pas de selles, la respiration est nette sans râle, à 28, crachats muqueux, pouls à 116, chaleur vive de la peau.

L'état morbide offert par cette femme n'était pas tellement tranché que l'on ne pût hésiter entre une inflammation de l'intestin (entéro-colite) et une fièvre typhoïde. Le dévoiement considérable, l'hémorrhagie et les symptômes d'inflammation qui agissaient dans l'intestin, pouvaient produire exactement les désordres indiqués tout aussi bien que la maladie typhoïde. On voit un grand nombre de malades pris de simple entéro-colite tomber dans une prostration qui s'accompagne des symptômes généraux de forme typhoïde. Notons que chez cette femme la diarrhée, qui était copieuse, et la quantité de sang perdue par l'utérus, étaient deux causes capables de bien expliquer l'affaiblissement ; malgré cet état, nous pensâmes devoir nous arrêter à cette idée que nous avions affaire à une fièvre typhoïde.

Les symptômes observés les jours suivans confirmèrent l'exactitude du diagnostic porté. En effet, la faiblesse et la prostration firent des progrès, l'épistaxis continua, des papules typhoïdes se dessinèrent en grand nombre sur le ventre, les symptômes observés du côté de l'abdomen s'amendèrent, mais l'état général persista au même degré ; le pouls devint plus fréquent (à 120), la poitrine se prit, on entendait partout des râles sibilant et muqueux.

En raison de la prédominance des accidens locaux et de la vive irritation qui existait vers l'intestin, nous prescrivîmes de simples boissons émollientes, des applications de même nature sur le ventre et des lavemens légèrement narcotiques répétés trois fois par jour. Cette médication produisit l'effet désiré ; les signes de l'endocardite disparurent, et tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde allèrent en augmentant.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Inflammation du sac herniaire qui s'est propagée au péritoine, et dont l'existence ne fut révélée que par un seul symptôme (la douleur). Mort.

Un terrassier âgé de cinquante-neuf ans, habitant Montrouge, d'une forte constitution, d'une intelligence bornée, entra à l'hôpital le 24 décembre 1840, accusant un fort mal de tête qui ne lui laissait aucun repos. La manière peu satisfaisante avec laquelle le malade répondait aux questions qu'on lui adressait, fit croire que le manque d'ouvrage l'avait conduit à l'hôpital. Néanmoins, quelques opiacés furent administrés pour calmer la céphalalgie dont ce malade se plaignait, mais sans succès ; il continuait de se plaindre, et semblait agité de pressentimens funestes.

Le troisième jour de son entrée, on l'examina avec plus de soin, et on découvrit qu'il portait une hernie à l'aine droite, que l'intestin hernié était à demeure dans le scrotum, mais pouvait néanmoins être réduite. Lorsqu'on procédait à la réduction, le malade éprouvait beaucoup de douleur ; la descente s'effectuait d'ailleurs immédiatement après : il n'y avait, du reste, ni chaleur, ni mouvement fébrile, etc.

La nuit suivante, il se développa de vives douleurs dans l'abdomen, et le lendemain, on ne pouvait y appuyer la main sans causer des souffrances intolérables. Trente sangsues furent de suite appliquées sur le ventre ; on ajouta des lavemens, des fomentations émollientes.

Du quatrième au cinquième jour, il survint du dévoiement, qui obligea le malade à se lever plusieurs fois pendant la nuit, dans une salle froide ; la figure est singulièrement altérée. De nouvelles sangsues furent appliquées pour combattre cette douleur de ventre opiniâtre et sans fièvre.

Le cinquième (29 décembre), la figure s'altère toujours de plus en plus ; le pouls faiblit, et les souffrances ne cèdent pas. Des frictions avec l'onguent mercuriel sont faites sur le ventre ; on applique en même temps un large vésicatoire sur l'épigastre ; on donne, en outre, une mixture opiacée.

Le 30, on continue l'emploi de ces moyens.

Le 31, le malade succombe pendant la visite, sans que personne s'en aperçoive.

Autopsie. Les intestins étaient distendus, agglomérés et adhérens ; des fausses membranes recouvraient une partie de ce paquet intestinal. Le péritoine est rouge, injecté. Une assez grande quantité de sérosité lactescente blanchâtre est épanchée dans le bassin, où surnagent également quelques flocons albumineux.

L'anneau inguinal est distendu ; et au-dessous, on trouve un énorme sac herniaire vide, complétement tapissé par une fausse membrane épaisse, peu consistante, qui n'était encore en plusieurs points qu'une exsudation gélatiniforme.

On remarquait quelques traces de phlegmasie sur le diaphragme, et le repli du péritoine appelé le ligament suspenseur du foie. Les autres viscères étaient sains, ainsi que le canal intestinal.

Le cerveau était légèrement injecté ; la pie-mère et l'arachnoïde un peu épaissies, mais exemptes d'inflammation récente.

Il n'y a presque pas de doute que la maladie n'ait commencée dans le sac herniaire, et ne se soit propagée au péritoine. Il est assez probable que si cet homme eût bien rendu compte de son état le premier jour de son entrée, on aurait pu juguler l'inflammation qui n'existait encore que dans le sac herniaire, où elle avait été sans doute provoquée par d'imprudentes manœuvres, ou la présence de l'intestin engoué. M. Bricheteau est convenu avec franchise qu'il n'avait pas suffisamment examiné le malade, et qu'il regrettait beaucoup de l'avoir le premier jour, par suite d'une prévention souvent bien fondée, mis dans la catégorie de ceux qui viennent passer quelques jours à l'hôpital, par paresse ou faute d'ouvrage : si on eût complétement déshabillé le malade, si on l'eût examiné *à capite ad calcem*, on aurait découvert la hernie...

L'inflammation du sac herniaire a été décrite depuis longtemps par un praticien modeste, connu par plusieurs écrits estimables (M. Duparcque) ; mais il n'avait, autant qu'il nous en souvient, établi que comme une éventualité probable la propagation de cette inflammation au reste du péritoine, dont nous venons de rapporter un exemple.

Symptômes de pneumonie. Guérison incomplète. Anasarque. Albuminurie. Mort.

Un ouvrier charron, âgé de vingt-trois ans, récemment arrivé à Paris, entra à l'hôpital le 26 juillet 1840. Depuis quatre jours, il éprouvait des malaises, de la diarrhée, une douleur assez vive sous le sternum ; la chaleur de la peau était vive, le pouls fréquent. On entendait en arrière et à droite de la poitrine du râle crépitant, surtout dans l'inspiration ; la respiration était accélérée.

Le lendemain, on aperçut du sang dans les crachats ; une saignée fut pratiquée, et soulagea beaucoup le malade. Néanmoins, les jours suivans, la langue reste sèche, la respiration ne revient pas à l'état normal ; le malade tombe souvent dans un état de somnolence ; les crachats sont quelquefois rouillés ; il éprouve des épistaxis, etc. Huit jours se passent sans aucune amélioration ; bien au contraire, on a observé une sorte d'adynamie, un peu d'enflure aux jambes, qui fut bientôt suivie d'anasarque générale.

Le mois d'août se passa ainsi à employer divers moyens propres à relever les forces du malade, à dissiper l'infiltration. On acquit la certitude que les reins étaient affectés, en démontrant la présence de l'albumine dans l'urine. Tous les moyens qu'on put employer n'empêchèrent pas l'infiltration de faire des progrès rapides. Des épistaxis qu'on eut beaucoup de peine à arrêter, des taches scorbutiques, des phlyctènes, annoncèrent une fin prochaine. Le malade mourut en effet sans agonie le 5 septembre.

A l'ouverture du corps on trouva, outre une infiltration générale du tissu cellulaire, un hydrothorax assez considérable, un œdème du poumon droit avec un état de splénisation du poumon gauche, et quelques fausses membranes assez récentes infiltrées.

Le foie était de couleur ardoisée, rapetissé, mollasse ; quand on l'incisait, il s'échappait de tous côtés du parenchyme une sérosité huileuse. La rate était également molle et se déchirait avec une grande facilité, en fournissant une sérosité sanguinolente noirâtre.

Mais l'altération la plus remarquable était celle des reins ; ils étaient de couleur ardoisée, mais pointillés et tachetés ; on aurait dit des milliers de taches du purpura sur un fond gris-pâle. On enlevait la membrane propre du rein avec une grande facilité, ce qui n'a pas lieu dans l'état ordinaire, ainsi que nous en fîmes l'expérience sur un rein appartenant à un autre cadavre. Le volume des reins était d'ailleurs considérablement accru ; leur intérieur était pareillement d'une couleur ardoisée. Les substances corticales ardoisées, d'un aspect corné, cendré, étaient évidemment malades, et différaient notablement, par leur couleur, leur consistance, des deux autres reins dont il a été parlé. Il n'y avait aucun liquide dans les bassinets, et les uretères n'étaient pas malades.

Cette altération des reins nous parut être le premier degré de la maladie de Bright ; c'était elle sans doute qui avait produit l'hydropisie. Mais cette hydropisie était accompagnée d'une telle prostration, d'une décomposition si rapide de certains tissus, comme la peau et le tissu cellulaire, qu'il paraît présumable que le sang et les fluides séreux avaient éprouvé quelqu'altération particulière. En effet, cet homme était jeune, d'une constitution robuste ; il avait des muscles rouges et bien développés ; la lésion du poumon était insignifiante. Ce qui semble militer encore en faveur d'une altération humora-

le, ce sont les hémorrhagies qu'on eut beaucoup de peine à faire cesser.

L'altération humorale dont nous venons de parler a également paru flagrante dans les varioles et les varioloïdes compliquées de purpura dont nous avons parlé plus haut, ainsi que dans l'observation suivante.

Purpura hemorrhagica febrilis.

Un terrassier âgé de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital le 7 octobre 1840. Depuis 5 jours il éprouvait de la céphalalgie, des nausées, du frisson, de la courbature, de l'anorexie; la figure était colorée, les yeux injectés, la déglutition douloureuse, l'épigastre sensible à la pression, le ventre météorisé. Le pouls avait de la fréquence, de la dureté : chaleur considérable. On pratique une saignée de trois palettes ; le sang était couvert d'une couenne épaisse verdâtre, privé de caillot, mais abondant en sérum. On ne tarda pas à remarquer sur le tronc une multitude de taches rosées, confluentes, sur un fond blanc, disparaissant par la pression. Quelques-unes sont d'un rouge intense, violettes au centre, et ne s'effaçant pas sous le doigt qui les presse. On remarquait çà et là quelques pustules varioleuses naissantes.

Le 8, les taches étaient plus nombreuses et formaient de véritables ecchymoses, et avaient envahi les membres; il y en avait aussi sur les conjonctives. Ces symptômes généraux augmentent; le caractère hémorrhagique que prend la maladie fait changer la médication. On prescrit l'extrait de ratanhia, une potion astringente avec le sirop de quinquina et l'eau de Rabel.

Le 9, le nombre des ecchymoses s'est encore accru, elles ont envahi les pieds et les mains; il y a des selles sanguinolentes sans diarrhée, encore c'est presque du sang pur; il s'en exhale également par l'estomac et les poumons. Le pouls est faible, bat 115 fois par minute ; on entend avec peine les battemens du cœur, qui sont couverts par une espèce de ronflement de la respiration. Le malade a des hoquets presque continuels. Une légère plaie du gros orteil fournit également du sang. Le malade ayant voulu se lever pour aller à la selle, fit une chute dans laquelle il expira avec l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du corps, faite trente-neuf heures après la mort, on trouva l'extérieur des meninges recouvert du sang noir qui abondait aussi dans les sinus occipitaux. Les ventricules contenaient une faible proportion de sérosité sanguinolente.

Le péricarde contenait un peu de sérosité à peine sanguinolente. Les cavités cardiaques étaient remplies d'un sang très fluide ; on ne trouva que dans l'aorte ascendante des caillots décolorés et verdâtres. La face interne des gros vaisseaux et des cavités du cœur est de couleur lie-de-vin.

Le poumon gauche, fortement engoué à sa partie inférieure, contient un sang noir et fluide; son tissu se déchire avec une grande facilité. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée artère et des bronches, est presque partout ecchymosée et recouverte en quelques points d'une écume sanguinolente. L'estomac contient environ un demi-verre de liquide sanguinolent; sa membrane muqueuse offre un grand nombre de plaques noires ecchymotiques, où le sang paraît combiné avec le tissu membraneux. Le duodénum n'offre que quelques points rosés ; il y en au contraire un grand nombre dans les gros intestins. Le foie, qui paraît d'ailleurs dans l'état normal, présente toutefois de petites ecchymoses dans le voisinage de la veine porte.

Les reins, privés de leur enveloppe, laissent aussi apercevoir quelques ecchymoses.

La membrane muqueuse de la vessie est intacte; mais au lieu d'urine, on trouve environ 60 grammes de sang avec quelques caillots.

La surface des conduits prostatiques et séminaux, ainsi que que celle des conduits salivaires du sac lacrymal, ne présente aucune altération. Les muscles incisés n'ont également rien présenté de particulier (biceps, brachial, psoas).

Double pneumothorax. Deux fistules pulmonaires, dont l'une, ancienne, était guérie, et dont l'autre, récente, avait causé la mort.

Un jeune homme de vingt ans, atteint d'un pneumothorax du côté droit, qui s'était long-temps soutenu, et conservait même une assez bonne figure, faiblit tout à coup et mourut le 3 novembre.

A l'autopsie, pratiquée le 5, le poumon du côté où existait l'épanchement d'air et d'eau, avec un bruit de succussion, était réduit à la grosseur d'un œuf, et aplati sur la colonne vertébrale; il y avait en outre des fausses membranes provenant d'une pleurésie chronique. On poussa en vain de l'air dans la trachée, aucune fistule ne fut découverte à droite, tandis qu'il pénétrait largement du côté opposé, quoique ce dernier eût rendu pendant la vie un son mat qui éloignait toute idée d'épanchement gazeux dans la cavité de la plèvre. Mais bientôt on découvrit à la base du poumon une large ouverture de deux centimètres, qui communiquait avec une caverne fort ancienne, traversée par des brides et tapissée de fausses membranes. Presque tout le reste du poumon, qui n'avait pas été détruit par la caverne, était tuberculeux et imperméable. En disséquant le poumon du côté opposé, siége du pneumothorax pendant la vie, on trouva une ouverture fistuleuse qui s'était cicatrisée, et qui avait autrefois communiqué avec une ancienne caverne affaissée sur elle-même. L'air ne passant plus par cette fistule oblitérée, le malade restait *in statu quo* avec deux cavernes affaissées, une portion du poumon sain faiblement comprimée, qui pouvait encore servir à la respiration, n'ayant d'ailleurs ni expectoration purulente, ni fièvre, ni dévoiement. Il aurait pu sans doute vivre ainsi quelque temps encore, si la caverne du poumon gauche ne s'était rompue et n'avait produit un énorme épanchement d'air dans la cavité de la plèvre ; de là une forte compression sur le poumon qui servait le plus à la respiration, et la mort prompte.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est qu'une fistule qui avait donné lieu à un pneumothorax s'était cicatrisée, et qu'elle aurait pu être suivie de la guérison si la caverne de l'autre poumon, affaissée et en voie de cicatrisation, ne s'était pas rompue. En effet, les deux cavernes étaient anciennes, et n'avaient détruit que les sommets des poumons, dont une grande partie servait encore à respirer : il n'y avait ni sueurs nocturnes, ni dévoiement, etc.

Etat puerpéral aggravé par des imprudences. Ramollissement et perforation de l'estomac. Mort.

Une jeune femme de dix-neuf ans, ayant éprouvé beaucoup de privations pendant sa grossesse, avait ressenti au huitième mois de vives douleurs à l'estomac, suivies de vomissemens. Accouchée très heureusement depuis quatre jours, elle eut l'imprudence de se lever et de s'exposer au froid le 14 janvier. Les lochies se supprimèrent; des vomissemens précédèrent de très peu des accidens cérébraux, qu'on combattit par une saignée du bras et une application de sangsues; mais en même temps, des alimens, du vin chaud furent imprudemment administrés à l'insu du médecin.

Le 24 janvier, quand cette femme entra à l'hôpital, elle était dans la prostration la plus complète, avait la bouche sèche et les dents fuligineuses, une chaleur et une soif intense, des vomissemens ; le ventre était tendu, sensible à la pression ; les urines supprimées depuis vingt-quatre heures. L'intelligence était très obtuse ; le pouls fréquent, petit, filiforme ; la figure très altérée. La malade fut sondée, et rendit 5 ou 600 grammes d'urine brune, fétide.

Le 25, l'état de la malade n'étant pas amélioré, et le pouls s'étant un peu relevé, on appliqua trente nouvelles sangsues sur l'abdomen ; on prescrivit en outre des frictions avec l'onguent napolitain (4 grammes *bis*), des cataplasmes, des lavemens émolliens.

Le 26, le ventre est moins ballonné; mais à la prostration viennent se joindre des urines, des selles involontaires, du délire; le pouls conserve toujours de la consistance. Vingt nouvelles sangsues sont encore appliquées sur l'abdomen, et la dose de l'onguent napolitain est doublée.

Le 27, le pouls conserve encore de la résistance; la malade est très agitée, divague et parle à haute voix.

Le 28, le pouls prend plus de fréquence; la prostration s'accroît ; délire bruyant pendant toute la nuit; ventre souple, mais sensible à la pression. *Lavement camphré* ; continuation des frictions mercurielles. Accroissement des symptômes; mort dans la nuit.

A l'ouverture cadavérique faite trente-deux heures après la mort, le crâne et la poitrine n'offrent rien d'important à noter.

Abdomen. Un verre de sérosité citrine était épanché dans le bassin, quoi qu'il n'y ait nulle trace d'inflammation à la surface du péritoine. L'utérus a le volume d'un œuf d'oie; sa surface interne est grisâtre, remplie de caillots noirâtres et de débris de placenta. Les veines et les ganglions lymphatiques ne présentent rien de particulier.

Le foie est d'une couleur jaune intense; la vésicule du fiel contient avec une bile claire, aqueuse, un grand nombre de calculs biliaires de diverses grandeurs.

Sur la grande courbure de l'estomac, vis-à-vis l'insertion de l'œsophage, on remarque une teinte grise, de trois centimètres de long sur un de large; dans ce point existe un éraillement qui a livré passage à environ 60 grammes de sérosité noirâtre épanchée dans la cavité du péritoine, et tout à fait semblable à celle que renferme encore l'estomac.

La face interne de l'estomac présente dans le grand cul-de-sac une surface de la grandeur de six ou huit centimètres, d'une teinte rouge vineuse fortement arborisée, et formant un réseau vasculaire bleuâtre; cette surface est très ancienne par suite de la destruction des tuniques internes, et presque réduite à la couche séreuse extérieure formée par le péritoine, qui est intacte. Un peu plus bas, dans la même direction, la membrane muqueuse est totalement détruite dans la longueur de dix centimètres sur cinq de large; et là se trouve une ulcération dont le fond, infiltré de sérosité, s'appuie sur le péritoine éraillé en plusieurs endroits et criblé de pertuis.

La cause de cette maladie est patente. Cette jeune femme était dans la misère ; elle ne faisait usage que de mauvais alimens quand elle ne souffrait que de privations, et peut-être avait-elle encore quelques-uns de ces goûts bizarres qui portent les femmes enceintes à se nourrir de substances nuisibles, indigestes. Dans tous les cas, il y a dans ce fait un grave enseignement qui montre jusqu'à quel point les privations, la misère détruisent les constitutions les plus vigoureuses. C'était, en effet, pour la première fois que cette jeune femme accouchait, après une conception qui remplissait un vœu de la nature et n'était que l'exercice d'une fonction; mais des besoins non satisfaits, des souffrances, des alimens de mauvaise nature ont enflammé l'estomac ; puis après l'accouchement, des imprudences sont venues aggraver le mal. C'est alors qu'il n'y avait plus de guérison possible, que la malade a pu recevoir les soins dont elle avait besoin ! Combien de femmes imprudentes venues de divers points de la France, périssent ainsi chaque année à Paris !

On peut rapprocher l'observation suivante de celle qui précède.

Ramollissement des parois de l'estomac. Tubercules miliaires. Cicatrices dans les poumons.

Une femme d'une trentaine d'années, vivandière, nous fut apportée sans connaissance de la caserne de l'Ecole Militaire, le 15 novembre. Cette femme, déjà malade et en proie à de vifs chagrins, avait, dans un moment de désespoir, avalé une dose considérable d'eau-de-vie pour s'empoisonner. La langue était rouge, la soif vive; les vomissemens se succédaient, et rendaient toute ingestion de boissons et d'alimens liquides impossibles. L'épigastre était très douloureux à la pression, il y avait de la diarrhée ; un délire frénétique obligea de mettre la camisole à la malade. Elle mourut le troisième jour de son entrée, nonobstant un traitement antiphlogistique et dérivatif très actif.

A l'ouverture du corps, on trouva la membrane muqueuse correspondante au grand cul-de-sac, très ramollie, usée et presque entièrement détruite en divers points; en sorte que la paroi stomacale n'était plus formée que par le péritoine. Le ventricule était très ample, ainsi que tout le reste du tube digestif, ce qui indique que le sujet mangeait et buvait beaucoup. Le cadavre avait assez d'embonpoint, quoiqu'on eût affirmé que la malade eût beaucoup maigri en peu de jours. Le foie était d'une couleur jaune et à l'état graisseux. Le fait de cette altération nous engagea à examiner les poumons, et ce ne fut pas sans surprise que nous trouvâmes à leur sommet une grande quantité de tubercules miliaires. Le poumon droit offrait même une petite caverne affaissée, des tubercules cicatrisés, de petites masses tuberculeuses infiltrées, des cicatrices bien caractérisées. Evidemment cette femme avait été phthisique ; elle avait guéri et repris son embonpoint, et il n'est point douteux qu'elle eût pu vivre encore long-temps avec les lésions qu'elle portait dans la poitrine.

Il est très présumable que chez cette malade, qui a succombé presque au même genre de mort que la précédente, l'abus d'un régime excitant avait depuis long-temps disposé l'estomac à contracter une phlegmasie qu'une forte dose d'eau-de-vie ne pouvait que développer rapidement, ou bien aggraver si elle existait déjà. Cette dernière supposition est d'autant plus probable que l'origine de la lésion principale des parois de l'estomac semblait remonter à une époque reculée.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

Soins que réclame l'enfant après sa naissance.

Quand la tête a franchi les parties génitales, il est essentiel qu'elle soit à découvert et exposée à l'œil de l'accoucheur ; il faut par conséquent avoir soin de relever les couvertures. Après sa naissance, l'enfant doit être placé entre les jambes de sa mère, la tête élevée et à l'abri du contact des liquides qui sortent de la vulve.

Quelques accoucheurs pensent qu'on doit séparer, immédiatement après sa naissance l'enfant de sa mère ; d'autres, parmi lesquels M. Dubois, sont au contraire d'avis d'attendre quelques instans avant de pratiquer la section du cordon.

Pour séparer l'enfant de sa mère, deux petites opérations sont nécessaires : 1° la section du cordon, 2° sa ligature. Différentes opinions ont été émises sur celle de ces deux opérations qu'il convient de faire la première : il faut pratiquer la section avant la ligature, suivant les uns, parce que de la sorte l'on peut vider le cordon du sang ou de la lymphe qu'il renferme, le laisser saigner quelques instans si besoin en est, et parce qu'il est plus facile ainsi d'éviter la compression des tumeurs qui pourraient se trouver à la base du cordon.

1° Faire saigner le cordon n'est chose utile que lorsqu'il existe une congestion provoquée par la trop longue durée du dernier temps du travail ; dans les cas ordinaires, cette précaution est inutile.

2° L'on croyait autrefois que si l'on n'exprimait pas du cordon la lymphe et le sang qui s'y trouvaient contenus, cette circonstance pouvait déterminer certaines maladies; mais cette opinion n'a plus cours.

3° Eviter la compression d'une hernie ombilicale qui pourrait être comprise dans la ligature ; cette raison tombe d'elle-même du moment où l'on peut avoir les yeux sur le cordon, et que l'on ne fait pas la ligature sous les couvertures.

D'où il faut conclure que l'on peut faire sans aucun inconvénient la ligature du cordon avant la section. Et il vaut mieux procéder de cette façon dans le cas où l'on se trouverait obligé de ne pas veiller sur l'enfant : alors il est d'une certaine importance de commencer par la ligature, car autrement l'on pourrait avoir quelques accidens à redouter. Lorsque le cordon est très gras et qu'il contient beaucoup de lymphe, l'on doit opérer la section tout d'abord, pour qu'il soit plus facile de faire revenir le cordon sur lui-même avant que la ligature ne soit appliquée.

Pour opérer la section du cordon ombilical, l'on doit se servir de ciseaux.

Quant à la ligature, quelques personnes disent qu'elle agit ici comme dans l'opération de l'anévrisme; c'est pourquoi elles préfèrent une ligature ronde. Mais cette opinion n'est pas fondée. L'on prend pour cela plusieurs fils cirés. La ligature doit être appliquée à peu près à trois travers de doigt de l'ombilic, un peu plus, un peu moins. Cependant, il ne faut pas trop se rapprocher des parois abdominales, car l'on a vu en négligeant cette précaution l'artère ombilicale s'enflammer, et l'inflammation se propager à l'artère iliaque et déterminer la mort. Or, ce phénomène pathologique pouvait bien dépendre de ce que la ligature avait été faite trop près de l'ombilic.

Quant à la base du cordon il existe une tumeur, le plus souvent c'est une hernie qui la constitue; dans ce cas il ne faut lier le cordon qu'au-dessus de cette tumeur, et bien se garder de la comprendre dans la ligature. M. P. Dubois a vu, dans un village des environs de Paris, une hernie ombilicale comprise dans la ligature du cordon. Celle-ci déjà avait coupé la peau et l'anse de l'intestin ; l'enfant ne tarda pas à succom-

ber. Quelquefois, au lieu d'une partie de l'intestin, c'est la vessie qui peut venir faire hernie dans le cordon et être comprise dans la ligature.

La ligature doit être faite par un double tour fortement serré, surtout quand le cordon est œdématié; car si cette précaution n'était pas prise, il pourrait se faire qu'il survînt une hémorrhagie, comme cela est arrivé à bien des accoucheurs, et à M. P. Dubois lui-même.

Est-il besoin de plusieurs ligatures, ou bien une seule ne suffit-elle pas? Quelques acoucheurs ont conseillé de pratiquer deux ligatures sur la partie du cordon adhérente à l'ombilic; d'autres en appliquent deux: l'une sur le bout fœtal, l'autre sur le bout placentaire. Toutes ces précautions sont inutiles: une seule ligature bien faite suffit toujours.

L'on a dit que la ligature du cordon ombilical était inutile, parce que la respiration une fois établie, l'écoulement du sang cessait de lui-même. Cela est vrai dans le plus grand nombre des cas, et c'est un exemple de dérivation naturelle des plus remarquables; le sang alors change de direction, il quitte le placenta pour se porter vers les organes de la respiration. Doit-on en conclure que la ligature est inutile? La simple observation suffit pour résoudre cette question. Il arrive quelquefois que le sang continue de couler après la section du cordon, quoique la respiration soit parfaitement établie. M. P. Dubois a vu à la Maternité, un enfant succomber à une hémorrhagie du cordon ombilical pendant que lui et les élèves donnaient des soins à la mère, chez laquelle il était survenu quelques accidens. Une autre femme est prise d'hémorrhagie pendant le travail; on ponctionne les membranes, l'utérus se rétracte et l'hémorrhagie cesse. Au bout de quelque temps, cette femme mit au monde un enfant très vivace; on oublie de lier le cordon, M. P. Dubois s'en aperçoit, mais il n'était plus temps, l'enfant expirait. Ces faits, qui sont loin d'être rares, prouvent que la ligature du cordon est nécessaire.

Pour la ligature à appliquer sur le bout placentaire du cordon, on l'a conseillée, parce que l'on pensait qu'il existait entre l'utérus et le placenta une circulation directe, et qu'en ne pratiquant pas cette ligature la mère était exposée à une hémorrhagie; mais ces deux assertions ne sont pas fondées. Il peut arriver, il est vrai, quand il y a deux jumeaux, une hémorrhagie ombilicale après la sortie du premier enfant; mais alors, c'est du deuxième enfant et non pas de la mère que viendra le sang. Dans ce cas seulement, la double ligature est nécessaire. Quelques accoucheurs ont dit que la stase du sang dans le placenta aidait à son décollement, remplaçant ici les injections que l'on emploie quelquefois dans le but d'opérer ce décollement. L'on peut aussi, comme moyen de propreté, lier le bout placentaire du cordon; c'est dans cette intention que M. P. Dubois pratique cette ligature. D'autres accoucheurs l'ont repoussée, parce qu'elle détermine la stase du sang dans le placenta. L'on vient de voir que c'est dans le but de provoquer cette stase du sang, que quelques accoucheurs ont donné le conseil d'opérer cette ligature.

L'on a conseillé, quand les fesses se présentent et que les membres abdominaux sont relevés sur l'abdomen du fœtus, de dégager ces membres pour éviter la compression des viscères contenus dans le ventre; mais cette manœuvre est tout-à-fait inutile et ne saurait remplir le but qu'on se propose. Faut-il, dans ces mêmes présentations, soutenir le périnée? Cette précaution n'est pas aussi nécessaire que dans les présentations du sommet, car souvent les enfans qui viennent dans ces positions sont moins volumineux que ceux qui se présentent par le sommet; il y a cependant à cette assertion de nombreuses restrictions à faire.

Dans le cas d'irrégularité des présentations pelviennes, l'on a donné le conseil de replacer les parties dans des conditions plus favorables; mais ces tentatives sont inutiles, les efforts naturels, dans la plus grande majorité des cas, corrigent eux-mêmes ces irrégularités. Dans le cas où la nature reste impuissante, c'est au forceps qu'il faut avoir recours, et non pas aux doigts qui sont trop faibles pour opérer cette modification de la présentation.

Nettoyage de l'enfant. — Les enfans, à leur naissance, sont recouverts d'un enduit graisseux, variable quant à son épaisseur, mais qui existe toujours. Quelques auteurs ont dit qu'il vallait mieux laisser cet enduit que de le faire disparaître, parce qu'il servait à éviter l'action du contact de l'air. D'autres ont conseillé avec raison de nettoyer l'enfant. On s'est prévalu, pour donner ce conseil, de ce que les animaux mettaient le plus grand soin à nettoyer leurs petits.

Cet enduit est difficile à enlever à l'aide d'un linge seul; il faut le délayer avec un peu d'huile, de cérat, de beurre, un jaune d'œuf, etc., et frotter très légèrement avec la main, puis on lave l'enfant avec une éponge, et autant que possible à grande eau. Le médecin doit surveiller cette petite opération, il doit prendre garde que l'eau ne soit ni trop froide, ni surtout trop chaude. L'on croit généralement qu'il est nécessaire d'ajouter à l'eau un liquide spiritueux: si c'est en petite quantité, il n'y a nul inconvénient; mais si la quantité est considérable, le médecin doit s'y opposer; c'est tout au plus s'il convient d'y recourir quand l'enfant est chétif et débile.

Le cordon ombilical doit être protégé par un linge qui présente une ouverture propre à recevoir le cordon, et par un petit bandage. Ce petit appareil n'est ici qu'un moyen de protection insuffisant pour prévenir les hernies ombilicales.

Habillement. L'enfant qui vient de naître ne possède pas une faculté de calorification égale à celle de l'adulte; pour cette raison, il faut que les vêtemens qui doivent le recouvrir soient chauds, surtout en hiver. La peau, chez le nouveau-né, est très vasculaire, elle contient beaucoup de filets nerveux, et par ces motifs, elle est très délicate et très sensible à l'action des excitans étrangers; c'est pourquoi il faut que les tissus qui doivent être en contact avec elle soient mous. Chez le nouveau-né, il y a des organes qui doivent subir de grandes métamorphoses: ainsi, le trou de Botal, le canal artériel ne sont pas encore fermés; la respiration n'est pas encore complète; c'est une sorte d'animalité inférieure: il faut donc que les vêtemens soient larges pour que le corps soit libre, et la liberté de la respiration entière.

Il y a, chez les enfans, des sécrétions qui se font à l'insu des personnes chargées de leur donner des soins; il faut donc que les vêtemens soient convenablement disposés pour l'enlèvement facile de ces matières. La partie supérieure du vêtement sera donc peu mobile, et pour la partie inférieure ce sera le contraire.

Le vêtement de tête ne sera pas trop chaud, pour ne pas provoquer de congestions cérébrales auxquelles les enfans sont très sujets; d'une autre part, ils ne seront pas légers non plus, car les petits enfans transpirent beaucoup de la tête. Il se composera d'un premier bonnet, sorte de calotte de flanelle, et d'un autre bonnet d'étoffe légère; en été, la flanelle sera supprimée. Pour la poitrine, une chemise courte, fine, une brassière de flanelle et une autre plus légère; sur le tout un petit fichu. Les Anglais sont dans l'usage de découvrir les bras et la poitrine de leurs enfans; cette mode, qui s'introduit en France, est très défavorable, à cause de l'inégalité de la température.

Pour la partie inférieure du corps, l'on se sert: 1° d'une serviette pliée en fichu, de façon à laisser aux jambes toute liberté de mouvemens, et dont on relève l'angle inférieur entre les jambes; 2° de deux langes, l'un de flanelle, l'autre de toile; il faut les laisser tomber, et ne pas les relever par leur extrémité inférieure, ainsi que cela se pratique en Angleterre. Pour éviter l'action du froid sur les jambes, l'on emploie de petits bas qui remontent jusqu'à la partie inférieure des cuisses. Le *maillot*, employé autrefois, convient parfaitement pour les enfans dont les parens mènent une vie nomade.

Le coucher se compose de plusieurs pièces, dont quelques-unes peuvent être renouvelées avec facilité: un berceau, une paillasse de balle d'avoine, un oreiller tout simplement de plume. Le berceau doit être pourvu de rideaux verts et épais, pour éviter tout courant d'air et l'action de la lumière. Quelques personnes disent qu'il faut se garder de bercer les enfant, parce qu'alors, chez eux, le sommeil est maladif; M. P. Dubois n'est point de cet avis; et s'il défend de les bercer, c'est qu'ils en contractent l'habitude, et que plus tard ils ne peuvent plus s'endormir sans être bercés. Le parti le plus simple est de placer les enfans dans leur berceau et de les abandonner à eux-mêmes. Si d'abord ils crient, ils ne tarderont pas à s'endormir sans crier.

L'exposition du berceau à la lumière ne présente aucun inconvénient, et la crainte que l'on a de voir le strabisme se développer chez les enfans ainsi placés, n'est nullement fondée.

DE L'INCONTINENCE D'URINE.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Par M. le docteur CIVIALE.

(Suite du numéro 122.)

On peut établir autant d'espèces d'incontinence d'urine qu'il y a d'états morbides du corps et du col de la vessie, des tissus voisins et de l'urètre, capables d'y donner lieu. Nous avons vu, en étudiant la stagnation et la rétention de l'urine dans son réservoir, qu'un moment arrive où l'urine s'écoule par gouttes, d'une manière plus ou moins continue, sans que le malade en soit averti. Nous avons également observé ce phénomène dans l'atonie et la paralysie vésicales, les maladies de la prostate, les fongus et le cancer de la vessie, quelques cas de pierre, etc. Dans toutes ces circonstances, une fois que le réservoir est rempli autant que le comporte sa capacité, l'urine coule par l'urètre à mesure qu'elle arrive des reins, sans que le viscère fonctionne, comme cela se voit, soit quand les uretères s'ouvrent à l'extérieur, chez les sujets atteints du vice de conformation improprement appelé extrophie de la vessie, soit lorsque après la cystotomie, et pour quelque maladie de l'appareil urinaire, on laisse une sonde non bouchée à demeure dans cet organe. On conçoit qu'il importe de déterminer quel est l'état morbide auquel l'écoulement involontaire de l'urine se rattache, puisque de là doivent découler et la conduite à tenir et les résultats probables du traitement.

Chaque espèce d'incontinence a des caractères propres et réclame des moyens spéciaux de traitement qui rentrent dans l'histoire de chaque état morbide de l'appareil urinaire, dont le flux involontaire de l'urine est la conséquence. Ce qu'il importe dans le traitement, c'est de préciser chaque cas avec exactitude: mais il ne faut pas perdre de vue que souvent la vessie ne peut pas se débarrasser de son contenu, et que le seul moyen de faire cesser l'incontinence est d'écarter les obstacles qui peuvent exister dans l'urètre ou au col de la vessie, et de ranimer la contractilité vésicale. Ayant fait connaître dans un article précédent les moyens à mettre en usage, je me bornerai à présenter quelques remarques sur différentes médications accréditées dans la pratique, à l'égard desquelles il me paraît que les opinions ne sont pas encore bien arrêtées.

De tous les moyens propres à combattre l'incontinence d'urine, il n'en est aucun sur lequel on puisse à plus juste titre compter que sur les injections et les irrigations. J'ai retracé ailleurs les précautions qu'il convient de prendre pour leur donner toute l'efficacité qu'elles sont susceptibles d'avoir. Quant à la manière de les pratiquer, elle ne diffère point de ce qu'elle est dans l'atonie vésicale. C'est donc sur la nature du liquide à introduire que je veux surtout appeler l'attention. J'ai employé contre l'incontinence d'urine plus ou moins liée à l'atonie de la vessie la plupart des liquides indiqués par les auteurs: l'eau ordinaire, à une basse température m'a paru mériter la préférence dans le majorité des cas; elle réussit généralement et n'expose pas aux accidens qu'entraînent trop souvent d'autres injections. Cependant, il lui arrive quelquefois, même quand on la refroidit jusqu'à un degré voisin de la congélation, de ne pas provoquer les contractions vésicales, sans lesquelles on ne peut compter sur une guérison, même incomplète. On a eu donc recours à d'autres moyens. Les injections astringentes, balsamiques, vineuses, sulfureuses, cantharidées, celles même de nitrate d'argent en solution, comptent des partisans, qui n'ont pas craint de les employer pendant long-temps et à haute dose. Mais, parce que certains malades ont supporté impunément ces injections, et parce que la réaction qu'elles font naître a produit de bons effets chez d'autres, je ne pense pas qu'on soit fondé à les ériger en méthode générale de traitement. Tandis qu'il y a des médecins timides qui reculent devant l'emploi des injections simples ou légèrement stimulantes dans la vessie, d'autres n'hésitent pas à pousser dans ce viscère 30 à 60 gouttes de teintures de cantharides, plusieurs onces de baume de copahu, ou un vin généreux bouilli avec de l'écorce de chêne. Ce n'est évidemment ni dans la conduite méticuleuse des uns, ni dans les prescriptions hasardées des autres qu'on trouve les bases d'une pratique rationnelle. J'ai fait connaître, à l'égard de ces injections, la marche que l'expérience m'a tracée. En procédant avec plus d'énergie, on s'expose à susciter des accidens graves que l'art ne peut plus ensuite arrêter, ni même modérer, et, de ce que ces accidens n'ont pas toujours lieu, on aurait grand tort de conclure qu'ils n'arriveront jamais.

Ce n'est pas seulement par excès dans la dose des principes médicamenteux qu'on a péché: on n'a pas mis non plus de réserve dans le mode adopté pour procéder aux injections. Il est des praticiens qui les réitèrent coup sur coup, et qui laissent des liquides irritans en permanence dans la vessie. Or, ces liquides peuvent provoquer des inflammations d'autant plus graves que, s'il s'agit, par exemple, d'une vessie à cellules, leur action devient très circonscrite et se prolonge indéfiniment. D'ailleurs, on a coutume, pour faire garder ces injections plus long-temps et avec plus de facilité, de les réduire à la faible quantité d'une à trois onces, en sorte que si la vessie est très spacieuse, comme il arrive le plus communément, elles n'agissent guère que sur le col et le bas-fond. Des accidens ont été le résultat de cette pratique. Dans un cas cité par un de nos confrères, on injecta d'abord du baume de copahu, auquel on substitua bientôt quatre ou cinq gouttes de teinture de cantharides, dont la dose fut même portée une fois jusqu'à environ une cuillerée à café. Cette injection fut suivie de douleurs et d'urines brûlantes, fréquemment et douloureusement expulsées; les douleurs, assez fortes pour arracher des cris au malade, se propagèrent aux reins et aux viscères abdominaux: il fallut recourir aux calmans. Plus tard, l'urine entraîna de longs lambeaux de muqueuse vésicale, ou peut-être seulement de fausses membranes. Ce ne fut qu'à la longue qu'on parvint à faire cesser les désordres; encore resta-t-il une grande sensibilité de la vessie. Dans un autre cas, le baume de copahu, injecté à la dose de deux onces, détermina une inflammation vive de la vessie, avec ardeur d'urine et pissement de sang. Dans un troisième, vingt gouttes de teinture de cantharides, étendues de soixante-quatre grammes d'eau, firent naître des ardeurs d'urine et une hématurie. Chez une femme, une cuillerée à café de la même teinture, dans trois cuillerées à bouche d'une eau aromatique, excitèrent de fréquentes envies d'uriner et des douleurs pour les satisfaire; l'urine devint sanguinolente, mais il n'y eut pas de réaction fébrile. L'incontinence cessa pendant quelques jours, et reparut plus tard. On eut de nouveau recours aux injections cantharidées, à la dose de cinq cuillerées pour deux onces d'eau; aucune réaction n'eut lieu, ce qui fit présumer que la teinture était mal préparée. En effet, une seule cuillerée d'une autre préparation détermina une vive excitation et une inflammation qui résista pendant cinq jours aux antiphlogistiques. Nouvelle amélioration, aussi peu durable que la première. Quelque temps après, on recommença le traitement; aux injections, on associa l'usage du vin martial, de l'extrait de noix vomique, des alimens toniques, des lotions avec la décoction de quinquina, et en continuant long-temps on obtint la guérison.

Il est arrivé ici ce qui se voit souvent lorsqu'on provoque des réactions brusques et violentes; les effets obtenus ne se soutiennent pas, et il faut recommencer. On dit être parvenu à enrayer les accidens qui avaient surgi, et l'on s'applaudit de ce qu'en définitive il y a eu guérison. Mais une pratique si aventureuse s'accorde-t-elle avec la prudence qui doit distinguer le médecin de l'empirique? Pour qu'elle pût être recommandée en conscience, il faudrait qu'on possédât des moyens certains et de ne produire que le degré d'excitation nécessaire, et de la faire cesser au moment où elle ne serait plus utile. Or, nous sommes bien loin d'une telle précision, sans laquelle on ne sait dans quelle route on se jette, ni à quels dangers on expose les malades. S'agit-il d'ailleurs d'une incontinence accidentelle récente? à quoi bon une médication qui peut compromettre la vie, quand on sait que cette infirmité cède à des moyens doux, inoffensifs, d'une application facile et sûre. Est-il question d'une incontinence complète, continue, ancienne? L'expérience démontre sans réplique qu'on ne peut en attendre la guérison que d'un traitement très long, conduit avec beaucoup de ménagement, gradué d'une manière méthodique, et que les améliorations dues à des réactions brusques ne se soutiennent pas.

Les heureux résultats qu'on obtient des injections simples dans le traitement de plusieurs maladies de la vessie ne doivent pas faire oublier qu'il y a des cas où l'application de ce moyen présente des difficultés, où elle est même impraticable. Or, plusieurs de mes confrères en abusent de toute évidence puisqu'ils le recommandent d'une manière à peu près absolue. Personne n'ignore néanmoins que, chez le vieillard spécialement, les lésions de la prostate et les productions mor-

bides du col de la vessie, rendent l'introduction de la sonde douloureuse à tel point qu'en dernière analyse les injections font souvent plus de mal que de bien. Ajoutons en outre que, dans la plupart des cas, le cathétérisme présente assez de difficultés pour qu'il ne puisse être pratiqué sans danger que par un très petit nombre de chirurgiens.

Il y a d'autres moyens qui doivent remplacer les injections quand elles sont contre-indiquées, et auxquelles d'ailleurs, on se trouve souvent très bien de recourir, alors même que les injections sont praticables, parce qu'ils ont pour résultat d'aider l'action de ces derniers et de rendre la guérison plus plompte. En première ligne se placent les sondes à demeure, introduites et fixées avec précaution. Je les ai fréquemment employées chez des sujets atteints d'incontinence par accumulation de l'urine dans la vessie frappée d'atonie et dont le col vésical offrait en outre des fongus ou une tumeur prostatique. La sonde à demeure produit deux effets; elle procure une voie facile au liquide et elle tend à rétablir la direction de la partie prostatique de l'urètre, en déprimant la tumeur qui la dévie.

On a proposé, et moi-même j'ai souvent employé les bains froids, les immersions dans l'eau froide. A la vérité, l'emploi de ces moyens est quelquefois contre-indiqué par des dispositions individuelles, étrangères à l'appareil urinaire. Mais quand le malade peut les supporter on en obtient de bons effets. Les bains de mer remplissent la même indication et avec plus de succès encore. La natation ne peut qu'ajouter à l'efficacité de ces immersions.

C'est dans le même but qu'on a recours aux applications locales et spécialement aux douches froides sur le périnée, le pubis, la partie interne et supérieure des cuisses. J'ai eu mille fois occasion de m'en louer.

Lorsque les douches, les applications et les bains froids sont contre-indiqués, on prescrit avec avantage les bains sulfureux, les douches sulfureuses chaudes; les bains aromatiques et toniques, répétés d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, m'ont assez bien réussi chez les petits enfans, et d'autres praticiens, M. Lallemand, par exemple, les louent également. Les frictions aromatiques au sortir de l'eau en favorisent l'action. En général, ces moyens demandent à être employés pendant long-temps, surtout dans les cas graves. Il convient alors de les suspendre une ou plusieurs fois pendant la durée du traitement, soit pour éviter que l'habitude n'en émousse les effets, soit pour laisser reposer la peau.

Les révulsifs, même les plus énergiques, ne doivent pas être négligés. L'incontinence d'urine, qui se rattache à une lésion de la moelle épinière les exige plus impérieusement que tout autre. J'ai également eu à me féliciter, dans d'autres cas, d'avoir appliqué des vésicatoires volans, en grand nombre, sur le sacrum, sur la partie interne des cuisses et l'hypogastre. La pommade stibiée peut être utile aussi. Mais il ne faut pas recourir à cette classe de moyens lorsque l'incontinence tient à un raccornissement de la vessie, avec irritabilité excessive du col vésical et de l'urètre; ils m'ont paru alors ne faire qu'aggraver l'affection, tandis que les préparations opiacées, la belladone, les adoucissans, procurent un soulagement marqué.

Les médicamens administrés à l'intérieur ou par la méthode endermique, paraissent mériter peu d'attention. On a vanté surtout l'aconit, les préparations alumineuses et balsamiques, le camphre, les cantarides, la créosote, le fer, l'iode, l'or, le quinquina, la sabine, la noix vomique, le seigle ergoté et une foule d'autres substances encore, sans oublier l'électricité. La plupart de ces agens produisent des perturbations énergiques et peuvent, à titre de révulsifs, trouver place pour consolider une guérison mise en train par une méthode plus directe; mais on aurait tort de compter sur eux seuls.

Je ne m'arrêterai pas à préciser les cas dans lesquels chacun des moyens que je viens de passer en revue peut être utilement mis en usage, il me faudrait pour cela reproduire presque littéralement ce que j'ai dit à l'occasion de chaque lésion organique. La seule remarque qu'il me paraît nécessaire de placer ici, c'est que généralement on procède à leur application avec le plus déplorable empirisme. Tantôt on oppose à une série de cas ce qui ne peut convenir qu'à d'autres, et tantôt on place au début, comme agent principal, un moyen qui ne devrait être employé qu'à la fin, comme simple accessoire. L'incontinence est, sous ce rapport, dans le même cas que beaucoup d'autres maladies; on s'appuie de quelques résultats spéciaux pour généraliser les méthodes qui ont réussi dans un cas donné, mais qui ne sauraient avoir le même succès dans d'autres, et, pour accroître encore la confusion, on administre en même temps ou à des intervalles très rapprochés, divers moyens curatifs ou réputés tels, à chacun desquels il devient d'autant plus difficile d'assigner sa part, si la guérison a lieu, qu'en général les cas eux-mêmes sont mal précisés.

Quarante grammes de fragmens et de détritus de calcul obtenus en cinq séances par le nouveau lithotripteur de M. Guillon.

Dans la séance du 4 octobre, M. le docteur Guillon a écrit à l'Académie des sciences la lettre suivante:

« J'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, en septembre 1840, mon nouveau brise-pierre évacuateur à pression et à percussion simultanées, au moyen duquel on abrège beaucoup les souffrances des malades, en obtenant en une seule séance des résultats qu'on obtient avec les autres lithotriteurs en plusieurs fois.

» Aujourd'hui je viens vous présenter des fragmens de calcul obtenus en cinq séances de lithotritie, de cinq à six minutes chaque, et qui auraient pu être réduites à deux, si la vessie du malade n'avait pas été dans un état pathologique aussi grave.

» Lorsque le malade de la vessie duquel ces fragmens de calcul ont été extraits, me fut adressé, il y a deux mois et demi, il ne croyait pas avoir la pierre. Il attribuait les souffrances horribles qu'il éprouvait depuis quinze ans à un rétrécissement ancien de l'urètre, qui avait déterminé une fistule urétrale entre le gland et le scrotum.

» Après avoir reconnu la nature du rétrécissement, qui était circulaire, et de 2 centimètres (8 lignes) de longueur, et l'avoir détruit par des mouchetures profondes (méthode de traitement que j'ai introduite dans la thérapeutique de ces affections), je fis de suite pénétrer des sondes de 1 centimètre (4 lignes) de diamètre dans la vessie.

» L'émission de l'urine étant toujours accompagnée de douleurs atroces, l'urètre continuant d'être catarrhale et contenant une grande quantité de pus, j'explorai la vessie, et je reconnus que cet organe était rempli de calculs, dont l'un avait 6 centimètres de diamètre. Le malade douta d'abord de leur présence, parce qu'un assez grand nombre de médecins qu'il avait consultés, lui avaient affirmé qu'il n'avait pas la pierre.

» Maintenant, après deux mois de soins, il est guéri de son catarrhe vésical, et il est débarrassé de calculs nombreux dont les fragmens et le détritus que j'ai pu réunir pèsent 32 grammes. (La plus grande boîte en renferme 21 grammes, produit de quatre séances; la petite, 11 grammes extraits en une seule séance; 8 autres grammes ont été employés à l'analyse des calculs, ce qui porte à environ 40 grammes le poids des détritus et des fragmens réunis.)

» Je vous adresse, Monsieur le Président, le résumé de ce cas de lithotritie, parce qu'il démontre les avantages de mon nouveau brise-pierre.

» Agréez, etc.

» GUILLON, D.-M.-P.
» Chirurgien consultant du Roi.

« Paris, 4 octobre 1841. »

— Les concours annuels pour les grades de pharmacien aide-major s'ouvriront à l'hôpital de perfectionnement, le premier, le 15 septembre, et le deuxième, le 23 du même mois.

— Une ordonnance du 23 septembre dernier, portant nouvelle organisation du bataillon de sapeurs-pompiers de la ville de Paris, affecte un chirurgien-major et un chirurgien aide-major à ce bataillon.

La solde du premier est fixée à 4,047 fr. 50 c., et celle du second à 2,400 fr. Ils ont droit en droit en outre au logement ou à une indemnité représentant le logement, qui est fixé par le préfet de police.

La même ordonnance (art. 34) porte ce qui suit:

« Des officiers de santé sont nommés au corps par notre ministre de la guerre, sur la désignation du préfet de police, approuvée par notre ministre de l'intérieur. Ils sont choisis parmi les officiers de santé de l'armée, d'un grade correspondant à celui de l'emploi vacant. »

— Un emploi de médecin, professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale, est vacant à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, par suite de l'acceptation de la démission du titulaire, M. Tourdes.

— Le docteur François, officier de la Légion-d'Honneur et membre de l'Académie de médecine, vient de mourir à Beaurepaire (Isère).

Docteur en médecine à vingt-un ans, le docteur François partit à vingt-deux ans comme grenadier volontaire et se distingua à Fleurus et à Jemmapes. Médecin militaire, il a fait toutes les campagnes de la république et de l'empire. Lors de l'expédition du général Leclerc à Saint-Domingue, son zèle et son courage à braver et à combattre la fièvre jaune le firent mettre plusieurs fois à l'ordre du jour de cette brave et patriotique armée. Médecin principal en Espagne, quoique grèvement blessé au siége de Pampelune, il continua son service avec son zèle habituel jusqu'à la reddition de la place. Conduit en Angleterre comme prisonnier de guerre, sa bourse et ses conseils ne manquèrent jamais à ses compagnons de captivité. Médecin de l'hôpital militaire de Phalsbourg, c'est à son énergie que la ville dut de ne pas être occupée par l'ennemi. La restauration ne lui pardonna pas sa belle conduite, et il fut mis à la retraite. Il n'en sortit que pour combattre la fièvre jaune à Barcelonne, où, par un dévouement et une énergie qui ne se ralentirent pas un instant, il mérita de nouveau l'admiration et l'estime publique. Les Chambres lui décernèrent une récompense nationale.

— Nous nous empressons de faire connaître à nos abonnés la lettre suivante:

A monsieur PERNET. bandagiste-herniaire, rue des Ursulines-St Jacques, 7, à Paris.

Monsieur,

J'applaudis avec toute la puissance de ma volonté et de ma raison aux éloges bien mérités que distribue si largement aux *Bandages Francs-Comtois,* dont vous êtes l'inventeur, un écrivain consciencieux qui, bien à tort, sans doute, a gardé l'anonyme, dans le *Courrier des Campagnes*, Journal du Presbytère, du Château et de la Mairie (numéro du samedi 11 septembre). Témoin oculaire du bien immense que votre appareil herniaire a produit au sein d'une classe malheureusement trop nombreuse de la société, et si audacieusement exploitée jusqu'à ce jour par le charlatanisme en délire, je crois remplir un devoir de conscience et d'honneur en me faisant l'interprète officieux de la reconnaissance.

Le temps n'est pas éloigné, Monsieur, où les bandages sortant de vos mains seront adoptés et conseillés par tout ce que la médecine et la chirurgie comptent d'hommes dévoués à la vérité, à l'exclusion de tous autres bandages, votre découverte étant de celles qui se font jour à travers tous les voiles dont le mensonge et l'intrigue ont intérêt à les couvrir.

Sous quelques dénominations que se soient produits les bandages herniaires admis dans la pratique, du moment que leur degré de pression n'a pu s'obtenir qu'au moyen d'un ressort, il fallait s'attendre à une déception pour les acheteurs. Tout ressort métallique, en effet, avec ou sans brisures, irrite à la longue la peau, la rougit, puis l'excorie, en offrant tous les caractères *d'un cilice de pénitence*. La pelote qui recouvre ce ressort à l'une de ses extrémités contond les bords de l'ouverture inguinale, amincit les aponévroses, écarte les fibres, élargit l'anneau, loin de le resserrer, et devient bientôt insuffisante pour contenir la hernie. A chaque mouvement un peu brusque, à chaque effort de respiration et pendant les quintes de toux, les parties herniées sont attaquées par la pression de la pelote, et la répétition de ces chocs amène de fausses digestions, des coliques, des embarras intestinaux, des vomissemens même, incommodités tellement intolérables, qu'elles contraignent les malades à rejeter pour toujours des bandages, objets pour eux de douleurs et de dégoûts.

Instruit, Monsieur, que deux individus affligés de hernies d'une telle gravité que les principaux bandagistes de Paris n'avaient pu les maintenir, avaient été mis, par l'usage qu'ils ont fait de votre appareil herniaire, dans la situation de se livrer désormais aux travaux pénibles de leur profession, j'ai voulu me convaincre par moi-même de l'exactitude de ces faits. portés d'ailleurs à la connaissance de l'Académie de médecine: j'ai donc vu personnellement ces deux individus, j'ai recueilli les bénédictions qu'ils vous adressent chaque jour, et j'ai éprouvé le besoin impérieux de louer sans réserve les *Bandages Francs-Comtois*, parce qu'ils réunissent toute la perfection désirable.

Je vous autorise, Monsieur, à livrer ma présente lettre à la publicité, non dans votre intérêt propre, ce qui est vrai, bon et utile n'a pas besoin de prôneurs, mais au contraire dans l'intérêt des personnes qu'afflige en secret une infirmité malheureuse, puisque les causes les plus simples, les accidens de la vie les plus familiers peuvent la produire, et dont le moindre inconvénient est un danger.

Baron DE SAINT-AGNAN.

A Ruel, près Paris, le 21 septembre 1841.

Nous recommandons à nos confrères les *Lits hygiéniques en zostère* (plante marine), de M. Longchamps. Ce mode de coucher, employé dans un grand nombre de maisons de santé et d'hospices, est particulièrement avantageux aux personnes paralytiques ou à celles qui sont atteintes d'incontinence d'urine. Nous avons vu de la zostère employée pendant dix-huit mois dans un hôpital d'enfans, rester dans un état de conservation parfaite. — Paris, rue du faubourg Saint-Denis, 81.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 19 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 126, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Statistique du service des vénériens de M. DESRUELLES, *pendant l'année* 1839.

Le nombre total des malades a été de 856 : sur ce nombre, qui a été beaucoup moins grand que celui des années précédentes, à cause des réparations et des constructions faites au Val-de-Grâce (1) :

51 restaient au 1er janvier 1839.
125 ont été évacués pour débarrasser les salles en réparation.
1 est mort.
604 ont été traités par la méthode simple.
32 ont été traités par la méthode mercurielle.
Et 43 restaient au 1er janvier 1840.

La durée moyenne des divers traitemens a été de 29 jours. Cette moyenne doit son peu d'élévation à la présence dans les salles d'un grand nombre de malades atteints d'affections aiguës, dont le traitement anti-phlogistique a promptement triomphé.

La durée moyenne du traitement simple et sans mercure a été de 27 jours et demi.

Celle du traitement mercuriel, de 48 jours trois-quarts. On doit faire observer que les maladies les plus graves ont été traitées par cette méthode.

Parmi les maladies vénériennes primitives, on a observé l'ordre de fréquence suivant :

1° Ulcère au pénis, 506, dont 209 sans complication, et 297 compliqués.

2° Urétrites érythémoïdes, 140, dont 108 sans complication, et 32 compliquées.

3° Urétrites dermoïdes, 136, dont 60 sans complication, et 76 compliquées.

4° Adénites d'un seul côté, 217, dont 54 sans complication, et 163 compliquées.

Adénites des deux côtés, 27, dont 12 sans complication, et 15 compliqués.

5° Balano-posthites, 90, dont 21 sans complication, et 69 compliquées.

6° Epididymites, 82, dont 16 sans complication, et 66 compliquées.

7° Syphilides pustuleuses, 26, dont 15 sans complication, et 11 compliquées.

8° Végétations à l'anus, 23, dont 1 sans complication et 22 compliquées.

9° Urétrites chroniques, 16, dont 8 sans complication, et 8 compliquées.

10° Phlébites, 14, toutes compliquées.

11° Ulcères au palais, 7, dont 6 sans complication, et 1 compliqué.

12° Végétations au pénis, 7, tous compliqués.

13° Paraphymosis, 6, dont 4 sans complication et 2 compliqués.

14° Dartres, 5, dont 3 sans complication et 2 compliquées.

15° Périostoses, 2, dont 1 sans complication et 1 compliquée.

16° Ulcères au scrotum, 2, dont 1 sans complication et 1 compliqué.

17° Ulcère à l'anus, 1, sans complication.

18° Ulcère serpigineux, 1, sans complication.

19° Syphilide squammeuse, 1, sans complication.

20° Exostose, 1, sans complication.

Ordre de fréquence relative au genre des maladies vénériennes.

1° Maladies primitives, observées 500 fois.
2° Maladies secondaires, observées 341 fois.
3° Maladies consécutives, observées 81 fois.

Ordre de fréquence relative à la forme.

1° Forme ulcéreuse, 515 fois (ulcères au pénis, au voile du palais, au scrotum et à l'anus).

2° Forme phlegmoneuse, 355 fois (adénites, épididymites, syphilides pustuleuses, exostoses, périostoses).

3° Forme érythémateuse, 281 fois (urétrites, balano-posthites).

4° Forme végétative, 30 fois (végétations au pénis, à l'anus).

Ordre de fréquence relative à la lésion des tissus.

1° Tissu muqueux, 900 fois (ulcères, balano-posthites, urétrites).
2° Tissu ganglionnaire, 326 fois (adénites, épididymites).
3° Tissu cutané, 61 fois (syphilides cutanées, ulcères).
4° Tissu vasculaire, 14 fois (phlébites).
5° Tissu fibreux, 2 fois (périostoses).
6° Tissu osseux, 1 fois (exostose).

Ordre de fréquence relative aux différens organes et aux diverses parties de ces organes.

1e Organe génital:

1° Prépuce,	571 fois.
2° Canal de l'urètre,	292 fois.
3° Gland,	121
4° Frein,	52
5° Peau du pénis,	2
2° Aines,	244
3° Testicules,	82
4° Scrotum,	2
5° Anus,	24
6° Peau,	67
7° Veines,	14
8° Voile du palais,	7
9° Périoste,	2
10° Os,	1

Ordre de fréquence relative aux saisons.

1° Balano-posthites, 90 fois, dont 10 en hiver, 25 au printemps, 36 en été, et 19 en automne.

2° Ulcères ordinaires au pénis, 501 fois, dont 99 en hiver, 130 au printemps, 156 en été, et 116 en automne.

3° Ulcères phagédéniques au pénis, 5 fois, dont 3 en hiver, 1 au printemps, et 1 en automne.

4° Urétrites aigus, 276 fois, dont 59 en hiver, 71 au printemps, 76 en été, et 70 en automne.

5° Adénites, 244 fois, dont 81 en hiver, 60 au printemps, 48 en été, et 55 en automne.

6° Epididymites, 82 fois, dont 30 en hiver, 8 au printemps, 12 en été, et 32 en automne.

Il résulte de ces tableaux :

1° Que les ulcères ont été plus fréquemment observés que les urétrites, l'on a vu le contraire quelquefois; quelquefois aussi les urétrites et les ulcères offraient une égale fréquence.

2° Que les affections consécutives ont été fort peu nombreuses et d'une simplicité remarquable.

3° Que la forme ulcéreuse s'est montrée peu dominante. Dans l'ordre ordinaire, la forme érythémateuse aurait dû suivre; c'est, au contraire, la forme phlegmoneuse qui s'est montrée.

4° Que la lésion des tissus et l'ordre de lésion qu'on a observé dans les différentes parties, se trouvent en rapport exact avec les conséquences qui précèdent.

On peut remarquer que le pénis, exposé à la contagion immédiate, et les aines et les testicules soumis à la contagion médiate, ont offert des lésions qui en résultaient dans la proportion de 10 à 3.

5° Que l'été est la saison la plus favorable à la production des maladies vénériennes primitives; après l'été vient le printemps, puis l'automne, et enfin l'hiver.

6° Que l'été favorise surtout le développement des balano-posthites, des ulcères ordinaires et des urétrites aiguës.

7° Que l'hiver amène le plus souvent les ulcères phagédéniques et les adénites.

(1) Ces travaux ont obligé l'administration de la guerre à faire évacuer le service de M. Desruelles à l'hôpital militaire de Picpus, qu'il dirige en chef; cet hôpital renferme 150 vénériens. Il serait à désirer que l'administration de la guerre se déterminât à former un hôpital spécial de vénériens de 4 ou 500 malades, et qu'il en confiât la direction à un médecin instruit.

FEUILLETON.

VOYAGE A LA RECHERCHE D'UNE BIBLIOTHÈQUE.

Par le temps qui court, les livres de médecine vieillissent vite, hélas ! Dix ans suffisent pour rendre surannée toute une bibliothèque médicale, et dans ce mouvement rapide et incessant qui nous entraîne, rien n'est entraîné plus vite que les livres, malgré l'ambition secrète de chaque auteur, qui écrirait bien, s'il l'osait, au dernier feuillet de son livre : *Exegi monumentum œre perennius*. Ces sortes de monumens sont bien rares, convenons-en, mon cher confrère; un, deux au plus par demi-siècle, et encore le progrès dans les détails amoindrit tous les jours la valeur d'un livre, quelque important qu'il soit. Assurément, l'ouvrage de Laënnec est un des monumens de notre siècle : eh bien ! pas un élève n'étudie plus l'auscultation dans le texte pur de cet ouvrage. Dix ans après sa mort, Laënnec a eu besoin d'un commentateur, d'un annotateur, je voudrais pouvoir dire d'un *ajouteur*, et cet accollement était légitimé par des progrès réels. Gavard et Boyer étaient nos guides à l'amphithéâtre dans le temps heureux de nos études médicales; quelques années plus tard, mon neveu ne jurait plus que par H. Cloquet; dans ce moment, mon fils ne veut entendre que par la voix de MM. Cruveilhier et Blandin. Cela est fâcheux pour ceux qui lisent encore la Monographie philosophique de Pinel; mais un médecin qui se respecte doit renouveler sa bibliothèque au moins tous les dix ans, sous peine d'être distancé par un élève de première année.

Ces réflexions profondes me justifieront à vos yeux des dépenses folles auxquelles je viens de me livrer, et j'espère que MM. les libraires me voteront des remerciemens pour mettre en circulation des idées aussi éminemment consommatrices. Cela leur prouvera du moins que je suis bon diable, et que je ne leur garde pas rancune de leur refus de m'imprimer.

A propos de libraires, il faut, mon cher confrère, que je vous fasse part des pensées extravagantes que je nourrissais au fond de ma province sur l'exercice de cette profession. Je me figurais d'abord une librairie, — une librairie médicale surtout, — comme une sorte de sanctuaire éloigné de la foule; j'en revêtais les murs de boiseries antiques; au milieu je plaçais un large poêle à chaleur généreuse, et sur une table recouverte d'un tapis vert je voyais étalés journaux et brochures nouvelles. Quelques bustes de médecins célèbres me paraissaient le seul ornement convenable à cet asile de savans. J'en éloignais soigneusement tout ce qui sent le commerce et le comptoir : les registres en partie double, les commis aux écritures et autres ustensiles du négoce, — toutes choses fort nécessaires er très estimables d'ailleurs, — je les reléguais fort loin du public, dans l'arrière-magasin Le libraire est un commerçant, sans doute, mais il ne doit l'être qu'en l'absence du monde, dans son for intérieur, pour ainsi dire. Quant à lui, libraire, je le voyais sous l'aspect le plus agréable : je le faisais instruit, car comment pourrait-il sans cela décider si telle publication répond au besoin du moment; il était bon appréciateur, car de ses jugemens dépendait sa fortune; je lui donnais du goût, car un livre doit se présenter avec certaines conditions de typographie, de papier, etc., qui le rendent à l'œil plus ou moins agréable; je le douais de toutes les qualités qui font un homme aimable, car ses rapports habituels avec les médecins exigent une éducation soignée; il était de mœurs douces, d'une probité austère, d'une exactitude scrupuleuse; bienveillant et généreux pour la jeunesse instruite, il se faisait un doux plaisir d'encourager le mérite à son début; c'était pour lui une grande jouissance de pouvoir dire : Ce médecin éminent, c'est moi qui l'ai pris par la main et l'ai introduit dans la carrière littéraire. Que vous dirai-je, enfin? Nos libraires, pour moi, étaient tous des Robert Estienne, des vieux Renouard ou des Didot l'ancien. Aussi voyais-je affluer chez eux le vieux praticien dans ses courses urbaines, le professeur après sa leçon, l'étudiant recommandé, car ils devaient être d'utiles et sûrs correspondans pour plus d'un père de famille. Sur ce terrain neutre devaient se rencontrer les opinions les plus opposées. Là, de leur vivant, me disais-je, Pinel et Broussais ont dû engager de pacifiques discussions, et à l'heure qu'il est, j'y verrai certainement MM. Bouillaud et Chomel discutant sans façon la valeur des saignées coup sur coup.

N'est-ce pas, cher confrère, que j'ai fait un beau rêve? Dieu me préserve de dire en quoi l'original diffère de mon portrait imaginaire! Ces messieurs du quartier des Cordeliers ne manqueraient pas de s'écrier que c'est de ma part vengeance et dépit, et, j'en jure par le divin Esculape, ces sentimens ne trouvent pas place dans mon cœur. J'ai d'ailleurs tout autre chose à vous raconter, et je vous demande pardon d'arriver par un chemin si détourné au sujet réel de cette lettre.

Il s'agissait donc de rafraîchir ma bibliothèque, car mes acquisitions les plus récentes dataient de 1830. Vous autres journalistes et médecins de Paris, n'avez pas une idée bien exacte de l'importance que nous autres médecins de province attachons à l'achat de nos livres. Un livre est pour nous un médecin consultant, que nous invoquons dans le doute ou le danger; mais ce consultant-là ne protège en aucune façon notre responsabilité. Au moment épineux, rien ne vous est facile comme de vous abriter sous le manteau de quelque nom célèbre. Pour nous, il n'en est pas de même; nos seules ressources sont les livres, et vous voyez de quel intérêt il est pour nous de faire de bon choix. Malheureusement nous manquons de conseils et de guide. C'est bien hardi à moi de vous dire ce qui suit; mais vous savez que j'ai mon franc-parler, et vous avez la tolérance de le souffrir. Eh bien, la critique littéraire est faite en ce moment avec tant de mollesse, d'indifférence et de tiédeur; elle est généralement abandonnée à des plumes si inexpérimentées, et à des éducations médicales si équivoques, qu'il nous est souvent impossible de prendre au sérieux la plupart des jugemens qui nous arrivent de Paris. Que de bévues dans mes achats j'ai faites, et combien en ai-je vu faire à mes confrères sur des analyses de journaux!... A tous les titres qui ont mérité à votre publication l'estime et la faveur publiques vous en ajouteriez un bien grand, mon cher confrère, si relevant de terre le sceptre de la critique, vous deveniez pour le praticien rural un guide sûr et fidèle dans ses déterminations bibliographiques.

Privé de cette ressource, et ayant pris un peu au hasard note de mes besoins, je m'en rapportais beaucoup aux lumières des libraires qui devaient m'éclairer dans mes incertitudes. J'arrive chez M. Béchet, et lui demande le *Dictionnaire de médecine* en 15 volumes. — Un imprimeur pressé pour ses mémoires, un brocheur impatient, un auteur portant une quatrième épreuve chargée de corrections et de remaniemens, le diable en personne n'auraient pas, je crois, plus désagréablement impressionné M. Béchet que ne le fit ma candide demande. — Mais, Monsieur, cet ouvrage a déjà bien vieilli; il n'y a ni anatomie, ni physiologie, ni sciences accessoires; la chirurgie y est en arrière; la médecine y est presque entièrement faite sous le point de vue systématique; enfin, ce livre jouit de peu d'estime parmi les médecins. Nous avons mieux que cela, c'est le *Dictionnaire de médecine* en 25 volumes, ouvrage tout à fait complet, rédigé par les plus grandes sommités médicales, entièrement au courant de la science, etc., etc.— En disant cela, M. Béchet m'avait mis dans les mains un volume de l'ouvrage, et je lus au bas du titre : *Béchet, éditeur.* — Diable! (c'est mon juron, Monsieur, je vous demande pardon de le répéter si souvent; vieille habitude) me dis-je en moi-même, M. Béchet *fait l'article* et me vante sa marchandise; tenons-nous bien. — Je pris quelques prétextes, j'invoquai la pénurie de ma bourse et finis par demander le temps de réfléchir, excellente raison de ceux qui ne veulent pas acheter. Je passai à un second article de ma note, le *Traité de chirurgie*, de M. Vidal (de Cassis). — J'avais fait une seconde bévue. M. Béchet est l'éditeur du *Compendium de chirurgie*, donc l'ouvrage de M. Vidal ne vaut rien et le *Compendium* seul est un bon livre. — Troisième article de ma note : *Médecine légale* de M. Devergie. — Décidément, j'étais destiné à troubler la digestion de ce brave M. Béchet; car, à cette demande, il devint pourpre et presque apoplectique. — Y pensez-vous, Monsieur! Mais il n'existe qu'un ouvrage de médecine légale, le code

8° Que le printemps concourt à développer les ulcères phagédéniques, les adénites.

9° Et que l'automne est favorable aux urétrites aiguës et aux épididymites.

Cette question, relative à l'influence des saisons sur la production des maladies vénériennes et sur la forme qu'elles revêtent est neuve et intéressante. On voit la chaleur exciter les formes érythémateuse et ulcéreuse ; le froid, la forme ulcéreuse grave et la forme phlegmoneuse ; le mouvement du printemps amener, à peu près comme l'automne, les formes érythémateuse et ulcéreuse.

L'été est aussi la saison la plus favorable à la guérison des maladies vénériennes primitives : après l'été vient l'automne, quand il est sec et doux. Pendant l'hiver, elles restent souvent dans un état stationnaire désespérant, et durant le printemps, quand surtout la chaleur et la sécheresse prédominent, il survient des complications inflammatoires, qui quelquefois s'annoncent avec une grande gravité, et qui réagissent d'une manière défavorable sur la solution curative des maladies vénériennes. Ces questions ont reçu un grand développement dans le Traité pratique et les Lettres que M. Desruelles a publiés.

Les maladies vénériennes aiguës traitées par la méthode simple. ont exigé, pour guérir, des périodes de temps variables, suivant leurs formes :

1° Les urétrites aiguës érythmoïdes, ou sans engorgement du canal et simples,	14	jours.
2° Les urétrites aiguës dermoïdes, ou avec engorgement du canal,	33	
3° Les ulcères ordinaires à la face interne du prépuce,	26	
4° Et au frein,	30	
5° Et au gland,	28	
6° Les ulcères au frein,	26 3/4	
7° Les ulcères au gland,	36	
8° Les ulcères phagédéniques,	45	
9° Les urétrites chroniques,	50	
10° Les épididymites aiguës,	13 1/3	
11° Les adénites simples d'un côté,	25 15/34	
12° *Id.*, des deux côtés,	40 3/4	

On doit faire remarquer ici que l'année 1839 a été très favorable à la guérison des maladies vénériennes ; et l'on doit ajouter que les infirmeries régimentaires n'étant pas encore établies, le service de M. Desruelles a reçu beaucoup d'hommes atteints de maladies simples ; par conséquent ces moyennes, indiquées plus haut, sont au-dessous des moyennes ordinaires ; cependant elles ne varient que de quelques jours. Quand M. Desruelles aura publié le travail statistique dont il s'occupe, et qui renfermera près de 5000 observations, on verra que sur la masse, cette légère différence d'une année à l'autre est à peine appréciable.

Balano-posthite. Cette inflammation du prépuce et du gland a exigé des moyens différens, suivant que le gland pouvait être facilement découvert, ou qu'il y avait phymosis accidentel. Dans le premier cas, des bandelettes de linge imbibé d'une forte solution de nitrate d'argent dont on environne le gland et sur lequel on remet le prépuce, font disparaître la balano-posthite la plus intense en quelques jours. Dans le dernier cas, on a eu recours aux injections émollientes, souvent répétées ; quand l'inflammation était tombée et que le prépuce devenait œdémateux, les injections étaient faites avec de l'eau blanche, ou une solution de sulfate d'alumine, de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre.

Quand la balano-posthite est compliquée de phlébite de la veine dorsale, on commence le traitement par une application de 15 ou 20 sangsues au pubis. Les caustiques et les astringens sont exclus du traitement jusqu'à ce que la veine soit revenue à son état normal.

Urétrites. Le traitement de cette maladie a différé suivant qu'elle était dermoïde (avec engorgement du canal) ou érythmoïdes (sans engorgement du canal). Cette distinction est extrêmement importante.

Dans le premier cas, on a employé la saignée générale, et les saignées locales plusieurs fois renouvelées, sur tous les points du canal et même sur le gland, où la douleur se manifestait. Le traitement a été *purement* antiphlogistique. Le copahu, le cubèbe, l'opiat astringent, administrés au moment où la douleur cessait, n'a donné que des résultats peu satisfaisans. On est parvenu quelquefois à faire cesser l'écoulement ; mais il reparaissait plus abondant quelques jours après. Le moyen qui a réussi le mieux, a été l'introduction d'une bougie en cire dans le canal. Ces bougies agissent comme corps compresseurs, et font disparaître l'engorgement qui est la source de la sécrétion. Les injections astringentes ont, dans ce cas, de graves inconvéniens ; elles déterminent plus tard des rétrécissemens.

Dans les urétrites érythmoïdes, il a été avantageux de commencer le traitement par les antiphlogistiques ; puis de donner à l'intérieur les révulsifs à doses ascendantes jusqu'à la disparition de l'écoulement, et ensuite à doses descendantes jusqu'à ce que l'on fût arrivé à la première dose employée.

On a souvent donné les révulsifs à haute dose dès les premiers jours. Cette méthode perturbatrice n'assurait pas une guérison aussi solide que la méthode antiphlogistique et révulsive.

On ne saurait entrer ici dans les détails des modifications qu'il faut faire subir au traitement, dans les cas nombreux d'urétrites. Ces détails pratiques sont minutieusement indiqués dans la *cinquième Lettre* de M. Desruelles.

Presque toutes les urétrites chroniques étaient des urétrites dermoïdes dont l'état aigu n'avait pas été convenablement traité. Les bougies ont réussi à guérir le plus grand nombre de ces affections, contre lesquelles l'ancienne méthode emploie tant de moyens si souvent inutiles et nuisibles. (Voir la *sixième Lettre.*)

Une sorte d'urétrite aiguë que M. Desruelles a décrite sous le nom de *prostaturite*, a demandé un traitement particulier. On l'a guérie au moyen d'application de sangsues au périnée et à l'anus, de petits lavemens avec l'extrait de belladone, de pilules de térébenthine et d'un large vésicatoire à l'hypogastre, pansé avec un onguent belladoné. Cette affection résiste opiniâtrément au copahu, au cubèbe ; elle s'aggrave et s'étend à la vessie.

Une autre espèce d'urétrite, appelée par M. Desruelles *balanurite*, siége dans le gland. Elle a exigé l'application de sangsues sur cet organe, répétée tous les quatre ou cinq jours, en petite quantité chaque fois ; et quand l'inflammation était tombée, on employait des bougies de deux à trois pouces de longueur.

Paraphimosis. M. Desruelles n'emploie jamais les incisions du prépuce pour réduire les paraphimosis, quelque graves qu'ils soient. Son procédé, indiqué dans sa *huitième Lettre*, est simple. Il consiste à malaxer le gland et le prépuce sous un filet continu d'eau froide, et à faire avec les deux mains des mouvemens en sens inverse pour engager le gland et le ramener sous le limbe prépucial. Quand il y a des adhérences, il les détruit avec le pouce, et alors la réduction est facile.

Epididymite. Cette affection est rarement idiopathique ; le plus souvent elle est symptomatique ou secondaire d'une urétrite érythmoïde, car il est extrêmement rare que l'urétrite dermoïde la complique.

Le traitement antiphlogistique est le seul qui convienne. Des applications de sangsues ont été faites sur le scrotum, sur le trajet du cordon jusqu'à la disparition complète de la douleur ; puis on a enveloppé l'organe dans une coque de sparadrap de diachylon gommé, de manière à empêcher le contact de l'air et à retenir la transpiration de la partie malade, qui se trouve alors comme dans une sorte de bain chaud : la coque était laissée souvent pendant huit ou dix jours.

Adénite M. Desruelles distingue les adénites en celles qui sont sus-aponévrotiques (attaquant les ganglions superficiels) et en celles qui sont sous-aponévrotiques (attaquant les ganglions profonds). Celles-ci sont aplaties, presque sans changement de couleur à la peau, et extrêmement douloureuses par l'étranglement qu'éprouvent les ganglions enflammés. Celles-là sont saillantes, souvent volumineuses ; leur douleur est peu vive, ou médiocrement sentie.

Cette distinction est précieuse pour la pratique. Les adénites sous-aponévrotiques ne cèdent jamais aux moyens antiphlogistiques, elles doivent suppurer ; elles sont *monokystes.* Austitôt qu'une fluctuation même obscure se manifestait, elles étaient ouvertes par une large ponction qui était faite profondément. Le pus en était exprimé, et on faisait plusieurs fois dans la journée des injections avec de l'eau froide. Cette méthode a réussi très souvent. ; quand elle a échoué, on a pansé avec des émolliens jusqu'à ce que la suppuration ait beaucoup diminué, et l'on a fait alors dans le kyste des injections avec une forte solution de nitrate d'argent.

Dans les adénites sus-aponévrotiques, on a cherché, autant que possible, par des applications stimulantes, à échauffer la tumeur et à la faire arriver à suppuration. Alors, quand elle était bien manifeste, on faisait une large escarrhe avec la pâte de Vienne, et l'on pansait avec des émolliens, puis de légers caustiques.

Quand la tumeur était indolente, l'application réitérée du vésicatoire faisait quelquefois obtenir la résolution des masses ganglionnaires.

Si ces masses étaient trop considérables, trop dures et tout à fait indolentes, on les comprimait au moyen d'un bandage herniaire *franc-comtois*, qui restait appliqué jour et nuit, et l'on obtenait une résolution prompte et remarquable. Cet appareil, dû à M. Pernet, bandagiste, a rendu de grands services dans ce cas. Quelle que soit la compression qu'il opère, il ne blesse jamais.

Une sorte d'adénite sus-aponévrotique avec vive inflammation a été traitée par des ponctions multiples. M. le docteur Barthélemy, aide-major du service de M. Desruelles, a souvent fait ces ponctions avec beaucoup d'avantage. Cependant, quand il y a du pus sous la peau, ou que l'adénite date de plus de trois ou quatre jours, les ponctions multiples suppurent, décolent toute la peau ; le traitement est considérablement retardé, et l'on a été quelquefois obligé de réunir ces ponctions ulcérées au moyen de la pâte de Vienne.

Ulcères au pénis. On a vu qu'ils ont été fréquemment observés pendant l'année 1839. M. Desruelles les fait panser fort simplement. On entretient les soins de propreté sans employer de grandes lotions ni des bains locaux. Ces moyens ramollissent trop les tissus. On a l'extrême précaution d'empêcher le contact des ulcères entr'eux ou avec les parties restées saines, ce qui se fait en interposant un linge enduit sur ses deux faces de cérat simple ou opiacé. Quand le gland ne peut être découvert, ou l'on pratique immédiatement l'opération du phimosis, ou l'on fait faire de fréquentes injections avec des infu-

---

l'évangil[e] des médecins légistes, c'est celui de M. Orfila. — Très bien, M. Béch[e]t, ne vous fâchez pas, je prends note de vos renseignemens précieu[x] et j'en ferai un prochain usage. — Je m'esquivai là-dessus non sa[n]s avoir payé mon petit tribut en achetant le *Formulaire de poche* de M. Richard, le meilleur, le plus complet des formulaires.... au dire de M. Béchet.

J'ent[r]ai chez M. J.-B. Baillière, car j'étais impatient de savoir ce qu'il pensait du Dictionnaire de M. Béchet. Il y avait bien un peu de malice dans mon fait, mais il y avait surtout désir de m'éclairer sur la valeur de cet ouvrage. — Je voudrais acheter le Dictionnaire en 25 volumes. — Nous ne tenons pas çà, me répond un commis. — Je trouvai, je l'avoue, cette expression un peu denrée coloniale. — Voilà dix ans qu'il est commencé, il n'en est encore qu'au P, qui sait quand nous verrons le Z ? — Ceci commença à me faire réfléchir. — M. Baillière, prenant alors la parole : Vous comprenez bien, dit-il, qu'un Dictionnaire qui emploie quatorze ou quinze ans à sa publication, ne peut pas reproduire les progrès de la science. Les premiers volumes vous donnent l'état des choses d'il y a dix ans pour la lettre A, et les derniers vous donneront l'état où en seront les choses dans cinq ans pour la lettre V. Pas d'homogénéité, de vue d'ensemble, de liaison. — Cependant, repris-je, les noms les plus honorables figurent dans la collaboration de cet ouvrage. — On sait bien comment çà se pratique, se hâta de répondre le commis : ce sont de jeunes médecins qui font les articles, et ce sont les vieux qui les signent. — En êtes-vous bien sûr, dis-je tout étonné ? — Parbleu, personne n'ignore, par exemple, que M. V... fait les articles que signe M. L..., et que M. C... signe ceux que fait M. G... — Jeune homme, m'écriai-je avec dignité, voilà un propos qui ne peut être qu'un cancan de boutique. Vous accusez des hommes respectables d'un acte qui serait un véritable faux en écriture scientifique. Modérez-vous, et soyez plus circonspect. — M. Baillière riait dans sa barbe, et je ne pus comprendre si c'était de mon air solennel ou de la réflexion de son commis. Arriva l'offre obligée du dictionnaire en 15, avec accompagnement de tout ce qui peut séduire un naïf acheteur comme moi. Je m'en tirai assez adroitement en promettant de repasser le lendemain ; mais je ne pus éviter le *Formulaire* de Cadet, bien supérieur aux autres..., au dire de M. Baillière.

Chez M. Germer, on professe une très médiocre estime pour les deux dictionnaires dont il vient d'être question ; mais en revanche, quels éloges, grand Dieu ! ne m'a-t-on pas faits de celui dont vous êtes l'éditeur ! Le *Dictionnaire des Dictionnaires* est un livre comme on n'en a jamais vu, comme on n'en verra jamais ; de mémoire de libraire, il n'y a pas souvenir d'un succès pareil ; c'est ceci, c'est cela, et le reste. — J'épargne à votre modestie, mon cher confrère, le supplice de vous faire lire tout ce que m'a dit M. Germer. Je me disais bien : Il faut qu'il y ait quelque chose là-dessous ; pour la *remise* d'usage ce brave homme ne se mettrait pas tant en frais élogieux. A ce moment-là, bon ! voilà qu'il découvre lui-même le pot aux roses. — Monsieur, cet ouvrage est tellement couru, que j'en ai acheté deux mille exemplaires à M. Fabre. — Cela vous fait honneur, monsieur Germer. (*A parte*) Ah ! mon gaillard ! voilà donc la ficelle ; tu veux faire filer tes deux mille exemplaires, et tu voudrais bien m'en colloquer un. Attention !

Je trouvai, en sortant, dans mon chapeau, le *Formulaire* de Foy, incontestablement le meilleur..., au dire de M. Germer.

Cependant il me fallait un dictionnaire ; car je trouve ces ouvrages extrêmement commodes. Ça se prend, ça se quitte ; on y trouve facilement son affaire dans un moment pressé, et rien n'est plus agréable pour les paresseux, comme moi. Je crois, par parenthèse, qu'on n'a pas été assez reconnaissant envers M. Panckoucke, l'inventeur des dictionnaires. En voilà un qui donna plus de beurre que de pain ; il promit 12 volumes, et cet homme généreux nous en donna 60 ! Eh bien ! le croirez-vous, mon cher confrère ? Il existe encore au fond de nos provinces de vieux praticiens qui gardent une rancune vivace à ce libéral éditeur, et cela sous le misérable prétexte qu'ils pouvaient bien payer douze fois six francs, mais non soixante fois cette somme. Enfin, j'en ai trouvé un autre qui, depuis 1812, n'avait pu en lire que quarante volumes ; ce pauvre homme mourut l'an passé, au moment de commencer le quarante-unième.

Mais quel était le bon ? En voilà deux qui venaient d'être démolis dans mon estime par de bonnes raisons, et je tenais singulièrement, dans une acquisition de cette importance, à ne pas être trompé. J'avisai un stratagême dont on ne me croirait pas capable à Coulommiers ; je me fis, à part moi, ce petit raisonnement : il est tout simple que l'éditeur d'un dictionnaire vante le sien au détriment des autres ; que faut-il faire pour savoir la vérité ? Consulter un libraire qui n'en ait pas dans son fonds. [illegible]'étant pas intéressé à me vanter l'un de préférence aux autres, j[illegible] prendre son jugement comme la mesure et l'expression de l'[illegible]ublique. Aussitôt dit, aussitôt fait, et cette fois le hasard me s[illegible]en, car, du premier coup, je tombai sur mon homme. Ce fut M. Jus[illegible]uvier, complètement innocent de toute espèce de Dictionnaire.

— Monsieur, je voudrais vous consulter sur le choix d'un Dictionnaire de médecine.

— Vous me faites beaucoup d'honneur, Monsieur ; moi, pauvre libraire, je suis peu en état d'éclairer votre choix ; je vends des livres, mais je ne les lis pas.

Cette modestie me plut, et je trouvai la réponse spirituelle.

— Mais cependant, à la place d'un pauvre médecin de campagne embarrassé, lequel choisiriez-vous des divers Dictionnaires publiés ou en voie de publication ?

— Avez-vous beaucoup de temps à perdre ? — Non certes, Monsieur Just. — Eh bien ! n'achetez pas le *Dictionnaire des sciences médicales.* — Etes-vous grand partisan de la médecine physiologique ? — Je lui rends un hommage sincère, mais entre nous, Monsieur Just, nous autres, médecins de campagne, nous avons un peu peur des grosses saignées. — Alors n'achetez pas le *Dictionnaire* en quinze. Avez-vous beaucoup de patience et de longanimité ? — Oh ! Monsieur Just, je suis vif comme un crin. — Dans ce cas, ne pensez pas au *Dictionnaire* en vingt-cinq. Chacun de ces ouvrages a son degré d'utilité, sa valeur, et sera toujours consulté avec fruit. Chacun aussi a ses défauts plus ou moins saillans, selon le point de vue dont on envisage les choses. Si vous tenez à avoir un bon résumé de tout cela, si la partie dogmatique de la science a moins d'attraits pour vous que la partie pratique, si vous êtes, enfin, moins savant que praticien, achetez alors le *Dictionnaire des Dictionnaires*, car, de l'aveu de tous, il réunit ces conditions.

Je vous avoue que j'ai trouvé que M. Just parlait comme un livre ; je prends la liberté de vous le recommander expressément : il est gai, il a de l'esprit et du sens, et ces qualités ne fleurissent pas tous les ans dans le quartier des Cordeliers. Il est si accommodant que c'est chez lui que j'ai fait la plus grande partie de mes emplettes, parmi lesquelles vous comprenez bien que je n'ai pas oublié votre *Dictionnaire.* Mais je lui en veux un peu d'avoir fourré furtivement parmi mes livres le *Formulaire* de Cottereau, sans nul doute le meilleur.... au dire de M. Just.

A la librairie Crochard, j'ai acquis le *Traité des urines,* de M. Becquerel fils, et, comme *réjouissance,* il m'a fallu accepter le *Formulaire* de Vavasseur, sans réplique supérieur... au dire de M. Fortin.

En passant, je suis entré chez M. Gardembas pour lui demander des nouvelles de son *Nouveau dictionnaire des sciences médicales*, pour lequel j'ai déjà reçu trois prospectus. Il m'a dit que le quatrième — prospectus, s'entend, — allait bientôt paraître. Cette nouvelle m'a beaucoup réjoui, et m'a coûté le *Formulaire* de Bouchardat, le plus savant de tous... au dire de M. Gardembas.

J'arrivai chez moi pliant sous le faix de mes *Formulaires*. Récapitulons bien : 1, 2, 3, 4, 5, 6 formulaires tous supérieurs aux autres. Evidemment je ne les consulterai pas tous, j'en repasserai à mes voisins ; et pour me fixer sur le choix du meilleur, je prendrai un moyen fort simple, je m'en rapporterai au sort.

La morale de tout ceci, mon cher confrère, c'est qu'il est fort imprudent d'aller tout seul faire ses emplettes chez MM. les libraires. Vous demandez blanc, ils vous prouvent que noir est préférable ; ils

sions émollientes quand il y a beaucoup d'inflammation, ou légèrement astringentes dans le cas contraire.

Toutes les fois que l'on a pu ramener le prépuce à plat derrière le gland, on a posé sur les ulcères des bandelettes de diachylon, qu'on y a laissé cinq ou six jours, et qu'on a renouvelé après avoir bien essuyé la partie malade. Ces bandelettes doivent être médiocrement serrées; il faut éviter surtout qu'elles étranglent quelques portions de l'organe. Il a été question de ce bandage dans le Journal, et des avantages que M. Desruelles en a retirés.

Quelquefois on change les bandelettes tous les jours: c'est dans le cas où la suppuration est très abondante, ou qu'une légère cautérisation devient nécessaire.

Ce mode de pansement, que M. Desruelles emploie depuis près de douze ans, lui a toujours réussi. C'est à cet appareil bien appliqué qu'il doit la guérison rapide des ulcères. Il est surtout convenable pour les ulcères de la peau du pénis, pour ceux qui ont des bords épais, une base dure; il excite la suppuration, et, quoi qu'on en dise aujourd'hui, les ulcères vénériens doivent abondamment suppurer pour guérir, sans laisser de traces locales ni aucune chance fâcheuse pour l'avenir.

Dans la statistique de 1840, qui sera prochainement publiée, on rendra compte des maladies vénériennes consécutives et de leur traitement.

HOPITAUX DE DUBLIN.

Fracture du cal d'une ancienne fracture. Guérison à l'aide du séton; par M. Rynd, chirurgien à Meath hospital.

Un enfant âgé de treize ans, a été reçu à l'hôpital le 6 septembre 1840, pour être traité d'une fracture ancienne de la cuisse. Son fémur gauche présente une saillie au côté externe de son tiers supérieur.

A l'examen, on trouve que cette proéminence est formée par le fragment inférieur d'une fracture qui avait été opérée quinze mois auparavant. Les surfaces des fragmens ne grattent pas (textuel) lors qu'on les frotte ensemble; mais la mobilité des fragmens est parfaite lorsqu'on les fait roter l'un contre l'autre. Cette rotation cependant est bornée, dans certaines limites, par des bandes ligamenteuses qui, évidemment, les unissent ensemble. L'enfant est maigre, ses chairs sont si flasques que cet examen est de la plus grande évidence. L'extention permet d'alonger le membre de 20 millimètres (trois quarts de pouce), et lorsque l'enfant reste debout, le fragment inférieur remonte en chevauchant et se meut sur le supérieur. La constitution de l'enfant est scrofuleuse; cheveux clairs, yeux bleus, teint très blanc, développement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires. Voici le commémoratif de la lésion:

Il a a quinze mois, l'enfant s'est cassé la cuisse en jouant avec un autre enfant qui est tombé sur lui. La fracture était simple; on l'a traité dans un hôpital, où il est resté neuf mois; et d'où il est sorti guéri, la fracture étant consolidée.

Cinq semaines plus tard, en voulant s'asseoir sur sa place, à l'école, il sentit sa fracture se reproduire, le fragment inférieur se séparer et remonter sur le supérieur, sans douleur jusqu'au moment où il a voulu marcher; alors la douleur s'est déclarée, mais à un faible degré. Sept ou huit jours après la douleur a disparu complètement, mais la jambe est restée sans soutien, et l'enfant a dû prendre des béquilles pour marcher. Depuis lors il en a fait usage, mais depuis six semaines le membre lui paraît un peu plus fort.

On prescrit repos [illegible], infusion de gentiane et sulfate de magnésie.

Le 14, c'est-à-dire huit jours après son entrée, l'état général et les digestions sont en meilleures conditions. On l'opère de la manière suivante. On passe un séton formé avec un écheveau de soie (*skein of filk*) à l'aide d'une aiguille courbe passée de la partie postérieure à l'antérieure de la cuisse, et en passant entre les fragmens; l'aiguille les a contournés de manière que le séton embrassait les deux tiers environ de leur circonférence, et aussi en contact que possible. Le membre a été mis dans un appareil amidonné; on a laissé deux petits trous pour la sortie des chefs du séton. Repos absolu.

Le 17, le malade se plaint de douleurs dans la plaie; pouls à 100; peau chaude, intestins constipés. On prescrit un purgatif salin sur-le-champ, du calomel et de la poudre de James pour le foie.

Le 20, écoulement de pus de bonne nature par les ouvertures; l'inflammation a presque disparu; peau humide; pouls à 70; tranquillité.

Le 28, l'écoulement de la matière a augmenté depuis deux jours; légère transpiration à la peau; pouls à 90, mou; insomnie. On enlève le séton. On applique, d'après le conseil de M. Crampton, une attelle à la partie antérieure de la cuisse, afin de mieux fixer la coaptation.

Le 5 octobre, pouls à 60; chaleur de la peau naturelle; langue blanche; l'écoulement puriforme a presque cessé; appétit et sommeil bons.

Le 20, le malade se plaint beaucoup de l'irritation produite par les bandes; il ne peut dormir. Les plaies du séton sont cicatrisées. Le malade fait mouvoir le membre dans son lit, et il le trouve fort. On enlève l'appareil et les bandes; on recommande au malade de rester dans le lit et de ne pas bouger son membre.

Le 28, il se met sur son séant, il déclare que son membre est fort. On examine les fragmens, qui paraissent réunis solidement. On fait continuer le repos au lit.

Le 2 novembre, nouvel examen. La réunion paraît tout à fait consolidée; on permet au malade de se lever et de marcher un peu dans la salle en s'appuyant sur le bras de M. Rynd; il fait ensuite usage de béquilles pendant quelque temps. Guérison.

Aujourd'hui, 30 septembre 1841, la guérison ne s'est point démentie; l'enfant marche parfaitement sans souffrir ni boiter.

(*Dublin medical Press*, 6 octobre 1841.)

— Le séton n'a pas occasionné d'accident dans ce cas, le membre étant petit, maigre, et ses chairs peu susceptibles de réaction phlegmoneuse. Il n'en est pas toujours ainsi, des accidens graves ayant été observés par l'application du même moyen à la cuisse chez des sujets adultes, surtout lorsque ce membre offrait le développement ordinaire. Cette remarque n'a pas pour but de déprécier le remède, mais elle ne doit point être oubliée par le praticien.

Rapport fait par M. Velpeau à l'Académie de médecine, sur un mémoire sur l'amputation sus-malléolaire; Par MM. Arnal et Martin.

(Séance du 12 octobre 1841.

Le mémoire adressé à l'Académie, le 8 décembre 1840, par MM. Arnal et Martin, et dont M. Gimelle et moi sommes chargés de vous rendre compte, a pour objet l'amputation sus-malléolaire comparée à l'amputation de la jambe au lieu d'élection. L'importance du sujet nous a engagés à l'envisager sous plusieurs faces. La question est d'ailleurs loin d'être nouvelle. En ce qui la concerne, l'histoire offre même deux périodes bien distinctes: l'une qui s'étend des temps anciens jusqu'à 1830, l'autre qui ne comprend guère que l'époque actuelle. Nous exposerons d'abord l'état de la science sous ce point de chirurgie jusqu'aux travaux modernes; nous passerons ensuite en revue les questions essentielles soulevées par les auteurs du mémoire, et nous terminerons par une appréciation de la méthode qu'ils proposent ou des faits qu'on peut invoquer à l'appui.

§ I. *Historique.*

Il résulte de la lecture des auteurs qu'aux époques les plus reculées de l'art on ne pratiquait l'amputation des membres que dans les cas de gangrène; alors tout était d'abord laissé aux ressources de la nature, aux hasards périlleux de la mortification. On ne se décidait que lorsque la désorganisation s'arrêtait après avoir envahi toute l'épaisseur du membre, et l'on ne pratiquait l'amputation qu'au point où le mort tendait à se séparer du vif. C'est qu'à cette époque la science n'avait encore posé aucun des principes généraux qui font aujourd'hui sa force et sa gloire; c'est qu'on était loin de songer à la précision pour ainsi dire mathématique qu'on a donnée de nos jours aux opérations les plus hardies de la chirurgie. Il ne faut donc pas être surpris que les anciens aient oublié de fixer pour l'amputation de la jambe, un lieu d'élection proprement dit, et qu'ils la pratiquassent, selon l'étendue de la gangrène, en haut, au milieu, en bas, ou même dans l'intervalle de ces divers points. Préoccupés sans cesse des dangers de l'hémorrhagie, à laquelle ils n'opposaient le plus souvent que des ressources impuissantes, ils devaient être bien plus timides que nous, mais ils étaient aussi moins exigeans. S'inquiétant peu de la beauté, de la forme du moignon, ils tenaient moins à ce qu'il fût un peu plus long ou un peu plus court.

Ce n'est qu'à l'époque où la ligature des artères permit de se mettre en garde contre les chances d'hémorrhagie que les chirurgiens purent raisonner à leur aise sur les divers cas d'amputation, se proposer des difficultés à résoudre, établir divers procédés opératoires, discuter sur la forme la plus favorable à donner au moignon, poser des règles générales, et fixer enfin ce qu'on a appelé depuis le lieu d'élection.

A. Paré donna le premier exemple: par l'emploi des ligatures, il fit faire en peu de temps le plus de progrès à l'art des amputations (1). Jusqu'à lui les faits étaient restés isolés, sans lien commun, et partant sans force; ils les réunit et en fit sortir des principes nouveaux; ce fut lui qui fixa pour l'amputation de la jambe le lieu d'élection à cinq travers de doigt au-dessous du genou, quelque peu élevée que fût d'ailleurs la maladie. Cette règle, toute contraire qu'elle parût aux autres principes des amputations, fut cependant adoptée par les contemporains de Paré; elle a même traversé trois siècles en s'imposant aux praticiens comme une sorte d'axiome.

Cependant l'amputation de la jambe au lieu d'élection considérée dans son application et particulièrement dans les cas de lésions bornées au pied ou à l'articulation tibio-tarsienne offre, au premier aspect, une idée d'exagération qui saisit l'esprit et révolte le bon sens. Aussi des protestations sérieuses se sont-elles élevées de tout temps çà et là contre elle. Quelques chirurgiens se sont bientôt demandé, en effet, si, en la pratiquant, on n'obéissait pas plutôt à une routine qu'à une nécessité réelle. Secouant le joug de l'autorité des grands noms, ils n'ont même pas craint de l'attaquer dans son principe, d'en appeler à des faits contraires, d'énumérer les circonstances où elle est évidemment trop absolue.

En 1679, Lowdham, pratiquant pour la première fois l'amputation à lambeaux de la jambe non loin du pied, porta les premières atteintes aux principes du lieu d'élection.

En 1684, Van-Solingen alla beaucoup plus loin que Lowdham, car il conseilla formellement l'amputation sus-malléolaire chaque fois que la lésion se trouve circonscrite au pied ou à son articulation avec la jambe

En 1696, Verduin discuta plus longuement qu'on ne l'avait fait encore la question de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. Comme Solingen, il mentionne déjà parmi les avantages de cette opération celui de conserver une plus grande étendue de parties saines; de procurer une guérison plus rapide; de conserver les mouvemens du genou; de permettre l'emploi d'une machine dont les malades tirent le plus grand parti. Il est de fait que la jambe artificielle imaginée par lui, et dont il donne le modèle, est une des mieux combinées et des plus convenables qu'on eût proposées jusque-là, et qui aient été inventées depuis.

Dionis lui-même conseille de couper la jambe « le plus bas possible, » pourvu, dit-il, qu'on puisse conserver les mouvemens du genou, car » s'il devait être toujours ployé, il faudrait couper le membre à la jarretière. »

(1) Œuvres complètes, Paris, 1840, t. II, p. 224.

---

vous tendent mille embûches pour vous passer un peu de ce *bouillon* (1) qu'ils abhorrent, et comme ils en ont tous, il est bien impossible que d'une façon ou d'autre vous n'y trempiez vos lèvres.

Voilà que l'espace me manque pour vous parler de mon instrument et de mes acquisitions en coutellerie chirurgicale. Prenez-vous-en à M. Germer, qui trop long-temps m'a retenu chez lui.

Agréez, etc.

Dr Lyrac.

(1) A propos de *bouillon*, je vous dirai, mon cher confrère, que ma dernière épître m'a mis dans un très mauvais cas. La *Société d'observation* me disséquerait, si elle savait manier un scalpel; *M. Gendrin* m'a fait signifier deux ou trois exploits, et *M. Sylvius* ne se calme pas.

Marion pleure, Marion crie,
Marion.......

Il est, dit-il, incapable de faire prendre un bouillon; il est de l'opposition; il veut en être; il donne si bien incognito le coup de pied de l'âne; il a si bien posé ce dilemme académique formidable: Les chiens pissent-ils ou ne pissent-ils pas?

Perrin Dandin n'était-il pas d'Amiens, mon cher confrère?

Dr L....

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 18 octobre.

Physiologie générale. — M. Breschet lit, au nom de M. Becquerel et au sien, un travail intitulé: Mémoires 1° sur la détermination de la température des tissus organiques de plusieurs mammifères, et particulièrement des lapins dont le poil avait été rasé et la peau recouverte d'un enduit composé de colle forte, de suif et de résine; 2° sur la température différente du sang artériel et du sang veineux, examiné dans l'organe central de la circulation. (Nous reviendrons sur ce travail.)

Ténotomie. — M. Guérin lit un travail sur la myotomie oculaire. (Nous en publierons un extrait.)

Peste. — M. Aubert écrit pour déclarer inexacts ou exceptionnels les faits relatifs à l'inculation de la peste recueillis dernièrement à Marseille et à Malte. Son opinion est basée, dit-il, non seulement sur ses observations personnelles, mais encore et surtout sur les documens qu'il a consultés, recueillis depuis plusieurs siècles dans plusieurs lazarets. Il adresse une série de questions dans le but d'éclaircir la valeur des nouveaux faits dont nous avons parlé.

Anthropologie. — M. Virey écrit pour faire des remarques sur quelques passages du rapport de M. Serres. Sa lettre est intitulée: *De la hiérarchie des races humaines*, il renvoie à son ouvrage pour le développement de plusieurs énoncés de cette lettre. Son point de départ, dans cette hiérarchie, est la position du trou occipital et son rapprochement du voile du palais, ce qui était parfaitement connu.

« Plus le système cérébro-rachidien se centralise à mesure que l'individu se redresse debout naturellement, plus l'animalité s'élève à l'humanité, plus le cerveau se développe, plus le mâchoires se raccourcissent, plus l'angle facial s'ouvre comme l'a montré Camper. Cela est manifeste dans la série ascendante de l'humanité. etc... On peut marquer les degrés hiérarchiques remontant de ces Nègres et Papous, aux Malais, déjà soupçonnés d'être un produit métis... On arrive ensuite aux races successivement plus civilisables des Chinois et autres Mongoles pour atteindre la race supérieure blanche dont les rameaux indous et arabes font partie, mais dont les tiges pélasgiques et celto-germaniques blondes sont les plus nobles et les plus intellectuelles. »

Dans la séance de l'Académie des sciences du 11 octobre, M. Rognetta a adressé à M. Flourens la lettre suivante sur l'ostéogénie.

« Monsieur le secrétaire perpétuel,

» J'ai écouté avec le plus grand intérêt le travail important que vous avez lu dans la dernière séance de l'Académie. M'étant beaucoup occupé moi-même d'ostéogénie, et ayant publié dernièrement un mémoire sur le système médullaire des os, (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 17, 22 juin, 6, 10 juillet 1841, feuilleton), je vous demande la permission de vous soumettre quelques courtes remarques que m'a suggérées votre lecture.

» Vos résultats, Monsieur le secrétaire perpétuel, m'ont paru d'une netteté remarquable, et conduire à des conséquences extrêmement importantes. Cependant, il m'a semblé que vos expériences seraient plus concluantes si elles portaient sur des animaux plus volumineux et plus voisins de l'homme que ceux dont vous vous êtes servi. Les os des lapins et des oies sont trop faibles, à mon avis, pour permettre d'opérer avec toute la netteté désirable. Je sais bien que Troja n'a fait ses belles expériences que sur de petits volatiles, mais les expériences de cet habile observateur n'en présentent pas moins [illegible] défaut. Outre qu'il est difficile de bien apprécier les choses [illegible] opère sur de petits animaux, la force plastique ou régéné[illegible], comme vous le savez, des différences immenses à mesure qu[illegible] passe d'une partie à une autre de l'échelle zoologique. Il serait do[illegible] désirer qu'à vos expériences déjà si belles par elles-mêmes, il en fût joint d'autres analogues sur de gros animaux (chien, cheval, etc.) On aurait ainsi des résultats beaucoup plus décisifs.

» Si vous voulez bien jeter un coup-d'œil sur la partie anatomique et physiologique de mon travail et sur les conclusions générales que j'en ai déduites, vous y verrez des observations neuves que vous ne jugerez peut-être pas indignes de votre intérêt. J'ai considéré l'appareil médullaire des os comme essentiellement vasculaire, pourvu de nerfs, et destiné à la fois au travail d'assimilation et de désassimilation du parenchyme osseux. D'après les recherches que j'ai faites sur le squelette frais de l'homme, la membrane médullaire ne se borne pas dans le canal de ce nom, elle se prolonge, s'irradie dans les cellules du parenchyme de l'os, s'anastomose avec le périoste externe et s'étend longitudinalement jusqu'auprès des cartilages articulaires. C'est d'ailleurs l'organe sensitif par excellence dans le système osseux. Cet appareil existe également, mais sous une autre forme, dans les os non cylindriques. J'ai cru pouvoir conclure de mes recherches que la moelle, ou plutôt la membrane médullaire, préside pour une très grande part à la nutrition de l'os, tout comme le périoste pour sa part à lui, et que ces deux systèmes n'exercent pas une fonction exclusive, distincte et différente l'une de l'autre.

» Je dois vous avouer, au reste, Monsieur le secrétaire perpétuel, que je n'ai pu bien saisir, dans les expériences dont vous avez parlé, les bases des déductions que vous avez établies sur les fonctions exclusives et distinctes que vous assignez au périoste et à la moelle.

» Si le périoste est, d'après vous, l'organe régénérateur de l'os, si le cal n'est que le périoste lui-même ossifié, comment ce cal se produirait-il lorsque le périoste est détruit? Or, l'observation a appris que la destruction du périoste sur le lieu de la fracture n'empêche pas le cal de se former, et les expériences de Howship ont prouvé que toutes les parties molles qui environnent la fracture (muscles, aponévroses, tendons, gaînes des vaisseaux et des nerfs, etc.) prennent part à ce travail formateur du cal.

» La moelle n'est, selon vous, que l'organe exclusif de résorption: comment se fait-il que sa destruction entraîne la nécrose? c'est qu'elle préside en même temps à la nutrition, à la vie de l'os.

» Dans une suite de mémoires que j'ai publiés dans la Gazette médicale (1834, 1835, 1836) sur les épiphyses et sur les ossifications accidentelles, je crois avoir établi la véritable loi de la genèse de ces corps. Peut-être jugerez-vous convenable de tenir compte de ces travaux physiologiques et pathologiques qui se rattachent à votre sujet. Des productions osseuses, des os véritables se forment souvent dans les régions éloignées du squelette, dans le parenchyme de nos organes, là où il n'y a pas de périoste; ces productions ont lieu sous la seule influence des vaisseaux sécréteurs. C'est aussi de cette manière, je crois, que le cal se forme lorsque le périoste est détruit.

» J'ai pensé, Monsieur le secrétaire perpétuel, que le savant distingué qui a su, par son talent d'observation et son habileté expérimentale, s'élever au niveau de l'illustre Duverney, ne prendrait pas en mauvaise part les simples remarques que j'ai eu l'honneur de lui soumettre dans l'intérêt de la science.

» Agréez, etc.

Rognetta, D.-M.-P. »

Ravaton qui, à l'occasion de l'amputation à lambeaux, qualifie de nouvelle méthode l'opération dont il s'agit, ajoute qu'il faut couper la jambe aussi bas qu'on le peut. Il m'est arrivé, dit-il, de faire l'amputation près des malléoles à un paysan du bailliage de Guennessem, à propos d'une carie de cause inte ne. L'opéré continua de marcher et de travailler après la guérison, par le secours d'une bottine de cuir, exhaussée, bien matelassée, lacée devant et derrière la jambe.

En 1740, Bromfield pratiqua une amputation sus-malléolaire pour une gangrène du pied. La guérison fut très rapide et la malade marcha si bien ensuite avec une machine très simple, qu'il était difficile, au dire de l'auteur, de voir qu'elle avait perdu une partie de son membre. Toutefois Bromfield ajoute que quelques chirurgiens ayant vivement critiqué cette méthode, le décidèrent à l'abandonner; mais ayant appris en 1754 que Withe l'avait employée trois fois avec le plus grand succès, il y eut recours de nouveau avec avantage. Withe, en effet, dit, en 1769, que l'idée de faire l'amputation sus-malléolaire lui fut suggérée par le hasard dans un cas particulier; que l'opération sut effectuée à l'aide d'une simple incision circulaire, et que le succès en fut si complet que le malade put marcher librement, même avec une machine mal construite. Allançon fait également un grand éloge de l'amputation sus-malléolaire. Il rapporte, à l'appui de son opinion, un certain nombre de succès obtenus par lui ou par ses compatriotes. Un de ses amputés guérit en seize jours, l'autre en trois semaines. B. Bell semble être du même avis. Kennedy a vu plusieurs exemples de guérison complète obtenue par elle en trois semaines, comme Freer en vingt-six et vingt-sept jours

Ayant réfuté les reproches adressés à l'amputation sus-malléolaire, Rossi ajoute que l'endroit dans lequel on doit amputer un membre quelconque sera toujours indiqué par l'étendue de la maladie et ne devra jamais être laissé à l'arbitraire du chirurgien. Un officier de santé des armées, Garrigue, défendit aussi l'amputation sus-malléolaire en 1806 à la Faculté de médecine de Strasbourg. Il en fut de même de M. Arnaud-Soulerat en 1814. Vacca Berlinghieri pratiquait également l'amputation sus-malléolaire toutes les fois que la lésion le lui permettait; il faisait porter ensuite à ses opérés une jambe artificielle de l'invention du docteur Mori. Enfin, un chirurgien de Palerme, M. Salemi, publia en 1829 un mémoire sur les inconvéniens de l'amputation de la jambe au lieu d'élection, comparée à ceux de l'amputation sus-malléolaire. Ce sont sans doute les succès de Vacca qui lui ont mis la plume à la main, car il n'invoque, quant à lui, aucun motif nouveau, aucun fait qui lui soit propre, à l'appui de son opinion. On ne peut effectivement accepter comme valables les six amputations sus-malléolaires qu'il a pratiquées sur six chiens.

Aucune de ces remarques n'avait cependant pu ébranler la conviction des chirurgiens français, et personne encore n'avait osé défendre, parmi nous, dans les ouvrages didactiques, l'amputation de la jambe au tiers inférieur, lorsque votre rapporteur prit sur lui de l'apprécier dans les termes suivans :

« La règle qui veut qu'on ampute les membres le plus loin possible du tronc, disais-je en 1831, n'a que rarement été appliquée à la jambe. Le lieu d'élection, même dans les cas où le mal ne s'étend pas au-dessus des malléoles, est à deux ou trois travers de doigt de la tubérosité du tibia. L'expansion tendineuse des muscles couturier, grêle interne et demi-tendineux se trouve ainsi conservée. Le moignon, qui peut se fléchir et s'étendre, offre assez de longueur pour que le genou porte solidement et sans gêne sur la jambe artificielle. Il est facile de ménager assez de parties molles pour recouvrir la plaie. En se rapprochant des malléoles on finit par ne plus rencontrer que la peau; la cicatrice ne s'opère que difficilement, reste tendue, aisée à déchirer; après la cure, le moignon, trop saillant en arrière, est exposé à se heurter sans cesse contre les corps extérieurs et devient plus ambarrassant qu'utile, à tel point que plusieurs sujets opérés de cette manière, ont réclamé une seconde amputation, ainsi que Sabatier en cite des exemples, et que Paré le remarque déjà. Tels sont du moins les motifs qu'on invoque depuis long-temps à l'appui du précepte dont il vient d'être question.

» Toutefois, l'amputation de la jambe à sa partie inférieure est beaucoup moins grave, il faut en convenir, que dans le lieu d'élection, par suite du peu de parties molles qui s'y trouvent; les tégumens que l'on conserve suffisent d'ailleurs pour fournir à la réunion même immédiate de la plaie. On ne peut pas dire qu'il soit impossible de construire des machines avec assez de perfection pour simuler la portion de membre détruite, et permettre de marcher en laissant à peine apercevoir la difformité. De ce que certains malades se sont mal trouvés de cette opération, il ne s'ensuit nullement qu'elle doive être rejetée pour tous les autres; le succès, en pareil cas, doit dépendre de plusieurs circonstances dont on n'a pas, je crois, assez tenu compte. La cicatrice peut être plus ou moins solide, placée au centre ou vers la circonférence du moignon. Les deux malades ainsi opérés, qui se sont offerts à mon observation, peuvent marcher avec une bottine tellement imparfaite, qu'il m'est difficile de croire à la nécessité absolue de donner le genou pour pour point d'appui au membre artificiel; je conclus, en conséquence, que chez les sujets qui ne sont pas obligés à des marches longues et fatigantes, qui tiennent beaucoup à la conformation naturelle ou aux apparences d'une conformation naturelle, l'amputation à la méthode de Solingen pourrait être parfois adoptée. »

On le voit donc, il y a déjà long-temps qu'on s'occupe du sujet traité par MM. Arnal et Martin, que des auteurs recomandables, s'efforçant de modifier les principes du lieu d'élection pour l'amputation de la jambe, cherchent à lui substituer, au moins dans quelques circonstances, l'amputation sus-malléolaire; mais ces efforts n'ont point encore triomphé de toutes les répugnances. Des chirurgiens haut placés continuent de repousser formellement l'amputation de la jambe au tiers inférieur, et la plupart des praticiens de province, restant fidèles aux leçons de leurs maîtres, pratiquent aujourd'hui à peu près dans tous les cas l'amputation au lieu d'élection.

§ II. *Propositions de MM. Arnal et Martin.*

Reprenant la question sous le point de vue théorique et pratique, MM. Arnal et Martin s'attachent à démontrer dans le premier chapitre de leur mémoire :

1° Que l'amputation sus-malléolaire est d'une exécution plus prompte et plus facile que l'amputation au lieu d'élection;

2° Qu'elle est, plus que cette dernière, économe des douleurs, et que, sous ce rapport, elle expose moins aux ébranlemens du système nerveux, aux spasmes, au tétanos et à ce collapsus général dans lequel tombent quelquefois les opérés;

3° Qu'elle est moins souvent suivie de la gangrène du lambeau, si fréquente, comme chacun sait, au niveau de l'angle saillant du tibia, dans les cas d'amputation au lieu d'élection;

4° Qu'elle expose moins aux hémorrhagies, par la raison qu'inférieurement les vaisseaux sont moins gros et moins nombreux, et qu'il est en outre plus facile d'en faire la ligature;

5° Qu'elle provoque une fièvre traumatique moins orageuse, qu'elle met mieux à l'abri des inflammations primitives, des retentissemens sur les viscères, des étranglemens, des foyers purulens dans le moignon, le jarret ou la cuisse, dans les bourses muqueuses et l'articulation même du genou;

6° Que la réunion immédiate y est plus facile et la cicatrisation plus prompte;

7° Qu'en raison de sa grande aptitude à la réunion immédiate et du peu d'étendue de la surface du moignon, elle expose moins à la pourriture d'hôpital que l'amputation au lieu d'élection;

8° Qu'elle est moins souvent suivie de la conicité du moignon et de la nécrose du tibia;

9° Qu'elle s'accompagne plus rarement que l'autre de la phlébite, parce qu'en haut il y a un plus grand nombre de veines ouvertes, parce que quelques-unes de ces veines traversant des plans fibreux, des intersections aponévrotiques, y adhèrent, restent béantes, s'y trouvent dans les conditions les plus favorables, soit pour absorber le pus, soit pour participer à l'inflammation des diverses parties constituantes du moignon; enfin, parce qu'on ouvre là un grand nombre de canaux osseux très voisins de leurs veines émissaires;

11° Qu'après la guérison, non-seulement elle expose moins aux accidens consécutifs de la pléthore et aux congestions sanguines vers les organes internes, mais qu'elle permet encore à l'amputé de tirer un grand parti de la portion du membre qui lui reste, et d'obvier à la difformité qui résulte de sa mutilation.

Passant ensuite aux objections faites contre l'amputation sus-malléolaire, MM. Arnal et Martin cherchent à établir qu'aucune d'elles n'est réellement fondée; qu'on lui reproche à tort d'être souvent suivie de la nécrose des tendons; que les fusées purulentes n'y sont pas plus fréquentes qu'à la suite de l'amputation supérieure; qu'il y a en haut plus de tissu cellulaire lâche et lamelleux qu'en bas; qu'il est inexact de dire que le moignon résiste moins à la fatigue de la marche, est plus exposé aux inflammations secondaires et à la nécrose; qu'il ne devient pas pendant l'hiver le siége de la gangrène; qu'on a tort d'avancer que les extrémités des nerfs y sont plus exposées à des pressions douloureuses, et qu'il doive forcément résulter de là une disposition plus grande aux douleurs sympathiques, qui quelquefois tourmentent tant les amputés en leur rappelant la portion de membre qu'ils n'ont plus.

Pour ne laisser aucun prétexte aux opposans, nos auteurs ont mis leur opinion sous l'imposante protection de quatre-vingt-dix-sept observations, prises sur des sujets de tout âge, de toute constitution, dans des climats différens, à toutes les époques de l'année et dans les conditions les plus opposées. Il en résulte que sur ces quatre-vingt-dix-sept amputations, il y aurait eu quatre-vingt-sept succès complets. La proportion des insuccès aux succès serait donc comme un est à neuf, en d'autres termes on ne perdrait qu'un malade sur dix environ, tandis que par l'amputation au lieu d'élection ils ont entendu Dupuytren déclarer qu'il perdait à peu près un malade sur quatre; il résulterait même d'un relevé de quarante-huit de ces amputations, fait sur les registres des divers hôpitaux de Paris, qu'il y a un peu plus d'un mort sur trois.

MM. Arnal et Martin s'étonnent alors de la résistance qu'on trouve encore chez certains chirurgiens, et du long espace de temps qui a été nécessaire pour établir enfin la supériorité de l'amputation sus-malléolaire. Une raison qui portait les opérateurs à se mettre en contradiction avec leurs propres principes, c'est le manque de moyens de prothèse convenable. C'est qu'en effet, les membres artificiels qu'on a employés jusqu'à ce jour ont tous péché par des inconvéniens graves, les uns faute de point d'appui suffisant, faisant supporter au moignon des froisemens et des tiraillemens qui ne tardent pas à l'enflammer et à l'ulcérer; les autres, grossièrement exécutés, en rendant la marche lourde, difficile, embarrassée; ceux-ci, à articulations mobiles, en nécessitant l'emploi de la main pendant la progression, et en produisant bientôt une double fatigue; ceux-là, à tige inflexible, en ne permettant de marcher qu'en fauchant et en haussant l'épaule; tous enfin par trop de complication et de pesanteur, les mécaniciens n'ayant pas su découvrir des ressorts assez intelligens pour venir en aide aux muscles dans leur mode d'action.

Si l'on considère, d'après cela, que le pilon, même avec ses imperfections, était encore de tous les membres artificiels le plus commode, et que, pour s'en servir, la jambe a besoin d'être fléchie à angle droit sur la cuisse, on conçoit facilement qu'on se soit attaché à faire le moignon le plus court possible, afin qu'il fût mieux encadré dans l'appareil et moins exposé aux atteintes des corps extérieurs.

(*La suite à un prochain numéro.*)

On nous demande une réponse à la question suivante :

« Un officier de santé établi et autorisé dans un département peut-il, sans autorisation nouvelle du préfet de l'autre département, *voir des malades* dans un département limitrophe lorsqu'il y est appelé? »

Qu'entend-on par *voir* des malades? Aucune loi ne défend à l'officier de santé, pas plus qu'à tout autre citoyen, de *voir* des malades. Partout où il est appelé, l'officier de santé peut aller visiter des malades et leur donner *oralement* les conseils qu'il croit convenables.

L'acte de voir un malade, d'entrer dans sa chambre, de lui parler et de lui conseiller un traitement, ne constitue pas aux yeux de la loi une infraction aux limites posées à l'officier de santé. Pour qu'il ait fait acte de médecin, il faut qu'il ait *pratiqué* une opération, ou qu'il ait *formulé* un traitement. S'il n'a pas fait l'une de ces deux choses ou les deux à la fois, l'officier de santé ne peut être passible des peines portées par la loi de ventôse de l'an XI.

Si, au contraire, par voir des malades on entend faire acte de médecin, pratiquer une opération ou formuler un traitement, la loi est formelle, l'officier de santé serait en contravention. Il ne peut absolument pratiquer la médecine que dans le département pour lequel il est autorisé; il ne peut se déplacer, dans le but de la pratique de son art, qu'avec une autorisation nouvelle. Il existe sur ce point plusieurs arrêts de cours royales, confirmés par la cour de cassation.

Il ne peut convenir à la dignité de ce journal d'indiquer les moyens d'éluder les dispositions un peu draconiennes de la loi envers les officiers de santé. Mais ils sont tellement faciles à trouver qu'il faut être plus que maladroit pour se trouver en faute. Nous n'avons pas non plus à rechercher ce que la dignité de la loi elle-même peut avoir à souffrir d'un état de choses tel que ce qui est délit dans ce village est parfaitement légal dans cet autre, et qui innocente ou incrimine un acte d'après une borne ou un ruisseau. Cependant le texte en est clair et explicite, et le plus simple est de s'y soumettre.

— Les candidats dénommés ci-après ont obtenu la médaille dans les concours qui viennent d'avoir lieu à l'hôpital militair de perfectionnement :

Concours pour le grade de chirurgien sous-aide. — M. Lecœur, chirurgien élève à l'hôpital de perfectionnement;

Concours pour le grade de pharmacien aide-major. — M. Dusseuil, chirurgien sous-aide à l'hôpital des Invalides.

— Le rapport d'inspection médicale du 3e arrondissement contient l'annotation suivante au sujet de M. Delmas (J.-B.), ex-chirurgien aide-major au 18e léger, dont nous avons annoncé le décès :

« Cet officier de santé a emporté les regrets unanimes de tout le régiment. Attaché au 18e léger depuis plusieurs années, il y avait rempli ses fonctions avec un zèle si éclairé et un dévouement si entier, que MM. les officiers lui ont fait spontanément élever un tombeau qui rappelle leur estime et leur reconnaissance. »

(*Bulletin des officiers de santé.*)

Errata. — A la vingt-unième ligne de la lettre de M. Guillon insérée dans notre n° précédent, au lieu de *l'urètre* continuant d'être catarrhale, lisez : *l'urine* continuant d'être catarrhale, etc.

Aux trente-unième et trente-deuxième lignes, le mot *environ* s'applique aux 8 grammes employés à l'analyse, et non aux 40 grammes qui donnent un total exact.

Les trois mots *calcul* qui se trouvent au singulier doivent être mis au pluriel.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quentin, pharmacien à Paris : nos expériences nous ont répondu du succès.

En appelant l'attention de nos confrères sur le Papier Fayard et Blayn, nous faisons remarquer que cet excellent topique est toujours fermé dans des rouleaux de carton vert dont l'étiquette rose porte les signatures Fayard et Blayn. Tout papier présenté sous une autre forme et sans les signatures doit être refusé.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 21 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 127, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

Hypertrophie du cœur, rétrécissement de l'orifice aortique.— Altération des valvules bicuspides gauches.—OEdème pulmonaire. — Albuminurie considérable. — Anasarque.

Au n° 11 de la salle Saint-Louis est couché le nommé Aubin, âgé de cinquante-cinq ans, exerçant la profession de débardeur. Vers l'âge de trente ans, il fit une chute de 40 pieds de haut sur la poitrine : cet accident le retint trois semaines à l'hôpital de Clermont. Il y a cinq ans, il éprouva une nouvelle chute pour laquelle il fut contraint de s'aliter pendant quelques jours.

La respiration est habituellement gênée depuis un temps qu'il ne peut déterminer. Il a suspendu depuis deux mois ses occupations. Depuis trois années environ, palpitations fréquentes qui empêchent le malade de se livrer à un travail actif. Les jambes ne sont enflées que depuis deux mois. Il est entré successivement depuis cette époque à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié. Il est sujet à s'enrhumer. Jamais d'hémoptysie, ni d'affection de poitrine, ni de rhumatisme articulaire.

Etat actuel, 25 septembre : Constitution robuste, encore bien conservée. Le malade ne peut garder que la position assise. Cyanose, refroidissement des mains, nul au visage; œdème considérable des membres inférieurs et du scrotum, nul aux membres supérieurs ; légère voussure à la région précordiale, point d'impulsion anormale ni de frémissement; les deux bruits du cœur, le second surtout, modifiés dans leur timbre ; les jugulaires distendues ; aucune tumeur vers le sternum. La matité de la région précordiale occupe une étendue d'environ 4 pouces carrés. Le pouls 60, petit, filiforme, irrégulier, inégal, avec intermittences fréquentes.

La sonorité à peu près normale des deux côtés; en arrière la respiration assez bonne en haut ; râle sous-crépitant abondant à la base des deux poumons ; toux peu fréquente, crachats muqueux offrant des stries opaques et blanchâtres ; langue naturelle ; épanchement d'un peu de sérosité dans le péritoine, l'appétit conservé, la soif médiocre, pas de dévoiement.

Prescription : décoction de racines d'asperge, 2 p.

Après l'observation de ces troubles morbides nombreux et presque tous caractéristiques d'un obstacle apporté au cours du sang, le diagnostic de la maladie organique du cœur ne peut demeurer douteux un instant.

Mais était-ce là tout ? Comment penser qu'une altération des valvules et des orifices de l'organe central de la circulation qui est assez marqué pour ne pas produire de bruit anormal proprement dit, puisse être la seule cause de si grands désordres? Cet œdème du poumon, cette ascite, peu considérable, il est vrai, le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, cette infiltration des membres inférieurs, n'ont-ils pas le secret de leur développement dans l'existence de quelque autre lésion d'organe. C'est, en effet, ce qu'il nous importait de rechercher: et bien nous en advint, car nous apprîmes que cette diathèse séreuse ne dépendait pas seulement d'une gêne au cours du sang, mais aussi d'une modification de sa composition. Le malade, fort indocile et difficile à gouverner, malgré toutes nos recommandations, n'avait pu encore nous procurer de ses urines. Nous prîmes le parti de lui en faire rendre pendant la visite du 18 octobre, et nous constatâmes qu'elles précipitaient par l'acide et par la chaleur une très-grande quantité d'albumine qui se déposait en magma au fond du vase.

Le même jour, l'œdème des membres inférieurs et du scrotum paraît toujours considérable, l'épanchement ascitique augmente ; les membres supérieurs ainsi que la face n'offrent aucune infiltration. Anxiété, exaltation particulière de l'intelligence. Lividité de la face. La température des extrémités toujours abaissée. Aucune douleur dans la région lombaire; le malade ne se rappelle pas en avoir jamais éprouvé.

Le pouls très irrégulier et ne donnant que très rarement le même nombre de pulsations pour le même temps. Ainsi compté deux fois de suite, il a d'abord fourni 56, et ensuite 68. Même état des poumons et des autres viscères.

Prescription : Frictions avec scille, 0,4, et teinture de digitale, 0,2.

Les différens symptômes que nous avions notés à l'entrée du malade à l'hôpital persistent au même degré, et l'on peut à l'avance pronostiquer une terminaison funeste, car les deux maladies dont il est affecté sont au-dessus des ressources de l'art. La présence de l'albumine dans l'urine s'explique par une altération des reins. Si nous cherchons quelle est la nature de cette altération, nous éprouvons quelque embarras. En effet, une simple hypérémie qui s'effectue dans le parenchyme du rein sous l'influence d'une altération du cœur, détermine assez fréquemment le passage de l'albumine dans les urines : dans ce cas, cet élément ne se présente pas toujours d'une manière passagère, comme cela arrive dans d'autres affections. La maladie du cœur est une cause permanente de congestion qui amène cette sécrétion anormale d'albumine. Souvent l'hypérémie rénale, après avoir existé pendant un certain temps, est remplacée par une altération de texture beaucoup plus profonde : l'on voit alors les maladies granuleuses du rein devenir une complication qui persiste jusqu'à la mort. Chez le sujet dont nous venons de faire l'histoire, existe-t-il une simple hypérémie ou une lésion plus profonde? Sans nous prononcer bien positivement sur la nature de la lésion dont le rein est le siége, nous sommes porté à soupçonner l'existence d'une maladie déjà avancée du rein.

Hydro-péricardite et épanchement pleurétique gauche aigus, traités par les émissions sanguines générales, les vésicatoires et les révulsifs portés sur le tube intestinal Guérison.

Le 26 septembre est entré dans la salle Saint-Louis, au n° 31, le nommé Dabadie, âgé de cinquante-sept ans, depuis quatre ans à Paris, faisant depuis la même époque la profession d'écrivain ; d'une santé habituellement bonne. Sujet seulement à quelques douleurs rhumatismales occupant plus spécialement les muscles. Il y a une dizaine d'années il ressentit une première attaque de goutte qui occupa l'orteil droit ; elle fut bientôt suivie d'une seconde qui envahit les deux orteils ; une troisième a eu lieu il y a cinq ans ; toutes ont été séparées par un intervalle assez grand (deux ou trois ans). Il y a dix ans qu'il survint des douleurs dans les jointures des deux mains, elles ont cessé depuis quinze jours. Avant cette époque les pieds enflèrent jusqu'aux chevilles, mais à de longs intervalles, et l'enflure se dissipa assez facilement. Il a été sujet à des hémorrhoïdes qui ont paru vers l'âge de trente ans. Elles ont coulé par intervalles. Jamais de pneumonie ni d'hémoptysie. Dyspnée depuis quinze jours seulement ; toux assez forte sans aucun autre symptôme.

Le malade a pris le lit dès le début du mal ; point de disposition à s'enrhumer. Aucune cause appréciable; pas de traitement antérieur.

Etat actuel, 27 septembre. La constitution est encore robuste ; le malade dit qu'il a maigri beaucoup depuis un an. Aucun œdème des membres inférieurs. Point de céphalalgie. Sommeil rendu impossible par la gêne de la respiration, qui augmente la nuit. Pouls à 96, régulier, petit, sans intermittence. Aucune voussure de la région précordiale. A droite, en avant, sonoréité parfaite ; la respiration pure, sans râle. Absence complète du bruit respiratoire en avant et à gauche, si ce n'est sous la clavicule, où l'on entend le souffle des grosses bronches ; en arrière, à droite, sonoréité et respiration normales ; à gauche, sonoréité presque conservée jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse ; à partir de ce point, œgophonie des plus manifestes en un seul point. Par la mensuration on obtient une différence de 3 centimètres à l'avantage du côté gauche. Matité complète de toute la région précordiale ne dépassant pas néanmoins le milieu du sternum. Battemens du cœur lointains, sourds, ayant conservé leur timbre normal et s'entendant surtout sous le sternum. Décubitus latéral gauche. Un peu d'ébranlement carotidien. Pouls de la jugulaire droite. Réponses brèves et annonçant une dyspnée assez intense. Langue nette. Anorexie. Soif. Une selle chaque jour. Le sang de la saignée pratiquée la veille offre un caillot bien formé, supportant son poids, avec couenne peu dense, imparfaite, de 0,002 d'épaisseur.

Urines rendues à cinq heures et demie, colorées avec léger nuage, acides, sans précipité par l'acide nitrique.

Prescription : Petit-lait; sulfate de soude, 40 gram. ; saignée de trois palettes ; ventouses scarifiées sur la partie antérieure gauche du thorax, pour 300 grammes de sang.

Si l'on remonte aux causes de la double affection que présente le sujet, on n'en trouve aucune manifeste. C'est d'une manière latente et insidieuse qu'a débuté le mal, à une époque qu'il est impossible, du reste, de préciser. Quinze jours avant son entrée, il commence à éprouver, pour la première fois, des symptômes qui fixent son attention, encore sont-ils fort légers ; ils consistent en une toux et une dyspnée qui augmentaient pendant la nuit. Forcé de suspendre ses occupations, qui n'ont rien de bien pénible, il présente les signes bien tranchés d'un double épanchement dans la plèvre et le péricarde. Ce qui nous a frappé surtout dans les symptômes de l'épanchement de la plèvre, c'est qu'en même temps qu'il existait une augmentation dans les diamètres du côté gauche (ce qui annonce généralement un épanchement assez considéraable), on pouvait encore entendre l'égophonie en dehors et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Un peu plus haut on percevait aussi un bruit respiratoire qui rappelait jusqu'à un certain point le bruit éloigné de la respiration. Existait il quelques adhérences qui tenaient le poumon rapproché des côtes en ce point? Cela est possible. Nous avons déjà rencontré quelques cas analogues.

De nouvelles émissions sanguines furent pratiquées, et l'on eut recours également à l'emploi de plusieurs vésicatoires qui furent promenés sur le thorax. On excita fortement la sécrétion du tube digestif, et sous l'influence de cette médication, l'épanchement de la plèvre disparut presque entièrement.

La quantité de liquide contenue dans le péricarde diminue aussi considérablement ; mais le malade ayant voulu sortir, nous ne pouvons considérer cette dernière affection comme s'étant entièrement guérie.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Conférences cliniques (année 1840).

Grossesse extra-utérine ; observation recueillie par M. MASCAREL, interne.

Boileau, âgée de 37 ans, entra à l'hôpital Necker le 5 octobre 1839, pour s'y faire traiter d'une tumeur de l'abdomen, située dans le flanc gauche, immédiatement au-dessus du bassin.

Boileau a été parfaitement réglée, et a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a quatre mois environ. A 20 ans elle eut un premier enfant dont elle accoucha heureusement. Six ans après, étant enceinte de 8 mois, elle fit une fausse couche, après avoir éprouvé des secousses dans une voiture mal suspendue.

Il y a 5 ans et demi, qu'après avoir éprouvé tous les phénomènes de la grossesse et une suppression des règles, elle se crut sur le point d'accoucher au terme de 9 mois; il y eut un commencement de travail, un médecin appelé sentit distinctement une tête de fœtus ; mais après 3 jours de douleurs vaines tout se calma, les seins se tuméfièrent, il s'en écoula bientôt une sérosité lactescente, il y eut en même temps un mouvement fébrile qui dura deux jours, ainsi qu'un écoulement lochial.

Six semaines après les règles reparurent, et sont revenues régulièrement jusqu'au mois de juin dernier. A dater de l'époque du pseudo-accouchement la vulve diminua insensiblement de volume et se réduisit à une petite tumeur dans le flanc gauche, qui devint mobile et roulante par la pression ou le changement de position de la malade; elle descendit plus tard dans la fosse iliaque gauche et y acquit de la fixité.

A son entrée à l'hôpital Necker, la malade était dans le marasme; figure grippée, pâle, terreuse, perte d'appétit, nausées, vomissements, diarrhée colliquative, qu'on ne peut arrêter; ventre douloureux, ballonné; néanmoins en explorant avec attention, on sent dans la fosse iliaque gauche une tumeur résistante, circonscrite, qui paraît adhérente au-dessus de l'arcade crurale; et il y a de plus de la toux, des crachats puriformes, des sueurs nocturnes, etc. Le pouls est petit, fréquent, faible; la peau sèche, etc. Cette femme mourut le 14 janvier 1840, des suites de son état de marasme auquel il avait été impossible d'apporter aucun adoucissement.

Autopsie trente-sept heures après la mort.

Abdomen. Sérosité trouble, lactescente, jaunâtre, comme crèmeuse, en quantité assez considérable dans l'intérieur du péritoine et dans le bassin en particulier; adhérences du bord libre du grand épiploon et de sa face postérieure avec une tumeur située dans le bassin.

Cette tumeur, du volume des deux poings, remplit la capacité du petit bassin, et remonte jusque dans la région hypogastrique; elle occupe la ligne médiane, un peu plus déviée cependant à gauche; elle est arrondie et lisse en avant et sur les côtés, où elle paraît tapissée par le péritoine; en arrière, elle est grisâtre, ardoisée, et présente des orifices qui conduisent dans l'intérieur d'une poche où l'on découvre des os à l'aide d'un stylet.

Ces orifices, au nombre de dix, s'ouvrent dans l'intérieur du péritoine; la sérosité puriforme et stercorale très fétide communique de l'un à l'autre.

Cette tumeur, située derrière la symphise, entre l'utérus et le rectum, offre les rapports suivants : elle remplit la presque totalité du petit bassin et proémine au-dessus des pubis et de la symphise de 4 à 5 centimètres.

1° Sa partie supérieure est croisée de gauche à droite par la fin de l'intestin grêle et le commencement du cœcum qui y adhèrent et dont l'appendice plonge dans l'intérieur de la tumeur, et est collé à sa surface *interne.*

En arrière, on trouve l'S iliaque du colon qui, au lieu d'occuper la fosse iliaque, se porte de gauche à droite, transversalement au-devant de la colonne vertébrale, se place sur la partie droite de cette colonne, et descend pour se continuer avec le rectum. Cet intestin, couché sur toute la face postérieure du kyste, présente, à cinq pouces au-dessus de l'anus, une solution de continuité de trois travers de doigt, intéressant toute sa paroi antérieure, d'où il suit que la partie postérieure du rectum fait partie de la paroi postérieure du kyste. Deux pouces plus haut, on rencontre encore une ouverture de communication du rectum avec le kyste, mais cette ouverture est étroite.

2° En avant, cette tumeur est en rapport avec la face postérieure du corps et du col de l'utérus et la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. L'utérus a conservé sa forme, sa couleur, sa consistance, son volume, son épaisseur; il est seulement situé au-dessus des pubis. Au-devant de lui, on rencontre la veine qui ne présente rien de particulier; il se continue avec le vagin qui n'offre rien à noter pas plus que le museau de tanche.

3° Sur les parties latérales, la tumeur est en rapport avec le tissu cellulaire pelvien, qui la double et qui est considéra-

blement épaissi autour d'elle. Les vaisseaux hypogastriques sont intacts.

Le péritoine se déploie sur chaque côté, et la tumeur remplit bien l'espace ou cul-de-sac péritonéal recto-vaginal; mais il semble que le péritoine se réfléchit du bord supérieur de l'utérus sur la paroi antérieure du kyste; sa partie antérieure et ses parties latérales, à en juger par son aspect lisse er poli.

De l'angle droit de l'utérus part un cordon fibreux, analogue pour la consistance au canal déférent, et qui se dirigesur la partie antérieure et latérale du kyste; sa longueur fait présumer que c'est la trompe; plus loin, on rencontre l'ovaire avec sa forme, son volume, sa consistance, son aspect ordinaire. Seulement, il est un peu enduit de matière mélanique.

Entre l'ovaire et la trompe se trouve un petit paquet formé de vaisseaux artériels et de veines qui se rendent à l'utérus. Plus au-devant enfin se voit le cordon sus-pubien.

De l'angle gauche de l'utérus part la trompe, qui est épaissie et qui a environ 5 centimètres de trajet; elle se dirige obliquement en haut et en dehors sur le devant du kyste; et décrit une courbe à concavité interne en se terminant, et en se confondant avec la paroi du kyste. Au-devant se trouvent des vaisseaux, comme du côté opposé, puis le cordon sus-pubien. On cherche en vain l'ovaire, on n'en trouve pas même de rudiment; on aperçoit bien du tissu blanc, bleuâtre, fibreux, se détacher du corps de l'utérus, près l'insertion de la trompe, et s'élargir pour se confondre avec la tumeur; mais il n'est pas possible d'y reconnaître des traces d'ovaire.

Vue par sa surface interne, cette tumeur est grisâtre et noirâtre, enduite de matière stercorale liquide très fétide, rugueuse, anfractueuse, communiquant: 1° avec l'intérieur du péritoine par les orifices décrits à sa partie supérieure; 2° avec le rectum, au moyen d'une ouverture parfaitement circonscrite, et dont les bords sont formés par les plis de la membrane muqueuse; 3° avec une autre partie du rectum située au-dessus. C'est au milieu de cette poche que se trouvent déposés les débris d'un fœtus.

Ils consistent en une agglomération de petits ossemens, du volume de la tête d'un fœtus à terme, complètement dépouillés de partie molles, tels que s'ils avaient été traités par une longue coction. On y aperçoit un fémur entier tout à fait libre et complètement dépouillé. Les os de la tête occupent la partie inférieure et antérieure. Un de ces os large correspond à l'orifice de communication du rectum et l'obture en partie.

Ces débris osseux sont agglutinés entre eux au moyen de poils et d'une sorte de ciment onctueux au toucher, d'un blanc jaunâtre, semblable au terrain appelé *tuf*. Dans certains endroits, on dirait du plâtre délayé avec un corps gras; dans d'autres, on dirait de la chaux délitée. Là, en tirant sur les poils, il semble qu'on les arrache d'une matière butireuse jaunâtre.

L'agrégation des côtes, qui toutes sont libres, forme une sorte de grillage affaissé qui se confond avec cette matière grasse dont nous avons parlé.

Enfin, en dehors du kyste et au-dessous à droite du rectum, on trouve une ampoule celluleuse du volume d'un œuf, remplie de sérosité limpide.

Les intestins ne sont ni rouges, ni congestionnés. Le foie est très volumineux, jaunâtre et gras; la bile ressemble à du camboui liquide; la rate, les reins, le pancréas et l'estomac ne présentent rien de particulier.

Le cœur est petit, il présente une petite plaque blanchâtre sur sa face antérieure.

Les poumons sont adhérens, le droit en particulier dont la partie supérieure du lobe supérieur offre quelques tubercules indurés et tophacés, qu'on retrouve aussi dans les ganglions bronchiques; le gauche est moins adhérent et crépitant.

La cavité crânienne vertébrale n'a pas été examinée.

Le cas de grossesse extra-utérine que nous venons de rapporter avait été diagnostiqué par MM. Baudelocque, P. Dubois et Bricheteau pendant la vie de la malade: le premier avait reconnu dix-huit-mois après l'époque présumée de l'accouchement, la présence de la tête derrière le col de l'utérus à travers la paroi postérieure du vagin. Le toucher par le rectum avait aussi été pratiqué, mais n'avait pas fait reconnaître l'existence de la communication dont nous avons parlé. Peut-être qu'alors la communication avec le rectum n'était pas encore établie, ou bien son siége était trop élevé pour pouvoir être atteint par le pulpe du doigt.

Relativement au développement de l'œuf et à la partie dans laquelle il a d'abord pris naissance, il est évident qu'il n'y a point eu grossesse intersticielle ni grossesse tubaire, attendu l'état sain et la position de l'utérus et des trompes. Si nous eussions trouvé les deux ovaires, comme nous avons trouvé les trompes, nulle doute que la grossesse n'ait été intra-péritonéale ou ventrale. Mais l'absence de l'ovaire gauche, dont il n'existait même pas de vestige, permet de penser, ou que l'œuf s'est développé primitivement dans cet organe, ou bien dans l'intérieur du péritoine au moment de la chute de l'ovule dans le pavillon de la trompe. Dans ce dernier cas, il faudrait admettre que l'ovaire qui manque a été résorbé, atrophié, aplati et confondu avec les parois du kyste, ce qui n'est pas probable; car pourquoi celui du côté droit serait-il resté dans le plus parfait état d'intégrité, bien qu'enseveli dans les parois du kyste?

On est donc en droit de penser que ce cas rentre dans ceux de grossesse extra-utérine ovarique. Mais alors, il faut admettre que l'ovule à une certaine époque s'est détaché, qu'il a tombé dans l'excavation ou cul-de-sac recto-vaginal; que là, il a développé autour de lui une inflammation adhésive, qui a eu pour résultat définitif la formation d'un kyste de protection. Cette manière de voir nous paraît confirmée: 1° par l'absence des caractères des enveloppes d'un fœtus; 2° par l'absence à la surface interne du kyste de débris soit de placenta, soit de cordon ombilical; 3° et surtout par la présence à l'intérieur de la poche de l'appendice cœcal, circonstance qui ne permet pas de douter de l'origine que nous assignons au kyste.

Nous pensons qu'au moyen des signes commémoratifs, des signes recueillis par l'inspiration, la palpation du ventre et de l'utérus, et de ceux fournis par le toucher rectal et vaginal, il aurait été possible d'établir l'état de grossesse, et de tenter l'opération césarienne vaginale pour sauver cette malheureuse; pour cela, il fallait inciser la partie postérieure et supérieure du vagin sur la ligne médiane, et extraire au moyen de pinces fragmens par fragmens toutes les parties du fœtus.

Ce que l'art n'a pas osé tenter, la nature l'a fait, seulement en suivant une voie différente. La large communication qui s'est établie entre le rectum et le kyste, était presque suffisante pour donner issue à la plus grande partie du fœtus réduit en fragmens. Mais cette communication ne s'est probablement établie que fort tard, lorsque la malade était épuisée; et pendant ce temps-là, les parties du fœtus se confondaient et s'agglutinaient entre elles au moyen de cette espèce de ciment onctueux dont nous avons parlé.

Plusieurs fois M. Bricheteau a regardé les garde-robes, sans y apercevoir rien qui pût le mettre sur la voie d'une communication qu'il supposait pendant la vie.

Prodromes d'affection typhoïde; apparition d'accidens cérébraux. Mort en quinze jours. Méningite simple de la base du cerveau; diathèse tuberculeuse. Quatre plaques de Peyer dans les douze derniers centimètres de l'iléon. Abcès et ulcérations de l'appendice cœcale. Coxalgie sacro-iliaque gauche. Vaste abcès tuberculeux dans la gaîne du psoas-iliaque. Signes physiques de virginité. Etat de l'utérus et des ovaires chez une fille de dix-huit ans non réglée. (Observation recueillie par le même.)

Une jeune fille, grainetière, âgée de dix-huit ans, à Paris depuis trois ans, non réglée, raconte qu'il y a un an elle fut prise d'une vive douleur dans la cuisse et la hanches gauche, pour laquelle elle passa cinq mois dans les salles de M. Bérard; cette douleur paraît se rattacher à une coxalgie. Il y a cinq ou six jours, elle fut prise de céphalalgie, de bourdonnemens d'oreilles, d'éblouissemens, d'épistaxis très abondantes, etc.

Etat le jour de son entrée. Taille élevée, décubitus dorsal, constitution sanguine bilieuse, système pileux d'un beau noir et très développé, facies animé, pommettes un peu rosées d'une couleur vive, embonpoint médiocre.

Langue peu humide, pointue, rosée sur les bords et à la pointe, blanchâtre à son limbe; lèvres rosées; peu de soif; urines faciles; respiration normale; un peu de diarrhée.

Battemens du cœur réguliers, sonores, fréquens; bruit de diable très intense dans la carotide droite; pouls fréquent, régulier, développé; chaleur sèche de toute la peau.

Pupilles dilatées, mobiles; bourdonnement dans l'oreille gauche; étourdissement pendant la station assise ou debout; intelligence intacte; sommeil troublé par des rêves. Vingt sangsues aux cuisses, limonade sulfurique, diète.

Les 6, 7, 8, 9, 10 et 11 mars, mouvement fébrile continu, chaleur et sécheresse de la peau; physionomie inquiète et triste. Deux ou trois vomissemens à la suite de l'ingestion des médicamens; râle sec, sonore, sibilant dans différens points de la poitrine en arrière.

13 mars. Pouls fréquent, subdelirium, tristesse, somnolence, décubitus dorsal; pas de vomissemens ni de selles.

14. Vive agitation toute la nuit, la malade se lève et parle sans raison; on lui met la camisolle. Ce matin, décubitus dorsal, facies exprimant la stupeur, lèvres et dents sèches, langue sèche et poisseuse; ventre indolent, constipation, urines foncées. Pouls à peine fréquent, sans chaleur à la peau; respiration normale; râle sec, sonore, sibilant dans différens points en arrière. La malade répond aux questions, mais lentement et quelquefois inexactement; elle paraît plongée dans un état intermédiaire au sommeil et à la veille. Limonade; 20 sangsues aux oreilles. Le soir, calomel 1 gramme, dans du miel.

14 au soir. Facultés intellectuelles toujours engourdies, somnolence, profonde stupeur; le pouls irrégulier (72); peau sèche; paupières closes, efforts pour empêcher qu'on les lui ouvre.

15. Plusieurs selles et urines involontaires. Même état de stupeur et d'engourdissement.

16. Soubresauts dans les tendons de l'avant-bras, céphalalgie intense, plaintes incessantes; ventre ballonné, indolent. Pouls toujours irrégulier (84), chaleur mordicante; dents et lèvres sèches. Un verre d'eau de Sedlitz.

17. L'eau de Sedlitz n'a produit aucune selle. Même état que la veille. Diminution de la sensibilité. La malade ne répond que difficilement aux questions. Lavement purgatif; un bain pendant lequel on fera des affusions froides sur la tête, jusqu'à déterminer un tremblement général; vésicatoire à la nuque.

18. Pupilles dilatées (la gauche beaucoup plus que la droite), très peu contractiles; yeux brillans; ouïe dure. Le soir, la malade se lamente; elle se plaint d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné; constipation; dents et lèvres fuligineuses; narines pulvérulentes, et l'insensibilité fait des progrès. La malade paraît moins sentir ses souffrances.

20. Raideur dans les membres supérieurs, inclinaison de la tête à gauche et en avant. Légère injection de la conjonctive oculaire gauche; léger écoulement lactescent vers la commissure externe du même côté. Pupilles toutes deux également dilatées. Sensibilité générale de plus en plus obtuse; ventre très météorisé; délire, agitation. Mort à trois heures du matin.

Autopsie 19 heures après la mort, température sèche et froide.

Extérieur. Putréfaction nulle, rigidité dans les genoux et les coudes, ballonnement du ventre.

Crâne. Cuir chevelu non injecté, os durs et épais, surface externe de la dure-mère sèche, surface interne de l'arachnoïde encore plus sèche, pas une goutte de sérosité, sécheresse poisseuse; veines sous-méningiennes pleines de sang violet; pie-mère sèche, collée sur le cerveau, ce qui rend sa dissection presque impossible. Le cerveau est coupé en place par tranches; pointillé rose vif dans la substance blanche des hémisphères, plus en avant qu'en arrière, un peu plus à droite qu'à gauche. Ventricules pleins de sérosité limpide. La membrane du quatrième ventricule se laisse enlever par lambeaux avec les pinces. Au-dessous, la substance cérébrale est ramollie. Toute la voûte à trois piliers est ramollie et forme une bouillie, sans changement de couleur. La commissure grise antérieure est intacte. Le plancher du ventricule moyen a une teinte verdâtre due à la présence de pus de même couleur qu'on trouve à la base du cerveau. L'espace sous-arachnoïdien antérieur, partie des pédoncules cérébraux, la face inférieure du plancher du troisième ventricule, la commissure des nerfs optiques jusqu'à leur entrée dans l'orbite, toutes ces parties sont recouvertes d'une pseudo-membrane demi-transparente d'un vert pale, de 2 millimètres d'épaisseur, qui paraît située sur la face libre du feuillet viscéral de l'arachnoïde. On voit des prolongemens de cette concrétion purulente accompagner les nerfs optiques jusqu'à leur sortie du crâne. Au-dessous, la pie-mère est épaissie et ramollie, comme boursouflée. Un peu de sérosité transparente s'écoule du canal vertébral.

Thorax. Les poumons sont adhérens dans plusieurs points de leur périphérie, par des brides celluleuses et filamenteuses. Le lobe droit contient un très grand nombre de tout petits tubercules grisâtres et demi-transparens. Le cœur, sain, renferme quelques caillots fibrineux dans les quatre cavités. Un peu de sérosité dans le péricarde.

Abdomen. Les intestins sont minces, blanchâtres, nullement injectés et remplis de gaz; une partie de l'intestin grêle est colorée en jaune verdâtre. Dans les douze ou quinze derniers centimètres de l'iléon, on trouve sur la convexité quatre plaques gauffrées, isolées; la plus grande a environ deux à trois centimètres dans son plus grand diamètre, qui a la direction de l'intestin. Ces plaques sont réticulées, leurs bords sont élevés et rosés; la muqueuse ne paraît pas altérée autour. L'appendice cœcal est fluctuant; son fond est rempli d'un pus crèmeux, verdâtre, bien lié; puis la surface interne de ce prolongement présente quatre plaques saillantes, à surface réticulée et rosée.

Le gros intestin n'offre rien à noter.

Les ganglions mésentériques sont rosés; un seul est volumineux, mais non ramolli; d'autres sont blancs-rosés. Au-devant de la colonne vertébrale et du pancréas, on trouve plusieurs petites masses tuberculeuses arrondies; l'une a le volume d'un petit œuf, et aurait pu être sentie à travers l'abdomen.

Le foie, la rate, les reins n'offrent rien de remarquable. La vésicule biliaire est petite, d'un gris noirâtre. Dans le bassin, se trouvent plusieurs petites masses tuberculeuses, les unes sphéroïdes, les autres polyèdriques, et suspendues dans le ventre par un pédicule cellulo-vasculaire long et grêle.

L'utérus est petit, son tissu mou, son col peu saillant, son orifice est d'une teinte rose lie de vin. A l'intérieur, dépôt de matière tuberculeuse en consistance de bouillie. Trompe gauche renfermant de petits grains tuberculeux monulliformes. Les ovaires se présentent sous forme de deux corps blanchâtres, ovoïdes, flasques, assez volumineux, lisses; on n'y aperçoit point de *corpus luteum*, mais des vésicules.

L'hymen existe sous forme de diaphragme, dont l'ouverture admet à peine le bout du petit doigt.

Dans la fosse iliaque gauche, la gaîne du psoas est renflée et distendue par une matière molle qui s'étend jusqu'au petit trochanter. Ce renflement, en passant sous l'arcade crurale, se trouve en dehors et en arrière des vaisseaux fémoraux. La saillie était peu appréciable sous la peau. La poche est remplie par du pus tuberculeux en consistance de bouillie grumeleuse; cette poche communique avec l'articulation sacro-iliaque dont les surfaces sont dénudées de cartilages. On trouve un petit fragment osseux au milieu du pus renfermé dans la gaîne du psoas; ce muscle est recouvert d'une pseudo-membrane qui se voit également sur la surface interne du kyste. On n'a pas recherché s'il existait des tubercules dans les os. La hanche était saine.

Pleurésie avec épanchement du côté droit; guérison. Rentrée à l'hôpital six semaines après. Tuberculisation aiguë. Mort dans l'espace de quinze jours.

Hostenger, serrurier aux Messageries Laffitte et Caillard, âgé de quarante-sept ans, d'une assez forte constitution, assurant s'être toujours bien porté, habitait avec sa femme à la barrière Mont-Parnasse, dans une chambre saine, spacieuse, bien aérée; ils étaient dans l'aisance et vivaient assez bien. La femme succomba à la phthisie pulmonaire à la suite de deux grossesses difficiles, d'une pneumonie et d'excès d'eau-de-vie (pendant la dernière); Hostinger ne cessa pas jusqu'à la fin d'habiter et de coucher avec sa femme, qui, malgré son penchant à l'ivrognerie, avait des qualités essentielles.

Au commencement de février 1840, quelques semaines après la mort de sa femme, il fut pris, après un travail un peu rude, d'un accès de fièvre et d'un point de côté au niveau de la mamelle droite, et qui augmentait par la toux. On lui pratiqua une saignée du bras qui le soulagea beaucoup, puis on lui administra un purgatif; ce qui n'empêcha pas qu'il eût encore quelques frissons le soir, et expectorât du sang par intervalles.

Le 15 février, Hostinger entra à l'hôpital Necker. Il avait de la chaleur à la peau, de la fièvre le soir, un peu de difficulté à respirer, de la toux; tout le côté droit était mat en avant et en arrière, il y avait en même temps absence de murmure respiratoire. Ce côté était plus bombé que l'autre, et avait huit centimètres de plus de circonférence. Hostinger ne

souffrait pas beaucoup, avait peu maigri, mais n'avait presque plus de sommeil depuis la mort de sa femme. Plusieurs ventouses scarifiées sur le côté droit (sous la clavicule), purgatifs énergiques réitérés, huile de ricin, sirop de nerprun. L'oppression continua, et il survint par intervalle des sueurs pendant le reste du mois de février.

Dans les premiers jours du mois de mars, il y eut une amélioration sensible; le murmure respiratoire commence à se faire entendre au-dessous de la clavicule droite, mais il est rude, et il y a de l'expectoration prolongée, quelques craquemens pendant la toux qui est assez fréquente. Chiendent nit.; pot. avec acétate de potasse; pastilles d'ipécacuanha, n° 4.

L'amélioration va croissant jusqu'à la fin de mars. On continue le même traitement.

Le malade, en pleine convalescence, obtient d'aller passer quelque temps à l'hospice d'Enghien; il conservait néanmoins un peu de matité, et avait la respiration faible du côté droit et en avant.

Sorti de l'hôpital le 25 avril, il y rentra le 9 juin. Il nous raconta qu'il avait entièrement cessé de tousser, repris ses forces et de l'embonpoint, lorsque tout à coup, en se promenant, il avait ressenti du malaise, des étourdissemens; quatre jours après, il survint de la toux qui n'a pas cessé d'augmenter jusqu'à ce jour, ce qui l'a engagé à rentrer à l'hôpital.

Dès le 14 juin, le pouls était déjà fréquent, les sueurs abondantes; le malade avait de plus, par intervalle, de l'agitation et une sorte de délire; la figure était animée, les pommettes colorées pendant la sueur, des craquemens et de la bronchophonie; de l'expiration prolongée se faisait entendre au-dessous de la clavicule droite, ainsi qu'un râle sous-crépitant.

L'état fébrile va croissant, les sueurs augmentent, la poitrine se couvre de sudamina; les crachats, de muqueux deviennent sanguinolens. Les battemens du cœur sont précipités, sans bruits anormaux; le pouls ne bat pas moins de 132 fois par minute. Le malade succombe le 17. Etant fort affaibli et en proie à une fièvre intense, on ne fit usage que de boissons adoucissantes, de mixtures opiacées, etc.

Il était évident que le malade avait été enlevé par une tuberculisation aiguë, dont nous avions soupçonné l'existence avant le départ du malade pour l'hospice d'Enghien.

Autopsie cadavérique. Les viscères abdominaux n'offrent aucune altération dans leur parenchyme, mais une grande partie de la surface du péritoine qui recouvre le canal intestinal est parsemée d'une multitude de petits corps blanchâtres de la grosseur de grains de millet ou de chenevis, qui ne sont autre chose que des tubercules miliaires, ou granulations tuberculeuses. Les tuniques intestinales sous-jacentes sont d'ailleurs intactes.

Les cavités de la plèvre sont entièrement vides; celle du côté droit présente de nombreuses adhérences qui la traversent en tous sens, et se trouve en quelque sorte comblée par des lames de fausses membranes solides. Le poumon droit est réduit au tiers de son volume ordinaire, refoulé sur la colonne vertébrale; son tissu est dense, peu crépitant, et contient un peu de sérosité à peine teinte de sang. Tout ce poumon et celui du côté opposé se trouvent parsemés d'une quantité innombrable de petits corps blanchâtres du volume d'une tête d'épingle ou de grains de chenevis; quelques-uns des derniers commencent à se ramollir, surtout du côté droit.

Le cœur et le péricarde n'offrirent rien de particulier, non plus que le cerveau et ses enveloppes.

Hostinger avait très bien guéri de sa pleurésie, ainsi que le témoignent les adhérences du poumon aux côtes, les fausses membranes, enfin la disparition totale de l'épanchement qui avait existé. Mais en même temps que la pleurésie avait sans doute commencé le funeste travail de la tuberculisation, qui avait été enrayé peut-être par le traitement actif qu'on avait opposé à la pleurésie, mais qui n'avait pas tardé à reprendre son cours et avait amené une prompte asphyxie en rendant les poumons imperméables. Le malade est-il devenu tuberculeux à la suite de la pleurésie? serait-ce cette première maladie qui aurait causé la seconde? Questions difficiles à résoudre, mais qui peut être faite ici, car il est certain que la fin de la pleurésie a coïncidé avec la phthisie aiguë.

Ce malade avait eu beaucoup de chagrin pendant la maladie et à la mort de sa femme; peut-être se nourrissait-il mal, manquant de soins, étant privé des secours du ménage; peut-être a-t-il travaillé étant déjà affaibli par de pénibles antécédens; circonstances fort propres à faire contracter une pleurésie et sans doute aussi des tubercules. Cette explication est assurément plus satisfaisante que celle qui pourrait se baser sur la contagion, si on rejette l'origine inflammatoire de la maladie.

Il y a quelques probabilités qui pourraient faire croire que Hostinger a contracté des tubercules auprès de sa femme, comme l'ont dit et redit tous ceux qui l'ont connu. Nous demanderons de qui les avait contractés cette dernière, qui n'y avait certes aucune disposition, car elle était forte et bien constituée. Mais elle s'était exposée à diverses causes qui ont produit d'abord des inflammations, puis des tubercules; il en avait été ainsi de son mari. Des veilles, des chagrins, des travaux pénibles, l'absence du sommeil, sont assurément des causes de tuberculisation aux yeux de ceux qui ne considèrent plus cette altération comme une maladie *sui generis* bornée à telle ou telle origine, à tel âge, à telle période de la vie. Du reste, les causes morbi- fiques n'avaient pas seulement agi sur le poumon; le péritoine était aussi le siége d'une tuberculisation commençante.

HOPITAUX DE LONDRES.

Faits pratiques relatifs aux rétrécissemens de l'urètre;

Par M. Bransby Cooper.

J'ai rencontré dans ces derniers temps plusieurs cas de coarctations urétrales qui méritent d'être connus, et qui démontrent la supériorité d'un traitement doux lorsqu'il n'y a pas urgence d'une opération sanglante, comparativement au traitement qui consiste dans le cathétérisme forcé. J'ai déjà traité cette question dans une autre publication, mais je crois n'avoir pas suffisamment insisté sur les moyens que j'emploie et sur les précautions à prendre quand il s'agit de soulager le malade de certains symptômes dont il se plaint plus particulièrement. Il faut cependant d'abord tenir pour certain que tous les dangers que la position du malade pourrait présenter, ne seront pas conjurés par une médication douce; car une méthode dans laquelle on n'emploie pas de force peut également produire du mal si elle est mal employée.

Lorsqu'on examine le rétrécissement pour la première fois, on peut se servir d'une sonde, soit en argent, soit en gomme élastique; son volume doit être celui de la sonde n° 6, qui est la meilleure selon moi. On explore parfaitement, avec elle, le siége et les conditions de la maladie; son volume est à peu près égal à la largeur naturelle de l'urètre, et elle glisse plus facilement que les sondes plus petites sans s'engager dans les lacunes du canal.

Arrivée au rétrécissement, la sonde doit le comprimer doucement, et s'il résiste, on doit insister quelques minutes sur cette compression, par la raison que si la résistance est produite par un spasme musculaire, l'insistance de deux à trois minutes suffira pour surmonter la contraction. Si l'obstacle résiste à cette manœuvre, la chose dépend de la densité de la matière sécrétée accidentellement sur le lieu du rétrécissement.

Si la manœuvre ne produit ni beaucoup de douleur, ni écoulement de sang, on peut insister jusqu'au point où le chirurgien croit pouvoir le faire sans danger; mais si cela a lieu sans succès il ne faut plus insister sur les secours mécaniques, à moins que la vessie ne soit très distendue et les symptômes de rétention urgens; on aura plutôt recours à des applications de sangsues au périnée et à une potion purgative. Il arrive généralement que, par ce traitement, si le mal n'est déjà pas de longue durée, le malade en éprouve un très grand soulagement. J'ai vu souvent des malades guérir en trois ou quatre jours à l'aide de ce traitement; mais si le cas est ancien, la difficulté d'uriner persiste malgré ces agens. Il faut alors en venir à l'application des bougies, puisqu'il est certain que l'obstacle est mécanique et non dynamique. Une nouvelle indication se présente, c'est la destruction de la matière accidentelle qui forme l'obstacle. On la remplit en maintenant un égal degré de force sur le rétrécissement, ce qui enflamme et ramollit celui-ci. Dans l'espace de peu de jours une suppuration a lieu, et à la cinquième ou sixième application de la sonde, le passage sera franchi, et la cure devient alors facile : c'est ce que j'appelle la seconde période du traitement.

C'est dans cette période que les plus grandes précautions deviennent nécessaires, car les fausses routes sont alors faciles si on ne dirige pas convenablement la pointe de l'instrument, et si l'on emploie de la force pour entrer dans la vessie. Il faut agir le plus légèrement possible; la moindre force déchire aisément la muqueuse, si, au lieu de porter sur la matière du rétrécissement, elle portait sur celle-ci.

Lorsque la muqueuse urétrale a été ainsi endommagée, il ne s'en suit pas toujours immédiatement des accidens de nature à montrer l'erreur que le chirurgien a commise; au contraire, la facilité avec laquelle la sonde passe, lui fait croire qu'il a bien franchi l'obstacle, et d'autant plus qu'il entre quelquefois dans la vessie malgré la fausse route, et qu'il fait sortir par la sonde un torrent d'urine, ce qui lui fait espérer une prompte guérison. Cependant, bientôt une infiltration s'opère dans la fausse route, un abcès se forme au périnée, qu'on est obligé d'ouvrir, et alors on voit l'urine s'échapper avec le pus. C'est là un remède sanglant qui a pourtant été nécessité par une faute commise par la méthode douce, et qui conduit à une autre médication, à l'incision immédiate du rétrécissement, opération que j'ai déjà décrite ailleurs.

Le fait suivant, que j'ai rencontré dernièrement avec M. Gaskill, de Chelsea, éclairera ce que je viens de dire sur les fausses routes qu'on produit aisément, même lorsqu'on n'introduit l'instrument qu'avec beaucoup de douceur, et sur les dangers qui s'en suivent, même alors qu'on voit l'urine s'écouler librement, et que le malade croit marcher vers sa guérison.

Premier fait. Homme de soixante-trois ans, sujet à des rétrécissemens depuis trente ans, et à des difficultés d'uriner, sans pourtant aller jusqu'à la rétention complète; il se passait lui-même de temps en temps des bougies; quelquefois cependant il négligeait ce moyen six à huit mois de suite. Cinq mois après la dernière attaque, il a éprouvé de la douleur au périnée, s'étendant aux régions inguinales. M. Gaskill applique des sangsues et des fomentations, remèdes sédatifs intérieurement, position horizontale. Durant ce temps, l'urine passe par le canal naturel, seulement le jet en est petit et bifurqué. Malgré ces moyens, la douleur et le gonflement augmentent, le scrotum s'épanouit et devient douloureux sans que la difficulté d'uriner augmente.

Le dixième jour, le volume du scrotum est immense et dans un état gangréneux; le périnée bombé et dur; une tumeur existe à chaque aine, et pourtant l'urine rendue dans les vingt-quatre heures est en quantité naturelle; langue noire et sèche, peau chaude, physionomie décomposée, pouls petit et fréquent. Incisions profondes au périnée, écoulement d'une quantité considérable d'urine sanieuse; incision au scrotum, écoulement d'urine et de gaz. Le prépuce avait un volume prodigieux; je n'ai pas voulu l'inciser ni introduire de sonde dans la vessie, le malade m'ayant paru prêt à succomber. Je lui ai prescrit de suite cinq centigrammes d'opium (un grain) et deux centigrammes et demi de calomel, et du quinquina avec de l'ammoniaque. Mieux progressif; détachement des escharres. Le huitième jour la sonde n° 4 passe facilement dans la vessie par l'urètre. Boissons vineuses et purgatives. Suivent les détails jour par jour; guérison.

— Dans les cas où une longue fausse route a été faite pour entrer dans la vessie sans qu'aucune extravasation urinaire ait eu lieu, il devient très difficile de s'assurer avec certitude de l'existence de la fausse route ou plutôt du trajet fistuleux qui conduit à la vessie. Ces fausses routes ont lieu ordinairement à la région supérieure de l'utérus. On peut soupçonner leur existence par le libre passage des sondes plus droites que celles qu'on emploie communément et par la gêne que ces sondes éprouvent dans leur mouvement une fois arrivées dans la vessie.

Si la fausse route s'est opérée à la partie inférieure du canal, l'instrument prend une direction plus courbe et se meut dans la direction d'un segment plus large que celui de l'état naturel. Un doigt, passé dans le rectum, peut sentir l'instrument dévié de la route normale.

Les fausses routes de la région inférieure sont généralement la conséquence de l'emploi d'une très grande force dans l'introduction de l'instrument pour des rétrécissemens qui existent dans le bulbe ou près de lui, tandis que celles de la région supérieure sont la conséquence d'une pression continue contre l'obstacle, le pénis étant tiré en avant pour fixer le point d'opposition.

Dans l'un comme dans l'autre cas le patient qui voit sa vessie débarrassée par la sonde se croit en voie de guérison et il sera bientôt désappointé. Si le chirurgien reste quelques jours sans passer la sonde, l'obstruction du canal et la rétention urinaire reparaissent, car le canal accidentel ne peut rester plusieurs jours béant sans le passage fréquent de la sonde, à moins qu'une membrane muqueuse ne s'y soit formée, ce qui exigerait beaucoup de temps. J'ai observé un cas de ce genre. Après avoir passé la sonde pendant plusieurs semaines dans la croyance d'avoir rétabli le canal naturel dans toute sa longueur, l'instrument prit tout à coup une autre direction et entra dans la vessie, ce qui nous fit penser que cette nouvelle voie était la naturelle. Cela a eu lieu probablement parce que le rétrécissement s'est guéri spontanément par suite de la déviation de l'urine du canal naturel dans le canal accidentel. Le malade n'a pas souffert consécutivement de la fausse route, et je n'ai plus éprouvé par la suite de difficulté pour faire passer l'instrument dans la vessie à travers la voie naturelle.

Je cite ce cas non comme un fait rare, mais parce qu'il n'est pas commun d'en découvrir ainsi avec la sonde. Je crois au contraire que ces fausses routes sont tellement fréquentes qu'elles existent dans la plupart des cas dans lesquels la difficulté du passage de la sonde continue pendant que le malade est en traitement. Au reste, les nécropsies des sujets qui avaient eu des rétrécissemens démontrent que ces déviations de la sonde sont extrêmement communs.

Dans des cas de rétrécissement qui résistent à l'usage de la bougie ou de la sonde, la densité de la substance accidentelle est tellement grande que les instrumens ne réussissent pas à la faire ramollir dans l'espace de quelques jours ou même de quelques semaines; dans cette occurrence on doit avoir recours à la bougie caustique, non seulement comme moyen destructeur de l'obstacle, mais encore comme capable d'enflammer celui-ci, de le ramollir, de le faire suppurer. Quelques applications de cet instrument produisent généralement un bon résultat, je ne l'ai jamais vu manquer, seulement ses heureux effets sont plus ou moins prompts. Il est des cas dans lesquels son efficacité est d'une rapidité étonnante. Par exemple, j'ai vu un cas obstiné de rétrécissement permanent (*permanent structure*), dans lequel j'avais essayé en vain pendant plusieurs semaines de passer une sonde et d'arriver dans la vessie; j'ai eu recours à la bougie caustique pendant huit fois seulement et la sonde a passé alors facilement dans la vessie; le malade guérit radicalement.

La bougie caustique est aussi du plus grand secours dans le rétrécissement irritatif (*irritabls stricturs*), lequel donne toujours du sang au moindre attouchement de la sonde, produit des spasmes fréquens sans cause apparente, ou à la moindre exposition au froid, au moindre excès dans la boisson, ce qui se traduit par des difficultés d'uriner. J'ai à peine besoin de faire observer que les précautions que j'ai décrites ailleurs pour l'application du caustique, sont ici particulièrement nécessaires.

Deuxième fait. Homme de trente-sept ans, robuste et bien portant en apparence, mais exposé, par suite de son état, aux intempéries atmosphériques, atteint de rétrécissement urétral depuis quinze ans, par suite d'une blennorrhagie. Le rétrécissement avait déjà été traité à l'aide de bougies: le jet de l'urine avait repris ses dimensions naturelles après dix-huit mois de traitement; mais plus tard le mal est revenu sous l'influence de l'usage des alcooliques et du froid. On est revenu aux bougies, mais sans succès; elles n'ont pu passer dans la vessie. C'est dans cet état que le malade est entré à Guy's hospital.

A l'examen on trouve deux rétrécissemens distincts; le premier commence à un pouce du méat, et offre un pouce d'étendue; le second est un peu plus loin, et n'offre pas moins de longueur; tous les deux sont très durs et cartilagineux; le premier ne permet pas seulement le passage d'un stylet fin. On prescrit l'usage de la pression permanente à l'aide d'une grosse sonde, le repos, etc. Quinze jours après son entrée, il est pris de rétention sans cause appréciable, et d'une nature si obstinée, que nous avons été sur le point de pratiquer la boutonnière; enfin, cependant elle a cédé aux bains chauds, aux sangsues, aux cataplasmes, etc., et un petit jet d'urine est sorti. Nous avons fait usage de la bougie caustique tous les deux jours, ce qui a déterminé un écoulement abondant par l'urètre. Quinze jours après, le premier rétrécissement a pu être franchi par une petite bougie, et deux jours après le second. Trois jours plus tard une petite sonde a pu être intro-

duite dans la vessie. Le volume de cette sonde a été augmenté par degrés; l'écoulement urétral s'est accru considérablement d'abord; une fièvre tierce s'est déclarée et a duré pendant un an. Enfin, la quinine, les émolliens locaux, ont fait disparaître tout cela et le malade est sorti guéri.

— On voit dans ce fait les avantages marqués de la compression permanente et de la cautérisation jointes aux émolliens.

Troisième fait. La troisième observation a aussi pour sujet de faire voir les avantages de la cautérisation répétée tous les deux jours. Il s'agit d'un militaire âgé de trente-neuf ans, qui portait un rétrécissement ancien à deux pouces et demi du méat; on l'avait plusieurs fois traité par les sondes et guéri temporairement: les récidives étaient accompagnées de rétention. Enfin, M. Cooper, après avoir combattu la rétention par les moyens doux qu'on vient de lire, a cautérisé tous les deux jours avec la bougie caustique, et déterminé par là un écoulement abondant, ramolli et franchi le rétrécissement, etc. Après plusieurs mois de traitement le malade était presque guéri, mais l'auteur ne dit point si cette méthode expose à la récidive comme les autres.

Quatrième fait. — Homme âgé de cinquante-cinq ans, rétrécissement depuis seize ans dans le bulbe; rétentions complètes répétées depuis sept ans; le jet est habituellement fin. Durant la dernière rétention complète il entra à Bartholomew's hospital, où il a été soulagé, mais non guéri. Retour des symptômes de rétention; il entre à Guy's hospital. Purgatifs, opium, bains chauds qui combattent les premiers symptômes; un petit jet d'urine paraît; soulagement; sonde caustique tous les deux jours; écoulement abondant. Un mois après on franchit l'obstacle, on entre dans la vessie; sondes dilatées, guérison.

— Il est évident, dit l'auteur, que ces différens moyens ne sont applicables que dans les cas où le mal ne requiert pas un secours d'urgence. Dans cette dernière occurrence il conseille le cathétérisme forcé si le rétrécissement existe derrière le fascia périnéal profond, ou l'incision avec le bistouri.

(*Guy's hospital reports.*)

— L'auteur rapporte six autres observations très détaillées qui toutes conduisent à la démonstration de la même thèse. Ce qu'il appelle la compression permanente de l'obstacle à l'aide d'une bougie placée devant lui dans le but de l'enflammer et de le ramollir, n'est autre, comme on le voit, que la méthode de Dupuytren. Ces faits nous ont paru offrir de l'intérêt, surtout dans un moment où les opinions des praticiens sont non seulement partagées sur l'utilité du nitrate d'argent dans le traitement des coarctations urétrales, mais encore sur la possibilité de guérir certains rétrécissemens anciens. (*V.* les observations de M. Ed. Cock que nous avons publiées il y a peu de jours.) M. Bransby Cooper est, au reste, partisan de la boutonnière et de la division du rétrécissement à l'aide du bistouri, dans les cas où la coarctation est insurmontable avec les sondes et la rétention complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 19 octobre.

La correspondance comprend:

1° Un paquet cacheté de M. Manzini (accepté);

2° Une brochure de M. Fabrizj présentée par M. Blandin. Cette brochure est relative à un cas de rhinoplastie pratiquée avec succès d'après la méthode italienne. M. Blandin s'est chargé d'en rendre compte à l'Académie.

— *M. Villeneuve* fait un court rapport sur un cas de tumeur fibreuse de l'utérus et de tœnia présenté par M. Seurre. Ce fait n'a offert rien de neuf à M. le rapporteur. (Remerciemens, dépôt aux archives.)

M. Gauthier de Claubry fait un rapport sur une note de M. Mazière, de l'Aigle, relative à un croup qui a régné endémiquement dans cette ville. Cette note ne renferme, d'après M. le rapporteur, aucun fait, et, du reste, ce sont des assertions sans preuves. (Remerciemens, archives.)

M. Bouvier dit avoir connu M. Mazière, qui l'a entretenu du même sujet. La chose la plus intéressante qu'il croit avoir remarquée dans la communication de l'auteur, c'est que le croup se manifestait sous l'influence des courans d'air chez des enfans qui couchaient dans certaines localités, et qu'il suffisait d'avoir égard à cette condition hygiénique pour prévenir le développement de la maladie.

M. Gauthier répète ce qu'il a déjà dit, savoir, que la note de l'auteur ne renferme que des assertions, et aucun fait. Il est même douteux qu'il ait eu affaire au croup.

— *M. Gauthier de Claubry* fait un second rapport en quelques mots: il est relatif à un cas de croup observé par M. Sechaud, et traité à l'aide de l'émétique. (Archives.)

Peste. — *M. Delaporte*, jeune médecin de la marine, obtient la parole par un tour de faveur, et lit un travail sur la peste orientale qu'il est allé étudier par ordre ministériel à Constantinople, à Alexandrie, à Smyrne, en Syrie et dans d'autres localités. Il a failli lui-même périr victime de la maladie. L'auteur a successivement examiné les points suivans:

1° L'historique de la peste. Il s'est attaché à démontrer que la maladie est beaucoup plus ancienne en Orient que l'époque du seizième siècle que quelques auteurs lui ont assignée. Selon lui, la maladie existait déjà du temps d'Hippocrate.

2° Quel est le foyer primitif de la peste des pays sus-indiqués? Quelques auteurs lui avaient assigné l'Egypte, d'autres Constantinople, d'autres enfin différentes localités, et ils la faisaient passer d'un de ces pays aux autres. Sans nier l'importation, M. Delaporte s'attache à démontrer que la peste naît de toute pièce dans chacun de ces pays.

3° Quelles sont ses causes? Est-elle contagieuse? L'auteur décrit les conditions hygiéniques des hommes et des localités qu'il a observés, et il arrive à un *quid incognitum* comme cause première. Il admet la contagion par contact dans certaines conditions seulement.

Le travail de M. Delaporte aurait immensément gagné et produit une bien meilleure impression si l'auteur, au lieu de se livrer à des recherches d'érudition et à des discussions de doctrine, se fût borné dans le cercle des faits intéressans par lui observés; ces faits ayant été malheureusement étouffés pour ainsi dire par des discussions scholastiques, n'ont pu être bien saisis par l'auditoire. Le rapport qui en sera fait à l'Académie relèvera sans doute ce qu'il y a d'important et de neuf dans les faits observés par M. Delaporte. (Commissaires: MM. Pariset, Keraudren, Larrey.)

Séance levée avant cinq heures.

L'ouverture des cours de la Faculté de médecine aura lieu le 3 novembre.

Le discours d'ouverture sera prononcé qar M. Gerdy; il aura pour sujet l'éloge de Sanson.

Strabisme. — On nous écrit de la Martinique: « Le 27 juillet a été pratiquée pour la première fois dans cette colonie, l'opération du strabisme. Le malade était un enfant de douze ans environ, fils du capitaine Cook, du bateau de E. Linard; l'opérateur, M. Boulin. Le strabisme était chez cet enfant alternatif, c'est-à-dire que c'était l'œil qu'il venait d'exercer le dernier qui restait louche, à ce point que la prunelle disparaissait presque entièrement sous la racine du nez pour ne laisser voir que le blanc de l'organe. Quelquefois pourtant, et surtout lorsque l'enfant avait long-temps clos les paupières, tous les deux l'étaient simultanément, comme s'il se fût fait un partage de la puissance qui en avait détourné un seul de la direction naturelle. M. le docteur Boulin ayant cru remarquer que l'œil droit était plus fréquemment dévié du parallélisme normal, ce fut sur ce dernier qu'il porta ses instrumens, pensant avec raison, comme l'événement l'a prouvé aussitôt, que le stabisme de l'autre œil n'était qu'un effet sympathique de l'affection du premier. »

(*Echo du Monde savant.*)

La Médecine des Passions, ou *les Passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion;*

Par J.-B.-F. Descuret, docteur en médecine et docteur ès-lettres en l'Académie de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du 13e arrondissement.

1 vol in-8° de 800 pages. Prix: 8 fr.; cavalier vélin, 11 fr.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mouvement du service pendant les mois de juin, juillet et août 1841.

Pendant les trois derniers mois de la clinique, on a observé 163 malades, sur lesquels 125 seulement nouveaux, les 38 autres ayant été mentionnés sur le résumé précédent. On les a divisés en deux grandes catégories.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Malades présens dans les salles au 1er juin, au nombre de 38.

Première classe. — Cas chroniques ou sub-aigus au nombre de 18, répartis de la manière suivante :

Chloroses et chloro-anémies,	5
Phthisies pulmonaires,	4
Affections organiques du cœur,	3
Fièvre intermittente,	1
Hypertrophie du foie, etc.,	1
Affections chroniques des centres nerveux,	2
Bronchite apyrétique,	1
Hémorrhagie utérine,	1
	18

Deuxième classe. — Maladies aiguës, 20.

1° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Entré le 12 mai, sorti le 15 juin.

2° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Entré le 24 mai, sorti le 21 juin.

3° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 25. Entré le 31 mai, sorti le 10 juin.

4° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 21. Entré le 10 mai, mort le 25 juillet.

5° Entéro-mésentérite typhoïde. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Entré le 30 mai, mort le 2 juin.

De ces deux derniers malades, l'un a été porté au nombre des morts dans le résumé précédent; l'autre, guéri complètement après un traitement convenable, resta long-temps dans les salles comme convalescent, puis fut pris d'une diarrhée abondante et d'une bronchite intense, suites d'imprudences réitérées auxquelles il succomba.

6° Entéro-colite. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Entré le 28 mai, sorti le 5 juin.

7° Pleuro-pneumonie au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Entré le 20 mai, sorti le 14 juin.

8° Pleuro-pneumonie au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entré le 21 mai, sorti le 2 juin.

9° Pleuro-pneumonie du premier au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Entré le 26 mai, sorti le 6 juin.

10° Pleuro-pneumonie au deuxième degré. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 18 bis. Entré le 26 mai, sorti le 18 juillet.

11° Bronchite capillaire. Salle Sainte-Madeleine, 8. Entrée le 17 mai, morte le 7 juin.

12° Pneumonie mal caractérisée, cas douteux. Salle Sainte-Madeleine, 9. Entrée le 26 mai, sortie le 20 juin.

13° Rhumatisme partiel. Salle Sainte-Madeleine, 4. Entrée le 31 mai, sortie le 5 juin.

14° Rhumatisme articulaire généralisé. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Entré le 25 mai, sorti le 15 juin.

15° et 16° Varioloïdes. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Entaé le 11 mai, sorti le 6 juin. Et salle Sainte-Madeleine, 7. Entrée le 17 mai, sortie le 7 juin.

17° Erysipèle phlegmoneux. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entré le 10 février.

18° Erysipèle facial double. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Entré le 31 mai, sorti le 9 juin.

19° Rhinopharyngite. Salle Sainte-Madeleine, 3. Entrée le 30 mai, sortie le 27 juin.

20° Bubon inguinal. Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Entré le 26 mai, sorti le 27 juin.

— Nous ne sommes entré dans aucun détail relativement aux cas précédens, parce qu'ils ont été plus longuement analysés dans le précédent résumé; y insister davantage serait donc superflu.

SECONDE CATÉGORIE.

Elle comprend 128 malades entrés à l'hôpital depuis le 1er juin jusqu'au 31 août, divisés comme ceux de la première catégorie, en deux classes.

Première classe. — Maladies chroniques ou sub-aiguës, au nombre de 78 :

Chlorose et chloro-anémie,	24
Phthisie pulmonaire,	9
Affections organiques du cœur,	8
Rhumatisme chronique,	3
Emphysème pulmonaire,	3
Ictère,	3
Prurigo,	2
Sciatique et lombago,	4
Ascite,	2
Affections chroniques des centres nerveux,	2
Fièvre intermittente,	2
Hystérie,	1
Hémorrhagie utérine,	1
Erysipèle apyrétique,	1
Stomatite mercurielle,	1
Erythème,	1
Cystite chronique,	1
Colique de plomb,	1
Tympanite d'origine douteuse,	1
Ecoulement utéro-vaginal,	1
Courbature, rien de caractérisé,	7
	78

Deuxième classe. — Maladies aiguës, 50.

Pleuro-pneumonies, 7 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Pleuro-pneumonie double affectant les deux-tiers inférieurs de chaque poumon, au second degré. Coïncidence d'endocardite. Cas très grave.

Homme de vingt-un ans, malade depuis trois jours, entré le 7 juin. Cinq saignées générales, deux locales, en quatre jours (25 palettes de sang, 3,125 grammes); un vésicatoire. Convalescence le septième jour; sorti le 5 juillet.

Ce cas, l'un des plus graves que l'on ait été à même d'observer cette année à la clinique, a offert ceci de remarquable, qu'il existait simultanément une endocardite bien évidente. Sous l'influence des saignées coup sur coup qui furent mises en usage, le souffle rude de la région précordiale disparut; les bruits, étouffés d'abord, se dégagèrent, et au bout de quelques jours les deux claquemens étaient revenus clairs, distincts et tout à fait normaux.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12. Pleuro-pneumonie au second degré, affectant les quatre cinquièmes postérieurs et inférieurs du poumon droit. Cas grave.

Homme de vingt-huit ans, entré le 23 juin, malade depuis la veille. Six saignées, dont une locale, en cinq jours (23 palettes, 2,875 gram.); un vésicatoire. Convalescence le septième jour; sorti le 20 juillet.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Pleuro-pneumonie au second degré, occupant presque toute la hauteur du poumon gauche. Cas grave.

Homme de vingt-huit ans, entré le 12 juillet, malade depuis six jours. Cinq saignées, dont une locale, en trois jours (15 palettes, 1,875 grammes). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 25 juillet.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 22. Pleuro-pneumonie affectant tout le côté gauche en arrière; prédominance de l'épanchement pleurétique. Cas grave.

Homme de quarante-cinq ans, assez chétif, entré le 21 juin, malade depuis cinq jours. Cinq saignées en trois jours (15 palettes, 1,875 gram.); un vésicatoire. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 11 juillet.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Pleuro-pneumonie avec prédominance de l'épanchement pleurétique dans tout le côté droit de la poitrine, en arrière. Cas grave.

Homme de vingt-trois ans, entré le 13 juillet, malade depuis neuf jours. Sept saignées, dont deux locales, dans l'espace de quatre jours (21 palettes, 2,625 gram.); vésicatoire. Convalescence le neuvième jour. Entré dans les salles.

6° Salle Sainte-Madeleine, 9. Pleuro-pneumonie affectant les deux cinquièmes inférieurs externes du poumon gauche,

FEUILLETON.

CRITIQUE.

NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF.

Quoique la *Gazette des Hôpitaux* n'ait pas accepté pour sa part la critique sur la critique du Dr Lyrac, elle a voulu cependant profiter de ses conseils en confiant cette partie de la rédaction à *une plume exercée* et à *une éducation médicale de bon aloi*. Elle abandonne donc cette tâche importante à un collaborateur nouveau, dont elle connaît l'indépendance et les bonnes intentions. Malheureusement, par le temps qui court, l'indépendance a ses dangers, et comme tous les sceptres, celui de la critique est environné de périls. Sans en être effrayé, notre collaborateur aurait désiré pouvoir les éviter en n'aspirant qu'à un sceptre anonyme; mais sur nos instances, et d'après nos motifs plausibles, il a consenti à signer de ses initiales.

Rassurez-vous, lecteur, je ne ferai pas de programme. Je veux, au contraire, avant que d'entrer en matière, vous faire part de mes perplexités en face de la tâche difficile que l'honorable rédacteur de ce Journal m'a confiée. En énumérant toutes les difficultés que présente aujourd'hui la critique médicale, je n'ai d'autre but que celui de vous rendre indulgent pour mes efforts, tolérant pour mes défauts, reconnaissant pour ma bonne volonté. Vous voulez la vérité, je n'ai d'autre désir que de vous la dire; vous voulez la justice, je n'ai d'autre ambition que de la rendre; vous voulez bonne foi, conviction et décence, je vous assure que tout cela est dans mes intentions; vous voulez aussi que tout cela soit revêtu de formes littéraires avouées par l'atticisme et le bon goût, sur ce point encore j'ai bonne envie de vous plaire : de sorte qu'entre vous et moi, s'il ne s'agissait que de se payer de mots, nos comptes seraient déjà réglés. Mais n'est-ce pas qu'il ne peut convenir ni à vous ni à moi de nous contenter de ces vagues et banales promesses? N'est-ce pas que vous êtes curieux de savoir pourquoi donc il est si difficile d'être vrai, quels dangers on court à être juste, quels périls environnent la bonne foi, ce que peut avoir à craindre enfin le critique qui respecte la grammaire et le bon goût? Sur tous ces points permettez que je vous édifie; ce sera ma préface ou mon introduction.

La vérité, en critique, est difficile à dire par beaucoup de raisons. D'abord, la vérité médicale, la vérité pathologique, thérapeutique, pratique, est de l'ordre de celles que les géomètres appellent vérités en puissance, c'est-à-dire vérités qui existent, qui doivent exister, mais que l'expérience ou la démonstration ne sont pas parvenues à rendre évidentes et palpables. En médecine, vous le savez bien, les théorèmes sont rares, les axiômes plus rares encore, les lois générales complètement absentes. De sorte que le critique qui avec intrépidité assurerait qu'il dira toujours la vérité, prendrait un engagement sans valeur et sans application; car il supposerait ce qui est en question, la possibilité de prouver la vérité médicale. La vérité absolue ne pouvant ni se démontrer, ni se prouver, on ne peut raisonnablement exiger du critique que la vérité relative, c'est-à-dire celle que l'on peut rencontrer dans les limites de son intelligence et de son instruction. Or, rien de plus différent et de plus variable que ces élémens-là. La vérité pour celui-ci est l'erreur pour celui-là; et selon le point de vue dont on envisage la science, selon les principes puisés dans tel ou tel enseignement, selon les doctrines, les écoles, selon les croyances religieuses et même politiques, la vérité relative est mobile, inconstante et passagère. De sorte encore ici, que le critique qui promettrait de dire à tous la vérité, promettrait tout simplement une impossibilité. Car, pour prendre des exemples, le critique ne peut pas faire ses appréciations en même temps du point de vue spiritualiste ou de l'école de Montpellier, et du point de vue matérialiste ou de l'école de Paris, et pour spécialiser davantage, il ne peut pas se laisser dériver à la fois aux deux courans contraires qui entraînent les disciples de MM. Bouillaud et Chomel. Il lui reste, à la vérité, une ressource; c'est de ne jamais formuler son opinion, d'assurer que le vrai se trouve un peu partout, et, en conséquence de cette belle maxime, de dire avec Sénèque : *Soleo enim et in aliena castra transire, non tanquam transfuga, sed tanquam explorator*. Cela s'appelle, en d'autres termes, faire de l'éclectisme. Je suis bien convaincu que cette façon d'agir est très commode et peu compromettante; mais elle ne va pas à tous les tempéramens, et je crains bien d'avoir un de ces tempéramens-là. Ma raison se révolte, en effet, lorsque j'entends dire qu'il existe un moyen terme entre des propositions aussi opposées que les suivantes : il y a des propriétés vitales; il n'y a pas de propriétés vitales; la fièvre typhoïde est une inflammation; la fièvre typhoïde n'est pas une inflammation; les phlegmasies sont jugulées par les saignées coup sur coup; les phlegmasies ne sont jamais jugulées par les saignées coup sur coup; l'amputation du col de la matrice est une opération innocente qui réussit toujours; cette amputation est meurtrière, et ne réussit jamais, etc. J'avoue tout de suite que, le cas échéant, en face de propositions si hétérogènes, je chercherai, non pas à prendre un faux-fuyant, mais à apprécier la valeur des preuves invoquées de part et d'autre, afin de me décider à bon escient ou pour l'affirmative, ou pour la negative, ou pour le doute hélas! le charme des natures incurieuses, la ressource des natures timorées.

Apprécier la valeur des preuves! eh! c'est là que gît la grande difficulté. Demandez aux pathologistes modernes ce que c'est que la preuve en médecine, comment elle s'obtient, à quels caractères on la reconnaît, quel nombre et quelle qualité de faits il faut pour faire preuve, à quelles conditions enfin une proposition pratique est prouvée. *Tot capita, tot sensus.* Celui-ci se contente d'à peu près, celui-là veut des chiffres; celui-ci n'en demande qu'un certain nombre, lorsque celui-là en exige des milliers; tel médecin s'arrange des observations prises à grands traits, à la manière de Sydenham ou de Torti, qui font bondir d'indignation tel autre qui les demande entières, minutieuses, et comprenant depuis la couleur de l'iris jusqu'à la direction du gros orteil; en voici un qui exige impérieusement que tous les faits recueillis par l'observateur viennent à l'appui de ses développemens dogmatiques; en voici un autre qui se contente d'un choix de faits, de faits modèles servant en quelque sorte de *spécimen* pour chaque catégorie. Je me perdrais, vous dis-je, dans la simple énumération des dissidences qui s'élèvent sur ce point capital. Et vous pourriez vous étonner des appréhensions du critique devant de telles difficultés! Et vous considéreriez comme une simple formule de modestie sa proposition qu'il est très difficile de dire la vérité? La connaissez-vous, lecteur, cette vérité médicale après laquelle j'aspire? Non, me répondrez-vous; eh bien, ne l'exigez pas de votre critique beaucoup moins instruit que vous : mais ce que vous êtes en droit de lui demander, et ce qu'il est très disposé à vous accorder, c'est une appréciation raisonnable, basée sur le bon sens, sur cette somme de probabilités généralement admises, sur ces vérités de sens commun reconnues par les médecins de tous les siècles et adoptées par nos contemporains. Ce que vous lui demanderez surtout, et c'est aussi sur ce point qu'il a le plus à cœur de vous satisfaire, c'est de vous éclairer sur la valeur et la signification pratiques des œuvres dont l'appréciation lui sera confiée, car cela seul est utile et doit vous déterminer à leur donner ou à leur refuser les honneurs de votre bibliothèque.

Voilà pour la vérité inhérente à la science. Et la vérité relativement aux hommes, la croyez-vous donc plus facile à dire? Vous êtes, lecteur, sans aucun doute, un homme de bonne compagnie, et souvent il vous est arrivé de vous trouver dans des réunions mondaines. Là, quelques hommes aimables, spirituels, élégans, quelques femmes gracieuses, jeunes et belles, ont attiré votre attention ou charmé vos regards. Mais aussi que de causeurs maussades, que d'ennuyeux conteurs, que d'impitoyables bavards! et combien de vieilles et de laides femmes, et d'agaceries séniles, et de coquetteries surannées! En homme du monde, cependant, il vous a fallu simuler pour l'insupportable babil

au premier degré (tubercules probablement avant l'entrée). Cas assez mauvais.

Femme de vingt-cinq ans, chétive, constitution détériorée; entrée le 7 juillet, malade depuis un mois. Trois saignées, dont une locale; vésicatoire; emplâtre stibié. Convalescence le troisième jour. Sortie le 24 juillet.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Pleuro-pneumonie occupant toute la partie postérieure du poumou droit, probablement compliquée de tubercules. Cas très grave.

Homme de vingt-quatre ans, entré le 3 avril, malade depuis trois semaines surtout. Cinq saignées, dont deux locales en trois jours (13 palettes et demie, 1,685 gr.) Convalescence le septième jour.

Chez ce sujet, la pneumonie fut guérie dans l'espace de sept jours, et la convalescence parfaitement déclarée; mais les symptômes de la bronchite chronique reprirent bientôt le dessus, des excavations se formèrent, et un mois et demi après son entrée le malade succomba. On trouva à l'autopsie une grande quantité de granulations tuberculeuses, et au sommet du poumon droit une énorme caverne.

Bronchite et gangrène du poumon, 1 cas.

Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Bronchite et engorgement pneumonique à gauche avec fétidité gangréneuse de l'haleine. Cas mortel.

Homme de trente-cinq ans, entré le 16 août. Malade depuis un mois. Mort le 28 août.

Pleurésies, 2 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Pleurésie occupant les deux tiers postérieurs externes du côté gauche. Epanchement moyen. Quelques symptômes typhoïdes. Cas moyen.

Homme de vingt-un ans, entré le 11 juin, malade depuis trois jours. Trois saignées en deux jours (8 pal. et demie, 1068 grammes). Convalescence le cinquième jour. Sorti le 27 juin.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Pleurésie à la partie postérieure inférieure du côté gauche, sans épanchement notable. Cas léger.

Homme de vingt-neuf ans, entré le 2 juin, malade depuis dix jours. Une saignée locale. Deux vésicatoires. Convalescence le troisième jour. Sorti le 15 juillet.

Entéro-mésentérites, 15 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, sous forme muqueuse; bronchite générale avec engorgement pulmonaire. Cas très grave.

Homme de dix-huit ans, entré le 7 juin, malade depuis quinze jours. Une saignée de 3 palettes. Convalescence le cinquième jour. Sorti guéri le 4 juillet.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 10. Entéro-mésentérite typhoïde vers la fin de la première période. Cas grave.

Homme de vingt-quatre ans, entré le 5 juillet, malade depuis six jours. Quatre saignées dont une locale en deux jours. (13 pal. et demie, 1685 gram.) Convalescence le cinquième jour. Sorti le 27 juillet.

3° Salle Saint-Jeant-de-Dieu, 18 *bis*. Entéro-mésentérite typhoïde, traitée et aggravée par les purgatifs avant l'entrée. Cas grave.

Homme de dix-neuf ans, malade depuis neuf jours, entré le 2 juin. Trois saignées (9 palettes, 1125 grammes). Convalescence le neuvième jour. Sorti le 27 juin.

4° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée à la deuxième période. Cas grave.

Homme de dix-sept ans, entré le 24 août, malade depuis douze jours. Cinq saignées, dont deux locales, en trois jours (13 palettes, 1,625 grammes). Convalescence le neuvième jour. Encore dans le service.

5° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-mésentérite typhoïde, forme inflammatoire. Cas grave.

Homme de dix-huit ans, entré le 9 août, malade depuis la veille. Cinq saignées en trois jours; une seule locale (17 pal., 2,125 grammes). Convalescence le quatrième jour. Sorti le 28 août.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entéro-mésentérite typhoïde au commencement de la deuxième période. Cas assez grave.

Homme de seize ans, entré le 27 juin, malade depuis huit jours. Cinq saignées, dont deux locales en trois jours (10 pal. et demie, 1,310 grammes). Convalescence le treizième jour. Sorti le 25 juillet.

7° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 16. Entéro-mésentérite-typhoïde parfaitement caractérisée, deuxième période commençante. Cas moyen.

Homme de dix-sept ans, entré le 16 juin, malade depuis dix jours. Quatre saignées générales, deux locales (16 pal. 200 gram.) en trois jours. Convalescence le cinquième jour. Sorti le 12 juillet.

Ce cas fut remarquable à cause de ceci, qu'au moment de l'entrée, il existait au premier temps du cœur un souffle rude, râpeux, évidemment dû non à un état chloro-anémique, mais à un état inflammatoire de la membrane interne du cœur. Sous l'influence des émissions sanguines qui furent pratiquées, et d'un large vésicatoire placé sur la région du cœur, ce souffle finit par disparaître complètement, mais cette complication retarda notablement la marche de la convalescence, ordinairement si rapide après l'emploi du traitement de la Charité.

8° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Entéro-mésentérite-typhoïde, un peu douteuse à l'entrée. Cas moyen.

Homme de dix-neuf ans, entré le 20 juin, malade depuis quatre jours. Trois saignées en trois jours (8 pal. et demie, 1060 grammes). Convalescence le sixième jour. Sorti le 6 juillet.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, à la première période, forme inflammatoire. Cas moyen.

Homme de vingt-deux ans, entré le 21 juin, malade depuis cinq jours. Six saignées, dont deux locales (16 palettes et demie, 2060 grammes) en trois jours. Convalescence le cinquième jour; sorti le 20 juillet.

10° Salle Sainte-Madeleine, 1. Entéro-mésentérite incomplètement caractérisée, chez un sujet chloro-anémique. Cas moyen.

Femme de vingt-cinq ans, entrée le 12 juin, malade depuis huit jours. Deux saignées. Convalescence le troisième jour; sortie le 21 juin.

11° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 1. Entéro-mésentérite typhoïde à la fin de la première période. Cas moyen.

Homme de dix-huit ans, entré le 4 juin, malade depuis six jours. Cinq saignées, dont deux locales (15 palettes, 1875 grammes). Convalescence le seizième jour. Encore dans les salles.

12° Salle Sainte-Madeleine, 11. Fièvre inflammatoire sans phénomènes d'affection locale suffisamment caractérisés. Cas douteux.

Femme de vingt ans, entrée le 4 juillet, malade depuis quatre jours. Quatee saignées en trois jours. (12 palettes, 1500 gram.)

— On voit, par l'analyse des cas que nous venons de mentionner, que, loin de prolonger la convalescence et de faire justice, non de la maladie, mais des malades, comme on l'a dit, la méthode du professeur de la Charité enraie l'affection avec une rapidité qui tient presque du prodige, et abrège d'une manière sensible la durée de la convalescence, si on la compare à celle qui suit la même maladie traitée d'une autre manière.

Que l'on se donne la peine de jeter les yeux sur les observations précédentes, et l'on verra que chez les douze malades traités pendant ce trimestre, la durée moyenne de la maladie a été de six jours, depuis l'entrée jusqu'au moment où s'est déclarée la convalescence, le minimum ayant été de deux jours, le maximum de quinze; pour la durée du séjour à l'hôpital, la moyenne a été de vingt-trois jours, le maximum ayant été de trente-cinq, le minimum de neuf.

Il est bien entendu que cette statistique ne se compose que de chiffres bruts, les cas étant trop peu nombreux ici pour établir des catégories, comme on doit le faire dans toute statistique exacte. Et d'ailleurs, ces chiffres suffisent pour le but que nous nous proposions ici, de démontrer que, sans tenir compte des différences d'intensité de l'affection, sans séparer les cas graves des cas les plus légers, la moyenne de la durée du séjour des malades à l'hôpital n'a pas été de plus de trois semaines. Or, que l'on nous cite un autre mode de traitement qui permette d'arriver à ce résultat?

13° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13, Entéro-mésentérite typhoïde à la deuxième période. Cas grave.

Homme de vingt-deux ans, entré le 30 juin, malade depuis dix jours. Malgré la date déjà ancienne du début de la maladie, et le traitement qu'avait suivi le malade (il prenait chaque soir, depuis quatre jours, une chopine de vin chaud), on crut pouvoir employer, chez ce sujet, la formule des saignées coup sur coup.

Six saignées, dont deux locales, furent pratiquées dans l'espace de quatre jours; mais malgré tous les efforts il succomba au bout de treize jours.

14° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Fièvre offrant la marche et les symptômes de celle dite typhoïde. Cas douteux, grave.

Homme de trente-trois ans, entré le 4 août, malade depuis huit jours. Ce malade avait été traité en ville par un médecin qui lui avait prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz chaque matin, et de plus une pinte d'eau de veau et deux bouillons gras par jour. (*Sic.*) Trois émissions sanguines peu abondantes furent pratiquées. Le malade se trouvant réduit, autant par la durée de l'affection que par le traitement antérieur, à un état d'anémie tellement prononcé, qu'il fut impossible de pousser plus loin le traitement. Il succomba au bout de dix-neuf jours.

15° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 7. Entéro-mésentérite à la troisième période. Cas mortel.

Homme de dix-huit ans, entré le 2 juin, malade depuis quinze jours, mort le vingtième jour après son entrée. Non traitée.

— Des trois cas de mort que nous venons de mentionner, le dernier, qui ne fut point traité, et l'avant-dernier, dont la maladie avait été aggravée par un traitement inopportun, à tel point que l'on ne put agir d'une manière convenable, ne peuvent pas, et on en conviendra facilement, être comptés au nombre des insuccès, après l'emploi de la nouvelle formule. Il reste donc, en le retranchant, une mortalité de 1 sur 13 pour la fièvre dite typhoïde traitée par les saignées coup sur coup. On voit que cela est loin des 6 morts sur 7 malades que l'on a eu... *la loyauté* d'accuser M. Bouillaud de perdre.

Entéro-colites, 4 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entéro-colite avec aphthes, hémorrhoïdes, plus tard ascite, suite de péritonite à forme un peu latente. Cas complexe et grave.

Homme de vingt ans, entré le 16 juin, malade depuis quin-

---

d'un imbécile la même attention que pour l'intéressante causerie d'un homme d'esprit; à cette femme édentée, fardée, minaudière, vous avez offert le bras avec le même empressement que si un bras jeune, délicat et potelé eût dû s'appuyer sur le vôtre. Telles sont, en effet, les rigueurs des convenances et de la bonne société. Eh bien! — pardonnez-moi, lecteur, cette comparaison, — le critique, s'il ne veut pas passer pour un véritable paysan du Danube, est presque toujours forcé d'écrire comme vous parlez dans un salon. A la naissance d'un livre quelconque, c'est d'abord l'auteur qui vient l'intéresser par sa jeunesse, s'il est jeune, l'émouvoir par sa vieillesse, s'il est vieux; puis ce sont les amis de l'auteur, puis les amis de ses amis; puis encore l'éditeur et les amis de l'éditeur, que sais-je? Où trouver un cœur de critique entouré d'un airain assez triple pour résister à de si formidables obsessions? Il est encore des hommes que le hasard, l'occasion, les circonstances ont si bien servi, ont élevé à une position si haute et si généralement acceptée, que les plus graves méfaits leur sont permis en littérature médicale. Le critique qui chercherait à entamer ces réputations y userait ses plumes et ses dents: il ressemblerait au serpent qui mord la lime. Quel *chorus* d'imprécations ne s'attirerait-il pas s'il osait dire, par exemple que le dernier volume de M.... Mais j'allais faire une application, et je me suis promis de rester dans les généralités.

Que tout ceci cependant ne vous fasse pas tirer une conclusion plus radicale que je ne la tirerais moi-même. J'ai assuré que la vérité était difficile à dire en critique, mais je n'ai pas affirmé qu'elle fût impossible. C'est ce que, s'il plait à Dieu, je prouverai.

La justice, c'est la vérité; toutes les fois que le critique dit la vérité ou ce qu'il croit la vérité sur un ouvrage, il lui rend la justice qui lui est due. Je sais bien que dans le monde des auteurs, être juste envers eux, c'est leur décerner des couronnes, comme le dernier degré de l'injustice, c'est de les blâmer, si légèrement que ce soit. Je sais bien aussi que les éloges, quelques complaisans qu'ils puissent être, ne sont pour eux qu'une redevance forcée que majestueusement ils acceptent avec la même indifférence qu'un collecteur d'impôts; je sais en outre que la plus fine piqûre faite à leur délicat épiderme les fait crier comme si on les scalpait, mais je sais aussi que cette maladie est si générale et si chronique que ce serait folie d'en tenter la cure; ce serait aussi pusillanimité déplorable de la part du critique de s'en effrayer. Ce qui est plus effrayant, ce sont les inimitiés perfides, les rancunes durables, les haines vigoureuses qu'il s'attire et qu'il accumule sur son présent et sur son avenir. A chaque trait de plume il peut se dire: Voilà peut-être un ennemi de plus que j'inscris sur ma liste, et tant peu longue soit sa carrière, il est sûr d'y trouver au bout de tristes et souvent de cruelles vengeances. Que faire à cela? Briser sa plume ou la la tenir d'une main ferme; pas de juste milieu possible entre ces deux alternatives; avoir du courage ou reculer au moindre cri; être juste ou complaisant: être critique enfin ou ne pas l'être; il faut choisir. — J'ai choisi. Lecteur, priez pour moi!

Si par le plus grand de tous les bonheurs, ou par la plus insigne adresse le critique traverse sans blessure les innombrables piques hérissées sur son passage, ne croyez pas qu'il soit au bout de ses tribulations. En voici une dernière, et celle-là est la plus amère. Dans le monde des praticiens, des praticiens purs, il est convenu — on le dirait du moins — que l'art de guérir suppose l'exclusion rigoureuse de l'art d'écrire *et vice versâ*. D'aucuns ont de très bonnes raisons pour penser de la sorte. Mais j'en ai vu de très raisonnables, de parfaitement instruits et qui, au besoin, auraient pu littérairement tirer un bon parti de leur instruction, émettre une opinion semblable. Ah! tu as du style, mon garçon! eh bien, écrivaille dans les journaux, mais ne frappe pas à la porte de la pratique; elle ne s'ouvrira jamais pour toi. Ah! tu t'avises d'avoir de l'esprit et de tourner assez gentiment tes périodes; fais des *feuilletons*, mon garçon, mais ne songe pas à la clientelle; nous saurons bien t'empêcher d'y arriver. — Mais, respectable praticien, répond le critique, je ne vois pas le rapport nécessaire entre ne pas savoir écrire et savoir porter un diagnostic. — Vite, il le confond par un argument *ad hominem*. — Je fatigue deux chevaux, je gagne quarante mille francs et je n'ai jamais écrit une ligne. — Mais, praticien opulent, permettez-moi de vous faire une question: A quoi passez-vous vos soirées? — Je joue un wisth ou la bouillotte depuis huit jusqu'à onze heures. — Moi, pendant les mêmes heures, je lis les ouvrages nouveaux, je les analyse, je les apprécie et je rends compte de mes impressions au public qui a la bonté de me lire. Qui de nous deux emploie le mieux son temps? — C'est pitié de voir, en effet, la réprobation médicale qu'assume sur sa tête le critique. Quel dommage, dira l'un, qu'il n'ait point tourné son talent vers des idées positives! C'est un homme d'esprit, dira l'autre, mais *çà* ne sait qu'écrire, *çà* ne sera jamais médecin. Comme si faire tirer la langue à un malade, lui tâter le pouls et lui palper le ventre, formuler une potion ou un collyre, exigeaient des facultés réflectives plus grandes que pour bien exposer les idées d'un auteur, en apprécier le mérite, en déterminer la valeur! Comme si la culture des lettres et la faculté de rendre en bons termes, dans sa langue maternelle, ses impressions, ses idées, le fruit de ses travaux et de ses réflexions, étaient nécessairement incompatibles avec la sagacité dans le diagnostic, l'instruction et la prudence dans la thérapeutique!

Du reste, et après tout, c'est un peu la faute du critique si son œuvre n'est pas entourée de plus d'estime et de considération. Tout ce qu'il a fait depuis long-temps est flasque, incolore, sans saveur; c'est une critique au jour le jour, sans grande vue d'ensemble, sans principe arrêté, sans foi ni conviction; cauteleuse, prudente, craintive et affectueuse; c'est une critique sans critique. Et comment voulez-vous qu'il en soit autrement? Le critique a voulu être quelque chose dans ce monde, agrégé, professeur, médecin des hôpitaux, etc., de sa plume il s'est fait un crochet pour atteindre le fruit suspendu à la branche; car, avant tout, pour réussir, il faut des amis, des patrons, et souvent, tant la concurrence est grande, il faut savoir les viser de loin. Tantôt aussi le critique a dépassé toutes les bornes de la justice; il écrivait avec du fiel et ne voulait que mort et massacre. Haineux, passionné, vindicatif, il s'acharnait après tel homme ou telle idée avec une ténacité telle que la fatigue et le dégoût en sont venus aux plus affriandés de ces sortes d'épices. De sorte que le lecteur, affadi par le critique émollient, irrité par le critique drastique, s'est pris d'une profonde indifférence pour ce qui ne lui donnait plus ni plaisir, ni intérêt, ni profit.

Cependant, le lecteur aurait tort de rester dans cette indifférence à l'endroit de la critique. A aucune autre époque peut-être elle n'a pu remplir une mission plus digne, plus élevée, plus utile. Trouvez-en une, en effet, où la littérature médicale ait été aussi encombrée de productions sans valeur, d'ouvrages ainsi poussés par la *réclame*, où l'agiotage littéraire se soit montré plus effronté, le courtage scientifique plus flagrant? Que de réputations se sont élevées qui n'auraient pas franchi le vol du chapon, si la critique sérieuse eût voulu les arrêter! et combien s'en élève-t-il tous les jours qu'il serait facile d'ébranler ou d'abattre avec un peu de bonne volonté! Qu'elles reposent dans leur gloire ces réputations acceptées: je n'ai ni envie ni besoin de troubler leur triomphe; je leur recommande seulement tempérance de plume et modestie de langage, car, plus puissante que la loi, la critique peut avoir un effet rétroactif. Pour les auteurs actuels dont les ouvrages sont là sur mon pupitre, pour ceux dont l'imprimeur n'attend plus que le dernier *bon à tirer*, je leur dirai ceci: Vous êtes forcés de payer votre patente, et je conviens que c'est pénible; vous êtes forcés de monter votre garde, et je tombe d'accord avec vous que c'est dur; sous le spécieux prétexte de loyer, votre propriétaire vous oblige à lui donner tous les trois mois quelques cents francs, et rien n'est plus désagréable; mais qui vous oblige et vous force à publier un mauvais livre? Or, comme c'est là un acte de votre volonté tout à fait libre et spontané, un acte dont vous avez dû prévoir les suites et calculer les résultats, vous avez dû par conséquent prévoir la griffe du critique, qu'il vous était si facile d'éviter. Rassurez-vous, cependant: pour la première fois, je promets de faire patte de velours, mais gare à la récidive.

B. B.

ze jours. Deux saignées, dont une locale; un vésicatoire. Convalescence le cinquième jour, sorti le 19 juillet.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 20. Entéro-colite sous forme de dysenterie. Cas assez grave.

Homme de vingt-deux ans, entré le 28 août, malade depuis quinze jours. Une saignée locale. Convalescence le troisième jour, sorti le 12 septembre.

Les deux cas 3 et 4 sont relatifs à deux femmes couchées, l'une au n° 8, l'autre au n° 5 bis, dont l'affection, assez légère, céda rapidement à un traitement peu énergique du reste. La convalescence fut rapide, et le séjour des malades à l'hôpital fut, pour l'une, de quinze, pour l'autre de seize jours seulement.

Rhumatisme articulaire, 10 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Rhumatisme articulaire partiel, léger d'abord, puis devenu intense depuis l'entrée du malade.

Homme de vingt-six ans, entré le 23 juin, malade depuis six jours. Cinq saignées, dont deux locales (15 palettes, 1,875 grammes). Convalescence bien confirmée le dixième jour; sorti le 24 juillet.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 14. Rhumatisme articulaire aigu occupant plusieurs articulations des membres inférieurs. Cas moyen. Erysipèle facial.

Homme de 22 ans, entré le 18 juin, malade depuis cinq jours. Six saignées, dont trois locales, en quatre jours (18 palettes, 2,250 grammes). Convalescence le cinquième jour; sorti le 12 juillet.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Rhumatisme articulaire aigu généralisé. Cas moyen.

Homme de quarante-six ans, entré le 23 juillet, malade depuis huit jours. Cinq saignées en trois jours (16 palettes, 2000 grammes). Convalescence le cinquième jour ; sorti le 10 août.

4° Salle Sainte-Madeleine, 4. Rhumatisme articulaire aigu partiel chez une femme chloro-anémique. Cas moyen.

Femme de trente-cinq ans, entrée le 28 juin, malade depuis cinq jours. Quatre saignées en quatre jours (12 palettes, 1,500 grammes). Convalescence le 11e jour, sorti le 30 août.

5° Salle Sainte-Madeleine, 3. Rhumatisme articulaire aigu fixé au genou droit, chez une femme récemment accouchée. Cas grave.

Femme de vingt ans, entrée le 28 août, malade depuis trois semaines. Cette femme fut prise, quelques jours après son accouchement, de douleurs vives dans le genou droit, avec gonflement et rougeur de l'articulation. Elle ne fut traitée chez elle que par une saignée et des cataplasmes. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, la maladie, dont l'intensité s'était accrue en raison des circonstances dans lesquelles se trouvait la malade, et de la nullité du traitement mis en usage antérieurement, la maladie était devenue tellement grave, que cinq saignées, trois générales et deux locales, ne purent parvenir à en enrayer la marche : on fut obligé de recourir aux vésicatoires, puis aux moxas. Aujourd'hui la jambe droite, qui était, lors de l'entrée, fléchie à angle droit, est directe, mais les mouvemens sont impossibles dans l'articulation du genou, et il pourrait arriver que la guérison avec ankylose fût la terminaison la plus heureuse que l'on parvînt à obtenir.

Les cinq derniers cas de rhumatisme articulaire observés dans ce trimestre étaient assez peu graves. Comme ils n'ont rien offert d'intéressant nous n'y insisterons pas plus longtemps, et n'entrerons pas dans le détail de chacun d'entre eux, nous bornant à donner la date de l'entrée et de la sortie de ces cinq cas.

6° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 3. Entré le 24 août, sorti le 22 septembre.

7° Salle Sainte-Madeleine, 13. Entrée le 1er juin, sortie le 26 juin.

8° Salle Sainte-Madeleine, 3. Entrée le 18 juillet, sortie le 29 août.

9° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 4. Entré le 30 août, sorti le 4 octobre.

10° Salle Sainte-Madeleine, 6. Entrée le 1er juin, sortie le 26 juin.

Erysipèle facial, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 18 bis.

2° Salle Sainte-Madeleine, 1.

3° Même salle, 9.

Chacun de ces trois sujets fut affecté d'un érysipèle facial de gravité moyenne, dont on parvint facilement à se rendre maître au moyen d'une ou deux émissions sanguines. Le séjour de ces malades à l'hôpital fut de huit jours pour le premier, de seize jours pour les deux derniers.

Fièvres éruptives, 3 cas.

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Scarlatine confluente mêlée d'éruption rubéolique. Cas moyen.

Homme de dix-neuf ans, entré le 14 juillet, malade depuis huit jours. Deux saignées. Convalescence le troisième jour; sorti le 15 août.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Rougeole semi-confluente. Cas assez grave.

Homme de vingt-un ans, entré le 9 juin, malade depuis cinq jours. Deux saignées; convalescence le troisième jour; sorti le 17 juin.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Varioloïde chez un sujet probablement mal vacciné. Cas léger.

Entré le 7 juin, sorti le 21 du même mois.

Angines, 3 cas.

1° Salle Sainte-Madeleine, 12 bis. Entrée le 4 juin, sortie le 12 juin.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 12. Entré le 20 juin, sorti le 23 du même mois.

3° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 11. Entré le 20 août, sorti le 26.

Péritonite, 1 cas.

Salle Sainte-Madeleine, 12. Femme de quarante-cinq ans, entrée le 28 juillet, malade depuis quinze jours, sortie le 31 août. Quatre saignée ee trois jours. Convalescence le septième jour.

Morve aiguë.

Le dernier cas que nous ayons à mentionner est celui d'un malade atteint de morve aiguë, dont l'observation a été publiée avec détails dans la *Gazette des Hôpitaux*. Couché au n° 26 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, entré le 27 juin, mort le cinquième jour.

— Nous trouvons donc, en résumé, pour ce dernier trimestre, 50 cas de maladies aiguës, sur lesquels, mortalité brute, 6 morts, ou 1 sur 8.

De ces six morts, nous retrancherons :

1° Un malade couché à la Salle Saint-Jean-de-Dieu, 23. Gangrène du poumon, mal traité.

2° Un autre, même salle 3. Entéro-mésentérite traitée par les pugatifs avant l'entrée; entré à la deuxième période. Non traité.

3° Même salle, 7. Entéro-mésentérite entrée à la troisième période; non traitée.

4° Enfin, salle Saint-Jean-de-Dieu, 26. Morve aiguë non traitée.

Il nous restera deux morts, savoir :

1° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 6. Pleuro-pneumonie guérie par l'emploi de la formule des saignées, mais qui succomba à une bronchite chronique suivie de tuberculisation.

2° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Entéro-mésentérite à la deuxième période. Mort le treizième jour après son entrée.

En tout, 2 morts sur 46 maladies; 1 sur 23.

Si nous réunissons ce résultat à celui que nous avons publié dans le résumé précédent (*voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 15 juillet), nous aurons, pour les cinq mois de clinique, sept morts, savoir :

Avril et mai :

1° Pneumonie, salle Saint-Jean-de-Dieu, 22.
2° Pneumonie, salle Sainte-Madeleine, 2.
3° Fièvre typhoïde, salle Sainte-Madeleine, 4.
4° Fièvre typhoïde, salle Saint-Jean-de-Dieu, 21.
5° Bronchite capillaire, salle Sainte-Madeleine, 8.

Juin, juillet et août.

6° Pneumonie, salle Saint-Jean-de-Dieu, 6.
7° Fièvre typhoïde, salle Saint-Jean-de-Dieu, 13.

En réunissant les 57 malades des deux premiers mois aux 46 de ce trimestre, nous avons, pour les cinq mois de clinique, 103 malades, sur lesquels 7 morts.

Mortalité, 1 sur 15.

Or, s'il se trouvait quelqu'un de ces incrédules qui, ne pouvant se refuser à l'évidence des faits, et obligés de convenir que l'emploi de la nouvelle formule des saignées a donné les résultats les plus satisfaisans, chercheraient à rejeter sur la constitution médicale ou sur un heureux hasard les résultats de cette année, nous rappellerions ceux que nous publiions l'année dernière à pareille époque. Pour les cinq mois de clinique, en 1840, nous trouvions, dans les salles de M. Bouillaud, 102 maladies aiguës, 8 morts, 1 sur 13. Cette année, 103 maladies aiguës, 7 morts, 1 sur 14 3/4, ou 1 sur 15.

Des résultats si parfaitement semblables seraient-ils donc, chaque année, depuis dix ans, un simple effet du hasard ?

A. F.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE ;

Par le docteur Jules Guérin.

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est trop étendu pour que je puisse en donner une lecture complète. Les développemens dans lesquels j'ai été obligé d'entrer sur l'anatomie des enveloppes et des muscles de l'œil et sur la physiologie de ses mouvemens ; les descriptions des instrumens et des procédés que j'emploie, ne sont pas de nature à être exposés dans cette enceinte. Je me bornerai donc à donner une idée aussi succincte que possible de la méthode sous-conjonctivale, des principes sur lesquels elle repose, des procédés qui lui sont propres, des résultats qu'elle produit et des avantages qu'elle offre, comparativement aux autres méthodes de myotomie oculaire.

La méthode sous-conjonctivale consiste à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuses et muqueuses qui les recouvrent. Cette méthode n'est pas seulement caractérisée par des particularités d'exécution manuelle, mais elle repose sur des principes essentiels ; elle a un but, elle emploie des moyens, elle produit des résultats qui lui sont propres. C'est une application de la méthode générale que j'ai fait connaître sous la dénomination de méthode sous-cutanée. Bien que les muscles de l'œil ne soient pas en réalité placés sous la peau, ni atteints en traversant cette dernière, ils sont logés sous des tégumens, et la méthode sous-conjonctivale va les diviser avec les conditions et suivant les principes de la méthode sous-cutanée. Or, son but est de soustraire la plaie au contact de l'air ; ses moyens consistent à faire de petites ouvertures au fascia sous-conjonctival, ou au moins des ouvertures extérieures qui ne correspondent pas, après l'opération, aux plaies musculaires, plus profondément situées. Enfin, ses résultats sont d'affranchir la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et de lui procurer, comme à toutes les plaies sous-cutanées, le bénéfice de l'organisation immédiate.

Dans cette vue, j'ai imaginé deux procédés :

Le premier, ou procédé par *dissection*, consiste à détacher, à l'aide d'une petite incision, la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, le plus près possible de leur insertion oculaire, dans une étendue suffisante pour découvrir le muscle à diviser. Celui-ci étant mis à nu, au moyen du renversement de la portion détachée du fascia, on le soulève sur une des branches mousses des ciseaux courbes, ou sur un crochet mousse, et l'on en fait la division dans un point plus ou moins éloigné de son insertion oculaire. Cette section opérée, la portion du fascia renversée est remise en place, de manière que la plaie extérieure ou membraneuse cesse de correspondre à la plaie intérieure ou musculaire. C'est même là le caractère essentiel du procédé, celui qui le différencie complétement des méthodes ordinaires, et qui permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, dont il réalise d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, les avantages.

Le second procédé, ou procédé par *ponction*, est celui qui remplit, de la manière la plus rigoureuse et la plus précise, toutes les conditions de la méthode. Il consiste à faire une ponction au fascia sous-conjonctival soulevé sur le côté du muscle à diviser ; à introduire, par cette petite ouverture, un myotome doublement coudé, à extrémité mousse, à l'aide duquel on fait, sous les membranes de l'œil, la section d'un des muscles droits. Ce procédé réalise de tout point les principes de la méthode; il agit hors du contact de l'air; il opère sous les tégumens et par une très petite ouverture; il affranchit la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et lui procure constamment le bénéfice de l'organisation immédiate.

Ces deux procédés ne sont pas indistinctement appliqués. Le premier convient surtout pour la section des muscles droit supérieur, inférieur et externe, et pour celle des muscles obliques ; il est principalement indiqué dans le cas où il importe de détacher le fascia dans une plus ou moins grande étendue, et de détruire ainsi tout ce qui peut retenir l'œil bridé dans une direction vicieuse, comme dans les cas de strabismes très anciens et d'un degré très considérable. Le procédé par ponction est préférable pour la section du droit interne, et dans des cas de strabismes moins anciens et d'un degré moins prononcé. On remarquera toutefois que, par le fait, ce dernier procédé est le plus fréquemment mis en usage. Sur 171 opérations de strabisme que j'avais pratiquées à l'époque où j'ai rédigé ce mémoire, j'ai eu recours 45 fois au procédé par dissection et 126 fois au procédé par ponction. On trouvera, du reste, dans mon mémoire, tous les détails relatifs aux conditions différentielles qui règlent l'emploi de l'un ou de l'autre de ces deux procédés.

On trouvera également dans mon mémoire l'exposition des principes qui m'ont permis de poser des indications précises relatives aux cas où la méthode sous-conjonctivale doit intervenir, aux cas où elle n'est pas applicable, à ceux où elle guérit complètement, à ceux où elle ne produit que des améliorations; mais je résumerai ici en peu de mots les avantages immédiats et les avantages consécutifs d'un ordre plus matériel, qu'il est plus facile de mettre en regard des résultats propres aux autres méthodes de myotomie oculaire.

Des 171 opérations de strabisme dont j'ai parlé, 79 ont été pratiquées en ville et 92 en public à l'Hôpital des Enfans. Je ne ferai porter que sur ces dernières les résultats que je vais présenter, parce qu'ayant été vues et suivies par un grand nombre de médecins, elles offrent un caractère d'authenticité qui répond plus directement et plus complètement aux attaques dont ma pratique a été l'objet. Sur ce nombre de 92 opérations, il y en a 69 dont les résultats datent déjà d'assez loin pour pouvoir être sûrement appréciés aujourd'hui. 55 ont été pratiquées pour des strabismes convergens, 8 pour des strabismes divergens, et 6 pour des strabismes obliques.

I. *Avantages immédiats.* — Le premier avantage immédiat de la méthode sous-conjonctivale est de reposer sur une connaissance plus exacte des rapports anatomiques de l'œil avec ses muscles et ses enveloppes, ce qui la conduit à une exécution plus prompte et plus régulière. Sur nos 92 cas, la durée moyenne de chaque opération n'a pas dépassé deux minutes, tandis que, dans un grand nombre d'opérations pratiquées par d'autres méthodes, cette durée a été fréquemment de huit à dix minutes, et même d'un quart d'heure. Cette différence tient surtout à la connaissance précise de l'espace occupé par le tiers antérieur de chaque muscle droit, espace auquel j'ai donné le nom de *loge musculaire*.

2° L'opération est moins pénible, moins douloureuse, car elle substitue à une large ouverture, à une dissection étendue du fascia de l'œil, une simple ouverture, et, dans les cas les plus rares, une petite plaie linéaire.

3° La méthode sous-conjonctivale ne donne jamais lieu au moindre accident inflammatoire, et permet généralement, dès le troisième jour, l'exercice de la vision au moyen de lunettes. Par les méthodes ordinaires, il n'est pas rare de voir se développer des accidens inflammatoires plus ou moins graves, nécessitant des traitemens antiphlogistiques longs et énergiques, qui n'ont pas toujours empêché la suppuration et même la perte entière de l'œil.

II. *Avantages consécutifs.* — Les avantages consécutifs de la méthode sous conjonctivale sont plus faciles encore à constater, car ils peuvent être observés en tout temps, chez tous les sujets opérés par cette méthode, comparativement avec ceux qui l'ont été par les autres méthodes. Ces avantages peuvent être rapportés à cinq principaux :

1° Par les méthodes ordinaires, la cicatrisation de la plaie est longue et presque toujours traversée par la production de petites excroissances muqueuses qu'il faut exciser pendant plusieurs mois. Par la méthode sous-conjonctivale, au contraire, la cicatrisation est immédiate, et elle n'a pas offert ces productions dans les neuf dixièmes des cas.

2° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, la caroncule est plus ou moins complètement détruite, l'angle interne de l'œil dédrimé, excavé ; l'œil paraît plus ouvert par suite de cette destruction. Chez les sujets opérés par la méthode sous-conjonctivale, la caroncule est parfaitement conservée ; l'angle interne de l'œil reste ce qu'il était avant l'opération, et l'on n'aperçoit aucune dépression, aucune trace quelconque de la cicatrice.

3° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, il y a presque toujours une saillie plus ou moins prononcée de l'œil opéré ; cette ophthalmie fait un contraste désagréable avec l'œil sain. Cela tient à la dissection large des enveloppes fibreuses de l'œil et à son déchaussement pour aller à la découverte du muscle. Chez les opérés par la méthode sous-conjonctivale, il est extrêmement rare de rencontrer cette différence de saillie des yeux, parce que, en effet, elle conserve les liens de l'œil, qu'il n'est pas nécessaire de diviser.

4° Chez les opérés par les méthodes ordinaires, il est très commun d'observer l'abolition partielle et même totale du mouvement de l'œil dans le sens du muscle divisé, ce qui fait que, lorsque le sujet regarde de côté, l'œil opéré reste fixe ou à peu près, tandis que l'œil sain prend la direction qui lui est imprimée par la volonté. Cette circonstance donne au regard des sujets quelque chose d'étrange, d'hébété, et l'apparence d'un strabisme tout particulier pendant les mouvemens latéraux des yeux. Cette grave imperfection, que je n'ai pas constatée deux fois sur cent par la méthode sous-conjonctivale, tient exactement à la manière différente de procéder des deux méthodes. Les méthodes ordinaires professent qu'il faut éviter la réunion des deux bouts du muscle divisé, dans la crainte des récidives ; plusieurs ont même établi en principe la nécessité d'exciser une portion du muscle. Ce principe et cette pratique ont pour effet de faire cicatriser et adhérer le bout postérieur du muscle sur un point plus ou moins postérieur du globe oculaire ; d'où une perte de mouvement proportionnelle à la réduction de longueur du muscle opéré et au raccourcissement de l'arc de cercle qu'il peut faire décrire à l'œil en se contractant. Il arrive encore, ainsi que nous l'avons constaté, même alors qu'on n'avait pas pratiqué l'excision d'une portion du muscle, que le bout postérieur ne se soude pas au globe oculaire, mais reste adhérent au fascia, ou se retire dans sa gaîne; et il en résulte une perte à peu près complète du mouvement dans le sens du muscle opéré. La méthode sous-conjonctivale a pour principe, au contraire, de favoriser de tous ses efforts la réunion des deux bouts du muscle divisé. Ses procédés, en respectant les parties qu'il est inutile de diviser, laissent à la matière de la cicatrice une route facile, une espèce de canal dans lequel le sang et la lymphe plastique, fournis par les deux moignons, vont à la rencontre l'un de l'autre et établissent la continuité du muscle. Les résultats de cette méthode sont d'accord avec ses principes.

5° Un dernier inconvénient des méthodes ordinaires, et qui ne le cède en rien aux précédens, est celui-ci : par suite du déchaussement considérable de l'œil, et par suite du défaut de réunion des deux bouts du muscle divisé, l'œil opéré reste plus ou moins dévié en sens contraire de la difformité. Il y a donc presque toujours un certain degré

de strabisme consécutif substitué au strabisme qu'on a trop corrigé. Ce défaut, que j'ai rencontré chez la grande majorité des opérés par les méthodes ordinaires, est masqué au premier abord par une apparence de redressement passager dont il importe de bien connaître le mécanisme. Ces méthodes n'opèrent ordinairement qu'un œil à la fois, bien que les deux yeux soient généralement atteints, à des degrés différens, de la difformité. Le résultat de l'opération est de produire du côté opéré un excès de redressement, tandis que, du côté non opéré, il reste un certain degré de déviation. Ce qui manque d'un côté équivaut, en quelque façon, à ce qu'il y a de trop de l'autre. En effet, comme, dans le regard attentif, les deux yeux s'érigent vers l'objet regardé, l'œil opéré et trop divergent parcourt, en se portant en dedans pour se redresser, un arc de cercle égal à celui que parcourt, en se portant en dehors, l'œil qui n'a pas été opéré, et qui reste atteint d'un certain degré de convergence. Le premier cède ainsi au second ce qui lui manque, et les deux yeux paraissent parfaitement redressés pendant le regard actif. Mais si on les observe quand le sujet ne regarde pas, lorsqu'il est distrait, on s'aperçoit aisément que les deux yeux sont déviés d'une certaine quantité : l'œil opéré un peu en dehors, l'œil non opéré un peu en dedans. Les sujets ont toujours l'air de regarder de côté. Aucun des opérés par la méthode sous-conjonctivale n'a offert cet inconvénient.

Ainsi, sous le rapport de la durée de la cicatrisation, des traces de l'opération, de la dimension et de la saillie des yeux, de leurs mouvemens et de leur direction, la méthode sous-conjonctivale ne donne lieu à aucun des accidens que je viens de signaler, et ses résultats sont au contraire empreints de ce degré de perfection que l'on doit toujours chercher à atteindre. Mais ces avantages, est-il vrai qu'elle ne les obtienne qu'au prix d'inconvéniens graves?

On a dit que cette méthode est d'une exécution difficile, peu sûre, dangereuse même, et qu'elle favorise les récidives.

Nous allons répondre en peu de mots à chacune de ces allégations.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 1er septembre 1841.

A trois heures, M. Fouquier occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Duperthuis* rapporte qu'il a pratiqué la trachéotomie sur un enfant atteint du croup ; le mieux qui s'était manifesté n'ayant pas persisté, l'enfant a succombé.

A ce sujet, M. Guersant fait observer que c'est une opération qu'il pratique souvent, mais toujours à son corps défendant. L'amélioration qui survient chez les malades après l'incision du conduit aérien ne dure que quelques heures, au plus quelques jours ; on voit la respiration devenir haletante, la circulation s'accélérer ; et après la mort, qui ne tarde pas, on trouve des traces de petites péripneumonies, mais rarement de fausses membranes.

M. Fouquier demande combien d'enfans ont succombé et combien ont survécu à cette opération.

M. Guersant. Aucun des miens n'a survécu. M. Trousseau, plus heureux, compte neuf enfans sauvés sur cent opérés. La cause de tant d'insuccès ne viendrait-elle pas de la débilité extrême où se trouvent les malades? On ferait peut-être mieux de mettre moins de sangsues et de recourir plus tôt à l'opération. M. Duperthuis a demandé si la sortie de l'air ne suffit pas pour entretenir la plaie dilatée, et s'il faut introduire une canule? Oui, sans doute, car les lèvres de la plaie tendent à se rapprocher. M. Trousseau a perdu subitement un petit malade chez lequel la canule s'était détachée.

M. Nauche pense qu'on obtiendrait plus de succès de la trachéotomie, si, une fois pratiquée, on continuait à combattre la première maladie ou celles qui ont pu survenir. Suivant notre confrère, l'opération ne guérit point, elle ne fait que reculer le moment fatal, elle donne un peu de répit dont il faut profiter. L'opération n'est point dangereuse par elle-même, ajoute-t-il : je l'ai pratiquée de concert avec M. Pelletan chez un enfant que l'on croyait atteint d'une affection croupale ; le petit malade était presque asphyxié et ne donnait par moment aucun signe de vie. Je soupçonnai la présence d'un corps étranger, j'insistai pour qu'on incisât la trachée : à peine l'ouverture fut-elle pratiquée, qu'un haricot avalé par l'enfant, et fourvoyé dans le conduit aérien, fut lancé au loin. L'enfant put respirer et guérit en quelques jours.

— *M. Guersant* dit avoir acquis la certitude que ceux qui louchent voient mal de l'œil dévié, et qu'après l'opération la vue est plus nette et plus étendue. Sur 48 opérés, il ne compte plus que 3 insuccès. Parmi les malades traités et guéris, il en est deux qui avaient été traités par MM. Velpeau et Baudens.

Mais s'il est bon de parler des avantages de l'opération, ajoute-t-il, il est juste de raconter ses inconvéniens. Trois ou quatre opérés ont vu double pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération. Chez un autre strabique, un accident s'est manifesté cinq mois après : je l'ai opéré de nouveau, et, je dois le dire, sans succès. Quelquefois l'opération est longue et laborieuse, parce qu'il faut faire la section d'un grand nombre de muscles, si on n'obtient pas de suite un résultat immédiat. Chez une femme, l'œil opéré est devenu amaurotique, mais cet accident a fini par disparaître. De tous ces faits, je conclus que l'opération est une chose bonne, mais que le succès se fait quelquefois attendre.

M. Duperthuis a vu pratiquer par M. Phillips, chez un ouvrier du faubourg Saint-Antoine, la section de plusieurs muscles de l'œil. Le globe oculaire est devenu proéminent, mais huit jours après, sans que le malade ait fait autre chose que se laver avec de l'eau fraîche, cet accident a disparu, et cet homme n'est plus reconnaissable, tant il a gagné par l'opération.

M. Guillon. J'ai vu hier un malade, opéré il y a un an par M. Phillips ; l'œil est entraîné en haut, le strabisme recommence, et c'était cependant un des plus beaux succès obtenus par cet opérateur, qui avoue avoir échoué vingt-cinq fois sur cent. Il faut donc attendre encore avant de se prononcer sur le mérite de cette opération.

— *M. Eguisier* présente à la Société plusieurs pessaires de son invention, et de plus un instrument fort simple dont il se sert pour le pansement des vaginites et celui des ulcérations du col de l'utérus.

Cet instrument se compose d'une éponge taillée en pessaire élytroïde et creusée à son extrémité supérieure par une échancrure dans laquelle, dit l'auteur, le col est reçu comme une tête d'os dans sa cavité articulaire. Cette éponge est traversée par une tige creuse qui dépasse la vulve et s'adapte à une seringue par laquelle on peut injecter différens liquides qui viennent baigner le col utérin, imbibent les mailles de l'éponge, coulent entre elle et le vagin et séjournent ainsi sans être rejetées par le vagin irrité, comme il arrive dans les injections faites au moyen de seringues.

M. Tanchou. Suivant moi, les ulcérations du col utérin tiennent à deux causes : 1° à l'immersion de cet organe au milieu des mucosités vaginales ; 2° à son déplacement qui le fait reposer sur un des côtés du vagin ; dans le premier cas, l'appareil de M. Eguisier me paraît utile, logique ; dans le second, je donne la préférence aux pessaires qui, tout en maintenant le col, ont aussi l'avantage de livrer aux liquides un libre passage.

M. Guillon. Ce pessaire est un corps étranger en contact avec une membrane enflammée. Depuis 1822, j'emploie avec beaucoup de succès les cataplasmes vaginaux, préparés avec la fécule de pommes de terre ou la farine de lin très fraîche. Je l'introduis dans le vagin au moyen d'une seringue dont le canon a le volume du doigt. C'est, selon moi, le moyen le plus prompt et le plus rationnel pour mettre fin aux inflammations aiguës du vagin et du col de la matrice.

On ne doit injecter de ce cataplasme qu'une cuillerée comble le soir en se mettant au lit, après avoir vidé le rectum par un lavement, s'il ne l'a été par une garde-robe naturelle. La femme se garnit comme lorsqu'elle a ses règles, et après s'être placée horizontalement dans le lit, introduit facilement elle-même l'injection. Je pourrais citer plusieurs cas de guérisons d'inflammations du col obtenues par ces cataplasmes et des stérilités qui ont cessé par suite de ces guérisons.

M. Tanchou. Il ne faut point s'exagérer l'inconvénient du contact des corps étrangers avec la muqueuse vaginale enflammée. Tous les jours, dans les vaginites, je place des pessaires ; les femmes n'en éprouvent aucun inconvénient, et je n'ai été obligé de les retirer que dans les cas rares où un point de la matrice se trouvait enflammé, ce que je reconnaissais facilement à la douleur que provoquait la pression du doigt sur un de ses côtés. J'ai souvent employé aussi avec avantage l'éponge imprégnée de quelque liqueur astringente, et pourtant les villosités dont est garni ce corps en rendent l'usage plus importun. C'est en introduisant de petites portions d'éponge que j'ai pu éteindre une vaginite qui datait de quatorze ans et avait rendu l'acte conjugal impossible. Après quelques mois de traitement je suis parvenu, hier pour la première fois, à introduire un spéculum dans toute sa longueur.

M. Duperthuis est d'avis que les cataplasmes émolliens, enveloppés bientôt par les mucosités vaginales, n'exercent que peu d'action et gênent par leur volume ; il pense que le contact de l'air flétrit la membrane vaginale et la met dans les conditions les plus favorables à la guérison. L'emploi d'un spéculum à jour lui paraîtrait préférable à tout autre moyen.

M. Terrier pense que les cautérisations et les lotions astringentes sont de la plus grande utilité dans ces sortes de maladies.

M. Emm. Rousseau a vu des personnes contracter des érysipèles longs ou difficiles à guérir, pour s'être lavées avec des éponges mal nettoyées.

M. Guersant pense qu'il est des cas où il faut employer les saignées, les bains, les émolliens ; que dans d'autres, au contraire, on se trouve bien des stimulans, des bains sulfureux, des bains de mer, de l'emploi des eaux nitratées, des cautérisations, etc. ; qu'ainsi on peut concilier les opinions contraires.

Lipome développé sous l'aisselle. — *M. Guillon* montre une tumeur du poids de 752 grammes dont il a fait ce matin, aidé de MM. Emm. Rousseau et Serrurier, l'extirpation à une femme âgée de quarante-deux ans, qui la portait depuis quatorze ans. Placée sous l'épaule gauche, elle était piriforme ; elle avait 22 centimètres de long antérieurement à partir du creux de l'aisselle, et 16 centimètres de longueur en arrière à partir du bord postérieur de l'aisselle. La base présentait 33 centimètres, et son pédicule 25 de circonférence.

Après avoir placé la malade sur un lit, la tête un peu élevée, M. Guillon indique avec un trait à l'encre s'étendant de l'aisselle, la moitié supérieure et la moitié inférieure de la tumeur, ou, en d'autres termes, sa partie moyenne. De la main gauche il forme, sous l'aisselle de la malade, un large pli de manière que son pouce se trouve sur le trait à l'encre correspondant au bras, et l'extrémité de son index placé sur l'autre trait correspondant au tronc ; de la main droite armée d'un bistouri droit, il traverse le pli, et d'un seul coup forme un lambeau à peu près semi-elliptique de trois pouces de haut. Avec ses doigts qu'il porte dans l'aisselle, il sépare la tumeur de l'artère axillaire qu'elle enveloppait dans les deux tiers de sa circonférence ; il la sépare également du plexus brachial par énucléation, et enlève de la même manière une sorte de digitation de cette tumeur qui passe derrière l'artère scapulaire ; puis à l'aide du bistouri, il forme un lambeau postérieur à peu près semblable au lambeau antérieur. Deux petites artères donnent beaucoup de sang ; l'une est tordue, et l'autre liée par M. Guillon, qui réunit ensuite, à l'aide de longues bandelettes agglutinatives, les deux lambeaux formés à cet effet ; des gâteaux de charpie imbibés d'eau froide sont ensuite appliqués et maintenus par un bandage contentif approprié.

Cette tumeur est mise sous les yeux de la Société : elle est intacte, car dans la crainte d'avoir affaire à un kyste, on a eu soin de ne point l'entamer, précaution louable, d'ailleurs, et qu'on ne doit jamais omettre. Isolée ainsi et sur la table même, les opinions se partagent : sa mollesse, une sorte de fluctuation, font croire aux uns qu'elle renferme un liquide ; d'autres, et M. Guersant le premier, croient reconnaître un lipôme. Effectivement, on trouve, après l'avoir incisée, qu'elle est formée d'un amas de graisse jaunâtre et peu consistante.

La séance est levée à cinq heures.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

— On annonce qu'une maison de commerce va donner passage, sur un de ses navires, à un jeune médecin militaire déjà connu par ses collections d'histoire naturelle formées en Algérie, et qui va explorer la côte de Sumatra au bénéfice de la science et du Muséum de Nantes, sous l'impulsion de la commission scientifique qui dirige cet établissement, et qui, chaque jour, en augmente les richesses. C'est ici l'occasion de rappeler aux armateurs, ajoute le *Breton*, que déjà beaucoup d'entre eux ont contribué à compléter nos collections, et ont prouvé que le commerce ne les absorbe pas tellement qu'ils n'ambitionnent encore de donner des preuves de l'intérêt qu'ils portent à la science et à la prospérité de la chose publique.

L'éditeur Aubert, dont les Physiologies ont un succès qui va toujours croissant, vient de mettre en vente la *Physiologie du Chasseur*, par M. Deyeux. Les dessins, confiés au crayon de M. E. Forest, sont d'une vérité et d'un fini parfaits. Ce petit livre nous montre les peines et les plaisirs du chasseur dans leurs moindres détails ; il est, en un mot, destiné à trouver place dans les carnacières de tous les chasseurs, et dans les bibliothèques des amateurs des livres bien écrits et de jolis dessins. (*Voir aux* Annonces.)

L'usage fréquent des vésicatoires dans le traitement des maladies aiguës ou chroniques, et la nécessité de les entretenir pendant un temps plus ou moins long, suggérèrent à M. Albespeyres, pharmacien à Paris, rue du Faubourg-Saint-Denis, 84, l'heureuse idée de composer et préparer le papier épispastique qui porte son nom.

Sa supériorité sur tous les autres épispastiques nous fait un devoir de le recommander à nos lecteurs. Ils remarqueront qu'il ne porte aucune odeur et n'irrite jamais, quoiqu'il produise une abondante suppuration.

Nous sommes heureux d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le vin anti-hydropique de M. Quentin, pharmacien à Paris. C'est une découverte longuement expérimentée, dont vient d'être enrichie la science médicale.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 26 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 129, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Nous terminons, avec le renouvellement de l'année scolaire, une entreprise grave et de longue haleine ; les derniers volumes du *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine* seront mis en vente dans quelques jours. En attendant une prochaine et plus vaste publication, toute notre attention va se concentrer sur ce Journal fondé par nous depuis quatorze ans, tribune que nous sommes parvenu à placer à une certaine hauteur, et que nous ne laisserons pas déchoir.

Dégagé d'occupations accablantes, entouré de rédacteurs habiles et dévoués, nous allons nous attacher à améliorer de plus en plus cette publication, et à lui donner toute l'importance dont elle est susceptible.

A partir du 1er novembre, voici quelques-unes des améliorations que nous y introduirons :

En tête de chaque numéro se trouvera un sommaire indiquant avec exactitude toutes les matières qui y seront contenues.

Après ce sommaire, et comme œuvre de fonds, viendront, selon notre habitude, les compte-rendus des leçons des professeurs, des opérations pratiquées et des méthodes de traitement mises en usage par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux. La plus grande exactitude sera jointe à la plus grande variété dans cette partie si importante et si utile.

Les compte-rendus des académies et des sociétés savantes seront reproduits avec détail et avec une scrupuleuse fidélité. Les rapports les plus importans seront littéralement publiés, et nous ne craindrons pas d'ajouter à nos feuilles des supplémens toutes les fois que l'abondance des matières l'exigera. Nous nous attacherons surtout à ne jamais attribuer à qui que ce soit des paroles qu'il n'aurait point prononcées, à ne jamais dénaturer le sens des expressions et la pensée des orateurs. Déjà, dans les circonstances importantes, on a pu juger du soin que nous mettions à remplir cette œuvre. Les discussions sur l'intoxication arsenicale ont été reproduites avec une vérité telle, que le seul reproche que la malveillance ait pu nous adresser, c'est, le croirait-on, d'avoir été *impartiaux !!!*

Ce reproche, nous l'acceptons de grand cœur, car il est honorable, nous nous félicitons de l'avoir mérité, et nous efforcerons de nous l'attirer dans toutes les occasions et à l'égard de toutes les personnes.

Amis ou ennemis, partisans ou détracteurs, tous seront ainsi forcés tôt ou tard de nous rendre justice et s'accorderont à convenir que la *Gazette des Hôpitaux* aura fourni les tableaux les plus vrais, les matériaux les plus complets, les compte-rendus les plus sincères. Cet aveu d'impartiale équité sera pour nous la plus douce des récompenses ; nous l'avons obtenu pour le *Dictionnaire*, nous l'obtiendrons pour le Journal.

A côté de ces travaux de première importance viendra la revue des journaux de médecine français et étrangers. Dès le lendemain de leur apparition, une analyse complète en reproduira la substance, de manière à ne rien laisser échapper de ce qui nous paraîtra utile et intéressant. Une ou deux colonnes dans chaque numéro seront consacrées à ce résumé fait avec suite et impartialité, et dans lequel nous nous attacherons surtout à ce qui se lie directement à la pratique, c'est-à-dire au traitement des maladies, thérapeutique, matière médicale, chimie, pharmacie, etc.

Tous les mois, un examen des constitutions médicales et des maladies qui auront régné soit à Paris, soit dans les départemens, sera fait avec soin ; sans y attacher autant d'importance qu'on a pu le faire en d'autres temps, nous sommes bien loin de nier l'utilité pratique d'études que les bons médecins n'ont jamais négligées, et dans lesquelles on trouve souvent des indications précieuses.

Les nouvelles seront partout recueillies et multipliées, afin de tenir les praticiens au courant de tous les faits scientifiques, de tous les accidens qui peuvent les intéresser.

Des feuilletons seront de temps en temps consacrés à l'examen et à la critique des institutions médicales ; tout en ayant soin de nous tenir autant que possible à l'écart des personnes, nous ne négligerons aucune occasion de servir les intérêts de la majorité de nos confrères, et de lutter comme toujours contre le favoritisme et l'intrigue. Calme et modérée ou vive et hardie suivant les circonstances, notre opposition ne sera ni moins ferme ni moins franche.

Habitué à ne céder à l'autorité d'aucun nom, à ne nous traîner à la remorque d'aucune opinion, à ne prendre de mot d'ordre de qui que ce soit, là comme ailleurs nous conserverons intacte notre ligne d'indépendance dont il ne sera au pouvoir de personne de nous faire dévier.

Il est dans la destinée des journaux véritablement indépendans de se passionner quelquefois. Quelquefois, lorsqu'on a eu la prétention de nous imposer des opinions scientifiques trop absolues, lorsque de déplorables intrigues ont eu lieu dans l'ombre, lorsque des injustices criantes ont été commises, lorsque la vie et l'honneur des accusés se trouvaient en jeu, on nous a vu frapper d'une profonde réprobation de funestes doctrines, ne ménager ni les choses ni les hommes, et battre violemment en brèche le charlatanisme le plus haut placé. Ce que nous avons fait, les mêmes circonstances se reproduisant nous le ferions encore, sans hésitation et sans forfanterie.

La critique littéraire n'existe plus ; la plupart des analyses d'ouvrages ne sont que des *puffs* plus ou moins bien digérés, des *réclames* qui s'adressent à la bourse des lecteurs ; nous tâcherons de réhabiliter pour les ouvrages de médecine la critique littéraire.

Nous laisserons à la plume caustique et spirituelle de notre honorable confrère, le Dr Lyrac, le soin de nous présenter des tableaux de mœurs, des critiques fines des personnes et des choses ; il peut dire ainsi bien des vérités, et ces vérités ont l'avantage de ne faire que des blessures légères et qui se cicatrisent sans laisser de traces. C'est un aiguillon sans venin dont nul ne peut avoir le mauvais esprit d'être irrité, et que nous permettons volontiers à notre confrère de tourner contre nous quand il lui plaira. A côté de graves discussions, de questions scientifiques ardues, l'esprit se repose volontiers sur ces riens légers qui ne laissent pas que d'avoir encore leur côté sérieux et corrigent les mœurs en riant.

C'est ainsi que fidèle à notre vie, ne désertant aucune de nos opinions, ne nous modifiant en un mot que pour mieux faire, nous prouverons à nos lecteurs combien nous tenons à les contenter, et quel prix nous mettons à leur estime et à leur sympathie. Outre l'engagement formel d'exécuter ces promesses que nous sommes complétement en mesure de tenir, nous les invitons à nous soumettre leurs pensées d'amélioration et de progrès, heureux de profiter de tous les avis et de nous aider de toutes les lumières pour atteindre le but que nous nous sommes proposé.

MALADIES RÉGNANTES.

Les médecins des siècles passés ajoutaient une grande importance à l'étude des constitutions médicales ; et, chose très remarquable, alors que la médecine ne pouvait prétendre à ce degré de précision que sur certains points elle a acquis depuis, alors que l'ambition de faire de la médecine une science exacte était bien éloignée de la pensée de ceux qui l'exerçaient, il est très remarquable, disons-nous, que les médecins praticiens, nos prédécesseurs, aient porté une attention si soutenue et si patiente, sur les influences des conditions météorologiques dans la production, dans le mode d'être ou dans la terminaison des maladies ; influence dont l'appréciation est presque généralement abandonnée aujourd'hui, où l'étude des phénomènes physico-chimiques joue un si grand rôle en pathologie. Il serait cependant puéril de vouloir démontrer que la pureté, l'altération, le trouble, les conditions diverses des milieux dans lesquels l'homme vit et s'agite, doivent nécessairement agir sur lui d'une manière favorable ou délétère. Les plus purs et les plus obstinés partisans du vitalisme absolu, sont obligés d'admettre cette corrélation de cause à effet ; nul ne la conteste, mais presque personne ne l'étudie. Depuis que M. Double a cessé de publier ses *constitutions médicales*, qu'il insérait mensuellement dans l'ancien Journal de médecine, nous ne sachons pas qu'un travail analogue ait été entrepris, du moins avec tenue et persévérance. Naguère, un médecin aussi modeste que savant et laborieux observateur, M. le docteur Fuster, a publié un beau travail sur ce sujet, que l'Académie des sciences a honorablement distingué. Il serait bien à désirer que cet exemple fût imité, et que les jeunes médecins, au lieu de s'égarer à la recherche des infiniment petits, voulussent s'occuper de recherches soutenues sur les influences atmosphériques dans les phénomènes pathologiques. Il y a là une source abondante d'intéressans et utiles travaux, une mine féconde dont quelques filons à peine ont été exploités.

Pour notre compte, nous croyons utile de jeter de temps à autre un coup-d'œil sur les maladies prédominantes du moment, de les rattacher, si faire se peut, aux influences atmosphériques régnantes, et de voir enfin en quoi elles s'éloignent des types ordinaires, et quelles médications spéciales ou non elles peuvent réclamer.

Les inflammations de l'appareil respiratoire sont dans ce moment les affections prédominantes. On devait s'y attendre par le brusque changement qui s'est opéré dans la température. Depuis quelques jours, le thermomètre descend dans la nuit à 0°, à 1°, à 2°, et dans le jour il ne s'élève pas au-dessus de 5°. Un vent de nord-ouest très froid et violent souffle depuis le même temps, et ces circonstances sont éminemment propres au développement des inflammations de l'appareil respiratoire.

Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont les angines. Elles sont en général simples et cèdent facilement au repos, à la chaleur et aux émolliens locaux. Dans quelques cas plus graves, les émissions sanguines sont nécessaires, et alors une large saignée de la veine, répétée si la gravité l'exige, produit des résultats beaucoup plus prompts et plus durables qu'une application de sangsues autour du cou. Les praticiens qui ouvrent largement la veine dans ces cas reconnaissent que les accidens se dissipent avec plus de facilité que par les sangsues, quelque nombreuses qu'elles soient, et dont l'application

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

LES EXPLICATIONS.

Le Phocéen. Arrivez donc, mon cher Lyrac ; il est tard ; les compositeurs attendent. M'apportez-vous enfin la relation de votre visite aux couteliers ? — Voyons votre instrument et votre feuilleton.

Lyrac. Il s'agit bien d'instrument et de feuilleton. Je suis indigné, furieux.

— Contre qui ? — Contre vous. — Que vous ai-je donc fait ?

— Comment, ce que vous m'avez fait ! Avez-vous lu l'*Ubicumquè* de jeudi ?

— Je l'ai lu.

— Et vous ne dites rien !

— Que voulez-vous qu'on réponde à cela ?

— Ce que je veux que l'on réponde ! Mais, Monsieur, vous ai-je jamais vendu mon feuilleton, moi ; m'avez-vous jamais payé une panse d'A ?

— Je conviens qu'on ne peut agir avec plus de désintéressement que vous, mon cher Lyrac.

— Et vous croyez que je veux avoir l'air de tremper là dedans. Je ne me vends pas, moi, Monsieur le Phocéen. Les trafics de cette espèce peuvent avoir cours à Paris ; ils ne sont pas reçus à Coulommiers.

— Je n'ai jamais attaqué votre honneur.

— Vous l'attaquez, Monsieur, en laissant attaquer le vôtre ; car, enfin, j'ai été votre collaborateur ; j'ai affiché de l'estime pour le Phocéen, j'ai cru à la sincérité de la *Némésis médicale*, et voilà qu'elle se met au niveau de l'autre !

— Ah ! çà, mon cher Lyrac, calmez-vous, reprenez votre sang-froid, et expliquons-nous.

— C'est bien ce que j'entends ; mais je vous préviens que je ne veux pas d'une explication équivoque. Il me la faut complète.

— Je suis à vos ordres.

— A quelle époque ont commencé vos attaques contre M. Orfila ?

— Lors de ses voyages à Blaye.

— Ce n'est donc pas parce qu'il a refusé de vous faire avoir la croix d'honneur que vous êtes devenu son ennemi ?

— Je ne suis pas son ennemi.

— Pourquoi donc avez-vous dit du mal de lui ?

— Parce qu'il faisait mal.

— Et s'il faisait bien, le diriez-vous ?

— Pourquoi pas ?

— Nous y sommes ; je vois où vous allez en venir.

— Où donc vais-je en venir ?

— Vous cachez votre jeu, mais je vous devine, vous êtes réconcilié avec M. Orfila :

> Ses mains ont résonné dans vos mains phocéennes ;

Voyons, convenez-en, vous aurez au moins le mérite de la franchise.

— Mon cher Lyrac, je vous ai déjà dit franchement que je n'étais pas son ennemi personnel, c'est tout ce que je puis faire. Je n'ai eu l'avantage d'adresser la parole que deux fois à M. Orfila : la première, à mon quatrième examen ; la deuxième, en lui offrant mon livre sur le choléra dans les bureaux de l'école *coràm pŏpulo*.

— Vous avez la croix d'honneur, n'est-ce pas ?

— Je ne crois pas.

— On dit que vous ne voulez pas la porter, mais que vous la tenez dans vos poches.

— Voyez plutôt ; pourquoi la cacherais-je ?

— J'ai tort de m'arrêter à ces babioles, quand j'ai à vous reprocher des choses bien plus graves.

— Parlez.

— Eh bien, Monsieur, on dit..... que vous avez reçu dix mille francs.

— Vraiment !

— Oui, Monsieur, d'autres disent vingt mille ; d'autres encore vingt-cinq mille francs ?

— C'est donc comme les œufs de la fable. Je ne savais pas être à si haut prix.

— Vous le saviez, car ce bruit-là court depuis trois mois.

— Il est vrai que quelques amis m'en avaient parlé ; mais je n'y attachais aucune importance.

— Vous y en attacherez maintenant.

— Pas davantage. Vous ne vous rappelez donc plus la maxime de *Basile*, mon cher Lyrac !

— Oui, je sais bien, la calomnie qui va *crescendo*, etc. Mais où est le Basile ici, s'il vous plaît ?

— Où il est, mon cher Lyrac ; vous avez donc oublié jusqu'à vos feuilletons !

— Quel rapport entre mes feuilletons et Basile ?

— Il y en a bien entre eux et Perrin Dandin.

— Expliquez-vous.

— N'est-ce pas vous qui avez dit, mon cher Lyrac, que les éditeurs n'aiment pas le *bouillon* ?

— Ce n'est pas moi, c'est mon ami.

— Eh bien ! cet ami n'a-t-il pas nommé quelques auteurs qui...

— J'y suis ; vous croyez donc....

— J'en suis sûr ; il n'y a rien de tel, voyez-vous, que l'amour-propre d'un auteur offensé.

— On peut être honnête homme et faire mal les vers.

— Sans doute, mais il y a des gens, mon cher Lyrac, qui ne se fâcheraient pas si on les prenait la main dans le sac, et qui ne pardonnent pas une épigramme.

— Je n'en ferai plus.

répugne d'ailleurs presque toujours aux mala[illegible] surtout aux femmes et aux jeunes personnes. Les sangs[illegible] ont encore un autre inconvénient dans les angines : c'est d'appliquer pendant long-temps un corps froid sur le cou, et de laisser exposée à l'air une partie qui a besoin de chaleur.

Deux cas de croup nous ont été signalés, dont la terminaison a été funeste.

Un grand nombre de pneumonies est journellement reçu dans les salles des hôpitaux. Elles ne présentent rien à noter qui ne soit connu.

Les rhumatismes articulaires et musculaires sont aussi au nombre des maladies prédominantes. Il est parfaitement vrai pour nous que les saignées coup sur coup, sans que nous leur accordions peut-être toute la valeur que leur donne son inventeur, sont cependant le meilleur moyen de combattre ces affections à l'état franchement aigu. Nous engageons vivement les praticiens à ne pas perdre de vue, dans ces affections, l'exploration du cœur qui peut seule mettre sur la voie de complications fâcheuses, et auxquelles il est important de remédier promptement.

Une des affections actuellement les plus fréquentes et aussi les plus difficiles à guérir, sont les névralgies. Plusieurs praticiens nous ont dit en voir un grand nombre. Quand ces affections revêtent franchement un type intermittent, le sulfate de quinine à la dose de 5 à 6 centigrammes répété pendant trois ou quatre jours, en fait assez généralement justice. Mais s'il n'y a pas intermittence marquée, le sulfate de quinine n'a aucune action favorable, et il peut provoquer des accidens gastriques. Dans ces cas, les pilules de Méglin, la poudre de valériane, l'électro-puncture, et surtout les vésicatoires volans, peuvent soulager les douleurs atroces des pauvres névralgiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GIBERT.

Affections exanthémateuses.

L'ordre des exanthèmes comprend trois maladies, qui sont : l'urticaire, la roséole et l'érythème.

L'urticaire, que l'on a décrite aussi sous les noms de fièvre ortiée, porcelaine, etc., a beaucoup d'analogie, comme l'indique son nom, avec l'éruption produite par le contact de l'ortie. Elle est, en effet, caractérisée par des saillies dures, de forme plus ou moins arrondie et d'une largeur qui peut varier depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de deux francs et même plus. Ces élevures, souvent disséminées, peuvent être confluentes ; souvent plus blanches que le reste de la peau, elles sont quelquefois rosées ou entourées d'une auréole rouge et s'accompagnent de chaleur et de prurit. Elles sont ordinairement de courte durée, mais peuvent reparaître à des intervalles rapprochés.

Le développement de l'urticaire est souvent lié à un état de malaise des voies digestives : aussi la voit-on fréquemment apparaître après l'ingestion de certaines substances d'une digestion peu facile comme certains coquillages, les moules, entre autres. La chair de porc, la chair d'oie, les fraises mêmes produisent le même effet chez quelques personnes. Dans tous ces cas, l'éruption coïncide le plus souvent avec des accidens d'indigestion. Dans les cas où on ne peut établir de rapport direct entre l'apparition de l'urticaire et l'ingestion récente de certains alimens, elle est encore souvent liée à un dérangement des fonctions digestives, dû à l'usage fréquent de substances stimulantes, à l'abus des plaisirs de la table.

L'urticaire peut encore se développer sous l'influence d'affections morales tristes, d'une émotion vive, d'une contrariété subite.

Les mêmes causes, d'ailleurs, ne donnent pas toujours lieu aux mêmes effets : ainsi, telle personne qui, dans une circonstance donnée, aura été atteinte d'urticaire, pourra se retrouver dans la même circonstance, sans pour cela voir reparaître la maladie.

Les différentes circonstances dans lesquelles se présente l'urticaire, les différentes formes qu'elle revêt en ont fait admettre plusieurs variétés. La première, l'urticaire fébrile, se montre le plus souvent chez les adultes adonnés aux excès de table, ou chez les enfans à l'époque de la dentition ; elle est précédée pendant un ou deux jours de quelques phénomènes gastriques avec mouvement fébrile, et s'accompagne d'une vive rougeur avec fourmillement et prurit. Elle dure environ huit jours, et se termine quelquefois par une légère exfoliation de l'épiderme.

La seconde variété (*urticaria evanida*, urticaire fugace) est caractérisée par des plaques saillantes plus blanches ordinairement que le reste de la peau, et qui disparaissent rapidement pour se reproduire bientôt. Elle est ordinairement apyrétique, et peut se renouveler ainsi pendant plusieurs mois.

Dans la troisième variété (*urticaria perstans*), les plaques persistent ; seulement, la rougeur qui les accompagne est sujette à des temps de rémission. Sa durée est de deux ou trois semaines.

L'éruption se montre dans la quatrième variété (*urticaria conferta*) sous la forme de plaques saillantes et confluentes.

Dans la cinquième (*urticaria sub-cutanea*), les saillies moins prononcées sont plus dures, et s'accompagnent souvent de douleurs lancinantes.

Enfin, la dernière variété (*urticaria tuberosa*) se reconnaît à de larges élevures formant comme des tumeurs tuberculeuses, et accompagnées souvent de douleurs profondes dans les régions de la peau affectées.

En général, l'urticaire n'est pas une maladie dangereuse, et elle ne présente quelque gravité que lorsqu'elle se lie à des accidens d'indigestion. Dans ce cas, le traitement est celui de l'indigestion, avec laquelle l'éruption disparaît le plus ordinairement. L'urticaire simple et aiguë ne réclame point non plus d'autres soins que ceux que l'on apporte aux maladies aiguës. Ainsi, les émissions sanguines générales, s'il y a lieu, les boissons délayantes, et plus tard quelques bains tièdes, tels sont les moyens propres à la combattre. Lorsque cette éruption est passée à l'état chronique, on doit veiller au régime alimentaire du malade, et rechercher s'il ne fait pas un usage habituel de substances propres à entretenir la maladie. Mais il arrive quelquefois qu'on n'obtient aucun résultat satisfaisant, même en changeant complètement le régime du malade. Il faut alors avoir recours aux laxatifs légers administrés à de courts intervalles, aux boissons amères avec addition de sels alcalins ; mais ces remèdes ne doivent être employés que lorsqu'il n'existe point d'indices d'irritation gastro-intestinale. Les bains tièdes ou même froids sont d'une grande utilité dans le traitement de l'urticaire. Les lotions acidulées ou alcoolisées peuvent aussi être utiles pour apaiser, s'il y a lieu, le prurit causé par cette éruption.

Roséole. — Cette éruption est caractérisée par de petites taches roses ou d'un rouge vif, sans saillie appréciable. Elle est quelquefois précédée d'un mouvement fébrile léger, mais presque toujours exempte des symptômes catarrhaux qui précèdent ou accompagnent la rougeole. S'il faut en croire Bateman, la roséole est, la plupart du temps, symptômatique et liée à l'existence de fièvres, dans le traitement desquelles elle n'apporte aucune modification.

Elle se montre sur les enfans de deux à trois ans, et pendant le travail de la dentition. Elle est aussi plus fréquente chez les sujets à peau fine et délicate, chez les femmes. C'est surtout pendant les saisons chaudes et variables qu'on la voit se développer. L'usage des substances irritantes peut encore la déterminer ; ainsi on l'a vue suivre l'administration du baume de copahu ; elle peut aussi naître sous l'influence d'émotions vives.

L'âge du sujet qu'elle atteint, la saison dans laquelle elle se développe, la forme qu'elle revêt, ont fait admettre plusieurs variétés de cette roséole.

1° Roseola *infantilis.* — Propre à l'enfance, sa marche est irrégulière ; elle se prononce surtout pendant la nuit et disparaît dans le jour.

2° Roseola *æstiva.* — Elle se développe pendant les saisons chaudes, et est quelquefois précédée d'un léger mouvement de fièvre. Les petites taches roses, isolées, irrégulières, qui apparaissent ensuite, pâlissent dès le second jour, et disparaissent ordinairement le cinquième, en même temps que le malaise avec lequel elles coïncidaient. Dans cette variété, on observe quelquefois un peu de rougeur à l'isthme du gosier, et de la gêne dans la déglutition.

3° Roseola *autumnalis.* — Elle se montre surtout en automne, chez les enfans, sous forme de taches circulaires ou ovales, distinctes les unes des autres : elle affecte principalement les membres supérieurs.

4° Roseola *annulata.* — C'est la forme qui passe le plus volontiers à l'état chronique. Dans cette variété, l'éruption est disposée en anneaux rosés qui laissent à leur centre une partie saine. Cette éruption peut envahir la totalité des tégumens, et se manifester avec ou sans symptômes fébriles.

5° Roseola *variolosa* et R. *vaccina.* — Ce sont deux formes de roséole que l'on observe pendant la variole et l'éruption produite par la vaccine. La première se montre surtout dans la variole après inoculation et apparaît le second jour de la fièvre éruptive. La seconde se développe chez quelques enfans neuf ou dix jours après l'insertion du virus vaccin, aux environs du lieu où on l'a pratiquée. Un mouvement fébrile l'accompagne souvent.

La roséole n'a le plus ordinairement que peu de jours de durée, et il suffit de quelques soins hygiéniques pour la faire disparaître. Ainsi un régime léger ou au besoin la diète, le repos, les boissons délayantes, tels sont les moyens à employer. Puis, quelques bains tièdes, les boissons acidulées et enfin un ou deux laxatifs légers. Lorsque la roséole est liée à l'existence de maladies plus graves, cette éruption ne réclame aucun traitement spécial et disparaît avec la maladie dont elle était un épiphénomène.

Erythème. — Ce mot, qui signifie rougeur, était employé par les anciens pour désigner les rougeurs de la peau qui n'étaient point érysipélateuses. De nos jours, quelques auteurs ont regardé cette maladie comme une nuance de l'érysipèle. Pour nous, l'érythème est un exanthème le plus ordinairement exempt de symptômes généraux, précurseurs ou concomitans, caractérisé par des taches superficielles, d'un rouge foncé, de forme et de grandeur variables. Ces taches laissent ordinairement entre elles des espaces dans lesquels la couleur de la peau n'est point altérée ; cependant lorsque l'érythème est partiel, il envahit quelquefois sans interruption une large surface. Ces taches pâlissent au bout de quelques jours et disparaissent bientôt, laissant quelquefois après elles une desquammation plus ou moins prononcée. Lorsque l'érythème est produit par le frottement (*intertrigo*), surtout lorsqu'il a son siége au pli des aines ou des cuisses, etc., l'épiderme se détruit souvent et la surface excoriée fournit un suintement séreux ou séro-purulent d'une odeur nauséabonde.

Les diverses formes sous lesquelles se présente l'érythème en ont fait admettre six variétés :

1° Erythema *fugax.* — Il est caractérisé par des taches rouges irrégulières et passagères qui apparaissent successivement aux bas du cou, à la poitrine et à la face. Il est ordinairement lié à l'existence de quelque autre maladie.

2° Erythema *læve.* — Il se montre de préférence aux membres inférieurs où il coïncide souvent avec l'œdème. Il est caractérisé par une coloration uniforme et luisante de la peau.

3 Erythema *marginatum.* — Dans cette variété les taches sont plus ou moins régulièrement arrondies et ont des bords rudes proéminens et papuleux.

4° Erythema *papulatum.* — Il se distingue du précédent en ce que toute l'étendue de la tache est rugueuse et papuleuse. La coloration rouge devient ensuite livide, violacée, et prend en quelque sorte l'aspect ecchymotique.

5° Erythema *tuberculatum.* — Dans cette forme de l'érythème les taches sont accompagnées de petites tumeurs occasionnées par un degré plus considérable d'inflammation des tégumens.

6° Erythema *nodosum.* — Il est caractérisé par des protubérances dures et douloureuses dans lesquelles tout le tissu de la peau se trouve intéressé et qui envahissent même quelquefois le tissu cellulaire sous-cutané.

Biett a signalé une forme d'érythème fort curieuse qu'il a proposé de nommer érythème excentrique parce que la ta-

---

— Au contraire, continuez, vous avez trop bien commencé.

— Tenez, vous avez beau dire, vous me détournez par votre ton railleur. Ce n'est pas pour rien que la *Gazette des Hôpitaux est reçue à l'Ecole sur le pied des journaux les plus favorisés.*

— Comment, à l'École ?

— Oui, Monsieur, à la *bibliothèque* de l'Ecole.

— Quand cela serait, est-ce que je puis l'empêcher ? Mais en êtes-vous bien sûr ?

— Parbleu, je l'ai lu dans l'*Ubicumquè.*

— Eh bien, que concluez-vous de la ?

— Qu'il y a quelque chose sous jeu.

— Quoi donc ?

— Eh ! parbleu, est-ce que M. Orfila n'est plus doyen ?

— Je crois qu'il l'est encore.

— Eh bien, s'il met votre journal à la bibliothèque, c'est que....

— C'est que... il le trouve intéressant pour les élèves.

— Eh non : c'est que vous lui avez promis de ne plus l'attaquer.

— Je ne promets que ce que je veux tenir.

— Vous le tenez, car vous ne dites plus rien de lui.

— Il est absent depuis deux mois, et n'a rien fait depuis l'arsenic.

— Vous avez été d'une *impartialité* révoltante dans cette question de l'arsenic.

— Vous voulez dire peut-être d'une *partialité.*

— Non, non, c'est *impartialité* que j'ai dit et voulu dire ; je n'ai fait d'ailleurs que répéter les propres paroles de l'*Ubicumquè.*

— J'ai rempli mon devoir de journaliste.

— Il y a plusieurs manières de le remplir.

— Il n'y en a qu'une. Elle consiste à attaquer vivement ce que l'on croit nuisible ; à combattre son adversaire quand il est debout, à ne pas le frapper quand il est à terre. Il n'y a que les fanfarons et les lâches qui font autrement.

— Vous croyez donc que M. Orfila ne cherchera pas à se relever ?

— Aussi l'attends-je dans l'occasion.

— L'occasion...... mais il ne faut pas l'attendre l'occasion. L'*Ubicumquè*, journal de principes, veut que vous fassiez tous les jours de l'opposition personnelle ; il le veut ; il l'ordonne ; il blâme votre ancienne lutte avec M. Orfila, mais il veut que vous lui disiez *illicò* des injures. Vous n'avez qu'à l'imiter sur ce point ; il vous donne de beaux exemples à ce sujet ; car il jette la boue à pleines mains sur nos confrères les plus estimables.

— Ces exemples, mon cher Lyrac, je ne les suivrai jamais ; je fais de l'opposition quand je la crois juste. D'autres la font quand ils ont *raté* une place de professeur, ou qu'ils ne sont plus agrégés, ou qu'ils couchent en joue une place de doyen. Quant à moi, voyez-vous, si l'on suivait mon avis, il n'y aurait plus ni école ni doyen. Vous voyez que je ne puis pas marcher avec ces gens-là.

— Non, non, voyez-vous, on a trop parlé pour qu'il ne se soit rien passé ; il n'y a pas de feu sans fumée.

— Cela est vrai ; aussi y a-t-il de la fumée.

— Vous avouez donc, enfin.

— Oui, mon cher Lyrac, j'avoue que M. Béchet, libraire, a fait prendre au mois de juillet un abonnement de six mois à la *Gazette des Hôpitaux* au nom de M. Orfila.

— Il fallait le dire plus tôt.

— Je ne l'ai pas caché, tous mes amis le savent, mais je ne croyais pas que cela pût intéresser le monde médical.

— Mon cher Phocéen, c'est le cas ou jamais de dire avec le bon La Fontaine :

« La montagne en travail enfante une souris. »

Je vous apporterai lundi prochain ma visite aux couteliers et mon instrument.

Nota. Dès que l'Ecole sera ouverte, nous promettons de nous informer si la *Gazette des Hôpitaux* est à la bibliothèque, ou si M. Orfila la garde pour lui. En vérité nous n'en savons rien.

Note du Rédacteur.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 25 octobre.

Myotomie. — M. Florent Cunier écrit de Bruxelles pour faire connaître un nouveau moyen qu'il met en usage depuis plusieurs mois, « pour obvier à la saillie plus ou moins marquée que forme presque toujours le globe de l'œil par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'adducteur oculaire dans le strabisme convergent.

« A l'aide d'une aiguille courbe très fine, je passe à travers la partie moyenne des deux lambeaux de conjonctive, un point de suture que j'enlève dès le second ou troisième jour... Il n'est pas prudent de mettre les deux lambeaux en contact immédiat. Cette pratique serait, dans un grand nombre de cas, cause de la persistance du strabisme, il faudrait enlever immédiatement le fil qui doit servir ici à maintenir la caroncule en place. Dans un cas où l'œil avait fui dans l'angle externe après la division du droit interne, j'ai réussi à faire cesser cette nouvelle déviation en retranchant un morceau de lambeau conjonctival interne, et en réunissant ensuite exactement au moyen de deux points de suture. » L'auteur dit avoir opéré plus de cent cas de strabisme, et avoir prévenu ainsi l'excavation caronculaire.

Ouvrage imprimé présenté. — Traité des fièvres intermittentes, et emploi thérapeutique des préparations arsenicales ; par M. Boudin. Un vol. in-8° de 329 pages, 1842. L'auteur, adoptant les idées de l'école italienne, considère les arsenicaux comme des remèdes hyposthénisans.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quentin, pharmacien à Paris : nos expériences nous ont répondu du succès.

che s'étend du centre à la circonférence, laissant après elle, à mesure qu'elle se retire, une très légère cicatrice. Cette forme de l'érythème s'observe le plus ordinairement à la face et surtout aux pommettes.

Une autre forme remarquable est celle qui a signalé l'épidémie de Paris en 1828 ; elle affectait spécialement les extrémités. La plante des pieds et la paume des mains étaient entourées d'une bande rouge érythémateuse qui donnait quelquefois lieu à un peu d'exhalation séreuse et l'épiderme de ces parties se détachait en lambeaux plus ou moins étendus.

L'érythème est ordinairement une affection peu grave et qui cède à la médication la plus simple. Lorsqu'il est local, partiel et accidentel comme dans l'intertrigo, il suffit, pour le dissiper, de quelques soins de propreté, de lotions émollientes, de topiques adoucissans, tels que l'huile et le cérat, de l'application de poudres absorbantes si l'exhalation est considérable. Lorsqu'il est général et aigu comme, par exemple, dans la variété connue sous le nom d'erythema *nodosum*, il faut avoir recours au traitement antiphlogistique. La saignée, un régime sévère, les boissons délayantes, quelques bains tièdes, quelques laxatifs, tels sont les moyens propres à le combattre. Lorsqu'il est constitutionnel et qu'il tend à passer à l'état chronique, il faut employer à l'intérieur les acides minéraux, de légers toniques, les laxatifs répétés, etc. A l'extérieur on emploie les bains tièdes légèrement aromatiques, les bains alcalins, les bains sulfureux. Enfin, si l'érythème est symptomatique, il ne réclame aucun soin particulier et disparaît ordinairement avec la maladie à l'existence de laquelle il est lié ; c'est donc sur celle-ci que doit se porter toute l'attention du médecin.

HOPITAUX ITALIENS.

Deux cas remarquables d'affection dermique; par M. GUELANDI.

(Extrait des Actes de l'Académie des sciences de Bologne, t. IV, 1840.)

Premier fait. — Un homme âgé de 37 ans, robuste, tempérament sain, né de parens également sains, avait joui d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque, habitant une côte maritime, il fut pris de fièvre intermittente quotidienne qui dura pendant un an, et qui disparut enfin sous l'influence de la décoction de gentiane. Après cette guérison, il s'est livré à une vie d'excès, aux alcooliques, aux intempéries atmosphériques, etc., et il a continué ainsi pendant sept ans sans éprouver de maladie sérieuse, lorsqu'un jour, étant dans le coma de l'ivresse, il est resté pendant plusieurs heures couché sur le mur de la ville, dans le cœur de l'hiver; les passans l'ont éveillé, et il s'est senti comme glacé; son corps était mouillé de la tête aux pieds, par la neige qui s'était fondue dessus et dessous de lui, aux dépens de son *calorique*; il n'a pas éprouvé autre chose pour le moment; mais quelques mois plus tard il a vu apparaître à son front deux ou trois taches circulaires accompagnées de beaucoup de prurit. Ces taches ont disparu quelque temps après pour reparaître dans d'autres parties du corps, de sorte que dans l'espace de cinq ans, ses bras, son cou, sa poitrine, l'abdomen, le pubis et d'autres parties du corps s'en sont couvertes. Le malade a fait les remarques suivantes sur la naissance de ces taches. Au front, elles s'étaient déclarées sous la forme de phlyctènes de figure ronde, de largeur considérable, dix à douze millimètres (près d'un demi-pouce). Sur les membres elles étaient plus rapprochées et de couleur rouge obscur, sèches à leur centre, donnant une humeur rougeâtre. Dans l'espace de quinze jours environ, elles formaient de petites pellicules sèches qui tombaient et se reproduisaient, lesquelles donnaient lieu à un prurit tellement tourmentant, que le malade s'écorchait la peau avec les ongles, surtout sur les lieux couverts de poils. La peau ainsi écorchée laissait écouler une grande quantité d'humeur rougeâtre ; et le mal empirait de jour en jour. Lorsqu'il a envahi les régions couvertes de poils, le front s'en est débarrassé peu à peu, et cela dans la première année. Dans la seconde, ce sont le cou et les bras qui en ont été atteints. Dans la troisième, les papilles se sont hypertrophiées, les phlyctènes se sont gonflées davantage, et les squammes sont devenues plus saillantes; elles laissaient échapper une humeur diaphane jaunâtre, cependant la couleur de la peau dénudée n'était pas altérée. Malgré toutes les douleurs atroces que le malade éprouvait jour et nuit, il n'avait jamais voulu consentir à se faire traiter : il espérait que la nature le débarrasserait d'elle-même, comme elle l'avait déjà fait de l'éruption au front. Le mal approchait ainsi de sa quatrième année ; il avait disparu, il est vrai, du front et de la tête, mais les disques impétigineux qui couvraient sordidement la poitrine, l'abdomen et le cou, bien qu'ils n'eussent pas augmenté en étendue, étaient devenus plus durs, plus épais, et laissaient échapper une plus grande quantité non plus d'une humeur diaphane et jaunâtre, mais d'un véritable ichor foncé, visqueux, dense, fétide, qui, en touchant la peau saine, produisait de nouvelles papules ou phlyctènes, lesquelles produisaient à leur tour des croûtes solides et dures.

Les choses marchant ainsi de mal en pis, la santé générale déclinait incessamment, la maigreur était extrême. Le malade a consenti à se faire traiter chez lui d'abord, mais il n'en a retiré aucun avantage; alors il s'est fait recevoir à l'hôpital de Bologne, où il existe un service spécial pour les maladies de la peau.

A l'examen, on trouve un homme d'une maigreur extrême, les yeux creux, la face gonflée et de couleur plombée qui se répandait uniformément dans tout le reste du corps; le tronc offre une large bande de croûtes humides, de couleur rosée, laissant échapper une humeur sordide et extrêmement fétide. Le cou, les bras offrent çà et là de ces aires circulaires, précédemment décrites, composées de papilles menues et qui se résolvaient en squammes furfuracées. A la vue de ces phénomènes, on aurait dit que le malheureux était affecté de deux exanthèmes différens. Dans l'espace de trois jours, les grandes croûtes sont tombées, la peau sous-jacente dénudée a paru d'un beau rouge pourpré, le réticule malpighien était à découvert ; on y voyait une multitude de petits trous qui laissaient échapper un ichor fétide et visqueux ; ce liquide irritait la peau saine et produisait des croûtes qui tombaient, comme nous venons de le dire.

Diagnostic : herpès circulaire idiopathique.

Traitement local ordinaire.

Traitement constitutionnel ; tisanes sudorifiques, vin stibié de Huxham, bains tièdes, soufre, onguent citrin.

Vingt-cinq jours après ce traitement le prurit a commencé à diminuer, les croûtes à disparaître peu à peu, après s'être converties en squammes furfuracées.

Le cinquantième jour, guérison complète. Le malade a quitté l'hôpital dans un état de santé parfaite. Deux années après, cependant, le mal a récidivé, mais avec moins d'intensité.

Deuxième cas. — Une jeune personne âgée de quinze ans, née de parens scrofuleux et vérolés, avait eu la petite-vérole à l'âge de sept ans. L'année suivante elle a eu la rougeole, laquelle lui a laissé sous les aisselles et à la partie externe du bras, une éruption pustuleuse. Cette éruption ayant été négligée, s'est étendue dans la largeur de deux pouces, et a intéressé le derme assez profondément pour former une large cicatrice qui est encore visible aujourd'hui. Peu à peu ces pustules ont disparu au bout de trois ans, et la malade a guéri ; mais plus tard elles ont repullulé à la partie externe de la cuisse droite et à la fesse gauche; elles se sont crevées, ont donné une humeur visqueuse et jaunâtre, les croûtes se sont réunies ensemble et ont formé une plaque uniforme. Tel était l'état de la malade lorsqu'elle est entrée à l'hôpital (août 1834).

Les croûtes étaient très dures, de couleur variée, de forme ovale, de la largeur de 137 millimètres (15 pouces), très sensibles au toucher, s'élevant de 13 millimètres environ (demi-pouce) au-dessus du niveau de la peau, entourées d'une sorte de zone violâcée, laissant échapper çà et là une humeur jaunâtre, d'une fétidité extraordinaire ; la peau sous-jacente était altérée, gonflée, inégale, rougeâtre et comme trouée, ce qui dépendait de la dégénérescence du réticule de Malpighi. Ces conditions ont fait attribuer une double origine à la maladie, l'une scrofuleuse, l'autre syphilitique, mélange fâcheux qui rend l'affection d'une ténacité extraordinaire, et quelquefois même incurable. Traitement *ut suprà* ; guérie en trois mois. L'affection a également récidivé chez cette malade.

— « On serait bien embarrassé, dit l'auteur, si l'on voulait classer ces deux cas d'après la nomenclature de la plupart des écrivains sur cette matière, car la forme de l'éruption a offert des changemens dans ses différentes phases ; de sorte qu'elle aurait pu recevoir un nom à une époque, et un autre nom à une autre époque. Le premier exanthème serait en effet, pendant les trois premières années, un *porrigo*, ordre *impetigines* selon Frank. Willan l'aurait classé dans son ordre cinquième ; savoir: dans les pustules, genre impétigines furfuracées, ou même herpès circulaire. Chiarugi l'appellerait une impétigo furfuracé ou porrigineux, ordre premier des efflorescences papillaires. Suivant Plenk, ce serait un herpès serpentin ou *serpigo*, classe cinquième des *papulæ* ; et d'après Sauvages, un herpès simple, ou dartre farineuse appartenant à l'ordre des efflorescences ; tandis qu'à la quatrième et à la cinquième année, suivant Willan ce serait une lèpre squammeuse, suivant Plenk une croûte lépreuse. »

Suit une longue discussion sur le peu de consistance des données qui ont servi de base aux différentes classifications établies par les auteurs concernant un grand nombre d'affections dermiques ; puis viennent des détails sur la difficulté de caractériser l'affection chez la seconde malade dans les différentes périodes de sa marche ; l'auteur pense cependant qu'on pourrait la nommer *ecthyma cachecticum deuteropaticum*, ou mieux encore *herpès phagédénique*, vu sa nature corrosive.

Quant à la partie thérapeutique, l'auteur avoue son impuissance ; « Nous sommes très habiles, très savans, dit il, quand il s'agit de prononcer de grands mots, des mots ronflans, latins ou grecs, pour indiquer une foule de maladies de la peau; mais quand nous arrivons au traitement, nous ne trouvons que des lieux-communs, des indications banales, souvent impuissantes, et presque les mêmes pour tous. Nous n'avons pas, en vérité, de quoi être fiers sous ce rapport. »

Rapport fait par M. Velpeau à l'Académie de médecine, sur un mémoire sur l'amputation sus-malléolaire; Par MM. ARNAL et MARTIN. (Séance du 12 octobre 1841.)

(Suite et fin du numéro 126.)

§ III. *Appréciation.*

Reprenons actuellement chacune des propositions précédentes, et tâchons d'en déterminer la valeur; peut-être arriverons-nous de la sorte à montrer les avantages et les inconvéniens réels de l'amputation au tiers inférieur de la jambe.

1° *Facilité d'exécution.* — Pris d'une manière absolue, le manuel de l'amputation sus-malléolaire est peut-être, en effet, un peu plus facile et un peu plus prompt que celui de l'amputation au lieu d'élection. Il est juste d'ajouter, toutefois, que, sous ce point de vue, la différence n'est pas aussi manifeste que semblent le croire MM. Arnal et Martin. Dans les deux cas, il faut diviser, puis disséquer la peau, passer ensuite à la section des muscles et des tendons, dégarnir les espaces interosseux et scier les os, puis procéder à la ligature des vaisseaux. Or, il est certain que la section des tendons qui garnissent les fosses interosseuses en bas est plus difficile, plus délicate que la division des chairs qui correspondent au lieu d'élection. Ce n'est donc pas sous ce rapport que l'amputation sus-malléolaire mérite de grands éloges.

2° *Douleur.* — Il en est de même eu égard aux douleurs que peut éprouver le malade. Ajoutons que les ébranlemens du système nerveux, les spasmes, le tétanos, le collapsus général que MM. Arnal et Martin donnent comme cortége de l'amputation de la jambe au lieu d'élection, ne se voient presque jamais de nos jours, quand l'opération est pratiquée selon les bons principes de la chirurgie. Il n'en est pas moins vrai que l'amputation au tiers inférieur y expose moins que la méthode ancienne.

3° *Gangrène du lambeau.* — Ici nous serons obligés d'entrer dans quelques détails. D'une part, les auteurs du mémoire regardent comme très fréquente la gangrène des tégumens vis-à-vis de l'angle saillant du tibia quand on ampute près du genou. Or, il est démontré que cet accident est au contraire fort rare alors, et que, selon toute apparence, ils les confondent avec une simple ulcération que des précautions bien connues de tous les praticiens préviennent à peu près constamment aujourd'hui. D'un autre côté, ces messieurs admettent comme rare la gangrène des tégumens après l'amputation sus-malléolaire. Sans prétendre qu'elle soit plus fréquente ici que dans l'autre cas, il est pourtant vrai de dire qu'elle y a été plusieurs fois observée, à tel point qu'un de nos confrères les plus distingués, M. Lenoir, a imaginé un procédé et publié un mémoire ayant pour but de mettre à l'abri de cet accident. Sur dix cas d'amputation au tiers inférieur pratiquée par votre rapporteur, des apparences de gangrène se sont manifestées trois fois, et voici dans quelles circonstances : ce fut, pour le premier malade, en 1835 ; l'amputation eut lieu sur-le-champ par suite d'un écrasement total du pied ; la manchette cutanée se mortifia sur quelques points de son contour dans l'étendue d'un demi-centimètre, et n'entrava d'ailleurs nullement les suites de l'opération. Comme ce genre de gangrène est très ordinaire dans les amputations immédiates nécessitées par une violence extérieure, on ne peut véritablement rien en conclure contre le lieu où l'opération fut pratiquée. Chez le second malade, la gangrène, qui n'apparut que le douzième jour, débuta par les parties profondes, s'étendit progressivement du centre à la circonférence et de la jambe à la cuisse, de manière à produire la mort du sujet. Ici la gangrène avait été provoquée par une oblitération très étendue des veines et par une infection purulente générale, d'où il suit qu'un pareil accident ne paraît pas avoir plus de rapport avec l'amputation au tiers inférieur qu'avec celle qui se pratique au voisinage du genou. Dans le troisième cas, enfin, il s'agit d'un vieillard dont les tégumens étaient extrêmement minces et flasques, et chez lequel il fallut tamponner fortement la plaie pour remédier à une hémorrhagie le lendemain de l'opération. Encore est-il que l'eschare se limita à la partie antérieure de la manchette tégumentaire. Nous n'avons par conséquent rien vu, soit dans notre pratique personnelle, soit dans les faits publiés par d'autres chirurgiens, qui autorise à dire que la gangrène soit plus à craindre ou moins à craindre après l'une qu'après l'autre des deux principales amputations de la jambe.

4° *Hémorrhagie.* — Nous ne croyons pas non plus que l'hémorrhagie soit beaucoup plus redoutable dans l'amputation au lieu d'élection que dans l'amputation sus-malléolaire, comme le prétendent MM. Arnal et Martin. S'il fallait juger d'après les quelques faits que nous possédons, nous dirions même que c'est l'inverse, puisque nous l'avons observée deux fois sur dix opérations, tandis que nous ne l'avons pas rencontrée une fois sur vingt par la méthode ordinaire ; mais il nous semble évident que c'est là un cas tout à fait fortuit, et que d'ailleurs ce n'est pas l'hémorrhagie qui effraie maintenant les chirurgiens à la suite des amputations en général.

5° *Fièvre traumatique.* — Bien que l'amputation de la jambe près du genou ne soit pas ordinairement suivie d'une réaction bien vive, il est cependant certain qu'elle en détermine quelquefois, et que l'amputation au tiers inférieur en produit généralement très peu.

6° *Inflammation.* — Nous ne pouvons pas admettre avec les auteurs du mémoire que l'amputation sus-malléolaire expose moins aux inflammations, aux suppurations, aux étranglemens du moignon, que l'amputation au tiers supérieur. Nous avons constaté, au contraire, la production de quelques-uns de ces accidens sur quatre de nos opérés ; mais il est juste d'ajouter que l'art en triomphe presque toujours sans difficulté, et qu'ils compromettent rarement la vie des malades.

7° *Cicatrisation.* — Nul doute que la guérison ne soit ici plus prompte que par la méthode ordinaire. La plaie d'un de nos malades était réunie et complétement fermée le dix-septième jour. La cicatrice fut complète le vingt troisième chez un autre, et le vingt-huitième dans un troisième cas. Lorsque l'extrémité des os ne se nécrose point, et que rien n'oblige à écarter les lèvres de la plaie, on peut réellement compter sur une cicatrisation complète dans l'espace de vingt à trente jours après cette amputation, espace de temps qui est ici la règle et qui ne serait que l'exception dans l'amputation ordinaire.

8° *Pourriture d'hôpital.* — Il est clair que la plaie étant moins large et fermée plus tôt, est moins susceptible de se laisser envahir par la pourriture d'hôpital que celle qui succède à l'amputation auprès du genou ; mais c'est là une différence de trop peu de valeur pour mériter qu'on en tienne compte, quand on songe à la rareté de la gangrène nosocomiale dans nos établissemens publics actuels.

9° *Nécrose, conicité du moignon.* — La conicité du moignon n'est point un accident commun aujourd'hui après l'amputation de la jambe par la méthode ordinaire. Quand même la méthode nouvelle y exposerait encore moins, ce ne serait donc pas là un avantage bien important à invoquer en sa faveur. En est-il de même de la nécrose de l'extrémite des os? S'il est vrai que cette nécrose s'observe fréquemment au lieu d'élection, il l'est aussi qu'elle n'est pas très rare au tiers inférieur. Nous l'avons observée ici quatre fois sur dix.

On ne comprend pas d'ailleurs pourquoi cette nécrose aurait plutôt lieu dans un cas que dans l'autre, car il saute aux yeux que la cause qui la détermine est exactement la même dans les deux cas. L'exfoliation s'en fait assez rapidement, au surplus, pour que la cure n'en soit pas notablement retardée, pour qu'il n'y ait pas lieu de s'en tourmenter beaucoup.

10° *Phlébite, infection purulente.* — Sans croire, avec nos auteurs, que cela tient à la largeur des canaux osseux, à la disposition ou au volume des veines, nous n'en regardons pas moins comme positivement établi que l'infection purulente et la phlébite sont infiniment plus rares après l'amputation sus-malléolaire que par suite de l'amputation au tiers supérieur. Nous ne l'avons observée qu'une seule fois sur dix, et encore se montra-t-elle, chez notre malade, avec des caractères tout particuliers.

MM. Arnal et Martin nient à tort, selon nous, que la dénudation, la mortification des tendons, les fusées purulentes soient un effet assez fréquent de l'amputation au tiers inférieur ; mais ils ont raison de soutenir que, par la suite, le moignon résiste aussi bien à la fatigue, qu'il n'est pas plus sujet aux inflammations, à la nécrose, à la gangrène, que l'extrémité de ses nerfs n'y est pas plus comprimée, n'y fait pas naître plus souvent les douleurs sympathiques que dans le moignon par l'amputation à la méthode ancienne, comme quelques praticiens, notre honorable collègue, M. Larrey, entre autres, ont semblé le craindre.

Quant à dire que cette amputation expose moins que l'ancienne à la pléthore, aux congestions sanguines consécutives, nous ne pensons pas que cela ait une grande valeur, attendu que ce n'est pas, en général, l'amputation de la jambe, qu'elle qu'elle soit, qui inspire des craintes relativement à ces exubérances de la vie.

Cette revue analytique des assertions de MM. Arnal et Martin, qui ne sont, au demeurant, que celles des auteurs qui les ont précédés, montre déjà qu'ils n'ont pu se défendre d'une certaine exagération dans l'ex-

position de leurs doctrines. Nous craignons que leur statistique relative aux faits ne soit empreinte du même défaut. N'ayant point pratiqué eux-memes l'opération qu'ils cherchent à faire prévaloir, ils ont dû s'en tenir aux faits que divers chirurgiens leur ont communiqués. Or, de ces quatre-vingt-dix-sept faits empruntés à MM. Blandin, Roux, Breschet, Cloquet, Goyrand, Lisfranc, Gerdy, Jobert, Michon, Robert, Monod, Seutin, Laugier, Sanson, Lenoir, Larrey, Boyer, Lefranc, Grateau, Dubourg, Vigier, Laureau, Serre, Hello, Hache, Passaguay. Mourcet, Plantécoste, Michaud et à votre rapporteur, il en est une foule dont les détails ne sont pas donnés, et tout indique, d'abord, qu'il en existe d'autres, ensuite que si les cas de succès sont tous connus, il n'en est pas de même des cas opposés. Prenant des informations directes près de plusieurs de nos collègues, nous nous sommes d'ailleurs assurés que la proportion des morts avait été plus forte que ne l'ont contaté MM. Arnal et Martin. Au lieu d'un sur dix, notre statistique d'après les faits connus, porterait la mortalité à un sur sept. Il n'en est pas moins vrai qu'une grande différence existe encore sous ce rapport entre l'amputation ancienne et l'amputation nouvelle. Voici, au surplus, d'après nous, les avantages et les inconvéniens véritables de l'amputation au tiers inférieur.

Comme inconvéniens, elle offre quelques difficultés spéciales pour dégarnir les fosses et l'espace interosseux, pour relever la coupe des tégumens. L'angioleucite, l'inflammation phlegmoneuse, la suppuration des toiles synoviales, des interstices musculaires, la mortification de que ues bouts de tendons n'y sont pas très rares, outre que la nécrose de l'extrémité des os sciés, et la plupart des autres accidens locaux lui appartiennent, quoiqu'à un plus faible degré, comme dans l'opération ancienne. Après la guérison, si le moignon ne pouvait pas conserver ou prendre la position droite, il serait une cause perpétuelle de gêne, de fatigue et même de douleurs. S'il devait porter, par son sommet, sur le membre artificiel, la station et la progression, en fatiguant la cicatrice qui ne tarderait pas à s'écorcher, deviendrait bientôt douloureuse ou impossible. Si la rétraction des tendons du jarret entraîne le moignon en arrière, comme il est arrivé à un malade de ma connaissance, il en résulte une difficulté très grande pour l'application de la jambe artificielle, tandis que ce serait plutôt un bien quand la jambe de bois doit porter contre le genou, comme à la suite de l'amputation ordinaire. Toutefois, il faut ajouter que par la ténotomie on remédierait sans peine à cette flexion du moignon, qu'habituellement les jambes artificielles ne servent pas alors de point d'appui au moignon, que les inflammations dont il est quelquefois le siége sont rarement graves, et que les difficultés du manuel opératoire ne sont point insurmontables.

Les *avantages réels* de cette amputation sont, au total, de deux ordres; elle compromet sensiblement moins la vie des malades, elle permet une guérison plus prompte, et amène moins de perturbation dans la santé générale. D'un autre côté, avec une jambe artificielle bien faite, elle conserve les fonctions de l'articulation du genou, qui sont nécesairement sacrifiées par l'amputation ancienne, et elle permet de masquer ou de dissimuler à-peu-près complètement la difformité. Expliquons-nous sur cette dernière assertion. Lorsque la jambe de bois reçoit directement le genou, le membre ne conserve plus de mouvement que dans l'articulation coxo-fémorale. Les malades ne marchent alors qu'en fauchant, et ne peuvent plier la jambe, ni pour s'asseoir, ni pour monter et descendre les escaliers; mais ils ont une jambe simple, solide, aisée à fabriquer, et qui leur parmet d'appuyer dessus longtemps et avec force. Lorsque l'amputation a été faite au tiers inférieur et que l'on veut conserver les mouvemens du genou, il faut une machine beaucoup plus compliquée, si l'on veut qu'elle soit d'un usage facile. Toutes les bottines qui se bornent emboîter le moignon, ont été et doivent être rejetées. C'est à elles que s'adressent tous les reproches mentionnés par les chirurgiens du dernier siècle et des trente premières années de celui-ci. Il est vrai cependant que, même sans conserver les mouvemens du genou, l'amputation sus-malléolaire étant moins dangereuse que l'autre, mériterait peut-être encore la préférence. Relevé dans la flexion à angle très aigu, le moignon bien emboîté du côté du genou finirait, je crois, par peu gêner les jambes malades. Si la machine prend au contraire son point d'appui, à la fois sur le haut de la jambe, sur l'ischion ou sur la hanche, comme on le voit dans les jambes artificielles de MM. Mille, Martin, Bien-Aimé, Charrière et Sanson, on peut, à l'aide de ressorts bien combinés, conserver la flexion et l'extension de la jambe, mettre les malades à même de cacher aux yeux du monde leur triste mutilation. Nous avons vu et nous voyons encore souvent quelques-uns de nos malades possesseurs de ces machines, marcher avec une grande liberté, se livrer à toutes les occupations du ménage; courir, danser même de manière à en imposer sans peine aux personnes qui ne seraient pas prévenues du genre de mutilation qu'elles ont subie.

Il est cependant vrai qu'avec ces sortes de jambes artificielles, la station et la progression sont moins fermes, moins solides, entraînent plus rapidement la fatigue et ne pourraient pas être continuées aussi long-temps sans interruption qu'avec l'ancienne jambe de bois. Ajoutons que pour être véritablement utiles, elles ont besoin d'être soigneusement fabriquées, et que leurs complications, le soin qu'elles exigent, les rend d'un prix en général trop élevé. En effet, cent francs, le moins que puissent exiger les fabricans pour les pauvres, sont encore trop pour que l'administration des hôpitaux n'y regarde pas à deux fois lorsqu'on lui en fait la demande. Puis, quand il s'agit de malades opérés en province, les chirurgiens n'ont pas sous la main ou la machine bien confectionnée ou des mécaniciens capables d'en construire de convenables. Enfin, quand quelque chose se dérange dans une jambe aussi complexe, et qu'on est loin de Paris ou de l'ouvrier qui l'a vendue, c'est encore un embarras pour la plupart des amputés. De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'amputation de la jambe au tiers inférieur est notablement moins dangereuse que l'amputation au lieu d'élection;

2° Qu'avec cette amputation il est possible de procurer au malade des moyens prothétiques qui conservent les fonctions du genou et qui masquent preque complètent la difformité;

3° Que la jambe artificielle qui remplit le mieux jusqu'ici toutes les indications en pareil cas, est celle qu'a imaginée et que fabrique M. F. Martin;

4° Qu'avec cette jambe les personnes qui habitent dans les grandes villes ou qui vivent dans l'aisance et sans fatigue, pourront se livrer à toutes les occupations relatives aux besoins ordinaires de la vie sociale;

5° Que, pour les ouvriers livrés à des travaux pénibles, les paysans, les habitans de la campagne en général, pour les pauvres surtout et pour toutes les personnes qui ne sont pas à portée de recourir à un bon mécanicien, c'est encore une question de savoir si l'amputation sus-malléolaire doit être préférée à l'amputation au lieu d'élection;

6° Que, trouver une mécanique sensiblement moins complique, d'un prix moins élevé, et qui pût être fabriqué partout, serait rendre un véritable service à l'humanité.

A tous ces titres nous pensons que des remerciemens doivent être adressés à MM. Arnal et Martin, et qu'il convient de renvoyer leur important mémoire au comité de publication.

Ces conclusions sont, d'ailleurs, conformes de tout point à ce que j'ai établi sur ce sujet, en 1832 et en 1839, dans ma *Médecine opératoire*, 2e édit., Paris, 1839, t. II, pag. 503.

Application de l'alun au traitement des rétrécissemens urétraux.

D'après M. le docteur Jobert, l'emploi de l'alun dans les cas de rétrécissemens aurait de grands avantages sur les autres moyens qui ont été préconisés jusqu'ici; en même temps qu'il hâterait de beaucoup la guérison en permettant de se servir plus promptement de bougies plus volumineuses, il exercerait une action locale avantageuse en tonifiant et dégageant les tissus, sans avoir l'inconvénient de cautériser et de donner lieu à la formation de cicatrices, comme le fait le nitrate d'argent. Voici, d'ailleurs, de quelle manière on doit procéder à son application dans les cas de cette nature.

On prend une bougie dont l'extrémité est d'autant plus fine que le rétrécissement que l'on a à combattre est plus considérable; et après en avoir placé un instant le bout dans la flamme d'une bougie pour en liquéfier légèrement la cire, on la plonge dans de la poudre d'alun qui adhère à toute la surface ramollie par la chaleur, puis on lui redonne avec les doigts la forme arrondie et pointue dont elle a besoin pour être introduite dans l'urètre. La portion recouverte par l'alun a une étendue de 4 à 6 millimètres; c'est celle qu'il faut faire pénétrer au milieu du rétrécissement, où on la laisse séjourner de vingt minutes à une heure, suivant la période plus ou moins avancée du traitement et le degré de sensibilité du sujet. Au bout de quelques minutes, une légère cuisson se fait sentir; mais il ne survient pas d'autre effet apparent. Lorsqu'on retire la bougie, il sort quelques gouttes de mucosité blanchâtre, et cet écoulement, au dire de M. Jobert, sert à dégager le canal, et permet souvent, dès le lendemain, de faire arriver dans la vessie des bougies d'un calibre assez fort.

Le même chirurgien recourt également, dans les cas de rétrécissement du rectum, à l'emploi de grosses bougies chargées d'alun comme il vient d'être indiqué. (*Bul. gén. de thérapeutique.*)

Emploi de l'électricité dans le traitement de l'intoxication par les opiacés.

M. le docteur Erichsne rapporte qu'une femme, qui voulait attenter à ses jours, prit d'un seul coup environ 30 grammes (une once) de laudanum On provoqua d'abord le vomissement, puis on la fit transporter à l'hôpital du collége de l'Université. Quatre heures après l'ingestion du liquide toxique, elle se trouvait dans un état d'insensibilité complète, qui résista à l'emploi d'une forte décoction de café administrée abondamment et avec addition d'une certaine proportion d'eau-de-vie et d'ammoniaque, et à l'action d'affusions d'eau froide pratiquées simultanément sur toute la tête. Après un laps de trois heures, cet état de torpeur paraissant faire des progrès plutôt que s'amender, on recourut à l'application de l'électricité; l'un des pôles d'un fort appareil électro-magnétique fut mis en contact avec le front de la malade, et l'autre fut placé sur le point correspondant à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Quelques chocs avaient à peine été éprouvés, que déjà l'état comateux parut commencer à céder; la malade voulut écarter les fils conducteurs, et, après une demi-heure de l'emploi de cette médication, la connaissance lui était entièrement revenue. Le système nerveux et l'appareil digestif présentèrent ensuite divers accidens que l'on observe ordinairement à la suite de l'empoisonnement par les opiacés; mais la guérison n'en fut pas moins obtenue complétement, et la malade ne tarda pas à pouvoir quitter l'hôpital.

D'après M. Erichsne, un autre fait, en tout semblable à celui dont il vient d'être question, aurait été observé il y a peu de temps dans le même établissement, et l'on aurait retiré le même avantage de l'application de l'électricité, après avoir auparavant employé vainement toutes les autres médications qui sont conseillées dans les cas de ce genre. (*The London medical Gazette.*)

De l'emploi du tabac dans le traitement de certaines asphyxies.

Suivant M. le docteur Ashenheim, l'abandon que l'on a fait à Londres, à Paris, à Hambourg, des fumigations de tabac dans le traitement de l'asphyxie devrait être rapporté à des idées théoriques plutôt qu'à des idées résultant de la pratique et de l'observation. D'après des expériences qui lui sont propres, et des faits recueillis à Amsterdam où ces fumigations sont encore comptées au nombre des moyens les plus énergiques et les mieux indiqués dans les cas de ce genre, il avance qu'elles répandent au-dedans du corps une douce chaleur qui convient parfaitement, et qu'elles constituent en réalité l'une des meilleures médications auxquelles on puisse recourir pour exciter et ranimer la calorification chez les sujets noyés.

(*The provincial med. and surgic. Journal.*)

Nouvelle application de l'introduction des médications par injection dans les veines.

Au mois de juillet 1838, un homme de trente-sept ans, chez lequel un gros morceau de viande s'était arrêté dans l'œsophage, réclama les soins de M. le docteur Balbach, pour le délivrer de cette incommodité. Ce praticien, ayant reconnu que le corps étranger était trop profondément situé pour qu'il fût possible d'en tenter l'extraction, chercha d'abord à plusieurs reprises, au moyen d'une sonde œsophagienne, à le pousser jusqu'au-delà du cardia; mais toutes ses tentatives restèrent infructueuses. Cependant, le malade se trouvant dans l'impossibilité absolue de rien avaler, même des liquides, M. Balbach, pour remédier à ce grave accident, conçut l'idée de provoquer le vomissement par l'injection d'un émétique dans les veines. Il posa donc une ligature sur le bras, comme pour la saignée; puis, après avoir mis à nu, par une incision, la veine médiane, il la souleva, passa au-dessous d'elle une sonde cannelée, et, à l'aide d'une lancette, il pratiqua aux parois du vaisseau une ouverture seulement suffisante pour permettre l'introduction de la canule d'une petite seringue à injection. Alors, le bras étant placé dans une position horizontale, il injecta la moitié d'un soluté de 3 décigrammes (6 grains) de tartre stibié dans 60 grammes (2 onces) d'eau; mais, cette première injection ne produisant pas l'effet attendu, le restant du soluté fut introduit de la même manière. Deux minutes s'étaient à peine écoulées depuis cette seconde injection que de violens vomissemens se manifestèrent et déterminèrent l'expulsion d'un morceau de viande tendineuse de 6 centimètres (2 pouces) de longueur, sur 12 millimètres (6 lignes) de largeur, et 3 centimètres (1 pouce) d'épaisseur. Dès ce moment la digestion devint facile, et la petite plaie se cicatrisa avec la même promptitude que celle qui est le résultat d'une saignée ordinaire. (*Bul. gén. de thérap.*)

— Une ordonnance de police concernant les confiseurs, épiciers et autres marchands, défend d'envelopper directement ou de couler des sucreries dans des papiers blancs lissés ou dans des papiers coloriés avec des substances minérales, le bleu de Prusse et l'outremer exceptés; de placer des bonbons dans des boîtes garnies à l'intérieur de papier colorié par des substances minérales et de les recouvrir de découpures faites avec ces mêmes papiers, et de faire entrer aucune préparation fulminante dans la composition de leurs enveloppes. Enfin, cette même ordonnance défend de se servir de fils métalliques comme supports de fruits artificiels. Ces supports devront être en baleine, en paille ou en bois.

L'*Almanach prophétique* pour 1842 (deuxième année) vient de paraître. Les améliorations qu'il a subies, le choix des articles, parmi lesquels nous avons remarqué l'Hygiène du docteur de Boismont, l'Histoire de la musique, par M. A. de Pontécoulant, la Marquise de Brinvilliers, par M. E. Bareste, et les 100 charmantes vignettes dont il est illustré, promettent à cet Almanach un succès encore plus grand que celui qu'il a obtenu l'année dernière. Nous le recommandons particulièrement à nos lecteurs.

En appelant l'attention de nos confrères sur le Papier Fayard et Blayn, nous faisons remarquer que cet excellent topique est toujours fermé dans des rouleaux de carton vert dont l'étiquette rose porte les signatures Fayard et Blayn. Tout papier présenté sous une autre forme et sans les signatures doit être refusé.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 28 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 130, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. HOURMANN.

Du tamponnement du vagin et du col de l'utérus comme méthode de traitement des écoulemens utéro-vaginaux; par M. DAGRON, interne.

Il y a plus d'un an déjà, M. Hourmann publia dans l'un des numéros du Journal des Connaissances médico-chirurgicales, un mémoire dans lequel sont relatées de nombreuses observations, tendant à montrer combien souvent est utile le tamponnement du vagin et du col de l'utérus dans le traitement des écoulemens utéro-vaginaux, quelle qu'en soit la nature.

Depuis lors, ses recherches sur ce point ont continué, et aujourd'hui, les circonstances m'ayant amené à être témoin de nouveaux faits qui, dans une maison fermée au public, eussent pu passer inaperçus, j'ai cru, dans l'intérêt de la pratique, en devoir livrer quelques-uns à la publicité.

1° *Ecoulement du col et du vagin datant de plus de cinq mois, survenu à la suite des lochies.*

Au n° 3 de la salle Saint-Louis est couchée une femme (Sophie J..., cuisinière, âgée de trente-quatre ans), entrée dans le service le 28 août 1841, pour y être traitée d'un écoulement datant de plus de cinq mois.

D'une constitution forte, cette malade qui, dit-elle, n'a jamais été infectée, est accouchée au mois d'avril dernier de deux jumeaux : la couche a été heureuse; aux lochies a seulement succédé un écoulement abondant tachant le linge en vert jaunâtre.

Tout a été employé en ville pour remédier à cet accident, et ce n'est qu'après avoir mis en usage tous les moyens indiqués en pareille circonstance, qu'elle s'est vue forcée de quitter sa place pour entrer à Lourcine.

A son entrée, le vagin est rouge, enflammé; une mucosité abondante s'en écoule; l'introduction du spéculum est douloureuse, quelques précautions que l'on prenne. Des bains de siége sont prescrits; vingt sangsues sont appliquées à l'anus pour diminuer l'état inflammatoire. Le surlendemain, la malade souffre moins; l'écoulement, des plus abondans, forme sur le linge des taches jaunâtres laissant au linge sa souplesse, et dont les limites sont tranchées, taches qui se remarquent plus sur la partie postérieure de la chemise que sur l'antérieure.

Examinée au spéculum, elle offre un col présentant sur la lèvre postérieure quelques rougeurs qui semblent se prolonger dans l'orifice; de cet orifice s'écoule en bavant une humeur visqueuse, abondante, opaque, présentant une couleur jaunâtre, et marquant par le papier de curcuma une alcalinité flagrante, alcalinité que l'on retrouve dans les matières provenant du vagin.

Des injections de feuilles de noyer lui sont d'abord prescrites; sous l'influence de cette médication, aucun changement notable n'est survenu dans l'état des parties, et jusqu'au 25 septembre, malgré la régularité dans les pansemens pratiqués par l'interne lui-même, l'écoulement n'a point diminué d'abondance.

C'est alors que M. Hourmann, chargé du service, a pratiqué le tamponnement du col utérin et du vagin avec *le coton sec sans injections préalables*, regardant ces injections comme propres seulement à perpétuer l'humidité des parties qu'il s'agit de combattre ici. A partir de cette époque, tout a changé de face. Le tampon du col introduit comme nous le dirons plus tard, est, après cinq ou six séances, à peine humecté; l'écoulement a presque cessé. Enfin, après neuf pansemens, la malade déclare qu'elle est guérie; mais comme elle est sous l'imminence de ses règles, on la garde pour la surveiller, dans la crainte que la fluxion sanguine qui va s'établir ne rappelle l'écoulement. Les règles ont lieu comme d'habitude (cette femme voit en grande abondance), et trois jours après qu'elles ont cessé, le col est trouvé sain; il n'y a plus d'écoulement même transparent; la rougeur de la lèvre postérieure est à peine marquée. La malade est donc sortie guérie le 12 octobre 1841, après un tamponnement du col pratiqué pendant neuf jours.

Remarquons, en terminant, que ces écoulemens du col qui ont succédé aux lochies sont ordinairement les plus tenaces, et ceux contre lesquels l'art vient le plus souvent échouer.

2° *Vaginite intense, suite de rapports sexuels. Cinq mois de durée.*

Au n° 32 de la même salle se trouve une femme (Augustine Auj..., couturière, âgée de dix-neuf ans), entrée le 26 septembre de la même année, après cinq mois de traitement en ville.

L'affection dont elle a été atteinte à la suite de rapports sexuels s'est manifestée d'abord par l'apparition d'un écoulement assez abondant pour que la malade le comparât pour sa quantité au flux des règles.

Cet écoulement subsistant toujours, il est survenu chez elle des chancres et quelques pustules syphilitiques; les chancres ont disparu par la cautérisation; les bains ont amélioré l'état de la peau; la malade ne présente, en effet, aujourd'hui aucune trace d'éruption. On a voulu lui administrer, dit-elle, la liqueur de Van-Swiéten; mais elle n'a pu la supporter. Elle est entrée dans le service pour y être traitée de cet écoulement qui seul de tous les symptômes a subsisté.

Le 27, à la visite, les parois du vagin sont couvertes d'un mucus purulent jaunâtre; la malade souffre peu, sinon dans les marches forcées. Son linge est couvert de taches nombreuses de couleur jaune verdâtre; le col ne présente pas chez elle d'écoulement; il n'y a que quelques rougeurs dues peut-être à sa macération dans ces matières.

Chez cette malade, le tamponnement du vagin a été pratiqué avec exactitude deux fois par jour : sous son influence, l'écoulement a rapidement diminué. Disons toutefois ici que, pour en hâter la terminaison, les tampons, dans les derniers jours, ont été saupoudrés avec de l'alun.

Enfin, le 18 octobre, après un tamponnement de moins de trois semaines, la malade a été délivrée d'un écoulement vaginal des plus intenses, écoulement qui datait déjà de plus de cinq mois et contre lequel avaient échoué toutes les injections pratiquées en ville. Elle est, en effet, sortie à cette époque, ne tachant plus son linge, ne présentant plus de mucosités sur le tampon ni sur les parois du vagin.

3° *Vaginite intense. Trois mois de durée.*

M.... Désirée, piqueuse de bottines, âgée de vingt-trois ans, malade pour la première fois, s'est aperçue, à la suite du coït, d'un écoulement abondant pour lequel elle est entrée à Saint-Louis. Là, elle a été traitée, par la cautérisation, d'ulcérations du col, et est bientôt sortie de l'hospice, l'écoulement étant, dit-elle, toujours aussi abondant que lors de son entrée; enfin elle s'est décidée à venir à Lourcine, le 20 septembre 1841.

M...., est d'une constitution délicate et nerveuse, d'apparence chlorotique, fort irrégulièrement menstruée, et, depuis long-temps, affectée d'une leucorrée chronique et habituelle. A la visite du 24, nous trouvons son linge taché par endroits de plaques jaunâtres assez étendues, ayant leur siége indifféremment sur les parties antérieures ou postérieures de la chemise. L'inspection de la vulve et du col décèle une muqueuse vaginale rouge et qui sécrète en abondance un fluide jaunâtre, puriforme, alcalin; le col est sain et participe seulement par sa surface à la rougeur du vagin; il présente en outre un écoulement par son orifice.

La malade est soumise au tamponnement, et le pansement, vu l'abondance de la sécrétion, est renouvelé deux fois par jour, comme chez la malade précédente : les tampons ont, en outre, été saupoudrés avec de l'alun.

Enfin, le 8 octobre, après un traitement de trois semaines à peu près, on a pu lui accorder sa sortie. Elle n'offre plus, en effet, à cette époque d'écoulement vaginal sensible, c'est à peine si l'extrémité du tampon, laissé à demeure, offre quelques traces de mucosités. Le col est sain, la rougeur qui s'y remarquait a disparu, et l'on ne trouve plus qu'un léger suintement transparent ayant lieu par le col, suintement lié évidemment à la constitution de cette femme, et qui n'exige plus aucun traitement.

4° *Vaginite intense. Six semaines de durée.*

Lach...., passementière, âgée de dix-huit ans, malade pour la première fois, est accouchée il y a deux mois à la Maternité; elle en est sortie avec un écoulement qu'elle attribue aux manœuvres faites par l'accoucheur.

Quoi qu'il en soit, elle est entrée à Lourcine le 28 août 1841, où elle a été placée au n° 24 de la salle Saint-Louis.

A cette époque, elle offre un écoulement abondant, tachant le linge en vert jaunâtre; les parties externes de la génération, les grandes, les petites lèvres, l'entrée du vagin sont le siége d'une rougeur intense, une mucosité jaunâtre et visqueuse s'en écoule et s'étend en filamens glaireux quand on les écarte.

Des émolliens ont d'abord été employés; la vulvite, sous leur emploi, a bien diminué, mais il est resté un écoulement jaunâtre, encore des plus abondans après trois semaines de traitement. C'est alors seulement que le tamponnement du vagin, pratiqué pendant quelques jours, a amené une amélioration notable, assez même pour permettre à cette femme de sortir pour vaquer à ses affaires.

Depuis le 1er octobre, elle n'est pas rentrée, ce qui nous porte à croire que la guérison ne s'est pas démentie.

Vaginite datant de quinze mois.

Au n° 24 de la salle Saint-Louis, est une femme âgée de vingt-deux ans, entrée le 16 octobre, malade, dit-elle, pour la première fois. Il y a quinze mois, à la suite de rapports sexuels, elle a été atteinte d'un écoulement abondant avec émission douloureuse des urines; quelques chancres se sont, en outre, montrés sur les grandes lèvres. Les chancres ont disparu par la cautérisation, l'écoulement seul a subsisté.

Son linge était, dit-elle, taché en jaune-verdâtre. Les injections astringentes, qui lui ont été prescrites n'ont point amélioré son état; cependant, depuis huit mois l'écoulement est moins abondant, quoiqu'encore aujourd'hui il tache assez le linge pour la décider à entrer à Lourcine après un traitement de quinze mois.

A son entrée, le vagin n'est point enflammé; le col, qui présente quelques rougeurs, baigne dans des mucosités abondantes qui présentent évidemment un aspect purulent.

La malade est soumise au tamponnement dès le 16 au soir; les tampons sont saupoudrés d'alun, et dès le lendemain elle demande à sortir.

A partir de cette époque on suspend le tamponnement; et à la visite du 25, sur sa demande, la malade est renvoyée guérie; elle n'a plus taché son linge, elle ne présente plus d'écoulement.

Ainsi, après sept jours de tamponnement cette malade a été délivrée d'un écoulement datant de quinze mois.

Tels sont, parmi les faits nombreux que j'ai pu jusqu'ici recueillir, ceux que j'ai cru devoir spécialement citer; je pourrais encore y joindre des cas de fleurs blanches abondantes, des écoulemens vaginaux peu intenses guéris en aussi peu de temps par la même méthode; mais j'aime mieux renvoyer à la lecture du mémoire de M. Hourmann pour arriver au plus vite à la description du mode de tamponnement.

Le spéculum adopté par M. Hourmann est le spéculum bivalve. Avec un peu de pratique, cet instrument permet d'explorer facilement et sans douleur le vagin et le col de l'utérus. Il est des cas cependant où le col étant déjeté sur les côtés, il est difficile de le bien saisir; il se sert alors du spéculum à quatre valves, qui remplit toutes les conditions.

Voici, en peu de mots, comment on procède à cette opération.

La femme couchée sur un lit court, et les pieds sur une planchette; ou plutôt, comme on le pratique en ville, le siége sur le bord de son lit, sous les couvertures duquel on a glissé une planche, le dos et la tête soutenus par un oreiller, les cuisses sont écartées, fléchies, et les pieds appuyés sur deux chaises.

Le chirurgien, placé en face d'elle, saisit alors le spéculum de la main droite, après l'avoir préalablement graissé d'huile... laissent entre elles l'extrémité d'un embout qui semble mieux s'accommoder à la forme des parties; les doigts de la main gauche tendent et écartent, d'autre part, les petites lèvres.

L'instrument, alors doucement poussé en appuyant légèrement le long de la paroi inférieure, écarte les replis de la muqueuse et arrive facilement par un léger mouvement de bascule jusqu'au fond du vagin; une légère résistance indique qu'il serait douloureux de pousser plus loin.

On entr'ouvre alors l'extrémité en pressant horizontalement sur les branches horizontales tenues de la main gauche, la vis en dessus, l'embout est retiré, et l'on aperçoit le col, qu'il est ordinairement assez facile d'engager entre les valves.

Le col une fois saisi, on absterge la mucosité qui peut le recouvrir ou s'écoule de son orifice, à l'aide d'un petit pinceau de charpie fixé à une petite tige de bois.

Si le col est sain, si la mucosité qui s'en écoule est simplement transparente et peu abondante, si enfin l'écoulement n'a sa source que dans le vagin, dont les parois sécrètent un mucus purulent, un tampon de coton fixé par un fil qui sert à le retenir, est introduit à l'aide d'une longue pince qui le maintient avec son extrémité alors qu'on enlèvera le spéculum.

Le tampon doit rester à demeure et être renouvelé matin et soir, suivant l'abondance de l'écoulement; on devra même, comme nous l'avons fait dans les observations 2 et 3, le saupoudrer d'alun en poudre. Parfois, dans ces cas, on remarquera, si surtout la femme est étroite, une constriction telle du vagin, qu'il sera impossible, au second pansement, d'introduire le spéculum : nous avons vu une malade même se plaindre de ne pouvoir faire d'injections. Cette constriction n'est que momentanée, et ne doit pas empêcher la continuation des mêmes moyens.

Si le col, au contraire, est affecté, s'il s'écoule en bavant, de son orifice, une mucosité non transparente blanchâtre, ressemblant assez à de la crème de table, si surtout cette mucosité présente une alcalinité très prononcée, M. Hourmann pratique le tamponnement du col, et voici encore comment il procède.

Le spéculum, maintenu au degré d'ouverture convenable à l'aide de la vis, il donne à tenir à un aide les branches horizontales, puis, saisissant de la main droite le porte-tampon qu'il a fait construire à cet usage, il en introduit avec douceur l'extrémité dans le col, où il laisse à demeure un petit tampon que la malade pourra retirer à l'aide d'un fil qu'on laisse pendre à l'orifice de la vulve; un tampon vaginal est en outre introduit, et le spéculum retiré comme il a été dit. Ces deux tampons devront être enlevés le soir et remplacés le lendemain.

Quoi qu'il en soit de l'efficacité de ce moyen, il arrive assez souvent que la ténacité de cet écoulement utérin qui, on le sait, est plus grande que celle de l'écoulement vaginal, le force

à porter de l'alunen poudre jusque dans le col, et même dans la cavité utérine.

Pour cette opération, M. Hourmann se sert d'une double canule fabriquée chez M. Charrière, qui a une analogie parfaite avec le porte-caustique à recouvrement par mouvement de rotation, de l'invention de M. Ségalas. La seule modification qui y ait été faite, c'est que la cuvette est double au lieu d'être simple, et que l'intérieur de la canule profonde est parcouru par un refouloir qui chasse la poudre de l'alun par les deux cuvettes cuvertes, et l'oblige à se répandre sur les parois du col et dans la cavité utérine.

L'effet de cette introduction de la poudre d'alun est aussi rapide que dans le vagin ; la muqueuse, modifiée dans sa vitalité, l'est bientôt dans sa sécrétion, et les écoulemens les plus tenaces ont fini par disparaître.

Entre autres faits, nous citerons une malade chez laquelle tous les traitemens, depuis dix mois qu'elle est à Lourcine, ont successivement échoué ; le tampon simple, lui-même, placé dans le col, n'a point amené d'amélioration ; l'introduction de l'alun, au contraire, quoiqu'elle n'ait été pratiquée que trois fois, a déjà, chez cette malade, produit un amendement notable.

Ces faits, joints à ceux déjà publiés par M. Hourmann, nous semblent devoir faire prendre en considération un mode de traitement aussi simple et aussi facile que le tamponnement, et nous sommes persuadés que si, jusqu'ici, les expérimentateurs n'en ont pas retiré tout l'avantage que nous lui trouvons, c'est que, comme nous, ils n'ont point pratiqué leurs pansemens avec exactitude ; or, cette exactitude est une des conditions du succès.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Tumeur squirrheuse de la mamelle. Ganglions de l'aisselle. Ablation par M. Lucien BOYER. *Guérison.*

Le 22 septembre dernier est entrée à la Maison de médecine opératoire une malade âgée de trente-huit ans, d'un tempérament nerveux-lymphatique. Voici les antécédens de cette dame.

Réglée à quatorze ans pour la première fois, elle vit tout à coup ses menstrues disparaître sous l'influence d'un purgatif qu'elle s'administra à l'insu de sa famille. Depuis lors, elle a été prise d'essoufflement, de dyspnée, de maux de tête, et sujette à des flueurs blanches. Les deux membres supérieurs furent pour ainsi dire paralysés, des douleurs rhumatismales envahirent les articulations scapulo et cubito-humérales, et il se forma à la partie inférieure du bras gauche [illegible] abondante. La santé a fini par se rétablir complètement. Madame F... est devenue mère de trois enfans : les couches ont été très heureuses; seulement la première a été suivie d'une perte abondante qui a duré trois heures ; et à dater de cette époque, les reins sont devenus douloureux.

Madame F..., d'une constitution éminemment nerveuse, impressionnable, a été pendant long-temps en proie à de violens chagrins. Il y a deux ans environ, encore sous l'influence de ses revers de fortune, elle reçut du bouton d'une porte un coup assez fort sur le sein gauche, et six mois après elle sentit dans la mamelle gauche une petite tumeur grosse comme une noisette, laquelle n'éveilla pas d'abord son attention, parce qu'elle était presque indolente. Plus tard, des douleurs lancinantes étant survenues, et la maladie faisant des progrès, elle eut recours aux soins du nocteur Chatron, qui la confia à M. Boyer.

Etat actuel. Santé générale excellente, embonpoint médiocre ; les viscères des trois grandes cavités remplissent régulièrement leurs fonctions ; le sein gauche présente une tumeur de la grosseur du poing, bosselée, dure comme de la corne et très mobile ; des douleurs lancinantes se font sentir de temps à autre de manière à troubler le sommeil. Il existe dans l'aisselle plusieurs ganglions engorgés roulant sous le doigt qui les explore.

Le 23 septembre, M. Lucien Boyer, en présence de MM. Amussat, Textor de Wurtzbourg, Clémot de Rochefort, Chatron jeune, et plusieurs autres médecins, procède à l'opération de la manière suivante : il cerne la tumeur au moyen de deux incisions semi-lunaires, et dissèque largement de bas en haut pour ne pas être gêné par le sang. La mamelle enlevée, il fait la torsion des artères ; il attaque ensuite les ganglions axillaires d'après une méthode ingénieuse qui appartient à M. Amussat, et qui consiste à implanter, après l'incision de la peau, un ou deux ténaculums dans l'épaisseur du ganglion, que l'on attire en haut et que l'on fait sortir de sa coque après que celle-ci a été débridée à l'aide d'un bistouri. La région de l'aisselle et la surface de la plaie ayant été examinée bien attentivement, afin de ne laisser échapper aucune granulation, M. Lucien Boyer réunit par première intention la moitié inférieure de la solution de continuité à l'aide d'aiguilles à acupuncture très fines, avec lesquelles il ne saisit pour ainsi dire que l'épiderme; un fil simple est ensuite passé derrière etarrêté par un double nœud. Il est impossible, par suite de la déperdition de substance, de rapprocher au moyen de la suture dont je parle la partie supérieure de la plaie, qui est abandonnée à elle-même.

Les aiguilles à acupuncture dont se servent MM. Amussat et Lucien Boyer, et avec lesquelles ils embrassent le moins de tissus possible, ont l'incontestable avantage de ne pas causer de douleurs aux malades, et il est vraiment étonnant que tous les chirurgiens ne les aient pas encore adoptées.

A la levée du premier appareil, qui est effectuée le troisième jour, on ne remarque aucune complication. Plus tard, il est survenu un érysipèle ambulant qui a peu à peu parcouru une partie du bras gauche et de la poitrine, ainsi que du cou. Ce léger accident n'a pas eu de conséquences graves et s'est dissipé de lui-même. Au bout de six semaines, la malade a quit é la Maison de médecine opératoire, n'ayant plus qu'une plaie simple de peu d'étendue, qui ne doit pas tarder à être entièrement cicatrisée.

Une complication fâcheuse des cancers de la mamelle consiste dans l'engorgement des ganglions axillaires, à cause des organes importans qui se trouvent dans cette région, et que l'on redoute de blesser. A l'aide du procédé ingénieux mis en usage dans l'opération dont je viens de rendre compte, l'implantation du ténaculum dans l'épaisseur du ganglion que l'on attire ainsi en haut, et que l'on fait sortir comme un marron de sa coque, après que celle-ci a été légèrement débridée, l'on n'aura plus à craindre de léser les vaisseaux ou les nerfs.

Ce procédé d'extirpation des ganglions de l'aisselle a été, ces jours derniers encore mis en usage avec un égal succès, par M. L. Boyer, sur une autre malade qui présentait une affection analogue à celle de madame F...

Il est vrai de dire que bien des chirurgiens ont recouru, dans ce cas, à l'énucléation ; mais l'introduction du doigt dans l'espace axillaire, et les tractions que l'on est obligé d'exercer sont très pénibles pour les malades, tandis que la méthode de M. Amussat est exempte de douleurs et de dangers; on ne saurait donc trop la recommander à l'attention du praticien. J'en dirai autant des aiguilles à acupuncture qu'emploie ce chirurgien, avec la précaution de ne saisir que la partie la plus superficielle des bords de la plaie, de telle sorte que les aiguilles se détachent d'elles-mêmes sans laisser d'ulcération dans le lieu qu'elles occupaient. Ce système est bien préférable à toutes les espèces d'épingles que l'on met journellement en usage, surtout en embrassant, comme on le pratique, beaucoup de tissus; on est alors contraint d'exercer des efforts considérables pour les faire pénétrer, et il faut encore les retirer au bout de trois ou quatre jours, de sorte qu'il n'est pas rare de rencontrer des opérés qui disent que la suture les a fait presqu'autant souffrir que l'opération elle-même. X.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ : ORGANISATION CÉRÉBRALE DÉFECTUEUSE DE LA PLUPART DES CRIMINELS, LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE PAR LE DOCTEUR VOISIN, ET SUR UNE VISITE PHRÉNOLOGIQUE FAITE PAR CE MÉDECIN DANS LA MAISON DES JEUNES DÉTENUS.

Messieurs,

Dans la séance du 3 juillet 1838, M. le docteur Voisin lut à l'Académie un travail *sur la configuration cérébrale de la plupart des criminels et sur les vices dans la forme de leur tête.* A cette occasion il demandait qu'une commission fût nommée pour constater [illegible] faire sur les cinq cents enfans qui étaient alors renfermés dans la Maison des Jeunes détenus. L'Académie accueillit la demande de M. Voisin, et nomma une commission composée de MM. Marc (que nous avons eu la douleur de perdre depuis cette époque), Adelon, Ferrus, Breschet, Gerdy, Blandin, Moreau, Gérardin, Cornac et Bouillaud (1). Cette commission vient s'acquitter aujourd'hui, par mon organe, de la tâche que l'Académie lui avait confiée.

Avant d'aborder directement le sujet même de ce rapport, la compagnie voudra bien nous permettre quelques rapides réflexions préliminaires. Ces réflexions nous ont paru nécessaires pour ceux qui pourraient n'être pas suffisamment familiarisés avec l'étude de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui la *phrénologie.*

Pris dans son acception littérale, ce mot ne signifierait aucune doctrine nouvelle, car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on s'occupe de la science de l'esprit ou de l'entendement ; et l'on pourrait appeler phrénologiste l'auteur de l'inscription si célèbre du temple de Delphes : *Connais-toi toi-même,* c'est-à-dire connais ton ame, selon le commentaire de Cicéron. Mais le mot phrénologie emporte avec lui l'idée d'une doctrine nouvelle qui a pour but spécial la connaissance des conditions matérielles ou organiques sans lesquelles la production et la manifestation des facultés morales et intellectuelles ne sauraient avoir lieu. La phrénologie, enfin, est la physiologie du cerveau, étudiée d'après les principes de l'illustre docteur Gall.

La plupart des sciences dites d'observation ont, depuis un demi-siècle, subi de grandes réformes, éprouvé d'importantes révolutions. La physiologie en général, et en particulier la physiologie du cerveau, nous offre un des plus éclatans exemples de ces révolutions fondamentales dont le célèbre chancelier Bacon avait si hautement proclamé l'impérieuse nécessité : *Instauratio facienda est ab imis fundamentis.* L'auteur de la nouvelle physiologie du cerveau, dont nous avons prononcé le nom tout à l'heure, le docteur Gall, ce profond observateur, trop oublié dans bien des occasions, a pour ainsi dire incarné ces admirables facultés morales et intellectuelles que les métaphysiciens avaient étudiées comme étant les produits de ce principe divin et immatériel que l'on appelle l'*ame,* et dont il n'a d'ailleurs nié l'existence dans aucun endroit de ses ouvrages; il les a incarnées dans le cerveau, et il a été assez hardi, d'autres disent assez audacieux, pour assigner à un grand nombre d'instincts, d'aptitudes, de talens, de facultés, un siége précis dans telle ou telle partie du cerveau, qu'il considère ainsi comme un organe multiple ou composé. Cette pluralité des organes cérébraux est le dogme capital et comme la clé de voûte de tout l'édifice phrénologique.

Quant à la détermination précise du nombre réel de ces organes et à leur localisation exacte et rigoureuse, on conçoit qu'elles constituent un problème des plus compliqués, dont la complète solution sera l'œuvre des siècles, mais on conçoit en même temps qu'il n'est pas nécessaire de posséder cette pleine et entière solution pour admettre le principe de la pluralité des organes cérébraux, corollaire naturel et en quelque sorte obligé de la pluralité, de la diversité des aptitudes intellectuelles et morales, des caractères, des penchans, des instincts, des talens, etc. Au reste, Gall et ses disciples *professent* que la détermination du lieu qu'occupent un grand nombre des organes distincts des facultés intellectuelles et morales également distinctes, est assez avancée pour que l'on puisse, d'après une attentive exploration de la tête, reconnaître et, pour ainsi dire, deviner les dispositions intellectuelles et le caractère d'un individu donné. Or, c'est là, comme on le sent bien, le côté pratique, et partant le côté vraiment important de la doctrine dite *phrénologique.* Nous ajouterons que là est aussi le côté

(1) M. Rochoux avait été aussi nommé commissaire, mais il se récusa.

neuf et extrêmement curieux de la question. Toutefois, nous rappelant toujours le fameux adage *nil sub sole novum* (adage trop souvent mal appliqué, nous l'avouons), nous n'oserions pas affirmer que, considérée même sous ce point de vue, la science de Gall soit entièrement nouvelle. Notre érudition est trop bornée pour que nous puissions avoir la prétention de connaître toutes les recherches qui auraient été tentées sur ce sujet. Mais, sans parler de Lavater, qui, sous plusieurs rapports, peut être regardé comme le précurseur de Gall, on est autorisé à soutenir que la Grèce philosophique elle-même avait du moins entrevu la doctrine physiognomonique et crânioscopique des modernes. Essayons autant que nous le permettent nos faibles lumières en matière d'érudition, essayons de prouver cette assertion, qui a pu paraître singulière, du moins au premier abord. Appuyons-nous, pour commencer, sur l'autorité de Cicéron, qui fut à la fois le prince des orateurs et des philosophes romains.

Or, nous lisons dans les *Tusculanes* et dans le *Traité du Destin* quelques passages qui ne laissent réellement aucun doute sur la vérité de notre assertion. Après avoir dit expressément que les hommes enclins *par nature* à la colère, à l'envie, etc., devaient être considérés comme affectés d'une maladie originelle et constitutionnelle de l'âme, mais néanmoins *curable*, Cicéron rapporte, à l'appui de cette curabilité, l'exemple de Socrate, ce demi-dieu de la philosophie antique, et il ajoute à ce propos que le philosophe Zopyre, lequel prétendait reconnaître d'après *l'extérieur* le caractère de chacun, ayant, dans une assemblée publique, signalé plusieurs vices chez Socrate, fut l'objet des plaisanteries des autres assistans qui ne connaissaient pas ces *défauts* à Socrate, mais que Socrate lui-même vint en aide à Zopyre en disant qu'il avait effectivement une disposition naturelle aux vices que Zopyre lui avait reconnus, mais qu'il s'en était *guéri* ou débarrassé par la raison. Quelques-uns se récrieront, sans doute, contre l'interprétation phrénologique donnée par moi à ce passage, et ne voudront pas admettre que le mot *formâ* se rapporte le moins du monde à la tête ou mieux au crâne. Mais le passage du *Traité du Destin* est plus explicite, puisqu'on y lit le mot *front* qui, j'en appelle aux phrénologistes les plus puritains, constitue bien une région, et une région des plus importantes du crâne. Au reste, il s'agit dans ce passage, comme dans le précédent, de Socrate et de Zopyre que Cicéron décore du nom de *physiognomoniste,* et qui, je ne veux point le contester, appartenait peut-être plus à l'école des Lavater qu'à celle des Gall. Au reste, voici le nouveau passage : « Ne savons-nous pas, dit Cicéron, comment Socrate fut qualifié par Zopyre, ce physiognomoniste qui se piquait de » reconnaître les mœurs et les caractères des hommes d'après l'inspection du corps, des yeux, du visage et du *front.* »

Parmi les défauts que le phrénologiste grec, je veux dire le philosophe Zopyre, reconnaissait chez Socrate, se trouve spécialement articulé, ajoute Cicéron, celui de *mulierosus.* Ce n'est pas tout : Cicéron ne manque pas de rappeler ici une remarque des plus comiques, savoir que Alcibiade, dit-on, rit aux éclats en entendant ainsi Zopyre compter parmi les vices de Socrate celui de *mulierosus.* Vous êtes tous trop savans, Messieurs, pour que je doive vous expliquer en quoi consiste l'ironie, d'ailleurs calomnieuse, de la remarque ci-dessus.

Sénèque le philosophe, dans certains endroits de ses œuvres, nous parle aussi des prétentions de quelques philosophes grecs à juger des dispositions morales et intellectuelles d'après certaines conditions extérieures, et renvoie aux passages cités de Cicéron. Au reste, il paraît attacher une grande importance à la mesure, et, si l'on ose le dire, à la *géométrie* de l'esprit humain.

Cette apostrophe du philosophe romain, qui, en sa qualité de précepteur de Néron, aurait pu nous apprendre quelque chose des rapports qui existent entre l'organisation cérébrale, ou du moins les formes de la tête, et l'instinct de férocité dont on trouvait, chez son impérial élève, un des types les plus accomplis ; cette apostrophe, dis-je, nous ramène assez naturellement à notre sujet. En effet, le moraliste Sénèque, s'inquiétant assez peu de la mesure des choses physiques, veut que le vrai philosophe se consacre à la mesure des choses morales. Si vous êtes vraiment si habile, dit-il, apprenez-moi la géométrie du monde intellectuel ; mesurez l'esprit de l'homme : dites-moi combien il est grand, dites-moi combien il est petit ! — Eh bien ! tel est précisément un des problèmes dont se sont occupés Gall et ses disciples. Pour parvenir à mesurer ainsi l'esprit humain, ils l'ont représenté par un organe, ou mieux par un ensemble d'organes, c'est-à-dire le cerveau tel qu'ils le comprennent ; et donnant ainsi un corps à la pensée elle-même, à l'esprit, à l'âme, ils ont essayé de les mesurer sous ce rapport, de dire combien ils sont grands et combien ils sont petits. Nous n'avons pas, au reste, Messieurs, à examiner toutes les questions que soulève la doctrine de Gall, et sans prétendre, pour le moment, nous prononcer ni pour ni contre cette doctrine telle qu'elle est actuellement constituée, nous allons nous borner à vous exposer les résultats de l'expérience phrénologique faite en notre présence par M. le docteur Voisin, dans l'établissement des jeunes détenus. Toutefois, nous devons d'abord rappeler à votre mémoire les propositions fondamentales contenues dans le travail lu par cet honorable confrère à l'Académie, dans la séance du 3 juillet 1838.

Le premier principe énoncé par M. Voisin, c'est que la statistique des tribunaux et des cours criminelles a, de nos jours, incontestablement démontré que les infractions aux lois, à quelque âge qu'on les surprît en flagrant délit, sortaient en masse des classes inférieures de la société. On sait scientifiquement aujourd'hui, dit-il, que l'homme, ainsi que le disaient les anciens, est le disciple de tout ce qui l'entoure, et on ne doute pas qu'il ne faille attribuer les désordres, les écarts et les crimes dont nous sommes journellement les témoins ou les victimes, à l'influence pernicieuse des mauvais exemples, ainsi qu'à la privation presque totale d'instruction et d'écucation (1). Mais les deux faits sur lesquels M. Voisin appelle l'examen le plus sérieux de l'Académie, sortent, ainsi qu'il l'annonce, des sentiers battus de de l'étude et de l'observation. Après avoir déclaré qu'à part quelques exceptions, les cinq cents jeunes détenus examinés par lui, appartenant aux dernièclasses de la société, il ajoute qu'indépendamment du malheur attaché à leur première condition sociale, deux tiers d'entre eux, c'est-à-dire 315 sur 500, ont encore à subir les fâcheuses conséquences d'une organisation incomplète, sont *mal nés* en un mot, et dans leur configuration cérébrale, ressemblent trait pour trait aux trois suppliciés *Martin, Léger, Boutillier.* (M. Voisin plaça sous les yeux de l'Académie les têtes moulées de ces trois individus.) Le cerveau chez eux est au minimum de développement dans sa partie antérieure et dans sa partie supérieure, dans les deux parties qui nous font ce que nous sommes, qui nous placent au-dessus des animaux, qui nous constituent hommes.

« Ce front est étroit, déprimé, fuyant en arrière, bas, noueux, irrégulier, et la partie supérieure de la tête est évidée comme le toit d'un couvreur.

» Que l'Académie compare ces têtes avec celles de Cuvier, de Mirabeau, du général Foy, de Napoléon, et qu'on me dise (c'est toujours M. Voisin que je laisse parler) de quel côté se révèlent à la première vue les grandeurs de l'humanité, de quel côté sont les vases d'argile, de quel côté sont les vases d'or. »

Les deux seules inductions que M. Voisin veuille tirer pour le moment de tous les faits qu'il a observés, c'est que les têtes criminelles

(1) Cette assertion, ainsi tormulée en principe, en loi générale, exigerait bien quelques commentaires. Le lieu ne nous permet pas d'insister sur ce point. Nous ferons néanmoins remarquer en passant, à la décharge des classes inférieures, qu'elles ont dans tous les temps, et de nos jours en particulier, fourni leur contingent de ces hommes supérieurs dont l'humanité s'énorgueillit à si juste titre.

forment en général, comme les grandes têtes morales et intellectuelles, une exception dans leur genre, qu'elles sont plantées comme elles, mais dans un sens tout à fait inverse, en dehors de l'espèce humaine entière. « Ce sont là les deux extrêmes entre lesquels la masse humaine flotte, marche, vit ou végète ; masse moyenne sans vocation, obéissant à l'impulsion qu'on lui donne, et devenant aisément, comme l'histoire en fait foi, tout ce que la font être les *géans* de son espèce, ou les temps, les lieux, les mœurs et les institutions. »

Les deux grandes inductions que nous venons d'exposer sont bien propres à fixer l'attention des philosophes et des législateurs eux-mêmes ; elles sont réellement l'exacte et rigoureuse représentation de ce qu'on observe dans la société en général et dans chacune des nombreuses classes dont elle se compose. Partout les médiocrités abondent et partout les supériorités se comptent. « Apparent rari nantes in gurgite vasto. » Ainsi, sous ce point de vue, la nature est en quelque sorte *juste-milieu*. Mais parce que les médiocrités constituent dans le monde une immense majorité, est-ce à dire qu'elles sont appelées à la direction des affaires humaines et destinées au rang suprême ? La réponse à cette question se trouve précisément dans le passage du travail de M. Voisin que nous avons cité tout à l'heure.

La raison nous dit *à priori*, et l'histoire nous apprend expérimentalement que c'est à *la minorité* formée par les grandes intelligences et les volontés fortes, qu'appartient le dangereux privilége de diriger, de gouverner, d'éclairer, de représenter en toutes choses la majorité, la masse, j'ai presque dit *le peuple* des médiocrités. Telle est la loi suprême de ce bas-monde, et telle est aussi, on le sait, celle qui régit le monde divin lui-même. En effet, dans les temps mythologiques, ce n'était pas à des divinités secondaires, à des dieux de moyen ordre ou de juste milieu, mais à ce grand Jupiter, qui remuait tout d'un seul mouvement de son sourcil, à ce dieu tonnant qu'était confié l'empire absolu de la terre et des cieux ; et aujourd'hui même, selon nous autres, Chrétiens, les rênes de cet empire ne sont-elles pas entre les mains du souverain Dieu très grand, du Dieu tout-puissant ?

Ce n'est donc point aux plus nombreux, mais aux plus dignes, que doivent être décernés les premiers rangs dans les diverses carrières ouvertes au génie de l'humanité.

Le principe est trop évident pour être contesté, mais son application est plus difficile que ne le pensent bien des personnes.

Au reste, ceci ne nous regarde pas, et nous ne pousserons pas plus loin ce chapitre qui, à la fin pourrait passer pour une digression *un peu trop prolongée*.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 26 octobre.

Phrénologie. — *M. Bouillaud* fait un rapport, au nom d'une commission, sur un travail expérimental dont M. Voisin a donné lecture à l'Académie, en 1838, intitulé : Organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels. (*Voir* plus haut.)

M. Nacquart déclare qu'il n'entre pas dans le fond de la question phrénologique, mais il demande si MM. les commissaires ont pris la précaution de couvrir la figure de chaque sujet avant que M. Voisin fît son exploration crânienne ; cette précaution lui paraissait essentielle pour mettre la crânioscopie à l'abri des impressions de la physionomie que tout le monde est en état d'apprécier.

Ayant été l'élève et l'ami de Gall, M. Nacquart avait fait la même proposition au grand maître ; car Gall disait qu'il ne fallait pas confondre la science de Lavater avec la sienne ; la sienne s'appliquait au crâne et non à la physionomie.

Pour prouver que ces deux sciences sont tout à fait distinctes, Gall racontait qu'il avait présenté son buste, dont la figure avait été couverte d'un mouchoir, à un élève de Lavater, le priant de dire, d'après le crâne, à quelle espèce d'homme il pouvait appartenir ; l'élève répondit que c'était le crâne d'un imbécile ! (On rit.)

M. Bouillaud répond que la commission n'avait pas cru devoir prendre la précaution indiquée par M. Nacquart par la raison que M. Voisin ne tirait son jugement que des organes frontaux.

M. Londe ne pense pas que la proposition de M. Nacquart dût jamais être adoptée, par la raison que le masque cacherait la portion antérieure du crâne (front, orbite) sur laquelle se dessinent précisément les organes phrénologiques les plus essentiels.

M. Rochoux distingue la phrénologie générale qui comprend les fonctions d'ensemble de l'encéphale, de la phrénologie localisatrice. La première est la seule vraie, elle existe depuis la plus haute antiquité. Les philosophes, les médecins, les naturalistes de tous les temps, Hippocrate, Aristote, Newton, Epicure, etc., l'ont tous admise, reconnue, étudiée. La seconde est propre à Gall ; c'est une hypothèse que rien ne démontre et qui répugne même à la saine logique des hommes qui connaissent l'anatomie du cerveau. M. Rochoux défie les phrénologistes de plonger le scalpel exactement sur tel ou tel point du cerveau où ils placent arbitrairement les organes de la localisation de leur maître. Quelle confiance peut-on avoir à une prétendue science, créée par l'imagination, que personne ne peut démontrer, puisque les organes sur lesquels elle repose ne sont pas visibles, et que les partisans eux-mêmes de cette doctrine ne s'accordent point quant au nombre et au siége des organes ; les uns en admettent 100, d'autres 150 ; ceux-ci les placent à un endroit ; ceux-là à un autre ! La seule doctrine vraie est donc celle de l'unité des fonctions encéphaliques, la doctrine localisatrice étant absurde.

M. Bouvier pense qu'on ne saurait trop apporter de réserve dans l'appréciation des jugemens de M. Voisin, par la raison que d'après M. le rapporteur ces jugemens n'ont été basés que sur l'examen de la partie antérieure et supérieure du front. M. Voisin n'a pas tenu compte des autres régions, de l'ensemble de la tête ; or, M. Bouvier dit avoir observé, dans des recherches qui lui sont propres, que souvent il y a compensation, c'est-à-dire que ce qui manque au front, par exemple, est superflu en arrière ou sur un autre côté, de sorte qu'au total il peut y avoir une lacune beaucoup moins considérable dans les fonctions que ne l'indiquerait la simple inspection oculaire. C'est ainsi, par exemple, que d'après un médecin le siége de l'intelligence chez les aliénés est dans la partie postérieure de la tête ; ce médecin est M. Nonat, je crois. M. Bouvier a observé que chez les idiots ce n'était pas seulement la partie antérieure qui se rappetissait, la postérieure offrait les mêmes conditions. Il importe, en conséquence, de ne baser ces sortes de jugemens que d'après l'examen de l'ensemble de la tête.

M. Ferrus était membre de la commission, mais il n'a pu assister ni aux expériences de M. Voisin, ni aux séances particulières de la lecture du rapport dans le sein de la commission ; il donne cependant son adhésion au travail de M. Bouillaud. Quant à la proposition de M. Nacquart, de l'application d'un masque, elle ne lui paraît pas adoptable, par la raison que les phrénologistes profitent tout aussi bien de l'état de la physionomie que de l'état du crâne pour baser leur jugement. Les organes des sens sont des dépendances du cerveau, dont l'état éclaire autant le phrénologiste que le crâne lui-même.

Ayant fait avec Spurzheim les mêmes expériences que M. Voisin, à Bicêtre, sur une grande échelle, M. Ferrus examinait d'abord la physionomie, la tête étant couverte d'un bonnet ; il passait ensuite à l'examen du crâne. Gall lui-même ne bornait pas son exploration sur cette dernière partie. Voilà pour M. Nacquart. M. Bouvier vous a parlé de ses études comparatives chez les animaux ; c'est là une question à part ; mais pour ce qui est des idiots, M. Bouvier n'a pas réfléchi que chez eux le cerveau est malade, les circonvolutions étant effacées et le viscère hydrocéphale. La question traitée par M. Voisin porte sur des sujets bien portans ; c'est donc d'après cette donnée que nous devons raisonner, car s'il y a maladie, les choses sont bien différentes, les formes pouvant alors tromper ; une jambe peut être bien conformée et ne pas être apte à la course, à la marche ou à la station si elle était paralysée, par exemple. M. Bouvier vous a dit en outre, d'après M. Nonat, que le siége de l'intelligence était en arrière ; c'est vraiment là une assertion risible qui ne mérite même pas la peine d'être réfutée.

Arrivant enfin à M. Rochoux, M. Ferrus combat les opinions qu'il a émises contre la phrénologie localisatrice. Rien ne démontre mieux les organes cérébraux que les lésions particulières chez les aliénés. Cette question, nous l'avons maintes et maintes fois discutée avec M. Rochoux : nous sommes toujours restés chacun dans notre conviction. Spurzheim, au reste, faisait tous les jours l'épreuve que M. Rochoux requiert aujourd'hui, de plonger un scalpel sur tel ou tel organe du cerveau, et il serait très facile de satisfaire M. Rochoux sous ce rapport. M. Ferrus approuve, au reste, la circonspection de M. le rapporteur à l'égard des organes phrénologiques en particulier.

M. Pelletier adresse cette question à M. le rapporteur : Vous avez dit que M. Voisin a partagé les jeunes détenus en quatre catégories dont les deux extrêmes marquaient le maximum et le minimum ; mais sous quel rapport jugeait-il les sujets ? est-ce sous le rapport de leur intelligence ou de leur moralité ? Si c'est sous le rapport de l'intelligence, il a dû souvent se tromper, car il est des êtres parfaitement organisés, exemple : Lacenaire ; si c'est sous le rapport de la moralité, je désirerais que M. le rapporteur nous fît connaître les véritables données de ce jugement, car la chose me paraît un peu vague.

M. le rapporteur répond que c'est sous le rapport de la moralité ou du caractère que les jugemens ont été portés, et que ce sont les organes placés aux parties antérieures et supérieures qui ont servi à ces jugemens.

M. Londe fait voir que la grande gloire de Gall consiste précisément dans les distinctions philosophiques qu'il a établies dans les facultés psycologiques, et dans la détermination des organes pour chacune de ces facultés.

M. Gerdy. L'orateur déclare être de la commission, mais n'avoir pu assister aux expériences de M. Voisin, ni aux travaux particuliers de la commission. En conséquence, on ne sera pas étonné, dit-il, si je vais exprimer quelques doutes sur la bonté de ces expériences. D'abord, il est dit dans le rapport que d'après les observations de M. Voisin, la majorité des criminels sortait des classes inférieures : cela peut être vrai, mais est-ce par une raison phrénologique, comme il le prétend ? N'est-il pas possible que dans les classes élevées les crimes soient beaucoup moins nombreux en apparence, parce qu'on sait les cacher et les soustraire à la rigueur des lois ? Une seconde remarque comprend la relation que la commission a reçue de MM. les directeurs de la prison ; mais cette relation a été donnée après coup, après que M. Voisin avait déjà porté devant eux son jugement ; peut-être que ces renseignemens seraient différens s'ils avaient été demandés avant, et sous l'influence d'autres impressions que celles d'un jugement phrénologique. Il reste là, comme on le voit, quelque chose d'important à désirer. En troisième lieu, il est dit dans le rapport que dans la classification des sujets en bons et en mauvais, M. Voisin ne s'est que rarement trompé d'après les renseignemens fournis par les directeurs des prisons. Il serait important de savoir la qualité et la quantité des erreurs commises. S'il s'agissait d'une erreur du tout au tout, c'est-à-dire qu'un sujet bon fût classé dans la catégorie des plus mauvais, et *vice versâ*, l'erreur serait très grave ; et si cette erreur s'était répétée, je dirais que les données de la science phrénologique sont équivoques au point qu'on ne peut pas beaucoup compter sur elles ; une pareille science serait même dangereuse. Il résulterait de là que la forme du front ne serait pas suffisante pour décider, puisque cette forme pourrait tromper. Une dernière remarque non moins importante, c'est que les sujets sur lesquels M. Voisin a porté son jugement étaient des enfans, c'est-à-dire des sujets dont le caractère n'est pas encore complet, ou peut changer avec l'âge. Les maîtres d'école savent en effet que les élèves les plus incorrigibles ne sont pas toujours ceux qui auront dans l'âge adulte un mauvais caractère. On comprend que dans l'enfance l'organisation n'étant pas complète, le caractère peut être autre que celui qui existera plus tard. En conséquence, il se pourrait que les jugemens actuels de M. Voisin se trouvassent démentis avec le temps. Je crois donc qu'on peut raisonnablement conserver quelques doutes sur l'exactitude des résultats obtenus par M. Voisin. Pour ce qui est maintenant du système de Gall qui se trouve en discussion, je dois dire que M. Ferrus vient de lui porter une rude atteinte en déclarant que les phrénologistes profitent de tous les accessoires possibles, de l'état de la physionomie et des sens comme de celui du crâne, pour juger des conditions du cerveau. La véritable phrénologie n'est pas celle-là, elle juge uniquement d'après les formes du crâne. L'orateur démontre ensuite comme quoi Gall n'a brillé réellement que dans la partie philosophique ou idéologique, précisément dans le talent supérieur qu'il a déployé quand il s'est agi de détruire les principes de l'école écossaise. Sous ce point de vue, Gall peut être considéré comme l'idéologiste le plus élevé, le premier des idéologistes du siècle ; mais quand il s'est agi de reconstruire, il est devenu lui-même très attaquable en créant une classification de facultés simples. Chacune de ces facultés, loin d'être simple comme Gall le voulait, est au contraire très complexe et comprend des genres et des espèces qui n'ont pas encore été suffisamment étudiées. Je citerai, par exemple, la faculté de la musique : voyez, combien de variétés ne présente-t-elle pas ? les uns, en effet, n'ont que la faculté de retenir par cœur les airs qu'ils entendent, c'est là la mémoire de la musique ; les autres le talent d'improviser, comme Litz ; d'autres de composer, mais non d'improviser ; d'autres enfin d'exécuter, etc., etc. On peut en dire autant de la poésie, de l'architecture, de la peinture, des mathématiques, etc., etc. Chacune de ces facultés, loin d'être simple, est décomposable en un grand nombre d'élémens divers. En conséquence, vous le voyez, les facultés créées par Gall et qui constituent son système, sont contestables. Dans l'état actuel de la science, la philosophie ne peut plus s'arrêter à l'étude des facultés créées par Gall, mais aux élémens qui constituent chacun de ces groupes.

MM. Rochoux et *Ferrus* répondent au discours de M. Gerdy.

L'heure étant avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Présentation. — *M. Bricheteau* présente une pièce d'anatomie pathologique intéressante concernant un cas de fièvre typhoïde chez un enfant à la mamelle, et lit la note suivante sur l'âge auquel les enfans sont le plus communément atteints de la dothinentérie.

« A une époque encore peu éloignée de nous, on avait considéré comme un résultat très curieux des faits observés, que la dothinentérie n'attaquait jamais les vieillards et était très rare chez les jeunes enfans. L'auteur d'un beau travail sur cette maladie, en résumant les observations de MM. Chomel et Louis au nombre de 255, considérées sous le rapport de l'âge des malades, avait trouvé que 78 avaient de 15 à 20 ans, 95 de 20 à 25, 54 de 25 à 30, 22 de 30 à 40, 5 de 40 à 50, et 1 de 52 ans.

» Quant aux âges au-dessous de 15 ans, sur lesquels les médecins cités tout à l'heure n'avaient donné aucuns renseignemens, M. Littré disait, à la date de 1835, qu'on avait déjà suffisamment de données pour estimer que la fièvre typhoïde, encore assez commune devers 12 ou 13 ans, devient rare au-dessous de 10 ans. Je crois néanmoins, ajoutait l'auteur, l'avoir observée chez un enfant de 22 mois ; mais cet enfant ayant heureusement guéri, la démonstration anatomique a manqué. Depuis cette époque, l'analogie de la dothinentérie s'est enrichie de nouveaux faits.

» M. le docteur Taupin, ancien interne aux Enfans-Malades, dans un mémoire sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance, imprimé en 1839 et 1840, dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales, dit que cette maladie lui a paru rare chez les enfans très jeunes, qu'il n'en a pas rencontré au-dessous de deux ans ; les années qui lui avaient offert les cas les plus nombreux de dothinentérie étaient la quatrième, la sixième, la septième, la neuvième, la onzième, la douzième, la treizième et surtout la quatorzième.

» MM. Rilliet et Barthez, également anciens élèves de l'hôpital des Enfans, ont publié dans le numéro d'octobre 1840 des Archives gén. de Méd., trois observations de dothinentérie chez les enfans. L'un de ces enfans avait 22 mois, comme celui dont parle M. Littré, il succomba à une fièvre typhoïde, compliquée de pneumonie. A l'ouverture du corps, on trouva des plaques de Peyer enflammées, mais non ulcérées ; les ganglions mésentériques rouges et tuméfiés. Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé.

» Les deux autres observations ont pour objet des enfans de deux ans. Chez le premier, la dothinentérie était compliquée également de pneumonie ; à l'ouverture, on trouva la partie inférieure de la membrane muqueuse de l'iléon épaissie et ramollie, et trois plaques de Peyer ulcérées. Chez le second, qui n'avait offert que des symptômes d'entérite simple, l'autopsie offrit à peu près les mêmes altérations. Enfin, Abercrombie, cité dans la thèse de M. Rellut, indique qu'il a trouvé chez des enfans bien plus jeunes encore, des lésions qu'on ne peut guère rapporter qu'à la dothinentérie, mais qui ne sont pas bien précisées.

» Le fait que je présente à l'Académie est plus curieux et plus remarquable encore que ceux dont je viens de parler, en ce que l'enfant atteint de dothinentérie était beaucoup plus jeune, et que de plus, ce qui est digne de remarque, les lésions caractéristiques de la maladie étaient exemptes de complication. Par conséquent, la maladie a été chez ce sujet simple, unique ; c'est une raison de croire que la dothinentérie est une affection *sui generis* comparable à la variole, par exemple, comme l'ont d'ailleurs prétendu plusieurs médecins.

» Pendant une absence momentanée de mon collègue, M. Trousseau, j'observai dans une des salles de nourrices un enfant à la mamelle, de dix mois environ, qui avait depuis long-temps déjà, au dire de sa mère, une diarrhée opiniâtre. Lorsque je l'examinai, il avait de la stupeur, une grande difficulté de respirer, de l'anxiété ; le pouls était misérable, la peau sèche et chaude. Je lui fis appliquer un vésicatoire sur la partie antérieure de la poitrine ; il mourut le lendemain, 19 octobre. A l'ouverture du corps, faite le lendemain 20, on trouva les quatre cinquièmes à peu près de l'intestin, à partir du cœcum, parsemés à l'intérieur de plaques de Peyer dont plusieurs avaient jusqu'à 4 centimètres de long. Parmi ces plaques, il y en avait de saillantes, de gaufrées ; d'autres présentaient des ulcérations de diverses grandeurs. Plusieurs follicules de Brunner étaient également ulcérés dans tout le reste de son étendue ; la membrane muqueuse de l'intestin était blanchâtre et parfaitement saine ; les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et endurcis ; les autres viscères abdominaux et ceux de la poitrine n'offraient aucune altération. »

Emploi thérapeutique de l'huile d'ergot de seigle.

Cette huile, qui a déjà été obtenue et étudiée en 1832, par M. Viggers, vient de fournir à M. le docteur Samuel Wright la matière d'un travail fort intéressant pour les praticiens.

On l'obtient, en soumettant la poudre récente d'ergot à l'action dissolvante de l'éther sulfurique, décantant avec soin, puis abandonnant le liquide à l'évaporation spontanée. On a pour produit une huile incolore, transparente, d'une odeur analogue à celle de l'ergot, et qui n'est ni développée par l'action de l'acide acétique, ni détruite par le contact prolongé d'une lame de fer ou de cuivre ; d'une saveur onctueuse et légèrement âcre. Chauffée, elle noircit rapidement, acquiert une odeur empyreumatique très prononcée, et en même temps sa saveur devient plus âcre et même odorante. Par une élévation plus considérable de température, elle finit par se volatiliser complètement ; au contraire, par le refroidissement, sa consistance s'accroît de plus en plus, et elle arrive à ce point de présenter la solidité d'une substance résineuse. Par l'action simultanée et longt-temps soutenue de la lumière, d'une chaleur modérée et de l'air, elle prend une teinte rougeâtre et s'épaissit. Plus légère que l'eau distillée, elle devient opaque par son agitation dans ce liquide, en même temps qu'elle communique à celui-ci une petite partie de l'odeur qui lui est propre.

Elle se dissout en entier dans l'alcool, dans l'éther, dans le naphte, dans le sulfure de carbone, et fournit avec tous ces menstrues des solutions d'où elle est imparfaitement séparée par l'addition de l'eau ; elle est facilement soluble dans les huiles volatiles, et elle s'unit intimement à certaines huiles grasses, entre autres à celles d'olives et d'amandes ; elles se dissout également bien dans la créosote, les alcalis caustiques et l'ammoniaque, et elle forme avec ces derniers agens des solutés savonneux, dont il est possible de la retirer par l'intermède des acides. Les acides sulfurique, azotique et chlorhydrique étendus n'exercent sur elle qu'une action à peine sensible ; mais à l'état de concentration, ils la transforment en une matière épaisse, d'une couleur brune foncée ou même noire.

On a vu plus haut les changemens qu'elle éprouve par suite d'une longue exposition à l'air et à la lumière ; elle est alors devenue impropre aux usages de la thérapeutique. Mais, lorsqu'on a soin de la conserver dans un flacon bien rempli, hermétiquement bouché et déposé dans un lieu frais sans être froid, elle n'éprouve aucune altération et peut retenir la plénitude de ses propriétés physiologiques pendant très long-temps ; ainsi, M. S. Wright en a conservé de cette manière, et a constaté, après un laps de plus de quatre années, qu'elle n'avait encore rien perdu des propriétés thérapeutiques qu'elle possède au moment où elle sort d'être préparée.

M. S. Wright, qui lui a reconnu la même manière d'agir sur l'économie animale que l'on retrouve dans l'ergot de seigle, a été conduit à la substituer à ce dernier dans toutes les circonstances pathologiques où il est indiqué, par ce fait seul qu'elle est à la fois plus facile à administrer et d'une action beaucoup plus prompte et plus certaine. Il l'a employée dans un grand nombre de cas et avec un succès marqué, à la dose de vingt à cinquante gouttes dans un véhicule chaud, tel qu'une légère infusion de thé convenablement sucrée, ou dans une potion un peu alcoolisée.

Le même praticien a eu aussi l'idée de l'appliquer extérieurement en frictions sur les parties qui sont le siége de douleurs rhumatismales chroniques, et il a obtenu de cette nouvelle médication des effets vraiment remarquables. Pour cela, il l'associe avec une certaine proportion d'alcool ou d'huile d'olives ou d'amandes douces, suivant les cas. Il affirme, en outre, qu'elle possède au plus haut degré deux des propriétés qui ont été attribuées à la créosote, savoir : de calmer l'odontalgie et d'arrêter instantanément certaines hémorrhagies. Il dit l'avoir prescrite avec un incontestable avantage chez plusieurs sujets affectés d'épistaxis et dans différens cas de métrorrhagie par suite de parturition. (*Edimbourg med. and surgic. Journal.*)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur,

Dans votre numéro du 23 octobre, où vous rapportez le procès-verbal de la Société de médecine pratique, 1er septembre 1841, on a

rendu compte imparfaitement de ce que j'avais dit sur la trachéotomie et sur la strabotomie. Veuillez, je vous prie, insérer dans votre prochain numéro la note suivante, qui exprime mieux ce que j'ai dit :

« Relativement à la trachéotomie dans les cas de croup, j'ai dit, il est vrai, que j'avais perdu tous mes opérés ; je dois ajouter que depuis j'ai opéré un enfant de quatre ans, qui est aujourd'hui complétement guéri. Mais j'ai dit aussi, et j'y tiens beaucoup, que cette opération, que je pratiquais avec peine à cause des nombreux insuccès, devait cependant toujours être faite lorsque, les autres moyens ayant échoué, l'asphyxie était imminente, et que, dans ces cas, le chirurgien manquait à son devoir en négligeant cette dernière ressource. »

Quant à ce que j'ai dit de la strabotomie, après avoir annoncé que je n'avais que trois insuccès sur quarante-huit opérés, j'ai dit que j'entendais par insuccès les cas dans lesquels l'œil n'était qu'imparfaitement redressé, et, après avoir fait mention des avantages qu'on retire de cette opération, j'ai indiqué les inconvéniens, parmi lesquels j'ai signalé l'un des plus fâcheux, en citant un exemple : « Une femme avait un strabisme double convergent très fort à gauche, très faible à droite ; je pratique l'opération à gauche, la malade voit double. Pensant alors que cette circonstance fâcheuse pouvait tenir à ce que l'œil qui n'avait pas été opéré était porté en dedans, tandis que l'autre était droit, pensant encore qu'elle pouvait voir double parce que les deux axes visuels n'étaient pas parallèles, je me décidai à opérer l'œil droit ; la rectitude eut lieu sur le champ, et, bien que maintenant les deux yeux soient droits, l'opérée continue à voir double. Ce fait est des plus importans pour les opérateurs, c'est pourquoi j'ai cru utile d'ajouter quelque chose à ce qui avait été dit dans le procès-verbal de la Société de médecine pratique.

Agréez, etc. P. Guersant,
Chirurg. de l'Hôpital des Enfans.

Ce 23 octobre 1841.

Paris, 22 octobre 1841.

Monsieur,

Une mort récente a enlevé à la Faculté de médecine de Paris, dans la personne de M. le professeur L.-J. Sanson, l'un de ses maîtres les plus justement honorés. La douleur d'une telle perte a été vivement sentie par tous ceux qui mettent quelque prix à la science et à ses travaux, à la dignité de la profession médicale, à l'union si rare d'un mérite supérieur et d'une inaltérable probité. Mais cette émotion s'est encore accrue, lorsqu'on a su que cet homme, si haut placé dans l'estime de ses confrères, après avoir vécu constamment dans la plus respectable pauvreté, avait à peine laissé à sa famille les ressources nécessaires pour subvenir dignement à ses funérailles. Une commission s'est formée sur-le-champ, qui, appelant à elle seule la plupart des personnes qui avaient connu le plus intimement M. Sanson, s'est empressée d'ouvrir une souscription, dont le produit sera employé à lui élever un modeste tombeau, où se perpétuera du moins le souvenir de ce dernier hommage rendu à sa mémoire. La commission est convaincue qu'il lui suffira de faire connaître un tel projet, pour en assurer le succès. Aussi est-ce avec une pleine confiance qu'elle s'adresse, dans ce but, à quiconque cultive la science ou pratique l'art de guérir, et surtout aux élèves et professeurs des diverses écoles de médecine, dont M. Sanson était le maître ou l'émule, ainsi qu'aux médecins et chirurgiens militaires, habitués encore à le compter parmi leurs anciens compagnons d'armes. Tous comprendront, sans doute, qu'il s'agit ici de l'honneur du corps médical, et, en s'associant pour l'accomplissement de ce pieux devoir, ils voudront prouver qu'il y a toujours dans les cœurs un profond sentiment de respect et de reconnaissance pour une noble vie, consacrée tout entière au service désintéressé de l'humanité.

Les souscriptions sont reçues, à Paris, par
MM. Grandidier, notaire, rue Montmartre, 148;
Veret, chef des bureaux à la Faculté de médecine de Paris;
J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;
Charrière, fabricant d'instrumens de chirurgie, même rue, 7.

A Strasbourg, par M. Forget, professeur de clinique médicale.
A Montpellier, par M. Dubreuil, professeur de la Faculté de médecine de cette ville.

Chomel, président de la commission.
Rayer, trésorier.
Royer-Collard, secrétaire.

Souscriptions déjà reçues. — MM. Chomel, 100 fr. Royer-Collard, 100 fr. Rayer, 100 fr. Cruveilhier, 100 fr. Bégin, chirurgien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, 50 fr. P. Dubois, 100 fr. Leroy-d'Etiolles, 100 fr. Michon, agrégé à la Faculté de médecine, 108 fr. Lallemand, professeur de la Faculté de Montpellier, 50 fr. Roche, membre de l'Académie royale de médecine, 50 fr. Melier, docteur en médecine, à Paris, 50 fr. Bouley, vétérinaire, 60 fr. Thierry, docteur en chirurgie, à Paris, 50 fr. J.-B. Baillière, libraire, 50 fr. Couture, médecin au Havre, 20 fr. M. Jacob, docteur-médecin à Paris, 10 fr. Robert, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 30 fr. Delacorbière, docteur-médecin à Paris, 10 fr. Noël Gueneau de Mussy, 50 fr. Vigla, docteur-médecin, 10 fr. Foville, docteur-médecin, 20 fr. Gosselin, docteur-médecin, 10 fr. Debrou, docteur-médecin, 10 fr. Baron père, docteur-médecin, 20 fr. Baron fils, docteur-médecin, 10 fr. Poumet, docteur-médecin, 20 fr. Dufresse-Chassaigne, 5 fr. Ch. Fabre, 10 fr.

Les améliorations à apporter dans la construction des écuries des quartiers d'artillerie et de cavalerie commencent à recevoir leur exécution à Paris, notamment dans les quartiers de la garde municipale. D'après ces nouvelles modifications, les écuries ne doivent plus comprendre qu'un rang de chevaux, et chaque cheval sera barré. Le président de la commission chargée de l'exécution et de la surveillance de cet important projet, est M. le lieutenant-général comte de Sparre, qui a pour adjoints M. Doguereau, lieutenant-général d'artillerie, membre de la Chambre des Députés, M. Oudinot, lieutenant-général d'artillerie, et M. Bertois, maréchal-de-camp du génie, membre de la Chambre des Députés et aide-du-camp du Roi.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner une médaille d'argent (grand modèle) à M. Renault, chicurgien de l'Asile des aliénés et vice-directeur du service de la vaccination de l'Orne, pour récompenser le zèle avec lequel il s'est livré (depuis treize ans) à la propagation de la vaccine dans ce département. Depuis dix ans, c'est la septième médaille que ce médecin vient de recevoir.

— On lit dans un journal snglais, le *Bristol-Times* (23 octobre) :
« Nous apprenons qu'il y a peu de jours se sont déclarés dans cette ville plusieurs cas de choléra très sérieux, ayant beaucoup d'analogie avec ceux de 1832. »

— L'Académie des Sciences, a renvoyé sa prochaine séance de lundi à mardi, à cause de la Toussaint.

M. Emile Marco-Saint-Hilaire, dans sa *Physiologie du Troupier*, a décrit la vie du soldat, depuis le Jean-Jean jusqu'à l'invalide, avec un esprit et une vérité remarquables. Les vignettes, dessinées par M. Vernier, sont toujours à la hauteur du texte. En un mot, auteur et dessinateur ont fait preuve de connaissance du métier dans ce petit livre, qui est un des plus jolis et des plus gais qu'ait publié l'éditeur Aubert.

Une des découvertes pharmaceutiques les plus précieuses et dont nous devons constater le succès, est celle de l'*Eau de Mars*, d'une efficacité d'autant plus remarquable contre les maux de dents, qu'elle diffère des odontalgiques connus par sa composition entièrement dégagée de substances corrosives. Elle est d'un goût agréable, d'un emploi facile, et procure une guérison instantanée sans produire de suites fâcheuses, telles que l'inflammation des gencives et la détérioration des dents saines.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 30 OCTOBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 131, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Les ateliers étant fermés dimanche et lundi, jour de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas mardi.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Des causes qui peuvent empêcher la pénétration dans la vessie des bougies destinées à dilater les rétrécissemens organiques. — Pénétration de la bougie dans un cul-de-sac. — Saillie du rétrécissement. — Diamètre du rétrécissement. — Spasme de l'urètre.

Dans les rétrécissemens du canal de l'urètre que l'on traite à l'aide de bougies à pointes fines, il arrive souvent que celles-ci, engagées avec précaution dans ce canal, ne peuvent pénétrer profondément, arrêtées qu'elles sont par un obstacle invincible situé à une distance plus ou moins considérable du méat urinaire. On peut rapporter à quatre chefs principaux les causes qui empêchent les bougies d'arriver jusque dans la vessie. Ces causes peuvent agir isolément, ou bien se réunir et se combiner de manière à rendre leur diagnostic un peu plus difficile. Nous allons essayer d'indiquer les caractères à l'aide desquels on pourra reconnaître chacune de ces causes, en même temps que nous tracerons les moyens propres à remédier à leurs effets.

1° *Culs-de-sacs et lacunes.*

La pointe de la bougie engagée dans l'urètre peut se dévier et pénétrer dans un de ces nombreux orifices dont l'ouverture, dirigée en avant, conduit obliquement dans les cavités en cul-de-sac, désignées sous le nom de sinus de Morgagni. Tout le monde sait que ces sinus peuvent être plus ou moins développés. (M. Cruveilhier en a vu qui avaient plus d'un pouce de longueur, *Anat. descr.*, t. II.) Ces culs-de-sac se rencontrent dans toute la longueur du canal de l'urètre, aussi bien dans la portion spongieuse que dans les portions membraneuse et prostatique de ce conduit, mais le plus ordinairement c'est à une petite distance du méat urinaire, c'est-à-dire entre ce dernier et le rétrécissement.

La bougie aura d'autant plus de chances de pénétrer à leur intérieur que ces culs-de-sac seront plus nombreux; que leurs orifices seront plus dilatés, et que la pointe de la sonde sera elle-même plus fine.

Lorsqu'on a affaire à ce genre d'obstacles, il faut retirer doucement la bougie de quelques lignes, lui faire exécuter en même temps quelques légers mouvemens de rotation destinés à changer sa direction, et l'enfoncer ensuite en cherchant autant que possible à éviter la paroi inférieure de l'urètre, où les lacunes et les culs-de-sac sont plus nombreux et plus développés qu'à la supérieure. De cette manière, on peut facilement franchir ces orifices sans s'y arrêter ; mais on n'y parviendra pas toujours si ces culs-de-sacs sont placés derrière le rétrécissement et entre ce dernier et la vessie ; et cela à cause de la difficulté que l'on éprouve à changer la direction de la bougie.

Dans ce dernier cas, au lieu d'une bougie à pointe fine, on doit en prendre une autre à peu près cylindrique, d'un calibre peu différent de celui du rétrécissement ; et c'est surtout dans ces circonstances que l'on voit souvent les chirurgiens ne pouvoir arriver dans la vessie avec les bougies du plus petit calibre, tandis qu'ils y pénètrent avec la plus grande facilité en se servant d'une sonde d'un volume égal à celui de la sonde d'argent ordinaire. Ce phénomène indique que l'on est arrivé à cette période du traitement où l'on ne doit plus employer les bougies emplastiques ou autres, mais bien au contraire des sondes pleines en étain, ayant une pointe obtuse, une courbure un peu forte, et un calibre proportionné à celui du rétrécissement. Celles-ci ont l'avantage de déplisser l'urètre, et par conséquent de diminuer les chances que l'on peut avoir de rencontrer des lacunes béantes.

2° *Saillie du rétrécissement.*

La bougie peut arcbouter contre le relief formé par le rétrécissement lui-même, qu'elle ne peut traverser.

Dans ce genre d'obstacle, la bougie n'est point pincée par le spasme de l'urètre, et se trouve arrêtée à la profondeur du rétrécissement, profondeur que l'on aura pu préalablement reconnaître à l'aide d'une bougie porte-empreinte. Si malgré la résistance que l'on éprouve, on continue d'enfoncer la bougie (et ceci s'observe surtout dans les cas où l'on emploie une bougie emplastique), celle-ci se replie sur elle-même en forme de zig-zag ; ce qui peut faire croire qu'elle a franchi l'obstacle et pénétré au-delà ; mais lorsqu'on la retire, ce qui ne se fait point ordinairement sans douleur, on s'aperçoit que au lieu d'avancer dans le canal, elle s'est repliée dans la cavité de ce dernier, et que les replis qu'elle forme sont d'autant plus nombreux et plus grands que l'on a poussé avec plus de force.

Cet obstacle est facile à éviter en inclinant légèrement l'instrument dans un sens ou dans un autre, et si, après quelques tâtonnemens, l'on ne réussit point à trouver l'orifice de cette espèce de diaphragme pathologique, on a tout lieu de soupçonner que la pointe de l'instrument est trop grosse pour l'ouverture. L'indication est donc d'en prendre une plus petite, qui soit en rapport avec le diamètre de l'orifice du rétrécissement.

3° *Trop petit diamètre du rétrécissement.*

La bougie pénètre facilement par sa pointe dans le rétrécissement ; mais à raison de sa forme conique, il arrive bientôt un moment où son diamètre devient trop considérable pour aller plus avant, bien que, quelquefois, la pointe ait pénétré dans l'intérieur de la vessie.

Cette résistance a pour caractère de ne point se faire sentir instantanément ; elle n'apparaît au contraire que progressivement, et augmente d'autant plus qu'on cherche à l'enfoncer davantage. Pour s'assurer que l'obstacle ne réside point dans la pointe de la bougie, il suffit de lâcher celle-ci et d'appuyer légèrement avec le doigt sur son extrémité ; la bougie ne tardera pas à ressortir, si elle se trouve pincée par le rétrécissement, tandis que si la pointe est repliée ou engagée dans un cul-de-sac de la portion membraneuse, la bougie tendra à rétrograder en vertu de l'élasticité qui lui est propre. Ce mouvement rétrograde est beaucoup plus remarquable, lorsque l'on a employé une bougie de gomme élastique.

Si l'on cherche à retirer la bougie, celle-ci cèdera sans grande difficulté, et présentera, en un point de sa longueur, une diminution dans son diamètre, une espèce d'étranglement analogue à celui que produit un anneau résistant sur un corps cylindrique tant soit peu malléable. Cette empreinte devient plus sensible encore, si l'on a employé une bougie emplastique. Elle constitue la preuve la plus évidente que la bougie a pénétré dans le rétrécissement et que son calibre est momentanément assez considérable.

4° *Spasme de l'urètre.*

Les contractions spasmodiques des parois de l'urètre peuvent diminuer ou même oblitérer ce canal presque complètement. Il faut bien se garder de croire que ces constrictions qui siégent le plus ordinairement dans la portion musculaire de l'urètre doivent être attribuées aux contractions musculaires : il se présente, en effet, assez fréquemment des cas dans lesquels la portion spongieuse est tellement sensible et irritable, qu'elle se resserre avec force sur la bougie, l'empêche d'avancer et quelquefois même la repousse au-dehors dès qu'on cesse de la maintenir.

Lorsque au contraire cette constriction est de nature musculaire, c'est le sphincter de l'urètre (Amussat) qui en est l'agent. Il est, comme l'on sait, constitué par les muscles bulbo-caverneux, les petits muscles de Wilson. Nous devons encore y ajouter quelques fibres du muscle transverse du périnée, de même que d'autres fibres irrégulières qui n'ont point reçu de nom particulier. On peut, le plus souvent, avec le doigt promené le long de la face inférieure de l'urètre, apprécier, à travers la peau, la contraction de ces différens muscles.

FEUILLETON.

CRITIQUE.

Ebauche du plan d'un Traité complet de physiologie humaine, par M. le professeur LORDAT.

Je pose en fait qu'il n'y a pas dix élèves de l'Ecole de Paris, — et je pourrais remonter plus haut qu'aux élèves, — qui puissent lire et comprendre cette brochure nouvelle de M. le professeur Lordat. Je me hâte d'ajouter que ce n'est pas leur faute, pas plus du reste que celle du célèbre professeur de Montpellier. Il faut vivre à l'époque d'indifférence générale où nous vivons, il faut, paresseux et blasés que nous sommes, accepter comme nous le faisons sans examen et sans preuves la réputation toute faite des hommes et des institutions, pour qu'un immense cri de réforme ne s'élève pas contre l'enseignement actuel de l'Ecole de Paris. C'est déplorable de sécheresse et de froideur. Des livres que l'on croirait écrits avec la pointe de quelque apophyse styloïde, tant ils sont secs et durs ; des leçons orales sans chaleur, sans animation, sans éloquence ; rien d'élevé, de senti, de pensé ; un terre-à-terre de collége communal ; la pâleur du cadavre et le froid du scalpel. Combien aussi est-il pénible à voir ce jeune élève abandonnant la vie littéraire et charmante des premières années pour s'asseoir sur les tristes bancs du grand amphithéâtre ! Quelles déceptions l'y attendent, et quelle contrainte il est forcé d'imposer à sa jeune imagination !

Il ne faut pas croire cependant que ce soit par impuissance que l'Ecole de Paris suit une pareille voie : c'est par philosophie, et la sienne est de n'en pas avoir. Elle possède des hommes de la plus grande valeur qui ont dû faire et qui ont fait les plus grands efforts sur leur nature pour ne pas sortir du cercle que la tradition a légué à son enseignement. Cet enseignement a eu son opportunité et sa raison d'être, alors qu'il fallait de toute nécessité éliminer de la science les théories hypothétiques et la métaphysique absurde qui en embarrassaient l'entrée. Mais aujourd'hui, cette indifférence pour tout ce qui n'est pas observation matérielle ; cette réserve pour les hautes études antropohologiques, autres que celles qu'on peut faire dans une salle de clinique ou dans une salle d'autopsie, n'ont plus de prétexte plausible ; de gré ou de force, l'école de Paris devra élargir son enseignement si elle ne veut pas rapidement déchoir du rang qu'elle a occupé dans les corps enseignans de l'Europe. Il est très vrai, par exemple, qu'un penseur de la force de M. Lordat y serait dépaysé, et que son enseignement y éprouverait tout l'incompris de la nouveauté sans peut-être en avoir le charme.

Je ne peux analyser ce qui n'est lui-même qu'une analyse ; la brochure de M. Lordat n'est, en effet, que l'exposé d'un plan et même que l'ébauche du plan d'un cours ou d'un traité de physiologie humaine. Je fais des vœux sincères pour que ce plan soit exécuté ; car si la Faculté de Montpellier possède un professeur de force à remplir ce cedre, si elle réunit des élèves capables de l'apprécier et de l'entendre, il n'y a aucun doute à élever sur la supériorité de cette école, et à bon droit elle peut redire sa devise : *Olim cos*, etc.

Une seule observation à M. Lordat, et elle sera bien douce : Je crains que sa nomenclature n'épouvante et ne rebute les lecteurs qui ne sont pas de Montpellier. Pourquoi ce luxe de néologisme et cette profusion de mots grecs qui, tant bien composés soient-ils, donnent au discours un air étrange et pédantesque, si éloigné de la simplicité et de la parfaite modestie de l'auteur ? M. Lordat, qui n'est pas seulement un éloquent professeur, mais encore un élégant et correct écrivain, doit laisser cette facile ressource à ces pauvres esprits qui croient avoir changé la face de la science, parce qu'ils ne ont changé la technologie.

Etude nouvelle des phénomènes généraux de la vie, ou Recherches sur la vitalité, l'organisation, les races humaines et animales, les forces ou puissances naturelles et morbifiques qui accompagnent les manifestations de la vie, etc,; par M. GABILLOT.

Ce volume doit être suivi de plusieurs autres, ce qui me fait frémir, tant j'ai éprouvé de peine à lire celui-ci. Ce doit être ma faute, à coup sûr, mais j'avoue n'avoir pas compris grand'chose à cet ouvrage. Voyez, lecteur, si par deux citations que je vais vous faire vous serez plus heureux que moi.

« On est tenté d'admettre trois classes d'individus : les uns, les plus simples par leur origine spontanée, se placent sous l'influence immédiate de ces causes physiques et chimiques qui les font naître et les entretiennent ; les deux autres classes ne seraient séparées qu'en raison des degrés de vitalité qui les animent, car toutes deux demandent un acte vital particulier, une génération spéciale, pour être reproduites. C'est justement sous ce rapport que les animaux et les végétaux témoignent l'essentialité de leur organisation dont les élémens éclosent des principes qui sont extraits des individus chargés de la multiplication de l'espèce...... »

« La vie est une faculté accordée pendant un temps déterminé à certaines substances composées de matières fluides et solides agglomérées ou développées successivement à l'aide des mêmes principes ou forces déjà créées, ou naissant spontanément par les forces physico-chimiques environnantes. »

Tout ce volume — et il a 500 pages — est écrit dans ce style clair et net. Cela est fâcheux, car l'auteur est certainement un homme fort instruit, et qui a long-temps médité sur le sujet de son livre. Ce n'est pas tout d'avoir des idées, il faut encore les rendre accessibles à l'intelligence du lecteur.

Le but de M. Gabillot est de détruire cette opinion généralement accréditée, que les corps organisés vivans se détruisent et se recomposent sans cesse ; opinion que Cuvier a formulée ainsi : « La vie est un tourbillon plus ou moins rapide, plus ou moins compliqué, dont la direction est constante, et qui entraîne toujours les molécules de même sorte, mais où les molécules individuelles entrent, et d'où elles sortent continuellement. » D'où, par une de ces grandes vues si familières à notre grand naturaliste, il avait déduit cette loi : « que la forme du corps vivant lui est plus essentielle que sa matière ». Pour M. Gabillot, cette opinion est tout à fait gratuite, dénuée de preuves et en opposition avec les faits observables. Dans une série d'objections puisées dans l'histoire naturelle générale, dans l'anatomie, dans la physiologie, la psychologie et la pathologie, il cherche à prouver que les corps vivans ne perdent plus aucune parcelle de leur individualité quand une fois elle a acquis son développement régulier et parfait. Entre autres preuves, M. Gabillot invoque la persistance des cicatrices et du tatouage, la mémoire, la vieillesse et la mort sénile, tous phénomènes qui ne devraient pas exister si le corps vivant, comme l'a dit un physiologiste, Richerand, je crois, était semblable au vaisseau des Argonautes, qui avait été si souvent radoubé qu'il ne restait plus un seul petit fragment du vaisseau primitif.

Cette question est neuve et du plus grand intérêt. Il est bien regrettable que M. Gabillot n'ait pas confié son manuscrit à un homme plus habitué qu'il ne paraît l'être à produire avec clarté des développemens scientifiques. Plusieurs confrères parisiens auraient pu lui dire comment cela se pratique. Il est certain qu'avec les matériaux instructifs et intéressans que possède l'auteur, on aurait pu faire un très bon livre ; tandis qu'il m'a paru si obscur que je m'abstiens de toute appréciation, tant je craindrais d'avoir mal compris.

Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques; par M. H. GIRARD (de Lyon).

Discussion estimable, qui ne contient cependant aucune application nouvelle et dont la partie thérapeutique laisse beaucoup à désirer. Plusieurs observations citées par l'auteur, notamment les deux premières, sont évidemment tout autre chose que des affections hystériques. L'auteur me paraît aussi accepter avec une foi trop naïve les résultats expérimentaux des vivisections. Veut-il, par exemple, prouver l'influence du cerveau sur les sécrétions, il raconte après Burdach que « la sécrétion urinaire se supprima chez des lapins auxquels on avait coupé la tête. » J'avoue que le contraire serait beaucoup plus surprenant.

Le chirurgien reste averti qu'il a affaire au spasme de l'urètre, lorsque tout à coup sa bougie sera pincée si fortement, qu'il lui sera tout à fait impossible de la faire avancer ni reculer, en un mot exécuter aucun mouvement de va ou de vient. Nous nous trompons cependant, quand nous disons aucun mouvement, car cette immobilité n'est que relative. La bougie peut, en effet, s'enfoncer de quelques millimètres, mais, avec un peu d'habitude, on s'aperçoit bientôt que c'est un mouvement de totalité exécuté non point par la bougie seule, mais bien au contraire par le canal de l'urètre qui, faisant corps avec le cylindre placé dans sa cavité, peut se déplacer et se mouvoir dans le tissu cellulaire lâche dont il est enveloppé.

Lorsqu'on a ainsi déplacé la partie de l'urètre contractée spasmodiquement sur la bougie, celle-ci rétrograde à cause de l'élasticité de l'urètre et non plus en vertu de l'élasticité du tissu propre de la bougie. Ce mouvement diffère tellement de celui que l'on observe dans le cas où la pointe de la bougie est arrêtée dans une lacune, que le chirurgien le plus inexpérimenté le distinguera à l'instant.

Ces contractions spasmodiques ont pour caractère essentiel de ne durer que très peu de temps ; elles cessent ordinairement au bout de quelques minutes, aussi doit-on bien se garder de chercher à introduire la bougie plus profondément ; car si l'on prolongeait ces efforts, on augmenterait de plus en plus l'irritabilité, et l'obstacle ne pourrait être franchi. Tout le monde, au contraire, a remarqué que dans ce cas, après avoir suspendu les tentatives pendant deux ou trois minutes, en laissant la bougie dans l'urètre, on la faisait ensuite pénétrer facilement sans employer un grand degré de force.

Le spasme de l'urètre se remarque surtout chez les individus très irritables ; mais pour qu'elle devienne sensible, il faut qu'il existe une irritation quelconque dans le canal ; peu importe que cette irritation vienne de la pointe de la bougie, engagée ou non dans un cul-de-sac, ou d'une phlogose urétrale due aux rétentions d'urine qui accompagnent quelquefois les rétrécissemens organiques de l'urètre. Disons, toutefois, que cette inflammation, due à l'accumulation de l'urine derrière le rétrécissement, s'observe assez rarement : dans ce cas, le chirurgien, avant d'employer les bougies, devra traiter cette complication en ayant recours aux antiphlogistiques, tels que cataplasmes émolliens, bains, sangsues, etc.

Tous les individus ne sont pas également irritables ; il existe à cet égard les plus grandes différences, et chaque individu a son urètre plus ou moins irritable suivant un grand nombre de circonstances difficiles à apprécier. Ainsi, l'on pénètre un jour sans difficulté là où la veille la bougie a été pincée spasmodiquement, et où le lendemain elle doit éprouver un obstacle invincible. Il ne faut cependant pas exagérer la fréquence de ces variations ; « ce serait une défaite par trop commode aussi » pour les personnes inhabiles, que d'admettre comme elles » le font des contractions spasmodiques, par cela seul qu'il » leur est impossible d'arriver jusque dans la vessie. » (Velpeau, Médecine opératoire, tome IV.)

On peut jusqu'à un certain point prévenir ou au moins diminuer les effets de cette irritabilité, en détournant avec soin l'attention du malade et en lui donnant des médicamens narcotiques. Ainsi, à l'intérieur, on lui donnera des potions opiacées ; à l'extérieur, le malade pourra faire dans la région périnéale et le long du canal de l'urètre des frictions avec la pommade suivante :

Pr. Extrait de belladone,	4 grammes.
Axonge,	30 grammes.

Les Anglais emploient de préférence le cérat d'extrait de belladone, ainsi composé :

Pr. Extrait de belladone,	15 grammes.
Cérat ordinaire,	15 grammes.

On pourra de même employer les préparations de jusquiame (hyoscyamus niger), avec la précaution d'employer une dose double à celle de la belladone pour une même quantité d'axonge.

Ces préparations serviront encore à enduire la bougie que l'on doit placer dans l'urètre.

Il est encore un cas qui ne laisse pas quelquefois de présenter des difficultés ; c'est celui où la contraction musculaire se combine avec la pénétration de la pointe de la bougie dans un sinus de la prostate. On doit alors chercher à reconnaître la position de cette lacune pour l'éviter, si c'est possible, soit en faisant changer la position du malade, soit en se servant d'une bougie emplastique dont on a un peu courbé la pointe.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Hémiplégie gauche récente. Pneumonie gauche. Mort au bout d'un mois. Ancien foyer hemorrhagique. Hypertrophie du cœur. Observation recueillie par M. MASCAREL, interne.

Un homme âgé de quarante-deux ans entre à l'hôpital Necker pour une hémiplégie, le 7 février 1840 ; il se plaint de tousser depuis plus de vingt ans. Plusieurs fois il a craché du sang ; la respiration est gênée.

Il y a deux jours, étant aux lieux d'aisance et baissé pour satisfaire un besoin, il se sentit tout à coup paralysé de tout le côté gauche du corps, sans perdre connaissance un seul instant. Auparavant, il éprouvait depuis plusieurs mois des étourdissemens, des battemens et tintemens d'oreilles, sans céphalalgie violente. Une saignée, des sangsues, n'amenèrent aucune amélioration dans la paralysie.

Depuis lors, il conserva une douleur vers l'occiput, et pendant quelques jours seulement il eut des battemens dans la région temporale droite.

Etat actuel. Taille moyenne, constitution sanguine, peu d'embonpoint, chairs flasques, cheveux noirs, coucher en supination, face rosée, pupille gauche un peu dilatée, mobile ; vue intacte.

La bouche est déviée à droite, ce qui est bien marqué quand le malade veut rire ; l'aile droite du nez est plus dilatée que la gauche ; la langue n'est pas déviée ; la luette se porte un peu du côté droit.

Le membre thoracique gauche est complètement immobile ; soulevé, il retombe comme un corps inerte. Le membre inférieur gauche n'est pas aussi complètement paralysé, les orteils sont mobiles, tandis que les doigts de la main sont demi-fléchis et immobiles.

Anesthésie incomplète dans toute la partie privée de mouvement. Le goût est conservé ; mais lorsque le besoin de rendre les urines ou les matières fécales se fait sentir, le malade ne peut résister comme autrefois.

Le thorax n'est examiné qu'imparfaitement ; le bruit respiratoire est faible en arrière ; à droite, il n'y a ni expiration prolongée, ni respiration bronchique nulle part.

La toux est assez fréquente, les crachats sont opaques, jaunâtres.

Les battemens du cœur sont réguliers, forts ; le pouls est lent, sans chaleur à la peau, il est régulier et fort.

Les fonctions digestives sont peu troublées.

Plusieurs jours se passent sans aucun changement ; puis, sous l'influence des purgatifs, d'un vésicatoire au col sur la partie latérale, et de la strychnine à la dose de trois centig. d'abord, puis trois, quatre, et peut être aussi du temps, le mouvement commence à reparaître dans le membre abdominal, si bien que le 1er mars le malade peut fléchir la jambe sur la cuisse.

Le 3 mars une pleuro-pneumonie se développe et emporte le malade, malgré les émissions sanguines locales et générales, et plusieurs doses de tartre stibié :

4 décigrammes d'abord, puis
6 décigrammes, puis
1 gramme.

La mort arrive le 7 mars.

Autopsie 42 heures après la mort. Température basse.

Crâne. Les sinus de la dure-mère renferment du sang liquide noirâtre.

Les membranes du cerveau s'enlèvent facilement ; peu de sérosité dans l'arachnoïde et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

La substance du cerveau est généralement ferme ; on remarque seulement sur la partie antérieure et externe du lobe postérieur, près de la scissure de Sylvius et sur la partie correspondante de la base du cerveau, c'est-à-dire de l'extrémité postérieure du lobe frontal droit, une coloration jaune très pâle, et une mollesse comme fluctuante. La pie-mère n'adhère pas sur ces parties ; en incisant sur ce point, on pénètre dans une sorte de cavité anfractueuse, remplie de sérosité limpide ; les parois de ce kyste sont d'une couleur jaune pâle, avec des stries d'un rouge amarante, et le tissu cérébral présente un aspect comme raréfié. Ce ramollissement, ancienne trace d'un foyer hémorrhagique datant d'un mois, se prolonge jusqu'à la partie externe et postérieure de l'écorce du corps strié ; la couche optique du même côté est tout-à-fait intacte.

Les autres parties de l'encéphale ne présentent rien de remarquable.

Thorax. Le péricarde est sain. Le cœur, volumineux, présente une épaisseur de près de deux centimètres dans le ventricule gauche, au niveau de la partie moyenne de sa hauteur. L'aorte et les orifices sont libres.

Traces de pleuro-pneumonie passée au troisième degré. Pas un seul tubercule dans les poumons ni dans les ganglions bronchiques. Nombreuses adhérences celluleuses et filamenteuses du poumon droit à la plèvre costale, au-dessous du sein et en arrière.

La membrane muqueuse des bronches du poumon hépatisé était couleur lie de vin.

La membrane muqueuse de l'estomac et le foie ne présentaient rien de particulier.

Cette observation prouve combien il importe de se mettre en garde contre le développement de la pneumonie chez les malades atteints d'affection cérébrale apoplectiforme. Ce n'est que plusieurs jours après l'arrivée de ce malade dans nos salles que la pneumonie a pris naissance, probablement sous la seule influence de la position dorsale. Une congestion passive, en quelque sorte toute mécanique, s'est établie dans les poumons ; la splénisation s'est emparée de celui du côté gauche, et a été promptement suivie de l'hépatisation grise. Peut-être aussi que le trouble apporté dans la circulation nerveuse par suite de la paralysie n'est pas sans influence sur la production de la maladie.

Les lésions anatomiques du cerveau comparées aux symptômes et analysées scrupuleusement, viennent donner un démenti formel à la doctrine des physiologistes qui, fractionnant gratuitement la masse cérébrale, se sont plu à regarder chaque partie de l'encéphale comme destinée à remplir des fonctions propres.

C'est ainsi que nous avons trouvé la couche optique parfaitement saine, quoiqu'il y eut abolition complète du mouvement dans les membres thoraciques du côté opposé. Faut-il en conclure maintenant, avec MM. Foville et Pinel-Grandchamp, que la couche optique préside aux mouvemens des membres supérieurs ?

Les artères cérébrales n'étaient pas altérées, ainsi que les orifices du cœur et ses valvules, l'aorte et les gros troncs qui en partent ; cependant, il existait une hypertrophie du ventricule gauche, et cette hypertrophie, quelle qu'en fût la cause, n'a peut être pas été sans influence sur la production de l'hémorrhagie cérébrale.

Cette augmentation dans la force systolique ventriculaire, dont l'effet était de projeter le sang avec plus d'intensité vers l'extrémité céphalique, était bien capable de donner lieu à ces vertiges, à ces battemens d'oreilles qui existaient depuis quelque temps avant le raptus hémorrhagique. Remarquons, à cette occasion, dans quelles circonstances s'est effectué ce raptus : c'est au milieu d'un effort, c'est en allant à la garderobe que le malade se sent défaillir, qu'il tombe, qu'il se voit paralysé de tout un côté du corps, et cela sans perdre connaissance. Invoquer ici le ramollissement hémorrhagique pour expliquer la céphalalgie, les vertiges, etc., n'est-ce pas raisonner sur un inconnu, tandis que l'on a sous les yeux une cause toute physique, toute mécanique.

Les hypertrophies du ventricule gauche du cœur ont donc une influence sur la production des hémorrhagies cérébrales toutes les fois du moins qu'il n'existe aucun obstable au cours du sang, soit à l'orifice aortique, soit dans l'aorte ascendante. Ces obstacles, il faut en convenir, on les rencontre bien plus souvent qu'autrefois, sans doute parce qu'on les cherche mieux, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est des hypertrophies du cœur qui reconnaissent une autre origine, et qui, par cela même augmentent d'intensité la force de la circulation céphalique : le fait que nous venons de rapporter en est un exemple.

Il a déjà été fait une courte mention de ce fait dans ce Journal (avril 1840), à l'occasion d'une réponse de M. Bricheteau à un résumé clinique de M. Gendrin, dans lequel ce dernier n'admettait pas l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur comme cause de l'apoplexie, attribuant dans ce cas l'épanchement sanguin à une lésion des vaisseaux cérébraux, qui jusqu'à présent n'a pas été établie par des faits. L'explication donnée par M. Bricheteau, dans laquelle il attribue l'épanchement sanguin cérébral à l'impulsion trop forte du ventricule gauche, repose au contraire sur un grand nombre d'observations qu'il a successivement publiées dans le Journal complémentaire des sciences médicales (année 1819) et dans le premier volume de sa Clinique de l'hôpital Necker.

A la suite de cette observation, qui fut l'objet de beaucoup de remarques et d'une assez longue discussion, M. Bricheteau citait un autre cas analogue (venant fort en aide à son opinion) rapporté dans un mémoire qui fait partie des archives de l'Académie de médecine.

Un séminariste de dix-neuf ans, d'une forte constitution, qui avait eu déjà huit mois auparavant une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie, et qui depuis cette époque se plaignait souvent de céphalalgie, de palpitations de cœur, et faisait de fréquentes chutes en courant, tomba mort le 18 avril 1836, en jouant aux barres et après avoir tourné plusieurs fois sur lui-même.

A l'ouverture du corps, on trouva le crâne d'une épaisseur considérable et d'une extrême dureté. L'arachnoïde, antérieurement, était très épaisse et adhérente à la pie-mère. Les vaisseaux méningiens étaient gorgés de sang noir.

Le cerveau avait sa consistance naturelle ; la substance blanche était légèrement sablée. Les ventricules latéraux étaient pleins de sérosité jaunâtre ; le canal rachidien en contenait également beaucoup.

L'hémisphère gauche du cerveau présente, en dehors de la couche optique, un ancien foyer apoplectique pouvant contenir une amande. Le sang qui s'y était épanché avait déjà été en grande partie absorbé ; les parois de ce foyer, de couleur jaunâtre, sont solides et commencent à contracter des adhérences entre elles.

Le péricarde contenait environ 90 grammes de *sérosité* ; la membrane séreuse était injectée.

Le volume du cœur était doublé ; le ventricule droit avait été fortement dilaté, sans amincissement ; celui du côté gauche, très hypertrophié d'une manière concentrique, et sa cavité aurait à peine contenu une petite noix. Les ouvertures, d'un assez grand diamètre, n'offraient aucune altération, non plus que les valvules, etc.

Ce fait réunit toutes les conditions désirables pour faire ressortir l'influence de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur sur la production de l'apoplexie. Jeunesse, constitution vigoureuse, habitude des exercices violens ; aussi, dès l'âge de sept ans avait-il eu une forte attaque d'apoplexie avec épanchement sanguin dans le cerveau. Cet épanchement, entouré d'un kyste, avait été en partie absorbé, lorsqu'une impulsion continue et toujours croissante des parois musculaires du cœur sur le sang, y détermina de nouvelles congestions et un épanchement séreux mortel.

Il importe aussi de remarquer que les orifices cardiaques agrandis, libres, les valvules très mobiles, livraient un passage facile au sang poussé avec violence au cerveau, et qu'aucun obstacle n'en pouvait modérer l'impulsion.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Traitement des bubons.

Dans la thérapeutique des bubons, M. Ricord place en première ligne les soins prophylactiques, qu'il varie nécessairement en raison de la diversité des causes qui peuvent amener l'adénite. Ainsi, d'une manière générale, sans tenir compte d'abord de sa nature particulière, tout accident qui peut devenir la cause d'un bubon, s'il est accompagné d'inflammation, réclame la médication antiphlogistique en rapport avec son état.

Le malade est soumis au repos autant que possible, et dans son régime, comme dans son traitement, on évite surtout les excitans. Toutefois nous dirons ici, pour ce qui a trait à la

cautérisation des chancres, que des centaines d'observations nous ont prouvé que l'accusation portée contre le nitrate d'argent, d'être une cause fréquente du développement des bubons, est bien loin d'être aussi positive que ce que l'on a bien voulu dire.

Sur la totalité des individus affectés de chancre qui sont traités dans le service de M. Ricord, près des trois quarts sont cautérisés avec le nitrate d'argent chaque jour ou bien à des intervalles variables selon les exigences particulières indiquées, et nous pouvons affirmer que l'on rechercherait vainement dans ses salles un seul malade chez lequel ce traitement soit devenu la cause d'une adénite. Nous dirons plus, nos tables d'observation, qui portent aujourd'hui sur un relevé de dix années, ne peuvent nous fournir un seul fait dans lequel le nitrate d'argent puisse être positivement inculpé à cet égard, bien entendu lorsque son application est faite selon les règles établies par M. Ricord pour le traitement des ulcères syphilitiques à leurs diverses périodes.

C'est aussi d'après ces considérations que, dans le service de clinique de l'hôpital du Midi, on est loin de se priver de l'un des agens les plus actifs dans la thérapeutique du chancre ; car, en face des vérités que nous signalons, et dont chacun peut venir se convaincre, il serait permis, ce nous semble, d'attribuer justement à telle ou telle méthode les accidens qu'elle rapporte à l'usage d'un médicament dont elle abuse. De nombreuses recherches comparatives nous ont permis d'établir que la cautérisation, lorsqu'elle est indiquée, peut être également appliquée, de manière à atteindre le but que l'on se propose, soit sur tout chancre, soit sur toute plaie simple des organes génitaux, sans que l'on puisse craindre qu'elle devienne la cause déterminante de l'adénite.

Du reste, en général, la meilleure thérapeutique est celle qui fait disparaître le plus vite les symptômes d'une maladie qui, pendant tout le temps qu'elle persiste, peut, soit en vertu de sa nature, soit par suite de complications accidentelles, devenir la cause de l'adénite. A cet égard, dans le traitement des chancres, les nouvelles expériences de M. Ricord permettent d'établir que parmi les caustiques, la première place doit être accordée à la pâte de Vienne.

Mais si les soins prophylactiques demeurent impuissans, ou bien que le malade se présente avec les premiers symptômes d'un engorgement ganglionnaire, le traitement abortif est d'abord mis en pratique en tenant compte, pour le bien diriger, de l'action particulière due à la nature des causes. Quelques abortifs peuvent bien être appliqués d'une manière presque générale; mais le plus souvent il suffit d'une juste appréciation des symptômes antécédens, pour se dispenser de tenter des essais qui feraient perdre un temps précieux ou pourraient aggraver la maladie.

Quoi qu'il en soit, dès le début de l'adénite, M. Ricord prescrit le repos absolu et un régime approprié à l'état général du sujet. Si les premiers symptômes de la maladie se présentent avec les caractères d'une vive acuité, vingt ou trente sangsues appliquées sur le point douloureux, des bains et des fomentations émollientes peuvent souvent enrayer sa marche, et ce n'est que très rarement qu'il est nécessaire de recourir à la saignée générale.

Lorsqu'il existe peu de douleur et que la tension ganglionnaire est encore légère, les applications de glace réussissent assez souvent; mais pour peu que la douleur augmente, que la tumeur prenne de l'accroissement, il faut se hâter d'abandonner un moyen devenu insuffisant, et qui pourait amener de notables accidens. Tout en reconnaissant l'utilité des applications du froid, M. Ricord a rarement recours à ce moyen dans les salles de l'hôpital ; car chez presque tous les malades qui entrent au début de leur affection, il est facile et plus commode d'employer des abortifs tout aussi énergiques.

Après les applications de glace, nous devons signaler la compression comme donnant de très bons résultats. Mais pour réussir, il faut qu'elle ne détermine pas de douleur. D'abord légère, son intensité doit augmenter peu à peu. Mais quel que soit l'appareil que l'on emploie, que l'on ait recours au bandage en spica, ou bien au compresseur adopté par M. Ricord, comme infiniment plus commode, en ce qu'il permet la liberté des mouvemens, et que l'on peut instantanément graduer son action, il faut insister sur le repos, et le malade doit garder le lit.

La méthode combinée de la compression et du calorique à l'aide d'une brique chaude, moyen que l'on a voulu recommander comme presque certain, n'a présenté, après des essais faits dans les circonstances les plus favorables, aucune série de faits qui pussent engager à lui donner la préférence sur la compression seule appliquée d'une manière méthodique. Aussi M. Ricord y a-t-il presque complètement renoncé.

La cautérisation du bubon à l'aide d'un plumasseau de charpie imbibé d'une solution de sublimé, et que l'on applique sur la peau dénudée de son épiderme par un vésicatoire, a été le sujet de nombreuses expériences; et, comme méthode abortive, ce procédé, inventé par MM. Renault et Malapert, bien qu'il ait quelquefois procuré des succès, ne saurait être adopté d'une manière générale. Si l'adénite est le résultat de l'action directe du virus syphilitique, il échoue presque à coup sûr, et dans les cas simples, il fait presque toujours payer par des douleurs intolérables une guérison qu'on peut alors obtenir d'une manière aussi certaine et bien plus douce. Enfin, les cicatrices disgracieuses et indélébiles qui résultent de la cautérisation par le sublimé, doivent être comptées, avec raison, parmi les motifs qui ont presque complètement fait abandonner, à l'hôpital du Midi, la méthode de MM. Renault et Malapert dans le traitement abortif des bubons.

Parmi les moyens que M. Ricord emploie de préférence pour arrêter le développement des bubons, nous devons citer l'application des mercuriaux soit localement, soit comme médication générale, selon les indications particulières. L'action résolutive directe du mercure est surtout mise à profit dans le cas de bubon indolent, et le mode auquel M. Ricord donne la préférence, consiste dans l'application d'un vésicatoire que l'on panse deux fois par jour avec un gramme d'onguent mercuriel; en même temps on tient les parties recouvertes d'un cataplasme, que l'on renouvelle trois ou quatre fois par vingt-quatre heures.

Du reste, si, pour arriver à une juste appréciation de la valeur et de l'opportunité des moyens abortifs que l'on peut opposer aux premiers symptômes précurseurs de l'adénite, on étudie l'action réelle des diverses causes qui peuvent les produire, on demeurera convaincu que bien souvent l'insuccès des méthodes proposées n'est dû qu'à leur application trop générale, et sans tenir compte de la nature particulière de la maladie ; les sangsues, le froid, la compression pourront, dans la plupart des cas, et avec facilité, s'opposer au développement des bubons reconnaissant pour causes une blennorrhagie, une plaie simple, un ulcère non virulent ; tandis que la médication abortive la mieux dirigée échoue si souvent lorsqu'il s'agit d'une adénite sous l'influence du chancre fournissant un pus inoculable, qu'il est presque permis de croire que les rares succès que l'on obtient alors doivent être rapportés plutôt aux bubons dépendant de l'inflammation de l'ulcère, qu'à ceux qui résultent de l'action du principe spécifique.

Enfin, le mercure, tout puissant pour arrêter la production des engorgemens ganglionnaires appartenant aux premiers symptômes de la syphilis constitutionnelle, ne peut ailleurs offrir que les avantages bien moins positifs dus à son action résolutive; tandis que nous le voyons reprendre toute sa valeur spécifique dans les cas mixtes, en suppléant autant à l'insuffisance de l'abortif qu'on lui associe, que ce dernier supplée à la sienne. R......

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ : ORGANISATION CÉRÉBRALE DÉFECTUEUSE DE LA PLUPART DES CRIMINELS, LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE PAR LE DOCTEUR VOISIN, ET SUR UNE VISITE PHRÉNOLOGIQUE FAITE PAR CE MÉDECIN DANS LA MAISON DES JEUNES DÉTENUS.

(Suite et fin du numéro précédent.)

Hâtons-nous donc de revenir à notre objet principal, et nous allons parler maintenant de la visite faite à la Maison des jeunes détenus par M. Voisin, en présence de la commission nommée par l'Académie. On va donc voir les principes ou la théorie de cet observateur soumis au creuset de l'application pratique, et en quelque sorte aux prises avec l'expérience.

Cette visite eut lieu le 17 du mois de février 1839. Avec nous y assistaient MM. Boullon et Poutignac de Villars, le premier directeur, le second, greffier de l'établissement. On conçoit que la présence et le concours de ces deux chefs de l'établissement étaient indispensables, puisqu'eux seuls connaissaient les moyens intellectuels et les qualités morales des individus sur lesquels M. Voisin allait exercer ses connaissances et ses opération phrénologiques. Eux seuls pouvaient par conséquent nous apprendre si les jugemens portés par M. Voisin étaient ou n'étaient pas conformes à la vérité. Nous ferons connaître plus loin leur témoignage tel qu'il est constaté dans les deux lettres ci-jointes adressées au président de la commission. Nous les remercions publiquement de l'empressement dont ils ont fait preuve.

400 jeunes détenus comparurent au tribunal phrénologique de M. Voisin : ils défilèrent un à un devant la commission réunie dans une grande salle de l'établissement. Après avoir rapidement exploré de l'œil et de la main la tête de chacun d'eux, M. Voisin en fit deux grandes parts, selon qu'il les trouva plus ou moins propres à la démonstration de sa thèse. Parmi ceux dont il fit choix, il établit deux nouvelles divisions, et anticipant en quelque sorte sur les temps où ils auront à subir leur dernier jugement, suivant qu'il les trouvait *bons* ou *mauvais*, je veux dire bien ou mal dotés par la nature, M. Voisin leur disait : Passez à droite, ou, passez à gauche.

C'était pour la première fois, si je ne me trompe, qu'une commission de société savante assistait à une expérience aussi grave, aussi délicate, j'ai presque dit aussi solennelle.

Toutefois, le jugement de M. Voisin n'était pas sans appel, et il pouvait être cassé à la fin même de la séance. Mais poursuivons.

Lorsque les *bons* et les *mauvais* eurent été ainsi phrénologiquement séparés en deux grandes divisions, et placés dans une vaste cour, M. Voisin les passa de nouveau en revue, et il les subdivisa en quatre catégories dont les deux extrêmes contenaient les meilleurs et les plus mauvais, tandis que les deux séries intermédiaires se composaient de ceux qui tenaient une sorte de *juste-milieu* entre les autres.

La quatrième ou dernière série, consacrée aux meilleurs, et, s'il est permis de le dire, aux *élus*, ne comptait que 25 individus, c'est-à-dire un peu moins d'un dixième. Là aussi il y avait donc beaucoup d'appelés, mais peu d'élus : *multi vocati, pauci verò electi*. La première catégorie, affectée aux *plus mauvais*, était formée de 61 sujets, et partant plus que double de la première. Les deux catégories intermédiaires comprenaient 168 sujets, par conséquent un peu plus que le double des deux catégories extrêmes réunies. La moins mauvaise de ces deux catégories se composait de 77 individus, tandis que l'opposée en offrait 91 : en sorte que le génie du mal l'emportait encore ici un peu sur celui du bien.

Quoi qu'il en soit, en admettant dès à présent, et nous verrons après plus ample informé que cette hypothèse est justifiée par les faits, en admettant, dis-je, que les catégorisations de M. Voisin ne se trouve pas en défaut, nous constatons que dans l'établissement des jeunes détenus la loi *naturelle* en vertu de laquelle les individus médiocres ont pour eux la faveur du nombre, trouve son application pleine et entière. En ne considérant cette petite société que sous le rapport intellectuel, elle ne nous montre que trop clairement une vérité un peu sévèrement exprimée dans ce vers si connu de l'un de nos poètes les plus spirituels :

« Les sots depuis Adam sont en majorité, »

lequel vers je me garderais bien de rappeler, si je ne parlais devant un auditoire qui ne se compose que d'hommes d'esprit. Ainsi, Andrieux, sans être phrénologiste, ou l'étant du moins sans le savoir, pensait absolument comme M. Voisin sur la rareté des *géans* d'esprit, et même des simples *gens* d'esprit.

Après que les 254 jeunes détenus choisis eurent été définitivement classés comme nous venons de le dire, il s'agissait de savoir si cette répartition était bien conforme à la vérité, et si les jugemens de notre Minos phrénologique ne seraient pas en opposition avec les déclarations de MM, Boullon et Poutignac de Villars, l'un directeur, l'autre greffier de l'établissement, lesquels connaissaient par une longue expérience le caractère intellectuel et moral, l'*esprit et le cœur* des sujets soumis à l'examen de M. Voisin. La commission se rendit avec ces messieurs dans le salon de l'établissement, et là, priés par le président de la commission de vouloir bien s'expliquer franchement sur le résultat de l'expérience faite par M. Voisin, MM. Boullon et Poutignac de Villars déclarèrent que ce résultat était, à très peu de choses près, l'expression de ce qu'ils savaient eux-mêmes sur les dispositions intellectuelles et morales des individus examinés. Alors, M. Voisin dont vous connaissez. Messieurs, la vive et brillante imagination, M. Voisin, qui réunit dans sa personne les talens du philosophe observateur et la verve du poète, se lève, comme saisi d'un transport d'enthousiasme, et avec cet accent qu'inspire la foi la plus fervente, il s'écrie : Messieurs, d'après la déclaration que vous venez d'entendre, *ou je suis sorcier ou j'ai une science!* Après quelques observations présentées à M. Voisin par quelques-uns des commissaires, M. le président de la commission engagea MM. Boullon et Poutignac de Villars à lui adresser une lettre dans laquelle ils confirmeraient par écrit ce qu'ils venaient de déclarer verbalement. Ces messieurs promirent, et la commission se retira.

MM. Boullon et Poutignac de Villars furent fidèles à leur promesse, et j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie les lettres qu'ils ont adressées au président de la commission, lesquelles lettres resteront annexées à ce rapport comme pièces justificatives. Permettez-nous, Messieurs, de vous lire le texte même de la déclaration de ces deux messieurs, relativement aux jeunes détenus classés par M. Voisin de la manière indiquée plus haut. Nous commençons par celle de M. Boullon, directeur de l'établissement : « Dans la première division (c'est celle où M. Voisin avait placé les plus *mal-dotés* ou *mal-nés*), dit M. Boullon, se trouvaient dans une *très grande proportion* les mauvais sujets de la maison. Par cette dénomination, il faut entendre non-seulement ceux qui se font remarquer par leur insubordination ou leurs penchans vicieux, mais encore ceux dont les facultés intellectuelles paraissent le plus bornées, et desquels on obtient le moins de succès, soit pour l'éducation industrielle, soit pour l'instruction élémentaire.

» La deuxième et la troisième division (celles que M. Voisin avait affectées aux têtes médiocres de l'établissement) m'ont paru ne pas offrir entr'elles de différences bien tranchées. Elles se composaient en général de sujets fort médiocres.

» Enfin, la quatrième divisions (celle où M. Voisin avait rangé les meilleurs sujets de l'établissement, les *mieux-dotés* ou les *mieux-nés*) se composait *presque exclusivement* des enfans qui se sont signalés comme les plus dociles, les plus laborieux et les plus intelligens. Dans cette division figuraient la plupart de ceux qui sont employés comme moniteurs à l'école, ou comme contre-maîtres dans les ateliers. »

Passons maintenant à la déclaration ou au témoignage de M. Poutignac de Villars : « Dans la première classe se trouvaient réellement, dit-il, tous ceux qui sont le moins favorisés sous le rapport intellectuel et moral.

» Les différences entre la deuxième et la troisième classes sont peu tranchées, mais elles le seront si nous les rapprochons de la quatrième qui se composait de ce qu'il y a de mieux dans la maison sous tous les rapports (1).

» Quelques-uns de la deuxième pouvaient descendre dans la première. Pas un des autres classes ne pouvait monter jusqu'à la quatrième. J'en excepte un seul qui, sous le rapport intellectuel devrait y être placé, mais qui, sous tout autre, doit descendre dans la première, et encore être mis au nombre des plus malheureusement nés (2). »

Voilà, Messieurs, le fidèle procès-oerbal de la visite phrénologique à laquelle nous avons assisté; le résultat de cette visite a dû produire sur l'esprit de la commission une impression favorable à M. Voisin et à la doctrine qui a présidé à ses jugemens. L'Académie elle-même, si, comme nous aimons à le croire, elle a pleine confiance en sa commission, sera vivement frappée du résultat que nous venons de lui faire connaître ; elle aura senti toute la force de ce dilemme de M. le docteur Voisin : *ou je suis sorcier, ou j'ai une science*; elle connaît trop bien d'avance les lumières de cet honorable confrère pour n'en faire qu'un simple sorcier (car quel mérite y aurait-il à être placé parmi les sorciers aujourd'hui qu'on ne leur fait plus l'honneur de les brûler). D'un autre côté, comme il n'est pas de la nature des sociétés savantes de pécher par défaut de prudence et de circonspection quand il s'agit de doctrines nouvelles, et qu'elles n'accordent pas légèrement à celles-ci des lettres de naturalisation ou le droit de cité, l'Académie hésitera peut-être à reconnaître comme vraiment digne du nom de science, la nouvelle doctrine qui a fourni les élémens des jugemens prononcés avec tant de bonheur et de vérité par M. Voisin. Que fera donc l'Académie, si étroitement pressée en quelque sorte par les cornes aiguës de l'argument dont s'est armé le phrénologiste que nous venons de nommer ? Elle pourra prendre un moyen terme, et, se servant d'une formule fort à la mode aujourd'hui, formule aussi commode que peu compromettante, se contenter de dire : *Il y a là quelque chose.* Il est probable que M. Voisin se trouvera, pour le moment, satisfait de l'assentiment de l'Académie aussi modestement formulé. En effet, dans le travail qu'il a communiqué à l'Académie, voici comment il s'est expliqué sur les choses qu'il annonçait : « Ces choses-là, je le conçois, ne » se croient point sur parole ; il faut les voir et les revoir encore, et » c'est ce motif qui m'a déterminé à demander qu'une commission soit » nommée pour en constater la réalité. »

L'Académie tout entière *qui n'a point vu et revu encore* les choses dont il s'agit, et qui, d'après la sage philosophie de M. Voisin, ne saurait les croire sur parole, l'Académie, disons-nous, ajournera donc son jugement définitif sur cette grave matière.

Quant à la commission, qui a été témoin de la grande expérience si habilement à la fois et si heureusement exécutée par M. Voisin (3), elle se compose de membres qui, avant cette expérience, ne professaient pas tous les mêmes opinions, et, si, j'ose le dire, ne suivaient pas le même culte en matière de phrénologie. Les uns, dans l'état actuel des

---

(1) Il y aurait quelque chose à dire sur la construction de cette phrase, mais on en comprend le sens, et c'est là seulement ce qui nous importe.

(2) M. Poutignac à consigné dans sa lettre quelques autres documens, étrangers à la question qui nous occupe, mais qui méritent néanmoins de trouver place ici. Les voici : « 3,700 enfans sont entrés dans la maison depuis le 8 août 1831 qu'elle a été établie. J'ai, depuis cette époque, positivement reconnu, et cela sans variation, que le bon et le mauvais (intelligence ou inaptitude, moralité ou immoralité) ont toujours existé dans la même proportion que dans la population actuelle, qui est de 400.

» Il est juste d'observer que les quatre cinquièmes appartenaient et appartiennent encore aux dernières classes de la société ; que le plus grand nombre d'entre eux sont enfans naturels et le fruit de la débauche ; qu'enfin, j'ai pu me convaincre que, le plus souvent, c'est au foyer domestique que la plupart reçoivent le germe des mauvais penchans qui les conduisent aux Jeunes detenus.

» Dans ce nombre de 3,700, une cinquantaine au moins, autant par leur intelligence (*) que par leur corruption prématurée et leur entêtement dans le vice, m'ont paru devoir parcourir tous les degrés du crime (tous ou presque tous sortaient des classes dont je viens de parler).

» A ces derniers, je n'en ai que 6 à opposer qui, par leurs qualités morales et leur intelligence sortaient tout à fait de la classe ordinaire. Mais tous les six appartenaient à des familles qui, par leur position sociale étaient bien supérieures aux familles des autres.

(3) Deux membres de cette commission seulement, MM. Gerdy et Ferrus, ne purent se trouver au rendez-vous.

(*) Il aurait fallu ajouter : *peu développée,* ainsi que la suite le fera comprendre.

choses, ce sont les esprits-forts, se font honneur de leur incrédulité; d'autres sont fiers de leur indifférence ou de leur neutralité; d'autres enfin, se glorifient au contraire de leur acquiescement aux principes fondamentaux de la phrénologie. Mais tous ces derniers n'adoptaient pas unanimement les divers dogmes particuliers de cette doctrine, en sorte que, si les choses profanes pouvaient être désignées par les mêmes termes que les choses saintes, eux aussi auraient pu être distingués en *catholiques* et en *protestans*. Or, ce serait trop espérer d'une seule expérience, quelqu'importante qu'elle ait été, que de penser qu'elle ait suffi pour réunir complètement et faire coïncider en quelque sorte sur tous les points des esprits jusque-là si divers pour ne pas dire plus. Aussi, la commission a-t-elle cru devoir se renfermer dans les limites les plus étroites et dans la lettre même de son mandat, bien convaincue que *la lettre ne tue pas* toujours, même en admettant, ce qui pourrait être contesté, que *l'esprit vivifie toujours*. Comme Montaigne, elle dira donc : « Je n'enseigne point, je raconte (1). »

Mais un article sur lequel la commission a été unanime, c'est de déclarer qu'elle avait suivi avec un vif intérêt l'expérience de M. Voisin, et qu'elle applaudissait au zèle avec lequel il se livre à des études dont le but est si noble et si digne d'exercer les esprits les plus élevés.

La commission serait heureuse de voir l'Académie partager ses sentimens à cet égard. S'il en est ainsi, elle adoptera avec empressement les conclusions suivantes que nous avons l'honneur de lui proposer :

1° Remercier M. Voisin de sa communication.

2° L'engager à multiplier autant que possible les expériences qui, comme celle dont la commission a été témoin, sont bien plus propres que les discussions purement théoriques, à dissiper les doutes qui règnent encore dans les esprits concernant les doctrines dites phrénologiques, doctrines qui, à l'instar de toutes celles qui relèvent du tribunal de l'orbservation, ne sauraient, en effet, être définitivement admises et avoir force de loi, qu'autant qu'elles auront été démontrées pratiquement un aussi grand nombre de fois que le réclame l'importance même du sujet.

3° Inscrire le nom de M. Voisin parmi ceux des candidats pour les places vacantes à l'Académie, si toutefois les communications et les travaux antérieurs de M. Voisin ne lui ont pas déjà fait obtenir l'honneur de cette inscription.

BLANDIN, FERRUS, GÉRARDIN, GERDY, MOREAU; BOUILLAUD, rapporteur.

Errata du précédent article. — 1re colonne, ligne 42, *au lieu de* disent, *lisez* diront; 2e colonne, ligne 86, *au lieu de* infractions, *lisez* infracteurs; 3e colonne, ligne 2, *au lieu de* plantées, *lisez* placées.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE;

Par le docteur Jules GUÉRIN.

(Suite du numéro 128.)

La difficulté de l'opération ne pourrait être invoquée comme une objection sérieuse, que si ses résultats n'étaient pas constamment supérieurs à ceux d'autres méthodes réputées plus faciles, car on n'a jamais vu considérer dans les arts, et surtout en chirurgie, la difficulté d'une méthode, quand elle est réellement meilleure, comme une raison de lui en préférer d'autres moins bonnes. S'il était vrai, en effet, que la méthode sous-conjonctivale fût d'une exécution plus difficile que les méthodes vulgaires, la facilité de ces dernières entraînerait l'inconvénient grave de favoriser la production de résultats fâcheux, grossiers ou imparfaits. Mais la méthode sous-conjonctivale n'est pas plus difficile que les autres méthodes; elle exige seulement des connaissances plus rigoureuses, et une plus grande habitude de manier l'instrument, parce qu'elle est plus anatomique, plus délicate et plus précise.

On a déclaré la méthode sous-conjonctivale peu sûre, et l'on a trouvé le préjugé favorable à cette allégation. On est plus certain, a-t-on dit, de ce qu'on fait, de ce qu'on coupe, en voyant les parties sur lesquelles on opère, que quand on opère sous la peau ou sous les membranes de l'œil; et beaucoup de personnes ont répété cela sans examen ni preuves. Donnons de suite la mesure de ce que vaut cette objection, en disant que sur 92 opérations faites en public (je ne parle pas de celles qui n'ont eu pour témoins que quelques confrères et amis), sur 92 opérations faites à l'hôpital des Enfans, en présence de tous ceux qui ont voulu les voir, il ne m'est pas arrivé une seule fois de ne pas diviser le muscle en totalité. Ce résultat que j'atteste hautement, parce qu'il n'a pas à craindre de contradiction, devrait suffire. Mais on peut aussi aisément s'en rendre raison, qu'il est aisé de le reproduire, en procédant avec les notions et les principes de la méthode. Je l'ai déjà dit, la méthode sous-conjonctivale ne procède pas au hasard, ou à peu près; elle est guidée par des notions d'anatomie topographique et de rapports d'une grande rigueur. Elle sait qu'à tel point déterminé du fascia sous-conjonctival correspond la loge musculaire; elle sait que, cette loge une fois ouverte, il est impossible de ne pas glisser entre le globe oculaire et le muscle; elle sait que le muscle chargé sur l'instrument résiste, que sa section s'annonce par un bruit de craquement, par la sensation d'une résistance vaincue; elle a en outre un caractère rigoureux s'il en fût, bien plus rigoureux que tous ceux que donne la vue proprement dite; c'est que, lorsque le muscle est divisé, le mouvement qu'il desservait est aboli, et ce n'est qu'à la condition de cette abolition de mouvement que la méthode sous-conjonctivale regarde la section du muscle comme complète, comme certaine. Je le répète, ce caractère seul donne à la méthode une rigueur de certitude que ne donnerait pas la simple vue; ce qui m'a fait dire avec une apparence paradoxale que je suis plus certain de couper complètement le muscle sous ses membranes qu'à découvert, sans le voir qu'en le voyant : car tous les chirurgiens savent qu'il est fort difficile d'apercevoir au milieu d'une plaie sanglante tous les élémens qu'elle renferme.

La méthode sous-conjonctivale, au lieu d'être plus dangereuse que les méthodes ordinaires, n'expose pas comme elles, ainsi que nous l'avons déjà dit, aux accidens inflammatoires. Quant aux accidens dont l'exécution opératoire serait susceptible, ils sont complètement chimériques. L'instrument à l'aide duquel la méthode sous-conjonctivale divise le muscle est tout a fait mousse. Le danger viendrait donc de la ponction faite au fascia avec un instrument acéré; mais ici l'opérateur agit à découvert, comme dans les autres méthodes. La ponction est l'analogue de l'incision commune à toutes ces méthodes; et jusqu'ici il ne nous est pas plus arrivé de blesser l'œil en faisant cette opération, dont le siége et la direction mettent entièrement le globe oculaire à l'abri, qu'il n'est arrivé à personne que je sache d'ouvrir l'œil dans les incisions pratiquées à ses enveloppes fibreuses, par les méthodes ordinaires. Je le répète, jamais en aucun temps, dans aucun cas, la méthode sous-conjonctivale n'a donné lieu au plus petit accident qui dût légitimer l'imputation de dangereuse, qu'on a dirigée contre elle.

Enfin, cette méthode ne favorise pas les récidives. Répondons d'abord par les faits. Sur 92 opérations que j'ai pratiquées publiquement à l'hôpital des Enfans, il n'y a eu que 6 récidives, ou plutôt 6 guérisons incomplètes, lesquelles ont eu leurs motifs très rationnels dans certaines conditions spéciales, comme l'âge très avancé des sujets, le degré extrême de la difformité, etc. Cette proportion de succès immédiats me paraît de nature à justifier la méthode du reproche d'exposer à des récidives; et peut-être que les autres méthodes, si elles réglaient leurs comptes de la même manière, seraient surprises de n'avoir pas des résultats aussi satisfaisans.

Quoi qu'il en soit, je dois immédiatement expliquer comment il se fait qu'en favorisant la réunion des deux bouts du muscle divisé, circonstance que les autres opérateurs appréhendent si fort, et regardent sans doute comme le motif *à priori* de leur prévention contre ma méthode, nous n'avons cependant presque jamais eu de récidives dues à l'insuffisance de la cicatrice. Dès le troisième et même le second jour, nous assujétissons l'œil ou les yeux opérés à une position constante ou presque constante qui maintient les deux bouts du muscle divisé dans un écartement tel que le tissu intermédiaire acquièrt toute la longueur dont il a besoin. Ce résultat, nous l'avons réalisé par l'usage de lunettes garnies et fermées de manière à intercepter le jour de toutes parts, excepté dans une portion d'un des deux verres, correspondante au côté dans le sens duquel il importe de ramener et de maintenir l'œil dévié. Cette pratique ne nous a jamais fait défaut; elle est, à nos yeux, aussi indispensable qu'elle est certaine dans ses résultats; car, sans son concours, nous aurions à craindre le retour de la difformité, par suite du retrait de la cicatrice; et avec son concours, nous pouvons profiter en toute sécurité du bénéfice de la réunion des deux bouts musculaires, par la substance intermédiaire de nouvelle formation.

Tels sont les avantages de la méthode sous-conjonctivale comparés aux méthodes ou procédés ordinaires de myotomie oculaire. J'aurai donné une confirmation irréfragable de ces avantages, en ajoutant que depuis quelques mois déjà plusieurs chirurgiens partisans des méthodes primitives, et assez mal disposés d'abord pour la méthode sous-conjonctivale, ont avoué la plupart des imperfections que nous avons signalées dans les résultats de leur pratique, et se sont insensiblement rapprochés de nos principes et de notre manuel opératoire. Il faut bien le reconnaître toutefois, en perfectionnant graduellement leurs méthodes, ils n'ont pas eu du tout en vue d'imiter la nôtre; car ils n'en ont pas dit mot. Mais, s'ils n'ont pas cru sincèrement se rapprocher de la méthode sous-conjonctivale, celle-ci n'en est pas moins flattée et ne leur doit pas moins de reconnaissance pour le pas qu'ils ont fait instinctivement vers elle.

(1) Quant au rapporteur de la commission en particulier, il n'a pas cru devoir rappeler dans son travail ses convictions personnelles; mais le champ de la discussion est ouvert, et le rapporteur est là pour répondre aux explications qui lui seraient demandées.

PRIX PROPOSÉS PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

De l'incubation des maladies.

« La Société exprime le désir que cette question soit comprise dans le sens le plus général; c'est-à-dire que l'incubation soit étudiée dans toutes les maladies où l'observation clinique l'a pu constater. »

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 300 francs. Les manuscrits, affranchis et revêtus des formes académiques, devront être adressés, avant le 1er janvier 1843, au secrétaire-général docteur Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

La Société médico-pratique n'a point accordé de prix sur la dernière question qu'elle avait mise au concours, et qui était ainsi conçue : « Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade, des divers flux » sanguins dont le développement ou la suppression ont été spontanés » ou provoqués, et déterminer ensuite les lois physiologiques de cette » double influence; » mais elle a décerné une médaille d'or de la valeur de 200 francs au travail de M. le docteur Bruche, à titre d'encouragement.

Une ordonnance royale, en date du 19 de ce mois, fixe le cadre constitutif des officiers de santé militaires pour le temps de paix, ainsi qu'il suit :

Médecins. — Inspecteurs, 2; principaux de 1re classe, 7; *id.* de 2e classe, 7; ordinaires de 1re classe, 22; *id.* de 2e classe, 44; adjoints, 45.

Chirurgiens. — Inspecteurs, 2; principaux de 1re classe, 12; *id.* de 2e classe, 12; majors de 1re classe, 83; *id.* de 2e classe, 166; aides-majors de 1re classe, 134; *id.* de 2e classe, 268; sous-aides, 460.

Pharmaciens. — Inspecteurs, 1; principaux de 1re classe, 5; *id.* de 2e classe, 5; majors de 1re classe, 12; *id.* de 2e classe, 24; aides-majors de 1re classe, 22; *id.* de 2e classe, 44.

En tout, 1,377 médecins, chirurgiens et pharmaciens.

Nous sommes heureux d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le vin anti-hydropique de M. QUENTIN, pharmacien à Paris. C'est une découverte longuement expérimentée, dont vient d'être enrichie la science médicale.

Imprimerie de BÉTHUNE et PLON, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 2, ET JEUDI 4 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 132, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — CHARITÉ. — Chirurgie (M. Velpeau), nouveau traitement de l'orchite. — Médecine (M. Monneret), 1° paralysie saturnine; 2° fièvre typhoïde anomale. — ACADÉMIES. Séances du 2 novembre. — FACULTÉ. Séance d'ouverture. Éloge de Sanson aîné. Prix. — Paralysie des paupières, nouvelle opération. — Nouvelles. — FEUILLETON. Sur la séance d'ouverture de l'Ecole.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De l'orchite aiguë, et en particulier d'un mode de traitement de cette affection employé avec succès par M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, depuis environ trois ans.

L'inflammation aiguë des testicules dont on ne s'occupait presque plus depuis long-temps a fait naître de nombreuses discussions à dater de l'époque où M. Rochoux (Arch. génér. de médecine, 1833) crut pouvoir soutenir que loin d'attaquer l'organe génital lui-même, la phlegmasie avait son siége dans la tunique vaginale. La plupart des observateurs comprirent de prime abord ce que cette proposition renfermait de trop absolu. Cependant on se remit à l'œuvre, et de là, on peut le dire, date une nouvelle période dans l'étude de l'orchite.

Depuis cette époque, en effet, on a examiné de nouveau la question de savoir si le gonflement occupe plutôt l'épidydime que le testicule, le testicule que l'épididyme; ou bien, s'il a son siége simultanément sur ces deux parties, et en outre si la tumeur n'est pas formée plutôt par du liquide épanché dans la tunique vaginale et par l'infiltration des enveloppes du scrotum que par l'intumescence du testicule lui-même. M. Velpeau qui, dès 1833, citait des expériences nombreuses tendant à infirmer les propositions trop absolues de M. Rochoux, a multiplié depuis ses observations presque à l'infini, de telle sorte qu'il suit maintenant à l'hôpital de la Charité une pratique toute particulière, qu'il m'a paru utile de faire connaître aux praticiens avec tous ses détails. Je vais donc exposer dans cet article les opinions émises sur ce sujet par M. Velpeau dans ses leçons cliniques, et les résultats de la médication qu'il emploie depuis environ trois ans.

Pour M. Velpeau, l'orchite franchement aiguë forme deux genres : dans l'un, la maladie a son point de départ dans l'urètre (orchite urétrale, blennorrhagique); dans l'autre, elle dépend de causes toutes différentes. Nous ne nous occupons ici que des orchites du premier genre.

L'orchite urétrale résulte presque constamment d'une blennorrhagie : aussi est-elle à peu près généralement désignée sous le titre d'orchite blennorrhagique. Cependant M. Velpeau insiste avec beaucoup de raison sur ce que toute irritation, toute maladie de la région prostatique de l'urètre est susceptible d'amener la même lésion aux testicules. Partant de l'urètre, l'inflammation, dit-il, n'arrive au testicule qu'après s'être engagée par les conduits éjaculateurs dans le canal déférent, d'où elle passe dans l'épididyme. La cause prédisposante de l'orchite étant ainsi établie, M. Velpeau en a trouvé une cause occasionnelle souvent indiquée par les malades, presque toujours repoussée par les chirurgiens, et dont le mécanisme lui paraît néanmoins difficile à comprendre : je veux parler des fatigues, des efforts qu'invoquent si souvent les personnes atteintes d'orchite aiguë lorsqu'on les interroge sur le point de départ de la maladie. Voici l'explication que donne M. Velpeau de ce fait.

Lorsqu'un homme, dit-il, marche long-temps, lorsqu'il fait un effort violent, les muscles du ventre se tendent, se raidissent avec force. Or, suivant les indications de Thomson, j'ai démontré par la dissection qu'il se détache du bord externe des muscles droits un certain nombre de fibres qui s'en vont en dehors, sous forme d'arcades à concavité supérieure, passer au-dessous du cordon testiculaire en formant l'anneau inguinal postérieur pour gagner le côté interne de la crête iliaque, où elles se fixent. Il est évident dès-lors que tout effort de l'abdomen tend à redresser ces arcades, et par conséquent à soulever, à comprimer plus ou moins le cordon testiculaire tout entier, à réagir contre le canal déférent et à gêner la marche des fluides qui vont au testicule ou qui en reviennent. Il en résulte donc qu'un effort plus ou moins prolongé, une marche ou une station plus ou moins fatigante peuvent très bien devenir l'occasion d'une orchite.

Ce point étant établi, M. Velpeau s'est appliqué à préciser ce qui appartient dans le gonflement des parties à chaque élément constituant du scrotum.

Une première question à résoudre ici était celle qui concerne la présence ou l'absence du liquide dans la tunique vaginale. Tous les chirurgiens, A. Cooper en particulier, avaient remarqué qu'une certaine quantité de sérum existe habituellement dans la tunique vaginale des sujets affectés d'orchite blennorrhagique. Mais personne avant M. Rochoux n'avait soutenu que toute ou presque toute la tumeur était formée par cet épanchement. Depuis que M. Velpeau a démontré que les choses ne se passent pas ainsi, M. Rochoux est revenu, sans en convenir, de sa première proportion, car il se borne actuellement à dire que la tumeur est formée en partie par le gonflement de l'épididyme, et le reste par le sérum épanché dans la tunique. C'est même là, je dois le dire, une opinion que beaucoup de praticiens ont adoptée depuis; cependant, quoique moins contraire à la réalité, M. Velpeau pense qu'elle est pourtant loin encore d'être parfaitement exacte, comme on va le voir.

Pour prouver sans réplique que le liquide épanché ne forme pas la majeure partie de la tumeur, M. Velpeau s'y est pris de toutes sortes de façons. Il a d'abord invoqué l'exploration pure et simple à l'aide des doigts. On trouve dans la Presse médicale (avril 1837) un long article de ce chirurgien sur l'hydrocèle aiguë dans lequel il décrit la manière de constater s'il y a ou s'il n'y a pas de fluctuation dans la tumeur. Cependant comme le testicule lui-même, gonflé ou non donne lieu, quand on le presse d'une certaine façon, à une apparence manifeste de fluctuation, comme même, quand il n'y a point de liquide dans la tumeur, il est souvent difficile aux praticiens les plus exercés d'affirmer qu'elle est formée en entier par des tissus gonflés, M. Velpeau ne pouvait point s'en tenir à ce moyen qui laissait toujours certaines ressources aux opposans et quelques doutes dans l'esprit des hommes intéressés dans cette question. Il a dès-lors appelé en témoignage la transparence de la tumeur. En effet, convenablement placée entre l'œil de l'observateur et une lumière artificielle, dans un lieu d'ailleurs obscur, la tumeur formée par l'orchite est diaphane comme l'hydrocèle ordinaire et permet très-bien, dans la plupart des cas, de voir la place et même le volume du testicule. Cependant, comme un certain nombre de chirurgiens pensent que le sérum épanché dans la tunique vaginale est alors rougeâtre ou sanguinolent, il en résulte que l'absence de transparence n'est pas pour eux une preuve sans réplique qu'il n'y a point de liquide épanché.

Tourmenté de ces embarras, M. Velpeau imagina un moyen qui devait mettre un terme à toute dissidence sur ce point. Il pensa qu'une piqûre de lancette dans la tumeur n'aurait aucun inconvénient si elle tombait dans une tunique vaginale distendue, et ne pourrait entraîner non plus d'accidens sérieux quand même la pointe de l'instrument viendrait toucher la tunique albuginée. C'était là un moyen sûr de décider mathématiquement cette question. Or, l'expérience ayant bientôt prouvé à M. Velpeau que loin d'être nuisibles aux malades, ces piqûres, ainsi que je le dirai plus loin, sont infiniment utiles, ce chirurgien les multiplia sans scrupule, et s'est promptement trouvé en mesure d'émettre les propositions suivantes :

1° Il existe de la sérosité dans la tunique vaginale de la plupart des sujets affectés d'orchite blennorrhagique.

2° Un cinquième environ de ces malades ne présente pas cet épanchement.

3° Le sérum épanché dans la tunique vaginale entre pour un sixième, un cinquième, un quart et quelquefois même pour la moitié dans le volume total de la tumeur.

4° Ce liquide, ordinairement diaphane est assez souvent rosé, mais rarement d'un rouge foncé. Il en résulte que la transparence de la tumeur peut, le plus souvent, être constatée.

5° L'épididyme à peu près gonflé le premier, est généralement plus tuméfié que le testicule.

6° Le testicule n'en est pas moins gonflé lui-même dans la plupart des cas, au point que son volume est quelquefois doublé ou même triplé.

FEUILLETON.

SÉANCE D'OUVERTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

L'exhibition annuelle des robes rouges et des bonnets carrés de la Faculté a eu lieu hier, 3 novembre, dans le grand amphithéâtre. Ce n'est pas notre faute si nous ne pouvons pas prendre au sérieux la quasi-solennité qui tous les ans ouvre la session scolaire. Cette cérémonie, très médiocrement imposante, ne peut plus avoir ni éclat ni retentissement : le temps est passé des fêtes scolastiques, et pour redonner un peu d'animation à ces traditions du moyen-âge, il faudrait quelque chose de mieux qu'un massier ridicule précédant vingt-cinq à trente souquenilles. C'était avec le plus grand sérieux du monde que les médecins des siècles passés allaient deviser des choses de la Faculté auprès du grand bénitier de Notre-Dame; c'était avec une foi naïve et sincère qu'ils assistaient dans l'église Saint-Côme à la grand'messe de rentrée; mais lequel parmi ces professeurs, qui dans cet auditoire jeune et turbulent peut prendre intérêt à une séance telle que celle d'hier? Est-ce à l'éloge pompeux et froid du professeur que la mort a rayé de la liste? Qui ne sait que cet éloge n'est presque toujours qu'un mensonge académique? Dans cette même enceinte, nous avons entendu célébrer Dupuytren devant des collègues qui l'avaient abreuvé d'amertume, et qui séchaient de dépit et d'envie devant sa renommée puissante. Du haut de cette même chaire, nous avons entendu revendiquer la gloire de Broussais par cette Faculté qui pendant quinze ans lui ferma ses portes avec acharnement, et qui ne les ouvrit qu'au flot populaire de 1830. Hier il s'agissait de Sanson, et c'était pitié, oui, pitié véritable, d'entendre faire le récit de cette longue lutte et de cette grande infortune devant ceux précisément qui en furent l'occasion et l'instrument. Ces cœurs éminemment sensibles étaient presque attendris par cette triste histoire. Eh, Messieurs! — pourquoi M. Gerdy ne leur a-t-il pas dit cela? — il est bien temps de s'attendrir! Il faut donc que mort s'ensuive pour que les blessures que vous faites vous trouvent compatissans? vous n'avez donc des larmes que devant un tombeau, et ce n'est qu'en face d'un cadavre que pouvez être justes et généreux! Si la vie de Sanson n'a eté qu'une longue et amère déception, à qui la faute, s'il vous plaît? Si cette noble et loyale intelligence s'est flétrie avant l'heure, à qui doit-on en demander compte?

Il est certain que lorsque, après quatre concours consécutifs, Sanson fut proclamé professeur, ce triomphe ne put adoucir l'aigreur d'une aussi longue injustice, et cette couronne fut posée sur un front abattu déjà par le découragement. Cette chaire d'ailleurs, qu'il eut tant de peine à obtenir, ne fut pour lui qu'un sujet de dégoûts et de misérables vexations. Relégué dans le petit et obscur amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, avoisiné surtout par une concurrence redoutable, Sanson, malgré ses efforts et son zèle, malgré la solidité de son enseignement et ce bon sens pratique qui le caractérisait, ne put jamais attirer à ses leçons que de rares élèves. Cet abandon, fut un coup bien pénible pour son esprit impressionnable. Il n'eut pas la force de le supporter et d'attendre, et sa santé dès-lors fut compromise.

Il nous est impossible de comprendre qu'une vie aussi tourmentée et si tôt terminée soit un exemple bien encourageant à offrir à la jeunesse laborieuse. Vous avez beau lui vanter la résignation et la patience, exalter cet éloignement pour toute intrigue et pour tout ce qui n'est pas avouable par une sévère délicatesse, il est difficile qu'elle ne sente pas qu'avec nos mœurs actuelles ces nobles sentimens ne conduisent que là où a été conduit Sanson, à une victoire tardive et à la pauvreté. En voyant, au contraire, tant de mérites contestables arriver rapidement à la richesse et aux honneurs, il est à craindre que la jeunesse ne s'informe par quel courant on arrive si vite à la prospérité et qu'elle ne le trouve plus court et plus facile que la voie ardue et semée d'obstacles qu'a parcourue Sanson.

M. Gerdy, chargé de prononcer cet éloge, a trouvé le moyen d'être au-dessous de lui-même. Jamais sa faconde enflée et vide n'a été plus vide et plus enflée. C'était d'un pathos à faire envie à feu Brébeuf. Un style — peut-on appeler cela un style? — commun, vulgaire; des comparaisons d'une trivialité dégoûtante; des périodes d'un rhétoricien de Carpentras. Et quel goût détestable! Jamais la Faculté n'avait rien entendu d'aussi complètement mauvais.

Comme inconvenance, c'est autre chose; M. Gerdy peut se vanter d'avoir produit un véritable chef-d'œuvre. Dans aucune de ses improvisations académiques il n'avait mieux mis à nu, et avec autant de complaisance, les tristes passions qui agitent son cœur haineux. Son discours n'a été qu'une longue et indécente diatribe contre Dupuytren, son maître. Il est incroyable que la Faculté ait laissé proférer ces injures contre la mémoire d'un professeur qui a été une de ses gloires les plus éclatantes. M. Gerdy a accusé Dupuytren d'avoir laissé Sanson dans la pauvreté; mais qui vous a dit que l'âme fière et énergique de Sanson eût accepté l'aumône de son maître? Dupuytren a fait pour Sanson plus qu'il n'aurait pu faire en lui ouvrant sa bourse; il l'avait fixé auprès de lui, dans son hôpital; dans les concours où Sanson se présenta, Dupuytren vota constamment pour lui; et s'il n'arriva pas plus vite à la Faculté, c'est à d'autres qu'à ce grand chirurgien qu'on doit en imputer l'injustice.

En mourant, enfin, Dupuytren désigna pour ainsi dire, et autant qu'il était en lui, *son ami* Sanson comme son successeur; et en lui léguant le soin de terminer son ouvrage sur *la taille*, il lui rendit un service plus noble, plus grand, plus digne de l'un et de l'autre, qu'en lui donnant quelques parcelles de son or.

Cet acharnement de M. Gerdy contre un cadavre depuis long-temps refroidi a jeté dans l'auditoire une impression telle de tristesse et de dégoût, que c'était avec une impatience véritable qu'il attendait la fin de ce supplice. Aussi n'a-t-il pu tenir compte à ce maladroit et inconvenant orateur ni de son apologie du concours, qui n'était du reste que la reproduction de tout ce qui s'est dit à ce sujet depuis vingt ans, ni de sa sortie contre la camaraderie, où la personnalité de M. Gerdy était trop visiblement en cause. Nous ne relèverons pas non plus quelques allusions offensantes pour ses collègues de la Faculté. Les morts et les vivans n'ont pas été épargnés, et pour donner une idée de la justice de cet homme qui venait de se livrer à une amphigourique amplification sur la justice, qu'il nous suffise de dire que pendant qu'il traînait Dupuytren aux Gémonies, il élevait un piédestal à Richerand, à qui seul il a infligé l'épithète de célèbre.

Certes, la cérémonie d'hier n'est pas faite pour relever la Faculté dans l'opinion publique. Un corps qui laisse jeter l'insulte sur une de ses gloires donne la mesure de ses forces et de sa dignité. Nous le disons, en répétant l'opinion des hommes sages et éclairés qui ont assisté à la séance de rentrée, comme forme et comme fond, le discours de M. Gerdy n'a été qu'un scandale.

X.

On parle depuis quelque temps de la vacance prochaine de la place de bibliothécaire à l'Ecole de médecine. M. Dezeimeris serait prêt à envoyer sa démission; il n'attendrait pour cela qu'une chose, son investiture officielle d'une place de professeur à l'école secondaire de médecine de Bordeaux.

Les concurrens se pressent en attendant; on cite parmi eux MM. Raige-Delorme, Jourdan, Dalmas et Dubois (d'Amiens).

Dans le cas où la nomination porterait sur M. Raige-Delorme, une place de sous-bibliothécaire deviendrait vacante. Les aspirans affluent aussi; ce sont MM. Beaugrand, D'Aremberg, Desétang, Gillette, Grisolle, Amédée Latour, etc.

— M. Gerdy demande, dit-on, à permuter sa chaire de pathologie chirurgicale pour une chaire de clinique; il aspire à la succession de Sanson; mais il ne l'accepterait que sous bénéfice d'inventaire, c'est-à-dire si l'Ecole lui accordait son *exequatur* pour l'hôpital de la Charité et non pour la Pitié, auquel cas il refuserait.

Nous avons bien souvent élevé la voix contre ces mutations qui tendraient à rendre illusoires les concours. On ne voudra sans doute pas accorder aujourd'hui ce qu'on a refusé naguère à M. Duméril.

7° Enfin, toutes les tuniques du scrotum sont assez souvent infiltrées d'un sérum rougeâtre qui en augmente sensiblement l'épaisseur.

D'où il suit que, dans l'orchite aiguë, la tumeur est formée tout à la fois par le gonflement de l'épididyme, le gonflement du testicule, par une quantité variable de sérum dans la tunique vaginale, et par l'épaississement des tuniques du scrotum. Comme ce n'est point un des élémens notés précédemment qui représente à lui seul le mal, M. Velpeau soutient qu'on a eu tort de vouloir substituer le nom d'épididymite à celui d'orchite pour désigner la maladie qui nous occupe.

Quant aux *caractères* et à la *marche* de l'orchite, voici ce que M. Velpeau a remarqué de plus constant. Bien que l'inflammation arrive par le canal déférent, dit-il, il n'en est pas moins certain que ce conduit ne présente pas toujours des traces de gonflement, d'induration, de douleur pendant la maladie. Souvent, en effet, on trouve soit entre l'anneau inguinal et le testicule, soit dans le canal inguinal, soit même dans la fosse iliaque, le cordon testiculaire presque aussi souple, aussi peu sensible que dans l'état normal. Quelquefois cependant le contraire a lieu; le canal déférent, suivi à travers les parois abdominales depuis le bassin jusqu'à l'épididyme, se montre sous la forme d'une tige ronde, dure, douloureuse, variant depuis le volume d'une plume à écrire jusqu'à celui du petit doigt, si bien que, dans certains cas, il va jusqu'à s'étrangler dans le canal inguinal et à transformer son trajet en une sorte de bourrelet, de cylindre, très douloureux. Si on examine le scrotum, il est ordinairement facile de constater le gonflement de l'épididyme, qui est alors bosselé, inégal, très dur, épanoui en rigole à la manière d'une moitié d'œuf, comme pour recevoir le testicule par sa surface antérieure. On comprend, du reste, que sa concavité serait en arrière si, comme cela arrive dans certains cas, il était naturellement situé sur le devant de la glande. Quelle que soit d'ailleurs cette position, la pression en est, en général, très douloureuse. Comme la sérosité se trouve refoulée en avant, et que les bosselures qu'il forme offrent une grande densité, il est toujours facile de le reconnaître à travers les autres tissus.

Le testicule se distingue au-devant de l'épididyme par sa forme oblongue, arrondie, régulière, lisse, élastique; par la sensation d'une fluctuation sourde ou vague qu'il donne sous les doigts de l'observateur.

Arrive l'infiltration des enveloppes scrotales, qui sont tantôt d'un rouge manifeste, tantôt à peine colorées. Quand cette infiltration existe, on la reconnaît à l'opacité des parties et à l'empâtement qu'elles offrent à la pression.

L'épanchement vaginal qui se manifeste parfois dès le deuxième jour augmente, en général, jusqu'au troisième et même jusqu'au sixième, si bien qu'au total il s'opère là ce qui a si souvent lieu autour de tous les organes entourés de membranes séreuses quand ils sont le siége d'une inflammation aiguë. Qu'on n'oublie point que cet épanchement n'est ici que l'ombre de l'inflammation parenchymateuse de l'épididyme et du testicule.

Abandonnée à elle-même, l'orchite blennorrhagique n'est pas une maladie très dangereuse. Soumise aux simples précautions hygiéniques, elle manque rarement de disparaître dans l'espace de quinze jours à un mois. Elle ne se termine presque jamais par suppuration; et, à moins de dispositions individuelles toutes spéciales, de causes prédisposantes de mauvaise nature, d'écart grave dans le régime, ou d'un mauvais traitement, on ne la voit que très rarement laisser à sa suite des germes de maladies graves. Nous devons ajouter qu'il est rare que l'épididyme ne conserve pas, pendant un temps plus ou moins long, plus de dureté, de volume, de sensibilité même qu'avant la maladie. Disons en outre que l'hydrocèle chronique en est quelquefois la conséquence. Il suit de là que les personnes affectées d'orchite blennorrhagique n'ont pas besoin d'être soumises à un traitement très énergique, qu'il faut au moins leur faire grâce des médications capables de compromettre leur santé générale.

Traitement. — M. Velpeau a essayé, à l'hôpital de la Charité, toutes les médications qui ont été préconisées contre l'orchite. Je vais exposer son opinion sur celles qui jouissent encore de quelque faveur, me réservant d'insister d'une manière toute particulière sur un mode de traitement qu'emploie M. Velpeau, et qui me paraît digne de fixer toute l'attention des praticiens. Je dois dire, avant tout, d'une manière générale, qu'une des précautions les plus essentielles ici, consiste à conseiller le repos au lit et la position horizontale. M. Velpeau conseille en outre que le scrotum soit exactement, quoique mollement, relevé vers le pubis. Pour cela, il repousse les suspensoirs ordinaires, dont deux des cordons doivent passer sous les cuisses pour venir se fixer à la ceinture. C'est en avant des cuisses ou des aines que ces cordons doivent être dirigés. Dans ce but, il prescrit de se servir d'une compresse longuette placée en sautoir sous les bourses, qu'elle enveloppe comme le ferait la main, et que l'on fixe à un bandage de corps au-dessus des pubis.

Émissions sanguines. — Les saignées générales n'ont paru nécessaires que dans les premiers jours, si le pouls présente de la fréquence et de l'ampleur, ou si l'inflammation est intense. M. Velpeau n'emploie les sangsues que dans les cas où le canal déférent est douloureux et gonflé; alors il les applique au nombre de quinze à trente sur le trajet du cordon ou du canal inguinal, suivant les cas. Des bains généraux sont associés à ce genre de médication: le malade en prend un tous les deux jours.

Purgatifs. — Aussitôt que l'état franchement aigu paraît se calmer, c'est-à-dire après le sixième ou le huitième jour, les purgatifs jouissent d'une certaine efficacité. C'est la manne, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, ou même le jalap et la scammonée, que M. Velpeau prescrit en pareil cas.

Balsamiques. — Comme chez la plupart des malades, tout ou partie de l'écoulement urétral coexiste avec l'orchite, on a conseillé d'attaquer cet écoulement par le cubèbe ou le copahu, espérant obtenir du même coup la résolution du gonflement testiculaire.

Des expériences nombreuses ont été faites par M. Velpeau dans le but de savoir si ces substances sont véritablement utiles ou si elles ne sont pas plutôt nuisibles, comme l'ont pensé quelques chirurgiens. Resté long-temps dans un état d'incertitude à cet égard, M. Velpeau a fini par se convaincre que si le copahu ou le cubèbe donné à haute dose favorise quelquefois la résolution de l'orchite, il l'aggrave plus souvent encore; ayant même constaté qu'il la ravivait quand elle était sur le point de s'éteindre, il en a définitivement rejeté l'emploi.

Quand l'orchite est à son début, des cataplasmes de farine de lin arrosés de laudanum si la douleur est vive; dans le cas contraire, d'extrait de saturne, suffisent quelquefois pour arrêter le mal.

Les pommades mercurielles iodurées, les emplâtres de Vigo et autres, sont rejetés par M. Velpeau, du traitement de l'orchite aiguë.

Arrivons aux deux moyens auxquels M. Velpeau a reconnu une efficacité remarquable, et dont tous ceux qui suivent son service à l'hôpital de la Charité, ont été à même de constater les heureux résultats.

Compression. — Il y a une dizaine d'années que, transportant aux inflammations du scrotum ce qu'il avait si souvent appliqué aux inflammations des membres, M. Velpeau essaya de guérir à l'aide de la compression l'orchite aiguë, et même l'hydrocèle après la ponction. Ses premiers essais ne lui ayant point réussi, il avait oublié ce moyen, lorsque quelques années plus tard, M. Fricke annonça que l'orchite aiguë cédait promptement à l'usage de la compression à l'aide de bandelettes de diachylon, et que ce moyen lui avait procuré les plus heureux résultats. Mis aussitôt en pratique à l'hôpital de la Charité, par M. Velpeau, ce nouveau mode de traitement produisit les mêmes effets qu'à l'hôpital de Hambourg. M. Velpeau y a souvent eu recours depuis, et l'emploie encore quelquefois. C'est, en effet, un puissant résolutif, mais c'est un genre de compression qui ne souffre pas de médiocrité; bien faite, elle est éminemment utile; mal faite, elle peut déterminer des accidens plus ou moins graves. Dans tous les cas elle est toujours plus ou moins douloureuse. J'ai vu plus d'un malade qui n'ont pas pu la supporter, quoiqu'elle parût convenablement appliquée. Ces remarques seront prises en considération par les praticiens. Quoi qu'il en soit, je dois dire que M. Velpeau emploie moins souvent aujourd'hui cette ressource qu'il y a quelques années.

Piqûres. — L'emploi des piqûres dans l'orchite aiguë a une origine assez singulière. On discutait à l'hôpital de la Charité, au lit d'un malade, pour savoir dans quelle proportion se trouvait le liquide épanché dans la tunique vaginale; poussé à bout par un confrère qui soutenait que la tumeur était formée presque en totalité par du sérum, M. Velpeau plongea immédiatement une lancette dans le scrotum, pour dissiper l'erreur.

Le lendemain, voyant qu'au lieu de souffrir davantage, le malade se trouvait sensiblement soulagé, il pensa qu'on pourrait tirer parti de cette circonstance; il résolut d'appliquer à la thérapeutique de l'orchite aiguë une opération dont il ne s'était d'abord servi que comme moyen explorateur. Depuis, plus de 150 malades ont été traités de la sorte (les cahiers de M. Velpeau le prouvent), et il en est d'abord résulté ce fait auquel beaucoup de praticiens ne se seraient sans doute pas attendus, c'est-à-dire que dans aucun cas d'orchite aiguë les ponctions n'ont paru aggraver le mal. Presque toujours les malades en ont éprouvé une amélioration incontestable. Toutefois, avant d'en préciser les avantages, je dois indiquer la manière dont M. Velpeau pratique cette opération.

La tumeur est modérément tendue et tenue en plein par la main gauche. Une lancette à grain d'avoine, complétement ouverte, est tenue comme une plume à écrire, par la main droite, et enfoncée perpendiculairement à la profondeur de 3, 4 ou 5 millimètres sur un des points saillans du scrotum. Si le liquide s'échappe en certaine quantité par cette piqûre, on s'en tient habituellement à cette première ponction; dans le cas contraire, la lancette est reportée brusquement, et de la même manière, sur deux, trois, quatre autres points différens, absolument comme quand on pratique des mouchetures. Au bout d'un quart d'heure et même plus tôt, on nettoie les parties, et un cataplasme de farine de lin est appliqué sur les bourses. On prescrit un bain, et le lendemain ou le surlendemain une ou deux mouchetures nouvelles sont encore faites, s'il semble s'être épanché de nouveau un peu de sérum dans la tunique vaginale. Dans quelques cas rares, on y revient même chaque matin pendant trois ou quatre jours. Presque constamment les symptômes de l'inflammation, c'est-à-dire la douleur, la rougeur, la tension des parties, diminuent notablement au bout de quelques heures; je dois même dire qu'en général il est rare que les malades ne soient pas les premiers à se féliciter de ce mode de traitement. Dès que, sous l'influence de ce moyen, la résolution a commencé, tous les symptômes généraux s'apaisent, l'appétit revient, le sommeil se rétablit, l'état fébrile s'éteint.

M. Velpeau a traité de cette façon l'orchite aiguë prise à toutes ses périodes. Soit au début, soit vers le milieu, soit dans la période de décroissement de l'intumescence, les piqûres de lancette ont brusquement arrêté le mal, en ont promptement provoqué la résolution. Ce que je dis ici, je le répète, est constaté par plus de 150 observations. Mis en usage au début du mal, c'est-à-dire dès que le sérum existe dans la tunique vaginale, l'orchite ne dure en général que de six à dix jours.

Cependant je me hâte d'ajouter, pour être complétement exact, que ce mode de traitement ne convient pas également bien à toutes les variétés de l'orchite blennorrhagique. Ainsi, il n'abrège pas d'une manière bien tranchée la durée du mal quand il existe en même temps une induration douloureuse du canal déférent. Son efficacité est, en effet, peu marquée dans tous les cas où l'inflammation agit proportionnellement davantage sur le cordon testiculaire que sur le scrotum proprement dit. Lorsque l'orchite n'est pas franchement aiguë, ce mode de traitement n'est pas aussi d'un grand secours. Quoique utile, il n'a pas la même puissance lorsque l'épanchement séreux manque que quand il existe; mais comme les cas d'orchite franchement aiguë accompagnée d'épanchement sont incomparablement peu nombreux, il en résulte que les piqûres qui conviennent surtout alors peuvent devenir le moyen local le plus général et en même temps le plus certain dans le traitement de cette maladie. Comparé aux autres modes de traitement, il offre d'ailleurs sur eux des avantages incontestables.

D'après M. Velpeau, et ce qui se passe à l'hôpital de la Charité depuis trois ans l'a suffisamment prouvé, ce moyen est plus prompt, moins douloureux, d'un emploi plus facile, moins dangereux et incomparablement plus efficace que les sangsues.

Je ne crois pas devoir insister sur la *promptitude* de cette opération.

La *douleur* qu'on pourrait redouter de prime abord, et dont la plupart des malades sont effectivement effrayés avant de s'être soumis à l'opération, ne peut pas en réalité être comparée à celle que produisent les sangsues. C'est un fait dont M. Velpeau n'a pas eu beaucoup de peine à convaincre les élèves qui suivent son service; cela s'explique très bien, du reste, par les différences des plaies qui sont le résultat d'une morsure de sangsue ou d'une ponction faite avec un instrument bien effilé. J'ajouterai que tous les malades soumis à ces piqûres par M. Velpeau, même ceux qui en étaient le plus effrayés de prime abord, conviennent ensuite qu'elles ne sont à peine senties, et que c'est la peur bien plus que le mal qui les a portés à se plaindre ou à faire quelques mouvemens pendant l'opération; aussi ne manifestent-ils plus aucune crainte s'il convient d'y revenir.

Ces *mouchetures* sont d'une exécution *facile*; il suffit de ne pas pénétrer dans les tissus au-delà de quatre ou cinq millimètres.

Elles ne sont pas *dangereuses*. Sous ce rapport, elles ne sont pas sensiblement plus à craindre que les mouchetures auxquelles on a parfois recours pour dégorger un membre infiltré; car il n'y a dans les tuniques du scrotum ni artères, ni veines, ni nerfs qu'il soit important de ménager. La seule précaution à prendre ici, consiste à éviter le testicule; et l'on conçoit que s'il existe de la sérosité dans la tunique vaginale, cet organe sera le plus généralement à l'abri de toute atteinte. D'ailleurs, quand même la pointe d'une lancette pénétrerait d'un ou de deux millimètres dans la membrane albuginée, n'est-il pas évident qu'une pareille lésion serait guérie presque aussitôt et qu'il n'en pourrait résulter aucun accident. J'ajouterai même que nous avons été quelquefois à même, à l'hôpital de la Charité, de nous convaincre de la complète innocuité de ces piqûres.

Quant aux heureux effets de ce mode de traitement, ils sont faciles à comprendre. En supposant qu'il n'y ait pas de liquide épanché dans la tunique vaginale, les piqûres étant alors multiples, provoquent un écoulement de sang assez abondant et dégorgent ainsi les parties en produisant l'effet d'une application de sangsues, sans exposer, comme ces derniers, aux infiltrations, aux érysipèles. En une minute tout est fini avec la lancette; l'application de sangsues ne réclame guère moins d'une heure. — Si du liquide existe dans la tunique vaginale, en lui donnant issue tout d'un coup, il en résulte une détente qui calme à l'instant la douleur et qui soulage aussitôt le reste de l'organisme, de telle sorte que la période de résolution succède pour ainsi dire immédiatement à la période d'inflammation.

En résumé, ces piqûres sont une excellente ressource, un résolutif puissant contre l'orchite aiguë; mais, comme l'a dit bien souvent M. Velpeau, ce moyen n'empêche nullement de recourir à la saignée générale, aux sangsues sur le trajet du cordon, aux bains généraux, aux purgatifs, même aux cataplasmes laudanisés ou saturnés, lorsque des complications partielles réclament l'un ou l'autre de ces accessoires.

S'appuyant sur environ cent cinquante observations recueillies avec soin à l'hôpital de la Charité, depuis plus de trois ans, M. Velpeau ne craint pas d'affirmer, malgré des essais contradictoires faits à Berlin et à l'hôpital du Midi de Paris, que tous les praticiens qui, à l'instar de M. Dieulafoi (de Toulouse), voudront l'imiter, en prenant toutefois les précautions indiquées dans cet article, en obtiendront des résultats tout à fait satisfaisans.

Prochainement je publierai quelques observations qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute sur l'efficacité de ce mode de traitement de l'orchite aiguë. G. J.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Service de M. MONNERET.

1° *Colique de plomb. — Paralysie du deltoïde et des extenseurs de l'avant-bras.*

Brière, peintre en bâtimens, âgé de quarante-un ans, habite Paris depuis vingt ans. Cet homme éprouva, il y a trois ans, une première atteinte de colique saturnine qui dura quinze jours. Incomplètement guéri, vers cette époque, à l'hôpital de la Charité, il dut réclamer de nouveaux soins à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Chomel. Une fois rétabli, sa santé resta satisfaisante jusqu'au mois dernier; il survint alors de la douleur et de la gêne dans les mouvemens des membres supérieurs et inférieurs, ce qui n'empêcha cependant pas le malade de se livrer à ses occupations ordinaires.

Lors de l'entrée de Brière à l'hôpital, il y avait huit jours que le bras droit était affaibli au point de le gêner dans ses travaux. Par intervalle reparurent des tremblemens musculaires qui avaient succédé à des excès de boisson. Les sens sont intacts ; il n'y a pas de céphalalgie ; il n'existe aucune douleur dans les membres; seulement le malade éprouve par intervalles des crampes dans les membres supérieurs et inférieurs ; quand il tient les mains élevées, il éprouve aussi des tremblemens assez caractérisés ; les mains serrent avec force et également, mais l'extension des doigts sur la main, et de la main sur le poignet, est difficile. Le bras droit seul ne peut être porté sur la tête, les fonctions du deltoïde étant complètement abolies. Pouls à 88 ; respiration à 20.

Quelques jours de repos et l'emploi des bains de vapeur firent reparaître les contractions du deltoïde, mais la paralysie des extenseurs de l'avant-bras persista.

2° *Fièvre typhoïde. — Colite. — Selles sanglantes ; hémorrhagies multiples. — Engouement pulmonaire. — Péritonite aiguë. — Albuminurie. — Altération du foie.*

D..., (Honorine), âgée de vingt-un ans, domestique, est à Paris depuis deux ans. Cette femme était bien portante habituellement, seulement la menstruation est irrégulière ; ses occupations ne l'exposent pas à des fatigues considérables ; elle est habituellement bien nourrie, et passablement logée.

Depuis trois semaines, la malade est sujette à un dévoiement considérable, accompagné de perte d'appétit ; elle compte jusqu'à dix selles dans le courant de la journée, et dans les derniers jours elles étaient mêlées de sang ; la soif était vive. Le 3 octobre les règles, qui avaient paru le 18 septembre, revinrent avec abondance pendant deux jours, mais elles se supprimèrent bientôt sous l'influence du froid. Le 5, se manifesta une épistaxis abondante.

Etat de la malade le 9 octobre. Face exprimant la prostration, faiblesse et perversion des sens. La malade a des vertiges quand elle est dans la position verticale ; bourdonnemens dans les oreilles, insomnie. Il n'existe pas de papules sur la surface de la peau. Etat fébrile intense, pouls redoublé à 104, toux légère, crachats insignifians, langue rouge, soif vive; le ventre est tendu, douloureux, il existe du gargouillement ; la malade a eu trois selles liquides. Le col de l'utérus est chaud, entr'ouvert, douloureux au toucher. — Tisane de gomme 2 pots, deux demi-lavemens avec addition de 8 gouttes de laudanum. Potion diacodée.

Le 10, la malade a été agitée pendant toute la nuit, même trouble des sens, épistaxis, papules typhoïdes sur le ventre, point de sudamina, pouls à 84, respiration 16. Bronchite générale caractérisée par des râles sibilans nombreux et fins, persistance des signes d'irritation gastro-intestinale, l'hémorrhagie utérine, assez abondante les jours précédens, diminue un peu.

Le 11. Le même état persiste, cependant le trouble des sens est moins intense ; en revanche l'appareil fébrile est augmenté ; des râles nombreux et fins occupent surtout la base des deux poumons, les crachats sont visqueux ; la langue, qui est restée nette jusqu'à ce jour, rougit et devient sèche, le pharynx est injecté, la déglutition difficile, du côté de l'abdomen, météorisme, douleur dans la fosse iliaque, gargouillement, selles liquides. Mêmes prescriptions.

Les accidens que nous venons d'indiquer persistent les jours suivans ; l'état fébrile est le même, l'épistaxis a reparu, l'écoulement menstruel continue.

Le 14, céphalalgie, nouvelle éruption de papules, pouls à 112, respiration 30 ; râles sibilans en arrière de la poitrine, mais plus prononcés du côté droit; en avant respiration sèche, presque tubaire sous la clavicule droite, bronchophonie, crachats muqueux plus abondans dont quelques-uns contiennent des stries de sang ; même état du ventre que les jours précédens.

Même état le lendemain : seulement, les urines ayant été traitées par la chaleur, ont laissé déposer une grande quantité d'albumine.

Le 16, agitation extrême, loquacité pendant la nuit précédente, prostration le matin, nouvelles papules faisant irruption, pouls à 124, respiration 32, cessation de l'épistaxis, expectoration d'une petite quantité de crachats muqueux. A la partie supérieure du côté droit de la poitrine, outre les signes indiqués, on entend du gargouillement. Lèvres et dents fuligineuses, la langue est toujours rouge et sèche, soif vive, point de nausées, ventre toujours ballonné, un peu sensible vers l'hypogastre, sans gargouillement appréciable; une selle. Cessation complète du flux sanguin de l'utérus ; température de la peau toujours élevée. Gomme, 2 pots, julep avec 15 gr. de sirop diacode, lavemens laudanisé, cataplasmes, diète.

Les urines rendues par la malade au moment de la visite donnent un précipité floconneux abondant par la chaleur et l'acide ; elles sont toujours troubles et acides.

17. La nuit a été fort agitée. La malade dit cependant se trouver parfaitement bien. Face colorée vers les pommettes, pouls 116, petit, régulier, respiration 40, quelques soubresauts des tendons, langue rouge, soif vive, ventre toujours tendu, météorisé, partout douloureux, surtout vers l'hypochondre gauche, 2 selles. Quinquina 2 pots, lotion gommeuse avec 0,5 d'extrait de quinquina. Les urines continuent à précipiter de l'albumine par l'acide et par la chaleur.

18. L'agitation a encore été considérable pendant la nuit ; délire, prostration, disparition des taches rosées. Pouls à 116, petit, fuyant sous le doigt. Respiration à 52. En percutant la poitrine, on observe en avant et en arrière une sonoréité normale ; en avant et à droite, sous la clavicule, on perçoit les signes déjà observés, moins le gargouillement. Crachats brunâtres, muqueux, langue nette, moins rouge, toujours sèche, soif vive ; la malade rend les boissons qu'elle ingère ; de plus, vomissemens presque continuels de matières liquides porracées, verdâtres ; ventre tendu, météorisé, douloureux à la pression ; une selle liquide involontaire. Gomme, 2 pots ; potion avec quinquina, 00,5.

19. Pouls à 88 ; 24 inspirations ; même état de prostration. Le nombre des sudamina n'a pas augmenté ; les papules typhoïdes s'effacent. En arrière, mêmes râles, disséminés, plus nombreux à droite où la respiration est faible, mais sans souffle ni bronchophonie. Crachats moins abondans que hier, mais toujours visqueux et légèrement teints en rouge. Lèvres, dents et langue sèches et fuligineuses ; soif moindre ; ventre toujours ballonné, insensible; pas de selles ; urines rendues involontairement. Chaleur modérée de la peau. Quinquina, 2 pots ; potions avec 0,6 de sulfate de quinine.

Le soir, refroidissement des membres ; excavation des yeux. La malade, qui conserve toute son intelligence, accuse un état général de malaise et succombe à sept heures du soir.

Autopsie le 21, trente-sept heures après la mort.

Thorax. — Epanchement sero-sanguinolent dans les deux plèvres, adhérences au sommet du poumon droit ; engouement considérable du lobe supérieur de ce côté. Le tissu est dense, non granulé, très tenace, et n'offre aucune des altérations propres à la pneumonie ; il est gorgé par une grande quantité de sérosité rougeâtre. Une lésion analogue existe dans le lobe inférieur. Il n'y a pas de tubercules. Engouement prononcé du poumon gauche. Les petites bronches sont d'une couleur rouge livide ; cette coloration persiste jusqu'à la racine des bronches ; elle est très intense dans les points qui répondent à l'engouement pulmonaire.

Le volume du cœur est normal, les cavités et les orifices de cet organe n'offrent rien à signaler.

Abdomen. — Liquide séro-purulent, trouble, noirâtre en quelques points, épanché dans la cavité du péritoine. Les circonvolutions intestinales généralement accolées et agglutinées par une matière verdâtre commençant à se concréter, forment çà et là plusieurs fausses membranes récentes qui couvrent le péritoine, s'enlèvent facilement et laissent voir alors en plusieurs points le péritoine fortement injecté et teint en rouge par le sang. Le feuillet du péritoine qui constitue le mésentère n'offre aucune trace d'injection ; les ganglions mésentériques injectés, rougeâtres ; quelques-uns friables.

Rate. — A peine doublée de volume ; la consistance plutôt augmentée que diminuée, et n'offrant ni le ramollissement, ni les altérations que l'on observe d'ordinaire dans cette maladie.

Reins. — Le gauche La capsule s'enlève facilement, et laisse à nu la substance corticale, généralement pâle, et qui offre en quelques points l'injection en étoile. La coupe du rein présente la substance corticale et tubuleuse généralement et uniformément pâle. Quelques cônes sont envahis par la substance corticale ; aucune bosselure ni inégalité à sa surface.

Le rein droit, d'un volume normal, offre en certains points de la substance corticale une grosse injection ; la substance corticale a moins d'épaisseur que dans l'état normal, et semble repoussée par la substance tubuleuse.

Foie. — Volume normal, mou ; teinte verdâtre très prononcée. La capsule fibreuse s'enlève avec une grande facilité. La teinte verdâtre, qui paraît tenir à l'imbibition, ne pénètre pas au-delà d'une ligne d'épaisseur ; les deux substances ne sont plus distinctes ; on n'aperçoit pas non plus les granulations qui rappellent la texture habituelle du foie ; elle est remplacée par une substance d'un rouge brique, uniforme, sèche et molle, friable et se déchirant non pas à la manière des granulations qui se séparent, mais d'une pâte molle qui s'écarte.

Estomac. — Muqueuse saine.

Intestins. — Intestin grêle. Portions supérieures saines ; quelques plaques d'abord saillantes, non autrement altérées ; plus loin quelques plaques arrondies rosées, saillantes ; plus loin, ulcérations nombreuses, larges, arrondies, nageant sur un tissu jaunâtre, hypertrophié, ulcéré, et paraissant déposé dans la tunique muqueuse ou tout au moins entre elle et la musculaire dont on apercoit les fibres lorque l'on a enlevé, à l'aide du scalpel, cette matière jaunâtre. Les ulcérations de ce tissu sont arrondies et forment des espèces de champignons à bords saillans et renversés, durs et inégaux ; leur largeur est de quatre à cinq lignes à un pouce ; la tunique musculaire n'est à nu sur aucune, et il n'existe aucune lésion qui puisse faire soupçonner une perforation. Sur les bords de la valvule existent deux très vastes l'ucérations constituées, comme les autres, par un tissu jaunâtre, ramolli, au-dessous duquel on trouve les tissus sous-muqueux, musculaire et sous-séreux indurés, transparens, et offrant tous les caractères de la lésion que l'on a décrite à tort dans ce cas comme des squirrhes, et qui n'est autre chose que l'hypertrophie des tissus normaux indiqués, ce qui prouve qu'une lésion aiguë peut provoquer cette induration. Le gros intestin offre des ulcérations nombreuses et arrondies, formées par une perte de substance opérée aux dépens de la tunique muqueuse, qui est tuméfiée et coupée à pic comme avec un emporte-pièce. Aux environs des ulcères, la tunique interne conserve sa coloration et sa texture normales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Séance du 2 novembre.

Présidence de M. Barthélemy.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. Casimir Broussais qui demande un tour de faveur pour lire un travail sur l'anatomie pathologique de l'entérite folliculeuse. Accordé. (*Voir plus loin.*)

M. Rochoux demande la parole sur la rédaction du procès-verbal. M. Ferrus, dit-il, répondant au défi formel que j'ai porté depuis longtemps aux phrénologistes de pouvoir plonger avec sûreté et exactitude un scalpel sur tel ou tel point du cerveau en le plaçant arbitrairement telle ou telle circonvolution appartenant à telle ou telle faculté, s'est engagé dans la dernière séance à me convaincre aujourd'hui ; s'il ne le fait point, je désire que son refus soit consigné dans le procès-verbal.

M. Ferrus répond qu'il n'a pris aucun engagement de ce genre. Il n'est pas un demonstrateur public de la phrénologie ; cependant, si M. Rochoux le désire, il se fera un plaisir d'examiner avec lui plusieurs cerveaux.

On passe à l'ordre du jour.

M. Bouillaud est appelé à la tribune pour résumer la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance. — La discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie, dit-il, à l'occasion du rapport que j'ai eu l'honneur de lire dans la dernière séance, a surabondamment prouvé que le moment n'était pas encore arrivé où la doctrine de Gall ne compterait que des partisans. Nous remercions nos collègues de n'avoir, dans leur discussion, attaqué ni le fond ni les conclusions de notre rapport.

Relativement à la question de savoir quel cas Gall faisait de la doctrine de Lavater, voici un passage de Gall qui nous paraît devoir la résoudre : « Qu'on lise, dit-il, tous les jugemens de Lavater, partout on retrouvera les mêmes écarts de l'imagination, la même exaltation si contraire à l'esprit observateur. » Lavater avait dit : « Il est évident que la vie intellectuelle, les facultés de l'entendement et de l'esprit humain, se manifestent *surtout* dans la conformation et la situation des os de la tête et *principalement* du front, quoique, aux yeux d'un observateur attentif, elles soient sensibles dans tous les points du corps humain, à cause de son harmonie et de son homogénéité. » Hé bien ! après avois cité ces paroles, Gall ajoute : « Dans cette hypothèse, il serait indifférent de prendre pour sujet de ses observations, le nez, le genou, le pied, la poitrine, la main ou le cerveau. » Il est clair que Gall tombe ici dans l'exagération et qu'il ne rend pas complète justice à Lavater. Non, d'après le système de celui-ci, il n'est pas indifférent de prendre pour sujet de ses observations le genou, le pied, le nez, la poitrine, la main ou le cerveau, puisque Lavater déclare positivement que « les facultés de l'entendement et de l'esprit humain se manifestent surtout dans la configuration et la situation des os de la tête, et principalement du front. »

Après avoir présenté quelques observations sur l'opinion de MM. Ferrus, Londe, Nacquart, M. Bouillaud répond à la doctrine de ceux qui, *retournant* en quelque sorte la doctrine de Gall, ont placé à la partie postérieure du crâne le siége des facultés intellectuelles. M. le rapporteur établit que les faits fournis par l'histoire naturelle des animaux, par l'observation clinique et les expériences sur les animaux vivans, sont favorables à la doctrine qui place dans la partie antérieure du cerveau le siége des facultés intellectuelles proprement dites.

Quant à M. Rochoux, M. Bouillaud dit qu'il regrette que son spirituel collègue tourne toujours dans un cercle d'objections tant de fois réfutées. M. Rochoux, ajoute-t-il, porte le défi de lui montrer sur le cerveau un seul des organes admis par Gall. Mais toute la doctrine est fondée sur cette localisation. Qu'on se soit trompé sur quelques-unes de ces localisations, à la bonne heure ; mais nier que ces localisations elles-mêmes aient été établies, ce serait nier le fait le plus positif qui ait jamais existé. Au reste, M. le rapporteur engage M. Rochoux à faire examiner sa propre tête (celle de M. Rochoux, bien entendu, — hilarité), par un phrénologiste *pratique*, et il ne craint pas de lui prédire qu'on lui indiquera ses principales dispositions morales et intellectuelles.

M. Rochoux, continue M. Bouillaud, assimile à tort les diverses facultés intellectuelles et morales aux mouvemens si variés qu'on observe dans l'organisme ; bien qu'un seul et même appareil y préside. Quelque variés que soient ces mouvemens, toujours est-il qu'ils sont identiques dans leur principe. Mais les divers penchans, talens, instincts, tels que ceux de la musique, des mathématiques, etc., etc., sont essentiellement différens et réclament des agens, des organes, également différens, comme les diverses sensations spéciales ont des nerfs spéciaux, comme les actes du sentiment et du mouvement si différens entr'eux ont aussi des nerfs spéciaux, etc.

M. Bouillaud cite un passage des Mémoires d'Antomarchi et du Mémorial de Sainte-Hélène, dans lequel Napoléon a exprimé son opposition contre le système de Gall. Il fait connaître ensuite la fière réponse de Gall qui, dit-il, traite d'égal à égal avec l'illustre captif de Sainte-Hélène. Il résulte des commentaires de M. le rapporteur que Napoléon, prévenu contre la doctrine de Gall, l'aurait jugée sans la connaître exactement, et que s'il l'eût bien appréciée, il l'aurait encouragée au lieu de *contribuer beaucoup à perdre son auteur*, comme il l'a dit. Au reste, dit M. Bouillaud en terminant, les phrénologistes se vengent noblement de Napoléon, en montrant la tête de ce grand homme comme un magnifique et éclatant argument en faveur des principes fondamentaux de leur doctrine. Un jour viendra sans doute, ajoute-t-il, où les phrénologistes montreront aussi le crâne de M. Rochoux à l'appui de leur système. (Hilarité générale.)

M. Rochoux demande la parole ; mais sur la remarque de M. le président qui lui fait observer que par une décision de l'Académie la discussion a été close dans la dernière séance, il se borne à regretter de ne pas pouvoir répondre quelques mots à ce que vient de dire M. Bouillaud ; ce qui est différé, dit-il, n'est pas perdu.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Hamel* donne lecture, au milieu des conversations particulières, de plusieurs rapports officiels sur des remèdes secrets.

— *M. Casimir Broussais* est appelé à la tribune pour lire un résumé de son travail. Ce mémoire a pour titre : *Recherches anatomico-pathologiques sur l'entérite prétendue folliculeuse.* L'auteur a divisé son travail en trois parties ; dans la première il dit comment on est arrivé à localiser dans les follicules intestinaux les lésions fondamentales de l'affection typhoïde ; dans la seconde, il se rend compte de ce qu'il y a de certain sur l'état sain et l'organisation de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; la troisième enfin est consacrée à des recherches qui lui sont propres.

Une commission, composée de MM. Gasc, Bricheteau, Martin-Solon et Dubois (d'Amiens), ayant été nommée pour examiner ce travail et en rendre compte à l'Académie, nous attendons la discussion pour en faire connaître l'ensemble et les détails ; bornons-nous à mentionner aujourd'hui les conclusions ; elles sont d'ailleurs assez explicites pour pouvoir faire apprécier jusqu'à un certain point la valeur de ce mémoire :

« En résumé, dit M. Casimir Broussais, l'observation exacte et rigoureuse, sans prévention, sans idée préconçue, autorise les conclusions suivantes :

» 1° L'existence des follicules muqueux des intestins à l'état sain n'est pas établie sur des preuves positives; ce qui a été dit de leur structure est entièrement hypothétique ;

» 2° La dothinentérite est une pure invention de l'esprit et n'existe que dans l'imagination de ceux qui l'ont créée ou qui l'adoptent sur la parole du maître ;

» 3° Il n'existe pas d'entérite folliculeuse ;

» 4° Les altérations intestinales qui ont fait croire à l'entérite folliculeuse et à la dothinentérite, siégent, non pas dans les follicules (qui sont encore à prouver), mais dans la membrane muqueuse même, dans ses villosités et dans son tissu cellulo-fibreux sous-jacent ;

» 5° Les altérations de ce dernier tissu consistent dans une arborisation plus marquée des vaisseaux qui le traversent, dans une congestion inflammatoire, un épaississement, une induration, quelquefois une dégénération ;

» 6° Les altérations de la tunique muqueuse et de ses villosités consistent aussi dans une turgescence sanguine suivie quelquefois de ramollissement et d'ulcération.

» 7° Les plaques de Peyer n'offrent aucune trace réelle de follicules ;

» 8° Ce qui donne à ces plaques l'apparence gaufrée et folliculeuse,

ce sont les sinuosités des colonnes villeuses et la mise à nu du tissu aréolaire fondamental ;

» 9° Les plaques commencent par un déplissement des valvules conniventes, dont les détours fibreux suivent les divisions vasculaires sous-jacentes ; ce sont là les plaques gaufrées initiales ;

» 10° Plus tard, l'aspect gaufré disparaît par l'excès de turgescence des villosités ; ce ces plaques sont saillantes et comme fongueuses ;

» 11° Lorsque la résolution s'opère, l'aspect gaufré reparaît avec ou sans ulcérations partielles et superficielles des villosités ; ce sont les plaques gaufrées de retour ;

» 12° Les cicatrisations s'opèrent au moyen de bourgeons charnus, blanchâtres ou rosés, disposés en disques comme les procès ciliaires ; plus tard la surface s'affaisse et s'aplanit, mais elle reste dépourvue de villosités ;

» 13° Les prétendues follicules de Brunner sont des granulations isolées, d'abord consistantes, puis ramollies, puis pustuleuses et ulcérées ;

» 14° Les ulcérations intestinales des phthisiques ne sont pas non plus folliculeuses ; elles s'opèrent tantôt suivant le même mécanisme que celui qui est indiqué ci-dessus et tantôt par suite de la dégénération tuberculeuse du tissu sous-muqueux.

» Telles sont, dit l'auteur en terminant, les conclusions et les conséquences rigoureuses de mes travaux sur l'anatomie pathologique de l'entérite prétendue folliculeuse. Il ne me reste plus qu'à engager MM. les médecins des hôpitaux à vérifier mes assertions ; il leur sera extrêmement facile de le faire, et je suis persuadé qu'ils ne tarderont pas à renoncer à l'intervention des follicules dans l'anatomie pathologique de la gastro-entérite typhoïde. »

— *M. Ségalas* lit un rapport sur une modification du brise-pierre.

— *M. Larrey fils* présente un malade qu'il a reçu il y a deux mois à l'hôpital de la Clinique, pour un accident très compliqué. Il s'agit d'un couvreur, âgé d'environ quarante ans, qui, le 31 août dernier, est tombé du haut d'un toit sur le pavé. A part l'effet immédiat de la commotion, plusieurs contusions sur differentes parties du corps, et une plaie superficielle à la tête, cet homme a été atteint d'une fracture de deux côtes, d'une fracture du radius gauche dans son tiers moyen, d'une double fracture de l'humérus droit au tiers supérieur et inférieur de cet os, et enfin d'une fracture complète du fémur droit à la base du grand trochanter. Une médication générale antiphlogistique et révulsive ayant été employée, des appareils inamovibles furent appliqués immédiatement à chacune des fractures, et successivement enlevés avec consolidation parfaite des côtes, du radius, de l'humérus et du fémur. De toutes ces lésions, il ne reste pour toute difformité qu'une légère saillie du grand trochanter, et un faible raccourcissement de la cuisse avec un peu de déviation du membre en dehors. La jambe du même côté avait d'ailleurs été fracturée autrefois à la suite d'un accident semblable, et c'est le quatrième du même genre auquel a échappé aussi heureusement le sujet présenté par M. Larrey.

Farcin chronique suivi de morve aiguë. — *M. Bérard* présente à l'Académie les pièces pathologiques provenant d'un homme qui a succombé à la morve aiguë. Cet individu, palefrenier et soignant les chevaux morveux, était affecté depuis plusieurs mois du farcin chronique. M. Bérard rappelle que déjà il a eu l'occasion de parler de ce malade à l'Académie, alors qu'il n'existait d'autres symptômes que ceux du farcin. Une inoculation faite par M. Leblanc, avec le pus d'un des abcès farcineux, n'a pas été suivie du développement de la morve. Il est vrai que le cheval sur lequel l'expérience a été tentée était vieux, et déjà affecté de lésions organiques graves auxquelles il a promptement succombé. Quoi qu'il en soit de ce résultat négatif de l'inoculation, la terminaison de la maladie par la morve aiguë est venue prouver que le diagnostic était bien porté. En effet, huit jours avant la mort, la paupière et la région temporale gauches se sont tuméfiées ; ces parties sont devenues rouges, chaudes, douloureuses. Bientôt de petites pustules suivies d'ulcérations, de gangrène, d'infiltration sanguine ont apparu çà et là sur la tempe, la joue, le front gauches ; des altérations semblables se sont manifestées du côté opposé, et le malade a succombé six jours après l'apparition de ces nouveaux symptômes.

On remarque sur les pièces que M. Bérard met sous les yeux de l'Académie, les traces de l'altération qui vient d'être décrite ; de plus, une infiltration séro-purulente dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région temporo-frontale et jusque dans le périoste. Enfin, les fosses nasales sont le siége de petites ulcérations çà et là, disséminées sur la cloison, la voûte, les cornets, et d'infiltrations sanguines par plaques. Les cornets inférieurs sont doublés de volume, la muqueuse qui les tapisse est entièrement désorganisée ; elle semble comme gangrénée, et recouverte d'une matière concrète infiltrée de sang.

Double ectropion. Nouveau procédé de blépharoplastie. Atrophie d'une parotide dont le conduit excréteur est oblitéré. — *M. Bérard* fait voir une seconde pièce d'anatomie pathologique qui peut intéresser à la fois les chirurgiens et les physiologistes. Cette pièce provient d'une femme à laquelle M. Bérard a enlevé, il y a près de deux ans, un cancer de la joue droite. La lésion s'étendait en profondeur jusqu'à l'os de la pommette, et au muscle masséter exclusivement. Le canal de Sténon, compris dans la masse morbide, fut enlevé avec elle ; il n'en résulta aucune fistule, et la malade guérit parfaitement. Mais la rétraction de la cicatrice entraîna, au bout de plusieurs mois, les paupières en dehors, et produisit leur renversement. Pour remédier à ce double ectropion, M. Bérard mit en usage un procédé de blépharoplastie qui n'a point encore été employé. Il fit une incision verticale à un centimètre de distance de l'angle externe des paupières, longue de trois à quatre centimètres ; la base interne de la plaie fut détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, fut peu à peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors. Puis pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard prit un lambeau de peau sur la région temporale, et il l'enchâssa dans la plaie verticale qu'il avait pratiquée en dehors des paupières. L'opération réussit, et l'ectropion disparut à peu près complétement. Cette femme a succombé à une affection organique interne, plusieurs mois après avoir subi l'opération d'autoplastie dont nous venons de parler. Or, l'examen de la pièce pathologique montre que le lambeau ne s'est nullement ratatiné ; il est tellement enchâssé dans les parties voisines et si bien de niveau, qu'il faut y regarder de très près pour reconnaître son point d'union avec elles. Il en diffère cependant en ce que du côté de sa face profonde il n'y a pas de tissu adipeux, mais seulement une couche assez épaisse de tissu cellulaire très vasculaire.

Il était curieux de savoir ce qu'était devenue la glande parotide : or, l'examen de la région parotidienne montre, à la place des grains glanduleux, un tissu jaunâtre, plus ressemblant au tissu adipeux qu'à celui des organes salivaires, et n'ayant que le tiers du volume normal de la parotide. Ainsi, par suite de la section du canal de Sténon, il s'est produit, au lieu d'une fistule salivaire, une atrophie avec transformation de tissu de la glande dont le conduit excréteur a été oblitéré.

La dernière séance de l'Académie des sciences (mardi 2 novembre) a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance d'ouverture. — 3 novembre.

M. Gerdy prononce pour discours d'ouverture l'éloge de Sanson. Nous en donnerons un extrait.

Après ce discours, M. Royer-Collard a proclamé les lauréats pour l'année 1841, dans l'ordre suivant, et les sujets de prix :

PRIX MONTYON.

(Médaille d'or de 400 francs.)

Partagé *ex æquo* entre MM. Boudet, interne des hôpitaux, et Landouzy, D.-M. à Reims.

Mention honorable : MM. Amb. Tardieu et Lasserre, interne des hôpitaux.

PRIX CORVISART.

Partagé entre MM. Dastros, interne des hôpitaux, et Lemaire, D.-M. à Paris.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier prix (médaille d'or et dispense des frais universitaires pour la somme de 515 fr.) : M. Jarjavay, interne des hôpitaux.

Second premier prix (médaille d'argent et dispense de 315 fr.) : M. Amb. Tardieu.

Troisième premier prix (mêmes avantages) : M. Fauraytier, interne.

PRIX DES SAGES-FEMMES.

Madame Pragot, de Paris.

PRIX POUR 1842.

Prix fondé par Montyon. — Il y aura tous les ans un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 fr., sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1842 ne seront pas reçus passé le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté pour sujet du prix de clinique à décerner en 1842 la question suivante :

« Comparer, par des faits recueillis dans les cliniques de la Faculté, les effets des saignées générales et des saignées locales dans les inflammations. »

Du 15 au 1er septembre 1842, chacun des concurrens remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au n° du lit qui lui aura été désigné ;
2° La réponse à la question proposée.

— La Faculté croit devoir rappeler aux concurrens que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Paralysie des deux paupières guérie par une opération chirurgicale.

Un ancien marin, âgé de 64 ans, était depuis près de quatre ans affecté d'une chute de la paupière supérieure des deux côtés à la fois, et ses yeux se trouvaient si complètement recouverts que la vision ne pouvait s'opérer que par artifice. Cet état était en outre compliqué de strabisme divergent. Cette affection, qui s'était développée peu à peu, à la suite d'un accès d'épilepsie, était évidemment due à une paralysie des muscles élévateurs des paupières, des muscles droits supérieurs, inferieurs et internes, des petits obliques et de l'oblique supérieur, ou, en d'autres termes, à une lésion des nerfs de la troisième paire.

M. le docteur Curling ayant remarqué que le malade, dans les efforts qu'il faisait pour relever les paupières, mettait en jeu, et avec quelque succès, le muscle occipito-frontal, conçut l'espoir de substituer l'action de ce muscle à celle des organes paralysés, en mettant les paupières sous sa dépendance : pour atteindre ce but, il comprit dans une large excision les tégumens superflus de la paupière et des sourcils. La plaie, dont les bords furent réunis par deux points de suture, se trouva cicatrisée dans le court espace de huit jours, sans avoir occasionné d'ectropion, ni donné lieu à aucune difficulté ; en un mot, le résultat fut complètement tel que l'avait espéré le chirurgien, car le malade put relever la paupière à volonté. Cette opération, nouvelle et heureuse, mérite sans aucun doute d'être signalée à l'attention des chirurgiens ; mais nous ne devons pas oublier de noter ici qu'elle n'a été pratiquée que d'un seul côté, celui où la vision a paru s'exercer de la manière la plus parfaite, et que M. Curling n'a pas cru devoir la répéter sur l'autre paupière, en raison du trouble de la vue qui serait devenu le résultat de la divergence des globes oculaires. Quant à la strabotomie, à laquelle on aurait pu recourir, l'état de paralysie de presque tous les muscles ne permettait plus au praticien de compter sur cette ressource.

(*Revue des spécialités.*)

— M. le professeur Piorry commencera son cours de pathologie médicale le lundi 15 novembre, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. Il traitera, cette année, des maladies du cœur, des gros vaisseaux, des artères, des veines et des vaisseaux lymphatiques. La clinique aura lieu tous les matins à l'hôpital de la Pitié (à partir du 16 novembre), tous les jours, le lundi et le jeudi excepté.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 6 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 133, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. De Londres. (M. Bright.) Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales. — De Lourcine. (M. Vidal.) Syphilis chez l'enfant; mère saine en apparence; granulations au col de l'utérus. — Noms des membres de l'Académie de médecine belge. — Feuilleton. Analyses. Essai sur la vie et les travaux de Galilée; par M. Libri. — Traité de la catalepsie; par M. Bourdin. — Recherches statistiques sur l'aliénation mentale, faites à l'hospice de Bicêtre par MM. Aubanel et A. Thore. — Annonces des cours de la Faculté. — Sur le discours de M. Gerdy.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales; par M. Bright, médecin à l'hôpital Guy (1).

Je me propose dans ce travail d'éclaircir le diagnostic des tumeurs abdominales, surtout de celles qui appartiennent au foie. Les maladies de cet organe ont constamment attiré l'attention des praticiens depuis la plus haute antiquité : cependant, il faut l'avouer, des préjugés ont souvent été mis à la place de l'observation, des symptômes dépendant de maladies du cœur, des poumons, de la rate, de l'estomac, du colon, des reins, ayant été attribués au foie. Pour rendre le diagnostic aussi correct que possible dans les affections de cet organe, il importe d'abord de déterminer le volume et la forme de celui-ci. Cette tâche est dans beaucoup de cas difficile, sinon impossible ; et, lorsqu'elle peut être remplie, elle peut tromper, si l'on ne tient pas compte d'autres circonstances que nous allons faire connaître. Cependant, lorsque cette détermination est exacte, elle constitue un des élémens les plus importans du diagnostic.

Une des plus grandes difficultés pour découvrir la forme et le volume du foie dépend de la position de cet organe, car lorsqu'il est sain, il est par rapport aux côtes et au diaphragme comme le cerveau par rapport au crâne, c'est-à-dire caché à la vue et au toucher.

Une autre difficulté, c'est que le foie, sans être malade, est susceptible de déplacement par la présence d'un liquide dans la cavité de la poitrine, ou par des tumeurs formées entre le foie et le diaphragme.

Une troisième source de difficulté est dans l'induration et l'hypertrophie des organes voisins, tels que les reins, l'estomac, l'épiploon, le colon, qui peuvent en imposer pour une maladie du foie, ou déplacer celui-ci.

Malgré toutes ces circonstances embarrassantes, nous pouvons dans beaucoup de cas, par l'examen attentif des apparences extérieures et des signes fournis par le toucher et par la percussion, arriver à une connaissance assez exacte du volume et de la forme du foie, lorsque, bien entendu, ce volume et cette forme sont exagérés d'une manière morbide, et éclaircir ainsi la nature de certains symptômes et de l'état général de la constitution.

Le grand lobe droit du foie est, dans l'état normal, complètement caché sous la voûte du diaphragme, il ne dépasse pas le bord des côtes, et s'étend en haut jusqu'à la sixième ou septième côte du même côté. Le lobe gauche s'étend ordinairement jusqu'à la partie inférieure du cartilage xyphoïde ; une partie de son bord inférieur est dans la direction du scrobicule du cœur lorsqu'on ouvre le cadavre, et généralement c'est la seule partie visible de l'organe. — Par suite de ces conditions, le foie, s'il est sain, n'entre que pour très peu dans le son produit par la percussion sur les parties molles de l'abdomen. Si tous les organes sont libres et vides, ce son est ordinairement clair depuis le bord inférieur des côtes jusqu'à la partie inférieure de la région pubienne. En conséquence, si le son est quelque part mat, le premier devoir du praticien est de déterminer l'étendue et les connexions de ce son contre nature. Si la matité peut être suivie d'une manière non interrompue jusque sur le bord des côtes du côté droit, on peut soupçonner l'existence d'une maladie au foie. Plus l'oreille est parfaite et exercée, plus elle peut distinguer clairement le son naturel du son anormal ; mais dans certains cas de maladie très étendue dans laquelle le foie et d'autres organes sont irrégulièrement hypertrophiés et tuberculisés, l'investigation est très difficile. D'après mon expérience, cependant, le toucher est plus sujet encore à tromper que l'auscultation, lorsqu'il existe dans l'abdomen des dépôts étendus de matière tuberculeuse ou fongoïde. Nous ne commettrons cependant pas l'erreur de croire à la non-existence d'une tumeur au foie, lorsque la matité et la dureté sont tellement étendues qu'elles dépassent les limites naturelles du foie ; car il n'y a pas de tumeur, quelque volumineuse qu'elle soit dans l'abdomen, qui ne puisse être formée par le foie hypertrophié ; et si l'on suit attentivement et d'une manière continue le son mat ou la dureté sous les côtes du côté droit, on est autorisé à attribuer au foie la maladie, car il n'y a pas un autre organe auquel on puisse logiquement l'attribuer. Néanmoins, je dois avouer que nous ne tombons pas toujours juste, car les difficultés sont telles qu'on ne peut se flatter d'infaillibilité.

Il est une autre erreur qui doit être évitée : elle est relative à la rapidité avec laquelle la tumeur s'est déclarée. On croit que l'idée d'une tumeur du foie est incompatible avec l'idée d'un développement rapide ; l'observation cependant m'a appris que peu de semaines suffisent pour donner au foie un développement extraordinaire, et ce développement peut exister sans douleur notable. Lorsque les symptômes locaux ou les signes physiques sont douteux, nous interrogeons la constitution générale du sujet. Ainsi, par exemple, la maladie du foie existe rarement long-temps sans produire une altération particulière dans la physionomie du sujet. Dans quelques cas, ainsi que nous le verrons, une jaunisse franche accompagne les tumeurs hépatiques ; mais dans beaucoup de cas ce caractère est à peine prononcé, bien que le mal du foie soit plus formidable. Néanmoins, la teinte jaunâtre aux joues, aux tempes et à la conjonctive existent le plus souvent lorsque la structure du foie est fortement endommagée par la présence d'une tumeur ; nous disons *le plus souvent*, car ce symptôme peut manquer, et son absence ne nous autorise pas à nier l'affection au foie. Des végétations fongoïdes très considérables émanent quelquefois de la substance du foie, sans déterminer ni la jaunisse véritable, ni la teinte jaunâtre qui en constitue le degré le plus faible ; le même phénomène négatif s'observe parfois dans les hypertrophies énormes, dans les dégénérescences graisseuses du même organe.

Un aspect cachectique particulier et une émaciation graduée ou rapide accompagnent fréquemment les maladies du foie. Cela cependant est loin d'être constant ; il est même certaines hypertrophies qui ne s'accompagnent au contraire que d'un surcroît de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'épiploon et dans le mésentère. L'état de l'estomac et des intestins aide beaucoup le diagnostic des maladies du foie. Les hémorrhagies par l'estomac et par le rectum, et les collections de sérum dans le péritoine, sont des symptômes qui souvent accompagnent ces maladies.

Les tumeurs formées par le foie varient beaucoup relativement à leur étendue et à leurs caractères. Quelquefois elles dépassent à peine le rebord des côtes ; d'autres fois elles descendent jusqu'au pelvis, et s'engagent dans ses ouvertures. Elles sont tantôt lisses et polies, tantôt lobuleuses et avec des inégalités plus ou moins grandes à leurs surfaces ; dans quelques cas elles sont molles et dépressibles, dans d'autres résistantes et dures.

Je diviserai en deux catégories les tumeurs du foie d'après la forme *lisse ou irrégulière* de leur surface, condition facile à connaître, et qui marque une différence réelle dans la nature de la maladie.

§ I. Collections de matières fécales simulant les tumeurs du foie.

Souvent il arrive que les médecins diagnostiquent une maladie de ce genre, alors qu'il s'agit tout simplement d'une accumulation de matières fécales dans le colon ; ce cas est des plus fréquent ; la déception est complète, parce que ces collections imitent de la manière la plus frappante un développement du foie ou d'autres organes, qu'on croit sentir et mesu-

(1) Extrait du *Guys' hospital reports*, octobre 1840. (Traduction de M. Rognetta.)

FEUILLETON.

CRITIQUE.

Essai sur la vie et les travaux de Galilée; par G. Libri.

« Michel-Ange mourut le jour où naquit Galilée. » Tels sont les premiers mots de cette notice ; paroles de deuil et d'espérance, de tristesse et de consolation. Ici, un voile funèbre sur la plus puissante et la plus complète personnification du génie des arts ; là, dans un berceau, l'avenir des sciences et de la philosophie modernes.

Galilée naquit à Pise le 18 février 1564. Il montra dès son enfance une grande disposition pour la mécanique, et on le voyait sans cesse occupé à construire des modèles de machines. Quoique placé sous la direction d'un maître inhabile, Galilée fit de rapides progrès dans les langues d'Athènes et de Rome, et c'est à ces études qu'il doit sans doute ce style admirable qui a tant contribué à ses succès. C'était, du reste, une merveilleuse organisation par ses aptitudes diverses, et comme Michel-Ange, dont la tombe se ferma sur son berceau, il fut polyglotte, mécanicien, peintre, musicien et poète ; « il était à la fois le plus habile joueur de luth et le plus subtil dialecticien de son temps ; esprit singulier, capable de méditer profondément sur les plus sublimes vérités de la philosophie naturelle, et d'improviser une comédie. » Galilée étudiait la médecine à l'université de Pise, lorsqu'un jour, ayant vu dans la cathédrale de cette ville une lampe suspendue que le vent agitait, il remarqua que les oscillations, grandes ou petites, s'effectuaient en des temps sensiblement égaux. « Cette remarque, qui a eu de si importantes conséquences, fut dès l'origine appliquée par l'inventeur à la médecine, et particulièrement à la mesure de la vitesse du pouls. » Lorsqu'il y a quelque temps M. Dubois (d'Amiens) voulut appliquer à la mesure de la vitesse du pouls les oscillations du métronome, il ne se doutait guère que près de trois cents ans auparavant Galilée l'avait devancé dans cette voie.

Une circonstance singulière porta bientôt Galilée vers l'étude des mathématiques. Son père connaissait l'abbé Hortilius Ricci, qui enseignait la géométrie aux pages du grand duc, et qui les accompagnait l'hiver à Pise lorsque la cour s'y rendait. Dès que l'abbé Ricci fut arrivé à Pise, Galilée s'empressa d'aller le visiter ; mais il le trouva donnant sa leçon aux pages dans une salle où les étrangers ne pouvaient entrer. Il renouvela plusieurs fois ses visites, et comme il trouvait toujours le professeur avec ses élèves, Galilée, s'arrêtant à la porte, se mit à écouter ce que l'on disait dans la salle. La géométrie était faite pour plaire à son esprit ; il retourna fréquemment au palais, et ces leçons d'un nouveau genre se continuèrent pendant deux mois. Bientôt il se procura un Euclide, et, sous prétexte de consulter Ricci sur une difficulté, il lui fit connaître par quels moyens il s'était introduit dans l'étude de la géométrie. Fier d'un tel élève, Ricci l'engagea à suivre ouvertement le cours, et s'offrit à lui aplanir les difficultés qu'il pourrait rencontrer. »

A vingt-quatre ans, Galilée, selon l'expression d'un de ses protecteurs, était l'Archimède de son temps, ce qui n'empêchait pas qu'il n'eût à lutter contre la misère. En 1589, il obtint la chaire de mathématiques dans l'université de Pise, avec le traitement dérisoire de soixante écus. « Tandis que des professeurs de médecine recevaient douze mille francs par an, on donnait à Galilée vingt sous par jour ! » C'est dans ce cours qu'il prouva que dans la chute des corps les vitesses sont proportionnelles aux temps, et que les espaces parcourus par les mobiles sont entre eux comme le carré des vitesses ; propositions qui sont les bases de la dynamique, science que Galilée créait ainsi à vingt-cinq ans.

Une misérable question d'amour-propre élevée par Jean de Médicis, bâtard de Côme Ier, qui se croyait grand ingénieur et architecte, éloigna Galilée de Pise. Padoue lui donna une chaire, et il se plaisait à raconter dans sa vieillesse que la malle qu'il emporta en partant ne pesait pas cent livres : elle renfermait tout son avoir. Ce fut pendant son séjour à Padoue que, selon son savant biographe, Galilée fit l'importante découverte du thermomètre, découverte qui lui a été contestée, qui a été successivement attribuée à Bacon, à Fludd, à Drebell, à Sanctorius, à Sharpi, mais que M. Libri n'hésite pas à revendiquer pour Galilée d'après des preuves historiques qui paraissent convaincantes. Du reste, le thermomètre inventé par Galilée était bien loin des thermomètres actuels : c'était « un tube de verre de petit diamètre, ouvert à l'une de ses extrémités, et terminé à l'autre bout par une boule. Après y avoir introduit un peu d'eau, on plongeait l'extrémité du tube dans un vase rempli d'eau, en maintenant l'instrument dans une position verticale. La pression de l'air extérieur retenait le liquide dans le tube, et le thermomètre était construit.... Cet instrument n'était pas *comparable* : c'était un thermoscope plutôt qu'un thermomètre. De plus, il servait à la fois de thermoscope et de baromètre. »

C'est vers 1594 qu'il imagina le *compas de proportion*, instrument si utile aux ingénieurs, et vers 1609, qu'il fit une découverte bien plus précieuse, celle du télescope. Les details donnés par M. Libri sur cette découverte, faite d'abord par un artiste du comté de Nassau et devinée par Galilée, sont extrêmement curieux : « Le sénat de Venise songeait surtout à s'assurer par le télescope la domination de la mer : à l'aide de cet instrument, Galilée voulut régner dans le ciel. » Les découvertes qu'il fit au moyen du télescope produisirent en Europe une incroyable sensation : « Le grand duc de Toscane témoigna par de riches présens sa satisfaction au professeur de Padoue, et le roi de France lui fit demander des astres qui porteraient son nom. Les poètes célébrèrent à l'envi les découvertes de l'illustre astronome, et l'on représenta les satellites de Jupiter dans des ballets et des mascarades. »

En 1610, par des motifs qui ne sont pas bien connus, Galilée quitta Padoue et Venise pour revenir à Florence. Ce retour, que ses amis firent tous leurs efforts pour empêcher, et dont ils prévoyaient les funestes conséquences, fut la cause de tous les malheurs de ce grand homme. L'histoire des persécutions que la cour de Rome fit subir à Galilée est racontée par M. Libri avec les plus grands détails et entourée de toutes les preuves qui ne laissent aucun doute sur cette déplorable erreur du zèle religieux. Galilée subit la torture, M. Libri n'en doute pas, quoique dès le commencement le procès de Galilée ait été enveloppé dans un mystère impénétrable. « On sait par la correspondance de Niccolini que le pape avait voulu que toutes les dépêches fussent écrites exclusivement de la main de cet ambassadeur, auquel il avait ordonné, sous peine d'excommunication, de ne révéler qu'au grand-duc ce qu'il pouvait apprendre sur ce procès. Niccolini dit aussi qu'on avait imposé silence à Galilée, et que non-seulement celui-ci ne voulait pas parler des interrogatoires qu'il avait subis, mais qu'il se refusait même à faire savoir si on lui avait défendu oui ou non de parler. Une seule fois, exaspéré par la continuité des persécutions, il s'écria : On me forcera à quitter la philosophie pour me faire l'historien de l'inquisition ! — Mais il se garda bien de réaliser ce dessein. De nos jours, Napoléon avait fait venir à Paris le procès original de Galilée, et voulait le publier ; à la restauration, ce manuscrit, qui était dans la bibliothèque particulière de l'empereur, fut égaré ou caché, et on n'a jamais pu le retrouver depuis ; on a seulement su par Delambre que ce procès était incomplet et qu'il ne contenait pas les interrogatoires. N'a-t-on pas quelque motif de supposer que tout ce mystère était destiné à cacher au public quelque fait grave ? »

Depuis ce fatal procès, Galilée mena une vie misérable et tourmentée. Retiré dans une petite campagne, aux environs de Florence, dont le Saint-Office lui enjoignit de ne jamais franchir les limites, Galilée, accablé d'années, aveugle et pauvre, eut encore la douleur de perdre une fille chérie. Le pouvoir de l'inquisition était si redouté, que ses amis n'osaient aller le visiter dans sa retraite, et que c'était en cachette que le grand-duc lui faisait parvenir quelques bouteilles de vin nécessaires à soutenir ses forces défaillantes. Galilée fut sublime dans son adversité. Il composa, en dictant à quelques élèves, des ouvrages dont tous ne sont pas venus jusqu'à nous ; car il lui fut impossible de

rer d'une manière évidente. On administre des remèdes qui agissent efficacement sur les intestins; une débâcle a lieu, et la tumeur disparaît. J'ai rencontré moi-même quatre exemples de ce cas, dont trois il y a quelques mois seulement. Bien que je me propose de traiter plus spécialement ailleurs des maladies du colon, je crois devoir rapporter ici ces faits, vu leur importance pratique relativement au diagnostic des tumeurs du foie.

Premier fait. — *Accumulation de fèces dans la portion sigmoïde du colon, imitant une maladie organique.*

Le 1er août 1840, je fus appelé auprès d'un jeune homme, arrivé à Londres depuis peu, convalescent d'un *purpura* intense, suivi d'une pneumonie grave. Il avait été saisi la nuit précédente de vomissemens bilieux, avec prostration et douleurs intenses dans l'abdomen. Le pouls était fréquent et petit, la physionomie affaissée et pâle; sensibilité extrême à la pression de l'abdomen. Il était allé un peu à la garde-robe la veille et le jour de ma visite; mais je n'ai pu voir les matières. La première idée qui m'est venue a été celle d'un étranglement herniaire. J'ai questionné le malade en conséquence, en m'informant s'il éprouvait de la douleur aux aînes; et en lui palpant ces régions, j'ai senti non loin de l'anneau interne, une tumeur distincte. La partie de l'abdomen comprise entre la tumeur et le bord des côtes du même côté était plus sensible que dans le reste, et un peu tendue. J'ai naturellement soupçonné l'existence de quelque maladie organique. La tumeur était plus diffuse qu'une hernie ordinaire; cependant sa partie proéminente était circonscrite au toucher, mais elle ne se dilatait pas par les secousses du tousser. J'ai prescrit un cataplasme sur le côté gauche de l'abdomen, dix centigrammes (deux grains) de calomel et deux centigrammes et demi d'opium (demi-grain); une potion effervescente, avec excès d'alcali, dans le but d'arrêter le vomissement; plus une large injection (lavement) d'une solution aqueuse de savon. Ces remèdes ont été répétés deux ou trois fois, et ont produit avant la nuit un grande évacuation de matières fécales solides; la tumeur de la région iliaque a entièrement disparu, ainsi que les symptômes qui l'accompagnaient.

Dans ce cas la situation de la tumeur ne m'a pas conduit à l'idée d'une tumeur hépatique; mais si la collection eût eu lieu dans le colon transverse au lieu de l'être dans le colon descendant, elle aurait sûrement présenté tous les caractères de l'hypertrophie du foie, ainsi qu'on va le voir dans le fait suivant.

Second fait. — *Accumulation de matières fécales dans le colon, imitant une hypertrophie du foie.*

J'ai été appelé par M. Baldwin, pour voir un vieux gentleman qui était au lit depuis plusieurs jours, et qui était devenu graduellement jaune; sa langue était chargée, son pouls élevé; inappétence, insomnie, développement considérable de l'abdomen, avec quelque sensibilité; hoquet fréquent et envies de vomir, mais pas de constipation; les selles étaient bilieuses et assez fréquentes. En examinant l'abdomen plus soigneusement, on sentait distinctement une dureté que j'ai attribuée au foie, s'étendant depuis le bord des côtes du côté droit jusqu'à l'ombilic. Nous l'avons traité pendant plusieurs jours comme atteint d'une affection organique, et nous avons porté un pronostic fâcheux.

Par la suite cependant, nous avons commencé à nous apercevoir que les intestins fonctionnaient à peine; nous avons insisté sur les purgatifs; une décoction d'aloès, de séné et d'alcali, les pilules de galbanum, le pilules bleues (*blue pills*), et l'extrait de coloquinte, ont été largement administrés. Le malade a rendu tous les jours des quantités incroyables de matières fécales; le gonflement a diminué par degrés, la matité de la percussion a graduellement fait place au son clair des viscères creux; la jaunisse a disparu, l'appétit est revenu, et en quelques semaines le malade a guéri; aujourd'hui il est en parfaite santé, et sans la moindre trace d'affection hépatique.

Je n'ai pas le moindre doute que, dans ce cas, bien que le foie fût gorgé probablement, la tumeur principale et la matité de la région hépatique ne dépendissent de la collection de matières fécales dans le colon. Nul doute que dans ces cas un ensemble de circonstances ne concoure au développement de l'hypochondre, et que l'estomac ne se congestionne que par suite de la surcharge des intestins; car lors que le colon n'est pas distendu, nous voyons souvent le foie se congestionner, et cet état disparaître sous l'influence des purgatifs.

Troisième fait. — *Accumulation de matières fécales dans le colon, imitant une tumeur fongoïde.*

Le 1er octobre 1839, j'ai été demandé par M. Newton pour voir un malade portant une tumeur au côté droit de l'abdomen, sur la nature de laquelle les opinions étaient fort partagées. Le patient était âgé de trente ans, d'une constitution exsangue particulière, approchant de la chlorose. J'ai appris que trois ans auparavant il avait été atteint d'une inflammation d'intestins, laquelle s'est répétée consécutivement plusieurs fois; que ses intestins étaient restés depuis lors irrités, et avaient besoin souvent de l'usage des purgatifs pour fonctionner; que depuis un an il s'était aperçu pour la première fois d'une tumeur à la région iliaque droite, et qui avait progressé jusqu'au moment de mon examen. J'ai trouvé que cette tumeur existait précisément à l'endroit de la courbure du duodénum, qu'elle avait le volume d'une orange et était un peu mobile. On m'a appris que quelques mois auparavant la tumeur avait été beaucoup plus mobile, qu'elle avait changé de place, presque par son propre poids, durant les mouvemens du corps.

En présence de tous ces faits, je n'ai pu donner une opinion positive sur la nature et le siége de la tumeur, mais j'ai pensé à la considérer comme une tumeur indépendante, sans connexion ni avec le rein, ni avec le foie, ni avec aucun autre organe, ou attachée peut-être à quelque pli du péritoine. Comme les intestins étaient très irritables et qu'ils rendaient des matières, j'ai prescrit 15 gouttes de liqueur de potasse dans une infusion de *cusparia*, trois fois par jour, et l'application d'un emplâtre d'ammoniaque et d'hydrargirium sur la tumeur.

Le 18 octobre je l'ai vu de nouveau. Le médicament avait été pris régulièrement et la tumeur s'était ramollie; et, bien qu'elle fût encore mobile, j'ai trouvé que l'espace compris entre elle et le bord des côtes donnait un son mat, comme si le foie se fût prolongé jusque-là, ou comme si un corps formé dans l'épiploon était venu s'attacher au foie, car il paraissait très serré contre les parois abdominales. J'ai cependant noté en même temps sur mes cahiers de ce jour, que cela pouvait bien être aussi une collection de fèces dans le colon.

Le 22 novembre je l'ai revu encore; il avait souffert d'une diarrhée intense et de maux de cœur depuis dix jours; il était pâle, maigre et avait abandonné l'usage de la liqueur de potasse à cause de la diarrrhée. La tumeur, cependant, avait diminué de volume et ne pouvait plus être distinctement observée; cela m'a fait fortement soupçonner qu'elle était formée par une collection de matière fécale. Le malade a été mis alors à l'usage de la teinture de muriate de fer.

Le 29 mars 1840, l'amélioration était des plus satisfaisante; l'usage du fer avait été continué, mais depuis trois semaines les intestins étaient constipés. M. Newton, qui soignait le malade habituellement, a prescrit une large injection d'eau savonneuse, ce qui a déterminé des évacuations de matières fort dures: le même lavement a été répété tous les jours. La tumeur a complètement disparu; seulement j'y ai pu sentir un petit nœud, dépendant probablement d'un léger épaississement du colon ascendant.

On voit dans ce fait un exemple remarquable de collection de matières stercorales capables de tromper le praticien le plus expérimenté; la tumeur, en effet, était très prononcée depuis long-temps et offrait depuis quelques mois des caractères propres aux tumeurs malignes. Cet exemple donne aussi l'explication des guérisons obtenues par plusieurs personnes de tumeurs prétendues organiques.

Quatrième fait. — *Accumulation de matière fécale dans le colon, imitant une maladie maligne du foie.*

A. B., matelot, âgé de cinquante-cinq ans, a été reçu à Guy's hospital dans mon service, portant une tumeur dure, lobulée, dans l'abdomen, précisément entre la pointe du cartilage xyphoïde et l'ombilic, très douloureuse à la pression et même sans pression. Le teint du malade était jaune; dévoiement. Après un examen attentif, j'ai cru y voir une tumeur organique liée au lobe gauche du foie. Les effets produits par les remèdes employés et l'aspect du malade, loin de me détromper, m'ont confirmé dans mon jugement quelques semaines après. Plus tard cependant, j'ai commencé à croire que les douleurs dont il se plaignait si souvent étaient plutôt spasmodiques et telles qu'on les observe dans les rétentions de matière fécale. En conséquence, je l'ai mis à l'usage des purgatifs, quoique les garderobes ne fussent pas complètement supprimées. Des doses répétées de coloquinte, les pilules de galbanum, les pilules bleues, et de petites doses de muriate de morphine ont été successivement administrées. Quelques jours après l'usage de ces remèdes le malade a rendu des fèces dures en forme de balles; la tumeur et la douleur ont commencé à diminuer, puis elles ont fini par disparaître et le malade s'est trouvé guéri de la prétendue tumeur maligne.

— Je pourrais multiplier considérablement ces exemples, mais ceux que je viens de rapporter représentent des accumulations de matières dans les différentes portions du gros intestin et me paraissent suffire à l'objet que je m'étais proposé. Je suis généralement porté à établir que toutes les fois qu'une tumeur abdominale se présente dans la direction du colon, elle doit être examinée avec présomption de sa dépendance d'une pareille collection. Cela cependant est loin de mettre à l'abri d'un diagnostic erroné, car la position ou la direction du colon est elle-même très variable. Il se passe, en effet, rarement un mois sans que j'aie l'occasion de vérifier ce fait. On peut voir à la planche VI, annexée à ce mémoire, trois dessins pris sur trois cadavres dans l'espace de dix jours, et qui offrent trois directions tout à fait différentes dans le colon. Dans l'un, l'arc du colon descend brusquement au niveau de l'ombilic; dans l'autre, la portion sigmoïde avance au-delà de ce point; dans le troisième, cette même partie décrit deux circonvolutions complètes dont la dernière remonte jusqu'au duodénum, passe derrière l'estomac, puis descend dans le pelvis. J'ai assisté cette semaine à l'autopsie du cadavre d'un enfant qui avait succombé au croup et dont la portion sig-

---

les faire imprimer dans aucune ville d'Europe, et, à la mort de l'ami à qui Galilée avait confié la plupart de ses manuscrits, l'inquisition les fit mettre au pillage.

« Lorsque, le 8 janvier 1642, cet illustre vieillard descendit au tombeau, sa gloire pouvait défier la rage de ses ennemis; car, lors même qu'on eût traîné son corps à la voirie, comme on le voulait à Rome, que tous ses ouvrages eussent été détruits, comme on essaya de les détruire, l'œuvre de son génie ne pouvait périr; il avait créé la philosophie naturelle; les hommes avaient appris de lui comment ils doivent étudier la nature; enfin, il laissait une école florissante, composée d'élèves idolâtres de sa mémoire et imbus de ses préceptes, qui n'eurent, pour s'illustrer, qu'à suivre ses glorieuses traces. Des cendres de Galilée naquit bientôt cette société qui s'est rendue si célèbre sous le nom d'Académie *del Cimento*. »

Cette notice de M. Libri, dont il ne nous a été possible de citer que quelques fragmens isolés, est d'un intérêt saisissant. Outre l'appréciation scientifique de Galilée, faite par un tel maître, elle abonde en détails biologiques et historiques sur ce seizième siècle, si grand, si fécond en grandes découvertes et en grands hommes. Quant à la forme et au style, on croirait lire une vie des grands hommes de Plutarque. Nous ne résistons pas au désir de citer encore ce dernier fragment:

« Malgré les efforts d'une persécution acharnée, Galilée nous apparaît encore comme un des esprits les plus vastes et les plus sublimes qui soient jamais descendus sur terre. Grand astronome et grand géomètre, créateur de la véritable philosophie et de la mécanique, réformateur de la philosophie naturelle, il fut en même temps un des plus illustres écrivains de l'Italie, et il força ses adversaires à reconnaître que l'on pouvait être à la fois géomètre et homme d'esprit. Poète enjoué et auteur comique plein de verve et de sel, il composa, comme plus tard Torricelli, des comédies qu'on a eu le tort de ne jamais publier......

» La philosophie scholastique ne put jamais se relever du coup que Galilée lui avait porté, et l'Eglise, qui malheureusement se fit l'instrument de la haine des péripatéticiens, partagea leur défaite..... Cette fatale vengeance, qui pesa long-temps sur Galilée, avait pour but de le rendre muet; elle effraya ses successeurs et retarda les progrès de la philosophie; elle a privé l'humanité des vérités nouvelles que cet esprit sublime aurait pu découvrir. Enchaîner le génie, effrayer les penseurs, arrêter les progrès de la philosophie, voilà ce que tentèrent de faire les persécuteurs de Galilée. C'est là une tache dont ils ne se laveront jamais. »

Traité de la Catalepsie; par M. Bourdin.

Quoique M. Bourdin n'ait pas confié à l'analyse numérique le soin de tirer les conclusions de son livre — faute qui lui sera sans doute reprochée plus amèrement que je ne le fais — je me hâte de dire néanmoins qu'il vient de publier un très bon travail, intéressant et instructif, sagement pensé et très purement écrit. La catalepsie est une affection assez rare pour que son histoire fût difficile à faire, et l'on doit savoir gré à M. Bourdin d'avoir réuni un assez grand nombre d'observations éparses dans le but d'éclairer ce point si obscur de la pathologie. Mais, sur ce sujet, le merveilleux touche de si près à la réalité, les faits ont été si souvent racontés par des témoins peu dignes de confiance, qu'il fallait un goût sûr et une raison sévère pour ne pas s'égarer dans cette recherche. L'auteur a évité cet écueil en ne puisant qu'à des sources pures.

Sa définition restera dans la science comme complète et comme étant l'expression des faits. « La catalepsie, dit-il, est une affection du cerveau, intermittente, apyrétique, caractérisée par la suspension de l'entendement et de la sensibilité, et par l'aptitude des muscles de la vie animale à recevoir et à garder tous les degrés de contraction qu'on leur donne. »

Fidèle au plan de tous les monographes, M. Bourdin a divisé son livre en autant de chapitres que la maladie présente d'élémens à considérer, symptômes, marche, diagnostic, causes, anatomie pathologique, traitement et enfin théorie de la maladie. Chacun de ces chapitres n'est que le développement de faits recueillis par l'auteur soit dans son observation particulière, soit dans ses recherches bibliographiques. Je ne le suivrai pas dans ces développemens et je me bornerai à reproduire son résumé sur le traitement de cette curieuse maladie, traitement qu'il divise d'ailleurs, avec beaucoup de justesse, en traitement de l'accès et traitement de la maladie. C'est de celui-ci seulement qu'il est question:

« En résumé, dit M. Bourdin, le traitement que je regarde comme le meilleur et le plus efficace puise ses élémens dans deux médications: la médication antispasmodique et celle irritante transpositive. De la combinaison appropriée de ces deux méthodes naîtra le traitement le plus convenable à la catalepsie. Le secret de leur efficacité se trouve dans leur association, leur emploi combiné et simultané. Il serait superflu d'entrer ici dans les détails de l'administration de ces médicamens et de l'emploi des dérivatifs. On agit comme dans les autres maladies qui en réclament l'usage. Cependant, je ferai une réserve relative au lieu d'élection des dérivatifs, car je considère les régions dorsale et lombaire comme très aptes à la sinapisation. »

Quant à la théorie, M. Bourdin, après avoir passé en revue la plupart de celles qui ont été émises et en avoir fait sentir l'inanité, a le bon esprit de n'en pas tenter une nouvelle, en ajoutant: « Il n'est pas donné à l'homme de tout comprendre, et parmi les maladies, il en est quelques-unes dont la Providence se réserve le secret, elle a voulu les couvrir d'un voile épais que l'entendement humain s'épuiserait vainement à vouloir déchirer; la catalepsie, jusqu'à ce jour, a été de ce nombre. »

Cette substantielle lecture m'a rappelé un fait qui remonte aux premiers temps de mes études médicales, et dont M. Bourdin pourra faire son profit pour la seconde édition de son ouvrage que je lui souhaite de bien bon cœur.

— Une jeune dame nouvellement mariée était occupée à suspendre un petit panier au mur de sa salle à manger, lorsqu'un coup de fusil se fit entendre sous ses croisées; elle reste immobile, le bras droit élevé vers le clou et la main gauche appuyée sur le mur. Ses domestiques accourent aux cris d'une femme-de-chambre, et trouvent leur jeune maîtresse dans la position indiquée, les yeux ouverts et fixes, dans l'immobilité la plus complète. On la transporte sur son lit, où pendant une heure elle reste dans cet état. Alors surviennent quelques convulsions alternant avec des contractions tétaniques; puis une explosion de larmes termine la scène.

Ceci s'était passé à six heures du soir,

Le lendemain, à la même heure, cette dame étant dans son jardin, coupait avec des ciseaux des fleurs d'oranger, lorsque, sans qu'elle eût entendu aucun bruit qui pût l'effrayer, le même phénomène de la veille se reproduisit, c'est-à-dire que la malade resta immobile; les deux bras tendus vers une branche d'oranger. Comme la veille, cet état dura une heure et se termina de la même manière.

Ce phénomène, toujours le même, commençant tous les jours à la même heure et accompagné des mêmes accidens, a duré pendant six ans. J'ai eu de très fréquentes occasions de l'observer, et voici ce que mes souvenirs me rappellent. Dans l'intervalle des accès, madame *** semblait jouir d'une santé parfaite; elle avait bon appétit; son embonpoint n'avait pas diminué; son intelligence ne subissait aucune altération. Elle n'éprouvait aucun symptôme précurseur; elle était frappée tout à coup, dans quelque position qu'elle se trouvât, dans quelque occupation que ce fût, et cela toujours à six heures du soir, heure moyenne des horloges. Alors, si elle parlait elle s'arrêtait court au milieu d'un mot, la bouche ouverte et les yeux fixes; dans quelque attitude qu'elle se trouvât elle la gardait, immobile; les membres obéissaient à tous les mouvemens qu'on voulait leur imprimer, l'insensibilité était complète; c'était une statue vivante. A sept heures, la détente arrivait par une grande inspiration; puis survenaient des convulsions, et enfin les larmes.

moïde du colon était plus tortueuse encore que chez ce dernier sujet.

Une autre source de difficulté pour le diagnostic est dans les maladies des reins qui sont très fréquentes. Bien que le rein se développe rarement au point de pousser en avant le lobe droit du foie, néanmoins il constitue souvent lui-même une tumeur au-dessous du lobe droit, et comme il doit acquérir un grand volume avant de pouvoir être découvert, il en impose aisément pour une maladie du foie ou contiguë avec la substance de celui-ci. Il est cependant des circonstances qui peuvent faire distinguer une tumeur rénale, ainsi que je l'ai démontré dans un autre mémoire. (*Guy's hospital reports*, t. VI.)

Des maladies de l'estomac peuvent aussi être confondues avec les tumeurs du foie particulièrement de son lobe gauche, mais cela est assez rare. La petite courbure, lorqu'elle est squirrheuse, surtout lorsqu'elle est fixée pathologiquement au foie, ressemble beaucoup à une tumeur hépatique. Une végétation maligne dans l'estomac, un épaississement cancéreux du même organe, peut en imposer pareillement, mais un strict examen, surtout à l'aide de la percussion, fait constater le son de la cavité du viscère, et par conséquent avertit que la tumeur doit être dans son intérieur. En général, la douleur est alors rapportée dans l'estomac, elle augmente par le manger; le mal est accompagné de nausées, de vomissemens, d'émaciation; sans symptômes propres aux affections hépatiques. Ces données autorisent à penser que la tumeur appartient à l'estomac et non au foie.

§ II. AFFECTIONS MALIGNES DU PÉRITOINE ET DE L'ÉPIPLOON, SIMULANT DES TUMEURS HÉPATIQUES.

Une source beaucoup plus fréquente de difficultés est dans les altérations de l'épiploon et du péritoine, qui acquièrent une très grande ressemblance avec l'état tubéreux et hypertrophique du foie. Dans beaucoup de cas on peut assez facilement distinguer le foie de la tumeur à un espace dans lequel le colon et l'estomac donnent un son clair à la percussion; on sent alors que les portions dures de l'abdomen développé sont distinctes et non liées avec le foie; il y a aussi absence de symptômes propres aux affections hépatiques. Je rapporterai cependant un cas dans lequel l'altération du péritoine s'offrait dans de telles conditions qu'il était difficile de la diagnostiquer d'une manière positive. J'en possède d'autres analogues que j'exposerai ailleurs.

Cinquième fait. — *Affection maligne du péritoine simulant une tumeur hépatique.*

J'ai été appelé le 22 novembre 1830, par M. Fernandez, auprès de Charles Rogers, âgé de quarante-quatre ans, cordonnier. Le commémoratif m'a appris que depuis un an environ il s'était aperçu d'une petite tumeur placée au-dessous du cartilage xyphoïde, laquelle avait augmenté en s'étendant en haut et en bas. Le malade vomissait les alimens depuis plusieurs mois, et depuis six semaines le vomissement avait constamment eu lieu une demi-heure après le repas, sans douleur ni difficulté; la matière vomie était noire, et offrait l'apparence et l'odeur des matières fécales. Les garderobes d'ailleurs étaient noires. Son teint était pâle, mais non jaune.

A l'examen de l'abdomen j'ai trouvé deux ou trois tumeurs du volume et de la forme d'une moitié d'œuf près du scrobicule du cœur, mais la moitié supérieure de l'abdomen présentait une substance dure et uniforme, presque aussi résistante que le cartilage, développant généralement et uniformément l'abdomen. Au toucher cependant cette masse dure était lobulée comme le foie et s'étendait jusque dans le pelvis, mais plus à droite qu'à gauche. Dans cette dernière partie on sentait deux autres masses séparées de la tumeur principale.

Tous les remèdes employés ont été inutiles: le malade est mort le 9 décembre suivant.

A l'autopsie, que nous avons faite avec M. Fernandez, nous avons trouvé l'état suivant.

Cadavre émacié et pâle; tumeur dure dans tout l'abdomen, jusque dans le pelvis; une saillie distincte et ronde existe à la région de l'abdomen. On enlève les tégumens et les muscles de l'abdomen, le péritoine offre une épaisseur de 6 à 7 centimètres (un quart de pouce) dans quelques points. On coupe cette membrane, et l'on découvre une masse considérable, très ferme, presque de la couleur de la graisse, descendant jusque dans le pelvis, et prenant là la figure du foie, y étant divisée en lobes; elle s'étend en haut et repousse le diaphragme au-devant d'elle en prenant la forme de ce muscle, c'est-à dire la forme qu'il affecte durant l'expiration. En la soulevant de bas en haut, cette masse laisse voir les intestins qui se trouvent refoulés à gauche et qui sont couverts de tumeurs rondes, à demi-gélatineuses et d'apparence fongueuse; dans leur intérieur, ces végétations sont presque vésiculaires; elles naissent près de l'endroit où le mésentère se joint aux intestins; quelques-unes sont presque tout à fait pendantes par des pédicules de l'épaisseur de 13 centimètres (demi-pouce); deux ou trois pédicules, d'apparence vasculaire, servent de soutien à chacune d'elles. D'autres sont assises sur le mésentère ou sur l'intestin. Une grosse masse existait entre le rectum et la vessie.

En examinant attentivement la grande masse qui remplissait la plus grande partie de la cavité abdominale, nous l'avons trouvée formée de substance de nouvelle formation, mais enveloppant dans son intérieur le foie et l'estomac.

Le foie est très altéré dans sa couleur et dans sa texture, mais diminué de volume. L'estomac était lui-même très contracté, sa surface interne était très irrégulière, de sorte qu'elle ne ressemblait en rien à la forme qu'elle présente dans l'état normal. La masse morbide descendait jusqu'aux reins en les enveloppant en partie; on pouvait la soulever par son bord inférieur, comme s'il s'agissait d'un foie hypertrophié; alors les intestins se déplaçaient, mais ils adhéraient avec elle par des granulations fongueuses. La structure de cette masse a paru tout à fait vésiculaire à la dissection; on y voyait un grand nombre de kystes de volume égal, pas plus gros que de petits pois, de sorte que sa structure était tout à fait uniforme. Dans plusieurs endroits on voyait aussi des dépôts de matières gélatineuses comme dans l'hydropisie de l'ovaire. C'est là, comme on le voit, la structure décrite par M. Hodgkin, comme appartenant aux tumeurs malignes. Les poumons étaient très sains, mais la plèvre présentait quelques petites végétations d'apparence fongoïde, comme celles de l'abdomen, et qui suivaient la direction des bords inférieurs des côtes. La face supérieure du diaphragme offre aussi de ces mêmes végétations, la face inférieure également, et ces végétations font adhérer le diaphragme au foie.

Le péritoine, qui redouble le diaphragme, est très épaissi et adhère au foie; mais cette adhérence ressemble plutôt à une application serrée et réciproque, qu'à une véritable union organique; car ces deux corps peuvent être séparés aisément, et l'on voit alors que les vésicules d'un côté s'enchassent dans des enfoncemens de l'autre. Nous avons injecté les vaisseaux d'une portion d'intestin, le liquide a passé dans les vésicules des tumeurs et les a colorées; les vaisseaux étaient distinctement développés, surtout vers les pédicules des végétations intestinales.

En disséquant les tumeurs, il nous a semblé que le péritoine en couvrait la partie inférieure; mais cette membrane était si amincie dans le reste, que nous n'avons pu la suivre. Dans plusieurs endroits cependant, principalement dans les points où la masse affectait une apparence lobulée, nous nous sommes assurés que ces bosselures étaient transparentes et formées par le péritoine. Le reste de la masse nous a paru également engendré dans la substance même du péritoine, et s'être propagée aussi dans la séreuse de la poitrine.

J'ai envoyé une portion de la tumeur formée par le péritoine autour du foie à M. Babington, lui demandant son opinion sur sa nature. Il m'a écrit la lettre suivante:

« J'ai examiné la substance que vous m'avez envoyée, et j'ai trouvé qu'elle consistait presque entièrement en du mucus épaissi. A l'exception du tissu cellulaire qui en formait le canevas, elle s'est en effet dissoute dans de l'eau à la température atmosphérique, et aussi dans l'alcool, mais avec difficulté, ainsi que le mucus le fait ordinairement. La solution n'a pas été précipitée par la chaleur, ni par l'alcool, ni par les acides, ni par la teinture de galle, ni par l'oxymuriate de mercure, ni par le sulfate de zinc; mais le subacétate de plomb qui, d'après M. Bostock, est le véritable réactif du mucus, l'a précipitée abondamment. Les alcalis minéraux et végétaux dissolvent la matière, et donnent un solutum noir et presque opaque, qui, étant délayé, devient d'un rouge foncé sale. La neutralisation d'une partie de cette solution à l'aide d'un alcali ne la précipite point. La matière ne contenait pas un seul atome d'albumine, si l'on en excepte celle du tissu cellulaire. En un mot, elle se comporte exactement comme le mucus transparent expulsé des bronches en petites masses par la toux, et que Laënnec a appelées, je crois, crachats perlés. Maintenant que la substance commence à se putréfier, elle offre plutôt une odeur particulière, analogue à celle du poisson vieux, mais non encore putréfié, qu'à celle du mucus en putréfaction. »

Avant la mort, nous nous sommes demandé quel était le véritable siége de la tumeur; l'examen attentif nous avait fait croire que ce devait être le foie ou l'épiploon, mais nous n'avions pu cependant nous prononcer d'une manière absolue. Voici les bases de ce diagnostic: les deux tumeurs placées près du cartilage xiphoïde étaient rondes et de la forme d'un œuf; non aplaties au centre et circulaires, comme les grandes tubérosités malignes de la substance du foie; la surface générale de la masse était lisse, sans aucune nodosité, comme dans les affections tubéreuses du foie; la tumeur était extraordinairement dure et inflexible; il existait une ou deux masses rondes dans la région iliaque gauche, lesquelles étaient séparées de la masse originale; jamais il n'y avait eu de jaunisse ni de teinte ictérique. Toutes ces circonstances nous avaient semblé suffisantes pour autoriser le diagnostic que nous avons porté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LOURCINE. — M. VIDAL.

Enfant affecté de syphilis; mère saine en apparence; granulations du col de l'utérus.

Au n° 9 de la salle Sainte-Marie (service des nourrices), sont couchés la mère et l'enfant, atteints de syphilis.

Voici les renseignemens qui nous ont été donnés sur les antécédens: la mère qui, examinée avec soin en ville, n'a offert aucune trace de maladies aux parties génitales extérieures, dit

---

Tous les traitemens imaginables furent employés sans succès. Après six ans, les attaques sont devenues moins fortes et moins longues; mais en même temps est survenue une faiblesse dans les membres postérieurs, faiblesse qui, allant toujours en augmentant à mesure que se dissipait la catalepsie, a fini par devenir une véritable paraplégie complète. Lorsque j'ai revu cette dame, il y a quelques années, elle marchait avec des béquilles, et il ne lui restait plus de ses attaques quotidiennes que ce phénomène fort curieux assurément: tous les jours, à six heures du soir, le doigt annulaire de la main gauche se fléchissait sur la paume de la main, et restait dans cette attitude jusqu'à sept heures. C'était une horloge d'une exactitude rigoureuse.

Recherches statistiques sur l'aliénation mentale, faites à l'hospice de Bicêtre par MM. H. Aubanel et A. Thore.

Cet ouvrage est le fruit des observations prises sur les malades admis pendant l'année 1839 à Bicêtre, où les auteurs remplissaient les fonctions d'internes.

549 aliénés ont été admis pendant cette année. (On sait que Bicêtre ne reçoit que des hommes: c'est donc sur le sexe mâle que porte la statistique des auteurs.) C'est le nombre le plus élevé que les admissions aient encore atteint.

Les différentes formes d'aliénation ont ainsi été réparties: maniaques, 181; monomaniaques, 66; mélancoliques, 21; stupides, 10; démens, 45; démens paralytiques, 120; imbéciles et idiots, 29; épileptiques, 51; réintégrations, 10, rechutes, 16.

Causes prédisposantes; âge. — Avant 20 ans, 36; de 21 à 25, 44; de 26 à 30, 61; de 31 à 35, 75; de 36 à 40, 98; de 41 à 45, 69; de 46 à 50, 47; de 51 à 55, 27; de 56 à 60, 18; de 61 à 65, 13; de 66 à 70, 15; de 71 à 75, 14; de 76 à 80, 0; au-delà de 80, 6.

Les différentes formes d'aliénation sous le rapport de l'âge ont donné des résultats que la faiblesse du chiffre total ne rend pas assez sûrs pour être reproduits.

Saisons. Voici l'ordre de fréquence suivant lequel les mois se trouvent placés relativement aux entrées: juillet, août, juin, octobre, décembre, mars, septembre, novembre, mai, avril, janvier, février.

Etat civil. — Mariés, 130; célibataires, 81; veufs, 28; état civil non indiqué, 310.

Professions. — Arts et métiers, 187; domestiques, journaliers, 137; culte, arts, médecine, 26; commerce de détail, 30; état militaire, 12; négoce, 1; agriculture, 11; rentiers, 4.

Hérédité. — Les auteurs n'ont pu constater d'une manière certaine l'influence de l'hérédité directe ou collatérale, que 24 fois sur 549 admissions.

Causes occasionnelles. — Causes morales, 87; excès, 70; privations, 29; causes organiques, 65; causes externes, 7.

Je passe sous silence les symptômes dont les tableaux ne présentent rien de nouveau à reproduire.

Quant à la terminaison, sur 540 aliénés entrés, il en est sorti 203; il en est mort 84; il en restait à l'hospice, à la fin de l'année, 236. Sur ce nombre de 203 sortis, il y a eu 137 guérisons et 66 non guérisons.

Vient ensuite le chapitre de l'anatomie pathologique, qui, quoique fait avec le plus grand soin, ne jette aucune lumière sur la question si ardue de l'aliénation mentale.

L'ouvrage est terminé par le recensement général de la division des aliénés de Bicêtre au 1er décembre 1839. Elle renfermait 896 aliénés ainsi répartis: maniaques, 274, monomaniaques, 97; démens, 169; imbéciles et idiots, 176; épileptiques, 180.

Cette brochure est fort bien faite, et prouve un talent très remarquable d'analyse. Elle restera dans la science, et servira d'exemple aux internes successeurs de M. Thore et Aubanel. B. B.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Ouverture des cours officiels pour le semestre d'hiver.

M. Chomel, professeur de clinique médicale, commencera ses visites, à l'Hôtel-Dieu, lundi prochain 8 novembre, et ses leçons cliniques le mardi 16.

M. Fouquier, professeur de clinique médicale, commencera ses visites, à l'hôpital de la Charité, lundi prochain 8 novembre, à sept heures du matin; les leçons cliniques auront lieu immédiatement après.

M. Roux, professeur de clinique chirurgicale, commencera ses leçons, à l'Hôtel-Dieu, lundi 8 novembre, à huit heures du matin, immédiatement après la visite des malades.

M. Velpeau, professeur de clinique chirurgicale, commencera son cours, à l'hôpital de la Charité, mardi 9 novembre. La visite des malades aura lieu de sept heures et demie à neuf heures, et les leçons de neuf à dix heures.

M. Lenoir, chargé par la Faculté de faire le service de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, commencera ses leçons mardi 9 novembre, à huit heures.

M. Adelon, professeur de médecine légale, commencera son cours lundi 8 novembre, à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

M. Breschet, professeur d'anatomie, commencera son cours mardi 9 novembre, à dix heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

M. Orfila, professeur de chimie médicale, commencera son cours lundi 8 novembre, à dix heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

L'opinion générale a confirmé le jugement que nous avons porté sur la diatribe de M. Gerdy contre Dupuytren; les protestations nous arrivent de toutes parts contre cette *lâche impiété*. Dans le nombre de ces protestations nous nous contenterons de citer les vers nobles et beaux de sentiment et de vérité que nous adresse un littérateur distingué, M. Antoni Deschamps.

Contre l'accusateur de Dupuytren.

Honte à toi! qui flétris le cerveau sans pareil,
Et qui vois une tache au front pur du soleil!
Tous les pauvres sauvés par son divin génie,
Les mourans par ses soins rappelés à la vie,
Tous, saisis de douleur et pleins d'un saint effroi,
Zoïle sans pudeur, se lèvent contre toi.
Eux, n'ont pas vu chez lui les passions mortelles,
Mais la main qui pansait leurs blessures cruelles;
Et, comme eux, le Seigneur qui règne au Firmament
Ne verra qu'elle aussi, le jour du jugement.

Antoni Deschamps.

On nous assure que M. Pigné, neveu de Dupuytren, a écrit à M. Gerdy pour lui demander la rectification de certains passages de son discours contre le grand chirurgien, son oncle. M. Pigné publiera sans doute sa lettre et la réponse de M. Gerdy.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quentin, pharmacien à Paris: nos expériences nous ont répondu du succès.

qu'il y a trois ans et demi à peu près, elle accoucha d'un enfant du sexe féminin qui portait aux parties génitales des boutons ulcérés: ces boutons n'étaient survenus qu'après deux mois de vie. L'enfant succomba sans avoir subi aucun mode de traitement.

Jamais, nous dit-elle, elle n'a contracté de maladies syphilitiques ; jamais elle n'a taché son linge, etc. Son mari, seulement, avait été traité à l'hospice du Midi, à plusieurs reprises, pour une affection syphilitique assez rebelle; elle attribue même sa mort à l'état de délabrement dans lequel il se trouvait en rentrant chez lui.

Restée veuve pendant quelque temps, elle a, depuis deux ans environ, contracté une nouvelle alliance avec un homme réputé sain.

De ce nouveau rapprochement est né un enfant du sexe masculin, fortement constitué, et qui, jusqu'à il y a deux mois, a joui de la meilleure santé.

Depuis cette époque seulement, il a présenté aux parties génitales et au front des boutons auxquels d'abord elle n'a pas fait attention (quoique, dit-elle, ils soient en tout semblables à ceux qu'elle observa sur le premier), mais voyant enfin qu'aucune amélioration ne survenait, elle s'est décidée à se présenter au bureau central, qui l'a dirigée sur Lourcine.

Cet enfant a actuellement plus de quatre mois et demi, il est chétif, décrépit, un cercle de tubercules, recouvert par endroits de plaques jaunâtres environne la bouche et recouvre le front et le menton.

La peau de la partie interne des cuisses, des fesses, du scrotum est recouverte de pustules aplaties, tuberculeuses, dont quelques-unes même sont ulcérées; aucune médication n'a encore été mise en usage pour remédier à ces accidens.

La mère, examinée au spéculum, n'offre pas d'écoulement apparent; les parties génitales extérieures ne présentent aucune altération, pas de cicatrices sur les grandes ou petites lèvres, qui puissent dénoter d'anciens ulcères syphilitiques; les parois du vagin ne sont point enflammées, mais la lèvre antérieure du museau de tanche est le siége d'une rougeur granulée de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, rougeur qui ne se prolonge pas dans l'intérieur du col, dont l'orifice n'est point affecté de catarrhe. La lèvre postérieure est saine, nous ne remarquons point non plus de ces traînées blanchâtres qui indiquent d'anciennes ulcérations cicatrisées.

L'interprétation la plus légitime de ce fait est sans contredit l'existence d'une syphilis consécutive et congéniale chez l'enfant.

L'infection au passage ne peut être en effet invoquée, puisque trois mois se sont écoulés entre la naissance et la manifestation des symptômes, et que d'ailleurs le père est resté bien portant, quoiqu'il ait eu des rapports fréquens avec sa femme.

Mais un point beaucoup plus important, c'est qu'il est impossible de ne pas admettre ici que les rougeurs grenues des lèvres du museau de tanche ont été chez cette femme les seuls phénomènes par lesquels l'infection s'est traduite.

M. Gibert, dans son Manuel des maladies vénériennes, a rapporté déjà une observation de ce genre chez une femme qui avouait que son mari avait eu des maladies, et dont l'enfant portait dans l'oreille un ulcère consécutif; elle ne croyait rien avoir, et cependant le spéculum, comme chez notre malade de la salle Sainte-Marie, fit reconnaître des granulations érodées au museau de tanche.

Le fait que nous citons ici a de plus que celui de M. Gibert l'avantage de montrer deux enfans de deux lits différens, et à quatre ans de distance, affectés d'une syphilis non douteuse,, alors que nous n'avons pour expliquer l'infection que des granulations.

Pour M. Vidal donc, les granulations du col seraient parfois les symptômes d'une affection syphilitique, plus souvent même qu'on ne le pense; le plus difficile serait alors de déterminer la valeur de ces lésions et d'en préciser la nature, pour soumettre à un traitement bien entendu les malades infectés.

Quant à notre malade, comme aucun doute ne pouvait s'élever, elle a été mise en traitement: deux pilules de Dupuytren lui ont été administrées tous les jours, le col a été touché avec la solution de nitrate d'argent. Pour l'enfant encore à la mamelle, on a prescrit des soins de propreté, quelques légères cautérisations des pustules; et tous les deux sont sortis sinon complètement guéris, du moins dans un état satisfaisant, après cinq semaines de séjour à Lourcine. J. D.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE EN BELGIQUE.

Par suite de l'ordonnance de S. M. Léopold, du 19 septembre 1841, qui institue une académie de médecine à Bruxelles, cinq titulaires par chaque section ont été désignés par le roi.

Première section. — Anatomie générale, physiologie, anatomie et physiologie comparées.

MM. A. Burggraire, professeur à Gand.
Fallot, médecin principal de l'armée, à Namur.
V. François, professeur, à Louvain.
Graux, professeur, à Bruxelles.
J. Guislain, professeur, à Gand.

Deuxième section. — Pathologie médicale, thérapeutique et anatomie pathologique.

MM. J. Craninx, professeur, à Louvain.
Lebeau, professeur, à Bruxelles.
M. Lombart, professeur, à Liége.
A. Raikem, professeur, à Liége.
A. Van Coetsem, professeur, à Gand.

Troisième section. — Pathologie chirurgicale, médecine opératoire et accouchemens.

MM. de Meyer, président des commissions provinciale et locale, à Bruges.
Gouzée, médecin principal de l'armée, à Anvers.
Seutin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre, et professeur, à Bruxelles.
E. Verbeeck, professeur, à Gand.
F. Vottem, professeur, à Liége.

Quatrième section. — Hygiène publique, police de la médecine, médecine légale, toxicologie.

MM. C. Broeckx, médecin de l'hôpital Sainte-Elisabeth, à Anvers.
Delahaye, de la commission principale et locale, à Bruges.
Ch. Frankinet, professeur, à Liége.
D. Sauveur, commissaire du service de santé.
J.-F. Vleminckx, inspecteur-général du service de santé.

Cinquième section. — Matière médicale, pharmacie, chimie médicale.

MM. Froidmont, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire et d'agriculture de l'état.
de Hemptinne, pharmacien, à Bruxelles.
P. Heusmans, professeur, à Gand.
Martens, professeur, à Louvain.
Pasquier, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Liége.

Sixième section. — Médecine vétérinaire.

MM. Brogniez, professeur.
H. Poudrigney, vétérinaire en chef du 1er régiment d'artillerie, à Tournay.
Gaudy, professeur.
J. Pétry, à Liége.
Thiernesse, professeur.

Membres honoraires.

MM. Baud, professeur, à Louvain.
Caroly, professeur, à Bruxelles.
Delvaus, professeur, à Liége.
J.-F. Kluyskens, professeur, à Gand.
Jacmart, professeur, à Bruxelles.
Rutten, à Verviers.
Van Mons, professeur, à Louvain.
Van Cutsem, professeur, à Bruxelles.

L'Académie a été installée le 26 septembre, par M. le ministre de l'intérieur. Elle a procédé immédiatement à l'élection de six titulaires destinés à compléter le nombre de ses membres; ce sont :

MM. Michaus.
Tallois.
Delavacherie.
Jaussens.
Stas.
Ver Heyen.

Le lendemain, il a été procédé à l'élection des membres du bureau. M. Vleminckx a été nommé président; MM. Graux et Lombart, vice-présidens; M. Sauveur, secrétaire-trésorier.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 9 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 134, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Étranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — De la Charité (M. Bouillaud). Amygdalite chez une femme chlorotique. — Entéro-mésentérite avec complication. — De Londres (M. Bright). Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales. (Suite.) — Maison de Médecine opératoire (M. Bouillaud). Etat chloro-anémique guéri par les toniques. — Revue des journaux. Annales de la chirurgie. Taille en deux temps. — Revue thérapeutique. Eau anti-hémorrhagique. Formules de proto-iodure de fer. — Opinion des journaux sur le discours de M. Gerdy. — Académie des Sciences, séance du 8 novembre. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

Amygdalite chez une femme chloro-anémique (cas peu grave).

La nommée Ardoin, âgée de vingt-deux ans, doreuse, demeurant rue du Rameau, née à Paris et malade depuis huit jours, entra le 25 octobre dernier dans le service de M. Bouillaud, où elle fut couchée au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine.

Elle est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin; vaccinée, non variolée; réglée à quinze ans elle le fut toujours exactement depuis; elle se porte habituellement très-bien.

Il y a huit jours elle fut prise de mal de gorge qui persista jusqu'à présent et augmenta même durant les deux ou trois derniers jours. Les règles, qui avaient paru quatre jours après l'apparition des premiers symptômes, au lieu de durer huit jours, comme de coutume, s'arrêtèrent avant hier à la suite d'un pédiluve. Depuis lors la déglutition devint encore plus difficile et la douleur se fit sentir jusque dans les oreilles. Du reste elle n'a pas eu de fièvre notable; pas de toux: anorexie, un peu de céphalalgie et d'insomnie depuis deux jours.

Alitée depuis le début, elle fut traitée par un médecin qui lui ordonna des gargarismes, des tisanes et un pédiluve; elle ne prit qu'un peu de bouillon pour toute nourriture.

Elle ignore la cause de sa maladie.

Etat actuel. — A son entrée, le visage est peu animé; sa langue humide, un peu saburrale et la soif vive. Elle n'a pas d'appétit, la bouche est mauvaise, pas de nausées, mais persistance du mal de gorge, qui augmente par la déglutition et la parole avec irradiation de la douleur dans l'oreille gauche et un peu d'obscurcissement de l'ouïe de ce côté. La voix est légèrement gutturale.

L'écartement des mâchoires étant difficile et douloureux, on distingue avec peine l'arrière-bouche qui est un peu rouge avec gonflement des amygdales, sans plaques.

L'épigastre et le ventre sont indolens, il n'y a pas de selles depuis huit jours. L'urine est normale; la chaleur est modérée et le pouls à 76, peu développé, un peu inégal. Un léger bruit de souffle chlorotique bien distinct accompagne le premier bruit du cœur; il n'y a pas de bruit de diable en ce moment. Rien de notable pour les fonctions ou bruits respiratoires; un peu de céphalalgie et pas de douleur lombaire.

La malade est venue en voiture à l'hôpital.

Le 26, le pouls est à 112, la chaleur modérée, et la rougeur de l'arrière-bouche est plus prononcée que la veille. Le gonflement des amygdales et surtout de la gauche, qui offre une plaque blanche, est plus prononcé, et la douleur s'irradie vers l'oreille gauche. Il y a toujours un petit souffle au cœur, et de plus un petit sifflement musical dans la carotide droite.

20 sangsues au cou, cataplasmes, gargarismes édulc., sirop gom., diète.

Le 27, la malade se sent mieux, la déglutition est plus libre, le sommeil meilleur; le pouls est à 88, médiocrement développé, et la chaleur très modérée. L'arrière-bouche est moins rouge, les amygdales moins gonflées, et la plaque blanche qui existait à gauche a entièrement disparu. La langue est chargée d'un enduit saburral très épais. Les sangsues ont très bien coulé.

Org., chiend., sir. gom., guim., garg. ronce et miel ros., catap., lav., huil., diète.

Le 28, la déglutition est très facile, la malade a de l'appétit, elle va très bien; elle est au bouillon, et sa santé s'améliore toujours. Elle sort le 13 septembre 1841 très bien guérie.

Entéro-mésentérite typhoïde négligée et passée au commencement de la seconde période, avec bronchite, chez un sujet faible et anémique.

Cécile Tourtand, âgée de treize ans et demi, est couchée depuis le 27 octobre dernier au n° 12 bis de la salle Sainte-Madeleine, où elle est entrée après huit jours de maladie. Elle n'a aucune profession, elle est née à Lessier (Cantal), demeure rue de la Limace, 16, et habite Paris depuis deux ans.

D'une constitution assez délicate, d'un tempérament lymphatique, vaccinée et non variolée, elle est habituellement assez bien portante, et n'eut, il y a deux ans, qu'une douleur sous le sein droit pour laquelle on lui appliqua des sangsues. Elle n'est pas encore réglée.

Elle fut prise, il y a huit jours, dans la soirée, d'un frisson qui, au bout d'une heure, fut suivi d'une chaleur assez forte. Elle eut un vomissement la nuit suivante. De l'anorexie, pas de coliques ni de diarrhée; un peu de toux avec douleur qui affecta principalement le côté droit. Pas de céphalalgie ni d'épistaxis.

Alitée depuis le début de sa maladie, elle fut traitée par un médecin qui prescrivit, dit-elle, de la limonade, puis deux bains, à défaut d'une saignée qu'elle refusa. Elle ne prit qu'un peu de lait le second jour, ce qui a été suivi de quelques coliques. Elle ignore la cause de sa maladie.

Elle vit avec ses parens, qui sont charbonniers, et habite une chambre fort petite et mal éclairée.

Etat actuel. Le visage, peu animé, est aussi peu anémique; les lèvres et les dents sont sèches, ainsi que la langue, qui est un peu saburrale à sa base; la soif est modérée, l'appétit prononcé, au dire de la malade; la bouche est mauvaise; pas de nausées, pas de mal de gorge; l'épigastre est peu sensible à la pression; le ventre indolent, mais un peu développé, avec gargouillement prononcé dans le côté droit. Elle a eu une selle liquide depuis son entrée, avec quelques coliques. L'urine est normale. On n'aperçoit point de taches typhoïdes; la peau est un peu chaude, le pouls est à 112, peu résistant, médiocrement développé, peu redoublé.

On entend un léger souffle au premier temps des bruits du cœur, et un bruit de diable musical dans la carotide droite seulement.

La malade tousse peu, expectore quelques crachats muqueux, et ressent un peu de douleur dans le côté droit de la poitrine, dont la résonnance et la respiration sont bonnes partout.

Pas de céphalalgie ni de tournoiemens de tête, ni de douleurs lombaires; l'intelligence est bien nette. La malade est venue en voiture à l'hôpital. Saignée de deux palettes; tisane commune.

Le 28, elle se trouve un peu soulagée, et ne se plaint que d'une légère douleur dans le dos quand elle tousse; la peau est chaude et sèche, et le pouls, à 101-104, est mou. La langue, d'un rouge vif, pointillée, est saburrale; et le ventre, généralement développé, n'offre moint de gargouillement notable. Il y a eu deux selles diarrhéiques; sentiment de faiblesse très prononcé.

La résonnance est bonne en arrière, ainsi que la respiration, qui n'offre, à droite, qu'un peu de râle sibilant. Rien de notable en avant.

On ne voit pas plus de taches que la veille. L'haleine est sans fétidité bien notable.

Sang. Le caillot, sans rétraction, est recouvert d'une couenne infiltrée, molasse, et est tout à fait diffluent.

Traitement. Ventouses scarifiées, 2 palettes et demie; cataplasmes, sol. sir. gom., 2 pots; sol. sir. guim., 1 pot; lav. guim. amid.; diète.

La malade dit se sentir mieux le 29 au matin, et le pouls, qui est assez développé pour la constitution du sujet, est à 80-84. La chaleur est modérée. Les lèvres sont encore un peu sèches, et la langue, plus molle que la veille, est saburrale et pointillée; la soif est moindre; pas de nausées; le ventre, un peu ballonné, indolent, offre un peu de gargouillement profond dans le flanc droit; pas de selles.

Il n'y a rien de nouveau pour la respiration: pas de céphalalgie, mais de la faiblesse; peu de sommeil.

Ventouses. Sérosité faiblement rougie; rondelles prises en caillot de médiocre consistance.

Traitement. Sirop gomm., 2 pots; catapl.; lavem. guim. amid.; diète.

Le 30, le pouls est descendu à 76-80; la langue est assez molle; le ventre est souple sans gargouillement. La malade a eu deux selles déterminées par le lavement.

Même traitement. Un bouillon coupé.

Deux selles diarrhéiques le 31 au matin; la chaleur est normale à la peau, et le pouls n'est plus qu'à 60. Convalescence commençante.

Même traitement. Deux bouillons coupés.

Le 1er novembre, le pouls est à 60. Le 3, le dévoiement n'existe plus; la malade est au 1/8e, côtelettes; et le 4 elle sort bien guérie.

— Si ces deux observations ne sont pas très curieuses sous le point de vue scientifique, du moins elles doivent intéresser le praticien. Dans le premier cas, nous voyons une amygdalite assez forte, compliquée de chloro-anémie, que l'on a combattue par une application de sangsues. Lorsqu'elle n'est pas de longue date et qu'elle n'est que passagère, comme ici, la chloro-anémie ne saurait être une contre-indication aux émissions sanguines modérées, bien entendu, surtout lorsque la maladie principale a résisté à d'autres moyens de traitement; et, bien plus, n'a fait qu'augmenter sous l'influence de la cessation d'un flux habituel, les règles, par exemple, comme chez le sujet du n° 10.

Mais si, d'une part, la chloro-anémie n'a point empêché d'appliquer des sangsues, d'un autre côté, elle n'a pas permis que l'on employât la formule des émissions sanguines de M. Bouillaud chez l'enfant du n° 12 bis, dont la maladie était déjà à la seconde période quand elle est entrée à l'hôpital. Ces nuances, qu'il est si difficile de saisir, suscitent bien des aspérités dans la pratique de la médecine, et tendent souvent des piéges à la science.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales; par M. Bright, médecin à l'hôpital Guy.

(Suite du numéro précédent.)

§ III. Déplacemens lents du foie.

Une autre source d'erreur existe dans le déplacement du foie par maladie au côté droit de la poitrine. Il arrive fréquemment qu'un épanchement considérable dans cette partie, ou une induration du poumon par suite d'une pneumonie, ou d'une autre affection, repousse le foie de haut en bas de manière à le faire saillir dans l'hypochondre et de plusieurs pouces au-dessous des côtes; ce qui simule l'hypertrophie de ce viscère et trompe aisément le médecin, soit en lui faisant admettre cette lésion comme réelle, soit en faisant attribuer au foie ce qui appartient au poumon.

Sixième fait. — *Déplacement du foie par collection aqueuse dans le thorax.*

M... vint me consulter le 14 juin 1836, pour être débarrassé des restes d'une pleurésie qu'il avait eue six mois auparavant; il portait un épanchement dans la cavité droite de la poitrine. On voyait à l'abdomen une tumeur dure, dans la région du foie, descendant jusqu'à l'ombilic; aucun symptôme hépatique cependant n'existait. L'auscultation m'a appris qu'il y avait absence de respiration vésiculaire au côté droit du thorax; le son de la percussion était très mat. Je n'ai pas hésité à dire que la tumeur abdominale était occasionnée par le déplacement du foie produit par le liquide thoracique. En conséquence, j'ai prescrit les diurétiques, les mercuriaux et d'autres remèdes propres à favoriser l'absorption, et la tumeur abdominale a disparu.

En octobre, une rechute a eu lieu; les mêmes symptômes se sont reproduits, avec irrégularité dans le pouls, gonflement aux jambes, etc. Même traitement; amélioration. Nouvelle rechute; le foie est légèrement saillant sous les fausses côtes. Mort.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, le foie se présente le premier à la vue, il dépasse de deux à trois pouces le rebord des côtes; sa surface n'offre pas les conditions de l'état normal; elle est opaque et épaissie dans sa couche péritonéale, mais lisse, ce qui indiquait un premier degré de maladie; aucune altération cependant n'existait dans son intérieur.

Le cœur était gros et dilaté, mais ses parois étaient minces. Les deux ouvertures auriculo-ventriculaires étaient larges et dilatées; ses valvules ne pouvaient pas exercer parfaitement leurs fonctions. Les valvules semi-lunaires de l'aorte sont légèrement dérangées, mais non décidément malades. Un peu de liquide noir existe dans le péricarde. Toute la cavité droite de la poitrine est remplie d'un fluide puriforme; sa quantité a rempli une cuvette. Le poumon est affaissé et offre le volume d'une orange; sa partie supérieure seule admettait un peu l'entrée de l'air, le reste ne surnageait pas dans l'eau; il est mou, rugueux, coriace, et couvert d'une couche épaisse de lymphe. La plèvre est généralement couverte d'un dépôt très épais de couches de lymphe floconneuse et imbibée de pus. Le poumon gauche est sain et très adhérent.

Dans ce cas comme dans presque tous les autres semblables, il y a un ensemble d'actions qui pousse le foie au-dessous du rebord des côtes; il est rare qu'un grand épanchement ait lieu dans la cavité de la poitrine sans que la substance du foie soit congestionnée, ce qui contribue à augmenter son volume. Cette condition existait en effet dans le cas qui nous occupe.

Septième fait — (*analogue au précédent*).

Huitième fait. — *Abcès situé entre le diaphragme et le foie, déplaçant cet organe.*

Le 6 août 1834, un enfant a été reçu à l'hôpital, dans le service de M. Back, pour être traité d'une bronchite. Bientôt la région hépatique s'est considérablement gonflée, formant une tumeur semblable à un coussin (cushion-like), et s'étendant à gauche. Pas de symptômes hépatiques, cependant. Sangsues et autres remèdes; le malade a été très mal, et la tumeur a diminué tout-à-coup. On s'est alors demandé s'il s'agissait d'un foie très congestionné par la bronchite, ou d'une collection de fèces dans le colon, ou enfin d'un abcès dans le foie qui se serait ouvert quelque part. Le soulagement éprouvé n'a été que momentané; le 11 août le malade est mort.

Autopsie. — Les poumons offrent les restes d'une pneumonie et d'une bronchite; le poumon droit adhère au diaphragme. Un large abcès existe entre le diaphragme et le foie repoussant celui-ci de haut en bas. Le foyer était parfaitement

isolé de la cavité péritonéale générale ; mais il avait tellement comprimé le lobe droit du foie, qu'il y avait produit une excavation comme celle qu'un empyème occasionne dans le poumon. La surface du foie, cependant, n'était pas entamée, de sorte qu'il n'y avait pas de bile dans l'abcès. On comprend facilement comment un abcès a pu s'organiser dans cet endroit, sans altérer la substance du foie ; il n'en est pas de même si l'on veut expliquer comment la tumeur a pu diminuer subitement, puisque le pus ne s'était pas échappé du foyer.

Je n'ai rencontré qu'un petit nombre de cas de déplacemens du foie; mais toujours le diagnostic a été difficile. Je n'ai pas vu de cas dans lesquels cet organe ait été transposé ; mais j'ai observé le lobe gauche tellement allongé et élargi, sans lésion de structure, qu'il imitait le lobe droit, et dans quelques cas s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche, et touchait la rate.

Neuvième fait. — *Petits intestins placés au-devant du foie et cachant cet organe.*

M. Bushfield, âgé de cinquante ans environ, teint jaune, m'avait souvent consulté depuis deux ans pour des indigestions et un sentiment de malaise à l'estomac, mais sans vomissemens. Son ventre était constipé, mais il souffrait beaucoup de l'action des purgatifs. Il parlait de douleurs au cœur, s'irradiant vers l'épine et vers le centre de la poitrine. Il avait promptement maigri beaucoup, et les symptômes qu'il présentait étaient tels qu'on a soupçonné chez lui une maladie maligne, bien qu'on ne pût en indiquer l'espèce. Dans la dernière année de sa vie il a présenté de la toux et des symptômes de phthisie pulmonaire.

En mars 1835 j'ai appris sa mort et j'ai pu faire l'autopsie. Son cadavre était très émacié, mais l'examen le plus minutieux à travers les tégumens n'a pu faire découvrir la moindre trace de tumeur ou de développement glandulaire. Dans les deux sommets du poumon il existait des cavernes, et des tubercules dans le reste de cet organe. Le cœur était sain, mais petit et flasque. Vers l'extrémité pylorique de l'estomac étaient deux ou trois petits ulcères ronds. Le pylore était sain, le duodénum granulé; l'iléon présentait plusieurs ulcères, surtout près de la valvule ; le colon en contenait également. Les glandes mésentériques près des ulcères étaient hypertrophiées ; le foie était sain, le pancréas congestionné, la rate doublée de volume ; les reins étaient sains, mais congestionnés. Tel était l'état des organes ; mais la circonstance la plus remarquable a été la position relative des viscères de l'abdomen. A l'ouverture de cette cavité on ne remarquait ni le foie ni le colon ; mais à leur place se présentaient les circonvolutions des petits intestins qui se trouvaient complétement au-devant du foie ; le colon et l'épiploon couvraient le foie, et cet organe se trouvait fortement pressé en arrière, de manière à présenter des gouttières profondes à sa surface.

Il est facile de comprendre qu'avec cette curieuse disposition on ne pouvait rien conclure d'après le toucher ou la percussion relativement à l'état du foie. Si une tumeur eût existé, par exemple, dans le lobe droit, le moyen le plus efficace de diagnostiquer aurait manqué, car la percussion aurait fourni un son clair et conduit à la présomption de l'existence de la maladie dans le rein.

Dixième fait. — *Déplacement du foie en haut par une tumeur encephaloïde.*

La femme Anne Cook, âgée de cinquante - neuf ans, a été reçue dans mon service à Guy's hospital, le 6 novembre 1839, pour être traitée d'une affection chronique. Sa santé n'avait jamais été robuste, elle avait souvent souffert de rhumatisme et de dyspepsie. Sa maladie actuelle, cependant, ne remontait qu'à six semaines ; elle avait reçu de la pluie sur le dos, et avait eu des frissons, des bouffées de chaleur une grande soif, de la douleur au côté gauche, laquelle était accompagnée de toux et augmentait par l'inspiration. A l'examen, sa physionomie exprimé la souffrance profonde ; elle se plaint d'une grande douleur dans le côté gauche, près de l'angle des côtes. La région hypochondriaque gauche, précisément au-dessous des fausses-côtes, présente une tumeur du volume du foie, très sensible à la pression ; saillante. La langue était brune et sèche ; l'urine, en médiocre quantité, dépose des purpurates (textuel), et n'est pas coagulable par la chaleur. Le côté droit de la poitrine donne, en avant, un son clair à la percussion ; la respiration est naturelle. Le côté gauche, en avant, offre un son mat qui s'étend jusqu'à la troisième côte ; la respiration ne peut être entendue ; en arrière, la percussion donne aussi un son mat, la respiration est tubaire ; bronchophonie. Les bruits du cœur se sentent plus à droite du sternum. La femme est morte au bout de dix jours.

Autopsie. — Le cadavre est légèrement émacié et un peu ictérique. Cerveau sain dans sa structure, mais ses artères sont épaissies. On ouvre la poitrine : le diaphragme est poussé de bas en haut par le foie jusqu'a la hauteur de la troisième côte à gauche, et jusqu'à la sixième côte à droite. Le poumon gauche est poussé très haut jusqu'à la septième côte, mais une petite portion placée en bas et en arrière est très comprimée; au reste, les deux poumons étaient sains. Le cœur est poussé en haut et à droite.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une grosse tumeur dans l'hypochondre gauche, formée dans le lobe gauche du foie qui poussait l'estomac à droite. La tumeur du foie est du volume de la tête d'un homme adulte, de forme ronde ; sa surface externe est fermement adhérente à la partie inférieure du diaphragme, et postérieurement à la rate et aux reins. Sa substance est de nature fongoïde (fongus hœmatodes), formée aux dépens du parenchyme même du foie ; elle est molle sur plusieurs endroits, de couleur noire, et ressemble à du sang caillé; tandis que sur d'autres elle est pâle, et analogue à la matière cérébriforme. Dans d'autres endroits, la surface du foie présente une apparence de fer, et contient aussi de petites portions de graisse. La vésicule biliaire est saine. La rate adhère fortement à la tumeur ; elle est comprimée par celle-ci et allongée ; sa structure est charnue. Le rein gauche est très pressé contre la tumeur et aplati ; son enveloppe se sépare aisément, et sa structure est saine. Le rein droit est de volume naturel ; mais son enveloppe adhère à sa substance, et sa structure est granuleuse. Les autres viscères sont sains.

On comprend aisément les difficultés qu'il y a à diagnostiquer un cas comme celui-ci. Le stéthoscope ne fournissait que les signes de l'induration, tandis que la saillie des côtes faisait penser à un épanchement liquide dans la poitrine. Le commémoratif, d'ailleurs, était loin de conduire à la présomption de la nature de l'affection. Les douleurs continues et progressives pouvaient, il est vrai, être rapportées à une maladie maligne, mais elles existent aussi dans la pleuro-pneumonie. D'un autre côté, la dureté de la tumeur sous-costale pouvait très bien s'allier avec la présomption d'un épanchement pleurétique. La tumeur elle-même pouvait être rattachée au foie, à la rate ou à l'estomac ; et ce qui obscurcissait encore le diagnostic, c'était l'état normal du lobe droit du foie.

Ajoutons que la rate malade peut être confondue avec le foie, et, *vice versâ*, le foie être pris pour la rate, surtout lorsque c'est le lobe gauche qui est malade, comme dans le cas précédent, et il n'est pas rare d'ailleurs de trouver le foie et la rate malades en même temps. Il ne faut pas oublier que les tumeurs ovariennes peuvent s'étendre jusqu'à l'hypochondre droit et dans toute la partie supérieure de l'abdomen, ce qui peut tromper le praticien le plus exercé.

(La suite à un prochain numéro.)

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Etat chloro-anémique accompagné d'une névrose gastro-intestinale, considéré et traité pendant long-temps comme une affection organique du tube digestif. — Emploi des toniques et des révulsifs. — Guérison en deux mois et demi; par M. Bouillaud.

Le 17 juillet est entré à la Maison de santé une malade âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux. Cette dame me donna sur l'affection qui l'amène à Paris les renseignemens suivans : l'apparition des règles, qui eut lieu à dix-sept ans, s'est annoncée deux années auparavant par un malaise général, une grande fatigue dans les membres et la jaunisse des tégumens. Le flux menstruel se montrait assez régulièrement, mais il était accompagné de fortes coliques, de nausées, de vomissemens, d'épistaxis, de fréquentes attaques de nerfs, et se terminait par des flueurs blanches qui duraient une quinzaine de jours environ.

Madame J... n'a eu qu'une seule couche, qui a été très heureuse. Les parens ont toujours joui d'une excellente santé, ainsi que deux sœurs, qui sont douées d'une vigoureuse constitution. Il y a dix-huit mois le travail de la digestion devint pénible, et la région épigastrique douloureuse à la pression. Ces douleurs d'estomac augmentèrent d'intensité au mois de juillet suivant; il survint alors, à la suite d'une constipation qui dura près de trois semaines, de vives coliques qui disparurent après l'établissement des selles, que l'on chercha à provoquer par des émissions sanguines générales et locales abondantes, et par des purgatifs. Avant cette époque, les évacuations intestinales se faisaient avec régularité.

Au mois d'août de la même année, madame J... vomit trois jours de suite des matières bilieuses : ce phénomène morbide ne s'est pas reproduit depuis. Les règles ont cessé au mois de novembre suivant, et à dater de ce moment elles n'ont plus reparu du tout ; elles ont été remplacées par des douleurs de ventre ayant principalement leur siége dans les deux flancs, et s'irradiant dans les reins, ainsi qu'à la partie interne et supérieure des cuisses ; en même temps des tiraillemens se faisvient sentir dans l'estomac par la simple action de lever les bras ou de se baisser. De nombreuses sangsues ont encore été appliquées, et un régime sévère ordonné. Madame J..., pendant l'espace d'une année, n'a pris que du lait coupé et des poissons légers. La constipation a continué à faire des progrès. Les matières féccales étaient rendues en boulettes entourées d'un peu de mucosité : jamais de sang par l'anus ni de diarrhée. Je dirai, en terminant ces commémoratifs, que les flueurs blanches, qui étaient très abondantes avant la maladie, ont tout à fait disparu depuis la cessation des règles.

Etat actuel. — Maigreur extrême, constitution tout à fait appauvrie; yeux caves, bordés d'un cercle jaunâtre; traits tirés vers la région médiane, figure livide, terreuse; langue rouge, fendillée, couverte de fausses membranes superficielles qui tapissent également tout l'intérieur de la cavité buccale; dents noirâtres, encroûtées de phosphate calcaire ; décoloration de tous les tégumens, avec un sentiment marqué de froid; impossibilité de se réchauffer, même pendant les chaleurs; affaissement des veines ; pouls non fébrile, filiforme, pour ainsi dire insensible ; souffle chlorotique dans la sous-clavière droite; rien de bien notable dans le cœur; nausées continuelles; épigastre et abdomen douloureux à la pression, principalement sur le trajet de l'aorte ventrale, dont les battemens soulèvent le doigt qui l'explore; digestion très pénible; parois abdominales parcheminées. On sent dans la région du colon descendant de petites tumeurs qui ne sont autre chose que des boulettes de matières fécales endurcies; constipation habituelle. On acquiert, à l'aide du toucher et du spéculum, la certitude que l'utérus est sain. Aucune lésion du côté du rectum ni d'aucun organe contenu dans la cavité du ventre; enfin la malade ne peut faire la moindre course à pied, surtout après ses repas, sans être horriblement fatiguée. Tous ces phénomènes ont réagi sur le cerveau de manière à donner naissance à une hypochondrie très marquée.

D'après l'ensemble de ces différens symptômes, M. Bouillaud diagnostique un état chloro-anémique accompagné d'une névrose gastro-intestinale ; il prescrit donc un traitement dans ce sens : ainsi la malade est mise à l'usage des gelées de viandes pour commencer ; elle prend les pastilles de lactate de fer et les bains salés; plus tard l'alimentation devint plus consistante. Alors, pour apporter un trouble dans le système nerveux, et produire un effet dérivatif, le professeur de la Charité fait appliquer deux vésicatoires sur le ventre, et plus tard un cautère sur la région de l'estomac. La conséquence de cette thérapeutique a été un mieux sensible, appréciable de jour en jour ; le pouls s'est relevé, les veines se sont gonflées, la malade est arrivée à manger comme avant son affection ; elle a pu faire alors d'assez longues courses sans se fatiguer, et après deux mois et demi de traitement, elle a quitté la Maison de Médecine opératoire dans un état de santé vraiment très remarquable.

Il est de toute évidence que le diagnostic de M. Bouillaud a sauvé les jours de la malade à l'occasion de laquelle je viens d'entrer dans ces détails. En effet, lorsqu'elle est arrivée à la Maison de santé, elle n'avait que le souffle, et le mari de cette dame, ainsi que ses médecins, étaient persuadés qu'elle succomberait en route, aussi lui avait-on donné le conseil de ne pas se rendre à Paris. Plusieurs célébrités médicales étaient convaincues qu'il existait une lésion organique dans les parois de l'estomac, ainsi que dans le péritoine, et leur pronostic avait été fort grave. Le professeur de la Charité, au contraire, seul contre tous, a toujours soutenu qu'il n'avait affaire qu'à un état chloro-anémique, et qu'il était sûr de la guérison ; l'événement a justifié ce qu'il avait avancé. Cette observation démontre que la chlorose et l'anémie constituent deux maladies ignorées de beaucoup de praticiens, qui laissent mourir d'inanition, après les avoir abondamment saignées, les femmes qui en sont affectées, et ce sont précisément les médecins en question qui accusent M. Bouillaud de faire couler le sang en abondance, tandis que ce praticien n'a presque jamais recours aux émissions sanguines dans les maladies chroniques. Quoi qu'il en soit, les succès nombreux qu'il obtient journellement doivent le dédommager amplement de tout ce que l'on peut dire contre lui.

X...

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE (septembre 1841).

Opération de la taille sus-pubienne en deux temps, d'après la méthode de M. Vidal (de Cassis), pratiquée par M. Nelaton, chirurgien par intérim de l'hôpital Saint-Louis. Recueillie par M. Dechaut, interne des hôpitaux

Ce fait est remarquable à plus d'un titre, et nous paraît devoir intéresser tous les praticiens ; c'est ce qui nous a engagé à le faire connaître avec tous ses détails.

« Jean Sirech, soixante-treize ans, cordonnier, né à Lapade (Haute-Garonne), est entré, le 13 août 1841, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 40. Cet homme souffre depuis long-temps d'une rétention d'urine pour laquelle il a été traité par plusieurs médecins. On n'a jamais soupçonné les pierres qu'il avait dans la vessie. Il venait depuis environ six semaines, à l'hôpital Saint-Louis, se faire introduire dans cet organe une sonde qu'il gardait tant qu'il pouvait. Cet homme était extrêmement difficile à sonder, et, par surcroît de malheur, il l'était chaque fois par un nouvel élève. Une fausse route a été faite à la partie moyenne de l'urètre. Dès-lors les obstacles deviennent plus grands : on s'accroche à la déchirure qui a été faite, on l'agrandit, on l'irrite ; de là des douleurs très intenses et une exacerbation dans l'état déjà très grave de ce malade. On l'engage à entrer à l'hôpital ; et il est reçu dans le service de M. Jobert, alors remplacé par M. Nelaton.

« Cet homme a une rétention d'urine depuis long-temps, il a uriné du sang, l'urine est purulente, il souffre au bout du gland, dans le fondement ; il se livre de temps en temps à des efforts terribles d'expulsion, efforts comparables à ceux de l'accouchement. Quand il rend les dernières gouttes d'urine, il pousse les hauts cris. Enfin, une sonde d'argent est introduite dans la vessie, et le signe pathognomonique de percussion contre un corps dur, d'un frottement rugueux, est manifesté pour M. Nelaton et plusieurs des assistans. Il est certain que cet homme a la pierre, et que c'est là la cause de ses souffrances. Le vieillard a beaucoup souffert, il y a exacerbation dans les symptômes. Beaucoup de douleurs, insomnie, fièvre, perte de l'appétit ; il est dans de très mauvaises conditions pour une opération. On cherche à remédier à ces accidens par les moyens les plus rationnels, des sangsues à l'hypogastre, au périnée, des bains, des boissons délayantes, des eaux de Seltz, de Vichy. En même temps, on tâche de soutenir les forces. On n'obtient qu'un soulagement momentané ; ce malade est toujours à peu près dans le même état, il semble encore avoir de la vie, il demande qu'on le délivre de ses souffrances, il se résoudra à une opération si elle est nécessaire.

» La rétention d'urine, son état purulent, le mauvais état du canal ne permettent pas de songer à la lithotritie ; d'un autre côté, l'inflammation de la verge, le volume énorme de la prostate, l'altération probablement grave de la vessie, rendent la taille périnéale difficile et bien chanceuse; on agirait à une grande profondeur, à travers des tissus malades, et il y a tout à craindre pour les déchirures, les abcès, l'infiltration urineuse; au contraire, la vessie, habituellement distendue, remonte très haut dans l'hypogastre, et est accessible aux instrumens. M. Nelaton pense que la taille hypogastrique est indiquée, il juge la méthode de M. Vidal (de Cassis) très rationnelle, et se décide à la pratiquer.

» 24 août. — Une incision de dix centimètres est pratiquée sur la ligne médiane à la région hypogastrique : la peau, le tissu cellulaire et la ligne blanche sont incisés ; le muscle pyramidal du côté gauche est coupé transversalement et renversé ; on tombe sur la boule de tissu adipeux mentionnée par Scarpa, derrière et au-dessus de la symphyse du pubis ; on l'enlève avec des ciseaux courbes, parce qu'en se tuméfiant elle pourrait remplir le fond de la plaie.

» La vessie est mise à découvert dans l'étendue de cinq centimètres. On s'assure que c'est bien la portion située derrière et un peu au-dessus du pubis, à la tumeur qu'elle forme, à sa fluctuation, et parce qu'on

touche immédiatement le bec d'une sonde qui avait été introduite dans la vessie. Dès lors on s'en tient là; la plaie est bien épongée, une mèche de linge cératé est étendue sur la portion de la vessie mise à découvert, par-dessus on place des bourdonnets de charpie qui maintiennent les bords écartés, et le tout est recouvert d'un bandage de corps.

» 25 et 26. — On continue à entretenir une mèche dans le fond de la plaie, on maintient les bords écartés avec de la charpie, on sonde le malade plusieurs fois par jour avec une sonde de gomme élastique. Bains, potages, tisanes émulsionnées. La plaie n'a pas aggravé l'état du malade, mais ses souffrances sont toujours très grandes; il presse pour qu'on en finisse, et on se décide à l'opérer, quoiqu'il n'y ait que trois jours de l'incision préparatoire. La plaie est béante; les bords sont grisâtres, durs, et ils commencent à suppurer; on aperçoit très distinctement, dans son fond, la paroi antérieure de la vessie.

» 27. — Le malade est couché sur le dos, les cuisses modérément écartées, nullement attaché; une sonde à dard est introduite dans la vessie, le dard poussé; le bistouri est porté au-dedans, à une petite distance, pour que le bec mousse de la sonde ne sorte pas par l'ouverture, et maintienne la vessie tendue et élevée. Une incision de trois à quatre centimètres est faite dans l'espace qui est à découvert depuis plusieurs jours, et cela sans qu'on ne touche en rien les bords de la plaie du premier temps; une sonde cannelée recourbée en crochet retient la vessie dans l'angle supérieur. Le doigt introduit donne la sensation de calculs multiples; ils paraissent tous réunis à la partie supérieure de la vessie et dans une loge particulière. A plusieurs reprises on introduit les tenettes, ou alternativement le brise-pierre des lithotriteurs, agissant ici comme pince, et on retire *quinze* calculs; ils ont pour la plupart le volume d'un noyau d'abricot, sont à facettes et recouverts d'un enduit verdâtre qui fait dire à plusieurs assistans qu'ils ressemblent à des calculs biliaires. Les manœuvres ont été peu douloureuses, l'incision de la vessie peu sensible. Une injection d'eau tiède est faite dans la vessie pour la laver, et le malade est reporté à son lit.

» 28, 29 et 30. — Le malade a dormi. Pour lui et pour les personnes qui l'entourent, il est notablement mieux; il ne souffre pas de sa plaie, mais la verge est toujours douloureuse, et il prie en grâce qu'on ne lui laisse pas de sonde à demeure. On fait deux fois par jour des injections d'eau de guimauve tiède; elles sont très agréables au malade; elles ressortent entièrement par la plaie et très limpides. Les urines sont plus claires; elles sortent aussi par la même voie, et quoiqu'on ait le soin d'éponger souvent, elles stagnent presque continuellement dans l'excavation de la plaie.

» 31 août. 1er et 2 septembre. — L'opération n'a pas aggravé l'état du malade; mais le soulagement a été apporté trop tard, les lésions organiques sont trop grandes, les souffrances ont trop ébranlé les forces du malade déjà affaibli par l'âge; en vain on essaie de les relever; en vain on donne des toniques, du vin de quinquina, des potages, des potions pectorales. La peau est toujours chaude, le pouls fréquent, l'appétit nul; la langue se sèche, l'expectoration devient difficile, l'affaiblissement s'accroît d'instant en instant, et la mort arrive le 3 septembre, à deux heures du matin.

» *Autopsie.* — Les bords de la plaie sont grisâtres, recouverts de flocons et de lambeaux pseudo-membraneux; ils sont durs, épais, condensés. Le doigt introduit profondément permet de sentir les bords de la vessie, confondus avec ceux de la plaie extérieure. La paroi abdominale, enlevée convenablement, laisse voir une adhérence d'une anse d'intestin grêle entre le sommet de la vessie et l'ombilic (elle ne paraît pas récente). De chaque côté et derrière la symphyse, on constate qu'il n'y a ni pus, ni infiltration urineuse; celle-ci n'était pas possible, car tout le pourtour de la plaie de la vessie est adhérent à la paroi de l'ab*domen*. Ainsi, le but qu'on se proposait a été rempli. Les prévisions de M. Vidal se trouvent réalisées. La vessie est on ne peut plus altérée; elle est épaissie, déformée, ulcérée en certains points, couverte de végétations en d'autres. Des collections purulentes existent dans l'épaisseur de ses parois. Sa face interne est rouge, livide, brunâtre, inégale; elle présente des colonnes, des loges qui recèlent du pus. Une d'elles est située derrière la prostate, sous le trigone vésical; son orifice est resserré; elle contient dans son intérieur un calcul qu'on n'avait pu sentir avant, et une cuillerée de pus phlegmoneux.

» L'urètre présente à sa partie moyenne une déchirure ou destruction de la muqueuse, dans l'étendue de quatre centimètres en longueur.

» La prostate est énorme, elle offre le volume du poing.

» Les uretères sont dilatés au point de présenter le calibre du doigt; ils sont pleins d'urine et de mucosités purulentes.

» Les reins sont considérablement altérés, transformés en kystes pleins de pus, le bassinet très distendu, ainsi que les calices; ils présentent une série d'anneaux qui peuvent admettre l'extrémité du doigt; la substance est ramollie, hyperémiée, le volume presque double. Sur la substance calicinale et mamelonnée, on voit une injection capillaire livide fort remarquable. Le rein droit est plus altéré que le gauche. Toutes ces lésions, surtout celles des reins et de la vessie, paraissent exister depuis long-temps, à en juger par la désorganisation profonde qu'ont subie toutes ces parties. »

Il a dans cette observation plus d'un enseignement pratique dont on pourra tirer profit. Mais avant de présenter quelques considérations à cet égard, nous croyons devoir exposer d'une manière générale quel est le point de départ de la méthode opératoire proposée par M. Vidal, et en quoi elle diffère des autres opérations de taille dites *en deux temps*.

Les opérations de taille *en deux ou plusieurs temps* ne sont point d'une date récente. Celse, Albucasis, Franco et plusieurs autres en ont parlé et y ont même eu recours. Mais on va voir, par quelques citations, combien les idées émises à cet égard par ces chirurgiens diffèrent de celles que M. Vidal a formulées en mars 1832, dans la Gazette médicale de Paris.

Voici comment s'exprime Celse qui, d'après Deschamps, aurait le premier indiqué la taille en deux temps : « S'il y a plusieurs pierres, il faut les extraire toutes les unes après les autres; cependant s'il en restait encore une petite, il vaudrait mieux la laisser; car on a de la peine à la trouver dans la vessie, et, lorsqu'on l'a trouvée, elle échappe aisément. La vessie est irritée par les longues recherches et il en résulte des inflammations mortelles. On a vu des malades qui n'avaient point été opérés, mourir pour leur avoir inutilement cherché la pierre avec les doigts. Il arrive quelquefois, quand la pierre est petite, qu'elle est entraînée par les urines et sort par la plaie. » (*Celsus, lib.* VII, *cap.* XXVI, pag. 161.)

Albucasis conseille aussi la taille en deux temps, mais seulement lorsqu'il survient une hémorrhagie; il dit alors de saupoudrer la plaie avec du vitriol et de ne continuer l'opération que quand l'écoulement de sang s'est arrêté.

Franco est plus explicite; c'est lui qui le premier a donné des préceptes détaillés sur cette méthode opératoire. Ce qu'il en dit mérite d'être rapporté ici :

« *Autre façon de tirer la pierre plus propre que les autres, d'autant qu'elle est sans péril et sans douleur, inventée par l'auteur.*— Premièrement il faut que le patient soit préparé et après faire l'incision en même façon, ne plus ne moins qu'avons dit au chapitre précédent; et l'ayant faite selon la pierre, comme a été dit, on pourra mettre une tente si l'on veut, telle qu'avons enseigné cy-devant; afin d'empescher la glutination et coagulation du sang, n'étant besoin de rien tenter après les pierres pour cette fois si d'adventure ne se presentoit d'elle-même à la plaie. Que si elle se présantait fort basse, on la pourrait tirer avec tenailles ou crochets, lesquels crochets sont plus idoines si la pierre est unie. Laquelle n'étant point basse; ou par trop grosse, après avoir fait l'incision faut mettre les appareils dessus la plaie avec bandages comme dessus. Après quelques jours, quand on connaîtra le patient en bonne disposition et sans fièvre (laquelle ne lui adviendra moyennant qu'il tienne bon régime) si la pierre se présente on la retire; ou bien on mettroit le doigt au fondement en pressant le petit ventre, etc. » (Franco, Traité des Hernies, chap. XXXIII, pag. 134.)

Frappé des avantages de la méthode de Franco, Louis lui donna plus d'extension que ne l'avait fait Franco lui-même; d'une opération déterminée par les circonstances, il en fit une méthode qu'il généralisa et que plusieurs chirurgiens adoptèrent. « L'opération de la taille en deux temps, dit Deschamps, est constatée par quatre des plus fameux lithotomistes du siècle dernier; je crois pouvoir me dispenser de passer en revue ceux qui en ont parlé depuis : leurs observations et réflexions n'ajouteraient rien à ce qu'ont écrit sur la nécessité de la taille les auteurs cités. (Collot, Tolet, Franco, Covillard). Cependant, parmi les modernes, il faut distinguer M. Maret. » (Deschamps, *loc. cit.*, pag. 28.)

On voit par ce qui précède que Franco et ses imitateurs ouvraient la vessie dans le premier temps de l'opération, et ajournaient l'extraction de la pierre à une époque plus ou moins rapprochée. Franco ne procédait à cette extraction que du troisième au cinquième jour, et T. Haaf, au dire de M. Velpeau, attendait huit jours. Quoi qu'il en soit, il suffit d'indiquer que les chirurgiens que nous venons de citer arrivaient immédiatement dans la vessie, pour saisir toute la différence qui existe entre cette méthode et celle proposée par M. Vidal. Ce dernier chirurgien borne le premier temps de l'opération à l'incision extérieure : ce n'est que plus tard qu'il ouvre le réservoir urinaire. Ajoutons encore que c'est à la taille hypogastrique que M. Vidal propose de faire l'application de sa méthode, tandis que c'est en vue de la taille périnéale que ses prédécesseurs avaient formulé leurs préceptes. Mais ce n'est pas tout : il existe une différence capitale dans le but que se propose M. Vidal dans son opération et celui que voulaient atteindre Franco et ceux qui l'ont imité. Ceux-ci semblaient avoir pour but principal de ne pas fatiguer le malade, tandis que l'incision préparatoire proposée par M. Vidal est fondée sur des motifs d'une valeur bien autrement importante, c'est-à-dire qu'elle est destinée à déterminer dans les tissus des modifications capables de s'opposer à l'infiltration urinaire, accident sans contredit le plus grave de la taille hypogastrique. (*Voyez* le cinquième volume du Traité de pathologie interne, de M. Vidal : cette idée s'y trouve développée avec détails.) Ces remarques ne peuvent manquer d'être prises en grande considération par les praticiens, car elles sont basées sur les procédés de la nature. Elles sont du reste corroborées, comme nous le montrerons bientôt, par le fait que nous avons rapporté plus haut.

Voici le procédé opératoire proposé et décrit par M. Vidal en mars 1832, et reproduit textuellement dans le Traité de pathologie externe de ce chirurgien :

« Le malade aura gardé l'urine pendant quelque temps, ou bien on fera une petite injection par l'urètre d'un liquide doux et à la température du corps. On incisera au-dessus du pubis comme pour le haut appareil ordinaire. (On pourrait pénétrer jusqu'à la vessie par le moyen d'une pierre à cautère. L'opération alors serait beaucoup plus longue; mais peut-être remplirait-elle mieux les vues de la nature. Ce procédé serait préféré par les malades méticuleux; il serait praticable sur les sujets qui ont peu d'embonpoint.) On divisera successivement la peau, le tissu cellulaire qui la double, les plans aponévrotiques, et on parviendra ainsi dans l'espace triangulaire formé, en bas par la vessie, en avant par les parois abdominales, en arrière par le péritoine. Cet espace est rempli par le tissu lamelleux dont j'ai parlé et qui se continue avec le tissu cellulaire du petit bassin, avec celui des lombes, etc. A mesure qu'on incise, on doit porter le doigt dans le fond de la plaie pour reconnaître la situation de la vessie. Quand on sera parvenu à sentir la saillie de cet organe et la fluctuation du liquide qu'il contient, on s'arrêtera. La plaie sera exactement remplie d'une tente de charpie qu'on renouvelera tous les jours, pour empêcher le rapprochement et l'agglutination des tissus. Le malade sera soumis au régime des plaies qui suppurent. Si, au bout de six, sept ou huit jours, la suppuration est de bonne nature, si la rougeur et le gonflement des environs sont médiocres, on ouvrira la vessie avec un bistouri à lame étroite. Cette ouverture sera agrandie en dirigeant le tranchant du bistouri du côté du pubis. On procédera immédiatement à l'extraction des calculs d'après les règles ordinaires. Mais si le calcul est trop volumineux, s'il en existe plusieurs, et qu'il se présente des difficultés pour les extraire, on n'exercera aucune violence, et on ajournera ce dernier temps de l'opération. Alors, s'il est prouvé que les diamètres des pierres ne sont pas en rapport avec ceux de l'ouverture, si celle-ci ne peut plus être agrandie, on se servira d'un brise-pierre pour diminuer le volume des corps étrangers. Après l'extraction complète des calculs, le pansement sera très simple : un peu de charpie, une compresse suffisent. La nature fera ensuite les frais de la réunion. » (Gazette méd., mars 1832, — Traité de pathologie externe, t. V, p. 520.)

Eau anti-hémorrhagique.

M. Ch. Frémy a inséré dans le dernier numéro de la Revue médicale une note sur une nouvelle eau hémostatique dont l'efficacité thérapeutique et les propriétés remarquables ont été constatées, dit-il, dans le service de M. le professeur Récamier à l'Hôtel-Dieu. D'après lui, cette préparation est parfaitement limpide, d'une odeur légèrement résineuse et aromatique qui n'a rien de désagréable, d'une saveur un peu astringente. Le seul effet qui résulte de sa mise en contact avec le sang récemment écoulé des vaisseaux, c'est la communication à ce liquide d'une âpreté toute particulière et qui persiste même pendant plusieurs jours. Elle paraît tenir en dissolution un principe résineux dont il est possible d'élever ou d'abaisser à volonté la proportion.

L'emploi de ce médicament a surtout été reconnu précieux dans les cas d'hémorrhagies des membranes muqueuses, et particulièrement dans la métrorrhagie, que cette dernière affection doive ou non être rapportée à l'existence d'une lésion organique.

A l'intérieur, on en donne de vingt à trente grammes (cinq gros à une once), que l'on réitère de quinze en quinze minutes, jusqu'à cessation complète des accidens : cette administration est, d'ailleurs, tellement innocente, que, dans des cas d'épistaxis, dans certaines fièvres graves, les malades en ont pu ingérer plus de cinq cents grammes (une livre) sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

Appliquée à l'extérieur à l'aide de gâteaux de charpie qu'on en imbibe et dont on recouvre ensuite directement des surfaces saignantes, son action se montre aussi efficace que celle de tous les autres moyens hémostatiques et en particulier de l'eau de Brocchieri.

Nous terminerons en citant une observation que nous trouvons dans le numéro de septembre dernier du Journal des Connaissances médicales, relativement aux eaux prétendues hémostatiques dont on a tant préconisé les effets avantageux dans ces derniers temps, et que le charlatanisme a exploitées avec empressement.

M. Pereyra, médecin de Bordeaux, en ayant fait venir un flacon de Paris, le remit à M. Fauré, pharmacien distingué de sa ville, pour en faire l'analyse. Celui-ci reconut bientôt que cet arcane n'était autre chose que de l'eau distillée sur un bois résineux, et essaya de refaire par la synthèse le remède secret. Rien de plus simple que cette préparation :

Prenez :	Bois de pin gommé frais,	10 kilogrammes.
	Eau pure,	[illegible]

Faites scier le bois en rondelles très minces, et concassez ces dernières dans un mortier de fer, puis déposez les morceaux dans une cucurbite avec de l'eau. Après douze heures de macération, procédez à la distillation jusqu'à réduction à moitié du liquide. Le produit obtenu doit être placé dans un grand matras où on le laisse en repos pendant vingt-quatre heures, après quoi on enlève avec une pipette l'huile volatile qui s'est rassemblée à la surface. Cette opération terminée, on agite fortement le vase et l'eau est confectionnée. Elle se présente alors sous l'apparence d'un liquide légèrement opalin et d'une odeur de térébenthine qui doit être agité fortement chaque fois qu'on en fait usage.

Nouvelles formules pour l'emploi du proto-iodure de fer.

M. le docteur Dupasquier, de Lyon, dans un mémoire fort intéressant sur le proto-iodure de fer et son application au traitement de la phthisie pulmonaire, a indiqué les formules de diverses préparations pharmaceutiques dont il a cru devoir adopter et recommander l'usage pour l'administration de ce nouvel agent thérapeutique. Ces formules ayant paru à M. Félix Boudet laisser quelque chose à désirer sous le point de vue pratique, cet habile pharmacien leur a fait subir quelques modifications importantes que nous nous empressons de porter à la connaissance de nos lecteurs.

1° *Solution de proto-iodure de fer au dixième.*

Pr.	Iode pur,	8 grammes 50 centigrammes.
	Limaille de fer,	4
	Eau distillée,	40
	Sucre très blanc,	55
	Gomme arabique pulvérisée,	8

On verse l'iode avec trente grammes d'eau distillée dans un ballon de verre; on ajoute peu à peu et avec précaution la limaille de fer, en ayant soin d'agiter sans cesse le mélange, et on chauffe légèrement jusqu'à ce que la liqueur soit devenue presque incolore; puis on filtre au-dessus d'une capsule de fer contenant le sucre concassé; on lave ensuite le filtre avec les dix grammes d'eau réservés pour cet usage; après quoi on se sert du même liquide pour dissoudre la gomme, on verse la solution dans la capsule, et on chauffe pour obtenir cent grammes d'une liqueur incolore qui contient dix grammes de proto-iodure de fer pur, et dont chaque gramme représente un décigramme ou le dixième de son poids de ce composé.

Cette solution, lorsqu'on la renferme dans un flacon bien rempli et exactement bouché, peut se conserver indéfiniment sans éprouver la moindre altération : si le flacon n'était qu'incomplètement rempli, et si on le débouchait souvent, on verrait, au bout de quelques jours, la surface du liquide se colorer légèrement; mais cette coloration serait limitée à la couche superficielle, et ne pourrait donner aucune inquiétude sur la valeur du médicament. Cette solution n'est donc plus une préparation magistrale comme celle qui a été proposée par M. Dupasquier; elle constitue véritablement une préparation officinale, avec laquelle il est très facile d'exécuter la plupart des prescriptions médicinales qui ont le proto-iodure de fer pour base. Ainsi, lorsqu'on veut faire entrer, dans une gelée, un sirop, une potion ou tout autre médicament analogue, vingt, trente, quarante ou cinquante centigrammes d'iodure ferreux, il suffit d'ajouter et de bien mélanger à chacune de ces préparations deux, trois, quatre ou cinq grammes de la solution officinale : on peut même, s'il est nécessaire, mesurer cette solution par gouttes, en calculant que douze gouttes pèsent environ un gramme, et représentent par conséquent dix centigrammes (deux grains) d'iodure.

M. F. Boudet a, d'ailleurs constaté que le proto-iodure de fer peut se conserver plus de vingt-quatre heures, sans altération prononcée, dans une potion ou dans une boisson sucrée, pourvu que ces liquides contiennent au moins le dixième de leur poids de sirop.

2° *Sirop de proto-iodure de fer.*

Pr.	Solution officinale de proto-iodure de fer,	20 grammes.
	Sirop de gomme,	220
	Sirop de fleurs d'oranger,	60

Mêlez.

Trente grammes (une once) de ce sirop contiennent deux décigrammes (quatre grains) de proto-iodure de fer

3° *Eau gazeuse proto-iodo-ferrée* nº 1, *à* 20 *centigrammes.*

Pr.	Solution officinale de proto-iodure de fer,	2 grammes.
	Sirop de gomme,	78
	Eau gazeuse (une bouteille environ),	600

Mêlez.

L'eau gazeuse proto-iodo-ferrée nº 2 contiendra quatre grammes de solution officinale, ou quarante centigrammes d'iodure; l'eau nº 3 contiendra six grammes de solution, ou soixante centigrammes d'iodure. Ces trois degrés semblent suffisans; cependant il est possible d'en faire un quatrième avec huit grammes de solution, ou quatre-vingts centigrammes d'iodure.

4° *Pilules de proto-iodure de fer.*

Pr.	Iode pur,	8 grammes 50 centigrammes.
	Limaille de fer,	4
	Eau distillée,	40
	Miel blanc,	10
	Gomme arabique pulvérisée,	8
	Poudre de guimauve,	6
	Poudre de gomme adragante,	4

On fait une solution iodurée dans laquelle on fait dissoudre le miel et la gomme arabique, puis on fait évaporer pour réduire le tout à trente grammes. Alors, on incorpore les poudres de guimauve et de gomme adragante pour obtenir quarante grammes d'une masse qui représente dix grammes ou un quart de son poids d'iodure, puis on la divise en pilules de deux décigrammes (quatre grains).

Si l'on remplaçait la gomme adragante par un poids égal de guimauve, la masse obtenue aurait l'inconvénient de se ramollir sous l'influence de l'air humide; tandis qu'en suivant la formule ci-dessus, on a pour produit une masse qui, renfermée dans un bocal à large ouverture avec du lycopode, conserve toujours une consistance convenable : elle se colore, il est vrai, à la surface; mais cette coloration est très lente, et se borne toujours à une couche excessivement mince qu'il serait facile d'enlever au moment de la division en pilules.

5° *Pastilles* ou *Tablettes de proto-iodure de fer.*

Pr.	Solution officinale de proto-iodure de fer,	100 grammes.
	Gomme arabique pulvérisée,	32
	Sucre blanc,	300

On forme, avec la gomme et la solution, un mucilage dans lequel on incorpore rapidement le sucre, puis on divise la masse en quatre cents pastilles du poids d'un gramme, dans chacune desquelles se trouvent contenus deux centigrammes et demi (un demi-grain) d'iodure.

(*Journal de Pharmacie.*)

Formule de la pâte pectorale au mou de veau, de Dégénétais.

Cette pâte, désignée encore par les noms de *Bonbon pectoral au mou de veau*, de *Trésor de la poitrine*, se prépare de la manière suivante, aux termes du brevet d'invention de cinq ans, délivré en 1835, à l'inventeur :

Prenez : Mou de veau bien lavé, 1 kilogramme.
Eau commune, 3 *id.*

Faites bouillir, et prenez d'autre part :

Figues grasses, dates grasses et jujubes (de chaque), 500 grammes.
Eau commune, 3 kilogrammes.

Faites bouillir à feu doux, pendant une heure ; passez et ajoutez :

Gomme de Sénégal blanche, 3 kilogrammes.
Sucre candi, 1500 grammes.

Alors réunissez le tout ensemble, puis faites rapprocher jusqu'à consistance de pâte ; ajoutez à ce moment :

Baume de Tolu, 125 grammes.

Que vous aurez préalablement fait liquéfier dans :

Eau commune, 500 grammes.
Eau de fleurs d'oranger triple, 93 gramm. 6 décigr.
Alcoolé de vanille, 7 gramm. 7 décigr.

Mélangez bien exactement la masse totale, puis coulez-la dans des moules en étain que vous déposerez ensuite pendant vingt-quatre heures dans une étuve chauffée à feu très doux. Enfin, coupez la pâte en petits losanges et mettez-la dans des boîtes de grandeur convenables.

OPINION DES JOURNAUX SUR LE DISCOURS DE M. GERDY.

Gazette médicale : « .... Cette année un seul discours a fait les frais de la cérémonie. Il a été long, très long, trop long. C'est M. Gerdy qui parlait. La Faculté aurait pu peut-être, avec avantage, choisir un autre représentant. Elle devrait même, ce nous semble, dans l'intérêt de sa dignité et de sa renommée, mettre plus de discernement qu'elle ne fait souvent dans le choix de l'orateur qui vient parler au public, sinon en son nom, du moins sous son autorité officielle et sa solidarité morale ; elle devrait ne confier cette tâche, délicate sous plusieurs rapports, qu'à des hommes capables d'apprécier toutes les circonstances de lieu, de temps et de personnes, et assez maîtres de leurs sentimens et sûrs de leur parole pour s'y conformer. L'organe officiel de la Faculté a le droit d'être lourd, pédantesque, la tradition et les précédens l'y autorisent ; mais il doit être circonspect, digne, convenable ; il peut se passer de talent, jamais de tenue. On lui pardonnera d'être insignifiant, mais non d'être compromettant ; on lui permettra d'ennuyer, mais il lui est interdit de choquer, de blesser, même avec esprit, et à plus forte raison sans esprit. Tout ceci est d'une évidence vulgaire.

» .... Pour toutes ces raisons, le choix de M. Gerdy n'était pas heureux. Et certes la Faculté ne peut alléguer pour excuse qu'elle a été trompée. Cet orateur a tant parlé et en tant de lieux, que cette dernière expérience ne pouvait étonner personne. Il a une tournure d'esprit et des habitudes de langage peu susceptibles de perfectionnement. Son discours a été ce qu'il devait être, soit par le fond, soit par la forme. On prévoyait un *fiasco* ; il a été complet.

» ...... L'orateur a tenté de beaux effets de grande éloquence, mais ils ont été mal appréciés ; ainsi, lorsqu'il a peint Sanson au *milieu du fracas des batailles, impassible devant la mort qui l'effleurait de son aile*, on a ri, évidemment l'auditoire a manqué de goût. On a ri plus fort encore lorsqu'il a montré le *soleil de l'empire éclipsé par les nuées de barbares vomies par le Nord*.....

» Le discours de M. Gerdy renfermait bien d'autres allusions ; il abondait en intentions secrètes, en personnalités ouvertes contre d'illustres morts, et en personnalités cachées contre quelques vivans. Elles n'ont obtenu d'ailleurs que des murmures....

» Au moment où nous terminons cet article, on nous apprend qu'après une discussion orageuse, où l'assemblée des professeurs de la Faculté a vivement exprimé à l'orateur l'effet produit sur elle par son inqualifiable discours, il a été décidé que ce discours ne serait pas imprimé. Cette résolution est une preuve, un peu tardive il est vrai, de son bon goût. C'est la première fois, depuis l'institution de la Faculté, qu'une pareille suppression aura eu lieu. »

Examinateur médical : « .... Le style de cette espèce de manifeste est au niveau des idées. Comme celles-ci blessaient le tact moral, celui-là blesse le goût et la grammaire, et, parce que tout se tient dans l'esprit humain, c'est dans les deux cas la même rudesse et la même exagération...

» Somme toute, un tel discours, et cela se voit de reste, est blessant pour tout le monde, pour ceux qu'il dénigre comme pour le public à qui il s'adresse ; mais il blesse plus encore par l'éloge que par l'attaque, et c'est à la mémoire de Sanson que M. Gerdy a fait la plus grande injure. Elever au nom de Sanson des récriminations violentes contre son maître et son ami, contre ses anciens juges devenus ses collègues, c'est calomnier son noble caractère ; le faire servir à la satisfaction de ses propres rancunes, et le rendre en quelque sorte complice de ses propres inconvenances, quand on avait pris la parole pour faire son éloge, c'est presque une perfidie.

» On le voit, nous nous expliquons nettement, sans ambages ni circonlocutions. Puisque c'est le langage que parle M. Gerdy, il nous entendra mieux. Dans quelques occasions, nous avions plus facilement que d'autres accepté les formes abruptes de cet intrépide champion, espérant qu'elles pourraient à leur manière, et sous certains points de vues, concourir au bien de la science et surtout de la profession. Le discours que nous avons entendu nous a désabusés; et nous estimons que M. Gerdy a commis une grande maladresse, car en donnant à son opposition un caractère aussi franchement systématique, il s'est ôté le droit d'invoquer, dans toute circonstance ultérieure, devant les hommes prudens et de bonne foi, la liberté de son esprit et l'innocence de ses intentions. Le rôle d'homme vertueux qu'il se donne n'est pas aussi facile qu'il le suppose : ce rôle veut un certain degré de supériorité ; il veut surtout un exercice réfléchi et modéré. On cesse d'être vertueux dès qu'on affecte de le paraître... »

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Séance du 8 novembre.

M. Breschet présente, au nom de M. Raciborski, le mémoire sur le système veineux qui a remporté à l'Académie de médecine le prix Portal.

— M. Duvernoy lit un travail sur un mollusque acéphale nouvellement connu, l'unguline bivalve.

— M. Junod lit une observation concernant l'application de ses appareils hémospasiques.
Commissaires : MM. Magendie, Larrey et Roux.

— M. Grouby présente un travail anatomique relatif au système veineux de la grenouille.
Commissaires : MM. Breschet, Flourens, Millne-Edwards.

— Lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui invite l'Académie à présenter deux candidats pour la place de professeur à l'Ecole de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Ballard, promu à d'autres fonctions.
Renvoi à la section de chimie.

— M. Colson de Noyon envoie une note relative à une disposition peu connue des amygdales.
Commissaires : MM. Breschet et Larrey.

— M. Braux envoie la description d'un appareil pour la vaporisation et la distillation de l'eau de mer. 4 kilogrammes de houille suffisent pour obtenir 50 litres d'eau par heure.
Commissaires : MM. Thénard, Arago, Chevreul, Dumas, Robiquet.

— Réclamation de M. Poiseuille, relative à des expériences faites par lui sur des animaux soumis à la pression d'une colonne d'air portée à huit atmosphères. Par ce rappel de ces travaux, M. Poiseuille veut faire voir que déjà il s'était occupé de cette question il y a quelques années, et par conséquent l'un des premiers.

— M. Ducros jeune envoie une note relative au traitement de la surdité.

M. Maignen envoie une note relative à divers points d'anatomie de l'homme.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

MONUMENT A VÉSALE.

Dans sa séance du mois d'avril 1841, la commission médicale de Bruxelles a adopté avec empressement la proposition faite par un de ses membres, M. le docteur Maes, d'ériger un monument à André Vésale. Afin de donner suite à cette proposition, un comité central de direction a été formé et s'est mis en rapport avec les autorités, les corps savans, les médecins et tous ceux qui désirent s'associer à cette œuvre. Un comité artistique a été chargé de tout ce qui concerne l'exécution du monument, qui consistera en une statue en bronze représentant Vésale; cette statue sera élevée sur une des places publiques de Bruxelles, patrie de ce grand anatomiste.

Inspiré par cette circonstance, et dans le but de populariser les écrits de Vésale, M. Ad. Burggraeve, professeur d'anatomie à l'université de Gand, publie des *Etudes anatomiques et chirurgicales sur Vésale*, précédées d'une notice historique sur sa vie et ses écrits (1).

— Jeudi dernier, dans l'assemblée des professeurs, une discussion très vive a eu lieu. On a reproché à M. Gerdy d'avoir lu des passages qu'il avait promis de supprimer. Un professeur surtout, élève de Dupuytren, lui aurait donné des démentis sur plusieurs points importans, et aurait fini par cette apostrophe : « quand on agit et qu'on s'exprime ainsi, on n'obtient et on ne mérite la sympathie de personne ». A la suite de cette discussion, il a été décidé que le discours de M. Gerdy ne serait pas imprimé.

— Jeudi prochain la question suivante doit être discutée dans l'assemblée des professeurs : « la chaire de clinique chirurgicale vacante à l'hôpital de la Pitié, sera-t-elle transférée à la Charité? »

Dans le cas où ce changement serait adopté, M. Gerdy demanderait immédiatement la permutation de la chaire de pathologie externe qu'il occupe, avec la chaire de clinique chirurgicale.

Comme il s'agit ici de l'intérêt des élèves et d'une question de principes, nous examinerons ce sujet dans notre prochain numéro en mettant de côté les personnes.

(1) Un fort volume grand in-8°, avec portrait (par souscription).

Nous sommes heureux d'appeler l'attention de nos lecteurs sur le vin anti-hydropique de M. QUENTIN, pharmacien à Paris. C'est une découverte longuement expérimentée, dont vient d'être enrichie la science médicale.

En appelant l'attention de nos confrères sur le Papier Fayard et Blayn, nous faisons remarquer que cet excellent topique est toujours fermé dans des rouleaux de carton vert dont l'étiquette rose porte les signatures Fayard et Blayn. Tout papier présenté sous une autre forme et sans les signatures doit être refusé.

PARIS. — IMPRIMERIE [illegible] PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 11 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 135, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau), Discours d'ouverture. — DE LONDRES (M. Bright), Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales. (Suite.) — Revue thérapeutique. Du traitement des affections névralgiques. De l'emploi des opiacés dans les collyres. — Société de médecine de Bordeaux. Séance publique et sujets de prix. — Nouvelles. — FEUILLETON. De la permutation des chaires. — Académie de Médecine, séance du 9 novembre.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Discours d'ouverture (1).

Rôle du chirurgien au lit des malades.

Après diverses considérations sur l'examen des malades, le diagnostic et le pronostic des maladies, M. Velpeau arrive à la question capitale, celle qui doit, en définitive, dominer toutes les autres ; nous voulons parler de la guérison des maladies.

Guérir, dit-il, est le but final de toutes nos recherches et de tous les désirs du malade. Pour y parvenir, il faut d'abord se rappeler que les maladies se divisent en deux grandes classes ; les unes, qui sont guérissables ; les autres, qui sont incurables. Or, c'est là une question qu'il n'est pas toujours aisé de résoudre. Vous savez, je présume, qu'on n'arrive à connaître la curabilité ou l'incurabilité des maladies, que par la connaissance parfaite de leur nature, de leur siége, de l'importance fonctionnelle des organes qui en sont affectés, de la puissance des médications et de toutes les ressources qui leur ont été opposées jusque-là. Vous le dirai-je, en ce moment ? Cette connaissance exacte de l'incurabilité ou de la curabilité des maladies, si précieuse pour les progrès de la science, est entourée de quelques écueils dont les jeunes praticiens doivent être bien prévenus pour les suites.... »

Mettons actuellement en présence cette classe de maladies qui, abandonnées à elles-mêmes, guérissent en plus ou moins forte proportion, mais qui entraînent aussi quelquefois la mort, et qui, en définitive, guérissent encore plus souvent, plus vite et mieux, quand on les traite convenablement. Ce genre de lésions est le seul qui soulève la plus grave des questions de thérapeutique. Il faut avant tout, ici, non-seulement que le médecin traite le malade, mais encore que le traitement invoqué soit le meilleur de tous. Ceci nous rejette sur un terrain extrêmement épineux, le choix à faire entre les diverses médications que comporte une même maladie. C'est ici que commencent les divergences d'opinions entre les praticiens des diverses nations, du même pays, de la même ville ; et, pourquoi ne le dirai-je pas? d'un même hôpital. Quelle peut être la cause de pareilles dissidences ? Comment se fait-il, par exemple, que la pratique chirurgicale accessoire offre, sous certains points de vue, tant de dissemblance dans notre pays, en Angleterre, en Allemagne, toutes contrées où la science a de nobles représentans, et est cultivée avec un zèle ardent ? A Londres, on attribue la mort de nos blessés ou de nos opérés à l'emploi que nous faisons des cataplasmes et de la charpie dans les pansemens. Ecoutez les chirurgiens anglais, M. Knox, en particulier, et vous les entendrez proscrire hautement nos cataplasmes, qu'ils qualifient tout simplement de *poisons de la chirurgie*. Selon eux, il y a presque de l'infamie à matelasser de charpie les plaies des malades. C'est au point que, de la bouche des praticiens, de telles accusations sont allées jusqu'au sein du parlement, jusqu'à la chambre des lords, où le duc de Wellington n'hésita point, un jour, à dire que notre charpie avait plus tué de militaires que les balles de Waterloo !...

» Si de telles assertions étaient fondées, quel motif pourrait engager les chirurgiens français à maintenir leur pratique sur ce point ! Si elles ne le sont point, depuis bientôt un demi-siècle qu'on les répète, comment est-il possible que les praticiens de la Grande-Bretagne n'en soient pas venus eux-mêmes à imiter notre manière de faire? Cela tient à ce que des conséquences ont été tirées avant qu'on se fût assuré de l'exactitude du principe. Avant de dire que nos blessés meurent parce qu'on les panse de telle façon plutôt que de telle autre, il eût fallu prouver qu'il en meurt une plus forte proportion chez nous que dans le pays où on les traite d'une autre manière. Mais croyez-vous qu'il soit facile d'élucider une pareille question ? Celui qui sait combien ces jugemens *à priori*, ces observations superficiellement prises, combien l'examen des malades ou des maladies, tel qu'on l'a fait jusqu'à ces derniers temps, comportent d'erreurs et de mécomptes, celui-là, dis-je, ne sera point surpris du vague qui doit encore exister dans la science sous ce rapport. Du reste, pour faire des comparaisons en pareille matière, il faut, avant tout, que les sujets d'observation aient été pris dans des conditions identiques. Or, qui ne s'aperçoit, en consultant la littérature médicale anglaise que, à quelques exceptions près, les observations invoquées par les praticiens de ce pays, se réduisent le plus souvent, à de simples assertions...

» Quoi qu'il en soit, nous n'en avons pas moins à déterminer s'il est vrai que la charpie et les cataplasmes conviennent mieux ou moins dans les pansemens que de simples linges imbibés d'eau, ou des plaques de *lint*. Pour la solution de cette question, il faut mettre de côté toute prévention nationale.... Si l'on fait mieux à Londres qu'à Paris, il faut nous empresser d'imiter nos confrères d'outre-mer ; de même que ceux-ci devraient suivre notre pratique s'ils étaient convaincus de sa supériorité. Mais de pareilles questions peuvent-elles être jugées d'une manière absolue ? Je suis persuadé du contraire. En effet, si dans la capitale de l'Angleterre, la plupart des notabilités chirurgicales repoussent l'usage de notre charpie et de nos cataplasmes, il n'en existe pas moins plusieurs praticiens qui font un emploi journalier de ces topiques, et qui disent s'en trouver bien. Paris, du reste, n'offre-t-il pas le même spectacle ? N'y a-t-il pas parmi nous des hommes d'une réputation méritée qui couvrent à peine les plaies, qui se servent de simples linges mouillés au lieu de charpie dans les pansemens? D'un autre côté, est-il possible que des hommes d'un mérite réel soutiennent que les cataplasmes et la charpie sont absolument bons ou absolument mauvais? Non, cela ne peut pas être. S'il est vrai que d'épais gâteaux de charpie, que de nombreuses compresses accumulées autour d'une plaie puissent y entretenir trop de chaleur, comme on le dit en Angleterre, cela ne pourrait nuire que dans les cas où un excès de calorique serait à redouter. Et ne voyez-vous pas que ces cas doivent être rares, puisque de tout temps on a dit et soutenu que les blessures, les opérations sanglantes, les plaies, en général, guérissent infiniment mieux dans les pays chauds que dans les climats froids ?

Plusieurs d'entre vous n'ont-ils pas été témoins d'expériences faites dans les hôpitaux de Paris par un jeune chirurgien distingué, M. Jules Guyot, expériences ayant pour but de prouver qu'on évite presque toutes les conséquences fâcheuses des plaies, de celles surtout qui sont le résultat d'une opération, en les plaçant dans une boîte à la température de 30 à 40 degrés. Si l'augmentation de la chaleur produite par la charpie n'a pas l'inconvénient qu'on lui attribue, il faut donc lui chercher d'autres défauts. Du temps qu'on l'appliquait à nu sur le centre comme sur les bords des plaies, elle devenait parfois, il faut le dire, un corps trop irritant, qui pouvait avoir des dangers. Mais aujourd'hui qu'un linge fin, enduit de cérat et criblé de trous la sépare presque constamment des surfaces traumatiques, quel mal peut-elle faire ? D'ailleurs, si elle était encore irritante malgré toutes les précautions que prennent les chirurgiens français en l'employant, comment le *lint*, qui est manifestement moins velu, moins perméable, plus capable de se durcir, à se transformer en plaques, lui serait-il préférable ? Il faut donc en convenir, la charpie et les cataplasmes n'ont pas tous les inconvéniens qu'on a cru pouvoir leur attribuer......

Sensuit-il de là que la pratique anglaise est à tout jamais blâmable ? que la méthode adoptée en France doive être seule conservée ? Non, sans doute. Il faut seulement en conclure que certaines plaies guérissent mieux à l'air libre, d'autres mouillées de simples liquides froids ou chauds, qu'enveloppées de linges et matelassées de charpie ; mais que *généralement* les parties enflammées trouvent un excellent topique dans les cataplasmes émolliens, tandis que les plaies simples, en voie de cicatrisation, réclament l'usage de la charpie et des compresses. Toute la question ici, comme ailleurs du reste, consiste en définitive à bien distinguer les cas qui réclament l'un de ces genres de pansemens plutôt que l'autre.

Après avoir décidé la question du pansement, le chirurgien en découvre bientôt une autre ; c'est de savoir à quel ré-

(1) Nous ne pouvons donner que des extraits de ce discours.

FEUILLETON.

DE LA PERMUTATION DES CHAIRES.

Nous nous proposons d'examiner, dans cet article, les questions suivantes :

1° La permutation des chaires est-elle juste et utile?

2° Y a-t-il lieu, dans ce moment, à permutation de la chaire de pathologie externe pour la chaire de clinique chirurgicale, vacante par le décès de Sanson ?

3° Doit-on supprimer la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié pour la transporter à l'hôpital de la Charité ?

Comme nous l'avons annoncé, nous nous tiendrons en dehors, autant que faire se pourra, de questions personnelles ; il s'agit d'une discussion grave de principes, et nous allons l'aborder, selon la mesure de nos forces, avec un désintéressement complet et une parfaite indépendance.

1° *La permutation des chaires est-elle juste et utile ?*

En principe, nul ne peut remplir que la place à laquelle il a été reconnu apte. Pour le professorat, les garanties d'aptitude — et nous supposons que ces garanties ont toujours été sérieuses, sincères et loyales — s'obtiennent par un concours public ; autrefois, elles s'obtenaient par l'élection au scrutin faite par la réunion des professeurs. Quel que soit le mode par lequel un homme a été investi du professorat, son élection ou son triomphe dans un concours ont voulu dire, ont voulu signifier que cet homme était apte à telle chaire, qu'il avait fait ses preuves pour tel enseignement. En effet, les preuves demandées pour tel enseignement ne sont pas celles qu'on demande pour tel autre ; un concours de pathologie, par exemple, est tout différent d'un concours de clinique, et il pourrait parfaitement arriver qu'un candidat vainqueur dans celui-ci, reçût un grave échec dans celui-là. Du succès par le concours ou par l'élection pour une chaire déterminée, pour un enseignement prévu, on ne peut donc rigoureusement conclure que ceci : ce candidat réunit les conditions voulues pour cette chaire, pour cet enseignement. Conclure différemment conduirait à l'absurde, la signification véritable du concours ou de l'élection serait dénaturée ; on leur en donnerait une qu'ils n'ont pas, qu'ils ne peuvent pas avoir. Le concours — pour ne prendre que ce mode — n'est pas seulement une appréciation générale de la valeur d'un candidat, c'est par-dessus tout un jugement spécial sur sa capacité pour tel enseignement. S'il en était autrement, pourquoi des épreuves si variées et si différentes? On concourt pour être professeur de telle chose, et non pas pour être professeur *ad libitum*. On a reçu la sanction des juges et du public pour telle aptitude, et non pas pour telle autre qui n'a pas été en cause. La loi, les réglemens sont positifs ; on ne pourrait les interpréter différemment qu'en violant leur esprit et leur texte. De plus, les garanties que la société impose à ceux qu'elle investit d'une mission d'enseignement, seraient détruites ; il n'y aurait plus jugement et appréciation, mais bien caprice et arbitraire.

Qu'est-ce, cependant, que la permutation des chaires ? C'est la violation flagrante de la loi, c'est la destruction de toute garantie, c'est la sincérité des concours étouffée par l'arbitraire, c'est la vérité obscurcie par le mensonge.

Que veut la loi ? Elle exige impérieusement que le candidat pour une chaire quelconque dans l'enseignement des sciences médicales, ait fait ses preuves pour la chaire vacante, devant des juges institués *ad hoc*, et devant le public. Dans une permutation quelles preuves donne le candidat ? où sont ses juges ? où est le public ?

Que veut la société ? Elle demande au candidat des garanties de son aptitude spéciale ; elle veut savoir si, alors même que ce candidat eût été un professeur dogmatique éclatant, on pourrait, par exemple, lui confier la redoutable mission du clinicien. Dans la permutation où sont ces garanties ?

Qu'est-ce que la sincérité dans un concours? C'est la prévision d'un résultat actuel et immédiat ; c'est concourir pour obtenir une chaire actuellement vacante. La permutation, au contraire, est une prévision éloignée d'un résultat illégitime. Par elle on foule aux pieds, pour un intérêt égoïste et par des motifs de convenance personnelle, des intérêts généraux et des convenances générales. Le concours avec la permutation n'est plus qu'une institution fallacieuse, ce n'est plus qu'une déception légale.

Par la permutation, la vérité du concours n'existe plus. Le but qu'on atteint n'est pas celui qu'on veut atteindre. A la place d'un principe on pose un privilége, et tout privilége est un mensonge.

En principe donc, la permutation des chaires est une exception dangereuse ; elle manque de garanties, n'offre aucune sécurite ; elle est contraire à la loi ; elle est une violation du concours ; c'est un privilège, et tout cela nous paraît être une vérité de sens commun si évidente, que nous ne lui donnerons pas un plus grand développement.

Demander donc si la permutation des chaires est utile, c'est demander si l'arbitraire, si le privilége, si la déception et le mensonge sont utiles.

Comme tous les priviléges, la permutation est une injustice. Dans la prévision de telle ou telle vacance, des compétiteurs nombreux auront dirigé leurs études spéciales vers un but déterminé. Pendant plusieurs années quelquefois ils auront en vue telle chaire, et, au moment de la lutte, c'en sera une autre qu'ils auront à disputer. De sorte que si la permutation devenait une coutume que les professeurs pussent invoquer selon leurs convenances ou leurs intérêts, les compétiteurs se trouveraient dans cette position singulière et défavorable de ne savoir que quelques mois à l'avance sur quels points principaux ils doivent diriger leurs études. Il y a des aptitudes diverses aux diverses et nombreuses branches des sciences médicales ; des existences entières vouées aux recherches et aux investigations d'une branche particulière seront compromises et deviendront sans emploi possible lorsqu'elles n'auront plus en perspective le but qu'elles s'étaient proposé d'atteindre Il est injuste, et par conséquent il est immoral d'offrir aux jeunes intelligences qui affrontent les périls d'un concours un appât qu'elles ne pourront jamais saisir. Par des travaux persévérans, par des découvertes éclatantes on acquiert des droits à une chaire, et lorsqu'on n'attend plus que la sanction solennelle et publique du concours pour satisfaire de légitimes espérances, c'est la plus cruelle des injustices de méconnaître ces droits, de flétrir ces espérances par quelque manœuvre adroite ou par un compérage bien joué.

On nous objectera : La Faculté a déjà sanctionné plusieurs fois de son approbation le principe des permutations. Pour ne parler que de ce qui s'est passé depuis 1830, à la mort de Boyer, elle a permis à M. J. Cloquet, professeur de pathologie externe, de prendre la chaire de clinique chirurgicale, vacante ; à la mort de Dupuytren, elle a autorisé M. Cruveilhier à abandonner la chaire d'anatomie pour celle que le grand chirurgien venait de fonder à l'Ecole. A la mort de Broussais, M. Andral, enfin, a pu s'emparer de la chaire de pathologie générale que le grand réformateur laissait vacante. Ce qu'elle a permis dans tant de circonstances, pourquoi le refuserait-elle dans d'autres ?

Nous répondrons : Si la Faculté a mal agi dans cette circonstance, ce n'est pas une raison pour qu'elle agisse mal encore. Or, elle a mal agi, et c'est manquer d'adresse que de rappeler ses fautes. La chaire qu'elle a donnée à M. Cloquet est une chaire à peu près perdue pour l'enseignement. Soit maladie du professeur, soit autre chose, cette clinique chirurgicale est fermée les deux tiers de l'année ou suppléée par un agrégé. M. Cloquet étant empêché dans ses fonctions de professeur de pathologie laisserait un vide beaucoup moins grand dans l'enseignement que comme professeur de clinique. Quant à M. Cruveilhier, il a été légué à la chaire d'anatomie pathologique par le testament de Dupuytren : cet exemple ne peut donc pas être invoqué. Disons seulement que cette permutation n'a pas été utile à l'enseignement.

Pour M. Andral, nous voudrions bien lui demander, la main sur la conscience, s'il ne regrette pas un peu son nombreux auditoire et

gime, à quelle médication générale il convient de recourir. Sur ce point, comme sur le précédent, nous sommes en désacord complet avec les chirurgiens anglais. Dans ce pays, le régime des opérés est généralement substantiel et excitant. Des alimens solides, de l'opium, des purgatifs, de l'eau-de-vie, du vin, sont accordés sans difficultés aux malades. Les substances pharmaceutiques leur sont aussi très largement octroyées; si bien qu'en présence de la thérapeutique simple et du régime léger auquel la chirurgie française reste fidèle, les Anglais qui visitent nos hôpitaux ont peine à revenir de leur surprise. Aussi ne manquent-ils pas de dire, quand ils voient des malades succomber chez nous, que cela tient à ce qu'on ne les nourrit pas suffisamment, qu'on ne les purge pas, qu'on n'emploie en un mot, pour combattre ou prévenir les accidens, aucun moyen actif. Cette opinion est portée si loin chez eux, que tout récemment encore, j'ai vu dans un de leurs journaux de médecine le paragraphe suivant. C'est merveille, dit l'auteur de l'article, de voir avec quel soin on examine les malades en France, avec quelle précision on établit le diagnostic des maladies, avec quelle scrupuleuse exactitude on recherche ou décrit les altérations pathologiques sur le cadavre; mais on est bientôt désenchanté quand on voit tant de précautions, tant de soins, tant de savoir, se terminer au lit du malade par la prescription de *deux bouillons et d'un peu d'eau gommée.* On croirait en vérité, ajoute-t-il, qu'ils n'abandonnent ainsi les troubles de la santé à des moyens aussi *incapables* que pour se procurer l'occasion d'examiner des cadavres.....

Vous comprenez qu'une opinion pareille, formulée du reste dans d'autres pays qu'en Angleterre, mérite qu'on y fasse attention.

M. Velpeau s'attaché dans la suite de son discours, à la combattre. Nous ne le suivrons pas sur ce terrain.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales; par M. BRIGHT, médecin à l'hôpital Guy.

(Suite du numéro précédent.)

§ IV. TUMÉFACTION DU FOIE PAR CONGESTION SANGUINE.

La forme la plus simple de la tuméfaction hépatique est celle qui dépend de la congestion sanguine, ou plutôt de la distension contre nature des vaisseaux sanguins de l'organe. Cette condition morbide est la plus fréquente de toutes, surtout à un faible degré; elle paraît se rattacher souvent à une cause mécanique, à l'engorgement de matières dans les intestins qui compriment les veines et gênent la circulation, et probablement aussi aident à la paresse des mouvemens péristaltiques des intestins qui concourent également à la lenteur de la circulation.

Prolongée au delà de certaines limites, cette lenteur détermine une congestion passive dans le foie, et, par suite, la tuméfaction de cet organe. Lorsque le foie est ainsi chargé de sang, il donne naissance à plusieurs des phénomènes qu'on appelle dyspepsiques ou hypochondriaques, qui altèrent les digestions, oppriment l'énergie de tout le système nerveux, et gênent quelquefois aussi les fonctions du cœur et du poumon. A l'examen, on trouve un léger bombement (fulness) au côté droit, et les côtes sont un peu soulevées. Le toucher fait reconnaître que l'espace sous-costal est plus résistant qu'à l'état normal, et même dur; et bien qu'à la rigueur on n'y voie pas une tumeur bien dessinée, le son mat donné par la percussion dans l'étendue de 25 à 50 centimètres (1 à 2 pouces) au-dessus des côtes, contraste d'une manière frappante avec le son creux que les viscères de cette région présentent à l'état normal.

La tuméfaction du foie dépendant de congestion sanguine est difficile à diagnostiquer avec précision lorsqu'elle existe au degré dont nous venons de parler. A un degré plus avancé, cependant, la maladie trahit elle-même son existence, le développement de l'organe le rendant manifeste à plusieurs pouces au-dessous des côtes, où il peut être senti comme un corps dur, de la forme d'un coussin, à bord inférieur défini, s'étendant jusqu'au niveau ou au-dessous de l'ombilic. Dans ces cas, indépendamment des caractères locaux de la maladie, il existe à la peau une teinte ictérique qui ramène naturellement l'attention vers le foie. Ce caractère cependant peut quelquefois tromper, l'engorgement du foie pouvant dépendre d'une maladie du cœur. J'ai connu un individu dans cet état, qu'on supposait succomber à la maladie hépatique: cependant l'autopsie a fait voir que les symptômes dépendaient d'une hypertrophie du cœur, et d'une ossification des valvules. Dans ces cas, il est vrai que le foie, qui n'est d'abord que simplement engorgé, peut par la suite se désorganiser graduellement, et passer de l'état d'hypertrophie avec couleur noix muscade à l'état jaune ou rouge, et recevoir même dans ses mailles une sécrétion de matière accidentelle; mais c'est là la conséquence de la maladie d'un autre organe. En voici un exemple remarquable.

Onzième fait. — *Hypertrophie du foie, avec altération de la structure par suite de congestions sanguines répétées.*

Jeanne King, âgée de trente ans, a été reçue dans mon service à Guy's hospital, pour être traitée d'une ascite accompagnée d'anasarque et de grande dyspnée. Les extrémités inférieures étaient gonflées et pourpres, les mains et les pieds froids. L'auscultation donnait sur la région du cœur la sensation d'un bruit de chat qui fait le rouet (purring), mais pas d'une manière distincte. L'abdomen contenait beaucoup de fluide; le foie était hypertrophié, et pouvait être manifestement tracé jusqu'au niveau de l'ombilic; il était lisse au toucher, mais inflexible et dur à la pression. La figure était un peu jaune, mais les joues, le nez et les lèvres étaient pourpres; l'urine très colorée et en petite quantité, mais non albumineuse; déjections bilieuses. Pouls 104, irrégulier.

Le commémoratif a appris que cette femme avait fait un enfant douze ans auparavant, et qu'elle s'était bien portée jusqu'aux dix-sept derniers mois, lorsque, à la suite d'une querelle, elle courut à une grande distance, avec violence, dans une grande alarme, et s'est trouvée excessivement fatiguée et haletante.

Depuis ce moment, elle avait toujours souffert à la poitrine, et c'est à cette origine qu'elle rapporte sa maladie actuelle. Je l'ai purgée abondamment avec du calomel et de la coloquinte, et je lui ai appliqué un cataplasme sur le côté droit. Elle a eu deux ou trois garderobes bilieuses par jour, mais irrégulières. Une fois aussi on lui a tiré dix onces de sang à l'aide de ventouses appliquées au côté droit. La tumeur cependant a continué à être visible, mais pas au même point qu'auparavant; la face a conservé la même teinte orange, et la langue était sèche; le repos cependant et le régime ont fait diminuer l'anasarque et l'oppression thoracique.

Le 24 août la malade a voulu quitter l'hôpital.

Le 24 octobre elle m'a fait demander de la voir chez elle; elle m'a dit que pendant un mois après sa sortie de l'hôpital aucun changement n'avait eu lieu, mais qu'elle avait toujours souffert d'une douleur au côté droit, immédiatement au-dessous des côtes. A cette époque, elle a été saisie de dévoiement, ses garderobes sont devenues très fréquentes; les matières rendues étaient tantôt comme de l'eau savonneuse, tantôt rouges, tantôt brunes, et jamais à l'état naturel. Cet état a duré une semaine entière, au bout de laquelle elle a rendu par le rectum un plein seau de matière et son ventre s'est affaissé tout à coup.

A l'examen, je n'ai plus trouvé l'ancienne tumeur, seulement la malade a dit sentir une dureté à l'endroit de la douleur. Ventre habituellement constipé; ses parois sont luisantes; il a y beaucoup de liquide fluctuant dans le péritoine; un peu d'anasarque à la peau; jambes très gonflées; pieds et genoux pourpres; mains un peu gonflées, pourpres aussi. La malade ne peut s'asseoir sur son lit ni rester couchée sur l'un ou l'autre côté; anxiété très grande; joues pourpres; lèvres *idem;* pendant l'inspiration tous les muscles du cou sont appelés en aide...... Mort.

Autopsie. Anasarque général, mais plus particulièrement aux jambes et aux cuisses; mains livides ainsi que d'autres parties du corps. Les poumons adhèrent généralement; ils sont gorgés de sang et contiennent de la sérosité. Existence d'un kyste séreux du volume d'un petit œuf dans la fissure des lobes du poumon du côté droit. Le cœur offre une apparence extraordinaire, occupe une très grande partie de la cavité thoracique; l'oreillette droite est très grande; elle contient huit onces de sang coagulé comme de la gelée; ses fibres musculaires sont très prononcées, comme les colonnes charnues du cœur. L'oreillette gauche est petite et contractée; les ventricules contiennent aussi des caillots, mais leurs parois sont minces et flasques.

L'abdomen présente un seau de sérosité; les intestins adhèrent sur plusieurs points; le foie est considérablement grossi; sa surface est un peu inégale; sa substance molle et granulée; les grains de son parenchyme, hypertrophiés et dégénérés, ressemblent à des tubercules. La vésicule biliaire est modérément distendue. La rate est petite, eu égard à l'état général de congestion. Les intestins offrent une couleur œillet et sont manifestement enflammés; la membrane muqueuse est irritée. Nous avons cherché inutilement si quelque voie accidentelle s'était ouverte entre le péritoine et l'intestin pour rendre compte du liquide que la malade avait rendu par l'anus; mais nous n'avons pu rien trouver. (Suivent d'autres détails de l'autopsie.)

Cette observation offre non seulement un bel exemple des effets des congestions sanguines répétées dans le foie, mais encore de la réaction des maladies du cœur sur cet organe.

§. V. INTUMESCENCE DU FOIE PAR INFLAMMATION.

Il est présumable que dans beaucoup de cas d'inflammation du foie, le volume de cet organe est plus ou moins augmenté, dans le commencement du moins. Souvent cependant le diagnostic est basé sur l'état du pouls, de la peau de la langue, et sur l'altération des sécrétions intestinales et rénales, l'exploration de l'hypochondre droit n'offrant pas une plénitude bien décidée. Plus fréquemment néanmoins on trouve, en passant légèrement la main à plat sur cette partie, une sorte de résistance et de plénitude, et en explorant avec la pointe des doigts, l'on reconnaît que le foie descend d'un à deux pouces au-dessous des cartilages des côtes; la percussion donne elle-même un son mat. Quelquefois la partie est si sensible que ces investigations peuvent à peine être faites; dans d'autres cas, le patient se plaint peu au moment de la pression, mais il souffre considérablement quelque temps après. La tumeur, lorsqu'elle existe, est un peu résistante mais pas dure; elle décline à mesure que l'inflammation se dissipe. Les sangsues et les cataplasmes émolliens, tels sont les remèdes qu'on pres

---

ses succès de professeur de pathologie interne. Et à la Faculté nous voudrions bien demander aussi si les services que rend M. Andral dans la chaire de Broussais sont comparables à ceux qu'il rendait autrefois.

En résultat, les exemples donnés jusqu'à ce jour par la Faculté sont on ne peut plus mal choisis; ils confirment souverainement la légitimité, la moralité de ce principe: Les permutations de chaires sont injustes et inutiles.

2° *Y a-t-il lieu dans ce moment à permutation de la chaire de pathologie externe pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort de Sanson?*

Les principes que nous venons de poser rendent très facile et bien prévue notre réponse. Non, assurément, les besoins de l'enseignement ne réclament aucune mutation de cette nature. Nous avons eu beau nous enquérir, chercher dans notre propre intelligence, quels motifs tant soit peu sérieux on pouvait faire valoir pour légitimer cette demande, il nous a été impossible d'en trouver d'autres que ceux qu'on peut fonder sur des antécédens ou sur des intérêts particuliers. Les antécédens, nous avons dit leur valeur, ils sont déplorables; l'enseignement, au lieu de gagner à ces perturbations, n'a fait qu'y perdre; ce serait folie de se laisser guider par eux. Quant aux motifs particuliers au pétitionnaire, quoique nous ne connaissions pas ceux qu'il allègue, cette demande prend un haut degré de gravité par la position même de celui qui la présente.

Le pétitionnaire, tout le monde le sait, est M. Gerdy, professeur de pathologie externe, qui demande à permuter sa chaire avec celle de clinique chirurgicale naguère occupée par Sanson. A cette permutation il impose une condition que nous ferons connaître tout à l'heure.

Il importe avant tout de nous expliquer une fois pour toutes sur M. Gerdy.

Nous n'avons jamais été et nous ne sommes pas l'ennemi de M. Gerdy. Toutes les fois que son opposition, quel qu'en fût le but, nous a paru présenter un côté utile, nous avons jeté un voile sur ce qu'elle présentait d'abrupte et de blessant pour n'en faire saillir que les bons résultats. Dans la célèbre discussion sur l'arsenic, nous étions de son côté, nous dîmes alors et nous disons encore qu'il a rendu un véritable service à la science et à la société en combattant avec énergie, après nous-même et après M. Raspail les opinions dangereuses et les prétentions exhorbitantes de M. Orfila. Dans aucun autre journal, comme dans la *Gazette des Hôpitaux*, on ne trouvera une exposition plus complète, un compte-rendu plus fidèle de ses discours et de ses opinions. Il y a plus, nous le protégeâmes alors contre une attaque indécente et brutale d'un membre de l'Académie, et il nous tint si grand compte de notre inter- vention qu'il nous en fit faire de chauds remerciemens. Avec la même liberté que nous lui rendîmes justice en cette circonstance, nous l'avons sévèrement blâmé de son étrange et malheureux discours de rentrée. Dans ces deux occasions, nous avons eu pour nous l'opinion publique, et cela nous dédommage amplement des petites et impuissantes vexations qu'on croit nous susciter. Dans cette occasion-ci, pas plus que dans toute autre et envers qui que ce soit, nous ne sommes pas guidé par une opposition haineuse, mesquine et stérile contre un homme: notre opposition vise plus haut, car elle est mue par un principe, et nous n'attaquons jamais un homme que lorsqu'il invoque un principe faux ou mauvais, et lorsqu'il se traduit par un acte blâmable.

C'est avec cette disposition d'esprit que nous nous opposons autant que possible à la demande de M. Gerdy. Elle n'a ni prétexte, ni excuse, elle ne répond à aucun besoin, elle a des inconvéniens graves et ses avantages seraient tous au profit de son auteur. C'est même pour nous un grand sujet d'étonnement, tout imprégnés que nous sommes encore de l'amplification rhétoricienne de M. Gerdy sur le désintéressement, le devoir, la justice et la vertu, de voir ce même M. Gerdy solliciter une mutation qui n'est qu'un privilége, une mutation qui serait une injustice. Quoi! cet austère puritanisme fléchirait devant un misérable intérêt? Cette vertu farouche s'humaniserait pour une position plus douce? Cette conscience granitique s'amollirait pour une perspective meilleure? Oh Caton, oh Brutus, quelle poignante déception!

M. Gerdy ne demande pas seulement un privilège pour lui, une injustice envers des compétiteurs tout prêts à entrer en lice; il sollicite pour une mutation qui serait encore une atteinte grave portée à l'enseignement clinique et une lésion matérielle faite à un grand nombre d'élèves. Prouvons-le.

3° *Doit-on supprimer la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié pour la transporter à l'hôpital de la Charité.*

M. Gerdy ne consent à abandonner sa chaire de pathologie pour celle de clinique, qu'à la condition que celle-ci sera transportée à l'hôpital de la Charité.

Ceci nous explique d'abord et nous fait bien comprendre les motifs de cette triste description dans le discours de rentrée, de l'obscur et froid amphithéâtre de la Pitié, des exagérations dans les inconvéniens de l'éloignement de cet hôpital et de la distance qui sépare la salle des malades de la salle des leçons. C'était un exorde par insinuation, M. Gerdy se préparait les voies. Malheureusement pour l'orateur, la vérité ne répond pas exactement à ses descriptions, et les inconvéniens qu'il signale ne sont rien en comparaison de ceux qui adviendraient s'il obtenait satisfaction.

Il est si peu vrai que l'hôpital de la Pitié soit un hôpital excentrique aux quartiers habités par les étudians, qu'il en est peu d'aussi heureusement situés pour l'instruction des cliniques. Les rues de La Harpe, Saint-Jacques et le faubourg de ce nom, le Panthéon, les rues de l'Estrapade, Saint-Victor, et toutes leurs rues adjacentes sont métriquement plus rapprochées de la Pitié que de l'Hôtel-Dieu ou de la Charité. Or, tous ces quartiers, appelés par excellence *le quartier latin*, sont précisément habités par un grand nombre des élèves en médecine. Beaucoup d'entre eux suivent les cours du Jardin des Plantes, et un plus grand nombre encore est obligé d'aller aux amphithéâtres de Clamart pour les dissections. L'hôpital de la Pitié, voisin de tous ces lieux est donc on ne peut mieux situé pour recevoir le plus grand nombre d'élèves possible. La Faculté a eu déjà le tort grave d'enlever à cet hôpital une clinique médicale qui y est indispensable pour les nombreux élèves de ce quartier; elle n'aggravera pas son tort en y supprimant la clinique chirurgicale.

D'ailleurs, des faits bien connus répondent suffisamment à cette objection prise dans le prétendu éloignement de la Pitié. Sans parler d'une clinique chirurgicale assez célèbre pour qu'elle soit connue de M. Gerdy, M. Rostan, M. Louis et d'autres encore ont fait pendant plusieurs années à la Pitié, des cliniques très suivies, et cela pendant les mois les plus rigoureux de l'hiver. Quand un professeur a obtenu par son talent et son zèle de l'autorité sur les élèves, ceux-ci le suivent partout. Dupuytren aurait eu à la Pitié le même concours d'auditeurs qu'à l'Hôtel-Dieu. M. Rostan se souvient de ses nombreux élèves à la Salpêtrière; M. Gerdy, qui a long-temps habité l'hôpital Saint-Louis, sait bien si les auditeurs manquaient à Alibert et à Biett. Enfin, à Bicêtre même, l'affluence était grande aux conférences de M. Ferrus.

Cet éloignement n'est donc qu'un prétexte qui cache probablement quelque motif qu'on ne veut pas avouer. Sachez vous faire écouter des élèves, et les élèves ne vous manqueront pas. Si vous invoquiez l'exemple de Sanson, nous vous dirions, sans porter atteinte au respect véritable que nous avons pour sa mémoire, que Sanson eût été entouré d'élèves s'il l'avait voulu, et que rien n'est contagieux pour eux comme l'indifférence et l'abattement.

Une clinique chirurgicale est indispensable à l'hôpital de la Pitié. Outre le tort que sa suppression ferait aux nombreux élèves de ce quartier, elle aurait un inconvénient plus grave encore, car elle équivaudrait à une suppression totale de la chaire. Il arriverait à la Charité, pour la clinique chirurgicale, ce qui arrive pour la clinique médicale. Chacun des deux professeurs qui a son service dans cet hôpital, comme du reste ceux de l'Hôtel-Dieu, ne fait de leçons que pendant un semestre, ou bien de deux jours l'un, ce qui revient au même. Dans ce moment, au contraire, le professeur de clinique chirurgicale fait ses le-

crit localement en pareils cas ; les saignées du bras, les mercuriaux, avec ou sans opium, les antimoniaux et les purgatifs ; tels sont les remèdes constitutionnels propres à prévenir la suppuration d'un organe aussi important.

Je crois superflu de rapporter ici des exemples pour prouver cette espèce d'intumescence hépatique ; elle est un symptôme propre, mais non constant de l'hépatite, et se rencontre plus souvent lorsque le mal tend à la suppuration que lorsqu'il s'accompagne de jaunisse.

§ VI. DÉVELOPPEMENT DU FOIE PAR ACCUMULATION DE BILE.

Une troisième forme d'intumescence lisse du foie est produite par la rétention de la bile dans ses canaux biliaires. Le foie se développe par degrés et forme une tumeur à surface lisse et tendue, laquelle descend vers l'ombilic et presque jusque dans le pelvis, tandis qu'il remplit en arrière l'espace lombaire droit. La pression produit un peu de douleur qui dure quelquefois quelques minutes. Le diagnostic dans ces cas se base sur la coloration jaune très prononcée de la peau, et sur la présence d'une tumeur ronde particulière produite par le bord inférieur du foie. Cela dépend cependant de la cause de la rétention biliaire ; pour moi, je crois qu'il doit arriver très rarement, ou peut-être jamais, que le foie soit fortement gorgé de sa propre sécrétion, à moins d'une obstruction mécanique. Lorsque la distension sanguine a lieu à un haut degré, la bile est certainement retenue plus ou moins dans ses canaux et donne lieu à une jaunisse ; mais, dans ce cas l'obstruction est non seulement partielle mais encore passagère. Le degré de congestion biliaire, comparé à celui de la congestion sanguine est toujours petit.

Les circonstances dans lesquelles j'ai vu le foie engorgé de bile et tuméfié par suite de cet engorgement, au point de former tumeur, consistent dans la présence de tumeurs ou de dépôts morbides, comprimant les gros conduits excréteurs de la bile. Si l'obstruction formée de la sorte a lieu dans le conduit hépatique, la tumeur au foie se manifeste et peut être sentie au-dessous des côtes, jusqu'au pubis et aux régions iliaques ; sa surface est lisse et égale ; elle donne un son mat à la percussion, et ce son se prolonge jusqu'à la sixième ou septième côte du côté droit. Si l'obstruction est plus bas, c'est-à-dire dans le conduit commun ou duodénal, le même développement a lieu ; mais on voit alors le bord du foie dévier graduellement de sa ligne naturelle et former une tumeur globulaire saillante en bas, du volume d'un petit œuf. Cette portion saillante de la tumeur cède à la pression, et donne la sensation d'un fluide élastique et profond ; elle augmente et devient plus tendue, et descend presque jusqu'au pelvis : elle est située au côté droit de la ligne médiane et au niveau de la crête iliaque. Cette tumeur est formée par la vésicule biliaire. Dans l'un comme dans l'autre cas, la surface du corps est jaune ; mais j'ai présumé que cette coloration est moins prononcée lorsque l'obstruction est dans le conduit hépatique, que lorsqu'elle est dans le conduit commun. Cependant je ne donne pas cela comme certain ; mais si cela était réel, la différence serait facile à expliquer. Dans le cas suivant, qui a été accompagné d'autopsie, le développement du foie et la jaunisse dépendaient de l'obstruction du conduit commun, tandis que la distension de la vésicule tenait à l'obstruction du conduit cystique par une concrétion biliaire ; de sorte que le fluide que la vésicule contenait n'était pas de la bile, mais bien une sécrétion muqueuse de sa membrane interne.

Douzième fait. — *Tuméfaction du foie par rétention biliaire.*

Jeanne Spence, âgée de cinquante-six ans, a été reçue à Guy's hospital le 28 novembre 1832, pour être traitée d'une jaunisse. Son teint naturel était brun ; sa peau est flasque, et il est évident qu'elle a dû maigrir beaucoup ; pouls à 84. A l'examen, on ne trouve pas de tumeur à la partie supérieure de l'abdomen ; mais quand la femme était couchée sur le dos, on sentait distinctement une tumeur du volume d'une noix, entre la crête de l'ilium et l'ombilic, un peu au-dessous d'une ligne tirée entre ces deux points, près du bord externe du muscle droit. Cette tumeur, bien que très distincte parfois, s'affaissait souvent sous la pression des doigts, et j'ai souvent constaté qu'elle semblait comme formée par les parois de l'intestin. La femme a déclaré qu'elle s'était aperçue de cette tumeur depuis qu'elle avait reçu un violent coup dans le côté. La région du foie était un peu sensible, mais n'offrait point de tumeur. L'urine était fort colorée de bile. Les matières fécales étaient de très petit volume et figurées, excessivement blanches et flottantes dans l'urine, de gravité spécifique très légère.

Cinq ans auparavant, la femme avait été soignée pour des douleurs spasmodiques dans l'estomac et les boyaux ; mais la jaunisse ne s'est déclarée que depuis trois mois, à la suite de grandes douleurs aux vertèbres lombaires et aux côtes. Elle éprouve même actuellement de ces douleurs.

On prescrit :

Décoction d'aloès, 30 grammes (une once).
Extrait de taraxacum, 1 gramme (un scrupule).
à répéter trois fois par jour.
Plus, une infusion de séné.

Le 30 novembre, selles abondantes, matières très pâles.

Le 5 décembre, boyaux très resserrés ; une seule petite garde-robe tous les trois jours. L'urine présente une légère pellicule douteuse de graisse à la surface ; au fond de l'urinoire existe de la matière d'un gris foncé, qui semble formée de bile épaissie. Le docteur Rees ayant analysé les fèces, y a trouvé de la matière grisâtre, ordinaire aux fèces, dans la proportion de trois pour cent ; la matière noire y manque.

Le 7, selles abondantes provoquées par l'huile de ricin ; matières non colorées de bile comme auparavant.

Le 17, malaise à l'estomac ; deux selles presque blanches. Julep, acide nitrique trois fois par jour.

Le 29, maux de cœur ; garde-robes diversement colorées. La tumeur de la région iliaque est tantôt plus, tantôt moins distincte ; quelquefois elle manque tout à fait, mais on voit à la même place une autre tumeur plus dure ; on sent de la solidité depuis ce point jusqu'au cœur, comme si le foie se trouvait dans cette direction.

On prescrit :

Opium, 5 centig. (un grain).
Eau méphitique alcaline.
Cataplasme sinapisé à la région du cœur.

Le 1er janvier, on ajoute à ces remèdes :

Extrait de coloquinte, 50 centig. en 2 pilules.
Emplâtre de poix de Bourgogne aux lombes.

Le 3. Eau de chaux.
Acétate de morphine.

Le 4, pas de changement dans la jaunisse, mais la malade a plus de force.

Sub-mur. d'hydrarg., 5 centig. (1 gr.)
Extrait de jusquiame, 10 centig. (2 gr.)
Trois fois par jour.

Le 8, la couleur jaune de la peau devient évidemment plus brillante depuis deux à trois jours ; la malade est assoupie ; pouls à 108 ; maux de cœur ; gravité spécifique de l'urine, 1,014.

Mixture de sulfate de magnésie.
Sub-mur. d'hydrarg. *ut suprà.*

Le 9, assoupissement.

Le 11, la tumeur de la fosse iliaque paraît évidemment formée par la vésicule biliaire. Le foie peut être bien senti, quoique obscurément, il dépasse les côtes du côté droit.

Le 13, vomissemens de matières noires ; garderobes involontaires, un peu sanguinolentes. Sang dans les urines ; épistaxis ; émaciation progressive. Le volume de la vésicule biliaire augmente rapidement et devient de plus en plus distinct.

Le 16, mort.

Autopsie. Emaciation considérable, toute la peau est d'un jaune très vif ; abdomen plat ; la tumeur, qui était si évidente avant la mort, est à peine perceptible maintenant. On ouvre l'abdomen ; l'estomac descend considérablement au-dessous de l'ombilic à gauche, et est de couleur jaune. Le foie paraît mince à son bord inférieur ; il descend presque à l'ombilic, mais il n'était pas aussi bas avant la mort, ce qui tient à l'affaissement cadavérique. L'épiploon couvre la vésicule biliaire. Celle-ci contient 240 grammes (8 onces) de bile noire ; elle fait saillie et descend jusqu'au pelvis, et forme la seconde tumeur observée avant la mort, mais elle est maintenant moins saillante que durant la vie, et est déplacée un peu à gauche. Les intestins sont très irrégulièrement contractés et dilatés. Immédiatement au-dessous de la vésicule biliaire on voit une petite portion d'intestin distendue, de forme ovalaire, formée par la poche du colon, épaissie et rugueuse par des inflammations préalables. Je ne doute point que la première tumeur que la malade avait présentée n'avait été formée par cette portion d'intestin.

Telle était la situation générale des viscères au premier aperçu. L'estomac et le foie occupaient une très grande partie de la cavité abdominale.

On voyait quelques restes d'une péritonite générale récente, la surface de l'estomac était couverte d'un fluide crémeux jaune et purulent ; la cavité péritonéale contenait plusieurs onces d'un fluide trouble et vert ; tout le péritoine intestinal était profondément teint de bile.

Le foie est coloré en vert ; le lobe gauche présente plusieurs vésicules vertes formées peut-être par des conduits biliaires dilatés. Ces vésicules, qui contenaient de la bile exactement semblable à celle de la vésicule biliaire, offraient un volume variable depuis un pois jusqu'à une grosse fève, et existaient principalement au-dessus de la vésicule biliaire, à la surface convexe du lobe droit ; on en voyait cependant aussi et de plus grosses à la face concave du même lobe, près de l'enfoncement destinés à loger la vésicule biliaire ; il y en avait aussi aux deux faces du lobe gauche.

Ayant été coupé, le foie a paru sain dans son intérieur, mais on y voyait de petites masses jaunes et blanches du volume d'un pois. Ces masses ont paru formées de bile épaissie ; dans d'autres endroits on voyait de petites collections de bile, et beaucoup aussi d'épanchée autour des grands conduits.

Le pancréas est mou, mais sain au reste, si ce n'est que son conduit est dilaté, forme des poches et contient un fluide analogue à du gruau, et dont on a pu recueillir plusieurs grammes. Ces poches du conduit ont été ouvertes accidentellement, et nous avons cru d'abord avoir ouvert un abcès.

Les conduits hépatique, cystique et commun, sont très élargis, ils présentent presque le volume de la vésicule biliaire à l'état normal. L'orifice du conduit duodénal est très singulier, il fait une poche saillante, d'un quart de pouce dans le duodénum, mais il est béant et laisse échapper la bile lorsqu'on le comprime d'en haut. Il est cependant certain que l'obstruction la plus complète a existé durant la vie, car les conduits,

---

çons toute l'année. Si M. Gerdy obtenait sa permutation dans cet hôpital, force serait, puisqu'il n'y a qu'un seul amphithéâtre, d'imiter l'exemple des professeurs de clinique médicale, ce qui pourrait être fort agréable à MM. les professeurs, en général très disposés au repos, mais ce qui serait fort peu utile aux élèves.

La permutation de M. Gerdy, comme on le voit, équivaudrait de fait à une suppression de chaire, sans que pour cela le budget de la Faculté en fût allégé. Il serait vraiment curieux de voir la Faculté de Paris, qui ne doit précisément son influence et sa réputation qu'aux facilités que les élèves y trouvent pour leurs études cliniques, il serait curieux, disons-nous, de la voir elle-même mutiler le peu qui en reste encore. Nous ne voulons faire d'allusion blessante pour personne ; mais que les esprits sages et qui veulent le bien, veuillent considérer que l'enseignement clinique est dans le plus triste état aujourd'hui dans cette Faculté qui a proclamé l'excellence et la prééminence de cet enseignement. Il faut de toute nécessité qu'elle appelle vers elle des esprits jeunes et pleins de zèle, qui ne craignent pas de consacrer toute l'année scolaire à un enseignement aussi important. Toutes les permutations du monde, au lieu de porter remède à un tel état de choses, ne feraient qu'aggraver le mal, et il est même telles de ces permutations qui seraient un coup funeste.

N'ayant voulu aborder que la question de principes, nous n'examinerons pas dans ce moment les titres spéciaux que M. Gerdy peut invoquer pour demander une chaire de clinique ; nous ne rechercherons pas s'il a bien la taille et l'étoffe nécessaires à un pareil enseignement. Nous pensons, néanmoins, que cette considération est d'un ordre assez puissant pour que la Faculté doive exiger une investigation sérieuse.

Mais la Faculté est-elle animée d'assez bonnes intentions pour ne se laisser guider, dans cette circonstance, que par la justice et les intérêts de son enseignement ? Nous craignons le contraire, nous l'avouons sans détour. Il existe dans son sein une tendance égoïste et paresseuse qui favorisera de tout son pouvoir ce qui pourrait la convertir en une espèce de chapitre de chanoines, disposant à son gré des chaires selon les convenances d'âge, de repos, ou d'intérêts particuliers. Il est, certes, bien singulier de rencontrer dans cette voie M. Gerdy, l'adversaire incarné du privilége, le champion quelquefois un peu brutal de la justice. Ce revirement nous afflige et nous surprend, mais il n'ôte rien à la valeur des preuves que nous avons invoquées.

Tout le monde donc est bien averti. La permutation, en principe, est une violation de la loi et une injustice ; dans le cas présent, elle est inutile et dangereuse ; c'est un privilège qu'on demande ; nous demandons, nous, l'application rigoureuse et morale d'un principe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Roux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend une lettre de M. le baron Larrey sur l'amputation sus-malléolaire, en réponse à la discussion qu'a soulevée dans l'Académie un rapport de M. Velpeau sur cette importante question de médecine opératoire. (Voyez la *Gazette des Hôpitaux* du mois dernier.) M. Larrey attribue à cette opération des inconvéniens très graves, il pense qu'il y a eu des erreurs de statistique dans plusieurs rapports favorables à cette méthode, et que d'ailleurs l'idée des machines prothétiques dont on se sert aujourd'hui est loin d'être nouvelle. L'opinion de M. Larrey sur ce sujet est assez connue pour que nous croyions pouvoir nous dispenser d'entrer dans plus de détails. (Cette lettre sera insérée dans le Bulletin.)

— *M. Bricheteau* est appelé à la tribune pour un rapport officiel. Il s'agit d'une épidémie de suette miliaire qui a régné l'été dernier dans les départemens de la Charente et de la Dordogne. Il résulte des divers travaux communiqués à la commission de l'Académie par M. le ministre, travaux qui ont été fournis par les médecins des pays où a régné l'épidémie, que la maladie observée dans ces contrées est à peu près identique avec d'autres épidémies analogues observées dans d'autres circonstances, et surtout avec l'épidémie qui a ravagé en 1821 le département de la Loire. Il est à regretter, dit M. le rapporteur, de ne pas trouver dans les travaux qui nous ont été communiqués, des descriptions nécropsiques, et que les auteurs ne nous aient pas donné une statistique détaillée. (Remerciemens. Adopté.)

— *M. Dubois* (d'Amiens) lit un rapport sur un mémoire de M. Devergie ayant pour titre : « De l'examen microscopique du lait dans le choix d'une nourrice. » C'est sous le point de vue médical et pratique que M. Devergie a étudié cette question, à laquelle M. Donné, comme on le sait, a donné de l'importance depuis quelques années. Tout en tenant compte des indications précieuses que peut fournir le microscope, M. Devergie est loin d'accorder à cette méthode le degré de certitude que d'autres observateurs, M. Donné entre autres, disent lui reconnaître. Pour lui, et nous devons dire que ses observations ont été faites avec les précautions les plus minutieuses, l'examen microscopique du lait n'est qu'un moyen de plus ajouté à ceux qu'on connaissait, c'est-à-dire qu'avant tout il faut tenir compte de l'état physiologique des nourrices, des phénomènes de la lactation, des caractères physiques du lait, etc. M. le rapporteur partage complètement les idées de M. Devergie, mais il ne pense pas que, comme le propose ce médecin dans son travail, la méthode numérique soit ici applicable. Sauf cette dissidence, il approuve de tout point les opinions émises dans ce mémoire, et termine en proposant d'adresser des remerciemens à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

Ce rapport fort bien fait a été écouté avec la plus religieuse attention par l'Académie. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici que la substance et du travail de M. Devergie et du rapport de M. Dubois.

M. Dupuy regrette qu'on n'ait pas tenu compte de l'alimentation de la nourrice : c'est là un point essentiel dont il a été à même de juger toute l'importance, d'après des expériences faites sur les animaux.

M. Delens fait l'éloge du mémoire de M. Devergie et du rapport de M. Dubois, mais il craint que ce travail n'exerce une influence nuisible sur les études microscopiques du lait, études qu'il ne faut point négliger, car elles pourront produire des résultats fort avantageux. Il eût désiré que M. Devergie eût aussi dirigé ses observations sur l'organisation des globules du lait.

M. Ferrus parle dans le même sens.

M. Rochoux pense que les globules du lait sont organisés : c'est pour lui un fait incontestable ; mais il ne pense pas qu'il soit encore possible d'apprécier les traces de cette organisation.

M. Dubois répond qu'il sent tout l'intérêt que peut offrir l'étude de l'organisation des globules du lait ; mais M. Devergie ne s'étant proposé que d'étudier la question sous le point de vue pratique, a dû élaguer tout ce qui ne s'y rapportait pas directement.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Blandin* présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué, il y a plusieurs années, l'amputation sus-malléolaire, et qui n'est nullement incommodée de la bottine qu'elle porte. Cette malade avait été déjà soumise à l'examen de l'Académie à deux reprises différentes. Je ne fais cette troisième présentation, dit M. Blandin, que pour répondre à certains bruits qu'on avait fait circuler sur l'état de cette opérée.

— *M. Hip. Larrey* présente un homme qui, à la suite d'une amputation partielle du pied pratiquée il y a environ un an, eut le talon fortement rétracté en haut, et chez lequel le moignon ne pouvait plus se cicatriser. Pour remédier à cet état, M. Hip. Larrey a pratiqué la section du tendon d'Achille ; bientôt la plaie s'est complètement cicatrisée, et aujourd'hui le malade peut se servir de son membre.

La séance est levée à cinq heures.

la vésicule biliaire et les canaux de la substance du foie étaient dilatés outre mesure.

Aucune tumeur, aucune glande n'était visible autour de ces conduits, capable de les comprimer, mais les parties qui environnaient le conduit commun à son entrée dans le duodénum, étaient épaissies et indurées par de la lymphe plastique ancienne et inflammatoire, constituant ainsi une sorte de nœud par du tissu cellulaire induré. Vers le fond de la vésicule biliaire on voit une masse dure formée par une infiltration de bile ou de sang dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Cette masse n'a pas moins d'un pouce d'épaisseur.

La membrane muqueuse de l'estomac est couverte d'une couche épaisse de mucus tenace et floconneux. La muqueuse intestinale n'offre nulle part de maladie organique, seulement on y voit des congestions sanguines, plus, des valvules conniventes.

Les vaisseaux lymphatiques placés près de la capsule de Glisson sont rouges ou jaunes, comme s'ils étaient colorés par la bile. (Suivent d'autres détails peu importans sur les autres organes, qui étaient en grande partie à l'état normal.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des affections névralgiques.

Dans une notice insérée au dernier numéro du Journal des connaissances médicales, M. le docteur Musset, après avoir successivement passé en revue tous les principaux moyens qui ont été proposés pour combattre les névralgies, conclut que dans le traitement de ces maladies, il faut porter l'attention la plus scrupuleuse sur quatre états principaux :

1° Lorsqu'il y a pléthore, lorsqu'il y a doute entre la névralgie et la névrite, les antiphlogistiques méritent la préférence ;

2° S'il y a atonie, faiblesse, ce qui se rencontre très souvent, les stimulans, les toniques doivent être employés, et quelquefois les narcotiques ;

3° Si le sujet est desséché, irritable, les bains tièdes pour ramollir les tissus, puis les frictions avec une pommade de moelle de bœuf et différens antispasmodiques sont de la plus grande utilité ; ici les ventouses, vésicatoires, moxas, etc., causent des souffrances intolérables, oin de soulager ; des cas de cette espèce s'observent très fréquemment ;

4° Enfin, s'il y a des causes bilieuses, âcreté des humeurs, embarras gastrique, les vomitifs et les purgatifs sont des remèdes héroïques que rien ne peut remplacer.

A cette occasion, un des rédacteurs du même journal, M. le docteur F.-E. P., qui a été deux fois en sa vie exposé à de violentes douleurs névralgiques, croit devoir annoncer qu'ayant usé, presque sans aucun succès de la plupart des moyens préconisés généralement, dans une cruelle névralgie du bras ; il n'est parvenu à s'en débarrasser que par des fomentations opiacées composées suivant la formule ci-après, formule dont il est redevable à l'amitié de M. le docteur Hamel.

Pr. : Extrait aqueux d'opium, 8 grammes.
Décocté de racine de guimauve, 1 kilogramme.
Mêlez. Pour l'usage externe.

On trempe une flanelle dans ce liquide très chaud et on en recouvre le membre douloureux ; on enveloppe le tout d'un taffetas vernissé, et on a soin de renouveler l'application à quelques heures d'intervalle, suivant le besoin.

D'après M. F. E. P., cette héroïque fomentation aurait, depuis vingt ans, valu des succès nombreux et presque constans à M. Hamel ; il ajoute, en outre, que tandis que la plupart des autres moyens recommandés par les auteurs sont ou fatigans (frictions, fumigations), ou malpropres (cataplasmes, embrocotions), ou douloureux (saignées, sangsues, ventouses, vésicatoires), ou dangereux même (acides cyanhydriques et arsénieux), et le plus ordinairement sans résultats, celui-ci, au contraire, est simple, facile à faire, peu ou point désagréable et promptement efficace quand il n'y a ni pléthore, ni état fébrile, ce qui arrive le plus ordinairement.

De l'emploi des opiacés dans les collyres.

Un élève en pharmacie, M. J.-H. Labordette, a inséré dans le dernier numéro du Journal de Chimie médicale quelques observations sur l'emploi des solutions opiacées dans les collyres. Il est, dit-il, des médecins qui connaissent peu les réaction des substances qu'ils prescrivent, et qui ordonnent des médicamens dont la nature se trouve changée par l'action d'un produit sur un autre, et, lorsqu'ils n'atteignent pas le but qu'ils s'étaient proposés, ils rejettent souvent sur le pharmacien une erreur dont ils sont seuls coupables. Parmi les erreurs qu'ils commettent à cet égard, il en est une surtout que M. Labordette croit devoir leur signaler : elle consiste dans l'emploi du laudanum, ou de la teinture d'opium, ou de toute autre préparation opiacée soit alcoolique, soit aqueuse, dans des collyres renfermant du sous-acétate de plomb. Dans ce cas, au lieu d'avoir un collyre résolutif calmant, on obtient simplement une liqueur tenant en dissolution de l'acétate de morphine et un précipité plus ou moins abondant de méconate de plomb et de la matière colorante du safran, si on a employé du laudanum. La nature du médicament est donc tout à fait changée, peut-être même viciée, et on peut par conséquent remplir les vues du praticien. Partant de là, M. Labordette propose de remplacer les solutions alcooliques ou aqueuses d'opium par un sel de morphine, et en particulier par l'acétate de cette base rendu complètement soluble à l'addition d'une minime quantité d'acide acétique.

L'observation de M. Labordette est juste en elle-même et mérite l'approbation de tous ; seulement il est fâcheux qu'il ait choisi comme exemple la préparation des collyres avec l'acétate de plomb et les opiacées, car bien que la double décomposition ait lieu comme il le dit, le collyre n'en est pas moins résolutif et calmant, comme si cette circonstance n'existait pas. En effet, l'acétate de morphine produit est calmant ainsi que toutes les autres préparations d'opium, et le méconate de plomb n'est pas moins résolutif que le sous-carbonate de ce métal ; de telle sorte que le médicament ainsi préparé, quoique renfermant des combinaisons autres que celles que le praticien a voulu y faire entrer, n'en possède pas moins toutes les propriétés désirées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Séance publique annuelle (20 septembre 1841.)

M. Dubreuilh, président, a prononcé, dans cette séance, un discours dans lequel il a rappelé les qualités morales que doit posséder celui qui se voue à l'art de guérir.

— *M. Burguet*, secrétaire-général, a rendu compte des travaux de la Société, et a fait un rapport remarquable sur les maladies qui ont régné à Bordeaux pendant l'année 1840.

— *Sujets de prix et récompenses accordées.* — 1° La Société avait proposé pour prix la question suivante :

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des [illegible] rences de nature plus fondamentales que celles de leurs forme [illegible] déduire la thérapeutique la plus rationnelle. »

Aucun mémoire n'est parvenu à la Société sur ce sujet ; en [illegible] quence, la même question a été rétablie pour l'année 1842, et la [illegible] du prix a été élevée à 500 francs.

2° La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 francs, [illegible] par M. Loze père, sur la question suivante :

« Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux dist[illegible] en général, et en particulier celles des fleurs d'oranger, de menthe [illegible] mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces [illegible] rations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des [illegible] distillées ? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de [illegible] ques-unes d'entre elles ? »

Les mémoires reçus n'ayant pas satisfait la Société, la question [illegible] remise au concours pour 1843, la valeur du prix portée à 500 franc[illegible]

3° La Société propose, pour le concours de 1842, un prix de la [illegible] leur de 400 francs, sur la question suivante :

« Faire l'examen comparatif de l'action thérapeutique des diffé[illegible] tes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques.

» Juger comparativement la valeur thérapeutique des préparations d'iode, d'or, d'argent, de platine.

4° En outre, la Société a décerné des médailles d'encouragement à MM. Bertulus, médecin de la marine royale à Toulon ; Lalaurie, à Villeneuve-sur-Lot, pour des mémoires sur divers sujets envoyés par ces médecins ; et une mention honorable à M. Barbe, à Bonnetan, pour les tableaux de vaccinations qu'il a envoyés.

Les mémoires doivent être rendus, *franc de port*, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondaudège, n° 41, avant le 15 juin.

M. Longet commencera son cours public d'anatomie et de physiologie du système nerveux lundi prochain 15 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Les premières leçons seront consacrées à établir expérimentalement la distinction entre les agens de la sensibilité et ceux du mouvement dans le système nerveux.

— M. Lisfranc a commencé ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Pitié, mardi dernier 9 novembre, à neuf heures, et ses visites à huit heures ; il continuera tous les jours, aux mêmes heures, le jeudi excepté.

Les leçons du mardi seront consacrées aux maladies de l'utérus.

Les deux derniers volumes du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE (tomes 7 et 8) *seront mis en vente demain Jeudi 11 novembre, au bureau de la* Gazette des Hôpitaux.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 13 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) Nº 136, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

ITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Lisfranc). Discours d'ouverture. — ECKER (M. Bérard). Farcin chronique, terminé par la morve aiguë. DE LOURCINE (M. Vidal). Grossesse gémellaire, hémorrhagie après délivrance. — Revue des journaux belges : Recherches sur la surdité. Cas de fœtus *in fœtu*. Occlusion complète du vagin ; incision. Altération de l'urine. — Nouvelles. — FEUILLETON (bibliographie). Recherches sur les racines des nerfs rachidiens ; par Longet. — Géographie médicale d'Alger ; par Bonnafont. — Notice biographique d'Hyères ; par Barth. — Du sentiment chez les femmes ; par Marchal. — Des maladies de la femme ; par Cavarra. — La médecine en mer ; par Dutouquet.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Discours d'ouverture.

M. Lisfranc a repris, mardi dernier, ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié, dans l'amphithéâtre où professait Sanson.

Pour commencer, M. Lisfranc a donné la définition de la clinique, et s'est attaché à démontrer combien est utile, pour devenir praticien, l'étude au lit du malade, et combien est nuisible, en revanche, le mode d'enseignement que l'on fait suivre aujourd'hui aux jeunes gens. Ainsi, on fait étudier d'abord les maladies dans des cours et dans des livres, afin d'aller plus tard les étudier dans les hôpitaux; mais quoi de plus nuisible que cette méthode? N'est-il pas préférable de suivre les hôpitaux sous les bons maîtres, de les voir diagnostiquer, de les voir agir; enfin de se familiariser avec les malades et d'apprendre les caractères et les signes des maladies, que l'on deviendra à même de diagnostiquer, puis l'on retournera aux études théoriques.

A en croire les livres qui traitent de la pathologie externe, dit M. Lisfranc, il n'est rien de plus facile que de porter un diagnostic. Ainsi, à propos des tumeurs, on vous dit : Telle tumeur diffère de telle autre par tels signes; et je prends pour exemple les tumeurs érectiles, dont les signes sont donnés dans les livres d'une manière si tranchée, qu'il est impossible, à la *lecture*, de se figurer que l'on puisse jamais se méprendre lorsqu'il s'agit de porter un diagnostic; mais il en est tout autrement lorsqu'on se trouve transporté de ses bouquins au lit du malade. C'est là que l'embarras est extrême! Vous voyez des jeunes gens, fort instruits, du reste, possédant parfaitement leur littérature médicale, ne pouvoir se sortir du labyrinthe où ils se trouvent engagés lorsqu'ils sont placés en face d'une maladie d'un diagnostic un peu difficile; et ce qui met de tels médecins à même de décliner leur compétence, ne serait rien, Messieurs, pour ceux qui, dès le début de leurs études, auraient suivi la marche dont je viens de vous parler.

M. Lisfranc entre dans beaucoup de détails sur le diagnostic en matière chirurgicale, en montre toutes les difficultés, et met sous les yeux des auditeurs les erreurs sans nombre que commettent tous les jours les chirurgiens les plus habiles. Enfin, il arrive à la thérapeutique chirurgicale; il insiste surtout sur l'ensemble des connaissances médicales et chirurgicales, si l'on veut faire la de bonne pratique, car le talent du chirurgien ne consiste pas seulement à couper, mais bien à conserver. Il faut aussi, pour faire de la bonne thérapeutique chirurgicale, bien connaître la nature des altérations, afin de pouvoir raisonner convenablement le traitement qui se trouve, dans des circonstances données, plutôt applicable à telle maladie qu'à telle autre. Il faut également être attentif aux changemens que peuvent subir les organes sous l'influence de la médication employée, pour pouvoir, si l'on s'aperçoit de ses bons ou de ses mauvais effets, la continuer ou la suspendre quand cela devient nécessaire. Ainsi, dans les tumeurs blanches, lorsque vous ordonnez, par exemple, les douches comme moyen curatif de ces lésions organiques, si vous n'êtes pas constamment attentif à leur manière d'agir, il pourra arriver que sous leur influence, les parties se trouvant trop irritées, s'enflammeront, et la désorganisation n'en arrivera que plus vite; mais si, au contraire, vous observez bien leurs effets, vous pourrez, dès qu'il en sera temps, les suspendre pour employer un autre moyen, que vous pourrez suspendre à son tour s'il devient également plutôt nuisible qu'utile.

La médecine opératoire a été également passée en revue; et c'est avec un bien grand regret que le professeur de la Pitié voit les jeunes gens ne pas s'y adonner comme ils le devraient. M. Lisfranc voudrait que l'on fît de la médecine opératoire en même temps que l'on commence à faire de l'anatomie; ces deux parties de la science se portent un mutuel secours. Par l'anatomie, on apprend la position des artères, la forme et les moyens d'union des articulations; et la médecine opératoire, en vous montrant d'abord le but des études anatomiques, vous apprend à mieux connaître et la position des artères et la forme des articulations, en même temps qu'elle fait la main de l'opérateur. Au lieu de se conduire comme je viens de le dire, ajoute M. Lisfranc, on attend toujours à la dernière année des études pour faire des opérations sur le cadavre, et c'est pourquoi nous avons si peu de bons opérateurs et tant de discoureurs ennuyeux.

Les salles de M. Lisfranc contiennent une assez grande quantité de beaux cas qui seront l'objet de plusieurs leçons intéressantes et dont quelques-uns seront opérés après les leçons. Nous nous bornerons à n'en citer que quelques-uns : ainsi dans la salle Saint-Louis on pourra voir un homme qui a été opéré deux fois de la cataracte par abaissement et dont le cristallin, de nouveau remonté au niveau de la pupille, commence à se résorber. On aperçoit à la surface du cristallin de petites aspérités que M. Lisfranc dit provenir de ce que la résorption ne se fait pas également partout.

Un jeune lymphatique affecté d'une exostose sans cause connue, dont la douleur extrême a cédé aux sangsues et aux cataplasmes et s'est manifestée de nouveau sous l'influence de la compression pour céder encore aux applications de sangsues et de cataplasmes. M. Lisfranc pense qu'en détruisant l'élément inflammatoire, il fera diminuer de beaucoup cette tumeur.

Plus loin est un enfant de quinze ans qui porte un calcul de la grosseur d'un œuf; il sera opéré incessamment.

Dans la salle Saint-Antoine : un homme affecté d'une tumeur blanche énorme de l'articulation fémoro-tibiale avec luxation du tibia sur le fémur en dehors.

Un malade portant un kyste sur le testicule.

Un homme atteint d'un sarcôme de la mâchoire inférieure qui envahit le plancher de la bouche et s'étend jusqu'à l'os ioïde.

Plus loin, enfin, est un malade qui s'étant brûlé le cuir chevelu dans sa jeunesse, a vu ses cicatrices se rouvrir plusieurs fois et devenir ensuite carcinomateuses. Aujourd'hui l'altération qui a détruit les os de la voute du crâne et s'étend jusqu'à la dure-mère laisse apercevoir les battemens du cerveau.

Dans la salle Saint-Augustin, une petite fille portant des cicatrices vicieuses de la face, avec immobilité de la mâchoire, qui aujourd'hui commence à se mouvoir. Une femme affectée de polypes ou de végétations carcinomateuses sur le col de l'utérus.

Un cancer très volumineux du maxillaire supérieur se voit chez une autre femme assez âgée, avec chapelet carcinomateux des ganglions du cou. Ce cas est inopérable.

Une autre malade porte dans le grand angle de l'œil un cancer qui pénètre assez profondément.

Une jeune femme qui a été opérée il y a vingt-sept jours, et qui est aujourd'hui parfaitement guérie, portait un cancer bien confirmé du col de l'utérus.

Enfin, il existe une autre malade qui porte un ostéo-sarcôme très développé de la mâchoire supérieure, dont on fera bientôt l'ablation.

HOPITAL NECKER. — M. AUG. BÉRARD.

Farcin chronique, terminé par la morve aiguë. (Observation recueillie par MM. LHOMMAU et ROCHER.) (1)

Georges Thuilier est un garçon de quarante-un ans, couché au nº 28 de la salle Saint-Pierre. Il est doué d'une intelligence assez développée, s'examine avec soin, et rend très convenablement compte de ce qu'il éprouve et de ses antécédens. Il a été vacciné, et n'a point eu la variole; la rougeole est la seule maladie qu'il ait eue dans son enfance. Sa mère est morte à cinquante-trois ans, d'une hydropisie; son père a quatre-vingt-cinq ans et se porte bien, ainsi que deux frères et trois sœurs du malade.

Il s'engagea dans l'artillerie, et fit les campagnes d'Espagne en 1823, et d'Alger de 1832 à 1833. Pendant son service, sa vie fut peu régulière; il fit des excès de vin, d'eau-de-vie, qu'il a bu par litres quelquefois. Il n'a pas été plus modéré du côté des femmes; il a eu la maladie vénérienne à deux reprises, une fois en 1821. Il avait cinq à six chancres qu'il a traités seul, par des bains locaux émolliens et des cautérisations avec la pierre infernale; la guérison fut complète en une quinzaine de jours. Il contracta la seconde affection en 1828; cette fois il eut deux bubons successifs qui se sont abcédés, et qui ont été traités par des pansemens avec l'onguent mercuriel. Il dit n'avoir jamais eu d'urétrite, et du reste sa santé était parfaite.

Il quitta le service en 1833, et se fit palefrenier. Il resta ainsi pendant huit ans à Tours, chez une veuve André, propriétaire de six chevaux qu'il soignait, et qui servaient à des cabriolets de louage. Ces chevaux étaient bien portans, et il ne couchait point dans l'écurie. Sa nourriture était convenable, et sa vie plus régulière.

(1) Au moment où nous livrons ce fait à l'impression, nous avons la douleur d'enregistrer un nouveau cas de morve. M. Rocher, l'un des rédacteurs de l'observation, externe dans mon service et chargé de panser les abcès de Thuilier, est aujourd'hui affecté de la morve aiguë la mieux caractérisée, et dans deux jours il aura cessé de vivre. Ce fait est d'une immense gravité. Il prouve que la morve aiguë est contagieuse de l'homme à l'homme, phénomène que l'on pouvait à la vérité regarder comme probable, mais que l'expérience n'avait point encore établi d'une manière péremptoire. AUG. BÉRARD.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches expérimentales et pathologiques sur les propriétés et les fonctions des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, etc.; par M. LONGET.

Ouvrage sérieux et plein d'intérêt, qui place M. Longet dans une position élevée comme physiologiste. Ce travail est divisé en trois parties :

1º Examen historique et critique des opinions et des expériences sur les racines spinales et sur les faisceaux de la moelle épinière;

2º Relation critique des faits pathologiques;

3º Exposé des recherches expérimentales de l'auteur sur les fonctions et les propriétés des racines rachidiennes et des divers faisceaux de la moelle épinière.

Enfin, dans deux appendices sont contenues des recherches et des expériences sur diverses portions du système nerveux, et une application de la doctrine de Ch. Bell au système nerveux des animaux invertébrés.

On sait la révolution opérée par Ch. Bell dans l'étude du système nerveux. La distinction entre les nerfs moteurs et les nerfs sensibles, établie sur la différence de leur foyer d'émergence, est la plus belle découverte physiologique des temps modernes. Adoptée d'abord par un grand nombre de physiologistes, elle trouva aussi et conserve encore quelques contradicteurs. Cependant, le nombre et surtout l'importance de ces opposans diminuent tous les jours, et en France nous ne voyons plus guère que M. Gerdy qui ait gardé son attitude d'adversaire. M. [illegible] a eu l'honneur de convertir à ses opinions M. Cruveilhier, et, [illegible]s bien informé, la foi de M. Jobert (de Lamballe) serait aussi [illegible]t ébranlée.

[illegible] reconnaître néanmoins que la certitude expérimentale de ce fait était contestable avant les travaux du professeur Muller, auxquels M. Longet vient de donner une sanction plus grande encore. Muller et M. Longet ont employé pour la démonstration de la théorie de Ch. Bell le même agent expérimental, le galvanisme : mais le physiologiste français diffère du professeur de Berlin en ce sens qu'alors que celui-ci n'a opéré que sur des animaux inférieurs, sur des grenouilles, et qu'il désespérait même qu'on pût expérimenter sur des animaux supérieurs, M. Longet, dis-je, est parvenu à la démonstration rigoureuse en opérant sur des chiens de la plus grosse taille. Il importe de dire aussi que M. Longet emploie dans ses expériences, concurremment avec le galvanisme, les irritans mécaniques et chimiques.

Voici comment il procède : la portion lombaire du rachis étant ouverte avec précaution, il peut, sans que d'abord il ait besoin de fendre la dure-mère, distinguer les deux sortes de racines qu'il coupe transversalement; la section une fois faite, les deux racines sont écartées l'une de l'autre avec grand soin jusqu'au ganglion qui existe sur la postérieure; puis il place sur une lame de verre celle qui doit être galvanisée. M. Longet n'a pas borné son expérimentation aux racines des nerfs, il a encore expérimenté sur les faisceaux de la moelle, et quoique ces expériences soient infiniment plus délicates et plus difficiles, il est néanmoins arrivé à des résultats aussi précis. Ces résultats sont exposés dans les conclusions suivantes :

1º Le galvanisme d'une part, les irritations mécaniques de l'autre, servent à démontrer de la manière la plus absolue les différences tranchées de fonctions et de propriétés dans les deux sortes de racines spinales, et dans les faisceaux correspondans de la moelle épinière.

2º Les racines antérieures et les faisceaux médullaires antérieurs, qui *sont insensibles aux irritans mécaniques*, suscitent des contractions violentes par l'action du galvanisme appliqué *à leurs extrémités périphériques*. Ces parties insensibles du système nerveux sont exclusivement en rapport avec le mouvement.

3º Les racines postérieures et les faisceaux correspondans de la moelle, qui, *mécaniquement excitées, sont très sensibles*, ne déterminent aucune contraction musculaire, si l'on fait agir le galvanisme *sur leurs extrémités libres ou périphériques*. Les fonctions de ces racines et de ces faisceaux sont relatives exclusivement à la sensibilité et non au mouvement.

4º Le galvanisme peut passer du faisceau antérieur d'un côté à celui du côté opposé, par l'intermédiaire de la commissure blanche antérieure de la moelle; mais, chose digne de remarque, il ne se transmet jamais du faisceau postérieur au faisceau antéro-latéral, à l'aide de la couche de substance grise qui sépare complètement ces faisceaux à fonctions si distinctes. La substance grise paraît être un mauvais conducteur du galvanisme, et dans ce cas, une sorte de corps isolant; elle produirait plutôt, comme on l'a dit, le principe nerveux que la substance blanche aurait mission de *conduire*.

5º Les faisceaux latéraux de la moelle exercent sur les mouvemens des membres une influence moindre que les faisceaux antérieurs.

M. Longet insiste avec soin sur la précaution de n'opérer qu'avec une pile de force moyenne. Vingt couples suffisent en général; au-delà, la galvanisation est trop forte, et trouble et embrouille les résultats.

Tous ceux qui veulent chercher une instruction solide sur ce point important de physiologie doivent lire le travail de M. Longet, à qui est réservé l'honneur d'introduire définitivement dans la science un fait aussi capital que la doctrine de Ch. Bell.

Géographie médicale d'Alger et de ses environs; par M. BONNAFONT.

Je ne sais si ce travail de M. le docteur Bonnafont a fixé l'attention du gouvernement; mais, après l'avoir lu, je dois dire qu'il le méritait. C'est moins par la nouveauté des aperçus et des résultats de son observation que l'auteur a bien mérité, que par la solidité des bases sur lesquelles il appuie des opinions qui avaient été émises avant lui et auxquelles il a donné une sanction scientifique. Le climat d'Alger est aussi sain que les climats les mieux favorisés du monde; l'insalubrité de la plaine tient à des causes que la main de l'homme, guidée par une administration intelligente, peut faire disparaître; la mortalité générale à Alger, malgré des circonstances de population fort défavorables, est

En 1837, il fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui céda d'abord au sulfate de quinine, mais qui reparut au bout de huit à quinze jours et fut rebelle au même médicament ; il n'en fut débarrassé qu'au bout de dix-huit mois, et il attribue sa guérison à une infusion de navet sauvage dans du vin blanc (probablement la bryone). Ses forces étaient revenues parfaitement quand il vint à Paris.

Il entra le 29 mars 1841, dans l'administration des Parisiennes, boulevard des Fourneaux, en qualité de palefrenier. Il travaillait dans la seule écurie de l'établissement, contenant 87 ou 88 chevaux, et donnait ses soins à huit d'entre eux, toujours les mêmes, et tous les huit malades depuis une quinzaine de jours, disait-il ; ils jetaient abondamment et étaient glandés ; il leur lavait les naseaux au moins cinq à six fois par jour, mais il ne couchait pas dans l'écurie. Il ne se rappelle pas avoir eu d'écorchure aux mains, au visage, ni aux pieds. Cependant, peu de jours après son arrivée, il se frappa la partie antérieure de la jambe gauche contre l'extrémité ferrée d'un trait en équipant ses chevaux ; mais quoique la douleur eût été assez vive, il n'y eut ni écorchure, ni même de traces de contusion, et il ne s'en occupa pas davantage. Environ un mois plus tard, il fut pris d'accès de fièvre qui prit le type tierce, et disparut bientôt sous l'influence du sulfate de quinine ; mais en même temps il éprouva de la douleur dans la partie de la jambe qui avait été contuse. Cette douleur, sourde, augmentant pendant la progression, fut bientôt expliquée par le développement d'une tumeur dans le point même qui avait été frappé ; tumeur dure, résistante, grosse comme une noisette, douloureuse au toucher, et qui, en s'accroissant graduellement pendant quinze jours, devint rouge, fluctuante, et acquit ainsi les caractères d'un abcès phlegmoneux.

Il entra à l'hôpital Necker le 20 juin. Une incision donna issue à une petite quantité de pus. La guérison se fit au bout d'une douzaine de jours. En même temps le malade se plaignit de douleurs vives au niveau de l'extrémité sternale de la clavicule droite, plus intenses la nuit pendant laquelle elles empêchaient le sommeil. On découvrit dans ce point une tumeur, déjà rouge et fluctuante, dure à la pression, grosse comme un petit marron, et dont le développement avait suivi les mêmes phases que l'abcès de la jambe formé presque en même temps. Au début, cette tumeur dure ne causait de douleur que par la pression ou les grands mouvemens du bras. Le repos, des frictions mercurielles, un emplâtre de Vigo, firent disparaître les douleurs et la tumeur presque complétement. Le malade sortit de l'hôpital le 5 juillet, et reprit ses occupations auprès de chevaux sains (les siens étaient confiés à un autre palefrenier, qui ne paraissait point en souffrir). Mais sa santé était loin d'être parfaite : il était faible, sans cependant avoir de douleurs dans les membres ; l'appétit était presque nul, la soif vive ; il avait un dévoiement qui n'a pas cessé pendant deux mois (juin et juillet) ; il avait cinq à six selles par jour, très fétides, verdâtres, comme de la purée, puis glaireuses ; de temps en temps il avait des nausées, quelquefois des vomissemens. Tous les deux ou trois jours il ressentait de petits frissons qui duraient deux ou trois heures dans la journée ; son sommeil était mauvais. Souvent il éprouvait des maux de tête, quelquefois des étourdissemens et fréquemment une pesanteur dans cette partie.

Le 12 juillet, en agitant son bras droit dans un bain qu'il allait prendre, il aperçut à la face postérieure de l'avant-bras droit une tumeur indolente, mais qui devint le siége de picotemens pendant les mouvemens du poignet, et qui était douloureuse à la pression. Au sortir de son bain, il éprouva dans l'articulation tibio-tarsienne droite quelques douleurs légères qu'il n'a plus ressenties depuis.

Quelques jours plus tard, des douleurs ayant leur siége à quelques travers de doigt au-dessus du genou du même côté l'amenèrent à constater dans ce point une tumeur ayant, du reste, les caractères primitifs des précédentes : dureté, mobilité, sensibilité à la pression, etc., mais qui disparut au bout de quelques jours par une tumeur semblable à la partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche.

Dans le même temps à peu près, c'est-à-dire vers la fin de juillet, la tumeur de la région sterno-claviculaire devint douloureuse, s'accrut beaucoup, la peau rougit fortement, s'amincit ; la fluctuation y était manifeste quand il rentra à Necker, le 12 août. Elle fut ouverte au moyen du caustique de Vienne, qui produisit une escarrhe du diamètre d'une pièce d'un franc, et qui, le quatrième jour, donna issue à environ un verre de pus un peu jaunâtre et assez semblable à du lait caillé. A cette époque, la nature de la maladie fut reconnue, et le malade observé avec soin. Son état ne changea guère jusqu'au 16 septembre, où il nous donna tous ces renseignemens. Alors son facies avait quelque chose de spécial : la forme du visage semble allongée, la peau en est jaune, il paraît amaigrie, les conjonctives sont décolorées, les yeux mobiles, mais tristes comme l'expression générale de la physionomie ; la parole est nette, mais un peu lente et peu élevée, les chairs sont molles. Le malade dit avoir maigri d'un tiers. Les douleurs de tête surtout dans la région frontale, les pesanteurs dans cette partie persistent ; souvent il a des étourdissemens quand il se baisse : il se plaint d'une grande faiblesse générale. Il n'a pas de douleur dans les membres, si ce n'est à la partie postérieure de l'épaule droite depuis quelques jours ; elles sont plus vives la nuit, et augmentent pendant les mouvemens. Le sommeil est bon. Tous les sens sont intacts. Il n'a jamais eu d'épistaxis, l'odorat est conservé, il n'y a pas de coryza, le malade se mouche une fois au plus toutes les vingt-quatre heures. Le goût est intact aussi, la langue est naturelle, quelquefois il y a de la soif, plus souvent elle est nulle. L'appétit est vif, souvent la portion ne suffit pas. Quelquefois il y a des nausées ; le dévoiement a cessé et le ventre est souple et indolent. La poitrine ne paraît point malade ; cependant la respiration, qui s'entend partout, n'est parfaitement normale nulle part ; elle est généralement rude, et l'inspiration est plus bruyante et plus prolongée qu'à l'état ordinaire. Le cœur paraît sain ; le pouls est fort, mais dépressible, fréquent (100).

La peau est chaude, sèche, mais quelquefois elle se couvre de sueur ; de temps en temps, il y a de petits frissons irréguliers. Les urines sont faciles.

On retrouve dans les différens points du corps des tumeurs dont le développement a été noté plus haut. La plaie de la région sternale est restée fistuleuse ; elle a encore le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; les bords sont décollés et d'un rouge livide dans l'étendue d'une pièce de 5 francs ; le fond de la plaie est grisâtre ; elle donne encore abondamment un pus grisâtre ténu et très filant ; le voisinage de cette plaie est douloureux. Les os ne sont point à nu.

Les tumeurs de l'avant-bras droit et de la cuisse gauche sont ovoïdes, du volume d'un petit œuf de poule, douloureuses à la pression, obscurément fluctuantes, surtout celle de la cuisse, qui est plus mobile, et l'une et l'autre sans changement de couleur à la peau.

Le 17 septembre, M. Bérard fait une ponction exploratrice dans la tumeur de l'avant-bras. Par la canule du trocart s'écoule un pus bien lié, mais ténu, gris jaunâtre, inodore, qui a servi à inoculer un cheval. Mais celui-ci, vieux et malade, a succombé sans avoir éprouvé les phénomènes de l'intoxication.

Depuis ce temps jusqu'au 17 octobre, Thuilier a éprouvé divers symptômes : d'abord des frissons, tantôt légers, tantôt intenses, quelques accès de fièvre qui ont été combattus avec du sulfate de quinine. On lui raconta que le palefrenier qui lui avait succédé était grièvement malade et *tout pourri*, et que l'administration effrayée avait fait abattre quinze chevaux d'un coup. Ces nouvelles furent contredites le lendemain. Nous rendrons compte plus tard des renseignemens ultérieurs.

Le 24 septembre, à la suite d'un accès de fièvre de six heures de durée, il éprouva des douleurs sourdes dans l'épaisseur du mollet droit, et le lendemain on constata dans ce point une nouvelle tumeur dure et très douloureuse. Depuis, il a eu des sueurs, l'appétit s'est perdu, la faiblesse est devenue plus grande, le malade ne s'est plus levé que pour aller deux ou trois fois à la garderobe. Les selles étaient liquides, analogues à de la purée. La bouche mauvaise, mais la soif nulle.

Le 4 octobre, les accès de fièvre avaient cessé ; ils furent remplacés par une sensation de froid intermittente, irrégulière, occupant toute la région du rachis, et qu'un bain, même plus chaud qu'à l'ordinaire, n'a pu dissiper. De l'eau de Seltz fit disparaître des nausées devenues presque continues ; il semblait au malade que quelque chose était arrêté dans la partie supérieure de l'œsophage. Des douleurs se montrèrent tout le long de la face interne du tibia gauche et un peu de rougeur à la partie supérieure de cette région précéda de deux jours l'apparition de deux petits cordons rouges et douloureux qui ne dépassaient pas la moitié de la cuisse, suivaient le trajet de la saphène, ne laissaient pas sentir de dureté et qui pâlirent les jours suivans.

Alors le malade était encore plus inquiet qu'avant sur son état ; sa physionomie était plus triste ; souvent il restait longtemps caché sous ses couvertures et pleurait.

Le 9 octobre, à part des douleurs déchirantes dans le genou gauche et un peu d'engourdissement de la jambe, le malade se sentait mieux, le sommeil avait été meilleur que les jours précédens.

Jusqu'au 16, il survint de la douleur au-dessus et au-dedans du genou droit et une petite tumeur dure, douloureuse, surmontée d'une plaque ovalaire couleur rosée. La sensation de froid disparut et revint tour à tour. Des douleurs et un peu de gonflement du périoste revinrent dans le point de la jambe gauche qui avait été contus autrefois. Le sommeil fut mauvais et interrompu par des rêves ayant pour sujet ses occupations habituelles et les soins qu'il donnait à des chevaux morveux. Le vin de Bagnols, des pilules de lactate de fer, qu'il prenait depuis quelque temps, ont paru sans effet.

Le 17, en se réveillant en sursaut d'un de ses rêves pénibles, il éprouva de la douleur à la pommette gauche, une sorte de picotement qui l'engagea à chercher si quelque épingle, piquée dans son oreiller, ne l'aurait pas blessé ; au jour, la pommette était rouge et douloureuse ; il éprouvait des battemens, des pulsations continues.

De huit à neuf heures du matin, il eut des frissons, puis de la chaleur ; cet accès de fièvre dura quatre heures.

Le lendemain se passa sans fièvre ; mais la pommette était plus tendue, plus rouge, plus douloureuse.

Le 19, cette sorte d'érysipèle œdémateux, dont la teinte est sombre et livide, a envahi les paupières, qui laissent cependant encore voir l'œil sain ; il s'étend en haut jusqu'au sourcil, en bas jusqu'à la partie moyenne de la joue, en dedans jusqu'au sillon naso-labial et en dehors jusqu'auprès du tragus. Au milieu de cette tuméfaction et de la pommette on voit deux petites plaques d'un gris noirâtre, sur lesquelles se dessinent quinze à vingt petites pustules d'un bleu jaunâtre ressemblant assez pour la forme, le volume et la couleur à des grains de millet.

L'écartement des mâchoires est gêné, la langue est d'un rouge vif, sèche dans son tiers antérieur ; le malade n'a ni soif ni faim. Les nausées ne se sont plus montrées ; le dévoiement persiste (trois selles par jour), la peau est chaude et sèche, le pouls est dur, dicrote, à 78 - 80. Le malade se plaint d'un léger mal de tête ; il s'inquiète beaucoup de son état et fait remarquer avec tristesse que ses cheveux ont blanchi depuis sa maladie.

La nuit du 20 a été sans sommeil ; le malade se plaint de ses rêves, de sa faiblesse ; ses membres sont lourds et ses jambes ne peuvent le porter. Le gonflement a augmenté et surtout vers le front ; le malade peut cependant encore, quand on l'y engage, écarter ses paupières ; les deux plaques se sont réunies par leurs extrémités correspondantes ; les grains blanc-jaunâtre semés à leur surface se sont écartés en s'affaissant et ont pris une forme irrégulière ; le fond sur lequel ils sélèvent est noirci. En détachant l'épiderme on voit suinter une sérosité roussâtre, sanguinolente, et la surface du derme paraît noir et comme escarrhifié. Il s'est développé dans le voisinage de celles-ci quelques plaques plus petites, semblables, et une petite bulle séro-sanguinolente.

Le 21, toute la base du nez est gonflée, rouge, luisante ; il y a un enchifrènement léger, quoique le malade ne se sente point le nez embarrassé. La langue est rouge et nette en avant ; la soif et l'appétit sont comme la veille ; le sommeil a été un peu meilleur, cependant la sensation de froid entre les épaules

---

moindre que celles des villes d'Europe les plus en réputation ; enfin la phthisie y est rare, et peut y être favorablement influencée : telles sont les propositions capitales, *medulla libri*, développées dans ce travail et prouvées à grand renfort de chiffres, la raison dernière de notre logique actuelle.

Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères ; par M. le docteur Barth.

Ceci est une hymne — très bien chantée, du reste, — en faveur de la ville d'Hyères. « Pour moi, dit l'auteur, je serais heureux si cette courte notice pouvait contribuer au soulagement de quelques malades en leur servant de guide, et au développement de la prospérité d'un pays où j'ai retrouvé la santé et goûté quelques semaines d'un bienfaisant repos. » L'auteur a voulu faire mentir le vieux proverbe : Ingrat comme un malade guéri. Heureusement pour la science médicale, dont il est une des plus belles espérances, M. Barth n'est pas phthisique, et, ce qui le prouve, c'est qu'il est revenu d'Hyères en très bonne santé. Qu'il me pardonne mon prosaïsme, mais je suis tenté de croire que cette influence bienfaisante du repos il l'eût ressentie tout aussi bien à quelques kylomètres de Paris, dans la vallée si calme d'Aunay, par exemple, ou aux pieds des grands cerisiers de Montmorency, que sur cette côte pelée d'Hyères, désolée par le *mistral*. M. Barth, esprit droit et sévère, appartenant à une école médicale habituée à ne tirer ses indications que d'après des faits nombreux et bien observés, me semble avoir un peu oublié ses principes dans les jardins parfumés d'Hyères. Certes, je ne lui fais pas un reproche de s'être tant soit peu émancipé à deux cents lieues de la *Société d'observation*, et d'avoir oublié M. Louis devant l'*acanthus mollis* ou l'*ophris lutea*. Mais malgré sa séduisante et presque poétique description, je suis tenté — voyez ce que c'est que le mauvais exemple — de demander à M. Barth de Paris, la preuve de ses assertions de M. Barth d'Hyères. Ce beau climat *doit* guérir ceci, doit guérir cela : c'est fort possible, M. Barth, mais prouvez-le, je vous prie....... dans votre deuxième édition.

Du sentiment et de l'intelligence chez les femmes ; par M. le docteur Marchal (de Calvi).

Si vous êtes de l'avis de celui qui disait : « Les gros livres me font peur », achetez celui-ci, tout petit opuscule mignon et coquet, sémillant d'esprit, de gaieté, et rempli d'une bonne et aimable philosophie. Le but de ce petit livre est celui-ci : prouver par la phrénologie — et il est bien entendu que je ne prends pas la phrénologie sous mon bonnet — que la femme est tout aussi intelligente et surtout plus aimante que l'homme. Je suis trop galant pour dire le contraire. Si les facultés intellectuelles n'acquièrent pas chez la femme toute leur puissance et tout leur développement, cela tient, dit M. Marchal, d'abord à la différence de l'éducation, et surtout à la prédominance des facultés affectives qui résident, comme on sait, à la partie postérieure du crâne. « Aimer et souffrir, tel est notre lot » a dit une femme charmante. Tel est aussi le résumé de ce petit livre qui se recommande aux gens d'esprit et de gout.

Des maladies de la femme et des médicamens les plus efficaces à employer dans leur traitement ; par M. Cavarra.

Voici encore un petit livre de boudoir. Je ne sais quelle odeur d'ambre et de patchouli s'en exhale. Il est imprimé sur des feuillets de fine mousseline et sa couverture est d'un jonquille tendre. Ce livre doit avoir un succès fou...... dans la rue Notre-Dame-de-Lorette.

La médecine en mer, ou *Guide médical pratique des capitaines au long cours* ; par M. Dutouquet.

En principe je suis et l'on doit être sévère contre ces livres moitié mondains, moitié scientifiques, qui ont la prétention impossible d'apprendre la médecine aux gens du monde. Je dois reconnaître cependant l'utilité toute spéciale de celui-ci. Notre marine marchande n'est pas encore assez riche ou assez philantropique pour entretenir un homme de l'art à bord de chaque bâtiment. M. Dutouquet a voulu donner aux capitaines quelques notions succinctes de médecine et de chirurgie, afin qu'ils pussent porter les premiers secours dans un moment pressé. Ses préceptes sont sages et vraiment d'un homme prudent et éclairé. Ce livre rendra-t-il les services que l'auteur espère ? je n'oserais l'affirmer. Quoique, en fait de médecine, chacun se croie un peu plus ou moins apte à l'exercer, je voudrais bien savoir ce que MM. les capitaines au long cours diraient de l'un d'eux qui s'aviserait de vouloir donner, dans un livre, des notions précises de navigation et de manœuvres à l'usage de ceux qui n'auraient jamais vu la mer. B. B.

La Faculté de médecine, réunie en assemblée extraordinaire jeudi dernier, a eu à délibérer sur la question suivante :

« Faut-il transporter la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié à l'hôpital de la Charité ? »

A une immense majorité, la Faculté a décidé que cette chaire devait rester à l'hôpital de la Pitié.

La demande de M. Gerdy concernant la permutation de sa chaire de pathologie externe contre la chaire de clinique étant subordonnée au changement même de la chaire, a été par conséquent rejetée.

Nous nous félicitons de ce résultat, non point parce qu'il blesse les intérêts d'un homme, mais parce qu'il fait triompher un principe que nous avons soutenu autant qu'il était en nous.

Les plaideurs ont vingt-quatre heures pour maudire leurs juges. M. Gerdy n'a pas attendu ce délai de rigueur, car le jour même il a lanc[é] contre nous une boutade juvénalesque à laquelle nous ne fero[ns] [cer]tainement pas l'honneur de répondre.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un gran[d] [...] diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quent[...] cien a Paris. Nos expériences nous ont répondu du succès.

et le long du rachis a reparu ; les articulations et les membres sont douloureux, aussi le malade reste immobile sur le dos comme un rhumatisant.

Le 23, les douleurs sont plus vives, surtout dans les diverses tumeurs. Le malade peut à peine se mouvoir ; la mâchoire inférieure est agitée d'un mouvement convulsif. La rougeur du nez a pâli, mais la pommette droite est envahie par l'érysipèle. Les larmes coulent par les angles externes des yeux. Une petite tumeur rouge, dure et douloureuse s'est développée sur la face dorsale de la main gauche.

24. Depuis hier dans la soirée la respiration est râlante, surtout la nuit, pendant laquelle il a eu des rêvasseries continuelles, murmurant des mots inintelligibles ; il a eu des selles involontaires. Le gonflement érysipélateux a fait des progrès vers le front, dont la peau est tendue, luisante et d'un rouge livide. A la tempe gauche, près la queue du sourcil, on voit deux plaques violacées et quelques croûtes résultant de la dessiccation de vésicules qui avoisinaient le sourcil. Près le bord libre de la paupière supérieure gauche, vers l'angle interne de l'œil, existe aussi une escarrhe noire déprimée, ayant 15 millimètres de diamètre. La rougeur et le gonflement de la pommette gauche s'effacent ; la peau gerce et présente des écailles épidermiques d'un jaune sale. Le malade répond encore exactement aux questions qu'on lui adresse ; sa voix est enrouée ; sa parole saccadée. Une salive visqueuse humecte sa bouche ; il a de la peine à l'avaler et sa déglutition est suivie d'un tremblement de la mâchoire inférieure qui reste écartée. De temps en temps, éructations et envies de vomir ; petite toux difficile et en apparence douloureuse, à la suite de laquelle arrivent dans la bouche des crachats comme gélatineux, dont quelques-uns sont striés de sang. Le malade n'a pas la force de les chasser de sa bouche. La langue est comme grillée à sa face supérieure, sèche. La peau est brûlante, sèche ; le pouls petit, dur et fréquent (130).

25. Le malade s'est agité pendant la nuit, s'est découvert et caché tour à tour ; souvent il a murmuré entre les dents, quelquefois crié et appelé à son secours. Puis il est resté assoupi ; il répond d'une voix éteinte qu'il ne souffre plus ; le gonflement et la rougeur de face ont augmenté du côté droit ; au-dessous de l'œil on remarque de grosses bulles d'un aspect violacé ; l'une d'elles est d'un blanc jaunâtre et semble contenir une albumine concrète et caséeuse. L'érysipèle pâlit à gauche.

Vers l'angle de la mâchoire droite on aperçoit trois à quatre pustules d'un blanc grisâtre, globuleuses, de la grosseur d'un grain de chenevis ou d'un petit pois, entourées d'une auréole rouge foncé de 2 mil. environ de largeur ; ces pustules contiennent une matière molle, d'un blanc grisâtre, qui ressemble à du pus ou à de l'albumine concrète. Une douzaine de pustules semblables sont disséminées sur la surface du corps. Dans la soirée, il s'agite beaucoup, crie et veut se lever. Un infirmier lutte avec lui et l'attache. Alors il reste tranquille ; sa respiration devient de plus en plus bruyante, comme s'il allait étouffer, et il meurt vers neuf heures et demie du soir sans avoir rendu de mucosités par les narines.

Autopsie le 27, à neuf heures du matin, en présence de MM. Rayer, Bricheteau, Trousseau, Briquet, etc.

Le cadavre ne présente aucune trace de décomposition.

On remarque sur la surface du tronc et des membres une vingtaine de pustules aplaties, rougeâtres, mal formées. Les tégumens du visage sont désenflés et décolorés, excepté dans les points ulcérés qui sont noirâtres.

Une lymphe plastique, une sorte de gelée tremblante, jaunâtre, se voit à la surface du péricrâne, dans les points qui ont été envahis par l'érysipèle.

Les membranes du cerveau et cet organe lui-même sont dans un état parfaitement normal.

Fosses nasales. Du côté droit, la membrane muqueuse de la cloison paraît à sa partie supérieure hérissée de petites fongosités et d'ulcérations semblables à celles que nous allons décrire sur la membrane muqueuse qui tapissent les cornets et les méats. La muqueuse qui couvre le cornet supérieur est saine, excepté à la partie postérieure de son bord libre où elle présente un aspect fongueux et trois à quatre pustules grisâtres, arrondies, de la grosseur d'un grain de millet. Sur la partie moyenne du cornet ethmoïdal inférieur, petite saillie fongueuse, d'un rouge vif, irrégulièrement arrondie, de 8 millim. de diamètre ; sa surface est semée de petites ulcérations à bords obliques et sinueux, d'un rouge vif, lorsqu'on a enlevé le mucus gris sale qui les recouvre. Ces ulcérations, qui recevraient au plus la tête d'une épingle ordinaire, se retrouvent à l'extrémité antérieure de ce cornet, à la surface de la muqueuse, entremêlées de ces pustules miliaires grisâtres, globuleuses, déjà décrites. La muqueuse du bord inférieur du cornet, aussi bien que celle qui tapisse sa face externe, présentent quelques-unes de ces granulations. L'ouverture du sinus maxillaire est bouchée par une petite masse fongueuse, ulcérée ; à la partie antérieure du méat, la muqueuse présente sur un fond rosé un petit groupe de six à huit pustules. Celles-ci se trouvent encore groupées à la partie postérieure du méat ; mais le fond sur lequel elles s'élèvent est d'un gris jaunâtre, comme toutes les parties de la membrane de Schneider, exemptes de fongosités. Le cornet inférieur est le plus malade. La muqueuse qui le revêt ne forme qu'une masse fongueuse d'un rouge vif, et par places brunâtre, comme infiltrée de sang ecchymosé ; nombreuses ulcérations à sa surface, dont quelques-unes ont le fond d'un jaune verdâtre sale. D'autres ulcérations, disséminées en petit nombre, dont le fond est plus étroit que l'orifice, à bords taillés à pic, contiennent une petite masse grisâtre du volume d'un pois, ma[illegible] r, offrant l'aspect grenu de la matière tub[illegible] u côté du méat, la muqueuse qui revêt le [illegible] plus sombre, et est criblée d'ulcérations. [illegible] ne le canal lacrymo-nasal présente la m[illegible] est épaissie, boursouflée et comme rongée ; autour d'elle, éruption confluente de petites pustules, abondantes à l'extrémité antérieure du méat inférieur. La muqueuse du plancher des fosses nasales, comme celle de la partie postérieure du méat, en est exempte, et ne présente rien de remarquable, si ce n'est une couche assez épaisse d'une gelée mucoso-purulente.

Du côté gauche, l'altération de la pituitaire est plus étendue, plus profonde. La membrane muqueuse n'est que fongosités et ulcérations sur toute la surface des cornets, si on n'en excepte une petite portion de leur extrémité antérieure. La face externe du cornet moyen est le siége d'une éruption confluente de pustules. Du côté du sinus maxillaire, la muqueuse du méat moyen est complètement détruite dans l'étendue de 15 millim. d'arrière en avant, et 8 millim. de haut en bas. En ce point la paroi osseuse se montre à nu, et sur elle la muqueuse du voisinage s'avance fongueuse par un bord irrégulier, sinueux et saillant.

Aucune altération ne se remarque sur le voile du palais ; ses piliers gauches sont d'une rougeur assez vive, et l'amygdale qu'ils interceptent offre quelques petites ulcérations à sa surface libre.

La face postérieure de l'épiglotte près de son extrémité adhérente et la muqueuse qui avoisine les cordes vocales offrent une rougeur vive, à arborisations fines, sur laquelle tranchent une foule de petites glandules jaunâtres. La membrane muqueuse qui couvre les cordes vocales inférieures du côté des ventricules du larynx paraît détruite, et leur tissu jaune ligamenteux est à nu. Les deux replis arythno-épiglottiques sont remarquables par leur infiltration qui leur donne une épaisseur de 5 millim. environ, et un aspect tel qu'au premier abord on les prendrait pour une masse de mucus gélatiniforme. A cela près, le larynx, la trachée-artère, le pharynx et l'œsophage sont exempts d'altérations. Les ganglions sous-maxillaires sont sains.

Du côté de la poitrine, le cœur et les gros vaisseaux qui en partent ou viennent y aboutir n'offrent rien de notable. Dans les veines caves, on remarque seulement quelques caillots noirs, diffluens ; la membrane interne de ces veines, comme celle de la veine porte, n'offre du reste aucune altération.

Le poumon gauche ne présente que de l'engouement. Le droit est hépatisé, et dur dans tout son lobe inférieur. La plèvre pariétale fibro-cartilagineuse a une épaisseur de près d'un centimètre. A l'angle externe de la base de l'excavation pectorale droite, dans l'intervalle de la plèvre pariétale et des insertions du diaphragme, existe un abcès qui semble creusé dans l'épaisseur de la fausse membrane plévrale.

Le foie est hypertrophié, très volumineux. La rate, ferme, résistante et friable, a au moins le double de son volume normal.

La masse des intestins, à part une coloration un peu foncée de la première portion du duodénum et le commencement de la seconde, ne paraît pas altérée ; une purée verdâtre, très fétide, tapisse leur surface interne. Le mésentère présente une ou deux masses ganglionnaires de la grosseur d'une noix, dure, et à surface sèche et granulée.

Les abcès multiples occupent l'épaisseur des muscles pour la plupart, et contiennent un pus concret, grisâtre, ayant la consistance du caséum ; une membrane pyogénique très ténue, très fine semble les séparer des parties voisines, et donne un aspect lisse à leurs parois. On n'a ouvert que les articulations des poignets, qui ont paru saines. Au niveau de la tumeur de la face interne de la jambe gauche, le périoste était gonflé, décollé ; l'os était rugueux, mais ne paraissait pas altéré plus profondément.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. VIDAL.

Grossesse gémellaire. — Hémorrhagie à la suite de la délivrance. — Examen du placenta.

Au n° 31 de la salle Sainte-Marie, service des nourrices, est couchée une malade (Deb...., Sophie, âgée de 27 ans) enceinte pour la seconde fois.

Dans les premiers mois de sa grossesse, elle s'est déjà présentée à Lourcine pour y être traitée d'ulcérations du col ; mais voyant, dit-elle, que son état enrayait tout traitement, elle en est bientôt sortie pour ne rentrer que le 26 septembre 1841.

Cette femme, sur son dernier mois, présente un volume considérable du ventre, avec infiltration abondante des membres inférieurs et de la paroi intérieure de l'abdomen. La respiration est difficile, gênée. Cet état tenait évidemment à la distension énorme de l'utérus. Aucune médication active n'est entreprise ; une saignée du bras est seulement prescrite pour le lendemain.

Mais dans la nuit du 12 au 13 octobre, elle est réveillée par l'écoulement d'un liquide abondant qui la baigne de toutes parts. Appelé alors près d'elle, nous la trouvons debout, dans la ruelle de son lit, qu'elle s'occupe à nétoyer, n'accusant aucune douleur, et perdant toujours par la vulve un liquide qui ne nous laisse plus aucun doute sur la rupture de la poche des eaux.

Le doigt, en effet, introduit dans la vulve pour pratiquer le toucher, rencontre un membre que l'investigation démontre être le pied ; le col est, du reste, complètement dilaté. L'interne de garde, arrivé sur ces entrefaites, reconnaît comme nous la position, et le lit de misère à peine dressé, la malade accouche après quelques douleurs, qui se sont enfin réveillées, d'un enfant dont l'extraction de la tête présente seule quelques difficultés.

Le volume de cet enfant, le peu de diminution du ventre nous donnant à présumer une grossesse gémellaire, nous pratiquâmes la ligature du cordon, qui du reste donnait du sang par jets, et nous explorâmes de nouveau l'utérus.

Le résultat de cette exploration fut la rencontre d'une tête volumineuse située encore au-dessus du détroit supérieur, et chassant au-devant d'elle une nouvelle poche des eaux. Les contractions de l'utérus devenant alors de plus en plus actives, et le travail n'avançant pas, malgré la dilatation, la rupture de cette poche fut pratiquée par notre collègue.

Une quantité assez grande de liquide s'écoula aussitôt, et la tête, en première position, exécuta enfin son mouvement de descente.

Le travail fut, à partir de cet instant, des plus rapides, et une heure après la sortie du premier enfant, tout fut terminé.

Chez celui-ci comme chez le premier, la section du cordon fut suivie d'un écoulement de sang par le bout placentaire ; écoulement par jets qui nous força de recourir encore à la ligature ; puis bientôt, sous l'influence d'une douleur, le placenta fut expulsé jusqu'à l'entrée de la vulve par un flot de sang rutilant.

Le pouls devint alors faible, filiforme : c'est à peine si on pouvait le sentir ; la malade se plaignait de froid, de faiblesse ; et une syncope se manifesta. Le globe utérin exploré, en effet, n'était point revenu sur lui-même, et les frictions, le massage de la paroi antérieure de l'abdomen, n'arrêtant point l'écoulement, des compresses froides furent appliquées sur le ventre et à la partie interne des cuisses, des sinapismes posés sur les membres inférieurs ; enfin, pour dernière ressource, le tamponnement fut pratiqué.

Les tampons, trempés dans l'oxicrat, sont introduits dans le vagin, dans l'intérieur même du col, et bientôt l'hémorrhagie s'arrête ; le globe utérin, volumineux, se sent alors au-dessus de l'ombilic ; du seigle ergoté est administré dans le but d'exciter ses contractions, et par ces moyens, maîtres de l'hémorrhagie foudroyante qui avait conduit cette femme à deux doigts de sa perte, nous la vîmes bientôt reprendre connaissance ; le pouls, d'abord filiforme, devint sensible, et nous pûmes attendre la venue du médecin.

M. Hourmann, chargé du service de M. Vidal, arrivé quatre heures après l'accident, trouva la femme calme, mais dans un état de faiblesse facile à comprendre après une perte aussi abondante.

Le globe utérin, revenu un peu sur lui-même, était encore au niveau de l'ombilic ; quoi qu'il en soit, il procéda à l'extraction des tampons.

Quelques-uns avaient été introduits jusque dans la cavité même du col ; leur extraction, un peu plus difficile, ne fut suivie d'aucun accident, et la femme, portée dans son lit, fut l'objet de la surveillance la plus active.

Un écoulement séro sanguinolent eut lieu par la vulve ce jour et le lendemain ; la malade fut mise à l'usage de la limonade vineuse ; une potion cordiale lui fut prescrite ; tout fut bien ; seulement, le 15 au soir, à la suite de fatigue occasionnée sans doute par le bruit de la salle, quelques accidens nerveux se manifestèrent, mais ils ne furent que passagers, et la malade, grâce à une potion avec le sirop d'acétate de morphine, put goûter quelque repos.

Dès ce jour au matin elle a été prise en outre de diarrhée séreuse abondante qui a amené la résolution des membres et des parois de l'abdomen ; quelques caillots ont aussi été expulsés à la suite de contractions utérines.

Aujourd'hui, 16 octobre, elle est complètement rétablie ; la sécrétion du lait, qui avait retardé jusqu'au cinquième jour, est assez abondante pour qu'elle puisse nourrir l'un des enfans qui seul a survécu. Cependant, vu l'état d'anémie dans lequel elle se trouve, des pilules ferrugineuses lui ont été prescrites.

Quant au placenta, il est unique, très gros, sans ligne de démarcation aucune ; les deux cordons sont insérés sur les bords ; le chorion est commun, et chaque fœtus n'avait qu'une enveloppe constituée par l'amnios, dont les deux feuillets adossés constituent une cloison médiane. Ces deux feuillets ne sont même pas adhérens en bas, où il existe comme une sorte de cavité intermédiaire. On remarque aussi à la surface fœtale des troncs volumineux établissant de larges anastomoses entre les ramifications des deux cordons ; ces anastomoses sont non seulement visibles à l'œil, sans dissection préalable, mais d'autres peuvent facilement être suivies jusqu'à leur terminaison.

De ces faits on peut, ce nous semble, conclure que la distension énorme de l'utérus est la seule cause de l'anasarque que nous avons remarquée chez cette femme, anasarque qui s'est terminée par une diarrhée séreuse abondante, et que cette distension énorme continuant, le col s'est trouvé assez largement dilaté pour permettre à la poche des eaux, à un membre même, de franchir son orifice avant que des contractions se manifestent.

Quant à l'hémorrhagie, la marche rapide du travail après une distension si grande s'explique aisément ; peut-être même la rupture de la seconde poche des eaux, pour hâter la terminaison d'un travail déjà si peu long, a-t-elle contribué à l'amener, en vidant tout à coup l'organe qui n'a point eu le temps de revenir sur lui-même. Cette hémorrhagie a, du reste, été combattue par tous les moyens jusqu'ici indiqués ; le tamponnement, qui seul a réussi, n'a point amené d'épanchement interne ; peut-être, du reste, ces tampons trempés dans l'oxicrat et introduits jusque dans la cavité du col, ont-ils moins agi mécaniquement qu'en déterminant par leur contact une irritation qui a pu exciter les contractions, aussi bien que le jus de citron conseillé par les auteurs. Nous n'avions point, en effet, avant d'y recourir, introduit la main dans le vagin pour titiller le col et même l'intérieur de l'utérus.

Pour l'écoulement par jets à la suite de la section du cordon du second né, nous nous contenterons de le noter, en faisant seulement remarquer que l'écoulement venait bien évidemment des vaisseaux divisés qu'on tenait à la main pour diriger le sang à droite et à gauche, et que l'hémorrhagie par la vulve n'a eu lieu qu'à la suite de la ligature de ce cordon.

Le fait de l'anastomose du placenta est aussi à noter ; c'est l'un des plus beaux même qu'ait vu M. Cazenave, auquel nous

l'avons montré. Cette anastomose explique suffisamment l'écoulement à la suite de la section du premier cordon, et les battemens qui ont continué dans la portion placentaire.

J. DAGRON.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

(Belgique.)

1° ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Recherches cliniques sur le diagnostic différentiel et la thérapeutique spéciale de la surdité; par M. J. PETRÉQUIN, de Lyon. — Partant de ce fait, que la surdité n'est pas une maladie spéciale, mais une conséquence peut être produite par la plupart des maladies de l'oreille, l'auteur a classé les différentes espèces de surdités d'après les maladies qui leur ont donné lieu. Ainsi, il reconnaît — une surdité par phlogose du tympan et de la trompe d'Eustache, — une surdité traumatique; — une surdité par obstruction du méat auditif externe; — une surdité congestive; — une surdité par causes éloignées qui ne peuvent se ranger dans les catégories qui précèdent.

La partie la plus saillante de ce travail concerne la surdité par phlogose du tympan et de la trompe d'Eustache. M. Pétréquin pense que la plupart de ces cas d'inflammation aiguë ou chronique sont liés à un état de sub-inflammation des amygdales, de la luette, du voile du palais et de la muqueuse du pharynx. De là l'idée de porter toute la médication curative sur la muqueuse de l'arrière-bouche. M. Pétréquin emploie l'alun en gargarismes, en insufflations dans l'arrière-bouche, et en attouchemens sur les amygdales et les piliers du voile du palais; et en général cette médication a été suivie de succès dans un intervalle de temps qui a varié entre huit jours et six semaines.

2° ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ET DE PÉDIATRIQUE, de M. Schoenfeld. — Numéro de septembre 1841.

1° *Cas très remarquable de* fœtus in fœtu, par MM. SCHOENFELD. (*Eudocymicus* de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.) — Une femme de vingt-huit ans, déjà mère de plusieurs enfans, présenta lors de sa dernière grossesse une tuméfaction œdémateuse excessive des extrémités inférieures et de l'abdomen. Le travail fut lent, mais se termina par l'accouchement naturel. On remarqua l'écoulement de cinq pintes de liquide amniotique, et la sortie d'un placenta dépassant d'un tiers le volume normal de cet organe.

Le nouveau-né offrait un gonflement énorme du scrotum, que l'on reconnut être déterminé par une double hernie scrotale. Le ventre, volumineux, indolore, sans bosselures, rendait un son mat dans les régions épigastrique et ombilicale. Les fonctions étaient languissantes, surtout la respiration et l'excrétion des urines et du méconium. L'enfant mourut trois heures après la délivrance dans un état apparent d'asphyxie.

L'autopsie faite le lendemain fit trouver dans le ventre du sujet un fœtus inclus. Cet embryon, long d'environ six centimètres, était renfermé dans une poche pleine d'eau rougeâtre qui occupait le côté gauche de l'abdomen et avait contracté des adhérences avec le foie, l'estomac, le rachis, l'iléon, le colon et le rein gauche. L'embryon, qui avait la tête tournée en haut, offrait des anomalies remarquables. Ainsi : non réunion des parois latérales du thorax sur la ligne médiane, — unicéphalocèle, — éventration, — atrophie des membres. Il tenait par son cordon ombilical au foie; le cordon, après avoir traversé cet organe près de sa face inférieure, allait se perdre dans le cordon ombilical de l'enfant, car il n'existait pas de placenta dans la cavité amniotique.

L'œuf inclus avait repoussé toute la masse de l'intestin grêle dans le côté de la cavité abdominale, et le gros intestin se trouvait, pour ainsi dire, comprimé entre la poche ovarique et les parois du bassin. L'estomac était immédiatement derrière et un peu au-dessus de l'embryon; quelques anses lombaires du colon, de couleur ardoisée, se trouvaient engagées, des deux côtés, dans les sacs herniaires, qui ne renfermaient aucune portion de péritoine. La présence de ce fœtus parasite avait singulièrement diminué l'étendue de la cavité thoracique; les poumons étaient de couleur rouge foncé; le cœur était sain.

L'auteur considère ce fait comme un exemple de *monstruosité par inclusion*. Quatre hypothèses diverses représentent l'ensemble des opinions émises à ce sujet par les divers anatomistes qui ont voulu expliquer l'origine de ces monstruosités

1° L'inclusion originelle d'un ovule dans un autre, et leur fécondation simultanée.

2° La formation d'un ovule à deux germes.

3° L'inclusion d'un ovule ou d'un très jeune embryon dans un autre embryon antérieurement conçu, et déjà plus ou moins développé.

4° L'occlusion d'un ovule ou d'un embryon dans un autre embryon conçu en même temps.

C'est aux deux premières hypothèses combinées que M. Schoenfeld a demandé l'explication du phénomène anatomique dont il nous a transmis l'histoire.

2° *Occlusion complète du vagin par la membrane hymen; rétention des règles; incision;* par le docteur SAUVÉ, de Beauraing. — Pauline B., âgée de dix-sept ans, offre tous les signes d'une conformation très régulière, d'un tempérament nerveux-sanguin, et d'un développement général qui atteste que la puberté a accompli chez elle sa bienfaisante révolution; elle n'a jamais éprouvé ni douleur du ventre, ni aucun symptôme de maladie, et l'écoulement menstruel n'était pas encore apparu, quand, le 20 novembre 1840, la jeune fille fut prise de maux de reins qui devinrent de plus en plus vifs, et s'accompagnèrent de coliques intermittentes. La mère de la jeune personne, étonnée depuis long-temps de ne pas voir apparaître les règles, crut leur éruption très prochaine, et lui administra pendant trois jours des pédiluves, des tisanes excitantes, des infusions de safran. Cependant les douleurs allèrent en augmentant, et arrachèrent bientôt des pleurs continuels à la patiente.

Un médecin fut consulté et prescrivit des cataplasmes chauds sur l'hypogastre et une application de sangsues aux aines. Ces moyens n'amenèrent ni l'écoulement cataménial, ni la cessation des souffrances.

Le 30 au soir je fus appelé, Pauline B. éprouvait des douleurs qui s'exaspéraient par momens et lui arrachaient des cris. Il y avait suspension complète de l'excrétion de l'urine et de la défécation; l'hypogastre était dur et très douloureux à la moindre pression; la malade se plaignait d'éprouver des tiraillemens et de la pesanteur vers les parties sexuelles, du ténesme vésical et rectal, et une envie presque continuelle de tousser. Le pouls était large, dur, vibrant; la peau chaude, la face colorée. A chaque instant les douleurs s'exaspéraient et forçaient la jeune fille à se rouler dans son lit. Je soupçonnai à l'instant une rétention du sang menstruel par la membrane hymen, bouchant complètement l'orifice vaginal; mais la patiente, sourde à mes sollicitations et à celles de ses parens, se refusa obstinément à l'examen nécessaire pour en avoir la preuve. Ce ne fut que vers minuit que, vaincue par des douleurs atroces, elle me fit mander et permit l'exploration des parties sexuelles. Le toucher me fit reconnaître une tumeur fluctuante, augmentant de dureté à certains intervalles, du volume d'un gros œuf de poule et remplissant complètement la région vaginale.

La jeune fille étant couchée en travers du lit, le bassin relevé et les cuisses écartées, je découvris entre les grandes lèvres, qui étaient tuméfiées, une tumeur rougeâtre semblable au sommet de la tête d'un enfant prêt à franchir la vulve; elle remontait jusqu'au méat urinaire, faisait saillir le périnée et la fourchette, et offrait une surface lisse et ne présentant aucun signe de démarcation avec la muqueuse qui tapisse la vulve.

J'opérai sur-le-champ une incision avec un bistouri convexe qui divisa d'abord la muqueuse, puis une couche assez résistante d'un tissu musculo-fibreux, et à l'instant il s'échappa une grande quantité d'un sang noir, épais et en partie coagulé. Les douleurs cessèrent instantanément. Une mèche de charpie et quelques injections émollientes suffirent pour maintenir la dilatation de l'ouverture artificielle. Les mois suivans, Pauline vit ses règles couler abondamment et sans la moindre douleur.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Altérations de l'urine.

L'usage de l'oléa-résine de copahu ou du poivre cubèbe détermine dans l'urine une altération particulière que M. le docteur G. O. Rey a récemment signalée à l'attention des praticiens. Sous l'influence de ces substances medicamenteuses, l'urine traitée par l'acide azotique fournit un précipité, bien qu'elle ne soit pas albumineuse. Dans certains cas, le précipité est très léger; mais, dans le plus grand nombre, il est épais, blanchâtre et tout à fait semblable à celui qui est dû à l'albumine; toutefois, il faut noter qu'après l'ingestion du cubèbe, ce précipité peut se présenter avec une nuance qui tire sur le rose pâle.

On peut distinguer ces précipités de celui qui reconnaît pour cause la présence de l'albumine; il suffit pour cela d'abandonner au repos, pendant une ou deux heures, l'urine additionnée d'acide. Si le précipité est de nature albumineuse, ce laps de temps suffit pour qu'il se soit rassemblé à la partie inférieure du tube dans lequel on a expérimenté, ou du moins pour qu'il se soit disposé en masse floconeuse dans le milieu du liquide dont la plus grande partie est déjà redevenue claire et limpide; si, au contraire, il est occasionné par une matière de nature végétale, provenant de la térébenthine de copahu ou de la poudre de cubèbe, il ne gagne le fond du vase qu'après un espace de quelques jours, et seulement alors que la décomposition s'est opérée.

Il existe un mode plus prompt d'arriver à la constatation de cette altération; c'est l'addition du ferro-cyanure de potassium à l'urine préalablement aiguisée par l'acide acétique. Si ce liquide contient de l'albumine, il s'y forme sur-le-champ un précipite; dans le cas contraire, cet effet n'a pas lieu, et, lors même que l'acide acétique a déterminé un léger trouble dans l'urine, ce trouble n'est pas augmenté par l'action du ferro-cyanure potassique.

D'après M. Rey, l'altération dont il s'agit serait beaucoup plus manifeste dans les cas où l'urine exhale à un haut degré l'odeur propre soit à l'oléo-résine de copahu, soit au poivre cubèbe, tandis qu'elle peut à peine être constatée lorsque cette odeur ne se fait pas sentir. Diverses circonstances ont conduit ce praticien à penser que l'urine arrive et plus vite et plus complétement à cet état, lorsque l'une ou l'autre substance est associé, pour son administration, avec un alcali; mais il reste à expliquer par quel motif on observe des variations si tranchées dans les résultats, et comment il se fait que l'urine présente parfois de si légères traces de cette altération, même après l'ingestion soutenue du médicament à doses considérables.

Quoi qu'il en soit, on voit par ces particularités combien il importe, ainsi que l'ont déjà dit les pathologistes français, et en particulier M. Rayer, ainsi que le recommande également le médecin anglais dont nous parlons ici, de faire concourir simultanément la réaction de la chaleur et celle de l'acide azotique à la découverte de l'albumine dans l'urine, puisque, d'une part, le premier de ces deux agens détermine la précipitation des phosphates existans dans ce fluide, et, de l'autre, le second peut précipiter certains principes d'origine végétale qui s'y trouvent en solution ou en suspension. A l'appui de cette recommandation, M. Rey cite une série d'observations faites par MM. Barlon et Twedie: ces medecins, ayant soumis à un examen attentif l'urine de 482 malades pris au hasard dans un hôpital, virent trente-quatre fois ce liquide se troubler ou même éprouver une coagulation par l'action de calorique, bien que ne présentant rien de particulier sous l'influence de l'acidulation nitrique. C'était donc à la précipitation des phosphates que devaient être rapportés les phénomènes observés pendant le traitement par la chaleur, et ceux-ci ne constituaient point par conséquent des exceptions à la loi établie par le docteur Brigh, qui, comme on le sait, en fait le caractère presque pathognomonique de la dégénérescence granuleuse des reins.

Nous ajouterons que M. Rey pense, relativement à la précipitation des phosphates, que ces sels ont plus de tendance à se précipiter par la chaleur dans les cas où l'urine a été rendue par des cachectiques ou par des malades chez lesquels la longueur du mal et l'intensité des souffrances ont amené de l'épuisement, que dans tous les cas d'un autre genre. Quelquefois, le poids spécifique de ces urines est entre 1010 et 1012; d'autres fois, au contraire, il est comme dans l'état normal, c'est-à-dire entre 1017 et 1022.

M. Rey s'est occupé aussi de la question de savoir si, comme on l'a prétendu, l'urine devient réellement albumineuse chez les individus qui sont pris de stomatite hydrargyrique; et de quinze observations qu'il a recueillies, il conclut, avec réserve toutefois, que cette particularité ne se présente pas constamment; il va même jusqu'à dire que, sous l'influence d'un traitement mercuriel, on voit dans certaines circonstances disparaître l'albumine que l'urine renfermait avant l'usage de cette médication.

(*London medico-chirurgic. review*, juillet 1841.)

Nous extrayons ce qui suit d'une lettre de M. Potégnat, de Lunéville :

« Dans la séance du 8 octobre, M. Bricheteau a donné à entendre à l'Académie de médecine qu'il n'existait que la seule observation de M. Littré sur l'existence de la fièvre typhoïde chez l'enfant, avant le mémoire de M. Taupin.

» Or, le 19 janvier 1838, il a rendu compte à l'Académie d'un travail que j'avais eu l'honneur d'adresser à cette société, et dans lequel je disais : « que sur 41 malades atteints de la fièvre typhoïde que j'avais » soignés en 1835 - 36, j'avais rencontré 9 enfans. »

» Quelques mois après, la *Gazette médicale* a publié (N° 45) un nouveau mémoire que j'avais rédigé sur le mode de propagation de la fièvre typhoïde, où je citais un grand nombre d'enfans que j'avais soignés pour cette fièvre; vous y avez vu la phrase suivante: « Quand cette » fièvre règne épidémiquement elle attaque indistinctement les deux » sexes, de préférence les adultes, les hommes faits, puis les enfans et » les vieillards. »

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 16 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 137, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Fouquier) : Du traitement de l'arthrite aiguë. Du traitement de l'ictère ; accidens par une bronchite. — DE LA CHARITE (M. Bouillaud) : Quelques réflexions sur les cas de chlorose. — Revue des Journaux français. Traitement des tumeurs érectiles. Efficacité de la strychnine dans la chorée. Passe-lacet dans la vessie. — Transformation de l'acide urique en acide hippurique. — Société de Médecine pratique, séance du 7 octobre. — Mort et obsèques de M. Rocher, interne, par la morve. — Académie des Sciences, séance du 15 novembre. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Du traitement de l'arthrite aiguë (rhumatisme articulaire).

A l'occasion d'un malade de son service, en convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu ayant envahi les deux genoux, M. Fouquier a présenté sur le traitement de cette affection quelques considérations que nous croyons utile de reproduire.

Deux périodes bien tranchées marquent, en général, la marche de l'arthrite aiguë : une période d'augment, ou d'inflammation, une période de déclin, ou de résolution. Chacune de ces périodes exige un traitement différent, et doit être combattue par des moyens appropriés.

Tout le monde est d'accord sur le traitement de la première période : les antiphlogistiques sont les seuls moyens convenables. Les arthritiques qui entrent dans le service de M. Fouquier, s'ils ont la fièvre, si la réaction est évidente, si la tuméfaction existe, si les articulations sont douloureuses, sont soumis aux émissions sanguines, soit locales, soit générales, selon les forces du sujet et l'intensité de l'inflammation. En même temps, les articulations prises sont entourées de cataplasmes émolliens, et les malades soumis à une diète rigoureuse. Aussi long-temps que durent la fréquence et l'élévation du pouls, M. Fouquier persiste dans ces moyens ; car il est d'observation qu'alors même que la tuméfaction, la rougeur et la douleur des articulations ont disparu, la réapparition de *tous* ces symptômes est à craindre si la fièvre persiste. Rien n'est plus fréquent que ces rémissions subites suivies bientôt de récidives plus cruelles. C'est un point de pratique sur lequel M. Fouquier insiste beaucoup, en engageant les élèves à ne jamais perdre de vue l'exploration du pouls, et à persévérer dans le traitement antiphlogistique tant qu'il conservera de la fréquence et de l'élévation.

Quant au nombre des saignées et à la quantité de sang qu'il faut enlever aux malades, le professeur ne formule pas de règle générale. Sur ce point, il subordonne sa thérapeutique à la constitution, à l'âge et aux autres circonstances individuelles des sujets, et surtout à l'intensité et à l'étendue de l'affection.

La période de déclin s'annonce par la diminution d'abord, puis par la cessation de la douleur, de la rougeur et surtout par l'absence complète de fièvre. Dans les cas les plus heureux, la tuméfaction articulaire suit rapidement la même période décroissante, et quelques boissons légèrement diurétiques ou laxatives complètent le traitement.

Mais dans beaucoup de cas il n'en est pas ainsi ; la tuméfaction persiste, non plus une tuméfaction douloureuse et inflammatoire, mais une sorte d'empâtement provenant d'une accumulation de liquides autour de l'articulation. C'est, en effet, un épanchement séreux dans la membrane synoviale de l'articulation. Ces épanchemens sont très fréquens dans les articulations fémoro-tibiales, et ils réclament des moyens tout opposés à ceux de la première période.

Le premier de ces moyens, ce sont les frictions mercurielles. Une longue expérience et une efficacité soutenue donnent une grande valeur à cet agent thérapeutique, dont la manière d'agir nous est tout à fait inconnue. Toujours est-il que sous leur influence les épanchemens séreux articulaires se résolvent le plus ordinairement, si l'on insiste assez long-temps sur leur emploi. Dans les épanchemens considérables, on peut rendre les frictions mercurielles plus actives, en incorporant à la pommade de la poudre de scille ou de digitale qui ont, comme on le sait, une action diurétique très énergique. M. Fouquier conseille d'insister assez long-temps sur ce moyen avant de passer à d'autres, car il peut arriver que son action ne se fasse sentir qu'après plusieurs jours de son emploi.

Cependant les frictions mercurielles peuvent échouer, ou bien, en raison de la susceptibilité de certains sujets, de la rapidité avec laquelle ils sont pris de salivation, ou de la présence de quelques autres phénomènes mercuriels, le praticien est forcé de renoncer à leur emploi. Le plus efficace des moyens qui se présente alors, est l'application d'un emplâtre de poix de Bourgogne sur l'articulation malade. M. Fouquier a vu de très bons effets de l'emploi de ce moyen. Dans les cas d'épanchement ancien et considérable, on peut additionner l'emplâtre avec le suc d'euphorbe, ou mieux encore avec le tartre stibié, afin d'opérer une dérivation salutaire sur la peau par l'éruption pustuleuse qui en résulte. Ce moyen vient-il à échouer ? M. Fouquier conseille alors l'application de vésicatoires autour de l'articulation. Ces vésicatoires peuvent être appliqués de deux manières : soit par de petits vésicatoires volans que l'on promène tout autour de l'articulation ; soit par deux vésicatoires à demeure sur deux points opposés de l'articulation. M. Fouquier a cependant retiré plus d'avantages des petits vésicatoires volans.

Enfin, tous ces moyens peuvent être inefficaces, et l'épanchement séreux peut rester dans le même état et même sa quantité peut augmenter. Il ne reste plus alors qu'un seul moyen, douloureux il est vrai, mais nécessaire ; c'est l'application de moxas autour de l'articulation. Ici encore, comme dans l'emploi des frictions mercurielles, il ne faut pas se rebuter par la lenteur du résultat ; le succès n'est souvent dû qu'à la persévérance.

Il est rare que cette série de moyens ne fasse pas justice des épanchemens séreux articulaires. Employés seuls, combinés ou alternés, ils constituent la thérapeutique efficace de cette affection fréquente, qui occasionne une grande incommodité aux malades par la gêne qu'elle détermine dans les mouvemens.

Du traitement de l'ictère.

La clinique offre, dans ce moment, trois exemples d'ictère, chose rare et qui fait supposer à M. Fouquier que la constitution médicale actuelle n'est pas étrangère au développement de cette affection.

Ces trois ictériques sont trois hommes âgés l'un de dix-neuf ans, l'autre de vingt-huit ans, et le troisième de trente-neuf ans. Tous les trois accusent à peu près les mêmes circonstances étiologiques ; la fatigue occasionnée par un excès de travail et des chagrins éprouvés avant l'invasion de l'ictère. M. Fouquier fait remarquer la fréquence des causes morales dans la production de la jaunisse : presque toujours elle se développe après des chagrins, des embarras d'affaires, un accès de colère, une nouvelle inattendue, etc.

Les symptômes sont à peu près les mêmes chez ces trois malades, et ne varient que par des nuances légères d'intensité ou de complication. Sur l'un, on observe cependant ce phénomène singulier de plaques blanches sur quelques parties de la surface du corps envahie par l'ictère, c'est-à dire que sur plusieurs points disséminés la peau a été garantie de la suffusion bilieuse générale, et a conservé sa coloration ordinaire, c'est un véritable ictère panaché.

Chez deux de ces malades il y a évidemment des symptômes d'irritation hépatique ; le pouls est fort et fréquent, la pression est douloureuse à l'hypochondre gauche et dans toute la région hypogastrique ; chez tous il y a ce sentiment de gêne et de plénitude propre à l'ictère ; chez tous aussi il y a constipation. Les urines sont fortement colorées en jaune, et chez l'un qui marche vers une guérison rapide, les urines, traitées par l'acide nitrique, ont précipité une matière verte abondante. C'est pour M. Fouquier, un signe que la suffusion ictérique est près de finir. Les urines, dit il, sont dans cette affection une espèce de baromètre très utile à interroger : de même que le baromètre annonce souvent à l'avance les variations atmosphériques, de même les urines sont les premières à annoncer par leur coloration la suffusion bilieuse qui va avoir lieu, ainsi que sa terminaison. La coloration en jaune de la membrane albuginée de l'œil est aussi un des premiers phénomènes qui se présente.

Le traitement que M. Fouquier oppose à cette affection est simple et n'a presque pas varié sur ces trois sujets.

Le premier, qui n'a donné aucun signe de réaction inflammatoire a pris en quatre jours deux bouteilles d'eau de Sedlitz dont on a favorisé l'action par un lavement purgatif. Un peu de diète et de repos ont suffi pour dissiper la jaunisse.

Chez les deux autres, en raison des phénomènes d'irritation hépatique, des ventouses scarifiées ont été appliquées sur la région du foie, qui a été aussi recouverte, ainsi que l'épigastre, de cataplasmes émolliens. Des purgatifs et des laxatifs ont été administrés, et pour boisson on leur a prescrit une limonade citrique ou tartrique.

Sous l'influence de cette médication simple, ces trois malades voient leur état s'améliorer rapidement : dans quelques jours ils seront complètement débarrassés de leur ictère.

M. Fouquier préconise beaucoup les purgatifs dans cette affection. Outre qu'ils ont l'avantage de remédier à un symptôme presque constant de l'ictère, la constipation, ils ont encore une action spéciale et directe sur la sécrétion biliaire et semblent ramener la bile vers les voies intestinales dont elle s'est éloignée. On sait, en effet, que les matières fécales des ictériques sont grisâtres et qu'elles n'ont pas reçu l'élaboration que leur imprime la bile.

Quand après ce traitement la jaunisse ne se dissipe pas, on a tout lieu de craindre qu'elle ne soit sous l'influence d'une altération organique du foie, alors même qu'il n'existe aucun symptôme de réaction inflammatoire. C'est le propre des organes parenchimateux, en effet, et du foie en particulier, d'être gravement et profondément atteint sans donner lieu à la fièvre ou à aucune réaction symptômatique. Dans ces cas de persistance de l'ictère, le traitement doit varier selon la cause pathologique qui le produit, et malheureusement les affections du foie sont encore fort obscures dans leur symptomatologie, et par conséquent dans leur traitement.

Accidens graves déterminés par une bronchite.

Peut-on mourir d'un simple rhume, d'une bronchite simple ? Oui. M. Fouquier a observé trois cas de cette sorte, et dans ce moment un fait s'est présenté dans sa clinique qui fait craindre une quatrième et pareille terminaison funeste.

Une femme est couchée dans les salles, qui n'offre à l'examen le plus sévère d'autre affection organique qu'une inflammation des bronches, et qui, pourtant, est si gravement malade que M. Fouquier a porté un pronostic des plus fâcheux. Le traitement le plus énergique n'a pu enrayer les progrès de cette bronchite capillaire et dissiper les phénomènes d'une asphyxie imminente.

Si, comme tout le fait craindre, la terminaison de cette maladie est fatale, nous reviendrons sur cette observation assez rare, en l'accompagnant des réflexions de M. Fouquier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Quelques réflexions sur les cas de chlorose et de chloro-anémie observés dans le service depuis quelques mois. — Des erreurs de diagnostic souvent commises au sujet de ces affections.

On s'est trop souvent et trop longuement étendu depuis quelques années, je ne dirai pas sur l'utilité, mais sur la nécessité d'un diagnostic précis, même dans les maladies dites chroniques organiques, et dont la guérison n'est plus possible : on a trop insisté sur la nécessité d'observer en médecine, et d'appliquer à l'observation l'emploi des méthodes exactes, pour que nous ne croyons pas fastidieux et hors de propos de revenir sur ce sujet, que nous avons, nous aussi, traité à plusieurs reprises dans ce Journal, en publiant des faits recueillis dans le service de clinique de la Charité.

Nous nous sommes attaché, en particulier, à prouver l'importance du diagnostic précis des lésions qui existent dans les affections organiques du cœur, qui, faute d'une observation rigoureuse, ont souvent été prises pour d'autres maladies dont le traitement est diamétralement opposé. Dans une revue rapide des observations de chlorose et de chloro-anémie qui ont été recueillies dans le service de M. Bouillaud dans l'espace de cinq à six mois, nous nous efforcerons de prouver que par un travers contraire, on a souvent pris, soit en ville, soit dans d'autres hôpitaux, des états chloro-anémiques, pour des maladies du cœur ou pour d'autres affections, et que le traitement tonique qui aurait dû être mis en usage a été remplacé, au grand préjudice des malades, par un traitement débilitant en harmonie avec les maladies inflammatoires aiguës ou chroniques à l'existence desquelles on avait cru. Nous ferons remarquer que tous les faits que nous citerons ont été, comme ils le sont tous depuis dix ans, recueillis publiquement au lit du malade en présence des élèves ; et si quelqu'un élevait des doutes sur leur authenticité, il pourrait en prendre connaissance, M. Bouillaud tenant tous ses documens à la disposition des hommes de bonne foi qui ne veulent croire qu'après avoir vu, et dont les convictions ont besoin pour s'établir de faits positifs et nombreux.

Du reste, nous ne citerons personne en particulier. On a, dans ces derniers temps surtout, fait servir trop souvent, selon nous, les noms propres au scandale, en se retranchant derrière un prétexte de franchise et de vérité.

La chlorose, l'une des maladies les plus fréquentes que l'on rencontre, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, n'est *complètement* connue que depuis très peu d'années. Parmi les symptômes des affections chloro-anémiques, l'un des plus constans et des plus importans est, sans contredit, l'existence des bruits artériels variés que l'on constate par l'auscultation. Nous n'entrerons point ici dans le détail des phénomènes qui caractérisent la chlorose ou l'anémie, mais nous ferons observer que dans une multitude de cas, les phénomènes gastralgiques, les dégoûts, l'inappétence, les douleurs épigastriques, les palpitations, les étouffemens, etc., pourraient, au premier abord, en imposer pour l'existence d'une maladie aiguë ou d'une affection chronique organique du cœur ou de l'estomac, si l'exploration attentive des artères carotides et sous-clavières ne permettait de constater les bruits de souffle, de diable, ou les chants musicaux propres aux affections qui nous occupent. C'est pour manquer à cet examen, et, il faut le dire aussi, pour n'explorer qu'un peu trop légèrement les organes dont se plaignent les malades, que les médecins confondent souvent la chlorose avec des affections toutes différentes, et dont le traitement, anti-rationnel dans ces circonstances, non-seulement est sans utilité, mais encore est nuisible aux malheureux qui sont l'objet de pareilles méprises.

Du 1er avril jusqu'à ce jour, ont été observés dans le service 42 cas de chlorose et de chloro-anémie. 35 cas sont relatifs à des femmes, 7 à des hommes. Nous ne dirons rien de l'expression de chloro-anémie qui, appliquée à l'homme, aurait pu paraître extraordinaire il y a peu d'années encore. Tout le

monde sait maintenant qu'il existe des hommes nerveux, faibles, délicats, soit que leur constitution soint naturellement chétive, soit qu'elle ait été débilitée par des excès de quelque genre que ce soit, par une alimentation insuffisante ou par d'autres causes, et que les symptômes qu'ils présentent offrent la plus grande analogie avec ceux que présentent les femmes chez lesquelles on a constaté bien évidemment l'état chloro anémique. Ainsi, l'on observe chez ces sujets les palpitations, les étouffemens, la dyspnée à la suite des moindres mouvemens, les douleurs épigastriques sans lésion organique, les dégoûts, les appétits dépravés; l'auscultation fait constater le souffle du cœur et les bruits artériels qui correspondent, ainsi que l'a démontré M. Bouillaud, à l'état d'adynamie, à cet état du sang dans lequel la partie séreuse prédomine sur l'élément fibrineux et sur la matière colorante; ce sont véritablement les chlorotiques du sexe masculin.

Sur ces 42 malades, il en est 15 (*un tiers*) chez lesquels, soit en ville, soit dans les hôpitaux, l'affection existante n'a pas été reconnue, chez lesquels les symptômes produits par l'état anémique ont été confondus avec des symptômes offrant quelques points de similitude, et qui caractérisent les lésions organiques du cœur ou de l'estomac.

Voici comment ils ont été répartis.

Les 27 cas qui ne rentrent point dans la catégorie de ceux chez lesquels des erreurs de diagnostic ont été commises, soit que l'affection ait été reconnue, soit que les malades n'aient pas consulté de médecins, comprennent 24 femmes et 3 hommes. Les 5 autres comprennent 11 femmes et 4 hommes. C'est sur ceux de cette dernière catégorie que nous allons insister maintenant, nous contentant d'indiquer sommairement chaque cas, et n'entrant dans quelques détails que pour les observations les plus intéressantes.

1° Salle Sainte-Madeleine, 14. Femme de trente-cinq ans, domestique, à Paris depuis quinze ans. Chloro-anémique, prise en ville pour une lésion organique du cœur et de l'estomac, et traitée par les émissions sanguines.

Entrée le 17 mars, sortie le 17 avril.

2° Salle Sainte-Madeleine, 13. Femme de vingt-cinq ans, domestique, à Paris depuis deux ans et demi. Réglée à dix-huit ans pour la première fois, depuis toujours assez mal réglée. Vers l'âge de dix-neuf ans, elle eut, dit-elle, une gastrite caractérisée par des douleurs épigastriques, des vomissemens fréquens. Elle fut saignée pour cette maladie et subit quatre ou cinq applications de sangsues tant au creux de l'estomac qu'aux anses. Cette maladie dura six mois; depuis lors, elle a été sujette à des indispositions assez fréquentes, pour lesquelles elle fut saignée nombre de fois. Les palpitations et les étouffemens auxquels elle est sujette furent traités par des applications de ventouses scarifiées sur la région du cœur.

Au moment de l'entrée, tous les symptômes de la chlorose la mieux caractérisée existe de la manière la plus évidente. Les artères du cou sont le siége d'un beau bruit de diable. Voici le diagnostic de M. Bouillaud: chlorose bien caractérisée, confondue avec d'autres maladies pour lesquelles on a pratiqué des émissions sanguines.

Entrée le 23 avril et mise au traitement tonique et ferrugineux, la malade se sentit tellement soulagée le 15 mai, qu'elle voulut sortir.

3° Salle Sainte-Madeleine, 5. Femme de dix-huit ans, couturière, née à Paris. Chlorose avec leucorrhée; bruit de souffle au premier temps du cœur. Sifflement musical dans les artères. Maladie traitée il y a un an dans un hôpital, par deux saignées et deux applications de sangsues.

Entrée le 28 avril, sortie dans un état très satifaisant le 10 juin (1).

4° Salle Sainte-Madeleine, 12. Femme de dix-sept ans, dévideuse, à Paris depuis quatre mois. Chloro-anémie parfaitement caractérisée avec leucorrhée; prise en ville pour une maladie aiguë et saignée.

Entrée le 31 mai, sortie le 26 juin.

5° Salle Sainte-Madeleine, 11 *bis*. Femme de vingt-huit ans, domestique à Paris depuis six ans. Chlorose parfaitement caractérisée prise pour une *pleurésie* et traitée par les émissions sanguines.

Entrée le 7 juillet, sortie le 12 du même mois.

Certes, en un cas pareil, on ne peut admettre que l'erreur de diagnostic commise soit le résultat de l'ignorance; il y aurait là impéritie trop complète; mais n'est-ce point celui d'un examen peu attentif, trop superficiel? et ne doit-on pas sérieusement réfléchir aux funestes conséquences que pourrait avoir une méprise de cette nature?

6° Salle Sainte-Madeleine, 12. Femme de vingt-deux ans, couturière, à Paris depuis six ans. Chloro-anémie bien caractérisée, prise pour une phlegma ie des organes respiratoires d'abord, et plus tard des voies digestives; traitée à diverses reprises par les émissions sanguines.

Entrée le 14 juillet, sortie le 27 du même mois: soulagée.

7° Salle Sainte-Madeleine, 14. Femme de dix-sept ans, domestique, à Paris depuis un an. Chlorose prise pour une gastrite, et traitée par les émissions sanguines.

Entrée le 29 juillet; sortie le 9 août, à peu près dans le même état.

8° Salle Sainte-Madeleine, 4. Femme de quinze ans, blanchisseuse, à Paris depuis huit ans. Chlorose parfaitement caractérisée, traitée en ville par des applications de sangsues.

Entrée le 1er septembre, sortie soulagée le 10 octobre.

9° Salle Sainte-Madeleine, 11. Femme de vingt-cinq ans, cuisinière, à Paris depuis cinq ans. Chloro anémie.

Ce cas fut assez remarquable, en ce sens que la malade éprouvait souvent des douleurs abdominales extrêmement violentes. Elle fut envoyée à l'hôpital par un jeune médecin qui, trompé par ce symptôme, l'adressa dans ce service comme atteinte d'une péritonite, après l'avoir soumise pendant quelques jours à un traitement en rapport avec ce diagnostic, sans aucune amélioration.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, l'interne de garde, appelé une nuit pendant une de ces crises, s'en laissa également imposer par les douleurs qu'accusait la malade, et lui fit appliquer des sangsues.

Entrée le 2 septembre, sortie le 5 octobre; notablement soulagée.

10° Sainte-Madeleine, 10. Femme de vingt-huit ans, modiste, à Paris depuis deux jours. En 1830, cette femme, assez bien réglée jusqu'alors, vit ses règles s'arrêter à la suite d'une vive frayeur, et commença à ressentir des maux d'estomac, des nausées fréquentes, de l'anorexie, des palpitations, etc., phénomènes à l'ensemble desquels on donna le nom de gastrite et que l'on combattit par des émissions sanguines. Depuis deux ans les palpitations sont devenues de plus en plus fortes, et les règles, peu abondantes depuis quelques années, ont tout à coup cessé de paraître. Depuis cette époque on lui a pratiqué de nombreuses saignées. On compte aux bras environ une vingtaine de cicatrices. Des traces de sangsues existent à l'épigastre. La région précordiale présente celles d'un vésicatoire qui fut, dit la malade, pansé avec la poudre de digitale. Désolée de n'éprouver aucun changement dans son état, elle a quitté il y a quelques jours la ville qu'elle habitait, et où elle était traitée par un médecin qui jouit d'une certaine réputation, et vint à Paris se faire soigner.

L'existence d'une chlorose parfaitement caractérisée ne pouvant être contestée, la malade est mise à l'usage des ferrugineux, et sort le 22 octobre, éprouvant dans son état une amélioration telle qu'elle affirme être complétement guérie.

La dernière et la plus curieuse, peut-être, des observations que nous voulions rapporter, pour les erreurs commises chez des femmes chloro-anémiques, est la suivante, que nous donnerons un peu plus détaillée que les précédentes.

11° Salle Sainte-Madeleine, 12 bis. Femme de dix-neuf ans, couturière, malade depuis quatre ans, à Paris depuis dix ans. Réglée à seize ans pour la première fois, toujours assez mal réglée depuis cette époque, et sujette à un écoulement leucorrhéique abondant. Il y a quatre ans, elle fut prise de palpitations violentes, augmentant par les moindres mouvemens. Céphalalgie, étourdissemens, anorexie, dégoût pour les alimens, appétence des mets acides. Elle entra pour cette affection dans un hôpital de Paris, où on la saigna, et on lui administra de la poudre de digitale. Elle en sortit au bout de huit mois se trouvant plus mal qu'à l'entrée. Cinq mois après elle entra dans un autre hôpital, où elle resta six mois, et où elle fut traitée par des émissions sanguines générales, des ventouses scarifiées sur la région précordiale, et un cautère sur la même région. Elle n'éprouva de ce traitement aucun soulagement, rentra chez ses parens, et fit appeler un médecin de la ville, qui lui pratiqua une saignée pour *sa maladie du cœur*, lui fit mettre des sangsues à cinq reprises, et finit par lui établir un séton sur la région précordiale. Les douleurs de tête, les maux d'estomac, les étouffemens et les palpitations, qui n'avaient jamais cessé sous l'influence de ces traitemens, s'étant manifestés avec plus de force encore depuis une quinzaine de jours, la malade a pris le parti de venir à l'hôpital.

Voici l'état que présente la malade le jour de son entrée dans le service de la clinique:

Visage pâle, décoloré, chaleur normale de la peau, pouls à 72, peu développé; un peu de céphalalgie; langue rosée, humide; anorexie, soif modérée, ni nausées ni vomissemens; ventre souple, indolent, un peu de douleur épigastrique à une forte pression; matité de la région précordiale normale; le premier bruit du cœur accompagné d'un léger souffle, beau souffle continu légèrement ronflant dans la carotide et la sous-clavière gauches, léger souffle continu dans la crurale gauche. Leucorrhée abondante. La dernière éruption menstruelle date d'un mois et demi.

A la lecture de ce fait, il est difficile de voir autre chose qu'une chlorose morbide. Eh bien! voilà un cas aussi bien caractérisé que possible, que trois médecins, parmi lesquels deux médecins distingués des hôpitaux de Paris, ont pris pour une maladie organique du cœur, et cela, sans aucun doute, faute d'un examen suffisant et attentif.

Terminons ces citations par quatre cas analogues observés chez des hommes.

12° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 5. Homme de vingt-six ans, à Paris depuis cinq ans. Etat chloro-anémique pris successivement pour diverses lésions organiques, et en dernier lieu pour une énorme hypertrophie du cœur; traité par les émissions sanguines.

Entré le 20 mars; sorti soulagé le 3 avril.

13° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 13. Homme de dix-neuf ans, copiste, à Paris depuis dix ans. Etat subanémique, pris il y a quelques jours pour une hypertrophie du cœur, et traité par les émissions sanguines et la digitale.

Entré le 22 mars, sorti le 10 avril.

14° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 8. Homme de trente-trois ans, fontainier, né à Paris. Etat chloro-anémique bien caractérisé, pris pour une affection organique du cœur, et traité comme tel à l'hôpital de Montpellier il y a deux ans; la même erreur de diagnostic et de thérapeutique a été de nouveau commise à Paris depuis son retour.

Entré le 2 avril; sorti, se disant mieux, le 20 avril.

15° Salle Saint-Jean-de-Dieu, 24. Homme de vingt-neuf ans, menuisier, à Paris depuis cinq ans. Chloro-anémie prise pour une affection aiguë de l'estomac, et traitée par les émissions sanguines.

Entré le 4 septembre; sorti le 7 du même mois.

Il est inutile de répéter ce que nous avons déjà dit, que nous avons entre les mains les preuves de tout ce que nous venons d'avancer, et que, si nous n'avons nommé personne, c'est simplement parce que nous n'avons pas voulu d'une question scientifique faire une question de personnalités.

Examinons maintenant les 42 cas de chlorose que nous avons sous les yeux, sous les divers rapports qu'ils ont pu nous présenter.

Les 35 femmes soignées dans le service n'ont offert rien de bien remarquable quant à l'âge: 7 avaient moins de dix-huit ans, 5 seulement avaient dépassé trente ans. Les 23 autres avaient de 18 à 30 ans. Le minimum de l'âge rencontré fut douze ans; le maximum, trente-neuf ans.

Chez les 7 hommes, nous en trouvons 1 au-dessous de dix-huit ans, 1 au-dessus de 30. C'est donc dans cet espace de la vie compris entre dix-sept ou dix-huit ans d'une part et trente environ de l'autre, que l'on rencontre le plus grand nombre d'affections anémiques. Dans un âge plus avancé que celui que nous avons donné comme maximum observé cette année, l'état chloro-anémique paraît être assez rare. Il l'est proportionnellement moins dans la période inférieure de la vie; il est probable que si l'on recevait dans les hôpitaux les enfans au-dessous de quinze ans, on aurait occasion de l'observer assez souvent surtout chez les enfans que l'on emploie dans les ateliers, que l'on surcharge de travail et auxquels on donne une nourriture insuffisante, ainsi que nous en avons eu deux exemples parmi les malades de cette année.

Les faits n'ont pas été assez nombreux pour que nous ayons pu en tirer quelques conclusions sous le point de vue de la profession exercée par les malades.

Le temps depuis lequel les malades se trouvaient à Paris a beaucoup varié: sur les 42 sujets dont nous avons parlé, 7 seulement sont nés à Paris, 8 l'habitent depuis moins d'une année; les 27 autres habitaient Paris depuis plusieurs années. Et à ce sujet il ne nous paraît pas déplacé de relever un fait sur lequel on a fait de nombreuses dissertations, à savoir: que la chlorose et l'état chloro-anémique sont l'apanage des grandes villes et de Paris en particulier. Je ne nie pas que sous certains rapports cette assertion ne soit fondée, et qu'il n'existe des conditions hygiéniques favorables au développement des affections de ce genre dans les grandes villes comme Paris surtout; mais il n'en est pas moins vrai qu'en province, soit dans les petites villes, soit même dans les campagnes, la chloro-anémie est fort commune; que si l'on s'est jusqu'à ce jour refusé à le croire, cela tient simplement à ce que l'on n'aura point suffisamment examiné et que l'on n'aura pas su la reconnaître.

Pour les phénomènes fournis par l'auscultation, voici ce qui a été observé:

Chez 27 malades, le premier bruit du cœur était accompagné d'un souffle moelleux, désigné souvent par M. Bouillaud sous le nom de souffle chlorotique, et que nous avons, dans un précédent article, différencié des souffles râpeux qui existent dans les affections organiques du cœur.

Chez 38 des 42 sujets observés, on a noté les bruits artériels anormaux, connus sous le nom de souffle continu, bruit de diable, chant des artères, etc.

Dans 17 cas, ils n'existaient qu'à droite au moment de l'entrée des malades; dans 6 cas seulement à gauche. Dans 15 autres, ils existaient dans les artères du cou de chaque côté; plus forts à droite dans 5 cas, plus forts à gauche dans 2 seulement.

4 sujets n'ont pas présenté de bruits artériels. Chez 4 seulement on a noté ces bruits dans la crurale gauche. Il est vrai de dire que les crurales n'ont point été examinées chez tous les malades.

Quoique d'un aussi petit nombre de faits on ne puisse assurément pas déduire des conclusions sans appel, nous ferons remarquer que les bruits artériels ont été constatés plus fréquemment à droite qu'à gauche, et cela dans une proportion assez forte. De même, dans les cas où les bruits existaient des deux côtés du cou, ils étaient plus intenses à droite qu'à gauche. Dans les premières recherches qu'il avait faites à ce sujet M. Bouillaud avait cru remarquer que les artères gauches présentaient plus fréquemment ces bruits que les droites. De nouvelles observations lui ont fait changer son opinion à cet égard. Du reste, la chose est peu importante; mais il est probable que si on se livrait à cet examen chez un très grand nombre de sujets, on finirait par arriver à des résultats qui ne seraient pas très différens pour chacun des deux côtés.

Un grand nombre de nos chlorotiques se plaignaient de douleurs épigastriques très violentes et tellement intenses, que souvent les médecins qui ont été appelés auprès d'eux, s'en sont laissé imposer et ont cru à l'existence d'une gastrite; la gastrite pure et simple est une affection assez rare, et si pendant quelque temps des élèves enthousiastes, exagérant la doctrine du maître, au lieu d'imiter sa prudente réserve, ont cru voir la gastrite un peu trop souvent, et dans des cas où elle n'existait pas toujours, c'est qu'ils ont pris quelquefois, n'en doutons point, et cela faute d'un examen assez sérieux, les *phénomènes gastralgiques de la chlorose* pour les symptômes de la véritable inflammation de la muqueuse stomacale.

Chez 19 des 35 femmes dont nous avons les observations sous les yeux, les phénomènes gastralgiques ont eu une certaine intensité; chez six d'entre elles en particulier, ils ont été si violens, qu'ils ont fait croire, par des médecins appelés auprès des malades, à l'existence de gastrites aiguës; chez une autre, on avait cru reconnaître une péritonite. Une chose bien constante et digne de remarque, c'est le luxe d'expressions hyperboliques dont se servent ces malades pour exprimer leurs souffrances, qu'elles ne comparent à rien moins qu'à des coups de couteau, des déchiremens opérés par des tenailles, etc.

Enfin, et pour terminer, disons quelques mots du traitement. Tous les sujets ont été, sans exception, traités par les toniques, les amers et les ferrugineux. Il pourrait paraître assez étonnant à ceux qui ont vu peu de sujets affectés de chlorose, que les traitemens irrationnels qu'on leur fait quelquefois subir ne soient pas suivis d'accidens plus graves. Mais il faut

(1) Il est inutile de répéter à chaque observation que les malades dont il s'agit ici ont été traités par le lactate de fer et soumis à une alimentation substantielle.

observer que par une déplorable aberration, la plupart des malades attribuent au sang (ce sont leurs expressions) les malaises qu'ils éprouvent. L'imagination pourrait donc bien être pour quelque chose dans le soulagement qu'ils croient éprouver après une ou plusieurs émissions sanguines. D'ailleurs, les funestes effets des saignées ne sont pas immédiats. Pendant les premiers jours qui suivent la saignée il survient souvent une amélioration momentanée dans l'état des malades; mais peu après les phénomènes apparaissent plus intenses, et la maladie s'est aggravée d'autant. Quoi qu'il en soit, le traitement tonique et ferrugineux a été suivi de succès dans la grande majorité des cas dont nous avons fait ici la statistique.

Les seuls malades chez lesquels on n'ait constaté aucune améloration, sont ceux qui n'ont point voulu suffisamment prolonger leur séjour à l'hôpital. C'est à cette cause que l'on doit rapporter la manière incomplète dont se terminent si souvent les observations de chlorose recueillies danss les hôpitaux; c'est que, qu'elles qu'en soient les raisons, le malades, dès qu'ils se sentent soulagés, demandent leur sortie, au lieu d'attendre jusqu'à parfaite guérison.

La durée du séjour chez les chlorotiques observés ici a été, terme-moyen, de dix-neuf jours cinq septièmes; le minimum de trois jours; le maximum de soixante-dix-huit. On conçoit facilement que dans un aussi court espace de temps il ne soit possible d'obtenir qu'un soulagement, assez marqué, il est vai, mais rarement suffisant. Aussi n'avons-nous observé une guérison complète que chez les malades qui sont restés plus long-temps que la moyenne que nous venons d'indiquer.

De ce que nous avons dit en commençant cet article, concluerons-nous, comme ne manqueront pas de nous le faire dire certains esprits animés d'une bienveillance un peu douteuse, que l'on ne sait reconnaître la chlorose qu'à la clinique de la Charité, et que, hors ce service, point de salut? Nullement. A Dieu ne plaise que nous formulions jamais une aussi absurde conséquence. Mais nous dirons, et ne cesserons de le répéter, que l'on arrivera aux mêmes résultats que le professeur de la Charité, en mettant en usage aussi scrupuleusement que lui, les méthodes exactes d'observation que l'on emploie dans les sciences physiques, et que, hors l'emploi de ces méthodes, pas de diagnostic, partant pas thérapeutique ni de salut pour les malades.

Devons-nous ajouter que les observations rapportées par nous prouvent combien sont justes ceux qui accusent M. Bouillaud de ne voir partout que des maladies du cœur? A. F.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. (N° du 30 octobre.)

Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles; par M. Aug. Bérard. — Ayant eu l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de tumeurs érectiles, M. Berard a consigné dans ce travail le résultat de ses études sur cette classe de maladies qui a tant occupé les chirurgiens depuis quelques années.

M. Bérard distingue les tumeurs érectiles en trois espèces principales; suivant que la lésion porte sur les capillaires du tissu de la peau, sur les veinules du tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux, ou qu'elle résulte de la dilatation simultanée de toutes les branches artérielles d'une région. Ses recherches n'ont porté que sur les deux premières espèces auxquelles il assigne des caractères qui ne permettent guère de les confondre. Mais c'est surtout la partie thérapeutique qui a fixé son attention.

Chacun sait combien sont nombreux les moyens thérapeutiques qui ont été imaginés pour triompher des tumeurs érectiles. M. Bérard en a expérimenté plusieurs et il déclare qu'aucun d'eux ne mérite exclusivement la préférence. « Pour bien fixer, dit-il, le jugement des praticiens à cet égard, il convient de rappeler ici que la guérison d'une tumeur érectile s'obtient de deux façons; tantôt en détruisant le tissu accidentel, tantôt en modifiant l'organisation de ce tissu de telle sorte, qu'il cesse d'offrir les caractères de vascularité qui le distinguent, et qu'il se transforme en tissu cellulo-fibreux. Dans quelques cas, on atteint le but en combinant ces deux actions, de sorte qu'on détruit une partie de la tumeur, tandis qu'on opère la transformation de ce qui reste. »

C'est principalement contre les tumeurs dites *capillaires*, que la première méthode est applicable, et le moyen le meilleur, le plus sûr, le moins dangereux et le plus facile à mettre en usage est la cautérisation avec le caustique de Vienne. Dans plus de trente cas, depuis 1838, M. Bérard dit en avoir constamment retiré les effets les plus avantageux; aussi n'hésite-t-il pas à lui donner la préférence. — L'application de ce caustique ne paraît pas très-douloureuse; la rougeur et le léger gonflement qu'il développe se dissipent au bout de quelques heures. Un seconde et même une troisième application peuvent être nécessaires suivant l'épaisseur ou la persistance de la tumeur. Nous indiquerons plus loin, dans une note particulière, le mode d'application de ce caustique adopté par M. Bérard.

Contre les tumeurs érectiles, dites *veineuses*, l'auteur a d'abord essayé la méthode de M. Lallemand, qui consiste, comme on sait, à enfoncer dans la tumeur des épingles qu'on y laisse jusqu'à ce que la suppuration soit établie sur leur trajet. M. Bérard, en rapportant le principe de cette méthode au célèbre chirurgien de Montpellier, a oublié sans doute que M. Velpeau disait déjà, en 183 , d'après des expériences nombreuses, que des aiguilles ou autres corps étrangers laissés pendant quelques jours au travers des vaisseaux sanguins et des tumeurs anévrismales en amènent l'oblitération. — Quoiqu'il en soit, des faits bien observés ayant convaincu M. Bérard que les épingles métalliques n'atteignaient pas le but proposé, ce chirugien essaya des aiguilles d'ivoire; mais les résultats ne furent pas plus heureux. — Ne trouvant pas dans les autres moyens des garanties suffisantes de succès, il pensa dès lors qu'il serait possible d'utiliser les trous faits par les épingles en injectant, dans plusieurs d'entre eux, une liqueur irritante et même caustique; mais cette méthode n'est pas sans danger, et les accidents graves qu'elle développe quelquefois l'ont engagé à y renoncer à peu près entièrement. — Le séton dont il a modifié l'application, comme nous l'indiquerons plus tard, lui a paru devoir mériter la préférence contre la classe de tumeurs érectiles qui nous occupent en ce moment.

M. Bérard a consigné dans son travail quelques-unes des observations qu'il possède sur ce sujet, et qui viennent toutes à l'appui des opinions qu'il a émises. Ce chirurgien a du reste résumé lui-même de la manière suivante les idées principales qui peuvent ressortir de son mémoire :

« 1° Les tumeurs érectiles comprennent des productions accidentelles, dont les unes paraissent formées par les vaisseaux capillaires proprement dits de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dont les autres semblent produites par une agglomération de petites veines largement anastomosées entre elles. Les premières de ces tumeurs disparaissent parfois spontanément; d'autres fois elles s'ulcèrent, versent ou non du sang et s'affaissent dans les points qui ont été ulcérés. Ces deuxièmes s'ulcèrent plus rarement. et quand cela a lieu, elles versent du sang en abondance; leur guérison ou leur affaissement spontané est excessivement rare, mais arrivées à un certain degré elles cessent en général de s'accroître;

» 2° Le traitement des tumeurs érectiles renferme deux ordres de moyens qu'on emploie isolément ou concurremment: par le premier on les détruit; par le second on les transforme en d'autres tissus;

» 3° La première méthode convient essentiellement aux tumeurs cutanées superficielles; le meilleur moyen de l'accomplir consiste dans la cautérisation avec la pâte de Vienne;

» 4° La seconde méthode convient aux tumeurs veineuses, à celles qui occupent une grande épaisseur des parties. On parvient à transformer le tissu érectile en d'autres tissus en l'enflammant. Cette idée ingénieuse appartient à M. Lallemand. Le moyen que ce chirurgien conseille, c'est-à-dire l'acupuncture, ne suffit pas en raison de la difficulté qu'a le tissu cellulaire à s'enflammer. L'injection de substance caustique dans le trou des épingles, dont l'invention m'appartient, est beaucoup plus efficace; mais elle est dangereuse et l'on ne peut en calculer au juste les conséquences; le moyen le plus sûr consiste dans l'emploi des sétons combinés avec l'étranglement. »

Observation relative à l'efficacité de la strychnine dans le traitement de la chorée ou danse de Saint-Guy; par M. Fouilhoux, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Il s'agit d'un enfant de treize ans affectée d'une chorée très intense, dont l'invasion avait eu lieu six semaines auparavant d'une manière brusque et sans gradation dans les phénomènes morbides. Pendant dix jours on avait fait inutilement usage des pilules de Mérat, avec infusion de valériane et de feuilles d'oranger.

Six mois après (24 janvier 1839), M. Fouilhoux ordonna une potion avec sulfate de quinine 0,10, musc 0,5, sirop de valériane 30 gram., lavement avec 4 gram. asa-fœtida, emplâtre antihystérique sur l'abdomen. Deux jours après, ne voyant survenir aucune amélioration, il eut recours à des pilules préparées chacune avec un douzième de grain (0,006 de strychnine, et 1 grain (0,05) de conserve de cynorrhodon. Pendant trois jours le malade prit deux de ces pilules, une le matin, l'autre le soir. Pendant les deux premiers jours on n'observa aucun effet appréciable du médicament, mais le troisième les symptômes de la maladie prirent une vive intensité: des crises musculaires très violentes survinrent. La strychnine est supprimée, on conseille une potion calmante simple. Dès le lendemain, les convulsions avaient complètement disparu, et les mouvemens de la chorée avaient considérablement diminué. Quelques jours après tout était rentré dans l'ordre. Le malade resta encore un mois dans l'hôpital, et l'on put constater que la guérison était complète et assurée.

« L'efficacité de la strychnine, dit M. Fouilhoux, ne me paraît pas douteuse dans l'observation précédente. Ce moyen convient-il toujours? Je pense: 1° qu'on devrait fonder peu d'espoir sur le succès si la maladie était ancienne; 2° que l'on devrait faire disparaître les complications s'il y avait coïncidence chlorotique, vermineuse ou inflammatoire; 3° enfin que l'on devrait s'abstenir de la strychnine s'il existait en même temps une névropathie trisplanchnique. »

Passe-lacet introduit dans la vessie par le canal de l'urètre chez une femme, extrait à l'aide du brise-pierre à percussion; par M. Ant. Bouchacourt, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon. — Cette observation, très intéressante à plus d'un titre, est exposée avec assez de concision pour que nous croyions devoir la rapporter textuellement. Nous laissons à nos lecteurs le soin d'en déduire les conséquences pratiques.

« Le 9 avril dernier, dit M. Bouchacourt, je reçus la visite d'une jeune ouvrière qui, après de longues hésitations, m'avoua que le matin même elle s'était introduit un long passe-lacet en fer dans les parties génitales. Livrée depuis quelques années à la funeste habitude de la masturbation, elle en était venue à se servir d'instrumens métalliques; l'un d'eux venait de lui échapper et de pénétrer dans la vessie. Elle souffrait de vives douleurs, et désirait ardemment qu'on la soulageât par l'extraction du corps étranger. L'examen des parties extérieures de la génération, le toucher vaginal, le cathétérisme urétral, ne me firent rien apprécier soit à la vulve, soit dans le vagin ou à l'entrée du canal de l'urètre; une sonde de femme, en pénétrant dans la vessie, tomba sur un corps dur qui donna par le frottement et la percussion un bruit métallique: le passe-lacet était dans la vessie, c'était un fait hors de doute; il s'agissait de l'extraire.

» Connaissant toute la dilatation du canal de l'urètre chez la femme, je songeai d'abord à y introduire des pinces à pansement ordinaire, pour aller saisir et amener le corps étranger: mais je ne pouvais serrer le mors de la pince qu'en saisissant en même temps une partie des muqueuses, et je n'amenai rien, malgré des tentatives réitérées faites avec attention et ménagement: j'y renonçai bien vite.

» L'idée me vint alors de recourir au lithotriteur de M. Hurteloup; j'en avais un dont les branches fortement dentées, point trop volumineuses, glissaient facilement l'une sur l'autre, ce dont je m'assurai de prime-abord, en rendant ce mouvement plus facile avec quelques gouttes d'huile d'olive.

» Une certaine quantité d'urine s'était écoulée durant ces manœuvres, je n'en persistai pas moins dans l'emploi du lithotriteur. Introduit bien graissé, il tomba sur la tige métallique; le retournant ensuite de manière à placer le bec en bas, je l'ouvris et m'efforçai de le saisir, mais inutilement. Je l'ouvris alors avant de l'avoir complètement retourné, puis dirigeant l'ouverture des branches en bas, j'appuyai sur la branche mobile et je reconnus un écartement de trois millimètres. Le corps était saisi; dès lors il ne s'agissait plus que de l'amener au dehors; j'étais décidé à tirer avec quelque violence, au besoin à inciser pour en faciliter la sortie; mais, en relâchant légèrement les branches, j'eus moins de peine à l'extraire, et bientôt, à la grande satisfaction de la malade et à la mienne, le passe-lacet était sorti.

» Durant toutes ces tentatives, qui exigèrent près de 25 minutes, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang; la malade supporta ces manœuvres avec courage; je lui conseillai le repos, un bain tiède dans la journée; j'ai su depuis qu'elle se trouvait très bien, mais je ne l'ai pas revue.

» Le passe-lacet à 76 millimètres de longueur; il est légèrement noirci, mais point oxidé; aucun dépôt salin ne s'est fait à sa surface, ce qui n'est pas étonnant, vu le peu de temps qui s'est écoulé entre son introduction et son extraction. »

Transformation de l'acide urique en acide hippurique.

M. le docteur A. Ure a signalé, il y a quelques mois, à l'attention des praticiens, une modification importante produite sur la constitution chimique de l'urine par l'ingestion d'une certaine quantité d'acide benzoïque ou d'un benzoate soluble. Il a constaté que, deux heures après l'introduction de l'une de ces substances dans l'estomac, l'urine excrétée fournit, lorsqu'on la mélange avec le douzième de son poids d'acide chlorhydrique, un précipité abondant formé par de beaux cristaux d'une couleur rouge foncée, et qui, examinés à l'aide d'un microscope, se présentent sous l'aspect de prismes à quatre pans terminés par des sommets dièdres: or, ces caractères sont ceux de l'acide que renferme l'urine du cheval, de la vache et des autres animaux herbivores, et auquel on a imposé la dénomination d'acide hippurique.

Si l'on examine alors l'urine, on reconnaît qu'elle n'offre plus aucune trace d'acide urique, ni des sels auxquels il donne naissance; il a donc été remplacé par l'acide hippurique.

Ce qui rend ce fait très important pour la thérapeutique, c'est q les sels qui résultent de la combinaison de ce nouvel acide avec l bases qui se trouvent ordinairement dans les fluides organiques so tous aussi facilement solubles que les urates le sont peu en généra ainsi, l'hippurate de soude se dissout dans deux parties d'eau à la tem pérature de 60 degrés de l'échelle de Fahrenheit; tandis que l'urate soude, qui constitue les concrétions arthritiques, est presque aussi i soluble que l'acide urique lui-même, et n'exige pas moins de quat mille parties d'eau pour se dissoudre; l'hippurate d'ammoniaque est peine moins soluble que le précédent; l'hippurate de chaux, le moi soluble d'entre eux, l'est cependant encore dans dix-huit parti d'eau.

On conçoit aisément tous les services que l'application pratique ces données est appelée à rendre dans le traitement de certains éta morbides de l'urine que l'on observe chez les individus affectés goutte ou de calculs et spécialement de gravelle: aussi déjà a-t-on r tiré, dans des cas de ce genre, de notables avantages de l'administr tion en temps opportun, soit de l'acide benzoïque, soit d'un benzoa soluble. Dans tous les cas, il convient de constater préalablement p l'analyse l'état de la sécrétion rénale, afin de pouvoir proportionn convenablement la dose du médicament et atteindre avec précision but qu'on se propose, sans courir le risque d'irriter les voies urinair ou de nuire à la santé générale des individus. D'ailleurs, comme l'aci benzoïque serait susceptible d'irriter la gorge s'il était administré substance, et comme, d'un autre côté, il ne peut se dissoudre que da une assez forte proportion d'eau, il est avantageux de l'associer phosphate ou au biborate de soude qui ajoutent à sa solubilité, sa apporter aucune modification à ses propriétés: ainsi, quatre parties poids du premier de ces sels, ou une partie et demie du second, suf sent pour rendre soluble une partie de cet acide dans une petite qua tité d'eau distillée. On n'éprouve pas la même difficulté avec les be zoates d'ammoniaque et de potasse.

Il ne faut pas oublier d'ajouter que l'emploi de cette médication n'e clut en aucune manière celui de tous les autres moyens indiqués, spécialement des moyens hygiéniques.

Revenant au phosphate de soude, M. Ure fait observer que ce s tient en solution, non-seulement l'acide benzoïque, mais encore l'aci hippurique, ce qui ne laisse pas d'être fort important, puisque to l'excès de ce dernier acide qui se trouverait contenu dans l'urine sera maintenu en dissolution à l'aide du phosphate neutre de soude ou triple phosphate de soude et d'ammoniaque que cette sécrétion renferm naturellement. Toutefois, il est juste de faire observer que ces pho phates produisent un effet très différent sur l'acide urique, car ils transforment rapidement en urate de soude en abandonnant la moit de leur base et en passant eux-mêmes à l'état de biphosphates. Don toutes les fois que les reins fournissent à la fois une surabondance d' cide urique et d'un phosphate soluble, il doit en résulter la formati d'un excès d'urate de soude: ce fait, qui n'avait pas encore été signal paraît donner une explication rationnelle de la formation de ce derni sel. (*The provincial med and surgic. journal*, juillet 184

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 7 octobre 1841.

A deux heures, M. Emmanuel Rousseau, vice-président, occupe fauteuil.

— Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— *M. Charles Masson*, rapporteur d'un mémoire offert à la Socié par M. Quevenne, pharmacien en chef de la Charité, trace l'analy sommaire et rapide des travaux dont l'histoire s'y trouve consigné L'administration des hôpitaux avait pose cette question à ses pharm ciens: « Est-il possible, dans l'état actuel de la science, de reconna tre si le lait est falsifié? » M. Quevenne a cherché, et, suivant le ra porteur, complétement réussi à résoudre cette question. Pendant quin ze mois, il a expérimenté sur des laits recueillis en différentes saison ou à des époques plus ou moins rapprochées de la parturition; il fait répéter par des personnes sûres ces expériences dans plusieurs dé partemens, et il lui a été démontré, entre autres vérités, que le lait de vaches confinées dans des étables, celui de Paris, par exemple, loi d'être aussi pauvre en crême qu'on le croit généralement, en contien au contraire une quantité supérieure, qu'il est même plus riche que l lait de Normandie, sans offrir toutefois ni le même arome ni la mêm saveur.

Le rapporteur se demande si l'on doit ajouter foi à cette sophisti cation du lait par une émulsion de cervelle de moutons. Une saveu pâteuse et rebutante ne trahirait-elle pas bientôt la présence de cet in gredient bizarre? Il a fait à ce sujet d'inutiles recherches; mais il s'e demandé si cette croyance ne tenait pas à une erreur de langage. Le marchandes de poissons simulent, en effet, la laite au moyen d'un mo ceau de cervelle qu'elles introduisent dans un des côtés du poisson; e pressant ensuite légèrement, elles font jaillir cette cervelle aux yeu des acheteurs crédules: or, le peuple appelle la laite *le lait*. Tous le jours même, des malades placés dans une position sociale plus élevée disent à leur médecin: Docteur, me permettrez-vous aujourd'hui u *lait* de carpe, de merlan, etc. N'est-ce pas ce *lait* seul qui est simul par la cervelle de mouton?

M. Quevenne a démontré aussi que de toutes les substances suscep tibles d'être mêlées au lait, les unes, trop grossières, en altèrent la sa veur ou ne peuvent supporter l'épreuve de l'ébullition; que d'autres comme la gomme, sont d'un prix trop élevé pour que la fraude y trou ve son compte; que l'eau seule mêlée au lait n'en détruit pas les qua lites qu'elle ne fait qu'affaiblir. Tous ces efforts devaient donc tendre trouver un moyen propre à indiquer dans quelles proportions ce liquid peut s'y trouver combiné.

Au moyen d'une sorte de pèse-liqueur que l'auteur appelle *lacto densimètre* et d'une table de proportions, le premier venu, un infirmier pourra déterminer à un dixième près la quantité d'eau introduite frau duleusement. On peut aussi constater si le lait contient toute sa crêm ou s'il en a été dépouillé. L'administration des hôpitaux a déjà recon nu l'utilité de ces instrumens, ordonné qu'il en serait fait usage dan tous les hôpitaux, et voté une récompense à son auteur.

Je propose, ajoute en terminant le rapporteur, que nous joignant ces honorables témoignages, des remercîmens soient adressés à M. Quevenne, dont les travaux persévérans et consciencieux n'ont d'autr but que l'amour de la science, l'accomplissement d'un devoir et l bien-être que peuvent en retirer les pauvres.

La propotition est adoptée à l'unanimité.

— *M. Verney* lit une relation fort intéressante sur des accidens convulsifs qui ont précédé chez une jeune fille de treize ans l'apparition des règles.

— *M. Puzin* raconte qu'il fut appelé dernièrement près d'un homme âgé de soixante-huit ans, mais d'une constitution robuste. Ce malade éprouvait des coliques atroces et ne pouvait aller à la garderobe. On lui administra inutilement 35 grammes d'huile de ricin et plus tard 60 grammes du même médicament auquel on avait joint une goutte d'huile de croton tiglium. 20 litres d'eau de mauve, données en lavement, n'avaient pu amener de fèces. M. Puzin soupçonna l'existence d'un rétrécissement intestinal situé au-dessus de la valvule iléo-cœcale; c'était aussi l'avis de MM. Rostan, Velpeau et Bouillaud assemblés en consultation. On se préparait à ouvrir un anus artificiel à la région dorsale, mais lorsqu'on arriva le lendemain matin pour opérer, le malade venait d'expirer: la famille ne voulut point permettre l'ouverture du corps.

M. Sorlin a eté témoin d'un fait assez semblable. Appelé il y a trois ou quatre mois auprès d'un riche boulanger en proie à de violentes

douleurs abdominales, il trouva le ventre assez souple, les mouvemens faciles ; le malade n'était point allé à la garderobe, mais cette constipation lui était ordinaire. Le mal résista à la saignée, aux bains, aux cataplasmes émolliens ; un laxatif n'amena qu'une petite garderobe liquide. Un confrère, mandé en consultation, crut reconnaître une péritonite ; on insista sur les antiphlogistiques ; mais des vomissemens bilieux étant survenus, la famille s'inquiéta et appela une autre célébrité. Ce nouveau confrère déclara que c'était un volvulus. En conséquence on admistra de la glace à l'intérieur et à l'extérieur ; on fit prendre de la scammonée, mais le malade ne s'en trouva pas mieux et expira épuisé par des vomissemens répétés. Cette observation, comme celle communiquée par M. Puzin, est demeurée incomplète, la famille ayant refusé la permission d'ouvrir le corps.

M. Puzin fait observer que chez le malade dont il a rapporté l'histoire il n'existait point de péritonite, car on n'observait ni l'altération des traits, ni la petitesse du pouls, signes caractéristiques de cette maladie ; le ventre n'était point douloureux, et la main, placée sur l'abdomen faisait circuler facilement les liquides qu'on y avait introduits par les lavemens.

M. Nauche pense qu'on peut soupçonner un rétrécissement intestinal si depuis long-temps le malade éprouve de la difficulté à aller à la garderobe, mais jamais si la constipation est récente. Il vante les bons effets qu'il a retirés du vin émétique trouble, mêlé à la dose de 140 grammes à l'eau d'un lavement. Les bains, les sangsues, les cataplasmes, les laxatifs n'avaient pu vaincre une constipation ; elle céda à ce lavement répété trois fois dans la journée.

M. Guillon a vu deux cas d'arrêts de matières fécales : chez les deux malades les matières retenues avaient formé une tumeur dans le flanc droit. Par des applications de sangsues, de cataplasmes et l'administration de doux laxatifs, on a déterminé des évacuations alvines suivies du retour à la santé.

— *M. Guersant* fait observer qu'on voit rarement les malades survivre à l'amputation des membres inférieurs, qu'à peine en guérit-il 1 sur 5, mais qu'il a été assez heureux pour sauver 10 amputés, les seuls qu'il ait opérés depuis le 10 avril jusqu'à ce jour.

A quelles causes faut-il attribuer ces succès ? Suivant notre confrère aux circonstances et aux précautions qui suivent :

Aucune de ces opérations n'a été pratiquée à la suite de lésions traumatiques : la nécessité en a été amenée par des affections chroniques. Les malades se trouvaient donc dans des circonstances plus favorables à une réaction inflammatoire contenue dans de justes bornes.

Avant d'opérer, notre confrère a soin d'examiner l'état de la poitrine, et si le moindre signe d'engorgement ou d'inflammation du poumon se manifeste, il attend et combat la malsdie présente, de crainte, s'il opère, que la cure ne soit empêchée par ces pneumonies, si souvent mortelles à l'hôpital des Enfans.

Les malades ont été opérés assez heureusement et vivement ; il n'est point survenu d'hémorrhagies qui aient nécessité la levée de l'appareil; chez quelques-uns, il n'a même été appliqué que le lendemain, ainsi que le pratiquait souvent Dupuytren pour savoir *comment se comportait le sang*.

L'appareil a été levé dès le lendemain ou plus tard après le second jour révolu ; notre confrère pense que cette précaution est de haute importance. En nettoyant la plaie du sang et des viscosités qui la salissent, on évite les érysipèles si communs et si fâcheux ; bien entendu qu'on ne touche point aux bandelettes agglutinatives.

M. Lefebvre. Mais n'est-ce pas plutôt à la présence de ces bandelettes de sparadrap qu'on attribue et qu'on doit attribuer l'apparition de ces érysipèles ?

M. Guersant. C'est possible, mais les bandelettes sont restées en place, et il n'est point survenu d'érysipèle. Les petits malades, le jour même de l'opération, ont pris un bouillon, trois ou quatre le lendemain, et le troisième jour, on leur a permis une côtelette ou du poulet. En usant de ces précautions, j'ai été assez heureux, je le répète en terminant, pour sauver les dix malades amputés depuis le mois d'avril.

M. Pédélaborde approuve les chirurgiens qui ne veulent amputer que des sujets affaiblis ; il loue aussi M. Guersant de panser, ainsi que le fait M. Lisfranc, les malades dès le lendemain de l'opération, et de ne point mettre les enfans à une diète trop rigoureuse qui dispose à la résorption purulente.

M. Sorlin pense que le jeune âge et la saison ont pu influer sur le rétablissement des petits malades cités dans l'intéressante communication faite par M. Guersant. Il rappelle à ce sujet un manuscrit envoyé à la Société par deux médecins de Chambéry. On voit dans ce mémoire combien les résultats des opérations sont différens suivant les lieux. A Chambéry, les malades succombaient en grand nombre : ils guérissaient presque tous à Turin, tant le climat d'Italie était propice. Notre confrère cite aussi la relation d'un médecin anglais dans laquelle l'auteur attribue la mortalité plus grande à Paris qu'à Londres après les opérations à la diète plus sévère à laquelle les malades sont soumis dans notre capitale.

— *M. Guillon* fait passer sous les yeux des membres de la Société 40 grammes de fragmens de calculs vésicaux obtenus en cinq séances par son lithotripteur. Il leur avait présenté auparavant une femme sur laquelle il a enlevé en deux minutes et demie un énorme lipôme placé sous l'aisselle. On ne voit plus qu'une trace linéaire, non adhérente, longue de 12 centimètres, seule trace de l'opération décrite dans la dernière séance.

A quatre heures la séance est levée.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

Mort et obsèques de M. Rocher, étudiant en médecine.

Dans le dernier numéro du Journal, une note ajoutée par M. Aug. Bérard à l'observation du cas de farcin chronique qui s'est présenté dans son service, faisait connaître qu'un des deux élèves (M. Rocher) chargés de recueillir cette observation, était atteint de cette même maladie qui ne tarderait point à le faire succomber. Ses prévisions se sont malheureusement réalisées, et nous avons aujourd'hui la douleur d'annoncer que M. Rocher a succombé samedi dernier, à trois heures du matin, après avoir offert tous les symptômes de la morve aiguë. Son convoi, parti de la Maison royale de Santé, a eu lieu dimanche à midi, au milieu du concours d'un grand nombre d'étudians qui ont voulu accompagner jusqu'à sa dernière demeure les restes de cet infortuné, en témoignant par leur silence et leur recueillement tout le respect que leur causait la mort prématurée de leur infortuné collègue, victime de son trop grand amour pour la science.

Rocher n'a pas été long-temps malade. Les premiers symptômes ont apparu du 23 au 27 octobre. A cette époque, il éprouva un malaise général, de la céphalalgie, quelques coliques, et son caractère s'aigrit sensiblement. C'est aussi à cette époque que, l'esprit préoccupé vivement des symptômes qu'offrait, à son examen attentif, le malade morveux placé dans son service, il témoigna à plusieurs de ses amis les craintes que lui faisait éprouver la contagion probable de cette maladie.

Lorsque, le 27 octobre, on fit l'autopsie du malade, Rocher y prit une part très active, resta un assez long temps les mains baignées par les liquides qui existaient dans les cavités splanchniques, sans toutefois s'être fait préalablement la plus petite écorchure. Néanmoins, pendant ce jour, le malaise qu'il avait les jours précédens augmenta encore ; il eut des frissons, de la fièvre à plusieurs reprises : les accès, qui devenaient de plus en plus forts, furent bientôt suivis de l'apparition d'abcès musculaires. Quelques jours après, on le transporta à la Maison de Santé du faubourg Saint-Denis, où son état ne fit qu'empirer. Il eut aussi à cette époque, par les narines, un écoulement sanieux, séro-purulent, en tout point comparable à celui qui existe chez les chevaux morveux. Dans ses derniers momens, il eut encore du délire qui devint même très violent quelques heures avant sa mort.

Ainsi, sans qu'il y ait eu inoculation directe d'un pus ou d'un virus quelconque, Rocher a pris la morve en pansant un malade atteint lui-même de cette affection. Ajoutons que depuis deux mois il l'observait avec le soin le plus minutieux, et restait chaque jour à son lit près d'une demi-heure. L'absence de tout symptôme local vient encore prouver que la morve a succédé à une infection générale de l'économie.

Rocher (Edouard-Louis-François) était né, le 2 août 1816, à Bain (Ile-et-Vilaine). Ancien élève de l'Ecole pratique et élève des hôpitaux, il était à la veille d'être reçu docteur, et ses connaissances nombreuses lui assuraient un très beau rang dans le concours de l'internat auquel sa maladie l'avait forcé de renoncer. Il eut toujours une vie des plus régulières : ses vertus étaient celles qui sont nécessaires à tout homme qui veut embrasser l'art de guérir.

Dès l'instant où l'apparition des abcès musculaires lui démontra clairement la nature de sa maladie, il s'isola autant que possible dans la crainte de communiquer sa maladie aux amis qui venaient le voir ; il poussa cette attention jusqu'à leur refuser de se laisser toucher le pouls. Il eut encore assez d'empire sur son cœur pour repousser les embrassemens d'un frère et d'une sœur venus exprès à Paris pour lui prodiguer leurs soins. Aussi, poussés qu'ils étaient par l'amour fraternel, se virent-ils contraints à chercher, à épier même, et à désirer, nous pourrions presque le dire, les momens où Rocher perdait connaissance pour pouvoir embrasser ce frère chéri, l'étreindre dans leurs bras, et s'attacher à lui jusqu'au moment où la raison revenant dans l'esprit de leur frère, les forçait à s'éloigner.

ACADEMIE DES SCIENCES. — Séance du 15 novembre.

M. Double lit un projet de réponse à une lettre ministérielle concernant la question des quarantaines, et déterminée par une communication de M. le docteur Aubert. Cette lettre soulève une discussion qui engage quelques membres à réclamer le renvoi au comité secret. (Accepté.

— M. Bérard jeune lit une observation qui tendrait à faire établir la possibilité de la transmission de la morve de l'homme à l'homme.

Renvoyé à la section de médecine et de chirurgie (1).

— M. Bouchardat donne lecture d'un travail relatif à la thérapeutique des diabètes sucrés. Ce mémoire renferme des vues nouvelles et des observations du plus haut intérêt.

Commissaires : MM. Thénard, Biot, Magendie, Dumas, Serres (2).

— M. Berthelus, chirurgien de la marine, envoie divers travaux sur la fièvre jaune et les quarantaines. (Renvoi à la commission de médecine et de chirurgie.)

— A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

M. EDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, et dont la méthode de chimie est adoptée dans plusieurs institutions, ouvrira, le 17 novembre, un cours de chimie et un cours de physique. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à une heure et celui de physique à deux heures et demie.

Erratum. — Dans le dernier n°, page 357, dernière ligne de la 3e colonne, *au lieu de* M. Cazenave, *lisez* M. Cazaux.

(1) Ce fait très intéressant concerne le malheureux Rocher, élève externe à l'hôpital Necker, dont nous annonçons la mort aujourd'hui. Nous publierons cette observation dans le n° prochain.

(2) Nous publierons ce travail en entier.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 18 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 138, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

…ITAL DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud) : Nouveau cas de morve aiguë chez l'homme. — De l'hématurie, par M. Civiale. — Académie de médecine, séance du 16 novembre. — Revue thérapeutique. Emploi chirurgical du ratanhia. Gouttes anti hystériques. Usage du chlorure d'argent. — Nouvelles. Écoles préparatoires de médecine de Dijon et de Tours.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Nouveau cas de morve aiguë chez l'homme,

Communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 6 juillet, par M. le professeur Bouillaud (1).

Depuis quelques années que, dans un beau mémoire, notre collègue, M. le docteur Rayer, a enrichi le cadre de la pathologie humaine d'une maladie nouvelle connue sous le nom de morve aiguë, divers observateurs ont eu occasion d'en recueillir des observations, et tous les ont communiquées à cette savante Société.

C'est pour imiter leur exemple que je me suis empressé de faire connaître à l'Académie le nouveau cas dont je viens d'être témoin. Ce nouveau fait présente, d'ailleurs, un certain nombre de circonstances particulieres qui ne m'ont pas paru indignes de fixer un moment l'attention de mes honorables collègues. Le diagnostic surtout a manqué de la plupart des élémens positifs sur lesquels il pouvait être établi, et bien peu s'en est fallu que ce remarquable exemple de morve aiguë ne fût entièrement perdu pour la science, ou même ne servît de base à quelque doctrine erronée.

Voici le fait tel que nous l'avons observé en présence de nombreux assistans.

I. *Exposition du fait.* — Letellier (François), âgé de dix-sept ans, journalier, demeurant rue de la Butte-Chaumont, 8, fut admis à la clinique de la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 26, le 27 juin 1841. (Il sortait du service de M. le professeur Velpeau, qui, ayant remarqué chez lui des phénomènes typhoïdes et des douleurs simulant celles du rhumatisme, jugea convenable de le faire passer en médecine.)

D'une constitution assez chétive, d'un tempérament lymphatique, vacciné, non variolé, à Paris depuis cinq ans, habituellement bien portant.

27 juin. Ce malade rapporte, d'une manière peu précise les antécédens de sa maladie actuelle : tout ce qu'on peut apprendre, c'est qu'il y a trois semaines il fut affecté, à la suite d'un travail fatigant, d'une sorte de tumeur située vers la partie supérieure et moyenne de la poitrine, tumeur qui aurait été traitée chez lui par deux applications de six sangsues et par des cataplasmes. Au bout de sept jours, pendant lesquels il avait, dit-il, gardé le lit, il fut reçu dans cet hôpital, service de M. le professeur Velpeau, Il avait alors un peu de gonflement et de rougeur dans la région sous-claviculaire gauche, affection probablement érysipélateuse ou phlegmoneuse, qui fut combattue par des vésicatoires et des onctions mercurielles. Le malade avait, dit-il, de la diarrhée et de la fièvre. Enfin, il y a deux jours, il fut atteint d'un érysipèle facial, se plaignit de douleurs dans les membres, tomba dans une sorte d'état typhoïde, et M. Velpeau, après lui avoir fait pratiquer une saignée ce matin, l'a fait passer dans notre service,

Ce jour-là M. Andry, chef de clinique, nota ce qui suit : Visage généralement un peu tuméfié. œdémateux, d'un rouge peu vif, peu ou point douloureux à la pression ; les paupières fortement tuméfiées, ferment complètement les deux yeux ; la peau du front est un peu tendue, luisante, douloureuse, bien que d'un rouge assez pâle aussi.

On remarque à la partie supérieure du sternum une petite plaie à bords irréguliers, en suppuration ; cette plaie résulterait, au dire du malade, des piqûres de sangsues ; entre cette plaie et l'épaule gauche, la peau présente encore des traces bien distinctes du vésicatoire et des onctions mercurielles indiquées plus haut.

Le visage paraît un peu abattu ; les lèvres sont sèches ; la langue est également un peu sèche et légèrement saburrale ; soif assez vive. Le malade dit avoir un peu d'appétit ; ni nausées, ni mal de gorge bien notables ; l'épigastre indolent ; le reste du ventre est indolent aussi, mais ballonné notablement [illegible] rend partout un son tympanique. Malgré ce ballonnement [illegible] constate quelques vestiges d'un gargouillement profond dans le flanc droit, dont la pression n'est d'ailleurs pas douloureuse. Trois selles dans la journée peu abondantes, mais diarrhéiques (deux d'entre elles ont été même rendues involontairement). La peau est chaude, sèche, à 40° centigr. [illegible] l'abdomen ; le pouls à 120, médiocrement développé, un [illegible] mou, pas sensiblement redoublé. Rien de notable au [illegible]ur ni dans les carotides. Un peu de toux sans expectoration. La résonnance est assez bonne partout, un peu plus faible peut-être que normalement en avant à droite et en arrière des deux côtés. La respiration est généralement un peu faible, surtout à droite et en arrière ; à gauche on distingue un râle sibilant bien prononcé et une sorte de gêne au passage de l'air.

Céphalalgie frontale ; pas d'étourdissemens ; pas de tintemens d'oreilles ; l'intelligence conservée ; sentiment de faiblesse très marqué et abattement général ; brisement et même endolorissement des membres. Saignée, 3 palettes.

28. Le lendemain, à ma visite, voici ce que je fis noter : Le malade raconte passablement ses antécédens, et dit se sentir un peu soulagé de l'*estomac.* Le visage continue à être gonflé, plus rouge que la veille, mais le malade affirme ne point souffrir à cette partie ; l'œil gauche est fermé ; demi-occlusion du droit. Lèvres sèches ; enchifrènement (1). Langue un peu sèche au milieu, rugueuse ; soif vive ; haleine aigre, un peu forte, sans fétidité typhoïque bien marquée. Peau sèche, aride, brûlante (39 à 40 degrés). Expression d'abattement et attitude de prostration. La tête très basse (2). Pouls à 132-136, mou, flasque, assez développé, non redoublé. Pas de douleur au ventre, qui est encore assez développé, météorisé (résonnance tympanique sans gargouillement) ; pas de taches typhoïdes ; sentiment de faiblesse (le malade s'est cependant levé ce matin dans un état de délire ; il chancelait, mais n'est pas tombé). Peu de sommeil, agitation, loquacité la nuit dernière. Quelques crachats visqueux venant de la bouche, d'autres crachats contenant quelques grumaux de sang et provenant des fosses nasales.

Urines un peu foncées, rougeâtres, rendues volontairement ; deux selles diarrhéiques rendues dans le bassin.

Caillot de la saignée entouré d'une énorme quantité de sérosité, rétracté en manière de champignon ; couenne ferme, bien organisée, d'une épaisseur médiocre, présentant deux couches principales, l'une amorphe, analogue à de la glu, l'autre analogue à une membrane séro fibreuse.

Prescription : Lim. citr. gom., 3 pots ; solut. sir. gros., 2 pots ; onct. avec l'axonge sur le visage et le front ; catapl. sur le ventre ; lav. guim. lin ; diète.

29. Agitation forte, délire la nuit dernière ; le malade s'est levé plusieurs fois ; ce matin il demande des alimens, ou du vin, pour diminuer sa faiblesse, disant d'ailleurs qu'il va de mieux en mieux ; même gonflement du visage, s'étendant vers la région frontale ; yeux fermés ; lèvres et dents de plus en plus sèches, croûteuses ; langue comme grillée, fuligineuse et croûteuse au milieu ; peau chaude, un peu moins sèche ; pouls à 138 ; veines extérieures gonflées. Pendant la visite même, paroles incohérentes, délirantes ; agitation et soubresauts des tendons ; le malade a rendu sous lui ses matières fécales ; ventre ballonné avec matité sus-pubienne, matité due à la présence de la vessie distendue par l'urine (on a retiré par le cathétérisme près d'un litre d'urine foncée en couleur, acide) ; pas de gargouillement dans le flanc droit ; ni taches typhoïdes, ni sudamina. Lim. citr. gom., 3 pots ; sol. sir. gros., 2 pots ; axonge ; lav. guim. ; diète.

30. Depuis hier le délire a continué, et on a été obligé d'attacher le malade ; respiration très accélérée ce matin, gonflement du visage et du front ; le malade marmotte de temps en temps quelques mots inintelligibles ; soubresauts continuels des tendons, sueur générale ; pouls à 148, filiforme ; langue fuligineuse, sèche et collante ; ventre moins ballonné ; pas de distension de la vessie ; pas de taches typhoïdes ; on aperçoit sur le visage et sur les membres des pustules non ombiliquées, et qui tiennent le milieu entre l'ecthyma et les pustules varioliques (on n'en voit qu'une aujourd'hui sur les membres inférieurs ; on constate aussi une rougeur érysipélateuse du gros orteil gauche) ; au-dessus des sourcils, en outre de l'affection simplement érysipélateuse déjà notée, on aperçoit un gonflement circonscrit avec développement de pustules confluentes, et d'ulcérations commençantes ; paupières agglutinées par une chassie purulente. Lim. citr., orge ch. 1 gros ; diète.

L'éruption pustuleuse ci-dessus frappa vivement mon attention par sa ressemblance avec l'éruption signalée par les observateurs chez les individus atteints de morve aiguë, et que j'avais déjà rencontrée moi-même, en 1837, chez un malade qui, sous plusieurs autres rapports, offrait la plus grande analogie avec celui-ci. En conséquence, je fis ajouter sur la feuille de diagnostic :

A part le défaut de jettage, le malade ressemble assez aux individus morveux.

Le malade mourut dans la journée.

Autopsie cadavérique, 26 heures après la mort.

1° *Habitude extérieure.* On remarque sur les membres supérieurs, et plus particulièrement sur l'avant-bras droit, quelques taches irrégulièrement circonscrites, un peu noirâtres, analogues à des ecchymoses. On y rencontre aussi plusieurs foyers sous-tégumentaires, les uns résultant d'une sorte d'induration du tissu cellulaire, dont les mailles ne contiennent encore qu'une petite quantité de matière puriforme ; les autres présentant une fluctuation manifeste et renfermant un pus jaunâtre et assez bien lié. Parmi ceux-ci le plus considérable, noté d'ailleurs pendant la vie, occupe la partie postérieure de l'articulation huméro-cubitale. On retrouve aussi, éparses sur les membres, le tronc et le visage, les pustules signalées pendant la vie, pustules pâlies maintenant, et comme flétries, mais contenant à leur intérieur un pus analogue à celui des foyers multiples qui viennent d'être indiqués.

La rougeur et la tension érysipélateuse de la face ont disparu, mais le gonflement du front persiste, et les deux tumeurs situées au-dessus des arcades sourcilières se montrent encore sous l'aspect d'éruptions comme furonculeuses, ulcérées à leur surface, et d'apparence gangréneuse, à fond grisâtre ou blafard, et du volume d'une petite noix. A côté d'elles toute la région des sourcils, surtout à droite, est occupée par des taches assez larges, gangréneuses aussi, et un peu ulcérées.

Les paupières sont encore à demi-agglutinées par une chassie puriforme.

La région sous-clavière gauche, siége de la tuméfaction phlegmoneuse traitée chez M. Velpeau, offre encore une sorte d'empâtement. Incisée dans plusieurs directions, elle ne fournit pas de pus, mais le tissu cellulaire présente un aspect noirâtre, un état d'épaississement, et en un mot une résolution incomplète d'inflammation phlegmoneuse.

2° *Cavités nasales, buccales,* etc. A l'intérieur des fosses nasales et de la bouche, on ne trouve pas d'excrétion particulière (il existe seulement dans les fosses nasales un peu de mucus visqueux et brunâtre, et dans l'arrière gorge une sorte de sanie gangreneuse) ; mais la muqueuse est partout d'un rouge très vif, granuleuse dans quelques points, ramollie et même un peu fongueuse dans les fosses nasales et l'arrière-gorge ; elle est criblée d'ailleurs dans ces deux dernières régions spécialement, ou de plaques grisâtres, ou d'ulcérations, ou de pustules, qui paraissent être le rudiment des ulcérations. Celles-ci, nombreuses, irrégulièrement circonscrites, sont peu profondes, en général, à fond grisâtre, d'une étendue qui varie de 4 ou 5 millimètres, à 10 ou 12 et même plus ; les plus apparentes sont situées sur les faces externe et interne des cornets auprès des méats, et dans le voisinage des orifices postérieurs des fosses nasales. Entre ces différentes ulcérations, la muqueuse est comme piquetée de petites pustules dont la couleur blanchâtre, blafarde, tranche sur le rouge vif de la membrane. A l'entrée du pharynx, on remarque une ulcération plus profonde que les précédentes, à bords irréguliers, taillés à pic, analogue à un chancre ou à un aphthe.

En incisant l'amygdale gauche, on en fait sortir quelques gouttelettes de pus. L'amygdale droite est comme déchiquetée par de petites ulcérations ; le voile du palais en est aussi criblé de manière à présenter un aspect inégal, rugueux, chagriné.

La luette est d'un rouge vif, et présente plusieurs petites plaques grisâtres (1).

La langue n'offre pas de lésions notables.

En arrière de la dernière molaire droite, on remarque un groupe de petits points pustuleux blanchâtres.

La rougeur de la muqueuse se prolonge dans le larynx et dans la trachée ; à l'origine de cette dernière, on trouve trois pustules dont la plus grosse a le volume d'un petit pois.

3° *Appareil digestif et annexes.* Rien de bien notable dans l'œsophage ni l'estomac, non plus que dans les deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle ; mais dans le tiers inférieur de celui-ci, et surtout dans le gros intestin, rougeurs vives et arborisations bien dessinées ; dans l'étendue des quinze derniers centimètres de l'iléon, on trouve quelques granulations psorentériques, quatre à cinq plaques ovalaires à follicules noirâtres, analogues à un menton récemment rasé et une ulcération assez large qu'entourent de petits points blanchâtres qui ne sont autre chose que de petites collections de matière tuberculeuse, ou des pustules renfermant à leur intérieur une gouttelette d'une matière jaunâtre, analogue à du pus, ou mieux à la matière dite tuberculeuse demi-liquide.

Plusieurs ganglions mésentériques voisins sont hypertrophiés, indurés, et ils contiennent dans leur centre des noyaux de matière blanchâtre, caséiforme ou crétacée, évidemment tuberculeuse.

Le foie et les reins ne présentent rien de notable.

La rate est d'un volume normal, un peu ramollie et contenant un sang noirâtre.

4° *Poumons.* Le poumon gauche est entièrement sain ; le poumon droit est fortement engoué, surtout postérieurement ; pas de tubercules en aucun point ; au sommet, le poumon adhère d'une manière assez intime et par des fausses membranes assez épaisses.

Les ganglions bronchiques sont un peu hypertrophiés, mélanosés, mais non tuberculeux.

5° *Appareil circulatoire.* Rien de notable pour le cœur, si ce n'est quelques concrétions sanguines à l'intérieur de ses

(1) Pour des raisons inutiles à exposer, la lecture de ce travail n'a eu lieu que le 16 novembre 1841.

(1) Les narines furent examinées avec le plus grand soin, et il n'existait aucun vestige de jettage ; en flairant à plusieurs reprises l'haleine du malade, je ne constatai aucune odeur fétide provenant des narines antérieures.

(2) Cette circonstance fut expressément notée. Je la rappelle parce qu'elle n'est plus indifférente à connaître aujourd'hui que nous connaissons la maladie principale du sujet : elle explique jusqu'à un certain point l'absence de jettage extérieur.

(1) J'ai fait présenter les pièces à mon collègue, M. Velpeau, qui avait soigné le malade avant moi, ainsi qu'il a été dit plus haut.

cavités ; l'une d'entre elles seulement, contenue dans le cœur droit, était assez ferme et un peu fibrineuse.

6° *Appareil encéphalique.* A l'ouverture du crâne, il s'écoula une quantité de sang assez considérable. Les méninges sont injectées et un peu épaissies généralement. Du reste, le cerveau est de bonne consistance. Pas d'épanchement bien notable dans ses ventricules.

11° *Réflexions.* Voilà, Messieurs, une morve aiguë parfaitement caractérisée ; et, si j'ose le dire, bien confectionnée. L'éruption pustuleuse, les ulcérations de la membrane pituitaire, qui constituent comme le corps de la maladie, les abcès sous-cutanés multiples, l'éruption pustuleuse de la peau, etc., rien n'y manque. Eh bien ! comme je le disais en commençant, bien peu s'en est fallu que la véritable maladie ne soit passée inaperçue, et ce n'est que la veille même de la mort de ce malheureux jeune homme, que j'ai diagnostiqué, ou pour mieux dire *quasi*-diagnostiqué la morve dont il était réellement atteint. Et voici comment tout conspirait ici contre le diagnostic. Les premiers médecins qui avaient vu le malade avant son entrée à l'hôpital de la Charité, n'eurent aucun soupçon de la maladie véritable. A Saint-Louis, où il se présenta, on lui promit des cartes de bains ; il se rendit de là chez un médecin de Belleville, qu'il connaissait, et qui lui conseilla le traitement que nous avons rappelé plus haut, traitement nullement dirigé contre une affection morveuse. Plus tard, le malade se présente au bureau central, d'où il est dirigé sur l'hôpital de la Charité, et placé dans le service chirurgical de notre collègue M. le professeur Velpeau. Alors il ne racontait aucune circonstance et n'offrait aucun symptôme qui pussent mettre sur la voie du diagnostic de l'affection que je viens de nommer tout à l'heure. Néanmoins il survient de graves accidens généraux, tels qu'on en observe dans les maladies appelées typhoïdes, et en même temps des douleurs, des rougeurs autour de certaines articulations simulant un rhumatisme articulaire. Alors, M. Velpeau, voyant que le cas est plus médical que chirurgical, fait transférer le malade dans mon service. Moi-même alors, pas plus qu'aucune des personnes qui entouraient le malade, n'a le moindre soupçon de la morve.

Interrogé au moment de son entrée par M. Andry, chef de clinique ; interrogé très longuement et très minutieusement par moi-même le lendemain, il déclara être tombé malade après une grande fatigue, et plus tard son père fait une déclaration semblable. La profession du malade (il avait toujours dit être journalier) ne nous fournissait aucune lumière. Enfin, jamais le malade n'a accusé la moindre douleur du côté des fosses nasales et pas le moindre jettage n'a eu lieu par les narines antérieures qui, chaque jour, furent examinées avec le plus grand soin (on nota seulement leur sécheresse et un état d'enchifrènement, phénomènes si communs dans les fièvres dites typhoïdes parvenues à une certaine période). Le double érysipèle du visage, peut-être quelqu'une de ces phlébites si communes dans les cas de graves érysipèles, peut-être aussi une véritable fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique, n'en était-ce pas assez, au premier abord, pour produire les divers phénomènes qu'on observait ? Quant à moi, le cas ne me parut point suffisamment caractérisé, et le premier diagnostic que je dictai fut celui-ci : « Erysipèle de la face à la suite d'un érysipèle de la partie antérieure de la poitrine, accompagné de phénomènes typhoïdes ; cas complexe, douteux sous certains rapports faute de renseignemens assez précis sur ce qui s'est passé pendant les trois premières semaines de la maladie. » On ajouta : *Casus gravissimus*.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, ce ne fut qu'au moment de l'éruption pustuleuse de la peau et la veille même de la mort du sujet, qu'il me vint enfin à l'esprit que nous avions sous les yeux un nouveau cas de morve aiguë chez l'homme. Mais l'absence du jettage me laissait encore quelque incertitude, et l'autopsie cadavérique seule pouvait lever tous les doutes. Pour couronner toutes les difficultés à travers lesquelles la vérité devait se faire jour, le sujet ayant été, comme on dit à l'amphithéâtre, *reconnu* par les parens, on nous invita à ne point toucher à la tête. Heureusement que ce nouvel obstacle ne nous arrêta pas, et l'examen des fosses nasales prouva que notre *quasi-diagnostic* n'avait rien eu de téméraire. Au reste, les pièces qui ont été mises sous les yeux de l'Académie, bien qu'elles ne fussent plus fraîches alors, conservaient encore les traces évidentes de la morve aiguë.

Toutefois, ce n'était pas assez que d'avoir prouvé par l'inspection des pièces que le malade avait bien succombé à la morve aiguë : il fallait encore prendre de nouvelles informations et recueillir, s'il était possible, des renseignemens plus satisfaisans sur la cause essentielle de la maladie. Or, voici les renseignemens que nous possédons à ce sujet.

Le père de Letellier nous a formellement déclaré, à M. le docteur Andry, chef de clinique et à moi, que son fils, pendant tout le temps où il avait été employé à l'administration de l'entreprise générale des voitures de place, avait pansé et conduit successivement deux chevaux morveux, et qu'il avait couché à côté de ces chevaux, dont il n'était séparé que par une cloison en bois.

Letellier ne s'est jamais plaint, d'après ce que m'a rapporté son père, d'aucune douleur ni d'aucun autre symptôme du côté des fosses nasales. Avant d'entrer à l'hôpital il éprouvait seulement du malaise, de la faiblesse et des douleurs dans les membres. Je laisse de côté quelques autres détails qui m'ont été fournis par le père de Letellier, pour en faire connaître de plus positifs, de plus directs encore, tels qu'ils m'ont été communiqués par M. Leblanc, sur la demande de notre honorable confrère, M. le docteur Rayer. Je ne saurais trop remercier ces savans observateurs du zèle et de l'empressement qu'ils ont apportés à la recherche de ces détails. Ce qui suit est extrait de la lettre de M. Leblanc.

« M. Camille, l'un des gérans de l'Entreprise générale des voitures de place, a déclaré que Letellier était depuis huit mois attaché à cette entreprise ; que pendant ce temps, il n'avait pansé et conduit que deux chevaux, l'un pendant deux mois, l'autre pendant six mois (c'était ce dernier qu'il conduisait quand il est allé à l'hôpital.) M. Camille a dit que *ces deux chevaux étaient suspects de morve.* Il nous a fait examiner celui qui avait été conduit en dernier lieu par Letellier. C'était une jument sous poil bai châtain zanie, hors d'âge. Les ganglions lymphatiques sous-linguaux gauches formaient une tumeur légèrement bosselée, circonscrite, indolente. Sur les naseaux il coulait un liquide mucoso-purulent grumeleux, d'un blanc sale, dont une partie adhérait aux poils des naseaux et était desséchée ; le liquide était beaucoup plus abondant du côté gauche que du côté droit. Les cavités nasales contenaient une grande quantité de ce liquide. La membrane muqueuse nasale était épaissie, luisante. Les sinus veineux de la cloison étaient fortement engorgés. Cette jument, qui, du reste, était en bon état, dont le poil était luisant, était donc atteinte de la morve chronique. M. Camille nous a dit qu'elle était morveuse depuis plus de six mois, par conséquent pendant tout le temps qu'elle a été confiée à Letellier, lequel à chaque instant du jour et de la nuit a eu des rapports avec elle. » (M. Leblanc a *marqué* cette jument par ordre de M. le préfet de police. Le 9 de ce mois elle était encore dans l'établissement de MM. Letessier, Camille et comp.)

Le fait étant désormais complet, nous avons pensé qu'il méritait d'être communiqué à l'Académie et jeté dans le domaine public. On voit qu'il confirme sous tous les rapports capitaux ceux qui ont été publiés sur le même sujet. Mais il est vraiment intéressant sous le point de vue des longues difficultés qu'a éprouvées le diagnostic, et il tend à prouver que la morve aiguë, bien qu'infectant des parties extérieures et palpables, peut néanmoins long-temps et jusqu'à la veille de la mort affecter en quelque sorte une *forme latente*. Mais dans ce cas comme dans tant d'autres où les maladies sont aussi déclarées à l'*état latent*, il est possible, par l'acquisition de nouvelles données soit étiologiques, soit séméiologiques, de parvenir au diagnostic, cet élément essentiel de la médecine clinique, sans lequel celle-ci ne saurait justement et légitimement prétendre au titre et à la dignité de véritable science.

Parmi les accidens consécutifs et généraux propres à fournir d'importantes données au diagnostic (données surtout bien précieuses en l'absence des signes locaux directs, et des renseignemens étiologiques), on doit, si je ne me trompe, placer en première ligne cette éruption pseudo-variolique dont nous avons parlé plus haut.

M. le professeur Trousseau, auquel je parlai (12 juillet 1841) du cas présent, me fit part d'un cas de morve observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine, et qu'il ne reconnut qu'après la mort. Dans ce cas il nota, comme circonstance *curieuse*, qu'il avait rencontré une éruption qu'il prit d'abord pour une variole anomale, ajoutant même qu'il avait été tenté de s'inoculer avec la matière des pustules, ce qu'heureusement il ne fit pas. Quoi qu'il en soit, cette éruption varioliforme chez un sujet morveux frappa vivement son attention, au point que l'ayant observée chez un sujet mort d'une maladie aiguë qui avait présenté quelque chose d'insolite dans sa marche, et qui avait été placé dans le service de notre collègue, M. Bérard, il annonça que le sujet était mort de la morve. L'autopsie cadavérique justifia cette prévision. (M. Bérard a d'ailleurs, je crois, communiqué ce cas à l'Académie.)

Cette éruption s'est rencontrée également dans un cas encore inédit, qui a été adressé à notre collègue, M. Rayer, par M. Alexander, d'Utrecht. (M. Alexander avait déjà publié des cas de morve dans les *Archives*.)

Ce dernier cas, comme les observations que je viens de lire à l'Académie, et comme d'autres encore, sont relatifs à des sujets devenus morveux pour avoir été en contact avec des chevaux atteints de morve chronique, circonstance qu'il n'est pas inutile de noter.

Bien qu'il soit de mon intention de ménager autant que possible les momens de l'Académie, je ne terminerai point sans exprimer le vœu de voir la commission instituée par vous pour l'étude de la morve, venir prochainement vous faire connaître les résultats de ses recherches. Il n'est aucun de vous, Messieurs, qui ne s'associe à ce vœu, en réfléchissant que le rapport de la commission exercera la plus haute et la plus légitime influence sur les mesures à prendre par l'autorité compétente pour prévenir des malheurs semblables à ceux que l'Académie a déjà eus à déplorer. C'est une mission vraiment digne de vous, Messieurs, que d'éclairer l'administration en pareille circonstance. En effet, assez de victimes humaines ont été sacrifiées à ce nouveau monstre qui vient d'infester notre monde pathologique. Qu'il se contente désormais de victimes d'une espèce moins noble. Si donc les cas trop nombreux déjà qui ont été communiqués à l'Académie depuis quatre à cinq ans, vous ont suffisamment convaincus du fait de la transmission de la morve aiguë à l'homme par des animaux, les chevaux principalement, atteints de la même maladie, aiguë ou chronique, hâtez-vous, Messieurs, hâtez-vous de le proclamer hautement. Certes, on aurait bien le droit de dire que votre silence aussi serait, à sa manière, une véritable calamité publique, puisque tous les malheureux connus qui ont contracté la morve aiguë ont payé de leur vie le défaut de mesures prophylactiques convenables.

Il est bien vrai que depuis déjà deux ans un projet de nouvelles mesures sanitaires sur le point qui nous occupe a été rédigé par le conseil de salubrité et adressé à M. le préfet de police. Mais il résulte de la lettre que notre collègue, M. Rayer, m'a écrite à l'occasion d'un nouveau cas de morve que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, que l'arrêté n'a pas encore été mis à exécution (juillet 1841). Peut-être attend-on que l'Académie se soit prononcée sur une aussi grave question d'hygiène publique. S'il en était ainsi, ce serait une nouvelle raison pour inviter la commission de la morve à ne pas différer plus long-temps son rapport.

— Depuis quatre mois que ce travail devait être lu à l'Académie, trois nouveaux cas de morve ont été récemment observés dans les hôpitaux de Paris. L'un de ces derniers cas, plus douloureux encore qu'aucun de ceux recueillis jusqu'ici, est relatif à un étudiant en médecine mort d'une morve aiguë par lui contractée en soignant un malade atteint d'abord de farcin chronique, puis de morve aiguë, dans le service de notre collègue, M. A. Bérard. Ce déplorable événement ne saurait fixer trop vivement toute l'attention, toute la sollicitude de l'Académie. Pourquoi faut-il que le premier cas de transmission d'une affection morveuse de l'homme à l'homme soit précisément relatif à un membre du corps médical, à un jeune étudiant qui se recommandait par les qualités les plus précieuses, et qui promettait d'être un jour un médecin des plus distingués ! Ne semble-t-il pas que ce funeste choix d'une victime qui nous touche de si près doive nous faire redoubler de zèle pour préserver l'humanité de nouvelles catastrophes du même genre ?

DE L'HÉMATURIE.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Par M. le docteur CIVIALE.

L'hématurie est la sortie d'une certaine quantité de sang pur ou mêlé avec de l'urine. Il est arrivé pour elle, comme pour l'incontinence ou la rétention d'urine et le catarrhe vésical, qu'on en a fait une maladie en quelque sorte essentielle. J'établirai que, dans la grande majorité des cas, elle n'est réellement qu'un symptôme, un effet consécutif, et que plusieurs maladies diverses peuvent la produire avec des variétés infinies.

Il importe au praticien de constater l'existence de l'hématurie, de reconnaître le lieu d'où provient le sang, et de déterminer la nature des lésions qui en occasionnent l'écoulement.

A. *Moyens de constater l'existence de l'hématurie.* — Cette première partie du problème présente moins de difficultés qu'on ne l'a cru. Il n'y a qu'un très petit nombre de cas exceptionnels dans lesquels la teinte de l'urine puisse faire naître quelques doutes, qui s'évanouissent même aussitôt qu'on examine avec soin le malade. Cependant, la coloration de ce liquide est parfois telle qu'au premier aspect on le croirait mêlé de sang, bien qu'il n'en contienne pas, comme on le voit après l'usage de quelques substances médicamenteuses et de certains alimens, entre autres les betteraves rouges et les fruits de la raquette. Ce qui d'ailleurs justifie jusqu'à un certain point les doutes dans plusieurs cas d'hématurie, c'est sa diversité infinie des teintes que l'urine présente, et qui dépendent de la proportion du sang, de sa nature, suivant qu'il vient des artères ou des veines, du temps durant lequel il est resté en contact avec le liquide urinaire, et des qualités de ce dernier.

Le rose et le noirâtre sont les extrêmes, entre lesquels on rencontre un nombre immense d'intermédiaires. Il est rare, d'ailleurs, quand le sang abonde dans l'urine, qu'il y demeure à l'état liquide : il se prend en caillots dont la couleur ne ressemble souvent pas à celle qu'ils ont d'ordinaire. Cette différence peut dépendre du mélange avec le mucus vésical et avec l'urine, ou même d'une action chimique exercée par celle-ci sur le sang.

J'ai dit qu'il fallait, pour lever tous les doutes, procéder à l'examen du malade. On ne doit pas s'arrêter aux sensations accusées par lui. Rien, effectivement, ne varie plus que les sensations qui précèdent et accompagnent le pissement de sang. Comme celui-ci n'est, dans la majorité des cas, que la conséquence d'une maladie organique ou d'un trouble fonctionnel de l'appareil urinaire, on peut observer tous les symptômes qui appartiennent à chacune de ces maladies, à chacun de ces troubles, sans qu'il y en ait aucun de particulier à l'hématurie. Les auteurs qui ont fait une affection spéciale du pissement de sang, et qui ont vu en lui la maladie toute entière, y ont accolé une série de phénomènes morbides, les uns précurseurs, les autres concomitans, dont on ne se rend pas raison, qui n'existent même point dans une multitude de circonstances. Ainsi, Sœmmering dit qu'il est rare que la sortie du sang ne soit pas accompagnée d'une violente douleur, de spasmes, d'angoisses, de défaillances, de sueurs froides, de refroidissement des membres, etc. Il faut qu'en traçant ce tableau l'auteur ait eu sous les yeux un cas bien extraordinaire, car la pratique ne montre jamais rien de semblable. C'est pourtant à l'aide de ces prétendus symptômes qu'il croit pouvoir aussi parvenir à distinguer si le sang vient de la vessie, car quand il suppose que les reins en sont la source, ces organes font, suivant lui, éprouver au malade des douleurs sourdes ou lancinantes. Quiconque a observé la nature demeurera convaincu que Sœmmering a écrit ces lignes sous la dictée de sa seule imagination. J'ai fait voir ailleurs ce qu'on doit penser des douleurs lombaires, dites rénales, qui n'existent pas dans la plupart des hématuries.

B. *Moyens de reconnaître d'où vient le sang.* — Le sang peut venir de l'urètre, de la vessie, des uretères ou des reins. Un petit nombre de symptômes et la manière dont l'écoulement se fait fournissent quelques données à cet égard ; mais, quoi qu'on ait dit, ces données ne sont pas tellement exactes, qu'il y ait impossibilité absolue de se méprendre.

1° *Hémorrhagie urétrale.* On a eu raison de dire qu'il fallait distinguer le pissement de sang proprement dit de l'hémorrhagie urétrale. Ce sont deux phénomènes essentiellement différens, bien qu'ils semblent avoir été plus d'une fois confondus l'un avec l'autre.

Tous les praticiens savent qu'assez souvent il sort une petite quantité de sang par l'urètre dans la gonorrhée, et que chez les hommes atteints de ce qu'on appelle la chaudepisse cordée la seule force des érections ou le redressement de la verge, opéré d'une manière quelconque, peut être suivi d'une hémorrhagie même assez considérable. Les excès de coït pro-

duisent quelquefois cet effet. Il n'est pas rare non plus que l'introduction d'un instrument, d'une sonde ou d'une simple bougie, la cautérisation, la scarification et certaines manœuvres pour l'extraction des calculs urétraux entraînent un écoulement de sang qui dure parfois des heures entières, se reproduit souvent après avoir cessé pendant quelque temps, et peut même être assez considérable pour donner des inquiétudes.

La plupart du temps, on apprécie sans peine la portée de la cause qui a été mise en action. Les symptômes ne sont pas non plus difficiles à saisir. Dans certains cas cependant, le diagnostic présente des difficultés. Je citerai ici un fait récent.

Un sexagénaire éprouvait depuis quelques mois, mais de loin en loin seulement, de légers troubles dans les fonctions de la vessie spécialement des difficultés pour faire partir l'urine. Il attacha peu d'importance à cette incommodité. Mais tout à coup éclata une rétention d'urine, qui dura près de vingt-quatre heures. On fut obligé de recourir à la sonde, les bains, les applications émollientes et les émissions sanguines n'ayant pas réussi. Les difficultés d'uriner ne venaient pas de l'urètre, car l'instrument pénétrait avec une grande facilité. Une sonde flexible fut laissée à demeure pendant quelques jours; elle incommoda le malade qui apprit ensuite à se sonder: il pouvait rester trois heures et au-delà sans vider sa vessie. Cet état ayant continué, et l'urine étant devenue muqueuse et fétide, je fus appelé en consultation. La veille, il se manifesta subitement une hématurie abondante, contre laquelle on employa successivement l'eau froide en fomentations et en lavemens, les boissons acidulées et plus tard la saignée du bras; le sang ne cessa de couler que par suite d'une syncope. Cet accident jeta le malade dans un grand abattement; son pouls était petit, faible et vibratile; il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures au moment de la consultation, mais il éprouvait des besoins depuis quelque temps. Je le sondai avec précaution, et retirai environ une pinte et demie d'urine un peu fétide, louche et d'un jaune foncé. Il n'y avait pas de sang. Celui-ci s'était écoulé tout entier par l'urètre, d'une manière continue, sans efforts, sans contractions vésicales; ce qui prouvait qu'il venait du canal ou du col de la vessie. Il est probable qu'en introduisant la sonde, le malade avait froissé la membrane muqueuse urétrale, et donné ainsi lieu à une exhalation sanguine, qui ne reparut plus. Mais l'état général ne s'améliora pas d'une manière notable; il survint même de la fièvre, qui persista pendant plusieurs jours. Je fus donc obligé d'ajourner l'exploration de la vessie, objet spécial de la consultation. On continua l'usage de la sonde, renouvelée, deux ou trois fois par jour. Les forces revinrent peu à peu, et je pus enfin explorer la vessie, dans laquelle je ne découvris absolument rien, si ce n'est une atonie des parois. Les injections froides, les lavemens froids et les douches amenèrent une amélioration notable. Evidemment il ne s'agissait ici que d'une paralysie incomplète de la vessie; la stagnation forcée de l'urine avait donné lieu aux troubles généraux et aux premiers accidens locaux. Evidemment aussi le sang ne venait que de l'urètre ou du col vésical. L'hémorrhagie n'était pas assez grave pour exiger autre chose que des applications froides. Dans le cas où elle serait devenue par trop abondante, il y aurait eu indication de placer à demeure une grosse sonde. On doit être surpris de ce que ce moyen si simple ait été négligé. La compression, exercée à l'extérier, ne la vaut pas à beaucoup près, car elle expose à ce qu'un caillot se forme dans le canal, et à ce que le sang reflue dans la vessie, ainsi qu'il s'en est présenté récemment quelques exemples.

2° *Hématurie vésicale.* — C'est de la vessie que le sang provient dans la plupart des cas; il ne s'écoule pas également de tous les points de la surface interne du viscère. S'il y a un fongus, un cancer, ou quelque autre altération locale circonscrite, le point malade est la source de l'hémorrhagie. On en peut dire autant des cas où la membrane muqueuse est atteinte d'une ancienne phlegmasie partielle. Une circonstance le prouve; c'est qu'on voit surtout sortir le sang lorsque les sujets finissent d'uriner; en général la première urine n'en contient pas du tout; quelquefois cependant le liquide coule d'abord sanguinolent, puis il s'éclaircit, et sur la fin il reparaît teint de sang jusqu'aux dernières gouttes. En examinant la vessie après la mort, on trouve la membrane muqueuse noirâtre aux environs du col, et parsemée de capillaires sanguins très développés, qui peut-être ont suggéré l'idée de ces varices vésicales auxquelles on a cru devoir recourir ici pour expliquer un phénomène qui n'est cependant pas rare dans les phlegmasies des autres membranes muqueuses. La rougeur et l'injection sont parfois très circonscrites, ce qui donne à la face interne du viscère une apparence marbrée.

Au reste, le sang ne se mêle à l'urine qu'autant que celle-ci existe en grande quantié dans son réservoir; si elle est peu abondante, il se ramasse en caillots noirâtres. Chez les sujets atteints d'une affection catarrhale intense, ancienne, générale, on le trouve toujours mêlé à l'urine, ou plutôt aux dépôts muqueux qu'elle contient. La couleur qu'il donne aux glaires est tantôt rouge, tantôt, et le plus souvent, bleuâtre, brune, noirâtre; rarement aperçoit-on des stries de sang pur.

Quand l'hématurie dépend d'une sur distension de la vessie par l'accumulation de l'urine ou par une injection forcée, le sang paraît suinter de tous les points de l'organe indistinctement, ou du moins je n'ai jamais été en position de reconnaître que l'exhalation s'opérât sur l'un plutôt que sur l'autre.

Dans quelques cas de pierre volumineuse, avec hypertrophie de la vessie, les contractions énergiques du viscère, qui serrent les parois contre le corps étranger, donnent quelquefois lieu à une exhalation sanguine abondante et répétée. Le sang peut alors venir également de toute la surface de l'organe, tandis que quand la vessie ne se contracte pas avec violence, et que les frottemens de la pierre s'exercent principalement sur le pourtour du col vésical, c'est de ce dernier endroit qu'émane le aang.

3° *Hémorrhagie rénale.* — Les cas dans lesquels on est fondé à soupçonner que le sang rendu par la verge vient des reins ou des uretères, si toutefois on ne découvre pas d'autre cause dans l'urètre et la vessie, sont ceux de fortes contusions et de plaies pénétrantes à la région lombaire. Qu'il y ait eu rupture de quelques vaisseaux sanguins, ou seulement perturbation de la fonction, on conçoit que le pissement de sang ait eu lieu alors, surtout si les reins sont déjà malades ou contiennent des corps étrangers. En toute autre circonstance rien ne justifie même le soupçon de cette origine. L'hématurie elle-même qui peut résulter de l'arrêt des calculs à l'orifice ou sur le trajet des uretères, et de leur cheminement le long de ces conduits, ne s'annonce à nous par aucun signe particulier. Il est donc plus sage, au lieu de se perdre comme on l'a fait en hypothèses, pour arriver à l'énonciation d'un moyen quelconque, de reconnaître d'où le sang tire sa source, d'avouer l'insuffisance absolue de l'art, tant sous le rapport du diagnostic que sous celui de la thérapeutique.

On a voulu rapporter aux reins les hématuries dites critiques, c'est-à-dire les écoulemens d'urine sanguinolente ou de sang presque pur, qui surviennent vers la fin de quelques maladies graves. Rien n'établit qu'en pareil cas le sang provienne du lieu qu'on lui assigne pour point de départ, et je ferai voir plus loin que la vessie devenant paresseuse dans la plupart des maladies graves, sans qu'en général on y donne aucune attention, la distension que l'urine lui fait éprouver la dispose à fournir de sa surface une exhalation sanguine. J'en dirai autant des pissemens de sang qui succèdent quelquefois à la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal; dans tous ceux dont on a cité des exemples, on avait négligé de constater l'état de la vessie, où des explorations exactes auraient peut-être fait découvrir une disposition propre à rendre raison du phénomène, sans qu'on eût besoin de recourir à des métastases au moins problématiques.

La plupart des signes dont parlent les auteurs n'ont été établis qu'après coup, et ne servent à rien au lit du malade. Que signifie, par exemple, cette phrase d'un auteur moderne, que le sang est plus intimement mêlé à l'urine dans l'hématurie rénale! il aurait fallu indiquer les moyens de reconnaître ce degré prétendu caractéristique de l'union des deux liquides. Encore même n'eût-on pas été beaucoup plus avancé pour cela, puisque nous venons de voir que dans l'hématurie vésicale, le sang épanché se montre sous toutes les formes, depuis celle du liquide pur et coulant, jusqu'à celle de dissolution parfaite et de caillots ou grumeaux plus ou moins volumineux. En dernière analyse, on n'a si souvent admis autrefois l'hématurie rénale que parce qu'on ne possédait pas des moyens assez précis d'exploration de la vessie, dont la plupart du temps même on ne faisait aucun usage. Il est donc permis de croire qu'elle deviendra de plus en plus rare, qu'on la réservera pour les cas où nos moyens actuels d'investigation des organes urinaires ne fourniront aucun éclaircissement, et qu'elle sera alors comme une sorte de fiche de consolation pour ceux qui se contentent d'annexer tant bien que mal une cause au phénomène dont ils sont témoins.

Au reste, je ne prétends pas par là que le sang ne provienne jamais des reins; car plus d'une fois l'autopsie est venue révéler que telle était réellement sa source. Ainsi, Cooper a trouvé cinq livres de sang grumeleux dans un rein, et M. Walter a vu aussi un de ces organes distendu par un mélange de sang et de pus. Tout ce que je veux établir, c'est que nous ne possédons aucun moyen de constater l'hématurie rénale.

Il y a un grand nombre d'espèces d'hématurie dépendante, les unes de causes locales, et les autres se rattachant plus ou moins à l'état général du sujet.

Je me bornerai à présenter de très courtes remarques sur les espèces les plus communes de la première catégorie, et qu'on rencontre le plus communément dans la pratique. Comme causes de l'état morbide dans ces cas, nous retrouvons la plupart des circonstances capables d'apporter le désordre dans l'excrétion de l'urine, entre autres, les états nerveux du col vésical, l'atonie de la vessie, etc; ce qui prouve qu'un simple état de raideur de l'urètre suffit, c'est qu'en mettant fin aux phénomènes nerveux, on fait cesser l'hématurie. Je citerai pour exemple un jeune homme dont l'urètre était fort irritable et sensiblement rétréci à son orifice externe. Ce malade souffrait beaucoup, et depuis long-temps, aux régions lombaire et vésicale; il lui arrivait souvent de rendre des urines sanguinolentes, dont les dernières gouttes étaient même du sang presque pur. Le cathétérisme explorateur fut douloureux et suivi d'une éruption varioloïde, après laquelle sa santé se trouva si dérangée qu'il fallut différer de trois mois le traitement pour lequel j'avais été appelé. Lorsque je pus l'entreprendre, il me suffit de diminuer la sensibilité de l'urètre au moyen des bougies, et de débrider le méat urinaire, pour faire cesser les douleurs et l'écoulement de sang: tous les phénomènes morbides disparurent en peu de temps. Un grand nombre de faits analogues se sont offerts à moi, et constamment j'ai obtenu un résultat aussi heureux de l'emploi des mêmes moyens.

L'hématurie a lieu bien plus fréquemment quand un obstacle organique quelconque oblige l'urine à séjourner dans la vessie. Quelle que soit la nature de cet obstacle, si le viscère éprouve une distension qui se prolonge ou se répète un certain nombre de fois, l'urine peut devenir sanguinolente. Les faits suivans le démontreront.

Un peintre, âgé de soixante-dix ans, éprouvait depuis plusieurs années des difficultés d'uriner. Les besoins devinrent de plus en plus rapprochés, et il fallait de longs efforts pour les satisfaire. Le malade, d'un caractère assez insouciant, s'occupa d'autant moins de cette indisposition qu'il ne souffrait pas. A la suite d'un petit voyage en voiture, les difficultés d'uriner s'accrurent, et l'urine sortit chargée de sang; mais la promptitude avec laquelle le liquide revint à son état naturel, ramena bientôt la sécurité que cet accident avait un peu troublée. Plus tard, le sang reparut en plus grande quantité, et, pendant plusieurs jours, les bains, le repos et les boissons adoucissantes eurent le même succès que la première fois; et il ne resta de cette attaque que des besoins d'uriner plus fréquens, plus difficiles à satisfaire; l'urine coulait souvent goutte à goutte ou par un très petit jet, quelquefois même elle s'échappait à l'insu du malade. Une troisième hématurie se déclara; pendant trois jours il sortit une quantité de sang considérable, et il survint une rétention complète, qui durait déjà depuis douze heures quand je fus appelé. L'impossibilité d'introduire une sonde ordinaire à cause de l'étroitesse du canal, et la nécessité d'apporter un prompt secours, me déterminèrent à faire usage d'une très petite sonde. Cet instrument pénétra avec peine, mais sans que j'eusse besoin d'employer la force, et donna issue à beaucoup d'urine noire et fétide. Au bout de deux jours, la sonde métallique fut remplacée par une autre en gomme élastique, dont j'accrus successivement le volume, de sorte qu'en un mois le canal se trouva dilaté au point d'admettre un instrument de trois lignes. Ce fut au huitième jour seulement que le sang cessa de couler avec l'urine; celle-ci peu à peu s'éclaircit et perdit son odeur fétide. Mais la vessie avait perdu la faculté de l'expulser, ou du moins elle ne se débarrassait que du trop-plein. Je fus donc obligé de m'astreindre à la vider deux fois par jour: chaque fois je retirai plus d'une pinte de liquide. Les injections froides n'eurent pas un effet aussi prompt que de coutume, car plusieurs mois furent nécessaires pour ranimer la contractilité vésicale. J'y parvins néanmoins; et pendant sept années que le malade a survécu, il n'a éprouvé que de loin en loin de légères difficultés d'uriner, qui cédaient toujours à l'introduction de la sonde, et n'a jamais rendu du sang.

Deux états morbides existaient ensemble ici: le rétrécissement de l'urètre et l'atonie de la vessie. Celle-ci devait son origine à la coarctation urétrale; mais elle était arrivée au point que l'émission de l'urine ne pouvait se faire d'une manière complète, même après la destruction du rétrécissement.

Le cas cuivant n'est pas sans analogie avec celui que je viens de rapporter, Il fournit d'ailleurs un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic de l'hématurie.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance comprend un mémoire de M. Bonnet (de Lyon) sur le strabisme, et une lettre de M. Royer-Collard qui demande un tour de faveur pour une lecture. (Accordé.)

— *M. le président* annonce que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le samedi 11 décembre dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— *M. Double* lit, au nom de MM. Pariset, Villermé et au sien, un rapport sur un travail de M. Mélier, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, travail ayant pour titre: « Etudes sur les subsistances envisagées dans leur rapports avec les maladies et la mortalité. » M. le rapporteur commence par féliciter les candidats aux places vacantes dans le sein de l'Académie de venir ainsi, la veille du scrutin, montrer qu'ils sont hommes d'études, de fonds, et qu'ils ne sont point étrangers aux usages académiques. C'est là, dit-il, un excellent procédé que MM. Mélier et Devergie n'ont pas perdu de vue, et qui nous a valu de leur part deux excellentes communications.

Le prix des céréales a particulièrement fixé l'attention de M. Mélier, et après des études pénibles et prolongées, ce médein est arrivé à pouvoir démontrer par des chiffres ce que ceux qui l'avaient précédé n'avaient fait qu'indiquer sans en donner la preuve, savoir que le prix du blé et du pain exerce une haute influence sur la santé et la mortalité des populations. Lorsque le blé et le pain sont à un taux très élevé, la mortalité augmente, et *vice versâ*.

Nous ne suivrons pas M. Double dans les développemens qu'il a donnés à cette partie du travail de M. Mélier. L'auteur, l'histoire à la main, a montré par quelle chaîne naturelle la cherté du blé et du pain exerce une fâcheuse influence sur la santé. Parmi les exemples nombreux qu'il mentionne, nous nous bornerons à citer le suivant: « En France, dit-il, la population s'est accrue de 1815 à 1835 de 12 p. 100; eh bien, la même proportion a existé durant ces vingt années dans l'augmentation du blé. »

M. Mélier n'a examiné dans son travail que les causes de mortalité qui se lient directement au prix des céréales. Quant aux autres qui exercent aussi de l'influence sous le point de vue qui nous occupe, il les a passées sous silence. En signalant cette lacune, M. Double engage les hommes de labeur qui suivent la même voie que M. Mélier à s'efforcer de la combler. Il désire qu'il le fasse avec le même bonheur que l'auteur du mémoire qu'il analyse.

Les idées qui dominent le travail de M. Mélier, dit M. Double en terminant, ne sont point nouvelles: des économistes politiques très distingués, M. Ch. Dupin entre autres, avaient déjà formulé la plupart de ces principes, mais ils ne les avaient point étayés sur des preuves irrécusables. En dirigeant avec tant de bonheur ses études sous ce dernier point de vue, M. Mélier a donc rendu un grand service; c'est pourquoi nous vous proposons de renvoyer son travail au comité de publication.

M. Dupuy dit que l'origine du mal est ici dans la conservation des cultures triennales, qui tendent à diminuer les bestiaux, et par conséquent à augmenter le prix de la viande.

M. Loiseleur-Deslongchamps confirme par quelques exemples les idées qui sont formulées soit dans le travail de M. Mélier, soit dans le travail de M. Double.

M. Villermé présente quelques considérations sur le livre de M. J. Berthon, qui, dit-il, n'est guères plus connu en Angleterre qu'en France. Cet auteur a fait pour son pays ce que M. Mélier vient de faire pour la France.

M. Desportes ne sait pas jusqu'à quel point les lectures des candidats puissent avoir une heureuse influence sur les choix de l'Académie. Quant au rapport qu'il vient d'entendre, il est étonné que M. Mélier et M. Double lui-même ne se soient point arrêtés à d'autres causes qui exercent aussi une influence sur la mortalité des populations. Il établit par des faits que l'impôt doit être pris en grande considération, et que presque toujours son augmentation a compliqué les disettes.

Plusieurs membres sont inscrits pour cette discussion, mais l'Académie devant se former en comité secret, M. Londe propose de renvoyer cette discussion à une prochaine séance. Cette proposition n'est point adoptée.

La conclusion du rapport de M. Double est mise aux voix et adoptée.

— *M. Royer-Collard* lit un travail ayant pour titre : « Des tempéramens considérés dans leurs rapports avec la santé. »

Transmission de la morve aiguë par contagion de l'homme à l'homme. — *M. A. Bérard* fait la communication suivante : La transmission du farcin et de la morve du cheval à l'homme est un phénomène que des faits nombreux et bien observés ont mis hors de doute ; et personne aujourd'hui ne conteste la réalité de cette contagion. Mais, jusqu'à ce jour, il était sans exemple qu'un homme affecté de la morve aiguë eût communiqué cette maladie aux personnes qui l'approchaient et desquelles il recevait des soins. Cependant cette espèce de contagion était à craindre, puisque la propriété contagieuse de la morve de l'homme était démontrée par le résultat des inoculations faites sur les chevaux avec le pus provenant des malades atteints de cette terrible maladie.

Aujourd'hui cette crainte se trouve malheureusement confirmée, et c'est une observation de contagion de la morve de l'homme à l'homme que je viens communiquer à l'Académie.

M. Rocher, étudiant en médecine, externe dans mon service à l'hôpital Necker, était chargé du pansement d'un malade affecté de farcin chronique, puis de morve aiguë à laquelle il a succombé le mois dernier (1). Les pansemens ont nécessité un contact journalier entre le malade et l'élève ; de plus, celui-ci, plein de zèle pour la science, prolongeait encore ses relations avec le farcineux, en se livrant à un examen minutieux de tous les symptômes de la maladie dont il recueillait l'observation avec le plus grand soin.

Après la mort du malade, M. Rocher prit une part très active à l'ouverture du cadavre ; et pendant qu'on sciait les fosses nasales, il maintint le crâne immobile en appuyant ses mains sur les tégumens des tempes et de la face qui étaient le siége de l'éruption gangréneuse de la morve. Je dois ajouter que pendant tout le temps que Rocher pansa le malade, il n'eut ni écorchures, ni plaies aux mains ; il eut toujours soin de se laver après avoir touché le malade.

Telles sont les circonstances au milieu desquelles M. Rocher a contracté la maladie. Un peu avant la mort du palefrenier, ce malheureux élève éprouvait déjà des coliques, de la diarrhée ; mais ce ne fut que dans la nuit qui suivit l'autopsie cadavérique que le mal fit explosion. M. Rocher se réveille avec du frisson, auquel succède la fièvre et un endolorissement général. Les deux jours suivans, quoique courbaturé, il se lève et quitte encore la chambre ; mais le troisième jour, les douleurs deviennent beaucoup plus vives et se localisent dans la cuisse gauche, l'épaule droite et le côté droit de la poitrine. Le cinquième jour, je découvre dans l'épaisseur de la cuisse et de l'épaule des tumeurs ayant le caractère des tumeurs farcineuses, et je porte dès lors le pronostic le plus grave sur l'issue de la maladie. Dans les jours qui suivent, la tumeur de l'épaule est résorbée ; celle de la cuisse se ramollit et devient fluctuante. J'en fis l'ouverture avec le bistouri six jours après son apparition. Le liquide qui s'écoule est formé de pus mêlé avec du sang. Il a été recueilli et livré à M. Leblanc, vétérinaire distingué, qui l'a inoculé le jour même à un cheval.

Cependant une nouvelle tumeur précédée d'une douleur excessive apparaît sur la malléole interne du pied droit, et dans l'espace de trois jours elle arrive à suppuration.

Enfin, quatorze jours après l'invasion de la maladie, la peau du nez devient rouge, chaude et douloureuse ; le lendemain, la rougeur s'étend aux joues, aux paupières, au milieu du front ; des phlyctènes gangréneuses, des pustules apparaissent çà et là sur les parties rouges et gonflées du visage.

Ces désordres sont encore plus prononcés le jour suivant ; un liquide sanguinolent s'écoule en abondance par le nez ; de nombreuses pustules recouvrent toutes les parties du corps, et M. Rocher succombe dans la nuit, le seizième jour de la maladie.

Le cheval inoculé est mort le même jour que M. Rocher, après avoir éprouvé les symptômes du farcin et de la morve aiguë. L'examen de ses fosses nasales a montré les lésions qui caractérisent cette dernière affection.

L'observation dont je viens de rapporter les élémens, ajoute M. Bérard, prouve sans réplique la propriété contagieuse de la morve de l'homme à l'homme. Ce n'est point par inoculation que M. Rocher a contracté la maladie ; il n'a pas eu d'écorchures aux doigts pendant tout le temps qu'il a pansé le palefrenier morveux ; il ne s'est ni piqué, ni coupé à l'autopsie ; il a toujours eu l'attention de se laver les mains avec soin après avoir touché le malade. C'est donc par suite d'une infection miasmatique analogue à celle de la petite-vérole, de la scarlatine, que ce malheureux jeune homme a contracté la morve.

Sous le rapport de la science, ce fait présente déjà un grand intérêt, mais il offre encore plus d'importance sous le rapport de la santé publique ; il nous montre que ce n'est pas sans danger qu'on donne des soins aux individus affectés de la morve, et il engagera par conséquent les médecins à prendre et à recommander certaines précautions pour se mettre à l'abri de la contagion autant que possible, sans toutefois manquer aux devoirs de la profession. Je dois ajouter que ce fait est de nature à éveiller la sollicitude du gouvernement.

Je propose, en conséquence, que l'Académie nomme une commission spéciale pour étudier cette question sous ce point de vue.

M. Bouvier fait remarquer qu'on n'est pas complètement certain que Rocher n'a pas appliqué par mégarde le liquide morveux sur une de ses muqueuses.

M. A. Bérard répond que ce malheureux jeune homme prenait les plus minutieuses précautions, et que rien n'autorise à soupçonner qu'il ait commis la moindre imprudence à cet égard.

— *M. Bouillaud* présente une observation de morve aiguë chez l'homme. (*Voir* plus haut.)

— *M. Rayer* présente des pièces d'anatomie pathologique très curieuses, provenant d'un homme mort de la morve.

(1) Nous avons publié cette observation avec tous ses détails dans le n° du 13 novembre. L'étudiant dont parle M. A. Bérard est celui dont nous avons annoncé la mort dans le dernier numéro.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Gouttes anti-hystériques.

Pr. Cyanure de potassium,	5 centigr.
Hydrolat de laitue,	80 gramm.
Sirop de fleurs d'oranger,	25 gramm.

Mêlez et faites dissoudre.

Pour une potion dont on administrera une cuillerée à café toutes les dix minutes.

M. le docteur Jorat indique cette préparation comme l'une des plus efficaces que l'on puisse prescrire dans les accès d'hystérie simple, et il dit que cinquante-cinq cas de succès lui ont démontré la réalité de cette action.

Emploi chirurgical du ratanhia.

M. le docteur W.-P. Johnson rapporte, dans le *Medical Examiner*, deux cas de fissures de l'anus traités avec succès par le ratanhia mis en usage comme l'a conseillé M. Bretonneau ; et le docteur J.-B. Biddle rappelle, dans le même journal, un cas de prolapsus du rectum et un autre de leucorrhée guéris par des injections pratiquées avec la même substance. Il faut dire, toutefois, que MM. Johnson et Biddle emploient une préparation de ratanhia faite d'après la formule suivante, et qu'ils la regardent comme bien préférable, pour son efficacité, à celle qui a été usitée en France :

Pr. Poudre de ratanhia,	15 gramm.
Eau de fontaine,	180

Placez la poudre dans un appareil à déplacement ou dans un entonnoir de verre fermé par un bouchon de liége à son extrémité inférieure ; versez le liquide par-dessus, et laissez en macération pendant une heure ou deux. Alors, retirez le bouchon pour faire s'écouler le liquide, repassez ce dernier à deux ou trois reprises ; déplacez-le ensuite, ajoutant peu à peu la quantité d'eau nécessaire pour faire écouler [...] grammes de liqueur. Ainsi préparé, le médicament contient, par [...] que 30 grammes (1 once), de 12 à 14 décigrammes (24 à 28 grai[ns]) d'extrait de ratanhia.

Usage du chlorure d'argent.

Le docteur J.-C. Perry, de Philadelphie, recommande l'usage [du] chlorure d'argent de préférence à celui du nitrate de ce métal, comme étant plus certain dans ses effets, plus facile à appliquer, moins susceptible de décomposition et libre de toute odeur désagréable. La meilleure forme sous laquelle on puisse l'administrer est celle de pilule ; cependant lorsqu'il s'agit de le faire prendre aux enfans, on peut [le] donner à l'état de poudre et en suspension dans un peu de sirop. S[ix] décigrammes (douze grains) ont pu être administrés tous les jours pendant trois mois, sans qu'il en soit résulté d'inconvéniens et sa[ns] que la peau ait pris cette coloration brune à laquelle l'azotate argentique donne si souvent lieu.

Dans les cas d'épilepsie, quinze centigrammes (trois grains) de chlorure, donnés quatre ou cinq fois par jour, produisent des effets semblables à ceux du nitrate, mais plus marqués.

Dans la dysenterie chronique, vingt-cinq milligrammes (un demi-grain) à quinze centigrammes (trois grains), donnés trois fois par jour, amènent immédiatement une diminution dans le nombre des selles et une amélioration des autres symptômes.

L'écoulement menstruel, suspendu depuis des années, reparaît sous l'influence de ce médicament donné pendant deux ou trois semaines.

Enfin, M. Perry s'en est servi aussi avec avantage contre la dysenterie chronique et les accidens secondaires de la syphilis.

(*The american medical Intelligencer*, 1841.)

Ecoles préparatoires de médecine.

On lit dans le *Moniteur* un rapport de M. le ministre de l'instruction publique, une ordonnance en date du 12, qui établit à Dijon une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Le personnel de cette école est composé ainsi qu'il suit :

Chimie et pharmacie : M. Léné, professeur titulaire. — Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Fleurot, titulaire. — Anatomie et physiologie : M. Paris, titulaire. — Clinique interne : M. Salgues, titulaire. — Pathologie interne : M. Vallot, titulaire. — Clinique externe : M. Vallé, titulaire. — Pathologie externe : M. Vialannes, professeur adjoint. — Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Naigeon, titulaire.

Directeur de l'école : M. Séné, professeur de chimie et de pharmacie ; — Directeur honoraire : M. Antoine, chef de l'ancienne école secondaire médicale.

Professeurs honoraires : M. Poncet et Sédillot, précédemment attachés à l'école secondaire médicale.

— Une autre ordonnance, datée du 11, porte les nominations suivantes à l'école préparatoire de Tours :

Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Leclerc fils, médecin de l'hôpital de Tours, professeur titulaire. — Anatomie et physiologie : M. Thomas, titulaire. — Clinique interne : M. Charcellay, médecin des aliénés de l'hôpital de Tours, titulaire. — Pathologie interne : M. Haime, professeur adjoint. — Clinique externe : M. Tonnelé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, titulaire. — Pathologie externe : M. Hurpin, chirurgien adjoint de l'hôpital de Tours, adjoint. — Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. M. Crozat, titulaire.

Directeur de l'école : M. Tonnelé, professeur de clinique externe.

Suppléans : MM. Allain-Dupré, Morand et Origet, docteurs en médecine.

Chef des travaux anatomiques : M. Allain-Dupré.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 20 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 139, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Du traitement de l'ophthalmie et de l'arthrite blennorrhagiques. — HOPITAUX DE LONDRES (M. Bright). Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales. (Suite.) — Nouvelles recherches sur le diabète sucré, par M. Bouchardat. — Revue thérapeutique. Essai de l'oléo-résine de copahu. Mucilage du psyllium. Nouvelle espèce de gélatine. Nouvel aliment. — FEUILLETON. Réponse de M. Bégin au discours de M. Gerdy. — Bibliographie. Traité des maladies des enfans, par Berton. Histoire des progrès que la médecine doit à l'auscultation, par Peyraud. Relation des asphyxies par le gaz de l'éclairage, par Tourdes. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du traitement de l'ophthalmie et de l'arthrite blennorrhagiques.

Lundi dernier est sorti de l'hôpital de la Charité un jeune homme qui, à la suite d'une blennorrhagie, a été affecté d'une ophthalmie et d'une arthrite blennorrhagiques. M. Velpeau a profité de cette circonstance pour exposer la thérapeutique qui lui paraît la plus efficace contre ces deux affections. Je vais donner le résumé de cette leçon.

La blennorrhagie donne à certaines maladies des caractères spéciaux qui en changent pour ainsi dire la nature; ses effets sont surtout manifestes sur les yeux et sur les articulations. Je n'exposerai point ici les idées de M. Velpeau sur les rapports qui existent entre certaines affections, soit des yeux, soit des articulations, et la gonorrhée. Dans cet article, je ne me propose que d'insister d'une manière toute particulière sur le traitement conseillé et mis en usage par M. Velpeau, contre l'ophthalmie et l'arthrite blennorahagiques.

1° *Ophthalmie blennorrhagique.* — Cette maladie se développe généralement avec tant de rapidité, ses ravages sont si prompts et si souvent funestes pour l'organe affecté, qu'il est de la plus haute importance d'agir avec énergie dès le début du mal. Le moindre retard, une médication peu active, peuvent ici avoir les conséquences les plus fâcheuses.

Attaquée à son origine, la phlegmasie cède souvent; mais plus tard, c'est-à-dire lorsqu'elle a envahi la cornée, (et cet envahissement peut avoir lieu dans les 24 heures), les moyens thérapeutiques les plus convenables et les mieux dirigés ne peuvent ordinairement en arrêter les progrès. Il faut que les jeunes praticiens soient bien pénétrés de cette remarque, qui a d'ailleurs été notée par tous ceux qui se sont occupés des maladies des yeux d'une manière spéciale. M. Velpeau pense même que si les chirurgiens étaient appelés dès que les premiers symptômes de la maladie commencent à se montrer, on pourrait arrêter son développement à l'aide de quelque collyre légèrement astringent. Mais il en est rarement ainsi; les malades ne viennent ordinairement réclamer des soins que lorsque l'affection a déjà acquis un degré de gravité plus ou moins prononcé.

Quoi qu'il en soit, la gravité de cette maladie est si généralement reconnue, qu'on a tout essayé pour en triompher. Toute la série des moyens généraux et locaux que le raisonnement peut indiquer ont été mis à contribution. Je ne suivrai pas M. Velpeau dans l'examen qu'il a fait de ces différentes ressources; je dois me borner ici a faire connaître sa pratique.

Moyens locaux. — Les topiques émolliens, adoucissans, doivent être rejetés; ils sont plus nuisibles qu'utiles; il faut ici des remèdes actifs. Les Anglais vantent beaucoup la solution de sublimé à la dose de 1 décigramme de sublimé dans 120 décigrammes d'eau distillée; ils font aussi usage du calomel et de l'onguent mercuriel, et disent en obtenir des succès remarquables. Quant à M. Velpeau, le remède qui lui paraît le plus efficace est le nitrate d'argent en solution ou en crayon. Ce chirurgien emploie cette solution plus ou moins concentrée suivant les cas, de 5 centigrammes à 1 et 2 grammes de sublimé pour 30 grammes d'eau. Voici les préceptes qu'il a formulés à cet égard, et qu'il met en pratique depuis quelque temps.

On sait que cette espèce d'ophthalmie débute par la conjonctive oculaire; telle est du moins la remarque faite par M. Velpeau. Eh bien! lorsque la phlegmasie est encore à son début, que la muqueuse seule est prise sans qu'il existe encore de chémosis, la solution de nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau suffit ordinairement. Si la conjonctive est déjà épaissie, s'il y a de l'infiltration entre les mailles de son tissu et le tissu cellulaire sous jacent, si cette membrane forme un bourrelet autour de la cornée, la solution est élevée à la dose de un demi-gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Enfin, lorsque le tissu de la cornée est envahi; lorsqu'il offre une teinte pâle ou grisâtre, la dose que je viens d'indiquer serait insuffisante; M. Velpeau la porte alors à 1 et même à 2 grammes de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau. Quelque concentrée que paraisse cette solution, il n'y a rien à craindre: la pratique doit être aujourd'hui bien fixée sur ce point. On doit savoir, au surplus, qu'en Angleterre et en Belgique, on ne balance pas à élever encore cette dose de 1 ou 2 grammes.

Quant aux effets de cette médication, voici ce que M. Velpeau a observé: Les symptômes inflammatoires se calment dans les vingt-quatre heures; la maladie est arrêtée dans sa marche; mais elle n'est pas guérie complètement. On diminue alors progressivement la dose jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre, ce qui arrive dans l'espace de cinq à dix jours. Mais hâtons-nous d'ajouter que cette médication, comme toutes les autres, du reste, n'est réellement efficace que lorsque le tissu de la cornée n'est pas encore désorganisé; s'il en était ainsi, on ne pourrait conserver aucune espérance.

Moyens généraux. — L'efficacité de la solution de nitrate d'argent est incontestable; des faits, maintenant très nombreux, le prouvent de la manière la plus évidente. Mais ce traitement ne doit pas être employé seul si on veut en obtenir de bons effets; il importe de lui associer les saignées générales et locales plus ou moins abondantes, selon les forces des sujets. Si le malade est fort, vigoureux, M. Velpeau ordonne une, deux et même trois saignées générales et une application de sangsues dans la première journée; le lendemain, si les symptômes morbides persistent, il fait la même prescription. On comprend du reste que, sur ce point, on ne peut établir de règle générale: c'est au médecin à se guider suivant les cas.

Pendant qu'on emploie la médication que je viens d'indiquer, il faut aussi attaquer l'écoulement urétral, lorsqu'il existe encore, par des moyens appropriés. Le traitement mis en usage dans ce but, par M. Velpeau, est le mélange suivant: Huit à dix grammes de copahu, vingt-grammes de cubèbe et cinq centigrammes d'extrait thébaïque: on en fait six bols. Le malade doit en avaler trois par jour, un le matin, un à midi, un le soir. Si l'écoulement ne paraît pas être modifié par cette dose, on donne les six bols dans une seule journée. On se comporte du reste à cet égard suivant les circonstances.

En résumé, le traitement employé par M. Velpeau contre l'ophthalmie blennorrhagique est le suivant: 1° solution de nitrate d'argent à la dose de 5 à 5 centigrammes 1/2, 1 ou 2 grammes pour 30 grammes d'eau distillée; 2° émissions sanguines générales ou locales, proportionnées à l'intensité de la maladie et à la force du sujet; 3° enfin, cubèbe et copahu pour faire disparaître l'écoulement de l'urètre.

2° *Arthrite blennorrhagique.* — Il arrive assez fréquemment que chez les sujets affectés de gonorrhée, l'articulation du genou se tuméfie et présente les caractères de l'hydarthrose ordinaire. Cette tuméfaction est remarquable en ce sens qu'elle est ordinairement peu douloureuse et qu'elle ne suppure que très rarement. Quoique dans la plupart des cas on en triomphe facilement, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut persister après la disparition de la blennorrhagie qui lui a donné naissance et devenir ainsi le point de départ d'une maladie grave de l'articulation. Cette remarque indique assez qu'on doit se tenir en garde contre une pareille affection et qu'il est essentiel de la combattre à son début.

En pareil cas M. Velpeau emploie les médications suivantes: la blennorrhagie est combattue de la même manière que nous l'avons indiqué plus haut. Si le malade est fort et vigoureux, une ou plusieurs saignées à quelques jours d'intervalle sont

FEUILLETON.

RÉPONSE DE M. BÉGIN AU DISCOURS DE M. GERDY (1).

« Je m'abstiendrais d'entretenir nos lecteurs du dernier discours de rentrée de la Faculté de médecine de Paris, si ce travail, inspiré sans doute par des sentimens louables, ne nous semblait de nature à produire un effet entièrement contraire à celui que l'auteur s'est proposé, et surtout s'il ne présentait sous un aspect inexact les rapports de deux hommes dont j'ai eu à m'occuper dans ce recueil, et à la mémoire desquels je dois rester fidèle, en repoussant tout ce qui pourrait la ternir.

Les hommes graves réunis dans l'amphithéâtre de l'Ecole ont entendu avec étonnement cette mercuriale, écrite sous l'influence d'une telle préoccupation, que la vérité, à raison de son exagération, y prend presque à chaque phrase le caractère du paradoxe.

En établissant, par exemple, que le concours, malgré son imperfection, est encore le meilleur mode de remplacement des professeurs, l'orateur de la Faculté a certainement émis une opinion qui a pour elle la logique et l'expérience. Mais n'a-t-il pas gratuitement blessé les amours-propres, les convenances, et, ce qui est plus sérieux, la vérité elle-même, en prétendant que les Facultés sont d'autant plus brillantes, plus vivaces et plus fortes qu'elles se composent de plus de jeunes professeurs? Dans les corps enseignans, comme dans toutes les grandes associations, il importe que, près d'hommes jeunes, actifs et désireux de parvenir par d'honorables efforts, se trouvent des hommes que l'expérience a mûris, et dont la célébrité, justement acquise autant qu'universellement consacrée se répande sur la compagnie tout entière. L'ancienne Faculté de Paris, malgré la décrépitude que lui a reprochée l'orateur, devant les membres qui en restent encore, a formé les professeurs qui composent la nouvelle, et ceux-ci auront assez bien rempli leur tâche, s'ils parviennent à former des successeurs qui les vaillent.

N'est-ce pas une funeste pensée que celle qui s'applique à mettre en relief, devant la jeunesse, les imperfections possibles résultant des progrès de l'âge. Ne voit-on pas, qu'en agissant ainsi, on excite son impatience, on affaiblit le respect qu'elle doit, celui que nous devons tous, aux hommes qui ont laborieusement déblayé les voies scientifiques, aujourd'hui si doucement parcourues? Une saine morale veut que l'on apprenne aux jeunes générations à honorer chez les vieillards les services et les travaux de l'âge mûr, au lieu de ne parler que de leur inertie, de leur impuissance.

Est il donc bien moral de s'acharner contre toutes les supériorités scientifiques, de les déshabiller en quelque sorte, de rechercher leurs imperfections, de les exagérer, et de livrer ainsi leur vie à la risée ou à l'indignation publique? Je comprends que lorsqu'un homme, arrivé à une position élevée, abuse de ses facultés, de son influence pour faire le mal, ou même pour ne pas réaliser tout le bien que l'on devait attendre de lui; je comprends, dis-je, qu'il soit attaqué et combattu, parce qu'il y a espoir de le ramener à de meilleurs sentimens, de le mettre dans l'impossibilité de nuire.

Mais lorsqu'un grand homme est mort, qu'importent aux générations qui lui succèdent les travers de son esprit, ou les taches de son caractère? Elles ne doivent voir en lui que le génie luttant contre les obstacles, les aplanissant; arrivant à la renommée par le travail, les luttes, les succès. C'est ce tableau qu'il convient de présenter à la jeunesse, si l'on veut élever son âme, échauffer son cœur, et l'exciter à imiter d'illustres exemples, dans ce qu'ils ont eu de glorieux.

Pour mieux faire ressortir les torts privés de Dupuytren, l'orateur de la Faculté s'est complu à créer entre ce grand chirurgien et Sanson des relations dont sa féconde imagination a fait presque tous les frais. Sanson n'a pas fait la thèse de Dupuytren, ni mis à sa disposition des trésors de science que Dupuytren n'avait pas cessé de posséder; mais il l'aida puissamment, en mettant en ordre les notes éparses que le maître avait entassées, en arrêtant leur rédaction, en faisant marcher un travail qui, sans cette intervention active et décidée, aurait langui peut-être au delà du terme de rigueur. Singulière destinée que celle de cette thèse de Dupuytren! Je tiens d'un médecin honorable que Delpech, de son côté, affirmait qu'elle était son ouvrage, et qu'il l'avait envoyée toute rédigée à celui dont elle avait contribué à assurer le succès.

Le fait est que Dupuytren écrivait avec facilité; mais il retouchait incessamment à son travail, et ne le croyait jamais assez parfait. Il avait cependant préparé douze à quatorze feuilles d'un traité de médecine opératoire, qu'il abandonna, et qui formèrent une partie des prolégomènes de Sabatier. Sa collaboration à ce dernier ouvrage fut active et efficace au-delà de ce que l'on pourrait croire, si l'on tient compte de ses autres occupations. Beaucoup d'additions importantes ont été écrites de sa main; presque toutes les autres ont été suggérées, développées, expliquées par lui, de manière à ne plus exiger que la rédaction. Quant aux épithètes accollées au nom de Dupuytren et à ceux de ses antagonistes, il n'en a dicté aucune: nous n'aurions pas voulu les couvrir de notre signature; plusieurs fois il a adouci des passages de polémique qui lui semblaient trop acerbes.

Quant à Sanson, au début de sa carrière, et pendant long temps encore, élève de Dupuytren au même titre que beaucoup d'autres, il a constamment trouvé près du maître, appui, conseils et protection. L'histoire de sa vie en est un témoignage continuel; mais le service était en rapport avec le caractère de l'homme qui le rendait comme avec celui de l'obligé. Sanson a été pauvre, mais d'une pauvreté relative, qui n'a jamais eu besoin d'aumônes, quoi qu'en dise l'auteur du Discours de rentrée. Cette pauvreté, semblable à celle que tant de médecins ont supportée, était allégée par le travail; et, dans sa médiocrité, l'existence de l'homme qu'elle aiguillonnait fut toujours honorable. Je relèverais bien d'autres inexactitudes dans la mercuriale que j'examine, mais cet examen me ferait dépasser les bornes que je me suis prescrites. Il est à noter seulement que Sanson n'a jamais servi que dans la garde impériale, où nous l'avons connu.

Grâce au discours qui devait constituer la partie la plus importante de la solennité, la dernière séance de rentrée de la Faculté laissera dans les esprits de pénibles souvenirs. Presque tout le monde y a failli en quelque chose: l'orateur, en imprégnant son discours d'acrimonie et d'exagération, à propos de moralité, aussi bien qu'en sortant à tout propos du vrai et du convenable; la Faculté, en tolérant qu'un professeur qui a jeté sur elle un éclat dont elle profite encore, fût publiquement, dans son enceinte, livré à une critique injuste et passionnée; les élèves eux-mêmes, en paraissant sanctionner, par des applaudissemens qui suivirent les dernières paroles de l'orateur, des attaques qu'un silence général aurait dû accueillir.

La Faculté a réparé autant que possible sa faiblesse et son erreur en se refusant, dit-on, à l'insertion du discours dans la collection officielle de ses actes. Espérons que M. Gerdy écoutera, de son côté, les réflexions qui lui sont adressées de toutes parts; il comprendra qu'on peut être honnête sans être acerbe ou violent; et que s'attaquer aux morts, et fouiller dans les grandes renommées afin de faire ressortir les imperfections qui les déparent trop souvent, est une mission triste et desséchante, indigne d'un noble caractère, et qui ne peut conduire à aucune moralité solide. L.-J. BÉGIN.

— Nous recevons à l'instant une copie de la lettre que M. Pigné, neveu de Dupuytren, a adressée à M. Getdy; comme elle relève à peu près les mêmes faits que l'article de M. Bégin, nous ne croyons pas nécessaire de la reproduire. Voici seulement la fin des réflexions dont M. Pigné l'accompagne.

(1) ...s empruntons au dernier numéro des *Annales de chirurgie* ...onse énergique et accablante de M. Bégin; elle vient à l'ap... ...ment que la presse a porté sur le discours de rentrée et jus... ...ent le blâme que nous avons émis et qui nous vaut de la ...erdy tant d'injures et de calomnies. A ces attaques plei... ...nous n'opposerons que la marche du Journal, elle prou... ...avons dévié et si quelque considération privée a fait taire ...sentiment du devoir et l'instinct inné de l'opposition.

indiquées. Comme topiques, des linges imbibés de solution d'alun et de potasse, de chloridrate d'ammoniaque à la dose de 30 grammes de ces substances pour 500 grammes d'eau distillée; des onctions avec l'onguent mercuriel, et les grands vésicatoires volans convenablement combinés, produisent les plus heureux résultats. Voici la marche généralement adoptée par M. Velpeau dans l'emploi de ces topiques : pendant trois ou quatre jours, l'articulation malade est couverte de linges imbibés d'une des solutions précédemment indiquées. Quelquefois ce topique suffit pour triompher de la maladie. Si, au bout de ce temps, le gonflement persiste, il enveloppe toute l'articulation d'un large vésicatoire volant. Lorsque celui-ci est sec, il emploie les onctions mercurielles et un bain de vapeur, suivant les cas. Si la maladie n'a point disparu après cette première combinaison, il recommence de la même manière, et il est rare qu'au bout de quinze à vingt jours la tuméfaction n'ait pas à peu près complètement disparu.

Chez le malade dont j'ai parlé au commencement de cet article, la thérapeutique conseillée par M. Velpeau a complètement réussi. Je pourrais citer plusieurs faits analogues, dont les élèves qui suivent la clinique chirurgicale de la Charité ont été témoins. J'y reviendrai dans une autre circonstance.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE DIABÈTE SUCRÉ (GLUCOSURIE);

Par M. A. BOUCHARDAT, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

(Extrait d'une lecture faite à l'Institut de France, dans la séance du lundi 15 novembre 1841). (1)

La science doit beaucoup aux recherches laborieuses de M. Bouchardat, relatives au diabète; dans les travaux qui ont précédé celui que nous publions aujourd'hui, l'auteur s'était attaché à donner une théorie complète de la maladie, et il avait établi les relations qui existent entre l'ingestion des alimens féculens et la production du sucre dans le diabète sucré ou glucosurie (2). Il lui restait alors à établir des données thérapeutiques découlant naturellement de cette première idée, et, chose plus difficile, à lever toutes les difficultés relatives au traitement curatif de cette désespérante affection.

Le premier point était d'amener les malades à s'abstenir volontairement, et d'une manière continue, de l'usage du pain ordinaire. Ici les plus grandes difficultés se présentaient; car le plus souvent, malgré les recommandations les plus instantes, et malgré la surveillance la plus attentive, les malades ne peuvent consentir à prolonger long-temps cette abstinence, et la plupart succombent à la tentation avant la fin du traitement; s'ils avaient éprouvé quelque amélioration jusqu'à cette époque, les accidens reparaissent plus intenses, des tubercules se forment dans les poumons, et la mort vient mettre fin à leurs souffrances physiques et morales. Cette terminaison funeste a mis M. Bouchardat à même de pouvoir constater que pendant les quelques jours qui précédent la mort, le sucre disparaît des urines; ce fait singulier, qui pourrait faire croire à une amélioration, est facile à expliquer, si l'on réfléchit que quelques jours avant l'issue funeste les malades s'abstiennent de nourriture, et par conséquent d'alimens féculens.

La mort de trois malades, arrivée après l'oubli du régime indiqué, engagea M. Bouchardat à reprendre ses expériences; cette fois il put s'aider de l'appareil de polarisation circulaire de M. Biot (3), et en a obtenu les plus grands secours. Nous laissons parler l'auteur de ces recherches.

Deux points m'ont vivement préoccupé.

1° Trouver un aliment qui pourrait remplacer le pain sans avoir ses inconvéniens pour les diabétiques.

2° Rétablir l'économie diabétique dans l'état normal.

Éclairé par les expériences si intéressantes de la commission dite de la gélatine, sur les propriétés essentiellement nutritives du gluten, je pensai immédiatement à faire préparer avec ce principe un aliment susceptible de remplacer le pain. C'est le problème précisément inverse à celui que nous avons cherché à résoudre, il y a bientôt dix ans, dans un mémoire que nous avons présenté, M. le duc de Luynes et moi. Nous voulions jadis faire entrer la plus grande quantité possible de fécule dans le pain; je désirais aujourd'hui en obtenir un contenant la moindre proportion possible de ce produit. La difficulté de la préparation du gluten pour un usage de tous les jours était un obstacle à la réalisation de mes projets, lorsque je pensai que la Société d'encouragement avait accordé une récompense à M. E. Martin pour avoir isolé le gluten dans sa préparation de l'amidon. Je m'adressai à ce fabricant distingué, il s'empressa de me faire préparer du pain de gluten; mais, quoi qu'il pût faire, l'addition d'un cinquième de farine fut toujours nécessaire pour obtenir ainsi un pain très léger, ayant une saveur agréable.

Ce n'est point encore là un résultat radical, car notre pain contient encore un sixième de fécule; mais c'est une grande amélioration, car 200 grammes de ce pain avec une bonne alimentation animale peuvent suffire, et la proportion de fécule ingérée dans un jour se trouve réduite à 35 grammes environ, ce qui en définitive est fort peu de chose, et ce qui rend l'alimentation des diabétiques extrêmement facile.

La série de questions que je cherchais à aborder offrait des difficultés beaucoup plus sérieuses; en effet, pour rétablir l'économie diabétique dans l'état normal, il faut ou une de ces heureuses inspirations qu'on a bien rarement, ou une connaissance exacte de la nature de la maladie. Dans ce cas particulier, cette connaissance peut suffire, car il ne s'agit point ici de ces affections qui entraînent à leur suite des lésions irréparables; aucun organe essentiel à la vie n'est primitivement affecté; c'est plutôt une aberration de fonctions, mais une aberration rebelle. Les lésions d'organes, les tubercules pulmonaires, par exemple, sont consécutifs. L'affection primitive doit guérir; si on n'a pas réussi jusqu'à présent, c'est que la vraie cause de la maladie a échappé à nos investigations.

Voici les considérations qui m'ont guidé. La sécrétion acide de la peau est subitement et complètement interrompue dans le diabète, voilà une cause profonde de perturbation; les muqueuses et les glandes de l'appareil digestif fournissent des liquides dont la composition chimique se trouve modifiée par suite de cette suppression; la production alcaline se trouve presque complètement remplacée par la production acide.

Peut-on conclure de là que ces acides, qui se trouvent en quantité plus considérable dans l'appareil digestif, réagissent sur la fécule pour la transformer en sucre? Évidemment non; car j'ai vérifié, et il y a déjà long-temps de cela, que les acides, ou minéraux ou organiques, n'avaient aucune influence pour transformer la fécule en sucre à la température où la digestion s'effectue. Mais il est une remarque qui ne doit point nous échapper, partout où ces acides organiques existent en proportion notable on rencontre à côté cette modification de l'albumine qui agit en transformant la fécule en sucre: voilà ce qui s'observe dans la maturation des fruits. La même coïncidence doit se présenter dans l'économie diabétique, et le point de départ de la maladie serait la suppression de l'urine et la perversion de sécrétion des muqueuses et des glandes de l'appareil digestif.

Si on admet cette hypothèse, et l'observation et l'expérience m'ont nettement démontré cette perversion de sécrétion, il s'agira donc de diriger tous les efforts du traitement rationnel vers le rétablissement des fonctions de la peau. Je dois l'avouer, bien des tentatives infructueuses ont été faites dans cette direction. Ainsi les bains de vapeur, vantés par Oribase, Bardsley et tant d'autres, ne m'ont jamais paru avoir une influence curative bien évidente; il en est de même des bains sulfureux, conseillés par Altomare et beaucoup d'autres médecins; de l'hydrosulfate d'ammoniaque, préconisé par Rollo, et dont la pratique a eu beaucoup d'imitateurs.

Voici les moyens de rétablir les fonctions de la peau qui m'ont paru efficaces dans la glucosurie: 1° vêtement de laine en quantité suffisante pour provoquer une diaphorèse constante; 2° les ammoniacaux et les opiacés administrés à l'intérieur.

M. Bouchardat a rapporté ensuite quelques observations dont nous allons donner l'analyse:

Co' e t (Adolphe-Emmanuel), actuellement âgé de dix-huit ans. Depuis trois ans environ il est diabétique. L'invasion de sa maladie a coïncidé avec la suppression d'un exanthème. Ce jeune homme est venu à l'Hôtel-Dieu à plusieurs reprises. Quand il entre à l'hôpital sa maladie est intense, sa soif est ardente, son appétit considérable; il rend de dix à quinze litres d'urine limpide, sans odeur de petit-lait sucrée, d'une densité de 1029 à 1036, qui contiennent près d'un kilogramme de sucre. Sa salive est acide; ses dents sont noires ou tombées; ses intestins distendus rendent son abdomen proéminent. Il est amaigri et frêle; mais au moyen de l'abstinence de féculens et d'une bonne nourriture ses forces reviennent, son embonpoint renaît, son énergie reparaît, l'ennui de l'hôpital le gagne et chaque fois il sort, croyant toucher au jour de sa guérison.

Il est entré la dernière fois à l'Hôtel-Dieu, le 22 mai; il a été couché dans le service de M. Roux, salle Sainte-Marthe.

Le tableau qui suit indique les particularités que son traitement a présentées.

TABLEAU N° 1.

DATE.	POUVOIR ROTATOIRE.	LONGUEUR DU TUBE.	PROPORTION DE SUCRE par litre.	QUANTITÉ D'URINE.	TOTAL DU SUCRE.	NOURRITURE.	
		millim.	gr.	lit.	gram.		
9 juin.	8,5	306,0	65.38	9,25	601,76		
11	6,5	307,0	50.00	4,50	225,00	Pain ordinaire,	680
14	7,5	313,0	53.27	5,00	266,35	Pain de gluten,	680
15 juillet.	11,5	312,5	80,15	5,00	408 00	Pain ordinaire,	440
20	12,0	312,0	90,52	5,66	512,43	Id.,	440
22	11,5	314,5	86,00	6,00	516,00	Id.,	680
23	10,5	308,0	80 00	5,60	448,00	Id.,	680
24	9,0	310,0	68.33	4.50	307.47	Id.,	680
25	9,0	310,0	68,33	6,00	409 98	Pain de gluten,	600
27	9,0	315,0	67.40	4.00	269 60	Pain ordinaire,	440
29	9,0	310,0	68,33	3,75	256,33	Pain de gluten,	500
30	9,0	311,0	68,10	3,50	238,35	Id.,	500
31	10,5	310,0	83.00	4,10	340,30	Id.,	500
2 août.	9,0	313,0	67,70	4,00	270.80	Pain ordinaire,	440
5	10,0	303,0	77,70	3.00	233,10	Pain de gluten,	500
16	10,0	318,0	74,71	3,00	224,13	Id.,	500
21	7,0	311,0	52.65	3,10	163,21	Id.,	500
1er septemb.	10,0	317,0	74.34	2,75	204.33	Id.,	500
11	9,0	311,0	68,01	2,25	153,22	Id.,	500

2° Boitruzet (Pierre-Hubert), âgé de quarante-un ans, maréchal, est entré à l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1841. Il est diabétique depuis un an environ.

Le tableau suivant présente les mêmes données que celles indiquées dans le tableau précédent.

(1) Le travail de M. Bouchardat, accompagné de tous les développemens nécessaires, fait partie de l'Annuaire de thérapeutique et de pharmacologie pour l'an 1842, publié par M. Germer Baillière (sous presse).

(2) Annuaire de thérapeutique et de pharmacologie, 1841.

(3) L'emploi des caractères optiques comme moyen de diagnostic immédiat des diabètes, est de la plus grande importance; ceux de nos lecteurs qui voudraient en faire usage, trouveront une indication très complète dans le mémoire publié par ce savant académicien. (*Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences*, 28 décembre 1840.)

« Pendant les dix-huit mois qu'a duré la maladie de Sanson, je suis demeuré près de lui, et souvent je lui faisais des lectures. L'ouvrage qu'il affectionnait le plus, et celui par conséquent qu'il se faisait lire le plus souvent, était les Hommes illustres de Plutarque. Un jour, je lui lisais la vie d'Épaminondas, et je n'oublierai jamais le ton avec lequel il me dit : « Il faut avouer que Plutarque était un bien honnête homme; il est impossible que cet écrivain ne fût pas vertueux dans toute l'acception du mot. » Je doute fort que la lecture de votre discours suit jamais l'objet d'une réflexion semblable, car la vertu ne s'exprime jamais avec violence, calomnies ou médisance.

» J.-B. PIGNÉ. »

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des enfans depuis la naissance jusqu'à la puberté; par M. BERTON, avec des notes de M. BARON. — Deuxième édition. Un volume in-8°.

Le livre que je viens de lire, et dont je dois vous rendre compte, est un travail sérieux qui m'a procuré plaisir et instruction; aussi vais-je tâcher de vous le faire connaître avec quelques détails.

Il m'a intéressé d'abord par un compte-rendu fidèle et une appréciation juste de tous les travaux tant anciens que modernes sur la pathologie de l'enfance. Parmi les modernes, depuis la nouvelle édition d'Underwood jusqu'au traité récent de M. Valleix et en passant par les travaux de Billard, de MM. Denis, Richard, Fabre, Constant, Rufz, Guerhard, Becquerel, Delaberge, Rillet, Barthez, etc., l'auteur a tout parcouru, tout exploré avec intelligence.

L'introduction est consacrée à des considérations générales sur les maladies des enfans. Dans le premier chapitre, la séméiotique, les soins à donner aux nouveau-nés, l'allaitement, le choix d'une nourrice, le sevrage, la dentition, l'hygiène, l'éducation physique et morale, etc., forment autant d'articles intéressans et utiles. Ils contiennent des recherches propres à l'auteur sur la conformation du cœur chez les enfans, sur l'espèce d'hypersarcose physiologique du ventricule gauche et sur l'ampliation plus grande des cavités droites; sur la prédominance relative de l'un des deux systèmes artériel et veineux; sur l'état du pouls généralement plus fréquent dans le jeune âge, mais d'une fréquence individuelle tellement irrégulière, qu'il est impossible d'avoir une idée exacte de l'intensité de réaction générale dans un état morbide quelconque, sans avoir été préalablement fixé sur l'état individuel et normal du pouls. Au sujet de la circulation fœtale, l'auteur donne l'explication d'un triste résultat dont la pratique des accouchemens offre maints exemples et nulle solution, je veux dire de la mort spontanée d'un fœtus à terme, que l'auteur attribue — avec un exemple à l'appui — à des modifications anatomiques, et par suite à des changemens dans le rhythme physiologique survenus prématurément du côté des organes centraux de la circulation. De cette explication, qui manque peut-être d'un peu de développement, l'auteur conclut que les naissances tardives, aussi bien que les prématurées, peuvent être également funestes aux produits de la conception.

Dans le chapitre consacré aux affections des centres nerveux, l'auteur avance et établit par des faits que l'affection décrite sous le nom d'hydrocéphale aiguë est constituée par une irritation plus ou moins étendue, diversement localisée, séparée ou réunie à une irritation semblable du cerveau et de ses enveloppes, qu'elle présente des caractères physiologiques et anatomiques nombreux, variables, inconstans même, soit dans leur succession, soit dans leurs rapports réciproques, soit dans leurs manifestations; de sorte que s'il était possible de distinguer entre elles pendant la vie les affections multiples quoique de même nature, mais différentes quant à leur siége, leur degré et leurs symptômes, qui se trouvent comprises sous cette dénomination; les désignations de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, ou celle d'irritation et même celle d'hypérémie cérébrale, seraient alternativement les seules véritablement applicables. L'auteur n'a pas omis de s'occuper de la question des granulations méningiennes. Quelques auteurs en ont fait l'élément anatomique d'une affection spéciale, ou d'une variété spéciale d'affections désignée sous le nom de méningite tuberculeuse. M. Berton compare les granulations tuberculeuses aux granulations sous-pleurales consécutives aux pleurésies anciennes. Elles sont envisagées par lui comme des glandes de Pacchioni hypertrophiées et parfois même dégénérées en tubercules; elles sont rapprochées des granulations des poumons, considérées elles-mêmes comme n'étant que le résultat d'un état pathologique des glandes lymphatiques de ce viscère. On voit donc que l'auteur n'a point admis que les granulations méningiennes soient des productions accidentelles *sui generis*, d'une formation spontanée; il croit, au contraire, qu'elles résultent de l'état pathologique d'organes préexistans, et qu'elles ne seraient qu'un effet de la méningite ellemême. Il les croit cependant d'origine strumeuse, susceptibles de guérison et surtout favorablement influencées dans leur développement par une prophylaxie rationnelle.

Viennent ensuite les descriptions de l'hydrocéphale chronique, des productions accidentelles intra-crâniennes, des apoplexies, des affections de la moelle épinière et de ses enveloppes, de toutes les névroses, et particulièrement des convulsions symptomatiques et essentielles de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée et de la fièvre intermittente que l'auteur considère comme une névrose de la vie organique, des nerfs qui se distribuent particulièrement dans l'appareil gastro-intestinal.

Après l'histoire des angines et du croup où l'auteur ne nous semble rien avoir ajouté, vient celle des faux croups où se remarquent des opinions particulières à M. Berton. Les dénominations diverses d'asthme aigu de Millar, de laryngite ou angine stridule (Bretonneau), de pseudo-croup (Guersant), d'asthme de Kopp, d'asthme spasmodique, ou spasmodique, spasme de la glotte, données alternativement et indistinctement à des affections différentes, jettent une grande confusion sur ce sujet, qui avait grandement besoin d'être élucidé. M. Berton établit trois distinctions; il a reconnu d'une part une laryngite ou laryngo-trachéite simple, ou un état fluxionnaire, hypérémique, une irritation plus ou moins légère, une inflammation vive du larynx, de la glotte; de l'autre, un resserrement spasmodique de cette dernière, c'est une névrose; puis enfin, en troisième lieu, une affection organique du thymus, un développement anormal de cette glande gênant et comprimant les organes de l'hématose. Ces distinctions ont fourni à l'auteur des modifications importantes relatives au pronostic et au traitement de ces affections.

L'auteur rappelle qu'il a été un des premiers à fixer l'attention sur les particularités que présente la pneumonie dans l'enfance. Il a présenté dans cet ouvrage les lésions anatomiques, indiqué les caractères physiologiques variables et les différentes variétés admises dans la pneumonie. A propos de la bronchite capillaire, de l'état de phlogose des ramuscules bronchiques et de la sécrétion qui s'opère dans l'intérieur de ces conduits, il a indiqué la possibilité d'un résultat pathologique particulier, *l'infiltration purulente intervésiculaire*, et la possibilité même des collections purulentes; ce qui constituerait un autre mode de formation des abcès du poumon, et qui ferait voir que la bronchite capillaire partagerait avec la pneumonie lobulaire la faculté de produire ces abcès. Il y a d'autre part analogie entre les dilatations vésicules pulmonaires résultant de l'accumulation du pus et l'emphysème vésiculaire décrit par Laennec. L'abondance de la sécrétion muco-purulente et le refoulement continuel des fluides dans l'inspiration seraient en effet les causes mécaniques de ces sortes de déformations. On pourrait donc admettre deux sortes de dilatations vésiculaires : l'une *emphysémateuse*, plus commune après l'époque de l'enfance, l'autre *purulente*, plus fréquente au contraire à cet âge.

Dans ses recherches sur la dégénérescence tuberculeuse, l'auteur a eu soin de rendre à M. Leblond (Thèse sur la phthisie bronchique, 1824), le mérite d'avoir le premier appelé l'attention des pathologistes sur la tuberculisation des glandes bronchiques : mais aux symptômes que ce médecin avait décrits et qui n'étaient que le résultat de l'enthousiasme d'une première création, l'auteur a substitué ce que montre seulement l'observation rigoureuse et exacte des faits de phthisie bronchique, en tant qu'individualité morbide, ne doit occuper dans la pathologie des affections tuberculeuses qu'une place se

TABLEAU N° 2.

DATE.	POUVOIR ROTATOIRE.	LONGUEUR DU TUBE.	PROPORTION DE SUCRE par litre.	QUANTITÉ D'URINE.	TOTAL DU SUCRE.	NOURRITURE.
		millim.	gr.	lit.	gram.	
28 juin.	13,0	316,5	99,50	4,20	417,90	Pain ordinaire, 680
3 juillet.	13,75	313,0	103,00	4,25	437,75	Id., 680
15	12,5	309,0	96,50	4,50	434,25	Id., 680
17	12,5	309,0	96,50	4,30	414 95	Id., 680
21	14,0	315,0	82,19	4,50	328 76	Id., 680
22	13,0	312,0	98,08	4,20	421,94	Id., 680
23	13,0	305,0	100,00	3,10	310,00	Id., 680
24	13,0	313,0	97,75	4,00	391,00	Id., 680
25	11,0	312,0	83,00	4,25	352,75	Id., 680
27	12,0	303,0	94,86	3,25	307 29	Id., 680
28	11,0	309,0	83,81	3,00	251,43	Pain de gluten, 680
29	10 0	308,0	76,41	2,75	210,83	Id., 680
30	12,5	309,0	96,50	4,00	386,00	Pain ordinaire, 680
31	10,5	308,0	80,00	5,45	436,00	Id., 680
2 août.	11,5	317,0	81,07	3,00	245,10	Pain de gluten, 680
4	11,5	318,5	80,10	2,50	200,25	Id., 680
9	13,5	309 50	106,00	4,00	424,00	Pain ordinaire, 680
12	11,5	317,0	80,12	2,25	181,37	Pain de gluten, 680
15	13,5	309,0	106,00	3,80	402,80	Pain ordinaire, 680
25	10,5	309,0	80,00	3,00	240,00	Pain de gluten, 680
29	9,0	312,5	68,35	3,50	255,22	Id., 680

Il est bon de faire observer que plusieurs moyens ont été essayés sans succès chez ces deux malades. Ainsi Gobert a pris de l'opium depuis 5 jusqu'à 40 centigrammes, puis du quinquina à haute dose pendant un mois sans effet sensible.

Boituzet, pendant le même intervalle, a fait usage de ferrugineux. Tous les deux ont encore fait usage pendant dix jours d'une potion contenant de 1 à 6 grammes de carbonate d'ammoniaque.

A propos de l'administration de cet agent, nous devons noter que les urines de nos deux malades étaient habituellement acides ; elles n'ont pas changé les deux premiers jours qui ont suivi l'administration du carbonate d'ammoniaque. Mais après deux et trois jours elles sont revenues alcalines ; et ce fait a coïncidé avec une légère augmentation d'urine et de sucre.

Les deux observations qui suivent, dans le travail de M. Bouchardat, offrent deux exemples de diabétiques dont les urines sont revenues complètement à l'état normal, ce qui a été extrêmement rare dans la pratique suivie jusqu'à ce jour. Nous en donnons un extrait.

M. A.... est dans la force de l'âge, et depuis six mois environ il s'est aperçu qu'il était tourmenté d'une soif très vive, qu'il rendait une proportion considérable d'urine, que chaque jour son embonpoint, ses forces et son énergie diminuaient. Sa vue s'affaiblit rapidement. Effrayé de ces symptômes, il vint à Paris.

Le 16 août, M. A...., vécut comme à l'ordinaire ; la proportion de pain qu'il consomma dans la journée fut à peu près de 500 grammes. Il rendit environ 3 litres 20 d'une urine sucrée, d'une couleur très légèrement ombrée, d'une odeur de petit-lait, d'une densité de 1032. Son pouvoir rotatoire est de 7, la longueur du tube étant 313. Je conclus de là que ses urines contenaient par litre 52 grammes 63 de sucre, et que la quantité totale de ce principe, rendu en vingt-quatre heures, est de 168 g. 42.

Je prescrivis : 1° le remplacement du pain ordinaire par le pain de gluten ; 2° un habillement complet de bonne flanelle ; 3° l'emploi d'une potion contenant 17 grammes de carbonate d'ammoniaque, 20 grammes de rhue, 20 grammes de sirop et 100 grammes d'eau, et le soir un bol avec 2 grammes de thériaque et 25 milligrammes d'extrait aqueux d'opium. Sous l'influence de ces moyens, la sueur, depuis long-temps supprimée, revient avec abondance ; la soif diminue et la quantité d'urine s'affaiblit.

Ce régime fut continué jusqu'au 18. Les urines, examinées ce jour, étaient toujours acides, plus colorées, odeur et saveur de l'urine normale ; quantité, un litre 25 environ ; densité, 10,19 ; pouvoir rotatoire — 0. De sucre, aucune trace. L'analyse chimique continua ses données et nous montra que la composition des urines de M. A., était tout à fait celle d'un homme en santé.

Je prescrivis de continuer le régime indiqué, de suspendre le pain de gluten et de revenir au pain ordinaire. Les urines furent examinées le 21 : odeur bonne et couleur de l'urine normale ; quantité, 1 litre 25 environ, mais la densité est de 1028. Examinées à l'appareil de M. Biot, le pouvoir rotatoire est de 5,5, la longueur du tube étant de 309 ; elles contiennent donc 41 gr. 80 de sucre par litre, mais la somme totale de ce principe n'est que de 62,86.

Peu alarmé de la réapparition du sucre dans les urines, je fis continuer l'usage du pain ordinaire, mais je prescrivis de le couvrir plus chaudement encore, de doubler la dose de carbonate d'ammoniaque dans la potion et de l'extrait d'opium dans le bol.

Les urines furent examinées le 25 août. Pouvoir rotatoire, nul ; densité, 1020 ; quantité, 1 litre 25 environ ; caractère et composition de l'urine normale.

Le 27, mêmes résultats ; densité, 1018 ; pouvoir rotatoire nul, composition et caractères normaux, toujours acide. M. A.... n'est plus diabétique, dix jours de traitement ont suffi pour rétablir les fonctions de la peau, faire disparaître le sucre des urines, ramener les forces et l'énergie, et, chose remarquable, la vision s'exerce avec autant de perfection qu'avant l'invasion de la maladie. Comme M. A... attribue son diabète à un refroidissement qu'il a éprouvé, je lui ai conseillé, pendant l'hiver, un voyage dans le Midi et l'usage immédiat des eaux sulfureuses des Pyrénées. D'après ma demande, il m'a repété à plusieurs reprises que si la densité de ses urines dépassait 1025, il m'écrirait aussitôt, je n'ai point reçu de ses nouvelles et j'en augure bien sur la solidité de sa guérison.

— M. le docteur H....., chirurgien major des armées, en retraite, est atteint depuis plus de deux ans de diabet sucré ; son appétit était considérable, sa soif vive, ses forces diminuaient graduellement.

Le 1er septembre M. H... vécut comme à l'ordinaire avec 500 grammes de pain environ dans la journée ; ses urines étaient légèrement ombrées, peu odorantes, sucrées, d'une densité de 1036. Leur pouvoir rotatoire est de 13, la longueur du tube 314 mil. 5 ; d'où proportion de sucre par litre, 97,30 ; quantité d'urine, 3 litres 50 ; total du sucre dans les vingt-quatre heures, 340 gr. 55.

Je prescrivis l'usage de pain de gluten ; les vêtemens de flanelle, l'emploi de la potion avec 50 centig. de carbonate d'ammoniaque et un bol de 2 gram. de thériaque avec 25 millig. d'extrait gommeux d'opium.

Les urines furent examinées le 11 septembre. Couleur ambrée, densité, 1030 ; odeur de l'urine normale ; saveur salée, légèrement douceâtre ; pouvoir rotatoire 8, longueur du tube 310, d'où proportion de sucre par litre d'urine, 60 gr. 76 ; quantité d'urine, 2 litres environ ; total du sucre, 121 gr. 48.

Le même traitement fut continué et les urines examinées le 23 septembre. Densité 1032, couleur ambrée, odeur de l'urine normale, saveur non sucrée, pouvoir rotatoire 5, longueur du tube 309, donnant 38 gr. 10 de sucre par litre, quantite d'urine, 2 litres environ ; total du sucre, 76, 80.

Les mêmes moyens furent continués jusqu'au 4 octobre. La densité des urines est alors de 1017 ; odeur, couleur, saveur de l'urine normale ; pouvoir rotatoire 0, quantité 1 litre et demi, composition de l'urine de l'homme en santé.

Un mois de traitement a suffi pour ramener les urines à la composition et à la quantité normales, et dans un cas bien défavorable, car la maladie avait plus de deux années d'existence.

Mais nous allons voir qu'il ne faut pas trop nous hâter de prononcer, et que la guérison n'était point encore solidement établie.

Je fis continuer le même traitement ; seulement le pain ordinaire remplaça le pain de gluten. Les urines furent examinées le 13 octobre. Leur densité est de 1030 (mauvais présage), leur odeur et leur couleur celles de l'urine normale ; quantité 1 litre 50 environ, pouvoir rotatoire 4,5, longueur du tube 310, d'où 34 gram. 15 de sucre par litre ; quantité totale, 31 gr. 22.

Des vêtemens plus chauds furent conseillés, le même régime continué. Les urines furent examinées le 22 octobre ; leur densité est de 1021, pouvoir rotatoire nul, odeur, couleur, composition de l'urine normale. Nous voilà donc enfin revenu au résultat si désiré, mais ce n'est point encore une guérison définitive. En effet, les urines, examinées le 5 novembre, présentent une densité de 1042 ; elles ont bien encore l'odeur, la couleur et la gravité normales, mais leur pouvoir rotatoire est de 75, la longueur du tube étant de 312, d'où 56 gram 30 de sucre par litre. Je prescrivis alors une chemise de bonne flanelle par-dessus les gilets ordinaires ; je portai la dose du carbonate d'ammoniaque à 2 gram. par jour, et celle de l'extrait d'opium à 5 centigr.

Les urines furent examinées le 8 octobre, elles ont encore odeur, couleur, quantité normales ; par le refroidissement elles déposent de l'acide urique ; densité 1034, pouvoir rotatoire 4, longueur du tube 303, d'où 31,07 de sucre par litre.

Le régime prescrit fut continué, et le 10 octobre la densité de l'urine n'est plus que de 1019, pouvoir rotatoire 0, odeur, couleur, composition de l'urine normales.

Je prescris toujours la continuation des moyens qui nous ont si bien réussi ; j'espère que la guérison sera solide, malgré ces légers retours de sucre, et puis leur proportion est si faible, les accidens qui accompagnaient le diabète, la faiblesse, la maigreur, la soif, ont si bien disparu, que nous devons, je pense, enregistrer ce fait parmi un des plus précieux que la science possède.

Les urines, examinées hier, 15 novembre, sont à l'état normal.

Au premier abord, on pourrait penser que mes quatre malades ont été soumis aux mêmes influences. On leur a également prescrit du pain de gluten, des opiacés, des ammoniacaux, et chez les deux derniers seulement l'urine est revenue à l'état normal. La cause de cette différence ne m'est apparue que par la comparaison des faits. Chez les deux premiers, on n'a point employé les vêtemens de flanelle ; chez les deux derniers, on a insisté sur ce moyen. L'urine des deux premiers malades, sous l'influence du carbonate d'ammoniaque, est devenue alcaline ; ce sel a été éliminé par les urines, et son influence diaphorétique est demeurée nulle. Chez les derniers, au contraire, la peau, excitée par les vêtemens de laine, a fait activement ses fonctions ; le carbonate d'ammoniaque n'a point passé dans les urines, qui sont restées constamment acides.

Lorsque le sucre a reparu dans les urines de M. A....., nous avons prescrit de nouveaux vêtemens de laine suffisant pour maintenir une diaphorèse constante, et le succès a couronné notre prévision.

Les faits semblent donc confirmer la théorie du diabète que nous avons exposée ; le médecin aura ainsi un but rationnel pour se diriger dans le traitement d'une maladie aussi rebelle, et regardée jusqu'ici comme incurable.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales ; par M. Bright, médecin à l'hôpital Guy.

(Suite du numéro 135.)

Treizième fait. — *Idem.*

Dans le printemps de cette année, j'ai été prié par M. Holding de voir madame T....., qui était affectée de jaunisse et d'une tumeur dans le ventre, sur la nature de laquelle les opinions des médecins qui l'avaient visitée étaient partagées. A l'examen, j'ai trouvé une dame de 60 à 70 ans, se disant affectée de jaunisse depuis plusieurs semaines. Sa couleur jaune était très foncée, ses garderobes blanches ou parfois pointillées de blanc et de rouge ; urines très hautes en couleur et chargées de matières lithiques. A l'aide du palper et de la percussion, j'ai pu tracer les limites du foie, dont le volume était considérable ; il s'étendait, d'une part, jusqu'aux lombes, de l'autre jusqu'à l'ombilic ; sa surface était tendue, mais pas dure. En suivant son bord vers le côté droit, et entre l'ombilic et la crête de l'ilium, on sentait une large saillie ronde qui était formée par la vésicule biliaire distendue. Mon opinion a été qu'il y avait quelqu'obstruction mécanique qui empêchait la bile de couler dans le conduit commun ou duodénal, et qui était la cause du développement du foie.

la première revenant de droit aux tubercules pulmonaires dont l'apparition suit graduellement celle des tubercules bronchiques. Quant au traitement de la phthisie, l'auteur assure s'être très bien trouvé des inspirations et des fumigations d'iode.

Mêmes développemens et même tendance pratique dans le chapitre consacré aux affections des organes de la digestion et de leurs annexes. La fièvre typhoïde surtout y est traitée avec le plus grand soin et avec l'attention que méritaient des travaux récens sur ce sujet. Le chapitre suivant traite des maladies de la peau chez les enfans, les teignes comprises. Dans un appendice l'auteur a réuni un certain nombre d'affections qui n'ont pu être classés dans les divisions adoptées, les hydropisies, l'albuminurie, les maladies du cœur, et enfin des considérations sur la menstruation, l'onanisme et les morts subites.

Ce que je viens de dire ne peut pas suffire pour faire comprendre la valeur de cet ouvrage parfaitement bien fait et complet. Il a été composé sous le point de vue de la pratique si difficile et si ardue des maladies de l'enfance. Aussi je le crois appelé à rendre des services aux praticiens.

Histoire raisonnée des progrès que la médecine pratique doit à l'auscultation ; par M. Peyraud. — Un vol. in 8°.

Rien de nouveau dans ce travail, qui a été couronné par la Société de médecine de Bordeaux. C'est une exposition bien faite et une histoire appréciée de l'influence que la découverte de Laënnec a exercée sur l'art de guérir. Je lui reprocherai seulement d'être trop rigoureusement borné aux découvertes propres de Laënnec, et de n'avoir tenu presque aucun compte des recherches récentes qui, sur tant de points, ont profondément modifié les opinions de l'inventeur du stethoscope. C'est une lacune grave et que l'auteur devra réparer, s'il veut rendre son livre plus complet et surtout plus utile.

Relation médicale des asphyxies occasionnées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage ; par M. G. Tourdes. — Broch. in-8°.

Un accident affreux affligea Strasbourg au commencement de cette année. Une famille entière a été victime d'une asphyxie par le gaz de l'éclairage ; une malheureuse mère survit seule à la perte de tous les siens, de son mari, d'un fils aîné âgé de quinze ans, d'un fils cadet âgé de quatorze ans, d'une fille âgée de cinq, et d'une domestique âgée de dix-huit ans. C'est la relation de ce triste événement faite par M. Tourdes que j'ai sous les yeux, et dont je vais résumer les principaux faits.

Le 30 décembre 1840, toute la famille Beringer se trouvait réunie ; un des fils était revenu dans l'après-midi, d'une petite ville voisine.

Le 1er janvier, le magasin et le logement ne s'ouvrent point ; aucune des personnes qui l'habitent ne paraît ; les déclarations des voisins sont sur ce point unanimes.

Le 2 janvier, même silence, tout reste encore fermé ; alors seulement, s'élèvent des inquiétudes que bien des circonstances auraient dû faire naître plus tôt. A dix heures et demie du matin, on se décide à pénétrer dans le logement.

On ouvre la porte de la cuisine, celle de la chambre à coucher, qui n'étaient point fermées à clef. Un affreux spectacle se présente : cinq personnes sont étendues par terre ; un sixième corps repose sur un lit. Béringer père, la tête du côté de la cuisine, était couché sur les genoux et sur les coudes, donnant encore quelques signes de vie ; la femme, étendue sur le dos, les pieds du côté de la même porte, la tête sous son lit, faisait entendre de sourds râlemens, au milieu de la chambre, les pieds tournés vers la fenêtre, la servante gisait sur le dos, déjà raide et froide ; à ses pieds était placé obliquement, près de la porte vitrée du magasin, le corps du fils aîné, la bouche distordue et couverte d'écume ; le plus jeune fils, raide et froid comme son frère, était en travers sur un matelas vis à vis la même porte vitrée, le visage souillé de matières noirâtres répandues autour de lui ; le sixième corps, celui de la petite fille, offrant au tronc quelques traces de chaleur, était couché sur le lit des parens, dans l'attitude du sommeil. Le père Beringer, malgré les soins les plus empressés, succomba le surlendemain ; la mère seule survécut à toute sa famille.

Sur ce triste thème, M. Tourdes a composé une relation médicale du plus grand intérêt en envisageant cet événement sous les points de vue relatifs à l'hygiène publique, aux enseignemens que fournit médicalement cet événement, et aux observations expérimentales qu'il lui a suggérées. Je ne peux que donner un résumé succinct des points qui intéressent plus particulièrement le médecin, l'anatomie pathologique et les symptômes.

Des cinq autopsies faites par M. Tourdes, il croit pouvoir tirer cette conséquence, qu'on peut considérer comme caractères particuliers de l'asphyxie par le gaz de l'éclairage : 1° la coagulation du sang ; 2° la coloration du tissu du poumon ; 3° l'abondance et la nature de l'écume des voies aériennes ; 4° la vivacité de l'injection de leur muqueuse ; 5° l'intensité de la congestion cérébrale ; 6° l'engorgement du système veineux vertébral et l'épanchement de sang coagulé dans le rachis.

De ces faits il déduit aussi, comme conclusion générale, que l'action du gaz de l'éclairage se révèle par des phénomènes morbides qui lui sont propres ; que ces phénomènes consistent spécialement dans un trouble plus ou moins profond des fonctions du système nerveux, auquel viennent ensuite s'ajouter la lésion et l'interruption des fonctions respiratoires. Il résume ainsi les symptômes : 1° invasion insidieuse, prodromes d'une durée variable ; 2° céphalalgie, vertiges ; 3° nausées, vomissemens ; 4° trouble des facultés intellectuelles, perte absolue de connaissance ; 5° affaiblissement général, profonde résolution des forces, paralysie partielle, convulsions ; 6° phénomènes d'asphyxie apparaissant avec lenteur, mais complets et prédominans dans les derniers momens de la vie.

De l'ensemble de ce mémoire, il résulte que le gaz de l'éclairage n'agit pas seulement en déterminant l'asphyxie, mais qu'il est encore doué d'une action délétère spéciale. Les expériences que M. Tourdes a tentées sur les animaux, réunies aux analyses chimiques, lui paraissent établir que l'oxyde de carbone est la principale cause de l'action énergique du gaz de l'éclairage. C'est l'élément qui influence l'organisme avec le plus de promptitude et de force ; il donne la mort, même quand la proportion du gaz est insuffisante pour asphyxier.

Quant au traitement, bien que sur deux sujets trouvés encore en vie dans cette catastrophe, un seul ait survécu, M. Tourdes le formule de la manière suivante :

« Le traitement des accidens déterminés par le gaz de l'éclairage diffère, sous certains rapports, de celui que réclament les autres espèces d'asphyxies ; il repose sur deux indications fondamentales : combattre les congestions cérébrale, rachidienne et pulmonaire ; remédier à l'asphyxie. La lésion du sang ne fournit pas d'indication appréciable. La soustraction de la cause, seule ou jointe à l'usage de boissons théiformes et légèrement stimulantes, quelquefois à un laxatif, suffit presque toujours pour dissiper l'état prodromal ; rarement des moyens plus actifs deviennent nécessaires. Lorsque les signes des congestions viscérales se sont manifestés, les émissions sanguines générales et locales constituent la base du traitement.

» On aura recours en même temps à des révulsifs énergiques sur la peau et le tube intestinal. Le cas d'asphyxie se traite comme s'il était amené par toute autre cause ; on emploiera, pour ramener la chaleur éteinte et rappeler la respiration, les moyens généralement recommandés dans les circonstances de cette nature ; mais dès que les phénomènes de l'asphyxie proprement dite auront disparu, le médecin n'oubliera pas qu'il existe des congestions cérébrale et rachidienne extrêmement intenses, contre lesquelles doivent se diriger tous ses efforts. »

Il faut reconnaître que M. Tourdes a tiré tout le parti possible de ce malheureux événement dont les grandes villes sont tous les jours exposées à reproduire des exemples semblables. Ce mémoire sera consulté avec le plus grand fruit par l'administration, qu'il mettra sur la voie de quelques améliorations à apporter à cette branche de l'hygiène publique, et par les médecins des cités éclairées par le gaz qui peuvent à tout instant être appelés dans des circonstances aussi malheureuses.

B. B.

Les symptômes qui l'accompagnaient étaient, indépendamment de ceux que nous avons indiqués, l'anorexie, la flatulence, des vomissemens de temps en temps et une tristesse fort grande. La compression sur la région du foie n'était pas immédiatement très douloureuse, mais elle laissait un certain malaise qui se prolongeait pendant quelque temps. Nous avons employé plusieurs médicamens, mais sans un avantage permanent. Emaciation, faiblesse, mort quelques semaines après.

A l'autopsie, M. Holding a trouvé exactement ce que nous avions diagnostiqué. On ouvre l'abdomen; le foie descend au-dessous des côtes; la vésicule biliaire dépasse les bords du foie; le liquide qu'elle contient n'est pas de la bile noire; ses parois sont si minces, par suite de la distension, qu'en voulant la soulever elle s'est crevée et a donné issue à une grande quantité de bile glaireuse et jaunâtre. Il a été par conséquent facile de voir que la distension de la vésicule biliaire dépendait de quelque autre cause que de la compression du conduit commun. L'examen, en effet, a fait voir l'existence d'un calcul biliaire dans le canal cystique, de sorte que rien ne pouvait entrer dans la vésicule si ce n'est sa propre sécrétion; mais cela ne rendait pas suffisamment compte de la jaunisse; on a trouvé l'obstruction complète du conduit commun par induration de la tête du pancréas. Il y avait dans ce cas une combinaison de lésions qu'il était impossible de prévoir durant la vie, car le foie était gorgé de bile et formait une grosse tumeur, ainsi que la vésicule biliaire, ce qui avait dû nous conduire à l'admission d'une cause unique et commune.

Dans le cas suivant cependant, il a été facile de reconnaître durant la vie l'obstruction du conduit cystique, indépendamment de toute autre cause de jaunisse. Je dois en attendant faire remarquer que la circonstance de l'amincissement de la vésicule n'est pas très rare, et sa rupture, arrivée sur le cadavre, aurait pu facilement avoir lieu sur le vivant et déterminer une péritonite. Cette remarque m'a fait depuis long-temps adopter pour principe de ne manier le foie qu'avec beaucoup de précaution, lors de l'examen sur le vivant.

Quatorzième fait. — *Tumeur formée par la vésicule biliaire, sans engorgement du foie.*

Une femme avait été long-temps à l'hôpital pour être traitée d'une jaunisse très marquée; ses garderobes étaient blanches, ses urines très hautes en couleur. Les symptômes ordinaires étaient présens au moral et au physique. La seule circonstance remarquable était une tumeur qu'on sentait au-dessous des côtes du côté droit; elle était circonscrite, et changeait un peu de place dans les différentes positions du corps.

A l'autopsie, le foie présente à sa surface cinq ou six tubercules de nature maligne, et qui se laissaient aisément écraser entre les doigts. La tumeur qu'on avait observée durant la vie était formée par la vésicule biliaire; ses parois sont très épaisses et distendues par de la matière muqueuse; son intérieur présente huit calculs biliaires.

Dans ce cas, le foie n'était pas bien gorgé de bile, et n'avait pas descendu au-dessous du rebord des côtes, car la tumeur formée par la vésicule dépassait elle-même fort peu ce rebord; le liquide qu'elle contenait avait été sécrété par sa membrane interne et avait été arrêté par les calculs. Il est probable que la jaunisse a été produite par la compression de la vésicule biliaire et de ses calculs sur le conduit hépatique, et par l'affection maligne du foie.

Quinzième fait. — *Foie et vésicule biliaire distendus par de la bile.*

J'ai rapporté ailleurs un cas de tuméfaction du foie et de distension de vésicule biliaire plus prononcé encore que les deux précédens. Le sujet était atteint de diabète et de jaunisse intense: la jaunisse dépendait d'une affection squirrheuse de la tête du pancréas. Le foie était tellement gorgé de bile que sa couleur était devenue noire-olive, et la bile coulait de sa surface quand on la coupait, comme quand on coupe un foie fortement congestionné de sang. Le vésicule contenait au moins huit onces de bile. La cause de l'obstruction n'était pas douteuse, elle était placée sur le conduit commun; les trois conduits biliaires ainsi que la vésicule étaient énormément distendus.

Nous devons faire remarquer à l'occasion des tumeurs formées par la vésicule biliaire que quelquefois le liquide qui la remplit est du pus formé dans son intérieur par la présence de calculs; l'abcès se forme aussi dans quelques cas à l'extérieur.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Essai de l'oléo-résine de copahu.

M. Tirer, de Liverpool, propose de recourir au mode d'essai suivant, pour découvrir les adultérations de cette substance: agiter une partie en poids de l'oléo-résine suspecte avec deux parties d'ammoniaque, puis abandonner au repos. Si, après quelques heures de contact, le mélange est encore laiteux, ce caractère est un indice certain de l'addition d'une quantité plus ou moins forte d'huile de ricin à la térébenthine de copahu.

— Ce procédé est très bon, en effet, pour déceler la présence d'une huile grasse dans le copahu; mais il ne peut faire reconnaître d'autre fraude que celle-là; et de plus, il faut noter qu'il avait été indiqué, il y a long-temps déjà, par un pharmacien de notre pays, M. Planche.

Examen du mucilage de psyllicum, et sa comparaison avec celui de lin.

Il résulte d'un examen chimique de ce mucilage, fait tout récemment par M. H. Braconnot, de Nancy, correspondant de l'Institut, que, s'il n'est pas tout-à-fait identique avec celui de la graine de lin, il a du moins avec lui la plus parfaite ressemblance; que les propriétés physiques de l'un et de l'autre, leur départ en gomme et en une matière animale peu soluble par les acides affaiblis ou par une ébullition prolongée avec de l'eau, semblent indiquer qu'ils sont formés par des globules transparens analogues à ceux de l'amidon ou du mucus, et que leur enveloppe azotée renferme une matière gommeuse soluble. En résumé, 100 parties de graines de psyllium fournissent à l'eau 18,5 de matière mucilagineuse composée ainsi qu'il suit:

Mucilage,	14,9
Gomme libre,	3,0
Acétate de potasse, Acétate de chaux, Chlorure de potassium.	0,6

Ce mucilage, extrêmement visqueux, peut être employé avec avantage pour la préparation de boissons adoucissantes indiquées surtout dans la diarrhée et la dysenterie aiguë. Il peut aussi être employé comme succédané de la gomme adraganthe, dans la plupart des cas où cette dernière est mise en usage. (*Journ. de Chim. méd.*, oct. 1841.)

Nouvelle espèce de gélatine.

M. Vogel vient de retirer des cartilages costaux de l'homme une nouvelle espèce de gélatine qui avait d'abord été extraite d'une tumeur pathologique par M. Muller, de Berlin.

Cette substance, qui a reçu le nom de *chondrine*, diffère par ses propriétés de la gélatine ordinaire et de la colle de poisson; elle diffère surtout de la première par la propriété d'être précipitée par les acides, ce que M. Muller avait déjà reconnu pour les acides chlorhydrique et acétique, et ce qui a été étendu depuis par M. Vogel pour un grand nombre d'autres. Ce dernier observateur a constaté de plus:

1° Que les précipités fournis par les acides sulfurique, azotique et phosphorique, sont solubles dans un excès de ces mêmes acides.

2° Que les précipités résultant de l'action des acides sulfureux, pyrophosphorique, carbonique, arsénique, tartrique, azotique et citrique, ne se dissolvent point dans ces mêmes acides.

3° Que tous les acides ci-dessus désignés n'amènent aucun changement dans la dissolution de la colle ordinaire.

4° Que les cartilages digérés avec l'acide chlorhydrique très étendu, donnent naissance, par l'ébullition dans l'eau, à une substance qui s'éloigne de la chondrine en ce qu'elle perd, par là, sa propriété visqueuse et collante, et n'est plus précipitée par aucun des acides précipités, ni par l'alun, ni par le per-sulfate de fer.

5° Enfin, que la différence entre la chondrine et la gélatine ordinaire ne consiste pas dans les sels inorganiques qu'elle renferme, mais que la première de ces deux substances doit être considérée comme un corps tout à fait distinct de la seconde. (*Journ. de Pharm.*, 1841.)

Nouvel aliment.

M. Lassaigne a présenté à l'Académie des sciences un pain préparé avec une farine artificielle composée comme il suit:

Gluten extrait du froment,	17,5
Fécule de pommes de terre,	75,0
Sucre ordinaire,	3,5
Gomme,	3,5
	99,5

Avec cette farine et de l'eau, l'habile chimiste d'Alfort a obtenu 115 parties d'un pain qui, par son aspect, se rapproche du pain de seigle, est très nutritif, excellent pour les animaux, et qui serait très économique si l'on pouvait utiliser le gluten perdu dans un grand nombre d'amidonneries.

Sanson est mort pauvre, on l'a assez répété depuis quelque temps. Il n'a pas laissé de quoi subvenir dignement à ses funérailles, on l'a dit aussi. Mais ce qu'on ne sait pas, c'est qu'à la mort de ce professeur, la Faculté instruite de l'état des choses céda à un premier mouvement de générosité, de dignité pour elle, en promettant à la veuve de Sanson d'intervenir efficacement dans les frais funéraires. Les obsèques de Sanson furent, en effet, dignes et convenables. Mais l'Administration des pompes funèbres a présenté son triste mémoire, et la Faculté a eu hier jeudi à délibérer sur cette dépense. La délibération a été longue et orageuse, et nous avons la douleur d'annoncer que le résultat a été le rejet absolu de cette dépense qui va par conséquent revenir à la charge de la veuve Sanson.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 23 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 140, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. DE L'HOTEL-DIEU (M. Chomel). Discours d'ouverture. — DE BICÊTRE (M. Voisin). Observations su le traitement de l'aliénation mentale. — DE LA PITIÉ (M. Gendrin). Emphysème pulmonaire; considérations générales. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Préparation artificielle de l'urée. — Phlébite guérie par des applications continues de neige. — Préparation de l'emplâtre de ciguë. — Sel de cuisine altéré par des bromures. — Lotions d'eau froide dans le traitement de la coqueluche. — Procédé pour reconnaître si l'onguent mercuriel contient la quantité de mercure exigée par le Codex. — FEUILLETON. Du rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine et de bibliographie. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — CHOMEL.

(Séance d'ouverture.)

Je ne m'arrêterai pas, a dit M. Chomel, à vous exposer, avec de longs détails, les principes qui me guident dans l'enseignement clinique, car je suppose que ces principes vous sont connus, du moins à la plupart d'entre vous; cependant je dois vous les rappeler sommairement, avant de vous entretenir de nos malades.

Les faits constituent la base de l'enseignement clinique et et sont la source des plus utiles connaissances dont le médecin doit s'enrichir. Pour que cette base soit bien assurée, il faut que les faits soient observés avec soin. Ce n'est qu'autant que ces deux élémens s'identifient que les opérations ultérieures de l'esprit deviennent positives, satisfaisantes. Sans faits il n'y a pas de clinique, de même que sans une observation exacte des premiers, l'enseignement clinique menace de devenir la source de con inuelles erreurs.

L'observation, cet élément de la médecine qui s'allie à toutes ses parties, dans les résultats qu'elle fournit est toujours en rapport avec l'état actuel des connaissances et avec le degré de perfection des moyens d'investigation que l'on possède; d'où il résulte que, variables dans leur valeur intrinsèque, dans leur signification, les faits se rangent naturellement en deux catégories, faits certains, faits incertains, suivant que l'ensemble des phénomènes dont ils se composent, pouvant être appréciés par nos sens, sont soumis ensuite aux explications de l'intelligence, ou, qu'échappant plus ou moins à nos recherches, ils ne laissent en nous qu'incertitude et doute.

Ne pas mêler le vrai avec le faux, le certain avec l'incertain, préférer le doute aux dangers qu'entraînerait inévitablement l'erreur, voilà des préceptes qui s'appliquent à toutes les parties de l'observation.

Ainsi, si nous examinons l'étiologie, par exemple, que de doutes sur la nature des véritables causes de certaines maladies. N'est-il pas vrai que le plus souvent les causes sont obscures, difficiles à saisir, et pourtant les nier serait une faute: on est forcé de les reconnaître par cela même que les maladies spontanées sont inadmissibles en principe, attendu qu'à tout effet correspond nécessairement une cause quelconque, latente du moins, lorsqu'elle n'est pas manifeste. Mais le doute devient alors de rigueur s'il s'agit de déterminer la nature de cette œuvre; puisque, d'une part, sa démonstration est impossible, et que, d'autre part, les convictions ne pouvant être puisées que dans des circonstances accessoires, telles que l'âge du malade, les saisons, le climat, etc., on n'arrive jamais par ce moyen qu'à établir une hypothèse plus ou moins probable.

Si nous passons à la symptomatologie, demandons-nous d'abord si tout ici est positif, matériel. Non, sans doute, car s'il est des symptômes qui se manifestent nettement, il n'en est pas de même de certains autres. Ainsi donc, dans cette partie importante de l'observation, on est parfois également arrêté par des points obscurs, incertains. Pour ne parler que de la percussion et de l'auscultation, il faut reconnaître que si ces deux moyens d'investigation fournissent dans la majorité des cas des données précieuses, on s'est abusé néanmoins en s'arrêtant, dans les indices qu'elles peuvent fournir, à des nuances trop fugaces pour être appréciées par tout le monde. C'est encore le cas ici de se méfier de ces indices trop vagues, et de préférer le doute aux conséquences dangereuses que l'on serait tenté de tirer en se fondant sur eux. Nous nous tiendrons en garde, dit M. Chomel, contre ces sensations obscures, et nous attacherons, par contre, beaucoup d'importance aux symptômes manifestes.

Les mêmes remarques s'appliquent à la marche des maladies. Ici encore l'observation exacte peut seule dissiper une foule d'incertitudes et de doutes. Appliquée, par exemple, aux apyrexies, elle seule en fait connaître exactement le type, intermittent, rémittent ou continu, et s'oppose à toutes sortes de méprises à cet égard. Combien de fièvres mal observées et considérées comme intermittentes ont été vainement attaquées par le sulfate de quinine, parce qu'elles étaient symptomatiques et non essentielles, légitimes. Trop souvent le médecin s'en est laissé imposer par ces fièvres symptomatiques qui, le plus communément, sont des fièvres rémittentes et n'ont rien de commun avec les fièvres intermittentes proprement dites.

On peut faire l'application des mêmes principes à la thérapeutique. Ici, règle générale, il faut de préférence, se conformant au précepte de Frank, dans les maladies connues, appliquer les remèdes dont l'efficacité est également connue. Il faut, autant que possible, réserver les agens nouveaux, les substances dont on veut expérimenter l'action pour les maladies chroniques qui sont au-dessus des ressources de l'art, ou réputées comme telles. Toutefois, il est des maladies aiguës contre lesquelles il est permis également d'employer une thérapeutique en quelque sorte expérimentale: ce sont celles contre lesquelles tous les agens usités jusqu'alors sont venus échouer. Telle est, par exemple, la rage. Le devoir du médecin est même de sortir autant que possible alors de la voie battue. Mais combien de difficultés encore l'expérimentation thérapeutique présente, combien il est facile que l'observation tombe en défaut. L'erreur à cet égard est d'autant plus immense, que la plupart des maladies sont susceptibles d'affecter plusieurs modes de terminaison, et que dans l'ignorance où nous sommes des choses à venir, il devient aussi facile que séduisant pour l'esprit d'attribuer à l'agent employé une guérison qui, en réalité, n'est que l'œuvre de la nature.

On a beaucoup parlé à notre époque et l'on parle encore parfois de *progrès récens* dont les sciences médicales auraient eu à s'enrichir. Les mêmes voix se sont élevées pour faire entendre que quelques médecins, au lieu d'entrer franchement eux-mêmes dans cette voie du progrès, avaient préféré opposer à ce dernier une résistance plus ou moins active. Selon les uns je serais, dit M. Chomel, du nombre de ces médecins que l'on qualifie du titre de *résistans*. Je ne sais, Messieurs, ce que, dans ce cas, on entend par progrès; mais si par là on entend la création de ces systèmes que nous avons constamment repoussés comme nuisibles, alors nous reconnaissons appartenir aux *résistans*; et c'est à juste titre que l'on nous accuse d'avoir refusé d'entrer dans la voie de ce prétendu progrès. Il ne faut pas s'abuser sur la valeur de ce mot; car si on lui donne une acception arbitraire, il devient alors difficile de s'entendre; c'est la faute que l'on a commise, à ce qu'il nous semble, en alliant les idées bien diverses qui se rattachent aux mots *progrès* et *système*, et l'on a évidemment faussé la première lorsqu'on l'a appliquée à tout autre mot qu'à celui de *mouvement*. C'est mouvement, en effet, que l'on a sans doute voulu dire, ce qui est bien différent. Je n'entends pas nier que les systèmes n'aient pas servi parfois au véritable progrès de la médecine; loin de là; car, si dans leur ensemble ils sont tous plus ou moins fautifs, il en est quelques-uns qui, étudiés dans leurs détails, offrent à l'esprit une riche moisson. Je dirai même que la création d'un système, quel que soit d'ailleurs son degré de certitude, suppose toujours une certaine élévation d'esprit; mais ce qui doit engager à ne les accepter qu'avec méfiance, c'est que, si l'on jette un regard en arrière, pour voir ce que sont devenus les nombreux systèmes qui ont été successivement créés, on trouve pour le plus grand nombre que leur existence passagère a à peine laissé quelques vestiges, et que, pris collectivement, il ont bien peu servi, en réalité, au véritable progrès de la médecine. Je dirai enfin que les systèmes ne prouvent pas toujours une sévère méditation des faits observés; c'est contre ces faits mêmes qu'ils viennent se briser le plus souvent; et, règle générale, on doit les considérer comme douteux jusqu'à ce qu'ils aient reçu la sanction de l'observation.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. VOISIN.

Observations sur le traitement de l'aliénation mentale; par M. L. de CROZANT, interne des hôpitaux.

Aujourd'hui que le traitement moral de la folie paraît attirer toute l'attention et éveiller toutes les sympathies, le traitement physique de la même affection semble, par son silence, avouer son impuissance et renoncer à la lutte.

Les médecins qui traitent selon les vieilles lois de la médecine, et j'entends par là les préceptes de Pinel, d'Esquirol, de Broussais; ces médecins, dis je, se contentent de guérir et se taisent. M. Double, dans son rapport lu il y a quelque temps à l'Académie de médecine, tout en rendant justice aux bienfaits du traitement moral et aux avantages qu'en peut retirer un médecin habile et infatigable, n'a pas consenti à renoncer au vieux système et n'a pas voulu non plus qu'on oubliât les services nombreux qu'il avait rendus jusqu'à ce jour.

C'est ce même esprit d'impartialité qui m'engage à dire ce que j'ai vu, et à fournir ainsi la liberté du choix à ceux qui tiendront à se faire une opinion.

Parmi les nombreuses observations que j'aurais pu citer, j'en ai choisi trois qui présentent plus d'intérêt que les autres tant par la gravité du mal que par la rapidité de la guérison.

La première est celle d'un halluciné lypémaniaque, malade depuis long-temps et présentant par conséquent moins de chances de guérison; dans la deuxième, la gravité du mal

---

FEUILLETON.

DU RÉTABLISSEMENT DE LA CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE BIBLIOGRAPHIE.

Il est de nouveau question, nous assure-t-on, du rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine et de bibliographie à la Faculté de médecine de Paris. Quoique souvent déjà, depuis dix ans, on ait annoncé, et toujours vainement, le prochain rétablissement de cette chaire; quoique nous n'ayons pas de preuves certaines que le désir manifesté par quelques personnes soit de sitôt satisfait, puisque cette question préoccupe de nouveau l'attention publique, c'est pour nous un devoir de l'examiner, et de faire connaître, aussi nettement que possible, nos opinions à ce sujet.

Toute mesure qui tendra à élargir le cercle trop rétréci de l'enseignement des sciences médicales, à étendre, à disséminer l'instruction, nous trouvera dans les rangs de ses défenseurs. C'est dire déjà que nous approuverons sans réserve et que nous favoriserons de tout notre pouvoir le rétablissement de la chaire de bibliographie. Ce n'est pas que l'état actuel de l'enseignement pratique nous paraisse tellement satisfaisant et complet qu'on doive exclusivement faire porter les améliorations sur l'enseignement historique et dogmatique. Non, assurément; des lacunes graves et immenses existent de ce côté; il est déplorable, par exemple, que s'ils se bornent rigoureusement au programme exigé, les jeunes médecins pussent entrer dans la pratique sans avoir vu un enfant malade, un syphilitique, un aliéné. Création pour création, nous accorderions sans aucun doute notre préférence à une chaire d'enseignement clinique d'une de ces branches des connaissances médicales sur une chaire de bibliographie.

Mais pour celle-ci, et dans l'état actuel des choses, des circonstances toutes particulières se présentent qui nous font une obligation de rappeler les faits. Dès l'origine même de l'Ecole de médecine de Paris, en 1796, une chaire d'histoire de la médecine et de bibliographie y fut instituée. Pendant plus de quinze années, cet enseignement exista double, un pour l'histoire, l'autre pour la bibliographie; plus tard, il devint unique sous cette dernière dénomination. Il subsista tel jusqu'en 1822, époque où il était confié au professeur-bibliothécaire Moreau (de la Sarthe). Ce fut alors qu'eut lieu le fameux coup-d'état Corbière qui abolit la Faculté: Moreau (de la Sarthe) subit le sort de Pinel, Chaussier, Desgenettes, etc., il fut évincé. Nous ne pensons pas que personne aujourd'hui puisse soutenir la légalité des ordonnances du 21 novembre 1822 et du 5 février 1823, de ces ordonnances qui furent un des attentats les plus audacieux de la Restauration contre la liberté de l'enseignement et contre les droits acquis.

Le 5 octobre 1830 parut l'ordonnance réparatrice de M. de Broglie qui réintégra dans leurs fonctions les professeurs éliminés par M. de Corbière. Mais Moreau (de la Sarthe) était mort, et dans cette ordonnance, il n'est rien dit, il n'est rien statué sur la chaire d'histoire et de bibliographie.

Une question préalable se présente donc à examiner: la chaire d'histoire a-t-elle été virtuellement abolie par les ordonnances Corbière? Le silence, à cet endroit, de l'ordonnance d'octobre 1830 doit-il être interprété comme reconnaissant l'abolition de droit et de fait de cette chaire?

Ce serait faire violence à toutes les lois de la justice et de la logique que de répondre affirmativement à ces questions. Les ordonnances Corbière furent une illégalité complète; nul ne le conteste. Si elles ont été illégales envers les autres professeurs, elles l'ont été aussi envers Moreau (de la Sarthe) et s'il eût vécu en 1830, il eût été impossible de s'abstenir, à son égard, de la réparation, de la restitution, qu'on accordait aux d'autres. Aucune disposition légale n'a aboli cette chaire, elle existe aussi légalement que toute autre, et, parce que le professeur titulaire est mort, l'institution n'est pas morte avec lui; par cela même que depuis bientôt vingt ans elle est vacante, il ne s'en suit pas que la chaire n'existe plus en droit et en puissance. Quelque adresse, quelque ruse qu'on mette dans le sophisme, il nous paraît impossible qu'on parvienne à démontrer l'abolition légale de la chaire de bibliographie. Pour nous, dans cette circonstance comme toujours, ne tenant compte que des principes, nous retranchant derrière une légalité que nous n'avons pas faite, mais que nous subissons et que nous voulons que tout le monde subisse comme nous, acceptant les institutions telles qu'elles sont et faisant tous nos efforts pour qu'elles deviennent ce qu'elles doivent être, nous invoquons les principes, la légalité, l'existence même des institutions, pour appuyer de nos vœux le rétablissement d'une chaire qui ne fut jamais abolie. Que d'autres, par affection pour celui-ci, par haine contre celui-là, invoquent hypocritement les mêmes considérations, que nous importe? Il nous suffit à nous, qu'une demande soit vraie, soit utile, soit juste surtout, pour qu'elle obtienne nos sympathies et notre appui.

Si la chaire de bibliographie n'a jamais été abolie, il est donc impossible de considérer son rétablissement comme une création nouvelle, impossible par conséquent que la nomination du professeur puisse appartenir au choix direct du ministre. La législation, à cet égard, est claire et précise. Le ministre de l'instruction publique n'a droit de nomination directe que dans le cas de création d'écoles ou de chaires nouvelles; dans toute autre circonstance, c'est au concours qu'il appartient de décider du choix du professeur. La chaire de bibliographie n'ayant pas été abolie, elle retombe donc dans le droit commun, et c'est au concours seul qu'il est possible de demander un professeur. Ici, nous sommes heureux de voir que notre opinion a déjà été soutenue par des autorités compétentes. La commission nommée le 2 août 1830, par le ministre de l'instruction publique, exprima formellement cette opinion. En 1831, M. C. Broussais ayant adressé une pétition au ministre à ce sujet, la Faculté s'y associa et fit la même demande. En 1835, sur une pétition semblable, adressée par M. Dezeimeris, dans laquelle nous lisons: « Quoique veuve de son titulaire, la chaire d'his-» toire et de bibliographie ne cessa donc pas de subsister légalement

ressort du genre de délire, monomanie religieuse avec idées de suicide ; chez le troisième, enfin, les idées de richesse et de grandeur, la perversion de tous les sens, la multiplicité des hallucinations, la perte de la sensibilité, avaient imprimé à cette maladie un cachet de gravité sur lequel je n'ai pas besoin d'insister, et qui disparut en une huitaine de jours.

Le but des observations que je livre à la publicité est donc, non pas de critiquer le traitement moral ni de dénigrer les résultats heureux qu'on peut en retirer, mais simplement de mettre au jour quelques faits qui par leur précision et leur clarté empêchent d'oublier que le traitement physique, dans la folie, est une arme précieuse qu'il ne faut pas rejeter comme impuissante, et qui, dans certains cas d'aliénation mentale, guérit avec efficacité et promptitude.

Première observation. — *Lypémanie.*

L....., âgé de trente-sept ans, sans état, d'un tempérament bilieux, d'une assez bonne constitution. Yeux et cheveux noirs.

Renseignemens fournis par lui-même : Il est malade depuis quatre ans. Nommé directeur d'un établissement de soieries, en Géorgie, qui appartenait à l'empereur de Russie, il y resta près d'une année. Ne trouvant pas son traitement assez considérable, il quitta pour entrer dans une maison du même genre, fondée par une société de commerçans. Son admission fut long-temps incertaine à cause de l'énormité de ses prétentions. Il y entra cependant avec un traitement annuel de 10,000 francs. Mais les vives contrariétés qui avaient précédé sa nomination, la crainte de se trouver dans le plus affreux dénuement, éloigné de sa patrie et de tous les siens, avaient déjà altéré sa raison. Il attribua les hésitations de la compagnie à la malveillance, à l'intrigue d'ennemis *imaginaires* qui voulaient le faire passer pour un charlatan et un homme dont on devait se défier. Sa tristesse et ses craintes allèrent en augmentant ; il se croyait sans cesse espionné, soupçonné d'infidélité, et il dut bientôt quitter cette maison où il se croyait méprisé. Il remplit pendant quelque temps, dans la même ville, la fonction d'instituteur, puis alla à Odessa, toujours misérable, toujours tourmenté. Il crut qu'une influence secrète, dont la nature lui est inconnue, le poursuivait sans cesse, contrariait ses projets et le vouait à la misère ; il quitta successivement Odessa, Constantinople, Smyrne, cherchant partout à échapper au sort qui l'accablait, revint en France, resta un an dans sa famille, toujours rêveur et poursuivi, et se décida à venir à Paris, dans l'espoir d'y trouver le terme de ses souffrances. M. Leuret, qu'il consulta, lui conseilla d'entrer à l'hospice de Bicêtre, et son numéro d'admission l'envoya dans notre service, le 11 septembre 1841.

Le malade nous raconte ses chagrins, ses idées de tristesse, qui n'ont pas cessé de l'obséder, ne se croit pas malade et regrette d'être entré dans notre service, où certainement son mauvais génie l'a conduit ; il se plaint d'avoir résisté aux idées de suicide qu'il nous dit avoir eues à Odessa ; il se défie de tous ceux qui l'entourent, des infirmiers, des élèves, de M. Voisin. Un peu de céphalalgie, insomnies fréquentes, rêvasseries, pouls normal, pas d'embarras intestinal. Limonade, deux ventouses à la nuque, qui donnent 200 grammes de sang.

Le 13 septembre, pas de mieux ; il craint qu'on ne veuille l'affaiblir par les ventouses, et détruire sa santé jusqu'alors assez bonne. Limonade ; un vésicatoire à chaque jambe.

Le 14 septembre, Lac... ne nous parle que de la douleur que lui ont causé ses vésicatoires, et renonce à croire M. Voisin *assez méchant pour le faire souffrir sans raison et seulement pour obéir à des instigations malveillantes.*

Sous l'influence des vésicatoires entretenus pendant six jours, le malade sent disparaître peu à peu cette disposition mélancolique qui, malgré lui, dominait son imagination et son jugement, noircissait tout à ses yeux et le rendait le plus malheureux des hommes. Il comprend l'intérêt qu'on lui porte, sent l'efficacité du remède, et demande lui-même à ce qu'on fasse suppurer ses vésicatoires pendant quelques jours encore. Son sommeil est bon ; plus de rêves, plus de céphalalgie.

Aujourd'hui, Lac..., complètement guéri, occupe un emploi dont il s'acquitte avec intelligence.

M. Voisin attache une grande importance à ce mode de traitement, qui lui a très souvent réussi chez les lypémaniaques. La préoccupation où se trouvent ces malades disparaît presque toujours sous cette influence ; succès qui dépend à la fois de la révulsion physique opérée sur les membres inférieurs, et de l'attention constante inévitable que la douleur excite chez le malade. La réalité remplace les chimères, et quand à son tour cette douleur réelle disparaît, le malade, obligé de convenir du mieux qu'il éprouve, revient à la raison, et ne songe plus à ses souffrances imaginaires que ce traitement à la fois physique et moral a dissipées.

Deuxième observation. — *Monomanie religieuse. Suicide.*

P. A..., âgé de dix-sept ans, commis aux écritures ; constitution faible, rachitique ; caractère doux, mélancolique. Yeux et cheveux noirs ; figure maigre, pâle, sans expression.

Renseignemens fournis par sa mère :

Cet enfant a toujours mené une vie régulière et heureuse ; sa famille jouit d'un peu d'aisance, et lui-même gagne quelque chose par son travail. Il a reçu une éducation religieuse, et s'est même toujours montré très scrupuleux pour ses devoirs ; il n'a cependant jamais manifesté à sa mère le désir d'entrer dans les ordres. Ses jambes, par suite de rachitisme, sont contrefaites et le rendent sédentaire. Cette infirmité l'a toujours vivement tourmenté et blessé dans son amour-propre ; il en parle à sa mère comme d'un obstacle qui doit lui fermer toute carrière et empoisonner ses jours. Il fuit la société, craint d'être raillé, surtout par les personnes de sa famille, qui lui ont pourtant jusqu'à présent marqué le plus vif intérêt.

Depuis une quinzaine de jours cette tendance à la mélancolie a beaucoup augmenté, lorsque tout à coup, deux jours avant son entrée, il se lève la nuit en chemise, fait une prière et essaie de s'étrangler avec sa cravate. Sa mère le force à se recoucher ; il est excessivement agité jusqu'au matin. On le conduit à Bicêtre.

Aucune cause appréciable ne précéda l'explosion du délire ; cependant des habitudes d'onanisme que nous avons remarquées pendant son séjour dans la maison, doivent se joindre aux causes prédisposantes que nous avons signalées plus haut.

Entré le 5 septembre 1841. Peau chaude, pouls à 80 ; langue sèche et un peu rouge ; lèvres enduites d'une croûte sèche ; tête brûlante ; refus de boire et de manger ; délire continuel. Il parle sans cesse de l'église et de ses enfans, du Christ et de sa croix qu'il demande à porter pour soulager son sauveur ; « Mon Dieu ! dit-il, laissez-moi vous aimer ; je ne puis » pas être prêtre, je ne le veux pas, je suis trop difforme ; » permettez seulement que j'aille vous embrasser. » Tentatives de suicide pendant la nuit, avec des cordons de rideaux qu'il avait cachés.

Le 6, deux ventouses scarifiées à la nuque ; limonade émétisée ; tisane de mauve.

Le 8, le délire a continué, quoique moins violent, et disparaît après une nouvelle application de ventouses de 2 ,0 grammes de sang.

Le 12, une visite de sa mère le rend triste et morose pendant toute la journée. Sa susceptibilité lui fait craindre d'être à charge à sa mère ; il se plaint de ne pouvoir rien faire pour elle, et de ne pouvoir reconnaître tous les soins dont elle l'entoure. Par un malentendu il la revoit le lendemain ; et dans la nuit, nouvelle tentative de suicide répétée à plusieurs reprises, et malgré le gilet de force qu'on avait eu soin de lui mettre. Le matin, à la visite, il est tranquille et raisonnable ; ce qui fait toujours espérer un peu de mieux, et empêche M. Voisin d'employer un traitement plus actif. Pectorale gommée ; julep ; ext. digitale, 6 gouttes.

Cependant tous les soirs, à cinq heures, le délire recommence et toujours avec prédominance d'idées religieuses, et deux nouvelles tentatives de strangulation.

Le 17, ayant égard au retour périodique des accès de manie, M. Voisin ordonne du sulfate de quinine qu'il continue pendant huit jours. Dès le deuxième jour du traitement, un mieux sensible s'était manifesté dans l'état du pauvre A... ; le cinquième jour le délire avait disparu complètement, et le 24 septembre, le malade nous reçoit le sourire sur les lèvres pour la première fois depuis son entrée à l'hospice.

Entré en convalescence après seize jours de maladie, il est resté jusqu'au 23 octobre dans la crainte d'une rechute, et est sorti dans un état on ne peut plus satisfaisant.

Troisième observation. — *Paralysie de la sensibilité. Manie des richesses. Hallucinations de tous les sens.*

C..., veuf, ayant deux enfans bien portans dont il est séparé, âgé de quarante-trois ans, scieur de marbre, tempérament bilieux, constitution bonne, barbe et cheveux noirs grisonnans, yeux bruns enfoncés, arcades sourcillières très saillantes, peau brune, physionomie pleine d'expression.

Renseignemens donnés par lui-même :

Ce malade a joui d'une bonne santé jusqu'à présent, et a toujours mené une vie sobre et régulière.

Depuis quatre mois, sans cause connue, il trouve un grand changement dans sa manière d'être. Il dit avoir beaucoup vieilli, ses cheveux ont blanchi ; il a eu moins de force et moins de courage pour son travail, sans toutefois ressentir aucun malaise bien évident ; sa vue et son ouïe ont également baissé, et en même temps sont sujettes à des hallucinations. En travaillant, il croit voir mille objets bizarres passer devant lui ; des bruits de toute sorte viennent frapper son oreille : c'est une meute de chiens, le sifflement d'un serpent. Il éprouve aussi des bourdonnemens et des battemens dans la tête. Souvent des mets qu'il aimait lui ont paru avoir un goût détestable ; le sens de l'odorat était également perverti ; il comprenait que ces sensations pénibles étaient autant d'erreurs, et vainement il cherchait quelle pouvait en être la cause et comment s'en délivrer. De temps en temps, des idées chimériques sans suite, qu'il ne peut se rappeler, lui passaient par la tête et le tourmentaient toutes les nuits. Il a réagi avec courage contre ces mauvaises influences, vainement il a travaillé avec plus de ténacité ; il a senti son mal augmenter peu à peu et le jeter dans le découragement, lorsqu'il y a sept à huit jours il s'est trouvé à la Préfecture de police, puis conduit à Bicêtre, sans qu'il puisse s'expliquer ou se rappeler les différens événemens qui ont pu motiver son arrestation.

Le 7 août 1841, ce malade paraît réfléchi, préoccupé ; sa figure est empreinte d'une expression de tristesse et de méditation qui cadre parfaitement avec la beauté imposante de ses traits. Il répond convenablement aux différentes questions que nous lui faisons pour connaître ses souffrances.

Aujourd'hui il se croit très riche, comprend à peine l'état misérable de ses vêtemens, en accuse la fourberie de ses intendans qui ne veulent lui rendre aucun compte. Il demande avec calme qu'on le renvoie dans une de ses terres ; ses réponses sont graves, mesurées comme toute sa personne, mais faites sans hésitation et sans aucun bégaiement ; la locomotion ne paraît nullement atteinte, si ce n'est cette faiblesse que le malade dit ressentir, mais qui n'est nullement sensible pour nous ; les organes des sens comme nous avons dit, outre les hallucinations, paraissent au malade avoir un peu baissé.

La peau présente dans toute son étendue une insensibilité complète qui est constatée par tout le monde, et de toutes les manières ; le malade se plaint d'insomnies, de céphalalgie légère, de bourdonnemens dans les oreilles. Une saignée ; chiendent nitré ; deux ventouses scarifiées à la nuque ; pédiluve sinapisé.

Le 9 août, mieux sensible, plus de bourdonnemens, il traite de folie ses idées de richesses ; fourmillement à la plante des pieds et aux mollets, toujours de l'insomnie, la sensibilité semble un peu moins éteinte ; il dit sentir qu'on le pince, mais il n'éprouve aucune douleur quand on lui torture la peau.

Le 12, limonade émétisée ; chiendent nitré. Le 13, deux gouttes d'huile de croton-tiglium.

Le 15, la purgation donnée avant-hier a produit de nombreuses évacuations (25 à 30 dans la journée) ; le lendemain, 3 ou 4. Aujourd'hui le malade est parfaitement bien, plus de fourmillemens aux membres inférieurs, la tête est complète-

---

» et, comme telle, c'est par concours qu'elle doit être pourvue d'un » professeur..... Je déclare être prêt à offrir ma démission de biblio» thécaire, si l'on veut rétablir et mettre au concours la place occupée » autrefois par Moreau (de la Sarthe) ». Certes, on ne peut contester que M. Dezeimeris ne soit un des principaux intéressés dans cette question et qu'il n'ait dû l'étudier avec le plus grand soin ; aussi son opinion sur ce sujet est une des plus imposantes et suffirait-elle à défaut de documens précis, pour entraîner notre assentiment.

La légalité, la justice du rétablissement de la chaire d'histoire étant, ce nous semble, clairement démontrées par les faits autant que par les opinions, il reste à examiner sa convenance et son utilité. Nous avons besoin de le répéter, ce n'est pas un choix que nous avons à faire, ni un désir à exprimer sur telle ou telle création de chaire. Si telle était la position, nous demanderions ardemment la préférence pour l'institution d'une clinique nouvelle en faveur d'une des branches de la médecine qui n'est pas représentée dans l'enseignement universitaire. Mais ici la chaire existe ; il ne s'agit que de combler une vacance et de demander au concours l'institution d'un professeur nouveau. Cette chaire est-elle utile et y a-t-il opportunité à son rétablissement : voilà seulement ce qu'il faut examiner.

Nous ne ferons pas aux lecteurs de ce journal l'injure de croire qu'ils aient besoin d'être édifiés sur l'utilité des études historiques et bibliographiques. Il savent trop bien comment toutes les connaissances humaines ont été fondées par elles, et combien surtout elles sont indispensables aux sciences d'observation, parmi lesquelles il faut incontestablement ranger les sciences médicales. Observer sans cesse et féconder l'observation actuelle par l'observation passée, telle est l'inexorable nécessité de notre science. Sans cela, elle n'est plus qu'une pratique bornée, mesquine, misérable, une expérience stérile, commencée sans cesse et ne finissant jamais, une sorte de rocher de Sisyphe, que des générations médicales s'épuisent en vain à remonter. La tradition, dans de justes limites et consultée par l'esprit de critique et de libre examen, est un des besoins de notre art : l'histoire, c'est la tradition écrite ; la bibliographie, c'est la connaissance des sources où se peut puiser la tradition. Il a été une époque, et cette époque n'est pas bien loin de nous, où les études historiques n'avaient plus ni faveur, ni crédit. De quoi auraient-elles servi, en effet, aux intelligences asservies sous la domination d'un maître tyrannique qui les tenait courbées sous le joug de son autorité ? Qu'avaient-elles besoin de consulter la tradition qui n'était qu'un mensonge, l'observation passée qui n'était que déception, les livres qui n'étaient qu'absurdités ? La science, c'était ce point lumineux qui brillait au Val-de-Grâce ; partout ailleurs c'était obscurité, c'étaient ténèbres. Sous ce règne, que non sans raison on a comparé au règne de Paracelse, un seul livre parut avec la prétention de faire de l'histoire, l'*Examen des Doctrines médicales*, qui en réalité n'est qu'une éloquente protestation contre elles un admirable pamphlet en quatre volumes, mais qui n'a jamais été, qui ne sera jamais de l'histoire. De ce livre, cependant, s'est nourrie toute une génération médicale ; aussi est-elle morte d'inanition.

Grâce à Dieu, les choses sont bien changées. Les esprits, aujourd'hui, sont entrés en pleine voie des recherches historiques ; la tradition, non point la tradition servile des natures paresseuses ou timorées, mais la tradition fécondée, vivifiée par la critique, est tous les jours fructueusement consultée. Nous ne connaissons pas d'époque où l'histoire et la bibliographie aient été plus en honneur. Certes, pour ne parler que de l'Ecole de Paris, l'Ecole qui a vu surgir presqu'en même temps des historiens et des bibliographes aussi éminens que MM. Dezeimeris, Littré, Malgaigne ; l'Ecole qui lit et recherche des ouvrages tels que le dictionnaire historique de celui-ci, le travail sur les écrits et la vie d'Hippocrate de celui-là, l'introduction à la nouvelle édition d'Ambroise Paré de l'autre ; l'Ecole dont les élèves accourent aux brillantes et solides leçons de M. Malgaigne sur l'histoire de la chirurgie, cette Ecole n'est pas indifférente aux études historiques, et elle présente des symptômes irréfragables d'un besoin qui n'est pas satisfait.

Ce besoin, c'est l'institution définitive et permanente de la chaire d'histoire naturelle et de bibliographie. Avec la tendance actuelle des esprits, nulle objection raisonnable ne peut être élevée contre l'utilité immédiate de son rétablissement. Dans une série de lettres M. Dezeimeris chercha, il y a quatre ans, à démontrer l'utilité de cet enseignement oral que quelques personnes avaient mis en doute. Une démonstration plus satisfaisante et péremptoire a été faite depuis, c'est le cours fait l'été dernier par M. Malgaigne à la grande satisfaction d'un nombreux auditoire. Les Universités étrangères sont en possession depuis long-temps d'un enseignement historique et bibliographique ; la Faculté de Paris ne peut laisser subsister plus long-temps cette grave lacune sans manquer à la fois à ses devoirs, à sa dignité, à sa gloire.

Il est un point, le moins important, du reste, de cette question, sur lequel nos idées ne sont pas assez arrêtées pour que nous puissions formuler notre opinion, c'est de savoir si le professeur d'histoire et de bibliographie doit être en même temps revêtu des fonctions de bibliothécaire. Nous sommes en général fort peu partisans du cumul des places, et dans les circonstances dont il s'agit, nous voudrions bien trouver un moyen qui conciliât les principes avec les exigences de cet enseignement. Nous y réfléchirons.

Si nous ne nous abusons, il doit être démontré : 1° que la chaire d'histoire n'a jamais été légalement abolie ; 2° que cette chaire existe en droit et en puissance ; 3° qu'elle doit être donnée au concours ; 4° que son rétablissement sera favorable à la tendance actuelle des esprits vers les études historiqus ; 5° enfin, qu'il y a convenance et opportunité à son rétablissement immédiat.

---

ment dégagée ; il semble, dit-il, sortir d'un rêve ; il ne se souvient d'aucune de ses folles idées ; il ne comprend pas comment il a pu se croire riche. La peau, qui nous avait présenté un désordre si complet, a repris aujourd'hui toute sa sensibilité ; le malade se sent plus fort, plus actif, et demande à être occupé le 17. On le garde pendant un mois pour s'assurer de la guérison, et il sort le 29 septembre complétement guéri, après dix jours de maladie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Emphysème pulmonaire comprenant toute l'étendue du poumon gauche, bronchite du côté droit, chez une femme âgée de soixante-neuf ans. — Considérations générales sur l'emphysème pulmonaire.

Au nº 14 de la salle Sainte-Sophie est couchée une femme âgée de soixante-neuf ans, entrée depuis deux jours à l'hôpital avec les symptômes d'un emphysème pulmonaire. Cette femme, vivant dans une misère excessive, se livrait habituellement à de très rudes travaux consistant principalement à traîner dans les rues une petite voiture à bras pesamment chargée. Par suite de la perte de son mari, survenue il y a environ quatre ou cinq ans, cette femme s'est trouvée réduite au dernier degré de la misère, et forcée de redoubler ses pénibles travaux. Aussi, depuis cette époque, a-t-elle été prise de dyspnée habituelle, avec imminence de suffocation revenant périodiquement toutes les nuits ; il est survenu de la toux avec expectoration muqueuse abondante, amaigrissement, et affaissement graduel des forces.

Aujourd'hui, cette femme offre un état d'émaciation extrême ; la peau est flasque et ridée, les muscles amincis sont comme plaqués sur les os ; en un mot on trouve chez cette femme tous les caractères d'une sénilité anticipée. L'examen du thorax a permis de diagnostiquer un emphysème pulmonaire occupant les deux poumons, mais beaucoup plus étendu du côté gauche, et compliqué de bronchite à droite. Voici quels en sont les signes :

A l'examen extérieur de la poitrine, on remarque une différence sensible dans la conformation des deux moitiés de la paroi antérieure ; la moitié gauche de cette paroi est soulevée et présente une voussure qui s'étend jusqu'au côté gauche. Tout ce côté se soulève en masse et comme par secousses pendant les mouvemens inspirateurs.

La percussion de la poitrine en avant et à gauche donne lieu à une sonoréité tympanique dans toute l'étendue de la paroi thoracique ; la plus grande intensité de la sonoréité a lieu entre la deuxième et la cinquième côte. La paroi postérieure du même côté donne la même sonoréité à la percussion, depuis l'insertion supérieure du scapulum jusqu'à la base de la poitrine. A droite on perçoit la même sonoréité tympanique, mais dans une étendue plus limitée ; elle n'a lieu que vers la base en dehors et en arrière. La résonnance est à peu près normale dans tous les autres points.

L'auscultation fait découvrir des modifications importantes dans le bruit respiratoire. Le bruit vésiculaire est éteint à gauche dans les points où a lieu la plus grande sonoréité. Lorsque la malade parle, sa voix est transmise à l'oreille comme à travers un tube.

A droite, dans les points qui donnent à la percussion une sonoréité normale, on entend l'expansion vésiculaire, mais ce bruit s'accompagne d'un léger râle muqueux.

En résumé, les signes fournis par l'inspection et l'examen de la poitrine sont : 1° une déformation des parois thoraciques ; 2° sonoréité anormale dans tout le côté gauche de la poitrine ; 3° absence de bruit d'expansion vésiculaire dans les points les plus sonores ; 4° bruit d'expansion vésiculaire normal à droite, mais accompagné de râle muqueux. C'est à raison de ces signes qu'on a diagnostiqué un emphysème du poumon gauche et une légère bronchite du côté droit.

En remontant à l'origine de cette maladie et aux circonstances qui ont précédé son développement, on reconnaîtra que cet emphysème peut avoir été occasionné par l'action de traîner une voiture. Ce sont les mêmes conditions qui déterminent la pousse chez les chevaux, phénomène qui offre la plus grande analogie avec l'affection dont il s'agit ici.

On peut suivre aisément le mécanisme et le mode d'action de cette cause : vous verrez souvent dans les hôpitaux des sujets atteints d'emphysème, qui sont assez bien portans en été pour se livrer à leurs travaux habituels, mais dont l'état empire tous les hivers, au point de les obliger à suspendre toute occupation et à venir réclamer nos soins. Ce sont en général des gens qui se livrent habituellement à de grands efforts musculaires, et sujets en même temps à contracter fréquemment des catarrhes pulmonaires. Remarquons en effet que tous les grands efforts musculaires ont pour point d'appui la poitrine. Dans l'action de traîner une voiture, par exemple, à chaque effort de traction, la poitrine, servant de point d'appui aux muscles du tronc et des membres thoraciques énergiquement contractés, se distendent outre mesure, admettant ainsi à l'occasion de chacun de ces efforts par de profondes inspirations répétées une colonne d'air disproportionnée avec la force de retrait des poumons. Joignez à cela que les poumons eux-mêmes supportent la plus grande partie des efforts musculaires.

Examinons maintenant les rapports qui existent entre ce mécanisme et les phénomènes que l'on a observés chez les sujets emphysématiques. Lorsque, par suite d'efforts musculaires violens et répétés, l'air est maintenu avec force dans les cellules pulmonaires, ces cellules se distendent graduellement et finissent par acquérir une ampliation exagérée ; lorsque cette ampliation est portée au point de dépasser la limite de l'élasticité de ces cellules, leurs parois se rompent, et il se fait une accumulation d'air dans une étendue plus ou moins grande résultant de la rupture d'un plus ou moins grand nombre de ces cellules. Cette distension est quelquefois portée au point de rompre toutes les cellules d'un lobule entier du poumon. Les poumons conservent donc une expansion beaucoup trop grande qui rend impossible le retrait complet de ces organes sur eux-mêmes. De là le défaut d'équilibre entre les forces inspiratrices et expiratrices, et enfin, aux dernières limites, l'absence complète de respiration. Cette lésion existant depuis un temps plus ou moins long augmente le plus souvent ; quelquefois elle reste stationnaire, mais jamais elle ne cesse ou diminue.

L'un des résultats mécaniques immédiats de cette lésion, c'est la déformation du thorax, l'ampliation et la voussure des parois correspondantes à la partion des poumons ou au poumon qui est le siége de l'emphysème. De là résulte un autre ordre de phénomènes consécutifs, la modification dans les mouvemens des parois thoraciques par suite de cette déformation même. Enfin, la nutrition ne tarde pas à être elle-même altérée sous l'influence de la lésion fonctionnelle des poumons et du trouble introduit dans l'hématose ; les muscles des parois thoraciques surtout sont frappés d'amaigrissement ; de là cet amincissement extrême des parois, et la facilité avec laquelle se produit la résonnance. Ainsi, la voussure et la sonoréité anormale de la poitrine sont, comme on le voit, des phénomènes faciles à expliquer. Il serait tout aussi aisé de nous rendre compte de l'absence du bruit vésiculaire. On n'entend, dans cet état, qu'un seul bruit, le bruit de souffle, bruit caractéristique de l'emphysème, et le seul qui lui soit propre, quoiqu'en aient dit quelques auteurs. On rencontre bien, en effet, dans un grand nombre de circonstances, d'autres bruits qui viennent se mêler au bruit de souffle, tels que la sibilance et le râle muqueux, mais ils tiennent à la coïncidence très fréquente de la bronchite, dont ils sont les symptômes propres, avec l'emphysème, et sont tout à fait étrangers à ce dernier état morbide.

Au nombre des accidens fonctionnels, nous signalerons l'oppression et la difficulté du décubitus horizontal. Les malades cherchent toujours à se tenir debout ou assis, afin de faciliter les mouvemens d'expiration en laissant aux muscles toute leur énergie d'action. C'est dans l'expiration surtout que se manifeste au plus haut degré la dyspnée.

Voilà pour les symptômes directs ; mais ce n'est pas là tout. L'accomplissement de l'hématose dépendant de l'intégrité fonctionnelle des poumons, du moment que les mouvemens d'inspiration et d'expiration ne s'exécutent plus suivant leur type normal, la souffrance de cette fonction se manifeste par des symptômes extérieurs asphyxiques. Le système veineux s'engorge, la face s'injecte, devient violette, et tuméfiée ; le cerveau se congestionne par suite de la stase de la circulation veineuse ; il survient en même temps des attaques violentes d'asthme avec imminence de suffocation, et quelquefois même des symptômes apoplectiques.

Dans les cas où les phénomènes ne se succèdent pas avec cette rapidité et cette intensité croissante, il arrive que l'hématose devenant de plus en plus imparfaite, entraîne graduellement une détérioration organique complète, et réalise en peu de temps une sénilité anticipée, de la même manière que le ferait la succession des années.

Pour nous résumer, il y a ici une cause directe de dyspnée, d'hématose incomplète, et non de déperdition successive des forces : de là cette même genre ême des sujets affectés d'emphysème pulmonaire, remarqua

Il est encore un autre ordre de phénomènes accessoires dont la production est liée à la nature même de la fonction lésée. Bien que ces sujets aient une maladie continue en ce qui concerne la lésion des poumons, cependant ils présentent, en général, une intermission dans les symptômes. Cette intermission tient à la fonction même. La respiration ne s'exécute pas avec la même intensité dans toutes les heures de la journée ; elle est plus active pendant la nuit que pendant le jour ; aussi les paroxysmes ont-ils toujours lieu pendant la nuit. Il faut tenir compte, il est vrai, de cette autre considération, que pendant le jour les malades restant assis ou debout, s'aident du concours de tous les muscles thoraciques, et facilitent par là les mouvemens respiratoires, tandis qu'une partie de ces muscles se trouvant empêchée d'agir pendant le décubitus, il en résulte que ces mouvemens sont moins profonds et plus fréquens ; de là une cause de dyspnée plus grande pendant la nuit que dans le jour.

Les sujets atteints d'emphysème étouffent ordinairement après leurs repas ; il est même des malades chez lesquels cette gêne est si grande, qu'ils redoutent l'ingestion des alimens. Il y a là encore des conditions de dyspnée faciles à comprendre. Il est à peine nécessaire d'indiquer comme telle la distension de l'estomac par des alimens, le soulèvement du diaphragme et le refoulement des poumons qui en est la conséquence. Une autre condition plus importante est celle qui est liée à la chylification, laquelle nécessite une action plus complète des organes respiratoires pour la conversion du chyle et l'oxygénation du sang, auxquels viennent se mêler les produits de la digestion, et par suite un accroissement des symptômes d'asphyxie.

L'emphysème pulmonaire détermine à son tour des troubles consécutifs dans les fonctions dont l'accomplissement est plus ou moins lié à l'hématose, et dont les agens ont des rapports anatomiques plus ou moins intimes avec les poumons. Nous avons signalé plus haut les modifications qu'entraîne l'emphysème dans la conformation de la cage thoracique. Des influences non moins importantes peuvent résulter de cet état morbide des poumons sur les organes contenus dans la poitrine. Dans l'emphysème de la base des poumons, la portion inférieure du lobe inférieur du poumon gauche venant se placer au-devant du cœur, peut comprimer cet organe, gêner la circulation et déterminer par suite une hypertrophie du cœur. L'action du poumon emphysémateux sur le cœur ne se borne pas à ce résultat mécanique ; elle se manifeste d'une manière plus directe par le trouble fonctionnel du cœur ; la gêne de la circulation et la dilatation consécutive des cavités droites du cœur.

Traitement. La première des indications que l'on ait à remplir, consiste à régler le régime. On doit d'abord interdire tout effort musculaire ; le malade doit s'abstenir de toute marche forcée, de causer, de parler à haute voix. On devra faire choix d'alimens de facile digestion, diviser les repas pour éviter une trop grande distension de l'estomac, etc. Quant aux médications qui se rapportent à l'état pathologique en lui-même, le choix en est plus difficile. Toutes les fois qu'il survient un catarrhe pulmonaire, les symptômes de l'emphysème s'exaspèrent ; on devra donc éviter avec soin toutes les causes qui peuvent produire le catarrhe et le combattre lorsqu'il existe, avant d'attaquer la maladie principale.

On a préconisé contre l'emphysème l'usage des saignées ; c'est, de tous les moyens qui ont été proposés, le plus antiphysiologique. On obtient bien un soulagement momentané à la suite des saignées, en diminuant l'activité pulmonaire, mais on ne modifie en rien la lésion du poumon ; et les saignées, si elles sont répétées, ne tardent pas à précipiter la sénilité et la vie.

Les narcotiques ont été également recommandés, et spécialement l'opium. On s'est appuyé sur ce que les narcotiques ont la propriété de diminuer l'activité de la respiration. Cela est vrai, mais les narcotiques ont l'inconvénient d'agir d'une manière funeste sur l'hématose, de déterminer des congestions veineuses dans l'encéphale, et d'ajouter aux causes déjà si intenses de dyspnée. Nous ne rejetons pas cependant d'une manière absolue ces deux ordres de moyens, mais nous pensons qu'il convient d'en restreindre l'usage dans des limites étroites. Il est des agens thérapeutiques qui ont plus d'efficacité et moins d'inconvéniens que les précédens : ce sont les vomitifs. Nous administrons les vomitifs dans le but de provoquer des efforts de vomissemens, c'est-à-dire des mouvemens convulsifs qui retentissent d'une manière favorable sur les muscles thoraciques. Après ces efforts, les malades affectés d'emphysème pulmonaire éprouvent ordinairement un soulagement marqué et une diminution notable des symptômes. Les vomitifs ont en outre l'avantage de pouvoir être administrés avec insistance, pendant un temps plus ou moins long et sans danger, à la condition toutefois de ne les donner qu'à des intervalles de deux ou trois jours. Mais ce ne sont point là encore des moyens de guérison ; on peut, par l'une ou l'autre de ces médications bien dirigées, atténuer les symptômes, diminuer l'intensité des accès, arrêter même les progrès de l'emphysème à son début ; mais lorsque l'emphysème est arrivé à l'état chronique et a atteint un certain degré de gravité, il marche incessamment vers une terminaison funeste, par la rupture successive des cellules pulmonaires de plus en plus distendues. On ne peut attendre alors de ces agens thérapeutiques qu'une action simplement palliative.

Nous aurions enfin un dernier mot à dire sur l'action de l'air et sur la nécessité de modifier convenablement les *ingesta* des organes pulmonaires. Il n'y a, à cet égard, qu'une indication à remplir, qui est de rendre l'air destiné à pénétrer dans les poumons le moins irritant possible, et pour cela éviter l'air froid et humide, ainsi que l'air trop sec, et ne laisser respirer au malade que l'air chaud des appartemens. Mais ce sont là des moyens que l'on ne peut mettre en usage que dans la pratique civile et qui sont inapplicables dans les hôpitaux.

Nous nous bornerons donc, chez la femme qui fait le sujet de ces considérations, après avoir combattu d'abord la bronchite, à prescrire les vomitifs répétés alternativement de deux en deux jours, et à régler son régime suivant les principes que nous avons émis.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation artificielle de l'urée.

L'operation par laquelle on extrait l'urée de l'urine, au moyen de l'ocide azotique, est toujours longue et fort coûteuse, car le produit n'est guères que de trente grammes (une once) pour un kilogramme (deux livres) d'acide employé. C'est donc rendre service à nos lecteurs que de leur faire connaître le procédé proposé par M. le professeur J. Liebig pour la préparation artificielle de cette substance, que l'on est accoutumé à considérer comme un résultat des forces vitales.

On fait un mélange de vingt-huit parties en poids de ferro-cyanure de potassium sec et réduit en poudre et de quatorze parties de bi-oxyde de manganèse pulvérisé, puis on le place sur une feuille du tôle, et on le chauffe au rouge sombre en ayant soin de le remuer à plusieurs reprises, dans le double but d'empêcher l'agglutination et de faciliter l'accès de l'air ; bientôt la masse s'enflamme, après quoi elle s'éteint peu à peu. On laisse refroidir, puis on lessive avec de l'eau pure : on met à part les premières portions de liquide que l'on recueille, et l'on fait dissoudre dans les dernières vingt parties et demie de sulfate d'ammoniaque sec. En mélangeant cette solution avec le premier produit qui a été mis de côté, il s'opère sur-le-champ une précipitation de sulfate potassique qui doit être isolé par décantation du liquide surnageant. Ce dernier est évaporé à une température inférieure au point d'ébullition, et à mesure qu'il se précipite de nouvelles quantités de sulfate de potasse pendant cette partie de l'opération, on a soin de le séparer en décantant la liqueur ; enfin on continue l'évaporation jusqu'à siccité, après quoi on reprend le résidu avec de l'alcool bouillant qui s'empare de l'urée sans enlever la moindre parcelle des sulfates avec lesquels elle est mêlée. On obtient ainsi de l'urée parfaitement pure, et dans la proportion de plus de cent soixante grammes (cinq onces) pour chaque cinq cents grammes (une livre) de ferro-cyanure de potassium employé.

Dans cette opération, le ferro-cyanure, sous l'influence de la chaleur, se convertit en cyanate de potassique aux dépens de l'oxygène de l'air et de celui du bi-oxyde manganésique ; ce cyanate se transforme en cyanate d'ammoniaque par la double décomposition que détermine l'addition du sulfate de cette base, et, par l'action d'une douce température, le nouveau sel se transforme lui-même en urée.

(*Ann. der Chimie und Pharmacie*, vol. 18, p. 108.)

Phlébite guérie par des applications continues de neige.

Un homme âgé de soixante-cinq ans, d'une très robuste constitu-

tion, ayant été saigné au bras droit le 30 novembre 1840, pour cause de pléthore, éprouva dès le lendemain de la douleur et des élancemens au pli du bras : la petite plaie, tendue, enflammée et béante, devint le siége d'une suppuration. Ces accidens n'ayant été combattus que par des moyens à peu près insignifians, il survint le 10 décembre une fièvre très intense qui persista les jours suivans, et à laquelle vint bientôt se joindre du délire. M. le docteur Margariteau, de Saint-Sylvain, fut appelé le 17 au soir : à cette époque, le mal continuait à faire des progrès ; le bras et l'avant-bras, moitié plus gros que dans l'état normal, offraient une rougeur érysipélateuse ; on sentait au pli du bras jusqu'au creux de l'aisselle le trajet de la veine qui présentait la résistance d'une corde fortement tendue, et du volume du doigt ; la fièvre était très forte. Une application de 40 sangsues sur le bras et l'avant-bras fut pratiquée ; le malade fut mis à une diète absolue ; une potion opiacée et des cataplasmes furent prescrits.

Le lendemain, il y avait un peu d'amélioration ; il n'y avait pas eu de délire pendant la nuit, mais la fièvre avait toujours la même intensité. La nuit suivante fut des plus mauvaises, le délire recommença. On revint aux sangsues en même quantité que pour la première fois, à la potion opiacée, etc., mais ces moyens restèrent inefficaces ; le mal fit de nouveaux progrès ; le gonflement du bras et de l'avant-bras devint tel, que la peau, déjà violacée et livide, parut devoir éclater ; les accidens généraux se montrèrent formidables. En présence de cet appareil de symptômes, et présageant une terminaison promptement funeste, M. Margariteau conçut l'idée d'éteindre la réaction inflammatoire toujours croissante en enveloppant le membre avec de la neige, qui, à ce moment, couvrait la terre. En conséquence, le 20 décembre, le bras et l'avant-bras furent entièrement couverts de neige, et on prit constamment le plus grand soin de la renouveler pour et nuit à mesure qu'elle se liquéfiait. Les effets produits par cette application furent tels que, dès les premières vingt-quatre heures, les douleurs du membre disparurent, la fièvre diminua, le délire céda, et la nuit fut presque calme. Le lendemain, la tension et la rougeur du membre furent moindres, et les accidens généraux continuèrent à s'améliorer. L'emploi de la neige fut continué jusqu'au 26, mais alors le malade ne pouvant plus la supporter, il fallut y renoncer : le danger avait d'ailleurs disparu, la fièvre avait cédé, et le bras, bien que conservant son volume, n'offrait plus de chaleur et ne faisait plus ressentir de douleur. On recourut dès ce moment à la compression méthodique à l'aide d'un bandage roulé depuis les doigts jusqu'à l'aisselle, bandage que l'on eut soin d'arroser d'eau blanche. Dès lors l'état du malade s'améliora de plus en plus, mais le gonflement du bras ne se dissipa qu'avec beaucoup de lenteur, car un mois et demi plus tard on y retrouvait encore des nodosités le long du trajet de la veine, particulièrement à la région axillaire ; les mouvemens du membre continuèrent, du reste, pendant fort long-temps à être gênés et douloureux, et six mois durent s'écouler pour que le malade pût commencer à s'en servir un peu. Avant cet accident, le bras droit offrait, comme le gauche, de grosses veines superficielles saillantes ; aujourd'hui, il ne présente rien de semblable, et on ne peut même rendre sensible cette ancienne disposition par une forte compression exercée au-dessus du pli du coude.

(*Bullet. gén. de thérap.*)

Préparation de l'emplâtre de ciguë.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, propose de préparer cet emplâtre d'après le procédé suivant :

Pr. Poix blanche,	1 kilogramme.
Poix-résine,	400 grammes.
Cire jaune,	500 grammes.
Huile de ciguë,	250 grammes.
Feuilles fraîches de ciguë réduites en pulpe,	2 kilogrammes.
Gomme ammoniaque,	500 grammes.

Faites chauffer jusqu'à ce que toute l'eau de végétation de la plante soit dissipée ; puis soumettez la matière bien chaude à l'action d'une forte presse, et ajoutez alors la gomme ammoniaque à la manière ordinaire.

M. Lepage trouve à ce *modus faciendi* les avantages suivans :

1° De donner un emplâtre moins sec que celui du *Codex*, qui l'est un peu trop ; 2° d'occasionner une bien moins grande perte de produit.

(*Journ. de Chim. méd.*, octobre 1841.)

Sel de cuisine altéré par des bromures.

M. Parisot vient de signaler à l'attention des hommes de l'art une nouvelle altération du sel de cuisine par le mélange de certains bromures, altération tellement répandue que dernièrement une seule maison de Paris a vendu 30 barriques de ce sel bromuré.

On ne peut, il est vrai, savoir d'où provient le sel ainsi altéré, mais du moins il est facile de le reconnaître. Voici le procédé au moyen duquel on peut constater cette fraude : on prend une certaine quantité du sel que l'on désire examiner, on le pulvérise et on en fait une sorte de cône sur une plaque ou une soucoupe de porcelaine, après quoi on verse à sa surface une petite quantité d'eau chlorurée, il se manifeste alors une coloration jaune d'autant plus prononcée que la quantité de bromure est plus considérable ; il n'apparaît rien au contraire lorsque le sel est pur. Si l'on ajoute à l'eau chlorurée une dissolution de fécule, on peut, dans le même essai, s'assurer de la présence d'un iodure, car ce dernier donnerait lieu à une coloration bleue due à l'iodure d'amidon qui se formerait dans ce cas.

(*Journ. de chim. médic.*, octobre 1841.)

Lotions d'eau froide dans le traitement de la coqueluche.

Un médecin anglais, le docteur Hannay, dit avoir obtenu les plus heureux résultats de l'emploi de ces lotions dans le traitement de la coqueluche et du croup spasmodique (*laryngismus stridulus*). Il les prescrit à la fois comme antispasmodiques pendant le cours de la première période, et comme toniques et fortifians à une époque plus avancée. La complication de la coqueluche par l'existence simultanée d'une bronchite aiguë ne lui a jamais paru contre indiquer cette médication, dont il dit avoir obtenu un heureux succès dans tous les cas où il l'a mise en usage. Cette pratique présente au moins l'avantage de pouvoir être employée chez des sujets très jeunes ou très indociles, pour lesquels on ne peut recourir à des moyens thérapeutiques d'un autre ordre. Un grand nombre des malades recouvrent la santé dans l'espace de quelques jours seulement, et la durée ordinaire de la maladie est très notablement diminuée chez les autres.

M. Hannay procède à ces lotions de la manière suivante. Après avoir recouvert sa main d'une serviette, il la plonge dans de l'eau froide à laquelle il a préalablement mêlé un peu d'eau de Cologne, d'eau-de-vie ou de vinaigre, puis il la porte rapidement sur le thorax, qu'il lave dans toute son étendue ; après quoi il se hâte de dessécher bien complètement la peau en l'essuyant sans retard avec une serviette convenablement chauffée. Par cette lotion ainsi pratiquée, la surface de la peau devient le siége d'une vive rougeur. On répète l'opération de deux à quatre fois dans les 24 heures.

Procédé pour reconnaître si l'onguent mercuriel contient la quantité de mercure exigée par le Codex.

M. le professeur Soubeiran conseille, pour faire cet examen, de se servir d'un mélange de trois parties en poids d'acide sulfurique à 66 degrés et d'une partie d'eau distillée.

Ce mélange pèse spécifiquement 1,65 ; une petite quantité d'onguent mercuriel qu'on dépose à sa surface doit se précipiter au fond du vase, la pesanteur spécifique de ce médicament étant de 1,68.

Un concours sera ouvert le 17 mars 1842, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de clinique externe, vacante dans cette Faculté par le décès de M. Sanson aîné.

— M. le professeur Andral commencera son cours de pathologie générale jeudi prochain, 25 novembre, à trois heures.

— M. Paul Dubois a commencé aujourd'hui, 22, sa clinique d'accouchemens, et la continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. Quentin, pharmacien à Paris. Nos expériences nous ont répondu du succès

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 25 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 141, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DU VAL-DE-GRACE (M. C. Broussais). Gastro-entérite prétendue folliculeuse. — DE LONDRES (M. Bright). Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales. (Suite et fin.) — Académie des Sciences, séance du 22 novembre. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Faux opium. De l'emploi de la solution saturée d'alun contre l'impuissance. Nouveau traitement de la teigne faveuse. Note sur la phlorid zine. Nouveau mode de préparation des onguens mercuriels double et simple. — FEUILLETON. Histoire de la fièvre typhoïde. — Académie de Médecine, séance du 23 novembre.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. C. BROUSSAIS.

Gastro-entérite prétendue *folliculeuse.*

Si un fait semblait solidement établi, et à l'abri de toute atteinte, c'était l'altération des follicules intestinaux dans la gastro-entérite typhoïde, appelée par M. Scoutteten, entérite *folliculeuse.* Ce fait, cependant, vient d'être constaté dans un mémoire aussi remarquable sous le rapport de l'observation, puisqu'il se fonde sur les résultats de dix ans d'études anatomo-pathologiques, que sous celui de l'érudition, puisque toute l'histoire des follicules intestinaux depuis Peyer y est sommairement et fidèlement exposée, mémoire lu dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, par M. Casimir Broussais, professeur au Val-de-Grâce, et dont ce journal a fait connaître les conclusions.

Non seulement M. C. Broussais nie que ce soient les follicules qui forment les plaques, mais encore il révoque en doute l'existence des follicules.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. C. Broussais, montrera comment ce professeur a interprété les caractères anatomiques de l'affection, et comment il a été conduit à la proposition inattendue développée dans son mémoire.

X..., fusilier, est entré à l'hôpital le 19 octobre 1841 ; il a été placé au n° 3 de la salle 8. Cinq ou six jours auparavant, ce militaire avait éprouvé un mouvement fébrile, qui avait présenté le contraire de la fièvre inermittente quotidienne, affection portée sur le billet d'entrée du malade. Le 19, jour de l'entrée, la fièvre, dont les paroxysmes avaient insensiblement augmenté de durée, se présentait sous le type continu. Inappétence, soif, ventre chaud (39° 1/2), assez tendu, douloureux à la pression. Il y eut quelques vomissemens. Céphalalgie, point d'épistaxis, point de toux. L'auscultation et la percussion font diagnostiquer un engouement pulmonaire siégeant en arrière. Trois saignées sont pratiquées et vingt sangsues appliquées à l'épigastre. Diète absolue. Lavemens froids. Les symptômes, qui s'étaient amendés sous l'influence de cette médication, reprennent de l'intensité. Céphalalgie, ventre chaud (40°), taches rouges sur la poitrine ; peau sèche, aride ; pouls fréquent (124 pulsations) et petit. Depuis deux jours il y a de la diarrhée. Quinze sangsues à l'anus.

Même application le lendemain, 29. Potion gommée. Demi-lavement avec une décoction de graines de lin et de pavot.

30. Selles involontaires ; langue encroûtée ; dents fuligineuses. Pouls à 124 et d'une extrême petitesse. Quelques crachats rouillés. Son obscur en arrière et à droite ; râle sous-crépitant dans ce point ; râle sibilant dans le reste de la poitrine. Diète, eau de riz gommée. Décoction blanche, 125 gr. Potion avec sulfate de quinine, 0,10. Extrait gommeux d'opium, 0,15, en pilules. Demi-lavement avec décoction de riz, opiacée. Fomentation émolliente sur le ventre.

31. La diarrhée persiste. Le sulfate de quinine, donné comme tonique, à cause de l'état du pouls, a produit de l'irritation. La langue est encore plus sèche, le ventre plus douloureux, surtout aux fosses iliaques. Délire. Le malade, pendant la nuit, a voulu quitter son lit à diverses reprises. Le sulfate de quinine est supprimé. Du reste, même thérapeutique ; plus, huit ventouses scarifiées sur le trajet du colon.

1er novembre. Soubresauts des tendons. Odeur de souris. Continuation des autres symptômes. Même prescription, hormis les ventouses.

2. Depuis hier, X... éprouve des vomissemens presque continuels de matières verdâtres ; l'estomac conservait à peine pendant quelques instans les boissons. Délire et assoupissement alternatifs. Dans l'assoupissement, les yeux, entr'ouverts, sont convulsés en haut. Diarrhée incessante. Ventre souple ; langue moins sèche ; soif modérée. Pouls très petit, dépressible, extrêmement faible ; toux ; expectoration difficile de crachats rouillés. Râle muqueux et râle sibilant. Facies très altéré ; yeux profondément enfoncés.

Les symptômes persistent, en s'aggravant jusqu'au 4, époque à laquelle le malade succomba au vingt-unième jour de son affection.

Autopsie. — Point d'émaciation ; raideur cadavérique peu prononcée.

Thorax. — Point d'adhérences pleuro-pulmonaires. Un peu de sérosité dans la cavité des plèvres. La partie postérieure du lobe moyen et la presque totalité du lobe inférieur du poumon droit présentent les altérations qui caractérisent le passage de l'engouement à l'hépatisation rouge. Les bronches correspondantes sont rouges. Le poumon gauche présente, à un degré moins avancé, le même genre d'altérations. Le cœur est flasque et n'offre rien de remarquable.

La langue, les dents, la muqueuse palatine sont enduites de mucosités épaisses. Derrière les deux dernières molaires inférieures, on découvre de chaque côté une ulcération gangreneuse, à surface noirâtre, celle de droite plus profonde que celle de gauche. L'amygdale droite a plus que doublé de volume ; on l'incise, et il en sort du pus séreux. Le voile du palais, la luette, la muqueuse pharyngienne dans toute son étendue, les deux faces de l'épiglotte, les replis glosso-épiglottiques, sont recouuerts d'une sécrétion grisâtre, pseudo-membraneuse, dont les couches extérieures sont molles, et dont les couches profondes sont adhérentes à la muqueuse, que l'on trouve, après l'avoir débarrassée, si vivement injectée, qu'on croirait à des ecchymoses.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac, dans le grand cul-de-sac, est le siége d'une vive rougeur pointillée ; ramollie dans ce point, elle se laisse facilement enlever.

Quelques anses intestinales présentent une rougeur par arborisation. Au commencement du jéjunum se montrent déjà quelques plaques gauffrées initiales (1), dont les premières ont à peine un demi centimètre d'étendue en tous sens ; leur coloration ne diffère pas de celle de la membrane muqueuse qui est d'un blanc grisâtre ; elles ne forment point de saillie marquée au-dessus du niveau des parties voisines. Deux valvules conniventes s'amoindrissent en approchant deux plaques, et y disparaissent en se divisant pour former des sinuosités à colonnes villeuses saillantes ; entre ces sinuosités sont des espaces plus profonds, ayant l'apparence folliculeuse, mais résultant uniquement des détours sinueux de ces colonnes villeuses. Si l'on regarde ces plaques à travers le jour, les sinuosités correspondantes à ces plaques villeuses paraissent plus opaques, et suivent les divisions des vaisseaux mésentériques ; les enfoncemens sont plus transparens. Quelques-unes de ces plaques sont assez étendues et tout à fait elliptiques. Plus loin, au commencement de l'iléon, sont des plaques saillantes, rosées, comme boursoufflées, essentiellement villeuses, avec gonflement et injections marquées du tissu cellulaire sous-jacent ; elles n'ont point du tout l'aspect gauffré, et les villosités s'y distinguent facilement sous l'eau à la lumière. Parmi ces plaques, les unes sont petites, d'un centimètre à un demi-centimètre dans tous les sens, les autres allongées irrégulièrement, d'autres en forme d'amande, quelques-unes quadrilatères. Sur celles qui sont dans la seconde portion de l'iléon, on distingue de petites érosions superficielles résultant de la destruction d'une petite houppe de villosités ; érosions qui échappent au premier coup-d'œil, moins faciles à constater à la loupe. Dans les 12 ou 15 derniers centimètres de l'iléon, la membrane muqueuse ne forme qu'une seule plaque boursoufflée, d'un rose très pâle, et même tout à fait blanc par places, avec de très légères érosions. Ici encore les villosités sont apparentes sous l'eau, à un jour vif, et le tissu cellulo-fibreux sous-muqueux est engorgé, tuméfié, parsemé de stries sanguines.

(1) M. C. Broussais appelle plaques gauffrées *initiales* les plaques telles qu'elles se rrésentent à leur début, pour les distinguer des plaques gauffrées *de retour*, c'est-à-dire des plaques qui, après avoir passé par la phase initiale et la phase de gonflement fongueux, se sont affaissées.

FEUILLETON.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Ce serait une erreur de croire que la fièvre typhoïde est une affection de fraîche date, et que l'affection comprise sous cette dénomination particulière a toujours été semblable aux *espèces* pathologiques décrites actuellement. Le nom de fièvre typhoïde remonte aux premiers âges de la médecine, et se rencontre assez fréquemment dans les écrits d'Hippocrate et des anciens ; mais il s'en faut de beaucoup qu'Hippocrate et les anciens attachent à cette fièvre le sens que nous lui attribuons. C'est à peine si les deux acceptions ancienne et moderne offrent quelque analogie ou, pour parler plus exactement, c'est à peine si l'on pourrait reconnaître le signalement actuel de la fièvre typhoïde dans les tableaux des maladies connues anciennement sous le même nom. Une confusion déplorable résulte pour la pratique de la similitude de ces termes et de la diversité de leurs acceptions. Imaginez un médecin, en présence d'un cas périlleux de fièvre typhoïde et qui cherche à s'aider des observations cliniques rassemblées si laborieusement par les anciens praticiens, à combien de mécomptes ne sera-t-il pas en butte si, trompé par le titre de ces observations, il applique à des affections quelquefois contraires le même diagnostic et le même traitement. L'histoire de la science ne réclame pas moins que l'intérêt de la pratique contre l'ignorance désastreuse de la signification réelle des mots et des choses. Allons au-devant des conséquences de ce désordre relativement à la fièvre typhoïde, en étudiant successivement les caractères et la thérapeutique de cette fièvre d'après les anciens et les modernes, les rapports et les différences de la même fièvre selon les idées de ces deux époques.

1° *De la fièvre typhoïde chez les anciens.* — La fièvre typhoïde chez les anciens se présente toujours comme une affection excessivement grave ; elle correspond aux fièvres putrides, malignes, pestilentielles. En réunissant ses caractères essentiels, d'après le recueil de leurs observations, voici, en peu de mots, le type générique de cette fièvre : Elle s'annonce quelques jours à l'avance par un malaise vague, l'absence de sommeil, des étourdissemens, une sensation d'ivresse, des douleurs fugitives, un abattement physique et moral ; son début a lieu ordinairement dans l'après-midi ; il offre un frisson suivi de chaleur, avec céphalalgie, étonnement, dégoût, des nausées ou des vomissemens, des coliques légères avec des déjections alvines. En même temps la peau paraît d'un rouge lie de vin, la peau est sèche, le pouls à peine fébrile, la langue limoneuse. De plus, les malades restent sur le dos, succombent au sommeil, souffrent peu ou même ne souffrent point, ne se plaignent le plus souvent que d'un grand sentiment de faiblesse, et paraissent à peu près indifférens à leur position. Chaque fois, après quelques légers frissonnemens, la chaleur de la peau augmente, la face s'anime, le pouls se développe, s'accélère ; une rémission quotidienne succède à cette exaspération après une petite sueur qui se déclare généralement tous les matins. Cet état se maintient quelquefois cinq, six ou sept jours sans aucune variation sensible : telle est le stade de l'invasion.

Des accidens formidables remplacent tout à coup ces premiers symptômes. La face se décompose, l'ouïe devient dure, les yeux se contournent ; il survient du délire, de la gêne dans la déglutition, des soubresauts des tendons et des secousses convulsives des membres. Alors la figure pâlit ou rougit alternativement, le regard est hébété, la peau aride et la chaleur ardente ; il y a en outre une grande anxiété, beaucoup d'oppression, des pétéchies ou des taches de pourpre, une éruption brusque des parotides, le délire est faible, la soif excessive, la langue brune, rétrécie et sèche, le pouls concentré, inégal, irrégulièrement intermittent, le ventre météorisé, et la matière des garderobes bourbeuse, noirâtre et fétide.

Cet appareil de symptômes redouble dans l'après-midi, notamment le trouble des sens, l'inquiétude générale et le désordre des mouvemens. Il s'y joint quelquefois des syncopes réitérées, un état apoplectique, des convulsions violentes avec tout autre groupe de phénomènes non moins effrayans, qui disparaissent pendant les rémissions, pour reparaître chaque jour au renouvellement des paroxysmes.

Une adynamie profonde générale constitue cette période de perturbation ; les forces tombent, la face reste pâle et décomposée ; le malade n'entend plus, ses yeux sont éteints, à demi fermés ; les boissons qu'il peut prendre se précipitent dans l'estomac avec un bruit sourd ; il parle entre ses dents ; il ne reconnaît personne ; il chasse aux mouches ; il glisse toujours vers les pieds de son lit ; de sa bouche fétide suinte une matière noire à demi liquide, qui invisque la langue et les dents ; sa langue, noire, raccornie et sèche comme du bois, n'obéit plus à la volonté ; il ne la montre plus, ou s'il la montre c'est avec beaucoup de difficulté, et en l'oubliant ensuite hors de la bouche. Le pouls est accéléré, petit, irrégulier ; la peau terreuse, aride et sale, sa chaleur âcre et mordicante ; les soubresauts des tendons deviennent continuels, les pétéchies arrivent ; il se forme en divers endroits des taches gangréneuses, spécialement au sacrum et aux trochanters. Le malade ne sent plus ses déjections, ou il les lâche sans pouvoir les retenir ; il exhale enfin une odeur putride insupportable. La mort termine presque toujours ce hideux tableau ; à quoi il faut ajouter, comme un dernier trait, que les cadavres de ces sujets se décomposent avec une prodigieuse rapidité. On y découvre d'ailleurs des plaques gangréneuses dans le canal digestif, un ramollissement des viscères abdominaux et du cerveau, des ulcérations plus ou moins profondes de la membrane muqueuse digestive, des traces de phlogose et d'engorgement des méninges, et fort souvent des torrens d'un liquide biliforme inondent le tube gastro-intestinal.

La guérison de ces fièvres se fait toujours beaucoup attendre ; on ne l'obtient pas, terme moyen, avant le troisième septenaire ; des accidens multipliés la traversent et la retardent sans cesse ; les efforts critiques y sont nuls, sans harmonie, ou ne se soutiennent point ; on n'y voit presque jamais de crises franches. Elle ne s'obtient le plus souvent que par des crises incomplètes, interrompues ou brisées à l'aide des sueurs, des selles et des urines, ou bien encore, ce qui n'est pas moins fréquent, par une otorrhée, par des abcès, par un érysipèle ou par des plaques gangréneuses.

Le traitement de la fièvre typhoïde chez les anciens était fondé sur plusieurs ordres d'indications. A l'époque de l'invasion, ils l'attaquaient avec les plus grands avantages par les évacuans, et les vomitifs spécialement ; les purgatifs leur paraissaient à cette époque beaucoup plus préjudiciables qu'utiles : aussi les interdisaient-ils presque sans exception. Ils assurent avoir remarqué maintes fois que les vomitifs souvent réitérés, pourvu qu'ils déterminassent d'abondantes évacuations, enrayaient brusquement le développement des symptômes, et prévenaient même à coup sûr les plus terribles accidens. Dans les périodes plus avancées, lorsque, suivant une expression consacrée, les humeurs viciées s'étaient propagées dans le sang, les évacuans gastriques n'étaient plus de mise : les indications les plus urgentes se prenaient alors de l'état du système nerveux et des tendances générales à la dissolution. Les potions avec le camphre et le nitre, celles avec les éthers et le musc, leur paraissaient très appropriées à réprimer les désordres névropathiques, pendant qu'ils s'efforçaient de s'opposer à la chute des forces et à la dissolution des fluides par le moyen des toniques tels que le polygala, par exemple, et le quinquina principalement. Au concours des antispasmodiques et des toniques, ils joignaient fréquemment l'usage de quelques doux purgatifs, dans le but d'appeler vers les intestins et d'éliminer par cette voie la matière morbifique qu'ils travaillaient à soustraire de la masse du sang. Les acides minéraux aidaient à l'action des toniques lorsque la tendance putride dominait les autres symptômes, comme les épispastiques intervenaient en même temps que les toniques lorsque les forces baissaient trop rapidement, et lorsque le cerveau ou quelque autre viscère de premier ordre devenait le terme d'une trop violente concentration. A la fin de la maladie, après que le malade avait triomphé des troubles du système nerveux et des

Les pièces relatives aux plaques ont été mises sous les yeux de MM. les commissaires nommés par l'Académie de médecine pour examiner le travail de M. C. Broussais. Malheureusement le temps était sombre, et pour bien apercevoir la nature villeuse des plaques, il faut un jour vif.

Le tissu du foie est ramolli, le doigt y pénètre plus facilement que dans l'état normal.

La rate, d'un rouge lie de vin, est quadruple de volume; elle est aussi très friable.

Le rein droit est sain; le gauche présente, surtout dans le bassinet, une injection par arborisation fine, par stries, et par plaques de pointillé foncé.

La vessie, rétractée, ne contient pas d'urine.

Reflexions. — Ce qui fait l'importance de cette observation, semblable pour le reste à la plupart des observations si communes de gastro-entérite typhoïde, c'est d'abord l'anatomie pathologique de l'intestin grêle détaillée au point de vue de M. C. Broussais, et ensuite l'état de la membrane muqueuse pharyngienne, état qui n'est peut-être pas sans quelques connexions avec un genre d'altération dont nous allons parler.

Dernièrement, M. le docteur Barthez, alors médecin en chef de l'hôpital militaire de Rennes, a publié dans le Recueil des mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires, deux observations de nécrose des cartilages du larynx, par suite d'une laryngite sous-muqueuse survenue dans la convalescence d'une gastro-entérite typhoïde.

V..., voltigeur au 19e léger, était convalescent d'une gastro-entérite typhoïde, lorsque s'étant imprudemment assis sur une pierre froide, la température extérieure étant d'ailleurs refroidie par un vent du nord, il éprouva de la douleur à la gorge. Le lendemain la voix est enrouée; il y a une petite quinte de toux sans expectoration. Du reste, la pression sur les côtés du larynx et le larynx lui-même, n'occasionnent pas de douleur. 20 sangsues sont appliquées. On fait plusieurs insufflations d'alun dans le fond de la gorge.

Il y eut du mieux; dans une des nuits suivantes le malade fut pris d'un accès de suffocation qui se renouvela la nuit d'après, malgré une médication énergique: sangsues, potion émétique, vésicatoire sur un des côtés du cou, sinapismes aux cuisses.

Le second accès se prolonge pendant toute la journée; la toux a exactement le son d'un rot enroué strident; le pouls est filiforme, à 100. Plusieurs jours se passent, et le malade paraît mieux encore une fois; mais, après une nuit assez calme, vers quatre heures du matin, un étouffement se déclare, la respiration devient sifflante; expuition d'abondantes matières muqueuses, claires, filantes; l'expiration reste facile; la toux, la voix et la respiration sont croupales; la tête est, à chaque inspiration, portée en arrière. Le malade étant assis sur son lit, s'agite dans tous les sens; les ailes du nez sont dans un état de contraction et d'agitation convulsives; la face est violette; les yeux sont saillans et renversés; la peau est couverte d'une sueur froide; la voix est éteinte, et les paroles sortent de la bouche comme soufflées.

Les révulsifs restent sans effet; l'asphyxie est imminente. M. le docteur Négrier, chirurgien en chef, pratique la crico-trachéotomie. On est sur le point de suspendre l'opération, le malade, dès le premier coup de bistouri, ayant cessé de donner signe de vie; de sorte que, selon l'expression de M. Barthez, l'opération fut véritablement pratiquée sur un cadavre. V. revient à la vie, et manifeste la joie de pouvoir respirer librement. Une canule est maintenue dans l'ouverture crico-trachéale.

Le septième jour après l'opération on voit, sur le côté gauche de la plaie, à la hauteur du cartilage cricoïde, s'avancer et sortir une membrane d'un blanc terne, grisâtre, flexible et corrodée, ayant la forme de la moitié du cartilage cricoïde, et par un autre effort de toux, un fragment de même nature, ressemblant à un des cartilages arythénoïdes.

Le malade ne tarde pas à se trouver moins bien que les jours précédens. Les matières expectorées sont légèrement sanieuses; l'air qui sort de la poitrine a une odeur fétide, repoussante. Frissons. Bientot une douleur aiguë se fait sentir dans le côté droit de la poitrine, qui est mat, et dans l'étendue duquel on n'entend plus le bruit respiratoire. L'expectoration est mêlée de sang vermeil. Des ventouses scarifiées sont employées, mais il faut renoncer à toute thérapeutique. Une odeur de gangrène rendait le malade intolérable; toux fréquente: crachats diffluens, de couleur grisâtre, d'une odeur fétide semblable à celle qu'exhale un membre en état de gangrène. V... succombe.

A l'autopsie on trouve les traces de la gastro-entérite typhoïde. Le poumon droit est bleuâtre, affaissé sur lui-même, diffluent et d'une fétidité insupportable, caractères qui donnent au médecin traitant l'idée d'une véritable gangrène pulmonaire. Le poumon gauche est sain. Le larynx, détaché et isolé présente vers la région cricoïdienne une teinte verdâtre qui se communique aux parties environnantes. Les cartilages cricoïde et arythénoïde gauches ont disparu. Tout le tissu cellulaire qui se prolonge dans l'intervalle qui sépare le cartilage cricoïde de la partie postérieure du thyroïde, est infiltré d'une sérosité jaunâtre et comme gélatiniforme, ainsi que le tissu cellulaire qui sépare la partie postérieure du larynx de la partie contiguë de l'œsophage. Le cartilage thyroïde était nécrosé dans un point de deux millimètres d'étendue. La muqueuse épiglotique et laryngée était, à l'autopsie, pâle et non tuméfiée.

Chez le sujet de la seconde observation, les accidens de suffocation ont été moins marqués; dans le cours des symptômes entéro-typhoïques, il avait de fréquens accès de toux. La cause déterminante qui a développé chez lui l'affection laryngienne, a été la même que pour le premier malade. Convalescent de son entérite typhoïde, il s'était plusieurs fois, en dépit des remontrances du médecin traitant, assis sur le balcon de la salle, où il pouvait facilement recevoir l'impression de l'air froid. La suffocation n'avait jamais été aussi intense que chez V...; il n'y avait pas eu imminence d'asphyxie; mais les symptômes avaient marché parallèlement avec ceux d'une adynamie profonde, à laquelle, beaucoup plus qu'à l'affection laryngienne, le malade a succombé.

A l'autopsie, on a trouvé sur la région cricoïdienne la même teinte verdâtre que chez le sujet de la première observation. Le larynx ayant été découvert, les muscles crico-thyroïdiens se présentent avec cette même teinte. On divise le larynx, et, de chaque côté de l'incision, on voit les deux bouts du cartilage thyroïde se présentant comme deux petites lamelles libres, ainsi que tout le cartilage, qu'on retire, mais en deux morceaux; car la nécrose l'a divisé en deux parties. Le cartilage, dénudé de toutes parts, est réduit à une lame très mince, flexible, d'un blanc cendré, et nage dans du pus. Le cartilage arythénoïde gauche n'existe plus. Tout le tissu cellulaire de cette partie est le siége d'un engorgement œdémateux.

Dans deux observations analogues, l'une de M. Bouillaud, l'autre de M. Cruveilhier, l'affection des cartilages du larynx s'était également développée dans la convalescence d'une gastro-entérite typhoïde, et s'était particulièrement prononcée à gauche.

Maintenant, relativement à la pathogénie de la lésion, faut-il admettre l'opinion de M. Cruveilhier, d'après laquelle il s'établit préalablement une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, entraînant le décollement du périchondre, décollement qui a lui-même pour effet la mort du cartilage? Faut-il plutôt admettre l'opinion présentée sous forme hypothétique par M. Barthez, dans les termes suivans: « ... A la fin de la maladie, lorsque la constitution du malade a été suffisamment altérée par la cause typhoïde, il arrive souvent que de petits abcès très nombreux se développent sur toutes les parties du corps, principalement à la face et au cou, comme nous en avons vu plusieurs exemples; qu'il est possible qu'un semblable abcès se soit développé précisément dans la région cricoïdienne... » ? Que la lésion, en elle-même, soit une inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux, ou un abcès, il faut admettre qu'il y a au dessus de la lésion quelque chose en vertu de quoi elle se produit, et ce quelque chose ne peut consister que dans un principe général qui sera l'élément typhoïde.

HOPITAUX DE LONDRES.

Recherches pratiques sur les tumeurs abdominales;
par M. BRIGHT, médecin à l'hôpital Guy.

(Suite et fin.)

§ VII. Tumeur par hypertrophie du foie.

Le foie est susceptible d'une altération particulière lorsqu'il est surexcité par l'intempérance. Toute sa substance s'altère uniformément, devient jaune et granuleuse comme du sable, et, après un certain temps, tout son volume augmente considérablement. Je ne sais à quelle période cette augmentation a lieu, mais lorsqu'elle existe, la substance du foie prend une couleur d'oxide de fer. A cette période le foie forme une tumeur volumineuse à surface lisse, ses granules n'étant pas visibles à travers sa surface, attendu que l'organe est alors infiltré de graisse. Les deux faits suivans vont nous donner une idée exacte de la maladie.

Seizième fait. — J'ai été prié par M. Thurlow de voir M. T. D., âgé de trente-quatre ans, de petite stature, d'un caractère indolent et inactif, adonné à des études, d'une vie sédentaire, mais buvant avec excès du vin et des liqueurs alcooliques, et fumant jour et nuit des cigarres; mangeant peu et prenant depuis quelques années de l'embonpoint, tandis qu'autrefois il était assez maigre. Il venait d'éprouver une évacuation par le rectum dans laquelle se trouvait du sang coagulé; sa physionomie était jaune, son abdomen tuméfié dans la position assise. A l'examen j'ai trouvé que le foie descendait jusqu'à l'ombilic; son bord inférieur pouvait être senti jusque dans l'hydochondre gauche; la pression était douloureuse sur plusieurs points. On sentait une fluctuation obscure et une distension tympanique des intestins; les chevilles sont légèrement œdémateuses, pouls serré et fréquent.

On applique des sangsues deux ou trois fois; purgatifs légers, diminution de la quantité habituelle des alcooliques.

Dans l'espace de deux ou trois semaines le malade était beaucoup mieux sous tous les rapports et il est allé à la campagne. Là, il est revenu à ses anciennes habitudes d'ivrognerie, et, dans l'espace de quinze jours, il est retombé dans un état alarmant. Je l'ai revu alors; ses manières sont plus précipitées, langue sèche, couverte et rouge sur les bords, abdomen tuméfié, mais non manifestement fluctuant; teinte légèrement jaune à la conjonctive et à la peau; on peut sentir le foie, mais il est à peine plus bas qu'auparavant. Garderobes

---

accidens de la putridité, ils continuaient à soutenir ses forces par l'administration du vin et des toniques; et ils en venaient en outre à l'usage des purgations douces et fréquentes. Par cette méthode, ils croyaient empêcher les dépôts purulens qui suivent si souvent la solution de cette terrible pyrexie, et préparer la voie à une convalescence parfaite et solide.

Ainsi, d'après la manière de voir des anciens, la fièvre typhoïde était une fièvre intermittente tierce ou quotidienne, accompagnée de symptômes atacto-adynamiques, sous la dépendance directe d'une lésion profonde des forces et d'une dépravation des humeurs. Telle a été l'idée que presque tous les praticiens depuis Hippocrate se sont faite de cette fièvre, telle est la description qu'ils en donnent dans leurs écrits. Remarquons qu'il ne s'agit ici que de la fièvre typhoïde essentielle ou primitive, et qu'il en existait jadis d'un autre genre qu'on appelait symptomatique, secondaire ou consécutive. Cette dernière différait de la précédente en ce qu'elle dépendait d'une autre espèce de fièvre, ou plus généralement de toute autre maladie. C'est ainsi que les anciens reconnaissaient des fièvres typhoïdes aux fièvres inflammatoire, bilieuse, catarrhale, muqueuse, et un état typhoïde enté, par le vice des circonstances ou sous l'influence d'une mauvaise thérapeutique, sur des inflammations locales, sur des affections éruptives, en un mot, sur toute espèce de maladie. Les fièvres typhoïdes consécutives n'avaient à leurs yeux un rapport assez notable avec la fièvre typhoïde essentielle que par leurs symptômes; du reste ils ne cessaient de la regarder comme une dégénération factice qu'ils traitaient constamment d'après les principes du traitement de l'affection primitive. Stoll, par exemple, parle plusieurs fois d'une fièvre *putride sanguine* produite, selon lui, par une dégénération de la fièvre inflammatoire, et à laquelle il appliquait résolument la méthode antiphlogistique. Pringle cite de son côté des fièvres typhoïdes automnales qui n'étaient, dans son opinion que des affections bilieuses dégénérées, et qu'il traitait en conséquence par les émétiques et les purgatifs. Nous verrons plus loin comment on considère aujourd'hui la fièvre typhoïde.

Nous avons vu précédemment l'idée que les anciens se formaient de la fièvre typhoïde, à quels caractères ils en reconnaissaient la présence, et par quelle méthode ils la traitaient. On se souvient qu'à leurs yeux la fièvre typhoïde était une pyrexie essentielle ayant ses causes propres, un appareil de symptômes caractéristiques, une marche fixe, des solutions spéciales, une thérapeutique enfin toute particulière; on n'oubliera pas non plus que leur fièvre typhoïde était dans tous les cas une affection fort grave qu'ils assimilaient même pour cette raison aux affections les plus terribles, notamment à la vraie peste, qu'ils regardaient comme le produit d'une lesion de la vitalité menaçant par ce seul fait d'éteindre prochainement la vie. Cette opinion a été celle de tous les praticiens jusqu'à l'époque de l'invasion de la doctrine physiologique; c'est alors seulement qu'il n'a plus été question ni de fièvre ni de fièvre typhoïde, et que toutes les fièvres sont venues se perdre dans la grande et unique catégorie des gastro-entérites. A la chute de la doctrine physiologique, la fièvre typhoïde a reparu sur la scène médicale, transformée ou régénérée par les travaux de l'anatomie pathologique. Mais la fièvre typhoïde sortie de ces investigations, n'a plus été ce qu'on l'avait vue avant Broussais; elle est devenue une affection fébrile composée en partie des traits de l'ancienne fièvre, et en partie aussi de quelques nouveaux traits. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette transmutation, voici ce qu'on entend aujourd'hui par fièvre typhoïde.

2° *De la fièvre typhoïde chez les modernes.* — Il n'existe peut-être pas de maladie plus mal circonscrite, surtout à son début, que la pyrexie désignée sous ce titre. A entendre les praticiens qui s'occupent journellement de cette affection, elle variait singulièrement. Les uns l'envisagent comme une affection inflammatoire pure et simple s'appuyant exclusivement sur une phlogose du canal intestinal, que cette phlogose se limite aux glandes muqueuses de ce canal, qu'elle occupe la tunique villeuse de l'intestin, ou qu'elle se propage d'un bout à l'autre du tube alimentaire; pour ces médecins, la fièvre typhoïde ne serait autre chose qu'une gastrite ou une gastro-entérite. D'autres médecins conçoivent cette fièvre comme une altération humorale, l'attribuant à une accumulation des sucs biliaires et à une dégénérescence de leur état normal; il en est d'autres encore qui s'imaginent y voir une nature spécifique, et rejettent toute analogie avec la gastro-entérite et avec les affections bilieuses; enfin, pour quelques autres, elle aurait les caractères d'une maladie éruptive en tout semblable aux maladies de cet ordre, si ce n'est que l'éruption s'effectue dans les profondeurs du canal digestif à travers les follicules muqueux de ce canal.

Cette fièvre se distingue d'ailleurs par le degré ou la gravité; on la partage, sous ce rapport, en trois classes bien tranchées: les cas légers, les cas moyens et les cas graves. Voyons en peu de mots les phénomènes essentiels de ces trois degrés. Un mouvement fébrile accompagné de céphalalgie, de gargouillement du ventre et d'un peu de diarrhée, constitue le premier degré. Lorsqu'à cet état succède un accès de stupeur, des garderobes plus fréquentes, le ballonnement de l'abdomen, un certain abattement des forces, et que la fièvre beaucoup plus vive se prolonge au-delà d'un septenaire, la persévérance et l'intensité de la fièvre, jointes à l'affaissement des malades, à la multiplicité des selles, à l'aspect étonné des traits, et à l'irritation plus prononcée du ventre, mêlée à des instans d'absence ou même de vrai délire, indiquent en général le degré modéré. Si tous ces symptômes s'exaspèrent, et qu'on observe, par exemple, la décomposition de la face, un délire continuel, la prostration des forces, la langue fuligineuse, une éruption pétéchiale, avec le météorisme du ventre, des selles réitérées, les soubresauts des tendons, l'apparition d'eschares, un pouls accéléré, petit et faible, alors la fièvre typhoïde est parvenue au plus haut degré. Mais pour mieux faire saisir la physionomie de cette fièvre, rassemblons ses phénomènes principaux indépendamment de sa gravité relative, en la suivant depuis ses premiers symptômes jusqu'à son expression la plus élevée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. Roux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *MM. Rilliet* et *Barthez* adressent à l'Académie un paquet cacheté.

— *M. Cornac* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Les funestes effets de la morve se succèdent, dit-il, avec tant de rapidité, cette maladie semble prendre un tel degré de gravité, qu'il me paraît urgent, nécessaire, que la commission nommée il y a plus de deux ans se hâte de faire son rapport, et de venir éclairer l'Académie sur l'ensemble des nombreuses communications qui lui ont été faites sur cette matière.

M. Bouley demande que MM. Renaud et Huzard, nommés membres de l'Académie depuis la création de cette commission, fassent partie de cette commission. (Adopté.)

— *M. le président* annonce que samedi prochain il y aura une séance extraordinaire pour entendre la lecture du rapport de la commission des prix de l'Académie.

— *M. Royer-Collard* est appelé à la tribune pour terminer la lecture du mémoire qu'il avait commencée dans la dernière séance.

— A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

La morve fait actuellement de si nombreuses victimes, qu'on ne saurait trop applaudir aux efforts que l'on fait pour empêcher le développement de cette funeste maladie. Nous apprenons que c'est dans ce but que des expériences viennent d'être ordonnées par M. le ministre de la guerre. Nous en ferons connaître les résultats. En attendant, nous croyons pouvoir affirmer, d'après des renseignemens qui nous ont été communiqués, que M. Galty, directeur de l'infirmerie vétérinaire militaire de Lamirault, a retiré d'excellens effets de l'eau hémostatique de M. Brocchieri. Mais, nous le répétons, nous reviendrons prochainement sur cet important sujet.

quelquefois sanguinolentes. Les mêmes remèdes avec addition d'*hydrargirium cum creta*, et ensuite de petites doses de calomel et de scille ont été administrées, mais il a été tout à fait impossible de borner le penchant du malade pour les liqueurs alcooliques qu'il a continué à prendre abondamment, malgré la vigilance des infirmiers, et il était plus ou moins ivre presque tous les deux jours. Les garderobes offrent une couleur variable, contiennent de la bile et quelquefois du sang ; l'urine également ; elle est tantôt claire, tantôt colorée de bile, etc. Sa physionomie est devenue de plus en plus jaune ; mais jamais la teinte n'a été considérable. Depuis deux jours son urine est très colorée de bile. L'abdomen paraît contenir du liquide dans les derniers jours de la vie ; œdème aux jambes ; dyspnée. Mort.

Autopsie. Accumulation considérable de graisse (13 millimètres d'épaisseur) sur l'abdomen ; grandes masses de la même sécrétion autour des reins ; le mésentère et l'épiploon en sont chargés, ainsi que le pancréas et les appendices des gros intestins. La cavité thoracique contient un peu de liquide (30 à 60 grammes). Poumons très œdémateux ; en les coupant ils laissent échapper beaucoup de sérum, surtout les parties supérieures et postérieures : ces organes sont sains sous d'autres rapports. La membrane muqueuse de l'estomac est scabreuse et un peu épaissie. Le péritoine et la face externe des intestins sont à l'état normal, à l'exception de deux cercles vascularisés autour du rectum. La membrane muqueuse de cet organe est épaissie et vascularisée, ainsi que celle du colon. Le cœcum offre une couleur grisâtre ; la muqueuse des intestins grêles est vascularisée. Pancréas et rate sains, ainsi que les reins, si ce n'est un, jauni par de la bile. Le foie offre une couleur jaune-écrevisse ; surface à petites granulations et inégale au toucher ; sa substance présente intérieurement la même structure et la même couleur que le fruit des Indes qu'on appelle *manga*. La vésicule biliaire contient environ 8 grammes de bile trouble et un petit dépôt de matière biliaire concrète.

Dix-septième fait. — J'ai été appelé par M. Griffith pour voir un homme âgé de quarante-quatre ans, grand buveur, sujet à des maux de cœur et à des vomissements ; il venait d'éprouver depuis trois à quatre jours un nouvel accès, il a vomi plein deux pots de chambre de sang caillé. Mort promptement.

Autopsie. Toute la surface du corps est légèrement jaune ; le corps n'est pas émacié ; l'examen sur une table ne fait pas découvrir de tumeur dans l'abdomen. On ouvre cette cavité ; ses parois sont généralement surchargées de graisse ; cette matière s'étend jusque dans le médiastin antérieur.

Les poumons et le cœur sont parfaitement sains ; un léger épanchement de sérum rouge existe dans la cavité thoracique gauche. La cavité péritonéale présente une demi-pinte de sérum brunâtre. L'épiploon est gros et forme une masse considérable ; mésenter très gros. Des masses de graisse pendent du colon et du rectum.

Le foie est plus épais que dans l'état naturel, sa structure est complètement détruite ; il est formé de masses arrondies, d'un jaune brillant, dures, rugueuses, à surfaces lobulées. Le lobule de Spigel présente des tubérosités dures. La vésicule biliaire est blanche, épaisse, opaque, contient environ 16 grammes de fluide glaireux clair, à peine coloré de bile ; les conduits biliaires sont libres. Une portion du foie ayant macéré pendant quatre ou cinq semaines est devenue blanche, c'est-à-dire ses granulations jaunes ont blanchi, et laissait voir un magnifique tissu vasculaire comme un peloton de ficelle. Pancréas sain. Rate plutôt grosse, mais saine. Reins sains. L'estomac contient une demi-pinte environ de sang caillé. (Suivent d'autres détails moins importans.)

§ VIII. Tumeur formée par dégénérescence graisseuse du foie.

Cette altération très singulière du foie consiste dans la conversion de sa substance en graisse, le tissu cellulaire et les vaisseaux lui servant toujours de canevas. Les pathologistes français qui l'ont décrite particulièrement l'ont rattachée, dans beaucoup de cas, à la diathèse phthisique. Je ne sache pas cependant que personne ait fait connaître avec exactitude les signes de son diagnostic avant le docteur Addison.

Dix-huitième fait. — Matilda Sawyer a été reçue dans mon service à Guy's hospital, le 11 avril 1832, pour être traitée de phthisie accompagnée de diarrhée. Elle tousse depuis un an, mais elle n'est bien malade que depuis un mois ; depuis cette époque, sa toux s'est aggravée et s'est accompagnée d'hémoptysie et de diarrhée intense. A son entrée, la diarrhée était aqueuse et abondante, l'expectoration puriforme ; des cavernes existaient à la partie supérieure de ses poumons. Elle peut se coucher sans gêne sur le côté droit. Cependant l'hypochondre de ce côté est saillant, le foie descend au-dessous de l'ombilic. Toute cette portion de l'abdomen donne un son mat à la percussion, comme quand on frappe un coussin avec la main, et bien qu'on ne puisse sentir aucune saillie brusque, le foie peut être suivi jusque dans l'hypochondre gauche.

On prescrit : mixture de chaux avec confiture aromatique après chaque selle, et deux centigrammes et demi d'acétate de morphine (demi-grain) le soir.

13 avril. La diarrhée continue, les matières sont liquides, féculentes et bilieuses. Expectoration puriforme et sanguine. Potions opiacées. Mort.

Autopsie. Adhérences costo-pulmonaires. Le foie est très gros, descend de deux pouces au-dessous de l'ombilic, et touche circulairement à la région lombaire droite ; l'autre lobe s'étend de l'autre côté et adhère fortement à la rate. Sa substance offre l'exemple le plus frappant de la dégénérescence graisseuse avec hypertrophie ; sa couleur est d'un jaune foncé, très lisse ; son bord inférieur est aigu. Les granules hépatiques sont très distincts. Je n'ai jamais vu un foie faire voir aussi clairement sa structure sans injection. De la bile existe dans ses conduits. La vésicule biliaire contient assez de bile pour colorer sa membrane interne. (Suivent d'autres détails.)

Dix-neuvième et vingtième faits. — Idem.

Vingt-unième fait. — Affection maligne du foie produisant une tumeur à surface lisse.

§ IX. Abcès hépatiques.

Lorsque l'inflammation du foie est arrivée au degré de suppuration, il se produit ou non une tumeur externe dans la région affectée selon le lieu que le mal occupe. En général cependant, un certain développement de l'organe est inévitable, et, soit que l'abcès ne soit pas par lui-même assez saillant, soit qu'il existe du côté de la voute diaphragmatique, il pousse toujours le foie en bas, de manière que son bord inférieur peut être senti au-dessous des côtes. La surface de la tumeur est égale, le son mat se prolonge plus en haut que dans l'état normal. Lorsque l'abcès est situé de manière qu'il fait saillie au-dehors, on y voit une saillie distincte, soit au-dessous des côtes, soit dans les espaces intercostaux, soit au-des ous des cartilages ou à une certaine distance de ceux-ci. Sa situation, au reste, varie selon que le mal affecte le lobe droit ou gauche. Une tumeur, dépendant d'une telle cause, est facile à diagnostiquer quant à sa liaison avec le foie ; la matité de la percussion est continue, ainsi que la résistance. La résistance cependant n'est pas très grande, car tout l'organe cède à la pression, et la sensation du toucher est molle ou plutôt d'une tension élastique. Une douleur plus ou moins aiguë est produite par la pression ; il y a fièvre et tous les symptômes d'une tumeur inflammatoire. Il ne faut pas oublier néanmoins que le travail de fermentation d'un abcès dans le foie est souvent si obscur, si insidieux, que les symptômes inflammatoires ne sont pas toujours reconnus, ou sont attribués à d'autres organes. La présence de la tumeur indique plus tard l'erreur du premier diagnostic. Les progrès eux-mêmes de la tumeur sont souvent insidieux, l'abcès devient chronique, produit un développement extraordinaire pendant plusieurs mois et termine enfin par la mort sans qu'on l'ait connue jusqu'à l'autopsie, qui fait voir un épanchement de pus dans le péritoine. En général cependant, un abcès du foie produit des inégalités à la surface de l'organe, soit par l'absorption du pus et l'épaississement du tissu cellulaire, soit parce que le pus s'évacue en partie dans la vésicule biliaire, et que le reste s'épaissit dans le foyer. A l'autopsie, on trouve une cicatrice profonde à la surface du foie, et, en incisant ce point, on trouve un dépôt jaune, plus ou moins purulent, de consistance calcaire. Ces sortes de cicatrices sont faciles à constater à leur forme inodulaire. Cette forme, si elle est sentie sur le vivant, peut en imposer pour celle d'une maladie maligne.

Vingt-deuxième fait. — *Abcès chronique du foie. Diagnostic difficile.*

J'ai été appelé, en août 1839, pour donner mon opinion à l'égard d'une tumeur de l'abdomen qui portait une dame âgée d'environ soixante ans. Le mal existait depuis deux ans ; durant ce temps la malade était devenue émaciée et jaune, avait beaucoup souffert de dyspepsie, de maux à l'estomac et d'envies de vomir. On m'a dit que la femme était depuis plusieurs années sujette à l'obstruction des gros intestins, pour laquelle elle prenait souvent des purgatifs.

A l'examen, la tumeur présente les caractères suivans : La partie la plus saillante existe au côté gauche de l'ombilic, on elle peut être empoignée lorsque les muscles sont bien relâchés ; elle se dirigeait en bas et à droite, où elle semblait se perdre dans la substance qui lui avait donné naissance. La percussion donnait une matité qui s'étendait jusqu'aux côtes du côté droit. La tumeur était mobile comme en masse, et n'adhérait point au péritoine. Sa situation était telle qu'elle semblait attachée au foie, au colon ou à l'épiploon. En considérant toutes ces connexions apparentes, sa tension élastique particulière et sa chronicité, j'ai pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie, qui comprimait probablement le pylore et le colon, développé immédiatement sous le bord du foie. J'ai dit, en outre, que le kyste ne ferait probablement pas de progrès, parce que la bile avait peut-être tué les hydatides.

Cette dame avait déjà été vue par quatre chirurgiens séparément, dont l'un avait porté le même jugement que moi, un autre avait pris le mal pour une affection du pylore ; un troisième pour une tumeur de l'estomac, mais pas du pylore, et un dernier pour une tumeur de l'ovaire.

Au moment où je l'ai vue il n'y avait pas grand'chose à faire pour le traitement, si ce n'est qu'à conseiller des choses propres à soutenir les forces. Elle est retournée à la campagne, où elle est morte six mois après. Je n'ai pu avoir des détails circonstanciés sur son autopsie, mais j'ai appris par le médecin qui l'avait soignée, que la tumeur n'était autre qu'un abcès du foie. Le foyer avait pris naissance dans le lobe droit, avait la forme d'une poire et s'étendait jusqu'à l'ombilic. Il contenait plus d'une pinte d'un fluide puriforme et trois concrétions biliaires du poids de 60 grammes. Toute la substance du lobe droit était devenue charnue. Le foie, avec le kyste et son contenu, pesait 2 kilogrammes. On a présumé que les calculs biliaires avaient existé primitivement dans la vésicule de ce nom, dont ils étaient sortis par ulcération de ses parois, et donné naissance à un abcès du foie.

Vingt-troisième fait. — Idem.

§ X. Surface irrégulière du foie par inflammation chronique.

Dans cette catégorie je placerai les cas nombreux de contraction de la membrane cellulaire du foie, ce qui rend sa surface lobulée d'une manière soit uniforme, soit inégale. Comme dans cette maladie le foie est plutôt contracté qu'augmenté de volume, le diagnostic à l'aide des signes sensibles est presque impossible. En conséquence, ce sont les seuls symptômes généraux qui peuvent éclairer le jugement du praticien. Ces symptômes sont l'hématémèse, ou les évacuations de sang par la bouche et le rectum, ainsi que cela a été remarqué par le docteur Law, de Dublin, et l'épanchement de sérosité dans le péritoine. Ces phénomènes doivent naturellement conduire à l'examen du foie pour constater si son volume est augmenté ou diminué. En faisant coucher le patient sur le dos, si le foie est induré et contracté il pend naturellement, en vertu de sa gravité, et tiraille ses ligamens en tombant en bas et en avant, il reste suspendu dans une grande quantité de liquide, et se prolonge jusqu'au-dessous des côtes, de manière à pouvoir être senti manifestement. Il importe, durant cet examen, de détourner l'attention du malade, afin de prévenir la contraction des muscles et de pouvoir enfoncer les bouts des doigts dans la paroi abdominale, ce qui déplace brusquement le liquide et donne une impulsion au foie.

J'ai dans ce moment devant les yeux un cas de ce genre. Le ventre était distendu par du liquide, et pourtant j'ai pu bien distinctement sentir le foie au-dessous des côtes. A l'autopsie le foie a été trouvé très petit ; sa surface était granulée, sa substance dure et inflexible.

Il est d'autres espèces de tumeurs accidentelles qui se forment à la surface du foie ; ce sont des dépôts cartilagineux ou osseux dont le volume est progressif. Les hydatides elles-mêmes affectent généralement dans le foie la forme de tumeurs à surface irrégulière, ainsi que je l'ai démontré ailleurs.

§ XI. Affections malignes du foie.

Ces affections sont : 1° les tumeurs encéphaloïdes ; 2° les tumeurs squirrheuses ; 3° les tumeurs mélaniques. L'auteur décrit soigneusement ces trois espèces de tumeurs hépatiques, en rapporte neuf faits accompagnés d'autopsies à l'appui de ses descriptions. Nous ne le suivrons pas dans ces détails ; les faits importans que nous venons de reproduire nous paraissant plus que suffisans pour éclairer le diagnostic général de ces sortes de tumeurs. Nous regrettons de ne pas trouver à la fin de ce magnifique mémoire des conclusions ou un résumé général qui rappelle les points culminans de ce travail. C'est ce que le lecteur pourra, au reste, faire lui-même.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 novembre. — Présidence de M. Serres.

Lecture de M. Jules Guérin concernant une série d'opérations destinées à remédier aux déviations et à la saillie oculaires consécutives à la section des muscles de l'œil. (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

Correspondance. — M. Chervin adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Paris, le 22 novembre 1841.

» Monsieur le président,

» Lorsque l'on croit devoir répondre à un mémoire qui a été lu devant un corps savant, il est d'usage d'adresser la réponse à ce même corps, qui, par ce moyen, est plus à même de juger avec connaissance de causes les questions qui lui sont soumises.

» Depuis quelque temps on s'est néanmoins écarté de cette marche si simple, si naturelle, si logique. Des travaux présentés à l'Académie des sciences ont été attaqués dans le sein de l'Académie de médecine, et lundi dernier, M. Bertulus, ancien chirurgien-major de la corvette *la Caravane*, a soumis au jugement de l'Académie des sciences une réponse à un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine pour réfuter les erreurs graves que ce chirurgien a publiées dans le but d'établir que nos relations avec les Antilles exposent l'Europe aux ravages de la fièvre jaune.

» Loin de me plaindre de la marche irrégulière et insolite qu'a suivie dans cette circonstance M. Bertulus, je m'en félicite hautement, puisqu'elle m'amène devant des juges si éclairés, si indépendans, et si amis de la vérité.

» Je prie, en conséquence, M. le secrétaire perpétuel, de vouloir bien m'inscrire pour une prochaine lecture dans laquelle je répliquerai aux assertions de M. Bertulus.

» Agréez, etc. Chervin, d.-m.-p. »

— M. Ducros envoie un second mémoire destiné à compléter celui que nous avons annoncé dans un précédent compte-rendu.

Renvoyé à la commission chargée du premier mémoire.

— M. Retzius envoie deux mémoires, écrits en allemand, et contenant divers points d'anatomie.

— M. Berton fait hommage à l'Académie de la nouvelle édition de son *Traité des maladies des enfans*, et demande que cet ouvrage soit admis au concours pour le prix Montyon.

— M. Félix Hatin envoie un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la fibrine du sang.*

A quatre heures trois quarts l'Académie se constitue en comité secret.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Faux opium.

Il paraît, d'après un rapport fait par M. Morson, qu'un opium, fabriqué peut-être avec une portion de mauvais opium et des résidus de préparation de morphine, a été mis en vente sur la place de Londres. Il est en masses arrondies, recouvertes de feuilles ; sa couleur est noire, son odeur et sa saveur ressemblent à celles de l'opium ordinaire, mais sont plus faibles ; mis en contact avec l'eau, il rend ce liquide laiteux ; il ne contient point de morphine.

Depuis l'époque où il a été introduit en Angleterre, il l'a été également en France et aux Etats-Unis. Les droguistes et les pharmaciens doivent donc se tenir sur leur garde.

De l'emploi de la solution saturée d'alun contre l'impuissance.

Un ancien interne de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Loir aîné, pensant

qu'il est des cas, bien plus fréquens qu'on ne le suppose, dans lesquels l'impuissance ne dépend ni d'une lésion organique, ni d'une influence morale ou nerveuse qui paralyse en quelque sorte les organes génitaux, mais tout simplement d'un état local tout particulier des organes génito-urinaires, et se basant d'ailleurs sur quelques faits observés soit par M. le docteur Béniqué, soit par lui-même, a eu l'heureuse idée de chercher à combattre cette affection par une action directe exercée sur la portion prostatique de l'urètre. Le moyen qu'il a employé pour agir sur cette partie du canal est la solution d'alun : voici d'ailleurs les précautions qu'il a prises pour empêcher le liquide d'arriver jusqu'à la vessie. Il s'est servi d'une algalie d'argent à robinet, garnie, près de son extrémité, d'une chemise de peau de baudruche disposée de façon à pouvoir être distendue par une injection poussée dans la cavité de la sonde. On laisse d'abord séjourner cette dernière dans la solution alunée, afin de permettre à la membrane de s'en imbiber et de devenir tout à fait souple ; puis on l'introduit dans l'urètre avec ménagement, et l'on pratique l'injection avec la solution d'alun saturée et sucrée (on a remarqué que le sucre favorise la transsudation du liquide salin à travers la baudruche, c'est-à-dire l'endosmose). La sensation éprouvée par le malade indique aisément le point de distension suffisante de la baudruche. On retient alors l'injection pendant cinq minutes, puis on la laisse écouler : on répète deux ou trois autres fois de suite la même opération.

A l'aide de cette pratique, M. Loir a obtenu un succès bien complet chez un sujet de trente-huit ans, qui n'avait point eu d'érection ni d'éjaculation depuis plus d'une année, bien qu'il conservât des désirs vénériens. Il est vrai de dire, toutefois, que le malade ne continua le traitement que pendant un mois, et que son état n'étant pas encore arrivé au degré d'amélioration voulu, il le suspendit pour le mettre à l'usage d'une tisane de salsepareille. Après trois mois de l'emploi de cette boisson médicamenteuse, il avait recouvré toutes ses facultés génératrices, il était gai et bien portant. Du reste, il se plaît à reconnaître qu'il doit aux injections d'alun et aux cathétérismes la première amélioration qu'il a éprouvée, sans pouvoir ensuite décider si la consolidation de la guérison doit être rapportée complètement aux injections ou bien à la salsepareille. (*Bull. gén. de Thér.*)

Nouveau traitement de la teigne faveuse.

Un médecin de Louviers, M. le docteur Pétel, considérant l'épilation comme l'unique moyen de guérison de cette maladie, emploie avec le plus grand succès le mode de traitement qui va être indiqué.

Lorsqu'un teigneux se présente, il lui fait couper les cheveux à 6 millimètres (3 lignes) de distance de la peau ; il fait tomber les croutes par des applications de cataplasmes de farine de graine de lin, puis il nettoie le cuir chevelu par des lotions avec l'eau de savon ou une lessive légère.

Cela fait, vers le sixième jour il fait commencer des frictions, avec la pommade ci-après, sur toutes les parties malades :

Pr. Soude du commerce,	60 centigr.
Chaux éteinte,	4 gramm.
Axonge,	120 gramm.

M. et F. S. A. une pommade parfaitement homogène.

En même temps que l'on pratique ces frictions, qui doivent être renouvelées une fois chaque jour, on a soin d'entretenir la propreté de la tête avec un peigne fin enduit d'un corps gras, et en outre à l'aide de lotions avec de l'eau de savon répétées tous les six ou huit jours. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et la rougeur du cuir chevelu diminuent peu à peu, mais sans jamais cesser entièrement. Les favus, dont la reproduction successive entretient la maladie, deviennent plus rares et bientôt ne se montrent plus qu'à de longs intervalles. Il faut, pour arriver à ce point, un temps plus ou moins long, six semaines, deux mois, et souvent beaucoup plus. Alors, on sème, tous les deux jours, dans les cheveux, une pincée de la poudre suivante :

Pr. Chaux vive,	120 gramm.
Charbon pulvérisé,	8 gramm.

M. et F. S. A. une poudre parfaitement homogène.

A l'aide de ce moyen, les cheveux perdent leur adhérence à la peau, et il devient facile de les arracher avec une pince ou avec les doigts, comme on fait des plumes d'un oiseau ; l'évulsion s'opère sans douleur, et est complète en quelques séances. Lorsque toutes les parties malades ont été entièrement dénudées, le traitement est à peu près terminé ; il suffit de graisser la tête avec la pommade, tous les deux ou trois jours, et d'entretenir une grande propreté : les cheveux repoussent partout où la maladie n'en avait pas détruit la racine. On cesse les frictions quand la peau est revenue à sa coloration naturelle.

Dix-neuf individus sont venus à diverses époques réclamer les soins de M. le docteur Petel, depuis le mois d'avril 1840 jusqu'à l'époque actuelle, et tous ont été traités par la médication qui vient d'être décrite. (*Bullet. gén. de thérap.*)

A cette occasion, nous dirons que l'opinion émise dans ces derniers temps par un médecin hongrois, M. Gruby, sur la nature végétale de la teigne (cet observateur regarde les favus comme des espèces de plantes appartenant à un genre de cryptogames qu'il nomme *mycoderme*), a engagé divers médecins à tenter un nouveau mode de traitement qui puisse faire triompher plus sûrement et plus vite de cette affection si rebelle. A l'époque actuelle, et depuis quelques mois déjà, des essais sont faits à l'hôpital Saint-Louis pour détruire les favus par la cautérisation, soit avec le nitrate acide de mercure du *Codex*, soit avec la solution caustique d'iode, et cette nouvelle médication a eu des résultats merveilleux dans les quelques cas où elle a été mise en usage jusqu'ici. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des autres résultats qu'on en pourra obtenir par la suite.

Note sur la phloridzine.

M. Th. Rouillier, de Sully, qui, depuis plusieurs années, s'est constamment occupé de l'extraction de la phloridzine, dans l'espoir de trouver un procédé qui permît d'obtenir facilement et abondamment cette substance, annonce qu'il vient de constater qu'il est de la plus haute importance de laver préalablement avec un très grand soin les écorces des racines sur lesquelles on opère, afin de les débarrasser bien complètement de toutes les matières terreuses qui adhèrent à leur surface. Suivant lui, les écorces du tronc donnant aussi une quantité considérable de produit, doivent aussi être recherchées ; mais il est indispensable d'en séparer, à l'aide d'un couteau, toutes les parties sèches ou recouvertes de mousse. Enfin, les écorces de merisier fournissent pareillement une quantité notable de phloridzine, mais sensiblement plus amère que celle du pommier.

Des essais multipliés ayant démontré que la phloridzine ne possède pas une efficacité aussi marquée à l'état de pureté qu'à l'état brut, c'est sous ce dernier état qu'elle doit exclusivement être prescrite dans la pratique de l'art de guérir, et c'est de cette manière, en effet, qu'elle a été administrée en Pologne dans un grand nombre de cas de fièvres intermittentes, à la dose d'un gramme (vingt grains), soit en poudre, soit sous forme pilulaire. Son action, dans ces différens cas, a été tellement prononcée, qu'on ne peut plus se dispenser de la faire figurer parmi les fébrifuges les plus énergiques que le thérapeutiste ait à sa disposition. Elle a, sur toutes les préparations dont le quinquina ou ses alcaloïdes forment la base, l'avantage bien précieux de ne jamais déterminer de douleurs d'estomac à la suite de son ingestion.

(*Journ. de chimie médicale*, octobre 1841.)

Nouveau mode de préparation des onguens mercuriels double et simple.

On sait combien de procédés divers ont été proposés successivement pour faciliter et rendre plus prompte l'extinction du mercure dans les corps gras ; on sait aussi combien peu de succès on en a retiré. Voici venir aujourd'hui M. Fau, pharmacien à Foix, qui, après s'être rendu compte par expérience de l'inefficacité de tous ces moyens, proclame à son tour, comme supérieure à toutes celles qui lui ont succédé, la méthode par laquelle le premier auteur de cette préparation a dû essayer de la faire. Cette méthode est la suivante.

On prend, pour une proportion de 500 gr. (1 liv.) de mercure, 30 ou 60 gr. (1 ou 2 onces) d'axonge fraîche ou rance, sans avoir égard à cette circonstance ; on l'étend sur une table de fonte ou de marbre uni, à l'aide d'un bon couteau de peintre propre à ramasser les couleurs broyées, et on incorpore le métal par un mouvement de va-et-vient prompt et vigoureux, l'étendant aussi loin que possible, pour augmenter la surface du corps gras ; on verse à de courts intervalles, c'est-à-dire à mesure que le mercure disparaît aux yeux, de nouvelles portions de ce métal ; on n'ajoute la totalité de l'excipient, tenu à la température ordinaire, qu'après que la totalité du mercure est rendue complètement invisible, et bientôt enfin l'opération est terminée et la préparation obtenue aussi parfaite qu'il ait jamais été possible de l'obtenir.

Au moyen de ce procédé, 20 ou 25 minutes sont plus que suffisantes pour éteindre, à l'œil nu ou armé d'une loupe, les derniers globules de la quantité de mercure indiqué plus haut. M. Fau pense avec raison que c'est à l'augmentation de surface seulement ; et partant à la difficulté qu'éprouve le mercure de se réunir toujours en un seul point, comme il arrive au contraire lorsqu'on opère sur une surface très restreinte, par exemple dans un mortier ou un chaudron de fonte, que doit être rapporté cet avantage. Quoi qu'il en soit, MM. les pharmaciens feront bien de vérifier ce fait, pour s'épargner désormais la peine de passer souvent plusieurs jours à se fatiguer avant d'arriver à un résultat moins satisfaisant. (*Journ. de chim. méd.*, octob. 1841.)

L'auteur de la potion anti-hystérique dont il est question dans l'avant-dernier numéro, est *M. Josat* et non *M. Jorat*.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 27 NOVEMBRE 1841. 14e ANNÉE. N° 142, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ (M. Fouquier). Du traitement de la paralysie saturnine et des paralysies en général. — Cours de pathologie et de thérapeutique générales, par M. Andral (première leçon). — De l'hématurie, par M. Civiale (suite). — REVUE THÉRAPEUTIQUE ET PATHOLOGIQUE: Moyen facile de distinguer l'antimoine de l'arsenic. — Cas d'arrachement de la rate. — Pommade d'iodure de soufre. — FEUILLETON. Bibliographie : Guide du médecin praticien, par M. Valleix. — Nouveau compendium médical, par M. Bossu. — Observation de guérison d'une paralysie des deux septièmes paires, par M. James.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. FOUQUIER.

Du traitement de la paralysie saturnine et des paralysies en général.

Un homme âgé de quarante sept ans, peintre depuis vingt-six ans, est entré ces jours derniers à la clinique pour s'y faire traiter d'un tremblement et d'une légère paralysie du membre supérieur gauche. Quoique cet homme exerce sa profession de peintre depuis long-temps, il n'a jamais éprouvé que de très légères coliques qui se sont dissipées spontanément. Il y a trois mois environ qu'il fut occupé une partie de la journée à recueillir et à éponger une grande quantité d'essence de térébenthine qui s'était échappée d'un vase fendu. Il fut pris quelques jours après de tremblemens dans le bras gauche qui ont été suivis d'un affaiblissement progressif dans les mouvemens et la sensibilité de ce membre. Du reste, il n'offre pas la plus légère trace de coliques, et il ne présente d'autres phénomènes morbides que ces tremblemens et cette paralysie.

Ces symptômes sont équivoques. Doivent-ils être considérés comme le résultat de l'inhalation de l'essence de térébenthine à laquelle ce malade a été exposé? Cela n'est pas probable, pour la paralysie du moins qui paraît être liée aux influences saturnines que cet homme subit depuis long-temps. Le tremblement, à la vérité, peut s'expliquer par les émanations de térébenthine qui ont pu produire ce que produisent le tabac, les alcooliques, le mercure. Mais encore dans ces cas le tremblement qui survient est général, ou se ferait sentir sur plusieurs membres, tandis qu'ici il est partiel et borné au seul bras gauche. Par ces motifs, M. Fouquier n'hésite pas à croire que l'affection de cet homme, malgré l'absence de colique, est une véritable affection saturnine.

Ce malade a fourni au professeur l'occasion de présenter quelques considérations sur les paralysies indépendantes de toute altération organique des centres nerveux.

Les paralysies locales sont assez fréquentes; elles peuvent dépendre de plusieurs causes. Elles se développent assez souvent sous l'influence du froid humide. On voit des gens qui après avoir subi un courant d'air froid sont affectés de paralysie de la face, du larynx, et, dans ce cas, deviennent subitement aphones. Souvent aussi elles surviennent après des commotions nerveuses violentes : il n'est pas rare de voir des enfans qui en sont atteints après de fortes convulsions. La présence des vers dans le canal intestinal peut les produire. Elles sont quelquefois la suite des fièvres intermittentes qui laissent après une débilité progressive amenant une paralysie véritable. Dans d'autres circonstances, la paralysie survient pendant l'accès même de la fièvre intermittente et se dissipe avec lui; autant de fois que l'accès se fait sentir, autant de fois la paralysie l'accompagne.

Des paralysies peuvent se manifester après de grandes douleurs : aussi en voit-on quelquefois apparaître après l'hépatalgie ou colique hépatique; elles occupent alors les membres supérieurs. Après une dysenterie qui a eu une longue durée, on en a vu survenir aux membres inférieurs.

Quelques exemples ont été cités de paralysies générales ou locales survenues par l'action de la foudre. Après les rhumatismes et les névralgies, elles sont fréquentes, et il n'est pas rare d'en rencontrer chez des sujets qui ont été long-temps affectés de névralgies brachiales ou sciatiques.

Ces paralysies locales peuvent être des paralysies du mouvement ou des paralysies du sentiment, ou bien être l'un et l'autre à la fois. Elles peuvent dépendre soit d'une altération des muscles, soit d'une altération des nerfs. Dans le premier cas, elles apparaissent après une luxation, l'introduction de corps étrangers dans les muscles, leur section, leur dégénérescence, etc., etc.; dans le second cas, elles peuvent dépendre d'un défaut dans l'action nerveuse, dans la section, dans la ligature des cordons nerveux, ou bien par la compression exercée sur eux soit par des tumeurs, des productions accidentelles ou des corps étrangers. Une lésion locale ou légère peut les faire naître. C'est ainsi qu'on a cité un cas d'hémiplégie complète survenue après un coup de fleuret sur le nerf surcillaire.

Les parties paralysées présentent quelques phénomènes importans à connaître. Elles sont disposées à se refroidir rapidement; il ne faudrait pas croire néanmoins que l'action intime et vitale du mouvement et de la sensibilité leur manquent absolument : non, car elles sont impressionnables à l'action électrique alors même que le mouvement est complètement aboli. Quelquefois même la sensibilité y est exaltée. J'ai vu un paralytique du bras qui ne pouvait pas supporter la faible douleur d'un vésicatoire. Ces parties paralysées sont peu sujettes à s'enflammer, et si une phlegmasie survient qui entraîne l'ulcération, la cicatrisation s'y opère très difficilement. La gangrène a, au contraire, une grande tendance à s'en emparer. J'ai vu un homme qui, après une chasse faite dans un marais, fut pris de paraplégie; des escharres survinrent au sacrum et entraînèrent sa mort. Les membres paralysés font éprouver un sentiment de pesanteur et sont en général affectés de tremblemens.

Quant à leur siége, il est très variable. On a vu des paralysies croisées, c'est-à-dire, affectant un bras d'un côté et une jambe de l'autre. Elles n'affectent souvent que des parties très circonscrites. Elles ont surtout une grande prédilection pour les organes des sens. Pour la vision, la paralysie des nerfs optiques est fréquente; elle peut n'occuper que le muscle releveur de la paupière supérieure, ou l'un des muscles intrinsèques de l'œil, produisant le strabisme. Un certain nombre de surdités sont liées à la paralysie des muscles de l'oreille profonde. La luette peut être frappée seule de paralysie. Il en est de même du pharynx, et l'on sait que cette paralysie a été le premier symptôme de la maladie de Cuvier. L'œsophage est aussi quelquefois le siége de la paralysie. L'estomac et les intestins peuvent-ils en être atteints? On n'en connaît pas d'exemple bien probant; ces organes sont néanmoins musculeux, et, comme tels, il ne répugne pas d'admettre qu'ils puissent être affectés de paralysie. Ce que la pratique apprend, c'est que quelques états morbides caractérisés par la débilité, l'atonie complète de ces organes sont efficacement modifiés par les stimulans internes et externes si favorables dans les autres paralysies. La paralysie de la vessie est, comme on le sait, très commune.

L'hystérie donne assez fréquemment lieu à une paralysie remarquable, c'est celle de la voix, qui peut être passagère ou permanente. On n'en connaît pas d'exemples de la membrane musculaire de la trachée et des bronches. Le diaphragme, qui reçoit si vite les impressions de quelques excitans, ne paraît pas susceptible cependant de paralysie.

Enfin, la paraysie peut être bornée à une partie très minime du corps, à un seul doigt, par exemple; elle peut occuper tout un plan musculaire ou un seul muscle.

Quant au type qu'elle présente, elle est quelquefois, comme nous l'avons dit, intermittente.

Sa durée est variable et en rapport avec la cause qui la produit. Celle qui dépend d'une altération organique dure autant que cette altération. Celles qui ne sont sous l'influence que de circonstances accidentelles, s'effacent peu à peu, mais toujours plus ou moins long-temps après que ces circonstances ont disparu.

Les parties qui sont depuis long-temps le siége de paralysies maigrissent et finissent par s'atrophier. Ce résultat est constant.

Quelques paralysies se terminent spontanément soit par quelque évacuation critique, soit par des émotions morales ou physiques. On cite l'histoire d'une femme paralytique depuis l'âge de six ans, guérie tout à coup par un coup de foudre. Dans l'incendie qui dévora une partie de l'Hôtel-Dieu en 1743, quelques paralytiques, cloués depuis long-temps dans leur lit, purent se sauver, poussés qu'ils étaient par la peur.

Traitement. Il doit être subordonné aux causes qui ont produit la paralysie, et il est bien entendu qu'il n'est ici question que des paralysies indépendantes de toute altération des centres nerveux.

FEUILLETON.

Les attaques brutales et passionnées auxquelles je suis en butte depuis quelque temps n'ont excité chez moi qu'un sentiment de mépris et de dégoût; je n'y répondrais que par le silence, si je n'avais à cœur de détruire jusqu'au doute le plus léger dans l'esprit de mes honorables confrères, dont je tiens avant tout à conserver l'estime et la considération.

Que l'on eût trouvé à redire sur la forme ou le fond de mes critiques, j'admets que j'ai pu errer quelquefois; les hommes ne font d'ailleurs ni toujours bien ni toujours mal, et dans un laps de quinze années, tel confrère que j'ai blâmé justement a mérité plus tard mon approbation : je pourrais en citer vingt exemples. Mais il y a loin de là à des complaisances honteuses, il y a loin d'une diversité consciencieuse d'opinion à une servilité condamnable.

Je ne défendrai pas mes relations avec deux chirurgiens célèbres : elles n'ont été et ne pouvaient être qu'honorables. J'arrive au point culminant de l'acte d'accusation formulé contre moi.

Aucune hostilité n'avait éclaté entre M. Orfila et le Journal avant les fâcheux voyages de Blaye. Depuis lors, les fautes se sont succédées avec une effrayante rapidité dans la vie scientifique et administrative de M. le doyen; c'était un véritable vertige J'ai rempli un devoir en les signalant, et je crois n'avoir rien à renier sur ce point; je maintiens mes vers et ma prose.

Bientôt une question grave de médecine légale surgit; sur la foi d'un nom, d'après l'avis d'un homme et sur des preuves douteuses et infinitésimales, on voulait décider de la vie et de la mort d'un accusé. Le Journal combattit avec ardeur un système funeste. Ce système est irrévocablement tombé; il était dès lors superflu de continuer sur ce sujet des attaques sans but et sans générosité.

Mais des adversaires de fraîche date ont cru trouver l'occasion favorable de se poser en champions de la justice. Ils ont voulu se donner de l'importance en criant bien fort quand il n'y avait rien à dire, en entonnant des chants de triomphe pour une victoire à laquelle ils n'avaient point participé, en voulant me forcer comme un mannequin à crier avec eux. Sous le patronage d'un homme qu'on m'a vu défendre moi-même dans l'occasion, mais dont on ne saurait dissimuler les défauts, ils se sont livrés d'abord à de sourdes attaques; ils ont fait courir des bruits absurdes; leur fureur s'est accrue à chaque blessure d'amour-propre, et quand est venu le fameux discours de rentrée, contre lequel le blâme a été unanime; lorsqu'un échec a frappé l'ambition de leur patron, oh! alors leur rage n'a plus connu de bornes. On a voulu m'opposer à moi-même; on m'a fait l'honneur de citer mes vers, à la suite desquels arrivaient des périodes ronflantes et des injures plus ou moins nettement personnelles. On ne m'a pas demandé si j'avais changé d'opinion, si je pensais autrement que lorsque je les avais écrits, si je les écrirais encore; on a supposé tout ce qu'on a voulu; on m'a converti de toute pièce, et j'ai été dûment atteint et convaincu d'apostasie.

Ces hallucinations furibondes, cette fantasmagorie ridicule tombent d'elles-mêmes par ces seules et simples paroles : « Ce que j'ai écrit alors, je le pense et je l'écrirais encore; je ne déserte aucune de mes convictions. »

On me reproche d'avoir dit récemment que je n'étais pas l'ennemi personnel de M. Orfila; mais que lui disais-je donc, au moment de mes plus vives attaques, dans ce vers de ma 5e satire?

« Par nul motif privé, mon courroux ne s'explique » (1).

On me blâme de quelques divergences dans mes jugemens, selon les époques; mais n'ai-je pas prévu ces modifications dans le portrait du journaliste médical tel que je le comprends :

« Lui, qu'un triste devoir à la critique enchaîne,
Qui, sans envie au cœur, sans dépit et sans haine,
Au confrère affligé qu'il attaque demain,
Qu'il attaquait hier, voudrait serrer la main,
Et d'un métier de fer ardent à se distraire,
Au lieu d'un ennemi, cherche partout un frère » (2).

Et qu'on ne voie pas dans le rappel de ces vers une intention qui est loin de ma pensée. Le passé, je le dis hautement, est tel entre M. Orfila et moi, que toute réconciliation, tout rapprochement est impossible pour l'un comme pour l'autre; et certes, dominé qu'il est par le prestige du pouvoir, les occasions de dissidence ne nous manqueront pas. En les relevant, je ne servirai, comme toujours, que les exigences de l'intérêt général, et non le calcul d'un intérêt privé.

Que me faut-il d'ailleurs? Sans ambition, sans haine, sans envie, je ne demande et n'attends aucune faveur. Seul je me suis fait ma carrière par mon travail et ma persévérance. Cette position me suffit. Je puis ne pas partager des passions haineuses, et refuser de servir de marche-pied à d'ambitieuses médiocrités; mais on m'accordera assez de jugement, sinon assez de bonne foi, pour ne pas croire qu'après une longue carrière de probité littéraire, il me soit venu à la pensée de ternir le peu d'éclat que j'ai pu y trouver, et d'enchaîner sottement ma dignité et mon indépendance.

Quittez donc, comme vous l'a si bien dit M. Bégin dans sa noble réponse dont chaque phrase est un démenti ou une leçon de moralité, quittez cette habitude de mensonge et de calomnie, elle déshonore la presse. Assez de discorde règne dans le corps médical sans que vous y jetiez de nouveaux brandons. Si vous êtes les ennemis des priviléges, dites-nous vos vues et vos projets; dites-nous les sacrifices que vous voulez faire à la cause de la réforme médicale; jusqu'ici nous n'avons su que vos haines et votre ambition.

F. FABRE.

(1) *Némésis médicale*, 5e satire (M. Orfila), tom. Ier, p. 95.
(2) *Ibid.*, 24e satire, t. II, p. 278.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du médecin-praticien, ou *Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées*; par M. J. VALLEIX, médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris, etc. — 1re livraison. In-8°.

Voilà d'abord un titre bien trouvé. Qui de nous, engagé dans ce labyrinthe inextricable et obscur des sciences médicales, n'a désiré, n'a demandé un guide sûr et fidèle? Et qui de nous l'a rencontré?... A propos de l'œuvre de M. Valleix, je ne veux pas faire la critique des ouvrages qui, faute d'autres, sont entre les mains des praticiens; mais il me sera bien permis de dire que ce n'est pas dans les traités généraux de médecine livrés au public jusqu'à ce jour, qu'il est permis d'aller puiser une instruction solide et complète. La science pratique disséminée, éparpillée dans une infinité de monographies, de journaux, de recueils et de livres, n'a pas encore été collectionnée avec appréciation et critique. Nous avons de bons exposés, plus ou moins complets cependant, des résumés assez satisfaisans, des analyses bien faites; mais il nous manque évidemment un ouvrage où à côté de l'exposition se trouvent les motifs de croire, de rejeter ou de douter, un ouvrage, en un mot, qui soit autre chose qu'un compte-rendu, autre chose surtout qu'une déduction dogmatique imposée par un système. C'est un travail de cette nature que M. Valleix vient d'entreprendre. La première livraison que j'ai sous les yeux justifie déjà ces espérances.

L'ordre suivi par l'auteur est simple, et dans l'impossibilité de trouver une classification plus naturelle, il a adopté celle qui consiste à décrire les maladies par appareils et à rejeter à la fin celles qui n'ont pas de siége déterminé. Il passe successivement en revue tous les élémens de la maladie, causes, symptômes, marche, durée, terminaison, diagnostic, traitement, et cela avec l'étendue et les développemens proportionnés à l'importance de chacun d'eux. L'article *Traitement* surtout a

Quand la paralysie dépend d'un refroidissement, c'est par les bains de vapeurs, par de cataplasmes chauds *loco dolenti* qu'il faut chercher à la combattre ; mais ces moyens sont souvent infidèles.

Si la paralysie n'est accompagnée ni d'inflammation, ni de douleur, il faut recourir à une stimulation profonde et active.

Les stimulans sont externes ou internes. Parmi les premiers, on se trouve bien de l'emploi de l'insolation, de l'urtication, des bains de sel ou de sable chaud, des bains de vapeurs, de frictions avec l'alcool camphré, ou mieux encore avec la teinture de cantharides ou l'huile de phosphore. On emploie aussi avec succès les vésicatoires extemporanés et surtout le galvanisme.

Parmi les stimulans internes, on choisira les substances résineuses sudorifiques, les huiles volatiles, etc. Le plus énergique et le plus efficace de ces excitans, c'est la noix vomique et ses préparations. Depuis trente ans M. Fouquier en fait un grand usage et lui doit un grand nombre de succès.

On sait que c'est ce praticien qui les a le premier employées dans les cas de paralysie essentielle, et cela, d'après les indications fournies par les expériences de MM. Magendie et Delile, qui frappaient de tétanos les animaux soumis à leur influence.

M. Fouquier a obtenu par ce moyen la guérison de paralysies qui remontaient à sept ans d'existence. Depuis la découverte de la strychnine, c'est à ce principe actif qu'il a toujours recours. Il l'administre soit en pilules, soit par la méthode endermique sur la surface dénudée d'un vésicatoire. La dose, au début, ne doit pas dépasser un centigramme pour être progressivement augmentée. Il est quelques malades qui, à la dose la plus minime, ne peuvent supporter ce médicament énergique. Il serait imprudent, dans ces cas, d'insister sur un moyen qui peut occasionner de graves accidens.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES,

M. ANDRAL, professeur.

(*Première leçon.*)

Jeudi dernier, M. Andral a ouvert son cours en présence d'un nombreux auditoire. Nous allons donner de sa première leçon une analyse aussi fidèle que cela est possible, après une improvisation chaleureuse et animée.

Poursuivre l'étude des moyens par lesquels on parvient à l'institution des principes généraux qui régissent la pathologie, tel est le but de ce cours. Ces principes généraux, dont un grand nombre ont acquis un haut degré de certitude, dont quelques autres ne sont encore que probables ou douteux, on ne peut les obtenir qu'à la condition de féconder les faits particuliers par une induction légitime et philosophique, qu'à la condition que ces faits particuliers seront analysés, et pesés et comptés.

Il s'agit dans ce cours de faire connaître la maladie, les phénomènes par lesquels elle se manifeste, les causes qui la produisent, sa nature autant qu'elle est accessible à nos investigations, et de poser les grandes indications thérapeutiques qu'elle présente à remplir.

Dans un des cours précédens, deux leçons ont été consacrées à l'examen de cette question : Qu'est-ce que la maladie? On a vu de quelle manière les anciens et les modernes avaient envisagé la maladie, et cet historique n'est pas chose indifférente, car les définitions ne sont que la représentation abrégée d'un système ou d'une doctrine. Du reste, toutes les définitions de la maladie peuvent se ranger sous ces deux divisions : définitions selon sa nature, définitions selon les phénomènes qui la traduisent. M. Andral a établi, et il maintient que tant que la science ne sera pas mieux instituée, c'est d'après les phénomènes que manifeste la maladie qu'on doit la définir. Toutes les définitions basées sur sa nature ne sont et ne peuvent être que des hypothèses. Qu'est-ce, en effet, pour ne citer que cet exemple, que la célèbre définition de Sydenham, si ce n'est une opinion théorique que ni l'expérience ni l'observation ne justifient. La définition la plus simple est une de celles qu'a données Galien, car cet auteur en a donné beaucoup : la maladie est une altération de fonctions. Malheureusement, elle n'est pas complète et ne peut pas servir à grand'chose.

M. Andral a défini la maladie une altération des parties constituantes du corps ou de ses actes, définition qui a l'avantage de renfermer les deux élémens de la maladie sans la connaissance desquels on ne peut arriver qu'à une idée incomplète de la maladie ; altération des parties constituantes du corps, et non pas des organes, altération de ses actes et non pas de ses fonctions, car ces mots organes et fonctions sont trop limités pour représenter l'ensemble des phénomènes qui constituent la maladie. Les globules du sang ne sont pas des organes, l'excitabilité n'est pas une fonction, et cependant il est des états pathologiques caractérisés par l'altération seule des globules ou de l'excitabilité.

L'étude de la pathologie suppose la connaissance antérieure et complète de l'anatomie et de la physiologie. Impossible de faire un pas dans la connaissance de l'homme morbide si l'homme sain n'est pas parfaitement connu.

Tout corps organisé résulte de l'assemblage d'élémens simples de même nature que ceux qui composent les corps inorganiques ; il y a seulement cette grande différence que dans ces derniers les combinaisons sont en petit nombre et composées d'élémens peu nombreux, trois au plus, tandis que dans les corps organisés les élémens sont assemblés en nombre plus considérable et les combinaisons sont aussi plus nombreuses. Ceci a son importance, car il en résulte que si d'une part les élémens qui entrent dans les corps organisés sont les mêmes que ceux des corps inorganiques, ces corps organisés doivent avoir un certain nombre de propriétés communes à celles des corps inorganiques, et d'autre part, si les combinaisons y sont plus nombreuses et plus complexes, ils doivent présenter des propriétés nouvelles qui leur sont particulières. Dans les deux règnes la base est commune, aussi y a-t-il un certain nombre de propriétés communes ; les combinaisons sont différentes, aussi y a-t-il des propriétés différentes.

Ces élémens simples et ces combinaisons limitées constituent les principes médiats des corps qui, à leur tour, par leurs combinaisons plus complexes forment les principes immédiats qui, ceux-ci, par leur association ou plutôt leur juxtaposition, forment les solides et les liquides. Les solides forment les tissus, les organes, les appareils ; les liquides se composent de ceux qui produisent le sang, du sang lui-même et des liquides qui en sont engendrés.

La maladie peut résulter de ce qu'il est survenu un changement dans la quantité, la nature ou dans la situation des principes médiats ; un changement dans la quantité, la naure, ou la situation des principes immédiats. Ici, des acquisitions récentes ont été faites par la science, et le point de départ, le siége de quelques maladies ont été pour ainsi dire déplacés. Qu'une hémorrhagie survienne sur la surface d'une muqueuse ou du derme, ce n'est point sur ces parties exemptes de toute altération qu'on en ira chercher le point de départ, mais bien dans le sang que l'on trouvera presque dépouillé de fibrine. Le tissu cellulaire ou les séreuses viennent à se remplir d'eau ; dira-t-on, avec Bichat, que c'est par un défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation ? cette explication n'est qu'une vaine hypothèse ; invoquera-t-on toujours quelque obstacle survenu soit dans le foie ou dans le système circulatoire ? un certain nombre d'épanchemens séreux ne peuvent pas s'expliquer par cette cause, mais recourez au sang et vous le trouverez presque entièrement privé d'albumine qu'il laisse incessamment couler par les urines.

La maladie peut résulter d'un changement dans l'arrangement, la quantité ou la nature des molécules des solides ; elle peut aussi résulter d'un changement survenu dans la quantité ou dans la nature des liquides.

Il est nécessaire d'étudier simultanément et de front ces diverses altérations. C'est d'ailleurs la méthode antique, et Galien déjà reprochait aux médecins de son temps d'avoir négligé ou perdu sur ce point les traditions hippocratiques. Dans son livre des *Facultes naturelles*, il combat Erosistrate qui avait établi que toute hydropisie dépendait d'un endurcissement du foie. Il veut que l'on prenne en considération les liquides, car il y a, dit-il, des hydropisies par *appauvrissement du sang*. Mais il s'est arrêté là.

Ces altérations des principes médiats et immédiats, des solides et des liquides ont été étudiées dans les cours précédens.

Ici M. Andral fait un résumé succinct des cours des deux dernières années dans lequel nous ne pouvons pas le suivre faute d'espace. Puis il continue : Tout cela, c'est l'organisation morte, c'est de l'anatomie pathologique, de la chimie pathologique ; mais est-ce que la maladie ne résulte pas de ce qu'elle laisse après la mort? Non, mille fois non : nous l'avons définie une altération dans les parties constituantes du corps, voilà ce que nous avons étudié jusqu'ici ; mais nous avons ajouté : Et de ses actes, voilà ce qui nous reste à étudier. Il est impossible d'avoir une idée satisfaisante et complète de la constitution de la maladie si l'on n'embrasse dans son étude les deux élémens qui la composent.

Les altérations du premier élément, c'est-à-dire celles des parties constituantes du corps, nous les avons appelées altérations de l'*état matériel*. Les altérations du deuxième élément, nous les appelons altérations de l'*état dynamique*.

Y a-t-il dans ce mot quelque chose de mystérieux? Non, il est emprunté à la physique : il veut dire étude des forces, et ce n'est pas d'ailleurs M. Andral qui l'emploie le premier dans les études anthropologiques ; Burdach s'en est servi, et le définit l'ensemble des actes qui se passent au sein du corps vivant.

Ces études sont très nombreuses et très délicates. En veut-on quelques exemples? Les corps organisés jouissent d'une propriété fondamentale en vertu de laquelle aussitôt qu'ils sont mis en présence d'un stimulant quelconque, s'éveillent des phénomènes nombreux et divers désignés sous le nom général d'excitabilité. Cette propriété dans ses manifestations diverses obéit à des règles, à des lois. L'étude que nous allons faire consiste à rechercher ces lois. Pareille chose des phénomènes dus à la sensibilité qui, mise en jeu dans le corps vivant, réveille mille sympathies, ce *consensus* tant célébré par Hippocrate. Une des propriétés les plus singulières du corps, c'est de pouvoir résister aux lois générales du calorique et de présenter sa température propre, qui ne varie plus ou moins que dans l'état de maladie. Ces altérations de la caloricité sont aussi assujéties à des lois qu'il importe de connaître, et c'est à acquérir cette connaissance que ces leçons vont être consacrées.

Le plan que M. Andral se propose de suivre dans cette importante étude sera exposé dans la leçon prochaine.

été étudié avec un soin tout particulier : « C'est dans cet article surtout — dit l'auteur — que consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les recueils de toute espèce, je me suis efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien ne peut pas exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les moyens, les procédés thérapeutiques les plus importans, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite pour tous les cas qui peuvent réclamer son ministère. »

Une innovation qui sera favorablement accueillie par le praticien consiste à avoir résumé tout ce qui a rapport à chaque indication thérapeutique, en terminant chaque paragraphe par *une ou plusieurs ordonnances* où l'on trouve tout ce que, dans l'état actuel de la science, on peut prescrire avec le plus de chances de succès dans un cas donné.

Cette première livraison commence les maladies des voies respiratoires, et renferme l'article *Epistaxis*. Les faits, la description, la critique et surtout la thérapeutique que renferme cet article, un des moins importans des maladies de cet appareil, prouvent avec quel soin sera fait cet ouvrage dont l'utilité sera incontestable pour la science, et que je crois appelé à rendre les plus grands services à l'art.

Nouveau Compendium médical à l'usage des médecins praticiens; par M. A. Bossu. — 1 gros vol. grand in-18.

La contexture de ce livre est au moins singulière, et je me garderai bien d'affirmer qu'il remplira le but que l'auteur s'est proposé, savoir, de réunir dans un volume peu embarrassant ce qu'il y a de plus essentiellement pratique à connaître, et le résumé des connaissances indispensables au médecin praticien. Si je reprochais à l'auteur d'avoir un peu écourté ces connaissances et de ne vouloir donner au praticien qu'une instruction fort médiocre et incomplète, il me répondrait par ces mots de sa préface : « Ce livre peut devenir, par l'insuffisance même des détails, une occasion, une sorte d'obligation à recourir à de plus grands développemens. » Si je lui disais qu'outre l'incorrection de cette phrase, elle contient un aveu d'insuffisance peu rassurant pour le lecteur, il me répondrait sans doute qu'une faute avouée est à demi pardonnée ; ce qui ne manquerait pas de désarmer le critique, de sa nature peu méchant, quoi qu'on en dise.

Ce livre donc est divisé en quatre parties. Dans la première vous trouverez, en 105 pages, un précis de pathologie générale qui vous dispensera de lire celle de M. Chomel, dont il n'est qu'un abrégé, qu'un calque réduit. La seconde partie est un dictionnaire de pathologie interne par ordre alphabétique. Quand je dis un dictionnaire, c'est trois que je devrais dire, car il y en a un pour la pathologie proprement dite, un second pour les maladies des enfans, et un troisième pour les maladies des femmes. A la suite viennent les maladies de la peau, où l'auteur n'ayant eu que l'embarras du choix pour les classifications, s'est décidé pour celle de Willan. Le tout est terminé par un formulaire spécial pour ces dernières maladies. La troisième partie est encore un dictionnaire ; celui-ci est consacré aux maladies des yeux, suivi toujours d'un formulaire spécial. La quatrième partie enfin est aussi un dictionnaire de thérapeutique et de posologie.

Ainsi : 1° élémens de pathologie générale ; 2° pathologie interne ; 3° maladies des enfans ; 4° maladies des femmes ; 5° maladies de la peau ; 6° ophthalmologie ; 7° formulaires généraux et spéciaux ; 8° matière médicale et posologie ; l'ouvrage de M. Bossu ren-ferme un précis de tout cela.

Ce livre a toute la valeur que peut avoir un bon résumé ; il ne peut pas suppléer à la lecture des traités *ex professo*, mais il peut en rappeler les points principaux, aider le praticien dans un moment pressé, et fixer dans sa mémoire les faits les plus importans de l'ordre pathologique.

Observation de guérison d'une paralysie des deux septièmes paires; par M. C. JAMES. — Broch. in-8°.

Il s'agit d'une demoiselle de vingt-deux ans qui fut d'abord frappée de paralysie du côté gauche de la face, puis des deux côtés ensemble, puis du côté droit seulement. Cette affection curieuse et long-temps rebelle a néanmoins cédé à l'emploi méthodique et persévérant du galvanisme. On sait les bons résultats que cet agent produit entre les mains de M. Magendie, dans les paralysies et les névralgies faciales. Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici les procédés qu'il met en usage.

On se sert d'aiguilles en platine ou en or que l'on enfonce avec les précautions convenables. M. Magendie recommande d'agir en même temps sur la cinquième et la septième paire, à cause de l'influence que le premier de ces nerfs exerce sur le second. Ainsi on implante une aiguille dans l'épaisseur de la parotide, une autre à l'un des trous sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, ou mieux aux trois successivement. Il ne faut pas craindre de faire pénétrer les aiguilles au-delà de la peau, puisque c'est la contractilité musculaire qu'il importe de stimuler.

L'introduction des aiguilles, quoique à peine douloureuse, inspire quelquefois aux malades une répugnance invincible. Dans ce cas on ne se sert que de conducteurs que l'on dispose de la manière suivante : L'un, terminé par une surface plane, est appliqué au-devant de l'oreille, sur la région parotidienne ; l'autre, terminé en olive, est promené à la face interne de la joue et des lèvres, du côté paralysé. De cette manière le fluide galvanique agit également sur le nerf ; mais son action est bien moins efficace que quand on emploie les aiguilles. On est quelquefois obligé, surtout chez les jeunes enfans, de recourir à quelque stratagème pour administrer le galvanisme. C'est alors au médecin de modifier le procédé opératoire suivant les circonstances, et on comprend qu'il est impossible d'établir aucune règle à cet égard.

Quant à l'appareil servant à dégager l'électricité, peu importe tel ou tel. Celui-là devra être préféré, qui sera le plus simple, le plus commode et dont l'action pourra être le plus facilement graduée. M. Magendie se sert de la machine électro-magnétique de Clarke.

La durée du traitement n'a rien de fixe. Il faut rarement moins de quinze à vingt séances. Une séance par jour suffit ; deux pourraient fatiguer le malade et irriter la face. Il est même bon, de temps en temps, de suspendre le galvanisme pendant un ou deux jours, car souvent, dans cet intervalle, la guérison continue à faire des progrès rapides.

Lettres écrites du Val-de-Grâce, sur les maladies vénériennes, etc.; par M. le docteur DESRUELLES. — 2e édition. 1 vol. in-8°.

Les opinions de M. Desruelles sur le traitement des maladies vénériennes sont assez connues du public médical pour que je sois dispensé de les exposer, même sous forme analytique. Ces Lettres, dont la première édition a été rapidement épuisée, complètent et résument les discussions dogmatiques et pratiques que l'auteur avait abordées avec un si grand retentissement dans son Traité des Maladies vénériennes. Sans être absolument exclusif, l'auteur fait depuis long-temps une guerre persévérante au traitement mercuriel ; il lui accorde de fort minimes avantages qu'il borne à un cercle fort rétréci, et il l'accuse de bien graves et bien nombreux méfaits. Cette importante question, malgré d'immenses travaux, est loin, bien loin d'être résolue. L'opinion de M. Desruelles est imposante, sans doute ; mais l'est-elle moins celle de beaucoup d'autres syphiliographes qui le combattent? Ce que je dois dire, c'est que personne n'apporte plus de bonne foi, de meilleures intentions, plus de lumières, de zèle et de talent dans cette grave et importante lutte. Ces conditions doivent rendre très réservé sur l'appréciation scientifique des œuvres de ce praticien ; et pour mon compte, je ne me sens pas, sur ce sujet, suffisamment éclairé pour l'approuver ou le combattre.

B. B.

DE L'HÉMATURIE.

(Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.)

Par M. le docteur CIVIALE.

(Suite du numéro 138.)

Depuis long-temps un homme plus que septuagénaire éprouvait de légères difficultés d'uriner, et rendait de petits filamens muqueux par l'urètre. L'exploration du canal me prouva qu'il était rétréci. Une légère dilatation des points resserrés produisit une amélioration notable, et le malade ne jugea pas nécessaire d'aller plus loin. Un an après il fut pris d'une hématurie à laquelle on opposa les diurétiques, les astringens et les applications froides. Ce traitement n'ayant pas eu de succès, on pensa qu'il existait quelque lésion profonde à la vessie, et je fus consulté de nouveau. Je reconnus que le viscère, quoique petit, était fort distendu, et qu'il formait une tumeur dure derrière le pubis ; j'appris que le malade urinait depuis long-temps par un jet très fin, que l'urine était sanguinolente, et qu'elle ne sortait, pour ainsi dire, que goutte à goutte. N'ayant pu introduire une sonde de calibre moyen, je fus plus heureux le lendemain avec une autre très petite, que je laissai à demeure dans la vessie. Dès-lors tous les accidens cessèrent, et au bout de trois jours l'urine avait repris sa couleur naturelle. L'impossibilité de voir le malade tous les jours me fit renocer à la dilatation temporaire. C'est par des sondes à demeure, d'un volume croissant, que je ramenai le canal à son calibre normal.

Nul doute ici que l'hématurie ne fût le résultat de la distension des parois vésicales par l'urine accumulée. A l'époque où je vis le malade, on suspendit tout traitement interne auquel la cessation du pissement de sang eût pu être attribuée. L'expérience me permettait déjà de garantir le résultat par le seul emploi de la sonde, à laquelle personne n'avait songé, parce que la vessie ne formait point à la région hypogastrique cette tumeur considérable qui ne s'y prononce, comme je l'ai déjà dit, que dans les cas où le viscère a une grande capacité. L'atonie de l'organe était moins avancée chez ce sujet que chez le précédent ; aussi la guérison fut-elle plus prompte : elle n'exigea que les sondes, les bougies et un petit nombre d'injections. Le malade n'ayant pas négligé les précautions que je lui indiquai pour prévenir le retour du rétrécissement, le sang ne reparut plus dans l'urine.

M. D. de R., à peu près septuagénaire, avait éprouvé, à des intervalles fort éloignés, quelques dérangemens dans les fonctions de la vessie, mais trop légers pour lui inspirer des inquiétudes. En juillet 1840, il fut atteint d'une affection pulmonaire avec accidens cérébraux, pour laquelle il recevait les soins de M. Cruveilhier, qui se félicitait du résultat, lorsque, vers le commencement d'août, on vit apparaître du sang dans l'urine. Le malade avait aussi quelque peine à vider sa vessie. On déploya toutes les ressources de la médecine contre ces nouveaux accidens ; mais le sang ne fit qu'augmenter, à tel point qu'on en estimait la quantité à la moitié du liquide rendu. Quelques légères douleurs du côté de la vessie ayant pris de l'accroissement, je fus appelé en consultation. L'urine que le malade avait évacuée, et celle qu'on avait retirée avec la sonde, étaient noires, épaisses, et contenaient un certain nombre de caillots noirâtres. Il y avait de la fièvre, et l'hypogastre était sensible ; mais on distinguait à peine la tumeur formée par la vessie.

Je procédai à l'introduction de la sonde ; l'urine, dont je fis sortir deux verres ordinaires, était de même nature que celle qu'on m'avait montrée. L'hypogastre, palpé immédiatement après, n'était plus sensible. L'introduction de la sonde n'avait été ni difficile, ni douloureuse. Je proposai de se borner, en ce qui concernait l'hématurie, à vider la vessie dès le second besoin d'uriner qui se ferait sentir, et de suspendre tout traitement interne. Cet avis fut adopté, mais non exactement suivi.

Le malade craignant d'être sondé trop souvent, résistait pendant plusieurs heures au besoin d'uriner, et s'il lui arrivait de rendre spontanément quelques gouttes de liquide, il n'appelait pas son chirurgien. Aussi, le lendemain et le surlendemain, l'urine contenait-elle presque autant de sang qu'auparavant : il y avait également de la fièvre et de la douleur à l'hypogastre. En introduisant soi-même la sonde, je trouvai l'urètre plus sensible à la courbure et au col vésical ; le passage de l'instrument était plus douloureux que la première fois, et les besoins d'uriner se manifestaient par des sensations plus pénibles. On avait donc à craindre une cystite aiguë, qui vraisemblablement eût été fatale. Nous fîmes comprendre au malade et à la famille qu'il s'agissait de la vie, dont nous ne pouvions répondre si l'on négligeait l'emploi de la sonde. L'urine fut donc évacuée aussitôt que le besoin se faisait sentir, et ce besoin revenait à des intervalles moins longs ; la vessie se contractait avec plus de force, le liquide était projeté plus loin ; et pour empêcher que les parois du viscère revinssent sur elles-mêmes avec trop de précipitation, je recommandai d'interrompre une ou deux fois l'écoulement de l'urine en appliquant le doigt sur l'orifice de la sonde.

Dans les premières vingt-quatre heures, le sang diminua de moitié, et le lendemain il n'y en avait plus ; l'urine était devenue normale. Les contractions vésicales avaient tellement augmenté, que le liquide coulait avant que la sonde fût parvenue dans l'intérieur de l'organe, et comme le passage de cet instrument causait toujours de la douleur au-dessous des pubis, je conseillai l'usage d'une bougie molle, en recommandant de n'en pas introduire plus de trois à quatre pouces. Ce moyen réussit parfaitement ; le malade ne souffrait plus ; à peine la bougie était elle en place, que la vessie entrait en contraction et chassait l'urine. Le retour des contractions vésicales dispensa de recourir aux injections ; l'urètre étant libre et la prostate à peine tuméfiée, il n'y avait pas d'autres indications à remplir.

Dès la première visite, mon opinion fut arrêtée sur le compte de l'hématurie dont le malade était atteint. Je n'hésitai pas à prédire l'issue du traitement que je proposais, parce que j'avais vu, dans une foule d'autres cas analogues, le pissement de sang céder à la seule précaution d'empêcher l'urine de distendre la vessie.

Mais il ne suffit pas de porter un diagnostic exact : il faut aussi apprécier la marche de la maladie et déterminer les progrès qu'elle a pu faire ; car le traitement que j'ai indiqué devient inutile lorsque le malade est complètement épuisé, et que la rétention d'urine, jointe à l'hématurie, a déjà produit une perturbation qui rompt tout équilibre.

Je fus appelé en 1839, pour sonder un ancien militaire depuis long temps sujet à des difficultés d'uriner, qu'il négligea tant que les douleurs furent supportables. La rétention finit par devenir complète, et quand j'arrivai près de lui les angoisses étaient extrêmes. Je retirai de la vessie une pleine cuvette d'urine noire et fétide : des caillots de sang sortirent aussi par la sonde. L'urètre était très irritable et la prostate tuméfiée. Le malade éprouva un grand soulagement ; mais l'agitation persista, ainsi que la fièvre, et le délire survint au troisième jour. La sonde, introduite plusieurs fois par jour, n'amenait qu'un liquide épais, noirâtre et fétide. Des symptômes ataxiques se déclarèrent, et la mort eut lieu le huitième jour.

Le nombre est grand, malheureusement, des sujets qui succombent de cette manière, et qu'une pratique plus éclairée conserverait sans aucun doute. Mais les malades ont, en général, beaucoup de répugnance pour le cathétérisme, les chirurgiens ne s'exercent point assez à cette opération, et les médecins font trop souvent la médecine du symptôme.

Des divers cas que je viens de rapporter, et qu'il m'eût été facile de multiplier, il ressort un fait important, dont on n'a tiré aucun parti dans la pratique, où néanmoins il devrait jouer un grand rôle ; c'est l'aptitude des parois vésicales à laisser échapper du sang lorsque l'accumulation de l'urine détermine une distension plus ou moins forte et prolongée du viscère. L'occasion ne manque pas d'observer ce phénomène ; car on est souvent appelé à pratiquer le cathétérisme pour mettre fin à des rétentions d'urine, et de quelque cause que celles-ci dépendent, si elles sont complètes, si elles durent depuis plusieurs heures, si surtout le malade compte un certain nombre d'années, rien n'est plus commun que de retirer une urine plus ou moins sanguinolente. Et je ne parle pas ici du sang qui peut résulter de l'introduction de la sonde, puisqu'on distingue aisément celui-là, et que d'ailleurs on en évite sans peine l'écoulement en procédant avec lenteur et sans efforts. Une circonstance prouve que le sang mêlé à l'urine ne dépend pas de l'action des instrumens, comme on le croit trop généralement ; c'est que si, après avoir débarrassé la vessie du liquide noirâtre que le premier cathétérisme amène au-dehors, on y reporte la sonde, ou que le malade puisse uriner de lui-même avant que le viscère soit distendu de nouveau, le liquide est moins brun, qu'il a même quelquefois sa teinte naturelle, et que, dans les cas les plus défavorables, sa sanguinolence diminue d'une manière progressive, bien qu'on continue de sonder.

Je rappellerai ici une expérience que j'ai faite il y a une quinzaine d'années. Je donnais des soins à un malade affecté d'un tel raccourcissement de la vessie, qu'il était obligé d'uriner tous les quarts d'heure. Après avoir employé sans succès une multitude de calmans, j'essayai d'augmenter la capacité de la vessie par des injections forcées d'eau tiède, tantôt simples, tantôt chargées d'opium et de belladone. Lorsque je poussais avec une certaine force, le liquide sortait teint de sang ; tandis que quand j'agissais avec lenteur, en m'arrêtant dès que j'avais provoqué un pressant besoin d'uriner, le liquide revenait sans avoir changé de couleur. L'effet se reproduisit si souvent, qu'il ne me fut pas permis de douter que l'exhalation sanguine dépendait de la distension de la vessie. Depuis lors, j'ai eu des occasions fréquentes de répéter l'expérience sur d'autres malades, et avec le même résultat. Quelquefois cependant le sang n'est pas venu, quoique l'injection eût été poussée avec assez de force pour déterminer une vive douleur et un besoin irrésistible d'uriner. Mais on ne peut conclure de ceci autre chose, sinon que le phénomène n'a pas lieu chez tous les hommes ; et effectivement il y a des rétentions d'urine, même fort anciennes, dans lesquelles on ne l'observe point.

A la catégorie dont je m'occupe en ce moment appartiennent un grand nombre d'hématuries qu'on avait rattachées à des causes sans portée, et pour lesquelles le traitement usité se réduisait à des formules purement empiriques ; car, je le demande, que peut-on espérer en pareil cas de l'eau de Rabel et de tous les styptiques si généralement usités, ou des antiphlogistiques non moins fréquemment employés, si ce n'est, pour ces derniers, quand la rétention d'urine, dont l'hématurie est la conséquence, dépend d'un état inflammatoire du col vésical ? encore même, dans beaucoup de ces cas, convient-il de pratiquer d'abord le cathétérisme.

Puisque la surdistension de la vessie est, à mon sens du moins, la plus fréquente de toutes les causes de l'hématurie, le praticien appelé à combattre cette dernière affection doit commencer par rechercher si le viscère est distendu ; car de toute évidence, lorsqu'il le trouve plein, le véritable moyen de guérison consiste à faire qu'il puisse se vider aisément de son contenu ; on applique ensuite le traitement qui convient contre les névralgies du col vésical, les rétrécissemens de l'urètre, l'atonie de la vessie, etc.

2° Hématurie chez les calculeux.

Je ne pourrais, sans dépasser de beaucoup les bornes de cet extrait, envisager l'hématurie dans les divers cas où elle peut se présenter ; ce que je viens de dire de l'influence qu'exercent ici les états nerveux de l'urètre, ses rétrécissemens organiques, les névralgies du col de la vessie, l'atonie des parois vésicales, s'applique avec la même justesse à d'autres états morbides du col et du corps de la vessie. Je me bornerai à présenter quelques remarques sur le traitement général en usage contre l'hématurie.

Du traitement de l'hématurie.

On a déployé contre l'hématurie un appareil imposant, dont les principales pièces se composent de saignées locales et générales, des applications émollientes, des boissons sédatives, en un mot des antiphlogistiques. On a spécialement insisté sur les émissions sanguines, comme agent de déplétion ou de révulsion. Les boissons acidulées et astringentes sont aussi employées avec une grande confiance. Parmi les médicamens les plus en crédit, je citerai les sucs d'ortie, de lierre terrestre et de feuilles de pêcher, l'eau de Rabel, le sang-dragon, le bol d'Arménie. Se montrer sobre en toutes choses, ne pas trop se couvrir dans le lit, éviter de se coucher sur le dos, et s'abstenir de l'exercice à cheval, sont autant de précautions qu'on présente comme étant très propres à favoriser l'action de ces divers moyens. Dans les cas les plus graves, on prescrit la diète, le repos absolu, l'abstinence des boissons, l'exposition du corps à l'air, les lavemens froids, les fomentations vinaigrées, les applications de glace sur les régions du corps qui correspondent à la vessie. On vante le laudanum de Sydenham joint à l'eau de fleurs d'oranger et à la liqueur d'Hoffmann. Quand on soupçonne l'hématurie d'avoir été provoquée par des purgatifs drastiques, on conseille les tisanes mucilagineuses abondantes, les décoctions de salep, de sagou, de tapioka ; si l'on soupçonne une influence gastrique ou hépatique, on administre des laxatifs, des purgatifs salins, et Sœmmering disait qu'il ne craindrait pas de donner l'émétique. S'agit-il d'un pissement de sang attribué aux cantharides, on vante par-dessus tout les émulsions camphrées, ou un mélange de lait et d'eau de chaux. La térébenthine, la busserole, la digitale et mille autres substances diverses comptent également des partisans.

Je ne ferai pas le procès en bloc à tous ces moyens, à quelques uns desquels on ne saurait refuser d'être des auxiliaires dont le praticien ne doit pas dédaigner les secours. Mais, employés seuls, comme ils le sont d'ordinaire par ceux qui ont confiance en eux, ils doivent rarement réussir, attendu qu'ils ne sont pas de nature à attaquer le mal dans sa racine. D'ailleurs, ils ne sont pas seulement inutiles dans la grande majorité des cas, ils ont encore l'inconvénient de faire perdre un temps précieux ; et même, les plus actifs d'entr'eux, lorsqu'on les administre à haute dose, peuvent devenir dangereux. Chopart nous en fournit un exemple chez un septuagénaire atteint depuis long-temps de douleurs à la vessie et de pissement de sang. Ce dernier symptôme ayant été attribué à une rupture des vaisseaux variqueux du col vésical, on gorgea le malade d'astringens et d'eau de Rabel, dont la dose fut portée à un demi-gros dans un verre d'eau sucrée. L'hématurie cessa, il est vrai ; mais, le lendemain, maux de tête, assoupissement, convulsions, mort. A l'ouverture du corps on trouva la vessie vaste et présentant, à la base du trigone, une ulcération entourée de petites fongosités mollasses. De leur côté, les adversaires des astringens ont prétendu qu'ils déterminaient une crispation par suite de laquelle des ulcérations succédaient fréquemment à l'hémorrhagie. L'action de ces médicamens a donc été envisagée sous un bien singulier aspect, soit qu'on prétendît en démontrer l'efficacité, soit qu'on voulût en expliquer les mauvais effets.

Quelque bizarre que soit l'assemblage des moyens préconisés contre l'hématurie, il ne surprend plus dès qu'on réfléchit aux causes qui ont été assignées à cet accident : il nous prouve seulement que, dès qu'on part d'une supposition gratuite, on ne saurait plus s'arrêter dans le champ des hypothèses.

Si, laissant de côté les opinions émises touchant la nature et le mécanisme du pissement de sang, on se borne à observer la nature, on voit qu'un traitement des plus simples suffit, et une expérience déjà longue l'a parfaitement démontré. J'ai indiqué, dans l'exposition des faits, les principaux moyens dont ce traitement se compose : je n'aurai donc plus qu'à présenter une courte récapitulation.

On a vu que dans l'hématurie, abstraction faite de l'hémorrhagie urétrale, le sang venait presque toujours de la surface interne de la vessie, et qu'il était le résultat de la sur-distension des parois de cet organe par suite du séjour forcé de l'urine. La première indication est de vider la vessie et d'empêcher que le liquide s'y accumule de nouveau. Le traitement rentre donc dans celui de l'atonie vésicale. Appliqué d'une manière convenable et en temps utile, il ne m'a jamais fait défaut. L'opportunité est ici une condition de rigueur. On comprend, en effet, que quand la maladie a cessé d'être locale, et que l'ébranlement imprimé à l'économie a été assez considérable pour déterminer des accidens graves, il serait plus qu'inconsidéré de compter sur un procédé dont l'action est toute mécanique et purement locale. C'est dans ces cas complexes qu'il convient de recourir aux moyens généraux, et presque toujours aussi le résultat qu'on peut attendre de leur intervention dépendant des progrès que le mal a déjà faits, on comprend combien il importe de prendre la maladie à son début, combien les tergiversations, les tâtonnemens peuvent devenir dangereux.

Ici, comme chez les sujets affectés d'atonie vésicale, l'emploi des premières sondes commande les plus grandes précautions pour les introduire, pour les retirer, et pour régler l'écoulement du liquide. Comme l'urètre et le col de la vessie sont presque toujours fort irritables, il faut prendre une sonde de deux lignes, l'introduire avec beaucoup de lenteur, s'arrê-

ter quand le malade souffre, et s'il survient une épreinte, un besoin d'uriner, on en attend la fin avant de faire cheminer l'instrument. Dès que celui-ci est parvenu dans la vessie, deux cas peuvent avoir lieu. Tantôt le liquide est projeté avec force : il faut alors, quand une partie de l'urine s'est écoulée, placer le doigt sur l'extrémité de la sonde, suspendre l'émission pendant quinze ou vingt secondes, et si la projection continue d'être forte, interrompre le jet une seconde, une troisième fois, afin que la vessie ne revienne pas sur elle-même avec trop de précipitation, et que, lorsque elle ne contiendra plus rien, elle ne s'applique pas avec trop d'énergie sur le bec de l'instrument. Tantôt, au contraire, l'urine coule pour ainsi dire en bavant et tombe sans projection ; ici il n'est pas nécessaire de suspendre l'écoulement, qui se fait avec beaucoup de lenteur ; loin de là même on doit, vers la fin, appuyer la main sur la région hypogastrique, ou engager le malade à pousser comme s'il voulait aller à la selle. Dans le premier cas, il y a augmentation de la contractilité, et dans le second diminution de la force expulsive, distinction importante à bien établir, car elle est d'une haute portée pour la direction à donner au traitement ultérieur. Du reste, l'introduction de la sonde a fait connaître s'il y a ou non déviation du col vésical, effet d'un engorgement prostatique, ou s'il existe quelque tumeur fongueuse.

Ainsi, sans avoir besoin de se livrer à aucune manœuvre spéciale, on arrive du même coup à faire cesser subitement l'hématurie et à découvrir l'une des trois dispositions morbides qui contribuent le plus à déterminer l'éoulement du sang ; mais la prudence commande de se borner à vider la vessie au premier cathétérisme, surtout si le malade a beaucoup souffert et qu'on soupçonne le cas grave. Toute recherche tendant à faire acquérir les notions qui manquent encore, serait intempestive ; elle pourrait entraîner une réaction redoutable, notamment une cystite aiguë, qui est presque toujours mortelle en pareille occurrence. Donc, lorsque l'urine aura cessé de couler, on retirera la sonde avec lenteur et ménagement ; la plupart des praticiens vont trop vite quand ils l'enlèvent, aussi bien que quand ils l'introduisent. Au bout de deux à quatre heures, on reverra le malade pour savoir s'il a éprouvé des besoins d'uriner, et s'il a pu les satisfaire sans de grands efforts. Lorsque, comme il arrive d'ordinaire, l'urine n'est pas venue, on introduit la sonde, en se comportant de la même manière, et on procède ainsi durant plusieurs jours.

Dans l'hypertrophie vésicale avec accroissement de la contractilité, les besoins sont fort rapprochés ; on peut donc être obligé de sonder toutes les deux ou trois heures, mais même alors le sang s'arrête dès les premières introductions, et bientôt l'urine reprend son cours. Dans l'atonie vésicale avec atrophie, au contraire, les besoins reparaissent à de plus longs intervalles, et il suffit souvent de sonder deux ou trois fois par jour ; on est même obligé de le faire par pure précaution, sans attendre que la nécessité s'en fasse sentir : ici le sang ne disparaît pas aussi tôt, et ce n'est guère qu'au bout de quelques jours que l'urine reprend sa couleur naturelle. En revanche, le traitement est moins douloureux, et après quelques introductions de la sonde, l'urètre s'accoutume à la présence ce corps étranger, le malade ne souffre plus.

On peut en ce moment commencer à faire des injections, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide, en usant des précautions que j'ai indiquées lorsqu'il a été question de l'atonie vésicale : la présence du sang annonce que cette atonie est parvenue à un degré de plus, et que, par conséquent, il faut redsubler de circonspection.

Il est rare que, sous l'influence de ces moyens, aidés de boissons abondantes, de lavemens et de légers purgatifs, si rien xe s'oppose à ce qu'on les emploie, l'hématurie ne cesse pas, même d'une manière assez prompte. Le malade n'est plus atteint que d'une atonie vésicale simple, et le cas rentre dans la catégorie de ceux dont je me suis occupé à l'occasion du séjour forcé de l'urine dans son réservoir.

Si cependant l'urine continuait d'être sanguinolente, soit par momens, soit sans interruption, on devrait supposer d'autres causes, et pour lever tous les doutes, il faudrait recourir aux explorations avec les instrumens de la lithotritie. En général, alors on découvre tantôt une lésion du moyen lobe de la prostate, tantôt une production fongueuse ou toute autre altération des parois vésicales, maladies à l'égard desquelles j'ai tracé la conduite qu'il faut tenir.

Il y a des cas dans lesquels l'introduction de la sonde est difficile et accompagnée de douleurs. D'un autre côté, le malade ne peut pas recevoir, aussi souvent que son état l'exigerait, les soins d'un praticien familier avec le crthétérisme, et les besoins d'uriner sont rapprochés. La sonde à demeure est alors indiquée ; mais ici, plus encore que dans la simple stagnation de l'urine, on doit craindre que la présence continuelle de l'instrument n'entraîne une réaction difficile à maîtriser, comme je l'ai vu plusieurs fois, et tout récemment chez l'un des généraux de notre vieille armée. La sonde fatigue tellement les malades qu'on est obligé de l'ôter ; mais il n'est plus temps ; l'inflammation de la vessie a passé du mode chronique à l'état aigu, et la mort ne tarde pas à venir. Donc, avant de se décider à placer une sonde à demeure, il faut apprécier avec soin le degré d'irrtibilité du sujet, notamment celle de l'urètre et du col vésical, comme aussi la tendance de la vessie à entrer en contraction ; il faut surtout tenir compte des sensations que cet instrument détermine par son passage dans l'urètre. Si une réaction paraît à craindre, on attend un jour ou deux, pendant lesquels on sonde le malade aussi souvent que l'exigent les besoins d'uriner. Le passage réitéré de la sonde, conduite avec ménagement, émousse la sensibilité de l'urètre et prépare le malade à en supporter le contact permanent. Dès que l'instrument est en place, on surveille attentivement ce qui se passe dans la vessie, on se fait rendre un compte minutieux des sensations du malade, on examine bien la manière dont l'écoulement de l'urine a lieu ; car s'il y a de la douleur dans l'urètre et du malaise général, si la vessie chasse l'urine avec force dès qu'on débouche la sonde, si le malade souffre en finissant d'uriner, il faut se hâter de retirer l'instrument.

Tel est le procédé que j'emploie contre les hématuries provenant de la distension des parois vésicales, soit qu'il y ait seulement spasme du col, avec atonie du corps, soit qu'il existe une déviation du col par un fongus ou un par engorgement de la prostate.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Moyen facile de distinguer l'antimoine de l'arsenic.

On doit à M. Marsh une nouvelle observation chimique qui n'est pas sans intérêt sous le rapport de la médecine judiciaire ; c'est que l'appareil auquel on a imposé son nom peut servir à distinguer l'antimoine de l'arsenic, en recourant au moyen que Hume a indiqué pour constater la présence du dernier de ces deux métaux à l'aide de l'azotate d'argent ammoniacal. On doit procéder de la manière suivante.

On mouille légèrement avec la solution argentique une plaque de porcelaine ou de mica, ou plus simplement encore un morceau de verre, et on présente horizontalement la surface mouillée au jet enflammé du gaz hydrogène qui se dégage, en ayant soin de la maintenir à douze millimètres (six lignes) au-dessus de la flamme. Si le mélange contient de l'arsenic, on voit immédiatement apparaître la coloration en jaune-citron qui caractérise ce métal ; si, au contraire, il existe de l'antimoine, la réaction produite donne naissance à un précipité blanc caillebotté ; enfin, si le mélange, examiné, ne renferme aucun de ces deux métaux, le sel d'argent se trouve sur le-champ réduit à l'état métallique par l'action de l'hydrogène.

D'après M. Marsh, cette preuve, toute délicate qu'elle semble au premier coup-d'œil, fournirait des résultats d'une telle netteté, d'une telle précision, pour déceler les traces les plus minimes de ces deux métaux vénéneux, que les experts, même les plus méticuleux, pourraient s'en contenter dans leurs investigations médico-légales.

Cas d'arrachement de la rate; observation recueillie par M. le docteur Cayrel fils.

Un étudiant en droit, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament bilieux, avait été sujet à plusieurs reprises d'accès de fièvre intermittente, et avait éprouvé différentes maladies qui, fixées principalement sur l'appareil digestif, avaient singulièrement affaibli sa santé. Un jour, en sortant de table, il fait une chute et frappe sa poitrine et son ventre contre la terre. A l'instant douleur extrêmement vive, syncope prolongée et rebelle. Appelé une heure et demie après cet accident, M. Cayrel trouve déjà les extrémités glacées, la face pâle, le pouls très faible, la parole presque éteinte. Une douleur intense partant du flanc gauche, se prolongeait jusque dans le bassin ; quelques convulsions légères avaient agité les membres. L'ensemble de ces signes ne laissait aucun doute sur l'existence d'une hémorrhagie intérieure ; et, sans pouvoir préciser l'organe dont la lésion l'avait produite, il était évident que la mort était imminente. En effet, deux heures après, le malade avait cessé de vivre.

A l'autopsie, on trouva une énorme quantité de sang épanché dans l'abdomen ; et la rate, d'un volume plus que doublé, entièrement séparée de ses annexes, était descendue dans la cavité du bassin.

(*Exposé des trav. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

Pommade d'iodure de soufre.

Cette pommade, employée par M. le docteur Nauche dans le traitement de la phthisie pulmonaire, se prépare d'après la formule suivante :

Pr. Iodure de soufre, 20 centigrammes.
Axonge, 30 grammes.
Mêlez exactement par incorporation.

Cette pommade est prescrite en frictions à la partie interne des cuisses et des jambes ; la dose, pour chaque friction, est de quatre à huit grammes (un à deux gros), et les frictions sont répétées toutes les vingt-quatre heures, soit le matin, soit au moment de se coucher.

M. Nauche se sert aussi de l'iodure de soufre à l'intérieur, pour combattre la même maladie ; il le prescrit alors à la dose de cinq ou six milligrammes (un douzième de grain environ) par jour, en plusieurs prises.

Cours de Médecine et de Chirurgie.

MM. Caffe, Lauray et Alexandre Thierry, docteurs en médecine commenceront ce cours lundi 29 novembre, et le continueront tous les jours de la semaine, à la même heure.

Médecine. — MM. Caffe et Lauray.

Chirurgie. — M. Caffe, ancien chef de clinique ophthalmologique des hôpitaux, exposera les Maladies des yeux ; M. Thierry, ancien aide d'anatomie de la Faculté, traitera les autres parties de la chirurgie.

Anatomie et Physiologie. — MM. Caffe et Lauray commenceront ce cours lundi 29 novembre, à trois heures, et le continueront tous les jours, à la même heure, le jeudi et le dimanche exceptés.

Ces cours dureront six mois, et auront lieu rue du Paon, 8.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 30 NOVEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 143, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Leçons sur les maladies de l'utérus. — DES VÉNÉRIENS (hommes), M. Ricord. Traitement des bubons; incisions sous-cutanées; ponctions multiples. — Mémoire sur un système d'opérations propres à combattre la saillie, la déviation et la perte du mouvement des yeux, consécutives à l'opération du strabisme; par M. J. Guérin. — Académie de Médecine, séance extraordinaire du 27 novembre. — Société médicale d'Emulation, séance d'octobre 1841. — Revue des journaux français.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les maladies de l'utérus.

Lorsqu'on réfléchit au rôle important que joue l'utérus dans l'organisation de la femme, à la fréquence et à la gravité de plusieurs de ses maladies, on n'est point étonné que le sujet qui va nous occuper ait fixé de tout temps l'attention des auteurs d'une manière particulière. Les anciens avaient senti toute l'importance de l'utérus, mais ils s'étaient formés sur son organisation et sur le rôle qu'il joue dans l'économie, des idées erronées, que les recherches des auteurs modernes ont dissipées en grande partie. Il s'en faut cependant que le dernier mot ait été dit à cet égard. Il reste encore à résoudre plusieurs problèmes dignes d'exercer le génie des plus grands physiologistes; mais laissons à d'autres cette tâche difficile. Pour nous, nous n'avons à nous occuper que des affections morbides de l'utérus.

On a beaucoup écrit sur les maladies de la matrice; depuis quelques années surtout, ce sujet a vivement occupé les chirurgiens, mais plusieurs des questions qui se rattachent à cette importante matière sont encore enveloppées d'épaisses ténèbres, et une observation exacte et consciencieuse peut seule les dissiper. Depuis assez long-temps je me suis appliqué à étudier, au lit des malades, chacune de ces questions, et c'est le résultat de mon expérience que je viens mettre sous vos yeux dans cette série de leçons.

Pour bien comprendre la pathologie de l'utérus, il est essentiel de posséder des connaissances exactes sur l'anatomie normale des organes génitaux de la femme. Ce sujet doit vous être connu; je me bornerai, en conséquence, à quelques courtes considérations.

On a dit que les femmes des pays chauds ont les parties sexuelles placées plus haut et plus en avant que celles des pays froids, de telle manière que l'orifice vulvaire suit aussi la même direction. C'est là une assertion qu'on ne s'est pas donné la peine de prouver. Tous les accoucheurs savent, du reste, que cela tient à la conformation du bassin. Il ne me paraît pas nécessaire d'insister à cet égard.

Petites lèvres. — Quoiqu'on n'en décrive que deux, elles sont presque toujours au nombre de quatre; deux sont placées à la partie antérieure: ce sont les plus prononcées; les deux autres à la partie postérieure. Par leur réunion elles forment une espèce de losange qui s'étend du clitoris à la fourchette. Il est bon d'être prévenu de cette disposition, dont la connaissance n'est pas sans quelqu'importance pour le praticien, comme on le verra. Ces quatre petites lèvres étaient très prononcées chez trois femmes que nous avons eues dans notre service.

Les petites lèvres peuvent acquérir un développement tel que leur excision soit nécessaire. C'est là une opération légère que vous m'avez vu pratiquer quelquefois dans cet hôpital, entr'autres cas, chez une petite fille adonnée à la masturbation, passion qui trouvait chez elle un aliment incessant dans le frottement des petites lèvres sur le clitoris. L'opération atteignit complètement le but que je m'étais proposé: c'est un fait que vous ne devez point perdre de vue.

Grandes lèvres. — Ce que je pourrais vous dire à cet égard se trouve consigné dans les ouvrages classiques.

Membrane hymen. — Cette membrane peut être détruite avant l'acte de la copulation: une ulcération peut amener ce résultat. Cette remarque est prise en considération par les médecins légistes; ses conséquences sont trop évidentes pour que je croie pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails à ce sujet. Mais il est une particularité qui n'est pas assez connue, et qui cependant a une valeur réelle dans la pratique. Je veux parler des espèces de tubercules qui résultent de la déchirure de l'hymen. Chacun sait que ces tubercules sont en nombre variable, suivant que l'hymen est déchiré en plus ou moins de parties. Ces petits corps disparaissent ordinairement assez promptement, et ne laissent aucune trace de leur existence; mais il faut savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi; quelquefois ces tubercules prennent un développement assez prononcé, deviennent rougeâtres, s'irritent, s'ulcèrent même, et peuvent, jusqu'à un certain point, donner le change pour une affection syphilitique. Je connais plusieurs méprises de ce genre. Je fus appelé il y a quelques mois auprès d'une dame qui souffrait à toutes les approches de son mari, quoiqu'elle comptât déjà deux ans de mariage. Inquiétée de ces souffrances, elle consulta une sage-femme, qui prit les tubercules que nous venons de mentionner pour des polypes. Un médecin distingué fut alors appelé, et, après un examen attentif, il crut reconnaître une maladie syphilitique. Ne voulant pas toutefois prendre la responsabilité de cette opinion, il me fit appeler en consultation. Je trouvai à l'entrée de la vulve quatre tubercules assez volumineux, inégaux, granulés, rougeâtres, donnant issue à un suintement qui pouvait paraître suspect. Après avoir examiné l'état des parties, et avoir pris des renseignemens exacts auprès de la malade sur le début de son mal, je ne tardai pas à me convaincre qu'il n'y avait dans cette maladie rien de suspect; que c'était tout simplement un développement des tubercules, résultat de la déchirure de la membrane hymen; que l'excision et l'usage des astringens en triompheraient bientôt. Je rassurai donc cette dame, et lui fis part de ce que je croyais qu'il était nécessaire de faire. Elle ne put se rendre à l'idée de l'opération. Je dus donc me borner à l'usage des astringens, qui ont dissipé les accidens, mais qui n'ont pas pu faire disparaître complètement les tubercules.

Une femme couchée au n° 19 de la salle Sainte-Catherine, nous a offert un exemple analogue; mais ici j'ai pu exciser les tubercules, et tout est rentré dans l'ordre au bout de quelques jours. Je pourrais citer bien d'autres faits du même genre. Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur l'importance pratique de ces remarques.

Périnée. — C'est l'intervalle compris entre la fourchette et l'anus. On a admis dans cette région un tissu érectile. Je n'ai rien trouvé d'analogue dans mes dissections. Chez les femmes qui n'ont point fait d'enfans, le périnée a une plus grande longueur que chez les autres. Cela dépend de la déchirure de la fourchette, qui a presque toujours lieu dans l'accouchement. Supérieurement à ce repli cutané qu'on nomme la fourchette, existe un repli muqueux du vagin qu'il faut connaître dans l'application du spéculum; car si l'on n'avait soin de le refouler avec les doigts, l'instrument viendrait arc-bouter contre lui. Considéré dans les parties profondes, le périnée représente un triangle dont la base est constituée par la peau de la région, et le sommet par le rapprochement du rectum avec le vagin. Cette disposition est importante à connaître par rapport aux opérations qu'on pratique sur la région périnéale.

Vagin. — On a donné une trop grande longueur à ce canal en disant qu'elle est de 4 à 5 pouces. Je me suis convaincu que la mesure exacte est de 2 à 3 pouces. Ce qu'il est important de mentionner ici, ce sont les rapports de cet organe. Il y a dans ces rapports des indications pratiques que les chirurgiens ne doivent jamais perdre de vue.

Les rapports du vagin avec le rectum, l'utérus et la vessie, sont trop bien connus pour que je m'arrête à vous les rappeler. Je dois vous dire seulement quelques mots sur les rapports de ce canal avec le péritoine. Antérieurement, la séreuse abdominale ne descend pas jusqu'au vagin; elle s'arrête au-dessus du col de l'utérus pour venir se replier sur la vessie. Il n'y a donc pas à craindre de la blesser en opérant sur la paroi antérieure du canal. Mais il n'en est pas de même sur la paroi postérieure. Ici, en effet, le péritoine forme un cul-de-sac qui se replie sur le rectum. De là certaines précautions à prendre lorsqu'on opère sur cette partie, précautions dont nous ferons sentir toute l'importance lorsque nous nous occuperons des maladies du col de l'utérus, et des opérations que quelques-unes d'elles peuvent réclamer.

Le vagin peut présenter, du reste, des anomalies dont les unes n'entrent pas dans notre sujet. Nous y reviendrons dans une autre circonstance.

Utérus. — Je crois pouvoir me dispenser de rappeler ici les détails présentés par M. Velpeau sur les liens qui maintiennent cet organe, et sur sa direction. C'est, à très peu de choses près, les mêmes remarques qu'on trouve dans les traités d'anatomie. Nous aurons, du reste, occasion d'y revenir. G. J.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL DES VÉNÉRIENS. — M. RICORD.

Traitement des bubons. Incisions sous-cutanées. Ponctions multiples.

(Suite du numéro 131.)

Si la médication abortive n'a pu arrêter la marche de l'adénite, il faut de suite employer le traitement curatif applicable à la première période de l'existence des bubons. A cet égard, quelle que soit la nature intime du mal, qu'il soit le résultat de l'action du virus ou non, s'il est accompagné de symptômes d'acuité, il faut avoir recours aux antiphlogistiques; et parmi ceux-ci, les applications de sangsues doivent être mises en première ligne.

A moins de contre-indication précise dépendant de l'état du sujet, M. Ricord fait rarement appliquer un petit nombre de sangsues. Mesurant toujours l'énergie du moyen qu'il emploie à celle de l'inflammation qu'on doit combattre, il use largement de la saignée locale, et prescrit le plus souvent de vingt à trente sangsues. De cette manière, presque toujours les symptômes inflammatoires cèdent, ou bien après la seconde, ou au plus après la troisième application de sangsues, leur persistance indique l'insuffisance du moyen employé.

Lorsqu'il s'agit de combattre l'adénite au début, M. Ricord fait poser les sangsues sur la tumeur, puis on applique des cataplasmes que l'on change trois fois par jour.

Pour les cas simples, il n'est pas besoin d'autres précautions; mais si l'on avait à craindre que le pus d'un ulcère virulent vînt inoculer les piqûres, il faudrait avoir soin de les tenir, jusqu'à cicatrisation, constamment recouvertes de cataplasmes arrosés d'eau blanche, et l'on s'opposerait ainsi à l'infection par une obstacle direct et par l'action médicatrice de l'acétate de plomb. Cependant, bien qu'il suffise, la plupart du temps, d'en agir ainsi pour garantir les piqûres de sangsues de toute infection venue du dehors, on ne doit pas oublier que sur un bubon virulent, l'inoculation peut avoir lieu, soit que la tumeur suppure rapidement et s'ouvre avant la cicatrisation des piqûres, ou bien lorsque les sangsues percent la peau amincie qui recouvre un foyer qui contient le pus spécifique de l'ulcère primitif, l'inoculation se faisant ainsi de dedans en dehors.

Toutes les fois qu'il soupçonne la présence de pareilles complications, M. Ricord ne prescrit pas de sangsues, ou bien il les fait appliquer à distance convenable. Ces considérations suffisent pour indiquer la méthode suivie à l'hôpital des Vénériens. Nous nous dispenserons aussi d'insister sur d'autres détails à cet égard, comme à l'occasion des autres antiphlogistiques généraux, pour signaler d'une manière toute particulière une nouvelle pratique que M. Ricord emploie depuis quelque temps avec un succès presque constant. Nous voulons parler de la division sous-cutanée des ganglions malades et de l'application des ponctions multiples.

Les importantes recherches de M. Guérin sur les avantages des opérations sous-cutanées en général, donnèrent à penser à M. Ricord qu'une incision entamant la totalité ou bien partie de l'épaisseur des ganglions malades, pourrait amener d'heureux résultats, soit en agissant comme saignée locale, soit surtout par suite du débridement occasioné par la division des enveloppes des ganglions.

L'incision sous-cutanée a donc été employée à l'hôpital des Vénériens dans un grand nombre de cas où l'on avait à traiter un ou plusieurs ganglions tuméfiés et lorsqu'il était possible d'agir sur chacun d'eux séparément, ou bien quand leur agglomération ne présentait pas encore une tumeur trop volumineuse, trop adhérente à sa base.

Ainsi donc, toutes les fois qu'un malade se présente avec un engorgement ganglionnaire au début, si les abortifs, les résolutifs ordinairement applicables à cette période de la maladie sont demeurés sans effet, à moins de contre-indications spéciales, M. Ricord pratique le débridement sous-cutané. Il se sert pour cela d'un bistouri à lame très étroite qu'il dirige à plat et horizontalement sous la peau, en suivant le plus grand diamètre des parties malades. On tourne alors vers la tumeur à diviser, le tranchant de l'instrument, dont on relève le manche à mesure que l'on opère l'incision de haut en bas. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur superficielle et sans adhérences à sa base, M. Ricord l'incise ordinairement, ainsi que nous l'avons dit, dans toute son épaisseur, et, dans la plupart des cas, surtout au début de la maladie, pour des ganglions encore peu développés, une seule incision suffit. Mais si la tumeur dépasse le volume d'une grosse noix, l'incision cruciale est indiquée. Enfin, M. Ricord se borne à une division partielle, ou bien même à de simples ponctions multiples directes, sur les tumeurs d'un volume plus considérable que celui que nous venons de mentionner, surtout lorsque leur base adhère profondément au tissu sous-jacent, car alors il serait difficile de juger d'une manière précise la position des vaisseaux qui peuvent lui être immédiatement accolés et que l'on s'exposerait à blesser en faisant arriver la lame du bistouri aux limites inférieures de l'épaisseur du bubon. Dans les cas de ce genre, les incisions sous-cutanées ou les ponctions multiples, ne doivent pas pénétrer au-delà des deux tiers de l'épaisseur de la tumeur, et, pour ces dernières, leur nombre variable en raison de l'étendue du mal, doit être tel, qu'elles soient séparées par des intervalles de cinq à six millimètres.

Le principe de pousser les incisions partielles ou les ponctions multiples au-delà du centre du bubon, est fondé sur un fait très remarquable que la pratique de M. Ricord a permis de constater, c'est que dans les quatre cinquièmes des adénites aiguës les ganglions renferment du pus alors même qu'ils ne présentent aucun symptôme de fluctuation à la main la plus exercée.

Pour la fréquence des foyers purulens, après ceux-ci nous placerons les bubons dont le début s'offre avec des symptômes d'acuité et qui passent à l'état indolent, puis viennent ceux qui, dès leur apparition, bien qu'ils soient occasionnés par une irritation externe, suivent une marche indolente; enfin, nous placerons en dernière ligne les bubons développés sous l'influence de la syphilis constitutionnelle.

La méthode de M. Ricord, éprouvée contre ces diverses variétés de l'adénite, abrège généralement des trois quarts, à elle seule, la durée de la maladie; mais il ne néglige pas pour cela de l'aider, selon les indications, par les moyens généraux

de la thérapeutique spéciale, en agissant soit localement, soit sur l'ensemble de l'organisme. Ainsi dans les cas de tempérament lymphatique, une hygiène appropriée et les préparations iodurées aident puissamment au succès ; enfin, chez les individus affectés de syphilis constitutionnelle, il ne faut pas oublier que le plus souvent, à moins de complications particulières dépendant d'une altération locale des tissus malades, le traitement général de la syphilis suffit pour faire disparaître des tumeurs ganglionnaires contre lesquelles la plupart des traitemens locaux les plus énergiques demeurent le plus souvent impuissans.

En terminant ces quelques mots sur les incisions ou les ponctions pratiquées sur les bubons indurés, ou ceux qui ne présentent pas de symptômes de fluctuation, nous croyons utile de rappeler que, pour chercher les foyers purulens dans une masse composée de plusieurs ganglions, il faut diriger autant que possible le bistouri vers le point de départ de la maladie ; car là se trouve le premier ganglion malade, les parties environnante n'ayant été envahie que par suite d'une influence de voisinage. Cette remarque est du reste en accord parfait avec ce que nous avons dit dans nos obervations sur l'inoculation des bubons, lorsque nous avons cité un cas dans lequel le premier ganglion malade renfermait seul le pus virulent, tandis que ceux qui l'entouraient n'avaient éprouvé que l'influence de l'inflammation en quelque sorte irradiée de proche en proche.

En résumé, les antiphlogistiques généraux, les sangsues, les applications émollientes locales, conviennent dans presque tous les cas d'adénite aiguë ; mais il ne faut pas oublier que les différences remarquables que l'on trouve dans leur efficacité, tiennent le plus souvent à la diversité des causes intimes du mal. Ainsi dans le bubon aigu, symptomatique de l'ulcère primitif de la syphilis, peut-être est-il encore permis de mettre en question la puissance des meilleures médications destinées à empêcher la suppuration ganglionnaire, tandis que l'adénite occasionnée par une irritation non spécifique peut être combattue d'une manière presque certaine par les moyens demeurés ailleurs insuffisans.

Après l'usage des antiphlogistiques, si la maladie continue sa marche, le bubon présente les caractères de l'état contre lequel nous avons indiqué l'emploi de l'incision sous-cutanée et des ponctions multiples, ou bien la suppuration devient manifeste.

Lorsque les malades se présentent à l'hopital au début d'une affection ganglionnaire, presque toujours il est assez facile de prévenir ces complications, qui peuvent quelquefois rendre le traitement du bubon si long et si compliqué. La médication dont nous avons énuméré les principaux agens suffit donc, à peu d'exceptions près ; et toutes les fois qu'il s'agit d'un foyer purulent, comme on se hâte d'en pratiquer l'ouverture, il ne reste plus à obtenir que le recollement des parois d'un abcès de peu d'étendue, ou bien à appliquer dans les mêmes conditions le traitement du chancre. Mais les malades ne se présentent pas toujours à l'hôpital dans des conditions telles, que l'on puisse appliquer cette thérapeutique avec les meilleures chances de succès, et l'on doit alors la modifier, l'aider, ou la remplacer même par des moyens que réclament les périodes plus avancées de la maladie, ou qui sont indiqués par telle ou telle complication.

Ici l'on peut dire surtout, que la guérison dépend de l'appréciation exacte de la nature du mal ; car c'est pour avoir négligé cette investigation nécessaire, que bien souvent des moyens utiles en eux-mêmes, mais seulement contre telle ou telle variété, ont paru amener plus d'accidens que de bons résultats, par cela seul qu'ils étaient appliqués d'une manière trop générale. Combien de fois n'avons-nous pas vu M. Ricord faire disparaître, à l'aide d'un traitement mercuriel interne, des masses ganglionnaires, chez des malades que l'on avait soumis vainement aux traitemens locaux les plus énergiques ? Bien souvent aussi, quels désordres n'avons-nous pas vus se produire par suite de l'emploi des mercuriaux que l'on avait obstinément administrés contre des bubons, dont la seule ou la principale cause se trouvait dans l'influence d'un tempérament lymphatique ou dans celle du vice scrofuleux ?

Il faut donc toujours, pour déterminer la méthode de traitement, s'enquérir de l'état général du malade et surtout de ses antécédens ; car, ainsi que nous l'avons dit, la meilleure médication locale pourrait, sans cela, demeurer insuffisante, ou nuire. Ces conditions étant remplies, lorsqu'il s'agit de traiter un de ces engorgemens ganglionnaires qui reconnaissent pour cause la blennorrhagie ou bien une irritation simple, si le volume de la tumeur ou le siége qu'elle occupe contre-indiquent la division sous-cutanée dans toute son épaisseur, on peut encore souvent tirer un bon parti de la division partielle ou des ponctions multiples.

Enfin, à part ces moyens sur lesquels nous avons déjà insisté, ou bien lorsqu'ils demeurent insuffisans, M. Ricord emploie fréquemment l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, les vésicatoires que l'on panse avec de l'onguent mercuriel. Les emplâtres d'iodure de plomb, la pommade d'hydriodate de potasse, paraissent réussir moins bien d'une manière générale, et sont réservés pour les cas dans lesquels l'usage du mercure peut se trouver contre-indiqué. On en retire surtout avantage contre les bubons strumeux, qui s'accompagnent d'engorgemens profonds de l'aine ou des fosses iliaques. Nous prendrons occasion de revenir ici sur les avantages que donne la compression telle que nous l'avons indiquée dans notre premier article. Appliquée convenablement, elle peut quelquefois suffire à elle seule, ou bien être employée d'une manière alternative ou conjointe avec les moyens que nous avons énumérés. Mais pour obtenir de la compression tout ce qu'elle peut donner, il faut que son action soit graduée de manière à ne pas occasionner de douleurs ou de réaction inflammatoire ; car si l'on négligeait cette précaution, elle deviendrait intolérable, ou elle pourrait amener des désordres d'autant plus graves qu'elle aurait été peu inconvenablement appliquée.

Enfin, si les résolutifs ne peuvent triompher du mal arrivé à cet état où les bubons sont constitués par des masses de ganglions altérés dans leur texture, il faut avoir recours à l'instrument tranchant ou bien au caustique. Lorsque la tumeur est encore mobile, on peut quelquefois, à l'aide d'une dissection, en général assez difficile, l'enlever de manière à ne laisser qu'une plaie sans complication. Mais pour peu que la base du bubon soit adhérente et surtout profonde, il faut renoncer à un moyen qui serait très douloureux et pourrait exposer à des dangers.

M. Ricord préfère alors détruire la tumeur couche par couche à l'aide d'applications successives de pâte de Vienne, dont il use avec d'autant plus de réserve qu'il s'approche des parties profondes ; et nous ferons remarquer qu'en suivant cette méthode, il n'est pas même besoin d'arriver aux limites intimes du bubon. Dès qu'il n'existe plus qu'une épaisseur de deux à trois millimètres de tissus indurés, on peut sans crainte les abandonner à la suppuration. L. R.

MÉMOIRE SUR UN SYSTÈME D'OPÉRATIONS PROPRES A COMBATTRE LA SAILLIE, LA DÉVIATION ET LA PERTE DU MOUVEMENT DES YEUX, CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DU STRABISME ;

Par le docteur Jules Guérin.

(Extrait d'une lecture faite à l'Institut dans la séance du lundi 22.)

Ces trois accidens consécutifs à l'opération du strabisme dépendent :

1° De ce que les enveloppes de l'œil, fascia et conjonctive, ont été détachés dans une trop grande étendue, et se sont insérés consécutivement plus ou moins en arrière de la portion du globe oculaire à laquelle elles s'insèrent à l'état normal ;

2° De ce que le muscle divisé pour remédier au strabisme présente l'une des quatre dispositions suivantes : ou bien les deux bouts du muscle sont réunis sans avoir contracté d'adhérence vicieuse avec les parties environnantes, mais le muscle est resté trop long ; ou bien les deux bouts du muscle sont réunis, mais la portion intermédiaire a contracté de fortes adhérences avec le globe oculaire et avec la face correspondante du fascia, ou bien les deux bouts ne s'étant pas réunis, le bout postérieur séparé de l'antérieur s'est greffé sur un point postérieur du globe oculaire ; ou bien enfin, le bout postérieur séparé de l'antérieur n'a contracté aucune adhérence avec la sclérotique, et ne s'est pas rattaché à l'œil.

Les causes matérielles des trois accidens qui font l'objet de ce mémoire étant ainsi ramenées à leur plus simple expression, fournissent pour ainsi dire d'elles-mêmes les indications à remplir pour les faire disparaître. Si d'une part les liens de l'œil sont relâchés ou détruits, il s'agit de les resserrer ou de les rétablir ; si de l'autre le muscle est trop large, il faut le raccourcir ; s'il a contracté des adhérences vicieuses, il faut détruire ces adhérences, et leur substituer une insertion qui se rapproche le plus de la normale ; si enfin le muscle est resté détaché de son bout correspondant, ou même ne s'est pas du tout réuni à l'œil, il s'agit de renouer ces deux bouts, ou de rattacher le muscle lui-même au globe oculaire.

Aucune de ces indications n'avait été posée jusqu'ici. Pour mieux faire comprendre le système d'opérations à l'aide duquel je les ai remplies, je vais rapporter avec quelques détails une des applications que j'en ai faites.

Une demoiselle de la province, âgée de dix-huit ans, m'a été présentée il y a deux mois environ ; elle avait été opérée dans sa ville natale pour un strabisme convergent double très prononcé. A la suite de cette première opération, les deux yeux, devenus très saillans, s'étaient fortement déviés en dehors, et ils ne pouvaient plus être ramenés en dedans, l'œil droit principalement. Le chirurgien qui avait pratiqué les deux opérations tenta en vain de remédier à ces accidens en faisant la section et même la résection du droit externe du côté droit. Cette opération, réitérée trois fois au dire de la malade, n'amena aucune amélioration ; au contraire, des adhérences considérables entre le fascia oculaire, le fascia des paupières, et la glande lacrymale, complétèrent l'immobilité de l'œil. De ce côté, en effet, le bord externe de la cornée touchait habituellement l'angle externe des paupières, et dans ses plus grands efforts, la malade ne pouvait faire voyager l'œil en dedans que de quelques millimètres. A gauche, la déviation de l'œil en dehors était presque aussi considérable ; mais il pouvait être ramené au centre de l'orbite, sans toutefois dépasser cette position d'un millimètre. La malade était dans cet état depuis cinq mois environ, lorsqu'elle est venue me consulter. Elle avait recueilli les avis de plusieurs autres chirurgiens de Paris : les uns avaient déclaré le mal au-dessus des ressources de l'art ; les autres s'étaient bornés à conseiller la section déjà pratiquée, des droits externes, regardant toute autre opération comme inutile, sinon comme nuisible ; ils ne laissaient d'ailleurs pas espérer grand résultat de la dernière ressource à laquelle ils s'arrêtaient.

Pour moi, qui croyais m'être rendu compte d'une manière plus précise de la nature des accidens, je consentis à tenter les opérations suivantes :

La malade étant couchée comme pour l'opération du strabisme, je commençai par détruire les adhérences qui existaient à l'angle externe de l'œil droit ; je découvris ensuite le siége présumé du muscle ; mais à la place du tiers antérieur de ce dernier, il n'existait que des lames fibreuses intimement unies à la sclérotique. Ayant pénétré plus profondément, je trouvai les débris de la gaîne musculaire et la portion postérieure du muscle, confondus avec les points correspondans de la sclérotique. Je disséquai le tout avec beaucoup de précaution ; j'arrivai à détacher ce qu'il restait du muscle, ainsi que la portion de fascia qui occupait la place de son bout antérieur. Ce dernier paraissait avoir été excisé. Ayant détruit ainsi tous les liens qui retenaient l'œil bridé en dehors, j'essayai de le faire ramener en dedans au moyen de la contraction du droit interne ; mais il resta à peu près aussi dévié et aussi immobile qu'avant le premier temps de l'opération. Des tractions exercées au moyen d'une érigne, me permirent de le ramener dans une adduction complète. Je m'assurai ainsi que j'avais détruit toutes les adhérences et tous les obstacles au redressement de l'œil. Je m'occupai immédiatement de maintenir ce redressement, et d'en rétablir les agens physiologiques.

Je découvris l'emplacement du droit interne ; je rencontrai d'abord, comme dans l'angle externe, une portion de cicatrice dure, nacrée, très adhérente à la sclérotique, qui avait été le siége de végétations consécutives à l'ancienne opération, et qui occupait une étendue de 4 à 5 millimètres. Je pénétrai plus profondément derrière cet espace et ne rencontrai que le fascia, dont l'insertion à l'œil paraissait avoir été ainsi reculée de près d'un centimètre. Cependant une dissection minutieuse de ces membranes, dans l'étendue de presque la moitié de la circonférence de l'œil, ne me fit découvrir aucune trace d'insertion du muscle à l'œil, et même aucune trace de fibres musculaires. Je présumai que le bout postérieur du droit interne s'était retiré dans sa gaîne, et que l'orifice antérieur de cette dernière avait été bouché par la cicatrice. Un examen plus approfondi, et une dissection minutieuse des parties, me montrèrent en effet qu'il en était ainsi. Je désobstruai donc, et j'agrandis, au moyen d'une incision longitudinale, l'orifice antérieur de la gaîne musculaire ; j'aperçus l'extrémité libre du muscle, je l'attirai en avant à l'aide d'une pince, et l'appliquai contre le point correspondant de la sclérotique. Je recouvris le tout du lambeau de lamelle fibreuse et de fascia que j'avais détaché, comme je le pratique dans mon procédé de strabotomie par dissection. Une dernière indication à remplir, et la plus importante, c'était de maintenir l'œil en devant pour favoriser l'insertion du muscle et du fascia sur des points séparés de la sclérotique et sur des points suffisamment antérieurs pour s'opposer au retour du renversement de l'œil. Je remplis cette indication de la manière suivante : un fil ciré fut passé, à l'aide d'une aiguille à coudre, dans l'épaisseur du fascia oculaire, tout près du bord externe de la cornée transparente. L'œil étant ainsi accroché, je l'attirai en dedans d'un centimètre environ, et le maintins dans cette position en attachant les deux bouts du fil au dos du nez, à l'aide d'emplâtres de diachylon gommé. Le reste du pansement se fit comme à la suite de l'opération du strabisme. Aucun accident ne survint. Le lendemain, dans l'après-midi, le fil se détacha de lui-même, et, chose presque incroyable, le mouvement de l'œil était complètement rétabli en dedans, mais nul encore en dehors. Le globe oculaire était resté tourné un peu en dedans. A mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement correspondant se rétablit, l'œil se redressa complètement, et en moins de huit jours il avait recouvré sa forme, sa position et presque toute sa mobilité normales. Je dis presque, car le mouvement d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction ; mais la mobilité redevint suffisante et resta la même dans les deux sens.

Le succès de cette première opération m'encouragea à la répéter sur l'autre œil. On remarquera qu'ici il n'y avait pas d'adhérence en dehors : le droit externe n'avait pas été coupé ; l'opération a donc été modifiée en raison de cette différence de condition, sans toucher au droit externe. Cependant, le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent, et la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant ; c'est-à-dire que les deux yeux sont complètement redressés et jouissent de leur mobilité presque normale ; seulement l'œil droit, au repos, reste un peu plus ouvert que le gauche ; mais cette légère différence disparaît complètement dans les mouvemens d'expression de la face. Depuis lors j'ai pratiqué une troisième fois la même opération, et j'ai obtenu les mêmes résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance extraordinaire du 27 novembre. — Présidence de M. Roux.

M. Ollivier (d'Angers) lit, au nom de M. Récamier et au sien, un rapport sur un ouvrage manuscrit de M. Hubert Rodrigues, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, ayant pour titre : *Traité de la paralysie générale chronique*.

Quoiqu'il fût généralement admis, dit-il, par les physiologistes, depuis les expériences de Galien, que les manœuvres volontaires sont sous la dépendance des grands centres nerveux, et du cerveau en particulier, les pathologistes n'ont fait que bien long-temps après l'application de ces données physiologiques à l'étude du diagnostic des maladies cérébrales. En effet, c'est seulement depuis Th. Bonet, Wepfer, Valsalva, Morgagni, Saucerotte, etc., qu'on a mieux apprécié la cause et le siége de la paralysie, et qu'une thérapeutique rationnelle a été plus généralement suivie. Cependant, les travaux des auteurs que nous venons de citer semblent avoir été momentanément oubliés pendant les dernières années du siècle dernier et au commencement de celui-ci, et l'on sait que c'est surtout aux recherches plus récentes de divers observateurs, dont plusieurs sont membres de cette Académie, que l'on doit de mieux connaître les différentes lésions du cerveau, et le diagnostic différentiel de chacune d'elles. Toutefois des investigations particulières n'avaient pas encore été faites sur le point de pathologie dont il s'agit ici. Ainsi l'étude de l'aliénation mentale qui doit tant de perfectionnement à Pinel et à Esquirol n'avait point encore éclairé cette question importante, dont la solution fixa enfin l'attention d'une manière toute particulière il n'y a pas encore vingt ans. En voyant les lésions du mouvement coïncider si souvent avec les désordres de l'intelligence, plusieurs médecins qui avaient sous les yeux un grand nombre d'aliénés, tentèrent d'en découvrir la cause, ne se contentant plus de répéter comme on l'avait dit jusque-là : « Dans tel cas, la folie se complique de paralysie. »

Mais bien qu'éclairés par les recherches plus précises de l'anatomie pathologique, et malgré l'uniformité que présentait la marche ordinaire de cette forme de paralysie, la source de cette affection a été différemment envisagée par les premiers observateurs. Suivant M. Bayle, l'abolition plus ou moins complète des mouvemens chez les aliénés dépend d'une phlegmasie chronique des méninges avec ou sans accumulation de sérosité dans la cavité arachnoïdienne. Deux ans plus tard, M. Delaye, qui présentait dans sa thèse inaugurale les résultats de son observation sur cette paralysie, l'attribuait soit à l'endurcissement de la substance blanche, soit au ramollissement de la substance grise. Enfin, en 1826, M. Calmeil fit paraître son ouvrage sur ce sujet (De la paralysie considérée chez les aliénés), et les exemples multipliés qu'il y rapporte, ainsi que les investigations cadavériques qu'il a faites avec une grande exactitude, démontrèrent que dans presque tous les cas « l'aliénation mentale compliquée de paralysie musculaire générale incomplète coïncide avec l'existence d'une phlegmasie chronique et » diffuse de la pie-mère et de la substance nerveuse périphérique. » En l'envisageant sous le double rapport de ses symptômes et des altérations qui la déterminent, M. Calmeil pensa que cette paralysie devait occuper une place à part dans le cadre nosologique ; car il était évident qu'elle différait des autres lésions cérébrales et par les conditions toutes spéciales dans lesquelles elles se manifestent et par l'ensemble des phénomènes morbides qui la caractérisent.

La plupart des recherches qui ont été faits sur ce sujet depuis quinze ans ont confirmé l'exactitude de cette opinion. En indiquant l'altération du cerveau qui produit la paralysie des aliénés, M. Calmeil n'avait point énoncé le fait d'une manière absolue, parce qu'il lui était arrivé de ne pas observer de ramollissement cortical du cerveau sur quelques aliénés paralytiques (5 fois sur 44). Mais la question n'est aucunement douteuse pour M. Barchappe (Recherches sur l'encéphale, etc.) : toutes ses observations lui ont prouvé que telle est la lésion organique essentielle qui détermine cette forme de paralysie, et il est convaincu qu'il n'y a qu'une investigation insuffisante qui ait pu empêcher M. Calmeil de constater l'existence de cette altération dans quelques cas particuliers.

Tel est le point de pathologie qui a été l'objet de l'étude et des recherches de M. le docteur Rodrigues, et sur lequel, nous nous empressons de le dire, il a jeté un nouvel intérêt. Un peu plus de la moitié de son mémoire consiste dans l'exposé d'observations qui sont accompagnées de réflexions judicieuses sur les détails les plus importans que chacune d'elles présente, et dont l'appréciation doit servir ultérieurement à éclairer l'histoire générale de la maladie qui forme la dernière partie de son travail. Ces observations sont au nombre de 31 ; 13 appartiennent à l'auteur, et les autres sont empruntées aux ouvrages de MM. Rostan, Bayle, Calmeil, Abercrombie, Lélut, etc. ; plusieurs lui ont été communiquées par M. Ferrus. Tous ces faits composent deux séries : dans la première sont les exemples de paralysie générale suivie de l'ouverture du cadavre ; leur nombre est de 21 ; dans la seconde sont les cas dans lesquels on a observé une amélioration plus ou

moins manifeste et même la guérison ; ces derniers sont au nombre de 10.

Parmi les observations de la première série, M. Rodrigues rapporte deux cas (obs. 20 et 21) de compression du bulbe rachidien, qu'il rattache à tort, suivant nous, à la paralysie générale des aliénés. Nous reviendrons plus loin sur le rapprochement fait à dessein par l'auteur, quand nous examinerons son opinion sur la nature de l'altération qui produit la paralysie. Cependant, disons de suite que les dissections pratiquées par M. Rodrigues, offrent généralement des résultats confirmatifs de ceux qui ont été signalés par MM. Bayle, Calmeil et Parchappe. Nous n'aborderons pas toutes les questions que soulève l'étude de la paralysie générale des aliénés ; un pareil examen dépasserait les bornes que doit avoir ce rapport. Nos réflexions n'auront trait qu'aux principaux points de ce travail sur lesquels l'opinion de l'auteur est en désaccord avec celle que des observations non moins exactes que les siennes ont consacrées jusqu'à ce jour.

Les faits recueillis à Montpellier par l'auteur, ont un intérêt réel pour la science. Ainsi, ils prouvent que la paralysie des aliénés se remarque dans les régions méridionales comme dans celles du nord, vérité qui a été long-temps contestée par des praticiens recommandables, tels que MM. Delaye, Reich. Toutefois ils établissent que cette complication si grave de la folie y est moins fréquente et fait moins de victimes dans le midi que dans le nord de la France, où un aliéné sur quatre succombe par suite de cette maladie.

Tous les observateurs se sont accordés jusqu'ici sur ce point, que la paralysie générale des aliénés suit dans sa manifestation une marche ascendante ; que les membres inférieurs sont toujours déjà notablement affaiblis pendant que les membres supérieurs conservent encore la liberté de leurs mouvemens. Quoique M. Bayle n'ait pas fixé d'une manière particulière son attention sur ce sujet, les faits qu'il rapporte et ce qu'il dit en les résumant, prouvent qu'il a toujours vu la paralysie frapper d'abord les membres inférieurs, puis atteindre secondairement les supérieurs. C'est M. Calmeil qui a le premier appelé l'observation sur ce point de diagnostic. En avançant que le plus souvent la démarche est chancelante dès le début de la paralysie générale, bien que l'exercice musculaire ne paraisse pas affaibli dans les membres thoraciques, notre habile confrère a soin de faire observer qu'à une période plus avancée de la maladie les bras sont paralysés comme les jambes, mais d'une manière *beaucoup moins sensible*. Toutefois il fait observer aussi qu'il est à croire que l'affaiblissement des membres pelviens devient plutôt apparent parce qu'ils ont à soutenir tout le poids du corps.

M. Lallemand a aussi examiné cette question dans ses recherches sur l'encéphale (lettre 6e) ; suivant lui, la lésion des mouvemens chez les aliénés paralytiques affecte dès le début les bras comme les jambes : il ne peut pas voir une marche de la paralysie de bas en haut, dans une affection qui commence toujours par un embarras dans les mouvemens de la langue.

M. le docteur Rodrigues va plus loin : pour lui, la paralysie générale des aliénés suit une marche toute opposée à celle qui a été signalée par M. Calmeil ; c'est au contraire de haut en bas qu'elle se manifeste, et dès l'origine la paralysie serait plus prononcée dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Nous avons lu avec attention les observations sur lesquelles il se fonde pour établir cette opinion, et nous n'avons vu dans aucune la preuve de cette assertion.

Ainsi c'est à l'occasion de l'observation no 4 que l'auteur aborde cette question, et qu'il la résout dans le sens que nous venons d'indiquer. Or, voici ce que nous lisons au sujet de cette particularité : « Pour bien constater le degré de faiblesse des extrémités, je fais coucher la malade, et je m'assure tout de suite qu'elle porte les extrémités inférieures dans tous les sens, et sans aucune gêne apparente ; tandis que ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'elle soulève les mains au-dessus de la tête. Je renouvelle plusieurs fois la même expérience, et toujours avec le même résultat. »

Mais ne voyons-nous pas tous les jours des paralytiques chez lesquels la marche est excessivement difficile, qui peuvent à peine se soutenir sur leurs jambes et qui exécutent des mouvemens partiels ou de totalité des membres inférieurs avec une extrême facilité, même avec force, quand ils sont couchés ? Quel est le praticien qui n'a pas entendu alors les malades lui demander la cause de ce qu'ils considèrent comme une bizarrerie inexplicable pour eux ?

A la vérité, M. Rodrigues, en discutant les détails de son observation, dit plus loin qu'il a constaté que le résultat n'a pas varié, soit que la malade fût debout, soit qu'elle fût couchée. Mais pourquoi, dans la narration du fait lui-même, avoir dit que ce résultat n'a été constaté qu'après avoir fait coucher la malade ?

Quoi qu'il en soit, les observations recueillies par l'auteur ne prouvent nullement cette marche descendante de la paralysie. On ne peut voir, par exemple, dans la première que la manifestation presque simultanée de la paralysie dans les membres supérieurs ; les observations 2e, 3e, 7e, 8e, 12e, 13e, 14e, n'offrent aucun détail qui justifie cette opinion. Dans l'observation 7e, il n'est pas même fait mention de l'affection paralytique des bras ; dans la 15e, l'exposé des symptômes indique, au contraire, une marche ascensionnelle dans la paralysie ; il en est de même pour l'observation 18e, que l'auteur rapporte comme exemple de l'espèce de paralysie générale qui nous occupe, quoiqu'il existât une tumeur enkystée sous les lobes cérébraux, et que le sujet, mort à l'âge de huit ans, fût idiot de naissance.

Si cette marche descendante de la paralysie est constante et naturelle d'ailleurs, comme le dit notre confrère, comment expliquera-t-il que dans le nombre considérable de malades que M. Bayle a observés à Charenton, il n'ait pas cité un cas de paralysie des bras pendant les deux premières périodes de la maladie ? Qu'il y ait eu ceci inexactitude dans l'observation, comme le pense M. le docteur Rodrigues, toujours est-il qu'une semblable omission prouve qu'il faut examiner de très près au début de la maladie, pour apprécier, dans la plupart des cas, la faiblesse musculaire des membres supérieurs, tandis que celle des membres inférieurs est déjà très prononcée. Qu'en théorie l'explication d'un pareil phénomène soit plus rationnelle en admettant l'opinion de M. Lallemand et celle de l'auteur, c'est ce que nous n'avons point à examiner ici ; il s'agit simplement d'une question de diagnostic. Si la manifestation des symptômes paralytiques suivait une marche descendante, à toutes les périodes de l'affection, l'affaiblissement musculaire serait toujours relativement beaucoup plus considérable dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Or, nous ajouterons aux faits cités par MM. Bayle et Calmeil, que nous avons vu un certain nombre d'aliénés paralytiques chez lesquels la station debout et la marche étaient devenues à peu près impossibles, et qui pouvaient encore se servir de leurs bras et de leurs mains, frapper même à l'improviste et violemment le domestique aux soins duquel ils étaient confiés. Dans ces cas, l'autopsie démontra qu'il n'y avait aucune lésion de la moelle épinière, et que la cause de la paralysie générale incomplète résidait exclusivement dans le cerveau.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Rodrigues décrit, comme nous l'avons dit, l'histoire de la paralysie générale chronique. Il étudie successivement, dans autant de chapitres distincts, les causes de cette maladie, ses symptômes, sa marche, sa durée, son pronostic et ses terminaisons, les complications qu'elle peut présenter, son diagnostic, l'examen des altérations pathologiques qui la produisent, celui de la cause première de la paralysie générale, et enfin son traitement.

Dans toutes les parties du travail qu'il a entrepris, M. Rodrigues prouve qu'il a une connaissance approfondie de tout ce qui se rattache à ce sujet important, et l'on ne peut qu'applaudir à l'esprit d'indépendance qui préside à l'esprit de critique [illegible] il envisage et apprécie les travaux des aut[illegible] En étudiant les causes diverses de l'affection [illegible] il examine si elle se développe plus spécialement sous l'influence de telle ou telle forme du délire maniaque, et il combat l'opinion de M. Bayle qui a prétendu que la paralysie générale se manifeste spécialement chez les aliénés avec prédominance d'idées ambitieuses, en un mot que la monomanie des grandeurs coïncide toujours avec un affaiblissement musculaire général.

Les observations de l'auteur montrent que la paralysie générale peut être une complication de toutes les formes de l'aliénation mentale ; seulement, comme il existe souvent chez les aliénés une prédominance des idées ambitieuses, on conçoit que la coïncidence de ces deux états soit relativement plus fréquente. Toutefois, l'expérience prouve que la monomanie orgueilleuse peut exister chez certains malades sans qu'il y ait chez eux de symptômes de paralysie générale.

Nous avons fait remarquer précédemment que M. Rodrigues avait rapporté comme exemples de la paralysie générale des aliénés des cas dans lesquels l'affaiblissement musculaire dépendait de la compression lente du bulbe rachidien ; nous avons dit que c'était à dessein que l'auteur citait là ces observations. C'est qu'en effet il rattache à la paralysie générale des aliénés des maladies que les pathologistes classent ordinairement dans un ordre de faits tout à fait distinct. « Son but, dit-il lui-même, est de prouver qu'il faut confondre la paralysie générale des aliénés avec la paralysie en général. C'est là l'idée qui l'a dominé en entreprenant son travail. »

M. le rapporteur s'attache à réfuter cette opinion. Il existe même, ajoute-t-il, dans le travail de M. Rodrigues, un fait qui proteste en quelque sorte contre la confusion qu'il cherche à établir entre l'affection qui nous occupe et la paralysie en général : c'est que tous les exemples qu'il rapporte sont pris uniquement chez des individus aliénés. Il y a donc au moins dans les symptômes de la maladie et dans sa marche quelque chose de spécial qui la distingue même aux yeux de l'auteur. Pourquoi l'avoir étudiée exclusivement chez les aliénés, si la paralysie générale chronique est une maladie identique chez tous les individus indistinctement ?

Nous avons dit, continue plus loin M. Ollivier, que l'auteur avait partagé ses observations en deux séries, et que la seconde renfermait des faits qui semblent prouver en faveur de la possibilité d'une guérison plus ou moins solide, ou tout au moins d'une intermittence assez franche. Mais quand on lit avec attention les exemples qu'il rapporte, on ne partage pas toutes les convictions de notre confrère. Ainsi, il est bien évident qu'une guérison durable a eu lieu chez le sujet de la trente et unième observation. Mais peut-on assimiler ce cas aux exemples de paralysie générale chronique ? D'après la description des symptômes, la marche des accidens a été aiguë, et c'est à la suite de congestions cérébrales épileptiformes répétées qu'on remarqua un commencement de paralysie générale qui disparut *rapidement* sous l'influence de l'emploi de la digitale à haute dose. Nous ne voyons pas ici l'ensemble des phénomènes qui sont propres à la paralysie générale *chronique*.

Les neuf autres observations sont-elles plus concluantes ? Il faudrait savoir ce que les malades ont éprouvé depuis l'époque où on les a considérés comme guéris ; ce renseignement est d'autant plus nécessaire ici pour une pareille appréciation, qu'on sait que dans cette maladie il y a un bon nombre de cas d'intermittences assez complètes et assez prolongées, pour constituer en apparence autant de guérisons qu'on voit se démentir plus tard. Nous prendrons à témoin de cette triste vérité, que l'expérience oblige si souvent à reconnaître, l'un des auteurs auxquels M. Rodrigues a emprunté plusieurs exemples de guérison ; nous voulons parler de notre honorable confrère, M. Calmeil, qui a vécu dix-neuf ans au milieu de la population des aliénés de Charenton. En 1826, quand il écrivait son livre sur la paralysie des aliénés, il rapportait comme preuves de la curabilité de cette maladie les observations citées par M. Rodrigues. Eh bien ! les quinze années qui se sont écoulées depuis cette époque ont détruit les illusions qu'il avait alors ; car il a vu revenir successivement et mourir ensuite assez rapidement sous ses yeux, la presque totalité des aliénés paralytiques qu'il avait considérés comme entièrement rétablis. (Dict. de Méd., 2e edition, tome XXIII, p. 148.)

En présence de ces résultats et de la nature de l'altération du cerveau qui détermine ordinairement la paralysie générale chez les aliénés, est-il une médication sur laquelle on puisse fonder des espérances de succès ? Notre réponse ne peut être douteuse d'après ce qui précède. Toutefois, nous concevons qu'il peut être utile, dans certaines circonstances, d'opposer aux accidens qui se manifestent les différens moyens qui constituent le traitement habituel des affections cérébrales aiguës. C'est aussi ce que conseille l'auteur de ce mémoire, sans indiquer d'ailleurs tels agens thérapeutiques plus spécialement que tels autres.

Nous terminons ici notre examen de l'ouvrage de M. Rodrigues. Nous pensons que vous partagerez notre opinion sur l'importance du travail qu'il vous a communiqué ; c'est pourquoi nous avons l'honneur de vous proposer de lui adresser de justes félicitations, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondans de l'Académie.

Après quelques courtes remarques de MM. Londe, Castel, Roux et Pariset, remarques qui tendent du reste à confirmer ce que vient de dire M. Ollivier, le rapport est mis aux voix et adopté.

Il est quatre heures. L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bricheteau sur les prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Belhomme. — Séance du mois d'octobre 1841.

M. Maigne communique à la Société, l'observation suivante de péritonite puerpérale qui s'est terminée par la guérison : Madame S. L., âgée de vingt-quatre ans, est d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution ; elle a constamment joui d'une excellente santé ; ses parens se portent bien.

A dix-huit ans, madame L. accoucha heureusement ; à vingt-deux ans elle fit une fausse couche, qui fut déterminée par une chute de cheval. Au mois d'octobre dernier nouvelle grossesse. En janvier, douleurs vives dans l'abdomen, sans causes appréciables : on craint un avortement. Les douleurs cèdent à l'emploi de cataplasmes calmans et de bains. La jeune femme reprend ses occupations habituelles.

Le 26 avril, chute en montant en voiture ; le ventre porte sur la roue du fiacre. A dater de ce jour, douleurs sourdes dans la région épigastrique ; elles augmentent dans la position verticale, difficulté dans la marche. Cet état s'améliore.

Le 10 mai, après de longues courses à pied, la malade éprouve un grand malaise. Le lendemain, douleurs aiguës dans l'abdomen, plus particulièrement dans le flanc gauche ; en même temps contractions utérines fréquentes et énergiques. Le toucher vaginal montre que le col n'a subi aucune modification anormale. On tente d'enrayer la marche prématurée de l'accouchement par des lavemens laudanisés et un liniment opiacé sur les parois abdominales ; ces moyens ne produisent aucun effet. Après trente-six heures d'un travail pénible et de vomissemens fréquens, l'accouchement se termine heureusement, à trois heures du matin, le 13. La délivrance a été facile ; l'enfant a vécu quelques heures. Après l'accouchement, point de calme : les douleurs utérines persistent et se propagent dans le flanc gauche ; les vomissemens que nous avons vu apparaître vers la fin du travail redoublent de fréquence, et font éprouver à la malade des douleurs très aiguës. Les matières vomies sont de couleur brunâtre. A six heures du matin, la malade, brisée de fatigue, éprouve un léger assoupissement qui se renouvelle de temps en temps. Pendant la journée, la douleur, qui paraissait circonscrite à gauche, se propage dans toute l'étendue de l'abdomen qui se météorise presque immédiatement. La moindre pression sur cette cavité fait jeter les hauts cris ; les vomissemens de matière brunâtre se répètent à chaque instant ; le pouls se concentre, devient très faible, filiforme et fréquent (125 pulsations). Les traits de la face s'altèrent ; la malade pousse sans cesse des cris plaintifs. Le soir, l'accoucheur prescrit trente sangsues sur le ventre ; les piqûres coulent abondamment pendant la nuit. Toute espèce de boisson est vomie ; la glace seule, qu'on donne par petits morceaux, n'est pas rejetée. Les cataplasmes, les fomentations sur le ventre ne peuvent être supportés. La physionomie est profondément altérée ; les yeux s'enfoncent dans les orbites ; la respiration est accélérée et embarrassée. La langue est rouge, sèche, râpeuse. La peau est brûlante ; la chaleur en est mordicante. Le pouls est petit et fréquent (128 pulsations).

L'intelligence est troublée ; par instans la parole est brève ; de temps à autre la malade prononce des mots incohérens. Le décubitus dorsal est le seul que la malade puisse prendre. La nuit est fort agitée ; les lochies sont entièrement supprimées ; les seins sont affaissés ; les urines coulent un peu ; point de garderobes. 16 grains de calomel en cinq doses sont prescrits. Chaque prise est donnée à une heure d'intervalle.

Le 14, les accidens deviennent encore plus graves. M. Maigne est appelé. Il prescrit :

1° Injections vaginales laudanisées aussi chaudes que possible (46° centigr.) ;

2° 60 gram. de pommade mercurielle en frictions ;

3° Lavemens opiacés souvent répétés ;

4° Succion des seins avec une pipe de verre ;

5° Potion thébatique, 2 grains d'extrait d'opium pour 4 onces de véhicule.

Pour toute boisson quelques morceaux de glace.

Le 15, à sept heures du matin, il y a une légère amélioration dans l'état de la malade : les glandes néanmoins sont développées et résistent à la pression ; il s'écoule du vagin un peu de sérosité sanguinolente. Le météorisme de l'abdomen a diminué, les douleurs s'y renouvellent un peu moins souvent et sont moins vives ; le pouls ne donne que 112 pulsations. La figure est un peu plus calme, la respiration plus libre.

Les mêmes moyens sont employés dans la journée. Les déjections alvines se continuent avec moins de fréquence, les vomissemens deviennent beaucoup plus rares ; il survient un peu de douleur. La malade prend de la tisane de gomme par petite quantité. La pipe de verre est remplacée par une pompe aspirante. On obtient du lait qui est jaune et crèmeux. L'action de la pompe détermine des douleurs assez vives dans les seins. La même médication est continuée la nuit, seulement on met plus d'intervalle entre l'emploi des différens moyens.

Le 16, amélioration sensible : les seins sont gonflés et fournissent chacun, à chaque succion, une demi-once de lait. La sérosité qui s'écoule du vagin est plus colorée et plus abondante. Le ventre est souple et peu douloureux. La figure prend de l'expression. Le pouls se relève et ne donne plus que 110 pulsations. Les déjections alvines se renouvellent six fois dans la journée ; les urines sont rendues en même temps que les matières ; point de vomissemens ; la respiration est normale. Le moral est calme.

Mêmes boissons, même traitement, seulement on met plus de distance dans l'emploi des médicamens.

Le soir, douleurs aiguës au fondement ; on y applique 6 sangsues. La malade commence à pouvoir se remuer sans douleurs dans son lit.

Lundi 17. L'état de la malade devient de moins en moins alarmant. Le ventre est encore plus souple que la veille, et moins sensible à la pression. Les cataplasmes laudanisés se supportent sans fatigue ; les seins continuent à donner du lait. Les lochies, qui sont sanguinolentes, coulent abondamment. Le toucher indique que l'utérus est rentré dans ses limites ordinaires au cinquième jour des couches ; le doigt, en contournant le col, ne fait éprouver aucune douleur ; la peau est molle et aliteuse ; la langue est rose et humide ; les gencives n'ont éprouvé aucune altération ; le pouls donne 100 pulsations. Les mêmes moyens sont mis en usage, mais seulement répétés à quatre heures de distance. Le soir, vers trois heures, la région épigastrique est douloureuse et tendue.

Application sur cette partie d'un vésicatoire de 8 pouces de long sur 5 de large. Dans la nuit, emploi d'une once de friction mercurielle ; la potion calmante provoque des nausées ; elle est supprimée.

Mardi 18. Le vésicatoire a produit de larges ampoules ; le ventre est diminué de volume, souple, insensible à la pression ; les lochies coulent ; les seins sont fendus et fournissent du lait par la succion ; les piqûres des sangsues sont grosses comme des pois, douloureuses et semblent vouloir suppurer. La malade souffre à la marge de l'anus ; ténesmes fréquens ; saillie de petites tumeurs hémorrhoïdales ; frictions sur cette partie avec la pommade suivante : 2 gros de pommade de concombre, un gros d'onguent napolitain ; extrait d'opium, privé de narcotine, 12 grains. Le pouls est à 95 ; la peau est haliteuse ; la digestion des boissons est faible ; les urines coulent aisément. Point de selles

Le 19. La journée du mardi est parfaite ; la malade entre en convalescence et son état s'améliore de jour en jour par la continuation des mêmes moyens et l'observation d'un régime sévère. La guérison était complète vers les derniers jours du mois.

— Nous avons cru devoir publier cette observation remarquable, et, par l'énergie du traitement et par le succès qui a été obtenu dans une maladie presque toujours mortelle, et qui, chez madame L., avait acquis un tel caractère de gravité que les trois médecins qui l'avaient vue avant M. le docteur Maigne, s'étaient retirés en portant le plus fâcheux pronostic. Frictions réitérées avec l'onguent mercuriel (il en a été administré 5 onces), emploi de laudanum dans les lavemens et les injections vaginales (16 grammes), succion répétée des seins pendant six jours, tels sont les principaux moyens dont il a été fait usage. Ajoutons que le succès a été dû non seulement à leur efficacité, mais à la persévérance et à la régularité avec laquelle on les a employés jusqu'à ce que la convalescence ait été assurée. En effet, dans une maladie aussi grave par elle-même et portée aussi loin qu'elle l'était chez madame L., on doit bien se garder, aussitôt qu'on a obtenu quelque amélioration, de suspendre le traitement ; il faut seulement, à mesure qu'on observe une diminution dans l'ensemble des phénomènes morbides, mettre un intervalle un peu plus grand dans l'emploi des moyens thérapeutiques, et ne les supprimer qu'après s'être complètement rendu maître de l'affection. C'est grâce à l'administration énergique et non interrompue des moyens prescrits par M. le docteur Maigne, que le lait est revenu dans les mamelles, et que les lochies ont reparu. Du moment où ce double résultat était obtenu le succès était presque certain.

Nous devons dire en terminant ces courtes réflexions que l'usage de l'opium a singulièrement favorisé l'action des autres moyens, par cela seul qu'il a pour ainsi dire étourdi la douleur. La douleur ayant cédé, l'action du traitement a été plus directe et plus efficace. Le vésicatoire a été d'un grand secours, et, pour enrayer ces maladies, le traitement doit commencer à l'instant où les premiers phénomènes commencent à se manifester : le moindre retard peut être pernicieux à la malade.

— *M. Gillette* donne lecture de la note suivante :

Depuis la découverte de la lithotritie, on a cité plusieurs faits, tels que ceux du moine de Cîteaux et du colonel Martin, qui, sans enlever aux chirurgiens modernes la priorité de cette importante découverte, prouvent au moins tout ce que peut la patience de certains malades. Un médecin d'Anvers, dans les Annales de la Société médicale de cette ville (1er cahier de 1841), rapporte un passage tiré d'Antoine Benivieni, par lequel ce médecin, au quinzième siècle, aurait pratiqué une espèce

de lithotritie sur un calcul engagé dans l'urètre d'une femme. Ce passage est extrait du livre de cet auteur *de abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis*. Une femme était affectée depuis plusieurs jours de rétention d'urine, par suite d'un calcul arrêté dans l'urètre. Le médecin Florentin introduisit un crochet, saisit le calcul, et à l'aide d'une tige de fer mousse à son extrémité, le frappa jusqu'à ce qu'il fût réduit en morceaux. Cette opération, remarquable pour l'époque à laquelle elle fut pratiquée, n'est pourtant que l'application ingénieuse d'un procédé employé plus de quinze siècles auparavant par les lithotomistes d'Alexandrie. Celse, liv. 7, chap. 3, nous apprend en effet, qu'un certain Ammonius d'Alexandrie avait coutume, quand le calcul était trop gros pour passer par l'incision faite au col de la vessie, dans l'opération de la taille, de briser à travers cette incision le calcul à l'entrée de la vessie, et pour décrire cette opération, qui valut à son auteur le nom de lithotome (brise-pierre), il se sert juste des mêmes expressions qu'emploie Benivieni. On ne saurait donc douter que l'auteur italien, un de ceux qui s'appliquèrent le plus dans son temps à l'étude des médecins anciens, n'ait emprunté à Celse l'idée de son opération, puisqu'il a copié dans le livre de l'auteur latin les expressions mêmes qui servent à décrire cette opération. Celse ajoute même un peu plus loin que chez la femme, on peut, quand le calcul est engagé dans l'urètre, l'extraire sans opération à l'aide du crochet : *Si in primo urinæ itinere inhæret, eodem unco sine ulla noxa educitur.*

— Dans le compte rendu de la dernière séance, nous avons omis d'annoncer que M. le docteur Adorne a été réélu trésorier à l'unanimité.

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos du 20 et 27 novembre.

Valeur de l'application immédiate de l'appareil dans les fractures des membres; par F.-L. TAVIGNOT. — Dans ce travail, l'auteur s'occupe : 1° de l'époque à laquelle on doit appliquer un appareil dans les fractures des membres (en prenant en considération l'état de simplicité ou de complication de la solution de continuité) ; 2° de l'espèce d'appareil qu'il contient d'appliquer ; 3° des divers accidens qui peuvent résulter de l'application intempestive de ces appareils et de la cause de ces accidens.

Si nous voulions suivre M. Tavignot dans les développemens qu'il donne à ces trois propositions, nous serions entraînés bien au-delà des limites que nous devons nous imposer ; n'étant pas d'ailleurs complètement de son avis sur tous les points qu'il a traités dans ce mémoire, nous nous verrions forcés d'entamer une discussion qui trouvera probablement sa place dans une autre circonstance. Nous nous bornerons donc à rapporter les conclusions de ce travail, conclusions qui laisseront facilement deviner l'esprit dans lequel il est conçu.

« 1° Dans les fractures simples, produites par une cause indirecte, il est générablement admis, et avec raison, de procéder à l'application immédiate de l'appareil ordinaire.

» 2° L'appareil amidonné ou dextriné peut également être appliqué immédiatement dans les fractures indirectes des membres. Il y a plus, c'est qu'il peut remplir, dans ces cas, des médications réelles.

» 3° Dans les fractures par cause directe, c'est-à-dire avec contusion plus ou moins forte, l'appareil ordinaire, immédiatement appliqué, devra être surveillé attentivement, de manière à pouvoir le desserrer en temps opportun, à la moindre menace d'accidents ; des irrigations devront y être jointes dans tous les cas possibles.

» 4° L'application immédiate de l'appareil inamovible ne sera pas faite dans ces cas ; les faits malheureux que nous avons rapportés ne prouvent que trop ses inconvéniens ; aussi n'hésitons-nous pas à le proscrire au début de ces espèces de fractures.

» 5° Les fractures compliquées, *à fortiori* les fractures comminutives, doivent être soumises au bandage ordinaire immédiatement eppliplíqué et aux irrigations d'eau froide long-temps continuées.

» 6° Si dans les fractures compliquées, on a pu appliquer et on applique encore tous les jours, d'une manière immédiate l'appareil amidonné ou dextriné sans le moindre accident, il faut voir aussi le revers de la médaille, et prendre en sérieuse considération l'histoire de plusieurs malades qui n'ont succombé à des gangrènes des membres que parce qu'on a voulu généraliser une méthode qui nous paraît loin d'être toujours sans inconvéniens.

» 7° L'application médiate de l'appareil inamovible peut toujours être faite sans danger, et nous paraît appelée à rendre de grands services à la chirurgie pratique. »

Lettre sur l'extraction des corps accidentels introduits dans la vessie ; par M. CIVIALE. — Cette lettre a été suggérée à l'auteur par la lecture de l'observation publiée par M. Bouchacourt, dans la Gazette médicale, et que nous avons rapportée dans une de nos dernières revues.

Cette lettre renferme des considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de cet accident ; nous croyons qu'il est utile de les faire connaître.

« Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire, dit l'auteur, de constater la présence d'un corps étranger accidentellement introduit dans la vessie. Tant que la sonde ordinaire fut l'unique moyen d'exploration, il arriva souvent qu'on ne put acquérir aucune certitude à cet égard. Nous en avons pour preuve une foule de faits anciens consignés dans les auteurs et beaucoup de faits nouveaux. Or, tous les instrumens qui ressemblent à la sonde, tels que le percuteur et l'instrument courbe articulé, participent à ces inconvéniens : ils exposent comme elle à des coupures. On aurait grand tort de citer à l'appui d'une opinion contraire quelques cas dans lesquels le hasard seul a pu amener un résultat heureux. Ce n'est pas, en effet, parce qu'une fois ou deux ces instrumens ont permis d'établir rigoureusement le diagnostic, qu'on est autorisé à faire un précepte général de les employer ; il faudrait pour cela que leur mécanisme fût de nature à procurer la certitude qu'en procédant d'une manière déterminée, on arrivera constamment au but; mais cette certitude est précisément ce qui manque. La même réflexion s'applique aux pinces à gaîne et à deux branches. On n'aura pas de peine à concevoir de tels mécomptes, si l'on se rappelle que dans les cas bien moins défavorables de pierre brisée, il a fallu renoncer aux pinces à gaîne et à deux branches pour extraire les fragmens calculeux qu'on découvrait très difficilement, et que plus d'une fois des moyens moins infidèles ont fait découvrir des restes de pierre dans la vessie des malades qu'on avait déclarés guéris. En prenant la peine d'essayer comparativement ces pinces et les instrumens ordinaires de la lithotritie, on sera bientôt convaincu de la supériorité du trilabe par la disposition de ses branches, par la facilité qu'il donne de laisser écouler peu à peu le liquide préalablement injecté dans la vessie, et d'explorer ainsi la surface interne du viscère à mesure qu'il passe de l'état de plénitude à celui de vacuité. Cet instrument fournit les données les plus précises qu'on puisse obtenir, quel que soit d'ailleurs le corps à la recherche duquel on procède. C'est donc lui qui mérite la préférence dans tous les cas où il peut être employé. »

M. Civiale divise les corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie, en trois classes : « 1° Corps ovoïdes, mous ou friables, susceptibles d'être écrasés, aplatis ou extraits entiers; 2° corps longs, mous, flexibles, se pliant, se pelotonnant, et qu'on peut extraiae dans le sens de leur longueur, ou ployer, pétrir en quelque sorte; 3° corps longs, rigides, inflexibles, qu'on ne peut extraire que dans le sens de leur longueur.

» 1° *Corps sphériques ou ovoïdes.* — Ces corps ont généralement peu de volume. La plus grande difficulté est celle de les saisir. On peut même employer, pour cela, les instrumens à deux branches ou ceux à trois. Les remarques suivantes suffiront pour faire apprécier la valeur respective des uns et des autres. Lorsqu'on se sert d'un instrument à deux branches, au moment où celles-ci se rapprochent, le corps qu'elles vont embrasser tend à s'échapper par les vides qu'elles laissent entre elles. Que l'instrument soit droit ou courbe, et que les branches aient ou non la même longueur, le corps étranger n'est jamais saisi que par deux points opposés, et la pression qu'il éprouve tend à le faire fuir du côté où il n'est pas retenu. Si, au contraire, on emploie un instrument à trois branches, dès que la tige centrale a fait connaître que le corps est placé entre celles-ci, on les rapproche l'une de l'autre, en faisant glisser la gaîne sur elles; au lieu de chasser le corps, elles le ramènent dans le centre, et les intervalles qu'elles laissent entre elles, diminuant peu à peu, finissent par se réduire à de petites fentes, alors même que la cavité centrale conserve encore une certaine ampleur ; le corps n'a donc aucune tendance à s'échapper latéralement, et il ne peut pas fuir non plus par l'ouverture antérieure de l'instrument, puisque la portion courbée de chaque branche le retient. Je ne saurais trop répéter que dans cette manœuvre, le trilabe doit rester immobile ; c'est la gaîne seule qui chemine pour rapprocher les branches; et il y a presque certitude qu'on ne saisirait pas le corps si l'on tirait sur le trilabe pour le faire rentrer dans la gaîne, comme le pratiquent quelques personnes. Une fois le corps fixé, on le retire par l'urètre, lorsque son volume le permet; dans le cas contraire, on l'écrase, on le réduit en parcelles, dont une partie est ramenée avec l'instrument, le reste étant entraîné par l'urine. Le trilabe offre donc, en cette circonstance, des avantages que ne possède aucun autre appareil. A son défaut, on peut employer le lithoclaste à mors plats et larges et à cuiller peu profonde........ Mais c'est à tort qu'on a conseillé l'usage du percuteur de M. Heurteloup et de l'instrument de M. Jacobson, avec lesquels on ne réussit à saisir de petits corps ronds qu'à force de tâtonnemens ou par une sorte de hasard... »

2° *Corps allongés et flexibles.* — Dans ces cas, on peut se servir indistinctement du percuteur, du lithoclaste et du trilabe.

3° *Corps longs, rigides.* — « Dans ce cas, le choix a beaucoup d'importance. Accorder la préférence à l'instrument courbe et à deux branches, comme le font MM. Labat, Lallemand, Leroy, Bouchacourt, etc., c'est adopter une pratique semée d'écueils. Effectivement, le corps saisi par cet instrument est presque toujours placé en travers ou obliquement, de manière à décrire un angle, et, dans les cas les plus favorabels même, l'extraction par l'urètre, outre qu'elle présente de grandes difficultés, expose à violenter et à déchirer les parois du canal...

» Ayant eu à extraire plusieurs de ces corps longs et rigides, j'ai mis à l'essai tous les moyens proposés. Aucun ne m'a présenté autant de certitude que le trilabe, ce dont il est facile de se rendre raison. Supposons que le corps a été saisi de la manière la plus défavorable, c'est-à-dire en travers et par le milieu, ses deux extrémités formant un angle droit avec les branches, ce qui arrive le plus communément lorsqu'on se sert d'un instrument à deux branches, si l'on tente de le retirer on éprouvera de la résistance au col de la vessie, et il faudra le lâcher pour le reprendre dans un autre bout, toutefois, après avoir essayé la manœuvre que voici : Au moment où les extrémités du corps viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, et sans exercer de fortes tractions qui pourraient blesser le malade, on desserre la vis de pression de la canule et l'on retire celle-ci de quelques millimètres ; de là résulte que les branches du trilabe s'appliquent avec moins de force sur le corps étranger ; en tirant légèrement à soi, celui-ci, devenu libre, pour ainsi dire, se place dans le sens de sa longueur et parallèlement à la direction de l'instrument.

» Cet effet arrive souvent lorsque l'une des extrémités fait plus de saillie au-dehors de l'instrument, et qu'elle appuie avec plus de force contre un des côtés du col vésical. Si, en procédant de la sorte, on s'aperçoit que l'appareil soit sorti de quelques centimètres, et si en même temps le lithotriteur fait connaître que le corps est toujours engagé entre les branches de la pince, on repousse la canule sur le trilabe, afin que les branches de ce dernier s'appliquent avec force sur le corps étranger, et on retire le tout. On comprend que les tractions doivent être douces et lentes, qu'il faut interroger les sensations du malade, et s'assurer à l'aide du lithotriteur que le corps ne s'est point échappé. Si cette manœuvre ne réussit pas, on repousse l'instrument dans la vessie, on ouvre assez la pince pour que le corps étranger devienne libre, et on essaie de le saisir dans un sens plus favorable... »

Une des découvertes pharmaceutiques les plus précieuuses et dont nous devons constater le succès, est celle de l'*Eau de Mars*, d'une efficacité d'autant plus remarquable contre les maux de dents, qu'elle diffère des odontalgiques connus par sa composition entièrement dégagée de substances corrosives. Elle est d'un goût agréable, d'un emploi facile, et procure une guérison instantanée sans produire de suites fâcheuses, telles que l'inflammation des gencives et la détérioration des dents saines.

Un nouvel agent thérapeutique, destiné à jouer un grand rôle dans diverses hydropisies, vient d'être découvert par M. QUENTIN, pharmacien à Paris. Nos expériences nous ont répondu du succès.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 2 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 144, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DU VAL-DE-GRACE (M. Bégin). Plaie contuse à la tête; appareil inamovible à l'aide de bandelettes agglutinatives. Brûlure au troisième degré, par un coup de feu; méthode particulière de pansement. — DE BICÊTRE (M. Rochoux). Quel est le siége de l'orchite blennorrhagique? — MAISON DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (M. Civiale). Taille hypogastrique pratiquée avec succès chez un vieillard. — Académie de Médecine, séance du 30 novembre. — Académie des Sciences, séance du 29 novembre. — Lettre de M. M. Mayor, de Lausanne, sur le traitement des fractures. — FEUILLETON. Histoire de la fièvre typhoïde. (Suite et fin.) — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Préparation et emploi médical de l'iode d'or. Quantité d'acide carbonique expiré dans l'état de santé et dans celui de maladie. Formules de M. le docteur Gibert pour l'administration du deuto-iodure, iodure de mercure.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BÉGIN, chirurgien en chef.

Plaie contuse à la tête. Appareil inamovible à l'aide des bandelettes agglutinatives.

Nous avons reçu, dit M. Bégin, un garde municipal atteint d'une plaie contuse à la tête, produite dans les circonstances que je vais vous indiquer. Ce militaire luttait, dans la cour de la caserne, avec un de ses camarades, qui le fit tomber rudement. Comme, de son côté, il tenait solidement au collet son camarade, il s'ensuivit que ce dernier tomba du même coup sur lui, ce qui ajouta beaucoup à la violence de la chute. Il y eut immédiatement perte de connaissance, et ce n'est qu'après plus d'un quart d'heure que le blessé reprit l'usage de ses sens. Il y a eu par conséquent commotion cérébrale à un haut degré. Ce n'est qu'insensiblement que ce garde revint à lui-même ; il resta pendant quelque temps encore sans avoir toutes ses idées présentes, et sans pouvoir articuler facilement. Transporté à l'hôpital, il a été couché dans une de mes salles, et nous avons constaté une plaie contuse, fort irrégulière, avec écrasement d'une partie des tissus, et dénudation de la boîte crânienne, restée intacte.

Ces sortes de plaies méritent de fixer sérieusement l'attention du chirurgien, en ce que les parties molles extérieures du crâne offrent une réunion de circonstances anatomiques très favorables au développement de l'inflammation, et en ce que celle-ci prend facilement dans cette région le caractère du phlegmon diffus. En effet, les tégumens du crâne sont si épais et si résistans qu'ils ont reçu le nom significatif de cuir ; au-dessous de cette première couche s'en trouve une de tissu cellulaire comprise entre elle et l'aponévrose épicrânienne, et au-dessous de celle-ci existe encore une couche de tissu cellulaire. C'est-à-dire que deux couches de ce tissu sont interposées aux os et au cuir chevelu, à une surface inflexible, et à une surface peu extensible. Il s'ensuit nécessairement que l'inflammation des tégumens du crâne doit avoir une extrême tendance à l'étranglement, et qu'il faut faire tous ses efforts pour prévenir l'inflammation, ou du moins la contenir dans de certaines limites. Cela étant établi, quel est le meilleur moyen à employer ? Il est désormais incontestable, et il y a long-temps d'ailleurs qu'on l'a prouvé, que le contact de l'air est pernicieux pour les plaies, et que l'on se met à l'abri d'une grande chance d'inflammation, en préservant les solutions de continuité de ce contact.

C'est sur ce principe, continue M. Bégin, que je fonde le traitement des plaies contuses de la tête. Je ne crois pas nécessaire d'achever avec le bistouri la section des parties lésées. Cette nécessité se présenterait toutefois s'il existait une douleur vive dans un point, annonçant la section incomplète de quelque filet nerveux. Le cuir chevelu étant convenablement rasé, je rapproche les deux lèvres de la solution de continuité; s'il existe des parties trop mâchées je les excise, après quoi, pour maintenir le contact des lèvres de la plaie ainsi rapprochées, je me sers d'une longue bandelette de diachylon que j'enroule autour du crâne. La plaie se trouve ainsi recouverte d'un véritable appareil inamovible, que je n'enlève que lorsque la cicatrisation est avancée, à moins qu'il n'y ait du gonflement et une inflammation locale intense, ce qui ordinairement n'arrive pas. C'est ce mode de pansement que vous m'avez vu mettre en usage dans le cas qui nous occupe. Le malade a été saigné ; car il ne faut pas perdre de vue la possibilité des accidens ultra-crâniens lorsqu'il y a eu de la commotion, surtout lorsque cette commotion a été aussi violente que chez notre malade.

Le lendemain de l'entrée, comme il y avait de la pesanteur à la tête et de la chaleur au front, je fis faire une application de vingt sangsues aux tempes. Aujourd'hui le malade semble à l'abri de tout accident cérébral, et j'espère une prompte cicatrisation.

Brûlure au troisième degré, par un coup de feu. Méthode particulière de pansement.

Vous avez également vu dans mes salles un sapeur-pompier qui a été blessé pendant une manœuvre. Dans un feu de deux rangs, un soldat placé derrière lui a tiré ; ayant mal ajusté, il lui a brûlé l'avant-bras. La brûlure est à trois degrés, J'ai fait appliquer sur la partie un linge fenêtré enduit de cérat, et des compresses trempées dans une décoction émolliente, le tout maintenu par une bande médiocrement serrée.

Ces compresses, depuis deux jours que le malade est dans mon service, ont été humectées constamment. C'est de cette manière que je panse généralement les brûlures. J'y touche le plus rarement possible. L'appareil appliqué restera jusqu'au temps nécessaire pour que l'escharre commence à se détacher, environ jusqu'au sixième jour. On vante beaucoup une foule de moyens propres à guérir très rapidement les brûlures. C'est de l'exagération, à moins qu'on n'entende parler des brûlures au premier degré, pour lesquelles, en effet, il existe une foule de moyens également avantageux et prompts, ce qui est aisé à comprendre. J'en dirai autant à peu près pour les brûlures au second degré, quoiqu'ici la durée du traitement doive naturellement être un peu plus longue. Mais, dès que les parties ont été intéressées dans une assez grande épaisseur pour qu'il y ait eu formation d'escharres, quelque moyen que l'on emploie, il faut bien attendre que l'escharre se détache, et la cicatrisation ne commencera que lorsque ce détachement se sera opéré. Le mode de pansement que j'ai adopté maintient l'inflammation dans de justes bornes et favorise, par l'humectation, le ramollissement, partant le détachement de l'escharre. J'insiste sur la nécessité de renouveler le moins souvent possible le pansement des brûlures. Je puis vous faire connaître, à ce sujet, un cas remarquable qui viendra fortement à l'appui du précepte. C'est celui du fils d'un teinturier de Strasbourg, qui eut le pied et la partie inférieure de la jambe brûlés par un liquide dans lequel il y avait de la teinture. Un médecin de la ville fut appelé, calma les accidens inflammatoires nerveux, et pansa mollement la plaie, qui suppura. La suppuration augmentait avec les pansemens, et réciproquement le pansement se proportionnait à la quantité de la suppuration, et était renouvelé deux fois par jour. Ce traitement eut pour effet l'amaigrissement du sujet, au point que ses forces avaient sensiblement décliné, et un état d'irritation sympathique du tube digestif qui inspirait les plus vives inquiétudes. Ce fut dans ces circonstances que je fus appelé. Je tombai d'accord avec le médecin traitant que la plaie avait besoin d'être découverte le moins possible. On la couvrit d'un linge fenêtré enduit de cérat, et de plumasseaux de charpie. L'appareil resta trois jours entiers en place, et dès ce moment même il y eut un mieux manifeste. La cicatrisation se fit promptement, et le malade revint à la santé. Je ne dois pas omettre de vous dire qu'avant mon intervention dans le traitement, l'état moral du sujet était alarmant ; l'inquiétude et l'anxiété étaient peintes sur le visage du blessé, et redoublaient toutes les fois qu'on allait renouveler le pansement, sujet de son appréhension continuelle.

En été, lorsqu'on laisse long-temps l'appareil sur les plaies, il se forme assez souvent des vers qui deviennent promptement insupportables par les mouvemens qu'ils exécutent, et la démangeaison à laquelle ils donnent lieu. La démangeaison est même communément le signe auquel on peut se douter que des vers se sont développés sur la surface suppurante. Il suffit de quelques gouttes de deuto-chlorure de mercure dans le liquide dont les pièces de l'appareil sont humectées, pour débarrasser la plaie de ces parasites.

FEUILLETON.

HISTOIRE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

(Suite et fin.)

La fièvre typhoïde se compose généralement de deux périodes : l'une qu'on peut appeler la période d'irritation, l'autre la période d'adynamie. Dans la première, les malades éprouvent une fièvre légère, de la céphalalgie, des étourdissemens et des vertiges, un sentiment d'accablement, il y a des garde-robes liquides ou de la constipation, de l'amertume et de la sécheresse de la bouche, la langue est peu humectée, il y a de la soif, de l'insomnie, de l'inappétence et du dégoût, des douleurs vagues ; cette période dure plusieurs jours ou plusieurs semaines, après quoi, si la maladie ne guérit pas, apparaissent des symptômes de plus en plus graves qui représentent la seconde période. Alors, le malade, qui avait été constipé, est affecté de diarrhée avec ou sans mélange de sang ; s'il avait déjà eu le dévoiement, les selles deviennent plus fréquentes, la céphalalgie augmente, il survient de la stupeur et de l'hébêtement ; il se déclare du délire d'abord pendant la nuit seulement, et plus tard le jour comme la nuit, la face rougit et pâlit alternativement, le pouls s'accélère, la peau se sèche, devient terreuse, dure et brûlante, on voit apparaître sur le ventre, météorisé, douloureux et bruyant par la pression, particulièrement vers la région iléo-cœcale, une éruption de petits boutons rouges ou blancs, qu'on peut comparer au millet blanc ou rouge. Cette éruption se propage quelquefois aux bras, aux cuisses et à la poitrine ; l'apparition de ces boutons apaise fréquemment la fièvre et la plupart des autres symptômes : toutefois, cette rémission ne dure point, au contraire, c'est à la suite de leur éruption que se déclarent pour l'ordinaire les symptômes les plus formidables. En effet, le pouls, qui jusqu'à ce moment était resté fort et plein, devient petit et faible en augmentant de fréquence, les traits de la figure se décomposent complètement, un délire continuel agite le malade la nuit et le jour, la langue est sèche, croûteuse et brune à la surface, les gencives et les dents se couvrent d'une matière brune, visqueuse, épaisse, et sanguinolente, une odeur repoussante s'exhale du corps du malade, tandis qu'il reste couché sur le dos, qu'il gâte son lit, qu'il se trouve en un mot dans une complète prostration ; c'est alors que se forment des eschares partout où le poids du corps porte quelque temps, comme au sacrum et aux trochanters. Peu de malades échappent à un danger si imminent : ceux qui ont ce bonheur reviennent peu à peu par la dissipation graduelle des symptômes, en commençant par les plus graves. Cette affection est très longue : elle dure en totalité, quand les malades guérissent, quarante, cinquante jours au moins ; quelques-uns languissent même dans un état à peu près chronique pendant plusieurs mois de suite, exposés à des rechutes le plus souvent mortelles.

Cette affection, à son début, se présente sous diverses formes : chez les uns elle commence avec les symptômes si connus des fièvres inflammatoires ; chez les autres elle offre l'appareil pathologique des fièvres gastriques ; d'autres enfin éprouvent en commençant un état de faiblesse et d'accablement qui la rapproche déjà des fièvres adynamiques. Chacune de ces formes réclame un traitement spécial et s'explique elle-même par les dispositions des malades, par leur âge, leur sexe, leurs habitudes et leur tempérament. En général, cependant, la fièvre typhoïde, telle que l'entendent les modernes, se traite d'après deux ordres d'indications assortis aux deux périodes qui se partagent son développement. Toutefois il n'y a rien de bien précis sur la nature de ces indications. On voit des médecins attaquer franchement cette grave maladie par des saignées répétées ou coup sur coup, principalement à l'époque de l'invasion ; la plupart l'abordent au début par quelques saignées modérées et par les adoucissans internes et externes, par les émissions sanguines locales à l'anus ou dans la région iléo-cœcale, en insistant sur cette pratique tant que durent les symptômes du premier temps. Nous ne devons pas oublier de dire que quelques autres médecins se vantent de couper court à cette époque à l'irruption des espèces les plus graves en employant aussi coup sur coup les purgatifs salins.

La seconde période de la fièvre typhoïde, période adynamique ou de prostration, appelle en général la combinaison des toniques avec les antiseptiques et les excitans. Toutefois il existe encore au sujet de son traitement une grande dissidence parmi les praticiens. Ceux qui ne voient dans cette fièvre qu'une inflammation gastro-intestinale se contentent de poursuivre les symptômes de cette seconde période par des antiseptiques externes et des applications irritantes de la peau, dans le but de détourner la congestion gastro-intestinale : ceux-là sont très circonspects dans l'emploi des toniques et des excitans internes ; bien plus, convaincus que les symptômes adynamiques et ataxiques d'où viennent tous les dangers de la fièvre typhoïde relèvent des progrès de l'inflammation de l'intestin, ils saisissent habilement les courts instans d'exaltation qui s'entremêlent avec les phénomènes de l'adynamie pour attaquer, à l'aide des antiphlogistiques locaux, les points d'inflammation. Les autres médecins ne marchandent pas autant avec les toniques et les excitans ; ils font usage de préparations de quinquina, de chlorure de sodium, de vin généreux et d'autres stimulans qu'ils marient pour l'ordinaire avec quelques douces purgations. Enfin, les sectateurs de l'opinion que la fièvre typhoïde ne dépend que de la polycholie laissent de côté les toniques et les antiphlogistiques et persévèrent jusqu'au dernier moment dans l'emploi des purgatifs. Il faut l'avouer néanmoins, la majorité des médecins repousse dans la seconde période de la fièvre typhoïde la méthode antiphlogistique ainsi que la méthode évacuante et recourt de préférence à l'administration des toniques et des excitans.

On le voit, les médecins ne s'entendent aujourd'hui ni sur les caractères de la fièvre typhoïde, ni sur sa nature essentielle, ni sur son traitement ; cependant ils regardent presque tous comme un fait incontestable que cette fièvre est liée à la présence d'une entérite folliculeuse ; que cette entérite ne ressemble nullement à l'entérite ordinaire ; qu'elle consiste plutôt dans une éruption particulière d'où proviennent tous les symptômes. Cependant ils reconnaissent des cas de fièvre typhoïde sans lésions des follicules intestinaux, ils en admettent en bien plus grand nombre dans lesquels il n'y a nul rapport entre les lésions locales et les symptômes fébriles ; mais ces cas s'expliquent, suivant eux, la première en accréditant l'idée de Baillou et de Sydenham sur l'existence de la fièvre varioleuse sans variole ; et la seconde en posant en principe que bien que la lésion organique, quand elle se rencontre, soit un phénomène pathognomonique de la fièvre typhoïde, cependant cette lésion ne la constitue pas toute seule ; en sorte qu'au lit du malade s'il est indispensable d'avoir les yeux ouverts sur les progrès de l'entérite, il n'est pas moins indispensable de fixer son attention sur le développement et la tendance de l'appareil fébrile. Le traitement de cette fièvre est une suite de l'idée déduite de sa nature. Ils recommandent en conséquence de combattre l'entérite, mais ils subordonnent fréquemment le plan curatif de la lésion organique à la méthode thérapeutique des symptômes de la fièvre.

Nous avons examiné d'un côté ce que les anciens avaient pensé de la fièvre typhoïde, et, d'un autre côté, quelle idée les médecins modernes essaient de s'en former. Il reste à déterminer les rapports et les différences entre ces deux manières de l'envisager, et de compléter par cette vue comparative l'histoire générale de cette intéressante fièvre.

3° *Comparaison de la fièvre typhoïde chez les anciens et chez les modernes.* — Les anciens et les modernes reconnaissent également une fièvre typhoïde. Les premiers la décrivent sous les noms de fièvre typhode, typhus, fièvre maligne, fièvre pestilentielle, fièvre putride, peste ; les seconds la désignent plus particulièrement sous les titres de fièvre typhoïde, fièvre grave, entérite folliculeuse, dothinentérite. Ceux qui ne perdent pas de vue l'influence des noms sur les choses, découvriront par anticipation, sous les désignations respectives des modernes et des anciens, toutes les différences qui nous séparent à l'égard de cette fièvre de l'opinion des anciens médecins. Ce qui frappe en effet,

HOSPICE DE BICÊTRE.

Quel est le siége de l'orchite blennorrhagique; par J.-A. Rochoux, médecin de la Vieillesse (hommes).

L'auteur d'un article destiné à faire connaître les idées de M. Velpeau sur la maladie si improprement appelée *orchite*, puisqu'elle respecte toujours le testicule, a rempli sa tâche de manière à ne rien laisser à désirer à ceux qui veulent être bien au courant des expériences du savant professeur, mais il ajoute: « Depuis que M. Velpeau a démontré que les choses ne se passent pas ainsi, M. Rochoux est revenu, *sans en convenir*, de sa première proposition, car il se borne à dire, à présent, que la tumeur est formée en partie par le gonflement de l'épididyme, et le reste par le sérum épanché dans la tunique vaginale (1). » Eh bien, je n'ai jamais professé d'autre opinion que celle à laquelle on me suppose avoir été conduit par les travaux de M. Velpeau. La preuve en est facile à fournir.

La seconde fois que j'ai parlé de l'orchite, avec l'intention de préciser le rôle que jouent les parties susceptibles d'être affectées dans cette maladie, la conclusion de ma courte notice a été : « Je finis en disant que le testicule est entièrement étranger au développement de la tumeur appelée orchite, laquelle est en grande partie formée par l'épanchement inflammatoire de la tunique vaginale, et, pour une portion toujours plus ou moins petite, par le gonflement de l'épididyme (2). » Il est vrai qu'à l'occasion de ce passage, M. Forget, à qui personne ne contestera la découverte de mon prétendu changement d'opinion par rapport à l'orchite, ajoute en note : « Le gonflement de l'épididyme est déjà quelque chose (3) ; » donnant par là clairement à entendre que j'aurais d'abord méconnu cette affection de l'épididyme. Rien, comme on va le voir, n'est moins fondé que cette assertion accueillie sans la moindre défiance par presque tous ceux qui ont cru devoir me citer en parlant de l'orchite.

Le but de mon premier article intitulé : *Du siége et de la nature de la maladie improprement appelée orchite, ou testicule vénérien* (4), était de prouver que la portion du mal dont on supposait le testicule atteint, avait pour siége la tunique vaginale. Cela étant, j'aurais pu mettre entièrement de côté tout ce qui concerne l'affection de l'épididyme, j'aurais pu même ne pas écrire le nom de cet organe, sans qu'on eût eu le droit d'en inférer que je niais le fait de sa participation au mal en question. Loin de là, mon silence aurait dû être interprété pour l'affirmative, en vertu de cette sorte de convention, *qui ne dit mot consent*. Mais je n'ai pas besoin de recourir à une pareille justification pour montrer combien se trompent M. Forget et tous ceux qui, à son exemple, parlent de mon changement d'opinion ; il suffit, à ce sujet, de reproduire quelques lignes de l'article où je signalais les présomptions qui avaient empêché les observateurs de reconnaître la véritable nature de l'orchite, en disant : « Ainsi, on avouait que la douleur du début se propageait le long du canal déférent, et venait se terminer à l'épididyme, où elle paraissait se fixer. On savait aussi que là commençait l'engorgement qui, recouvrant d'abord le haut du testicule, formait une tumeur séparée de cet organe par une sorte d'étranglement, puis l'enveloppait peu à peu, de manière à le faire disparaître entièrement. On avait constaté qu'au commencement surtout cette tuméfaction donnait lieu à une fluctuation si manifeste, que presque tous les auteurs la signalent, mais en ajoutant que c'est un symptôme illusoire, etc. (5). »

(1) Gazette des Hôpitaux, 4 nov. 1831.

(2) Un mot sur le siége de l'orchite. Journ. hebd. de méd., déc 1834, p. 383.

(3) *Loc. cit.*, p. 384. Si, pour connaître mon opinion sur l'orchite, M. Forget eût dû compulser un énorme in-folio, on lui pardonnerait peut-être d'avoir reculé devant l'ennui d'une semblable tâche. Mais pour s'éviter la lecture d'un article de cinq pages, s'exposer étourdiement à gratifier d'une sottise l'auteur que l'on critique, c'est par trop talon rouge.

(4) Arch. gén. de méd., mai 1833, p. 51 et suiv.

Quiconque aura lu ce passage, devra se demander comment il a pu se faire que dès la seconde fois que j'ai reproduit la même idée, à peu près dans les mêmes termes, j'aie été accusé d'avoir changé d'opinion, et surtout comment cette niaise accusation a pu se renouveler après la discussion, devant l'Académie de médecine, du rapport que j'avais été chargé de faire sur le mémoire de M. Ricord (6), à l'occasion duquel je reproduisis, avec de nouvelles preuves à l'appui, les idées que j'avais précédemment émises touchant l'orchite (7)? Mais puisque malgré tout cela, on s'obstine à proclamer mon changement d'opinion, on trouvera tout naturel que je ne mette pas moins d'instance à déjouer cette espèce de conspiration. A cet effet, je vais reprendre les choses d'un peu haut.

En 1787, Hunter plaça dans le testicule même le siége de la maladie communément désignée aujourd'hui par le nom d'orchite blennorrhagique (8). En 1808, Swediaur prétendit qu'elle affectait exclusivement l'épididyme (9). Depuis assez long-temps il s'était établi, en France, une sorte de compromis entre les deux opinions, lorsque M. Gaussail, après avoir expliqué comme Swediaur le transport de l'inflammation du canal de l'urètre à l'épididyme (10), la fit ensuite s'étendre au testicule qui, suivant les cas, est susceptible d'acquérir le triple ou le quadruple de son volume ordinaire (11). Au lieu de cela, je crois avoir prouvé qu'à part la portion ordinairement assez petite de la tumeur qui, dans l'orchite, appartient à l'épididyme, le reste est formé par un épanchement dans la tunique vaginale, dû lui-même à l'inflammation de cette membrane, le testicule restant sain (12). Je vais donc m'efforcer de mettre au-dessus de toute contestation l'exactitude de cette opinion, à laquelle, de l'aveu du rédacteur des leçons de M. Velpeau, se rattachent à présent la généralité des médecins (13).

La seule objection que le professeur de la Charité ait élevée contre elle se réduit à assurer que dans la plupart de nombreux cas d'orchite où il a pratiqué la ponction de la tumeur, il a toujours trouvé, après l'évacuation du liquide épanché dans la tunique vaginale, le testicule gonflé au point d'avoir quelquefois le double et même le triple de son volume (14).

A cela je répondrai d'abord par une réflexion dont, séance tenante, M. Bouillaud m'a fait part, en entendant le récit des observations invoquées par son collègue ; c'est qu'après une ponction pratiquée avec la *lancette* à travers l'épaisseur du scrotum, il reste toujours une certaine quantité de liquide plus ou moins épais, bien propre à simuler le gonflement du testicule, comme cela a toujours lieu, suivant la remarque de Béclard (15), vers la fin de la résolution de l'épanchement auquel l'opération de l'hydrocèle par injection donne lieu. Je citerai ensuite les propres paroles de M. Aubry qui, à la page 35 de son article sur l'orchite prend parti pour M. Velpeau (16), oubliant avoir écrit à la page précédente : « Enfin, chez le plus grand nombre des malades, on reconnaît que le testicule a conservé, à peu de chose près, son volume naturel » (17). Voilà comment, soit dit en passant, cet auteur combat mon opinion qu'il ne connaît pas, et défend celle de M. Velpeau qu'il croit connaître. Tel est, en définitive, le résultat auquel conduit l'appréciation des seuls faits que l'on ait pu jusqu'à présent m'objecter. Tous les autres, et ils sont nombreux, sur lesquels on a prudemment gardé le silence, me prêtent un appui dont il me reste à faire connaître la valeur.

En première ligne, se présente l'inexcentricité bien connue des membranes fibreuses, qui ne permet aucunement de croire la tunique albuginée susceptible de supporter sans déchirure une dilatation telle, qu'en 36 ou 48 heures sa surface décuplerait quelquefois, comme cela aurait nécessairement lieu si dans le même espace de temps, le volume du testicule venait à tripler (18). Il faut, en outre, prendre en considération la structure du testicule si délicate, qu'elle doit infailliblement entraîner la suppuration de toute inflammation un peu considérable de cet organe, ainsi qu'on le voit fréquemment arriver dans ses affections traumatiques (19). Or, quand on songe que dans l'orchite cette fâcheuse terminaison ne s'observe sans doute pas une fois sur cent, puisque durant le cours de son immense pratique, Cullerier l'oncle n'en observé qu'une vingtaine d'exemples (20), et que M. Velpeau ne paraît pas en avoir encore rencontré un seul, on est conduit à penser que dans tous les cas où le savant professeur a cru voir le testicule gonflé et enflammé, il n'en était rien. Enfin, un dernier argument qui à lui seul pourrait remplacer tous les autres, c'est que les sept autopsies dont, jusqu'à présent, j'ai eu connaissance, ont toutes rencontré le testicule sain, ou au moins exempt d'altération qu'on pût rapporter à l'orchite aiguë (21). Est-ce là, pour moi, le cas de changer d'opinion? Je ne le crois pas.

(5) *Loc. cit.*, p. 53.

(6) Note sur l'épididymite blennorrhagique.

(7) Bull. de l'Acad. de méd., t. II, p. 506 et suiv.

(8) Traité des maladies vénériennes, p. 57.

(9) Traité complet des maladies vénériennes, t. Ier, p. 116.

(10) Arch. génér. de méd., oct. 1831. Mémoire sur l'orchite blennorrhagique.

(11) *Op. cit.*, p. 268.

(12) Un mot sur le siége de l'orchite. Journ. hebd. de méd., déc. 1834, t. IV, p. 381. Bull. de l'Acad. de méd., Rapport de MM. Roux et Rochoux, t. II, p. 507.

(13) Gazette des Hôpitaux, 2 nov. 1841. De l'orchite aiguë, p. 539.

(14) *Idem.*

(15) Propositions sur quelques points de médecine, etc., août 1813, p. 34.

(16) « Déjà M. Velpeau, à l'article *Hydrocèle aiguë* du Diction. en 25 vol., a prouvé que si l'accumulation de la sérosité contribue dans certains cas à former la tumeur, elle n'y prend pas une part aussi grande que M. Rochoux l'a prétendu. » Arch. gén. de méd., Epididymite blennorrhagique, mai 1841.

(17) Arch. gén. de méd., mai 1841, p. 34.

(18) « L'épididyme se gonfle d'abord, et quelques heures après le testicule se gonfle et se durcit. » Lassus, Pathol. chir., t. Ier, p. 243. — « Le testicule acquiert en assez peu de temps trois ou quatre fois son volume ordinaire! » Lagneau, Traité prat. des mal. vénér., t. Ier, p. 167. — « En peu d'heures le testicule double de volume. » Sabatier (J.-C.), Considérations sur l'orchite, Journ. hebd. de méd., t. II, p. 102, 1834. — Evidemment ce gonflement si rapide, admis par tous les auteurs comme affectant le testicule, a un tout autre siége.

(19) Lassus, Pathologie chirurgicale, t. Ier, p. 193.

(20) Dict. des scienc. méd., article *Blennorrhagie*.

(21) Voici l'indication des faits d'anatomie pathologique relatifs à l'orchite parvenus à ma connaissance :

Premier et deuxième cas observés par M. Gaussail, Arch. génér. de méd., oct. 1831, p. 200 et 203.

Troisième cas observé par M. Marc Moreau, Recherches nouvelles sur le siége de l'orchite, Journ. hebd. de méd. et des prog., t. II, p. 215.

Quatrième cas observé par M. Reynaud, Siége de l'orchite, etc., même recueil, sept. 1834, p. 359.

Cinquième cas observé par M. Ricord, Note sur l'orchite blennorrhagique, mémoire inédit.

Sixième cas observé par moi à Bicêtre.

Septième cas observé par M... Arch. gén. de méd., nov. 1837, p. 396.

---

dans les dénominations anciennes, c'est le choix affecté de termes généraux ne se rattachant positivement à aucune lésion ; et dans les dénominations préférées par les médecins modernes, l'attention non moins soigneuse de circonscrire le théâtre de la fièvre typhoïde sur un point déterminé de l'organisation. Est-ce bien, est-ce mal de laisser ainsi dans le vague le nom d'une maladie aussi concrète que cette fièvre ; ou de la localiser sur une portion de la nature organique, quand il est si évident, soit par ses symptômes, soit par sa thérapeutique, soit même par ses impressions cadavériques, qu'elle pénètre en quelque sorte ou qu'elle imprègne toute l'organisation? Ici comme en beaucoup d'autres circonstances, nous croyons qu'il est plus sage de se défendre de tout parti extrême, et qu'il faut rejeter en même temps et les dénominations trop vagues et les dénominations exclusivement anatomiques. A ces titres, nous croyons bien faire de proscrire d'un seul coup les noms de fièvre maligne, fièvre pestilentielle ou peste, dont les anciens ont tant abusé, ainsi que les noms d'entérite, de dothinentérie, d'iléo-diclidite qui n'expriment simplement qu'une lésion locale. La dénomination de fièvre typhoïde se présente précisément entre ces deux termes extrêmes, et nous paraît devoir être réservée par préférence comme indiquant à la fois un état pathologique général ou fébrile, et le cachet spécial de cette manifestation fébrile. Un autre avantage de cette préférence, c'est l'adoption du nom de fièvre typhoïde et par les modernes et par les anciens.

Les caractères de cette fièvre se ressemblent peu, au premier coup-d'œil, chez les anciens et chez les modernes. Anciennement la fièvre typhoïde était essentiellement pernicieuse ; on n'admettait ni des cas légers, ni des cas moyens ; tous les cas étaient réputés très dangereux, sauf quelques variétés de plus ou moins. Sous ce rapport, les médecins modernes nous paraissent encourir un reproche fondamental ; ils prennent fort souvent pour des fièvres typhoïdes commençantes une foule d'affections de diverses natures, ou, pour parler plus exactement, nous les voyons chaque jour envelopper sous cette dénomination toutes les espèces de fièvres sans exception. Ouvrez le recueil de leurs observations, suivez-les plutôt au lit des malades dans les hôpitaux de la capitale ; à peine ont-ils constaté sur un sujet quelques vertiges, de l'anorexie ou du dévoiement, que vous les entendez prononcer les mots de fièvre typhoïde, tandis qu'à vrai dire ils n'ont sous les yeux qu'une légère fièvre gastrique, une petite fièvre inflammatoire, et même un simple embarras gastro-intestinal. Cette confusion fort ordinaire grossit outre mesure le chiffre des fièvres typhoïdes, et donne lieu dans les résultats statistiques de ces fièvres à de continuels mécomptes. L'excès que nous combattons n'est pas de notre part une vaine illusion. Lisez la plupart des relevés des maladies traitées sous leurs auspices, et vous n'y trouverez presque plus ni fièvres inflammatoires, ni fièvres bilieuses ou muqueuses, ni fièvres catarrhales, ni embarras gastriques. Toutes ces affections, bien distinctes entre elles par leur diagnostic comme par leur traitement, et non moins distinctes de la fièvre typhoïde proprement dite, ont disparu par la puissance de leur imagination, et se sont transformées intégralement dans l'un des trois degrés de la fièvre typhoïde. Nous faisons des vœux pour qu'on prévienne désormais cette fâcheuse confusion, et qu'on se rapproche un peu plus du mode de détermination beaucoup plus précis à cet égard, des anciens praticiens, en n'imposant la qualité de fièvre typhoïde qu'aux espèces pathologiques manifestement revêtues de ses caractères.

La distance entre ces fièvres au début chez les anciens et chez les modernes, s'efface presque entièrement lorsqu'on met en présence les anciennes descriptions des fièvres typhoïdes et les cas graves de ces fièvres signalés par les médecins modernes. Il est certain que ces deux tableaux offrent alors une ressemblance si frappante, qu'il serait peut-être impossible de distinguer tel de ces cas emprunté, par exemple, à M. Louis ou à M. Chomel et les faits puisés, par exemple, dans Fernel, Baillou, Rœderer et Wagler ou Sarcône, voire même dans les écrits de Galien et d'Hippocrate. Cette similitude remarquable prouve en faveur de tous ces observateurs ; elle prouve aussi évidemment que la fièvre typhoïde est une affection réelle, et qu'elle est la même dans tous les temps. Toutefois, à travers ces rapports curieux, on démêle quelques différences bien dignes d'attention. La plupart des fièvres typhoïdes, toujours dans les cas graves, fournies par les modernes, n'appartiennent en général qu'à une seule des catégories de ces fièvres distinguées par les anciens.

Nous avons dit, on s'en souvient sans doute, que les anciens admettaient des fièvres typhoïdes essentielles ou primitives et des fièvres typhoïdes secondaires ou consécutives, et que ces dernières, extrêmement communes, descendaient directement soit de fièvres inflammatoires, soit de fièvres bilieuses, soit de fièvres muqueuses, soit encore de toute autre affection.

Eh bien ! les fièvres typhoïdes graves des modernes, ne sont conformes généralement qu'à l'espèce de fièvre typhoïde dépendante d'une fièvre muqueuse ; aussi avons-nous choisi pour terme de comparaison, chez les anciens, parmi les histoires des fièvres muqueuses seulement. Si ce fait est vrai, et rien n'empêche de le vérifier à fond, il s'en suivrait que ce qu'on appelle aujourd'hui fièvre typhoïde ne rendrait que fort imparfaitement la fièvre désignée jadis sous ce nom ; car elle ne ressemblerait qu'à une fièvre typhoïde secondaire ; savoir, nous le répétons, à la seule espèce dépendante d'une fièvre muqueuse. Est-ce que, par hasard, les anciens auraient beaucoup trop multiplié les espèces de fièvres typhoïdes, ou n'est-ce pas que les modernes confondent mal à propos plusieurs espèces de maladies sous le même nom? A voir les observations fort rigoureuses accumulées depuis Hippocrate dans tous les lieux et dans tous les temps, nous inclinons à penser que ce ne sont pas les modernes qui ont raison. Leurs torts, à cet égard, se révèlent, si nous ne nous abusons, par la discordance évidente existante dans leurs diagnostics comme dans leurs méthodes de traitement. Car enfin, ou la fièvre typhoïde est une et toujours semblable à elle-même ; et alors d'où vient que les observateurs ne réussissent pas à s'entendre uniformément ; ou bien elle est susceptible de se présenter avec des caractères très divers, ainsi que l'admettaient les anciens, et alors les opinions discordantes des modernes doivent aspirer à l'harmonie, et tous leurs systèmes disparates réunis sous une vue commune, se trouvent d'accord avec les résultats des anciennes observations.

La méthode thérapeutique de la fièvre typhoïde justifie dans toutes ses parties les rapports et les différences entre les fièvres typhoïdes anciennes et les fièvres typhoïdes de notre temps. Rien de plus variable, à en juger d'après les praticiens modernes, que la thérapeutique de ces fièvres ; rien de plus fixe, au contraire, que la même thérapeutique d'après les observations anciennes. Chez nous on vante, un fait à la main, tantôt l'emploi des saignées coup sur coup, tantôt l'usage des purgatifs, tantôt l'administration des toniques, des stimulans et des antiseptiques. Que conclure, si les faits allégués sont vrais, et nul n'a le droit de les rejeter tous, de tant de manières diverses de pratiquer, sinon que les fièvres typhoïdes soumises avec succès à des traitemens si différens, ne sont pas les mêmes au fond quoiqu'elles puissent se présenter sous les mêmes traits, et que les unes proviennent d'une affection inflammatoire, les autres d'une affection bilieuse, d'autres enfin d'une affection catarrhale ou muqueuse.

La base de ces méthodes thérapeutiques ainsi considérées, on ne manque pas de faits analogues dans les faits rassemblés par nos devanciers. Ainsi, par exemple, de Haën recommandait et pratiquait de son temps des saignées réitérées au commencement des fièvres malignes ou typhoïdes. Guidetti et Stoll ont recommandé, dans la plupart de ces affections, la méthode évacuante avec ou sans émissions sanguines préliminaires. Rivière et Huxham se fiaient davantage aux excitans et aux toniques, soutenus encore par les émétiques ou les purgatifs. Se pourrait-il que des affections qui cédaient avec un égal bonheur à des méthodes curatives positivement contradictoires, fussent parfaitement et identiquement les mêmes? Si cela était, on devrait proclamer la médecine pratique une superstition absurde, et la reléguer parmi les déceptions les plus déplorables de l'espèce humaine : mieux vaut admettre, du moins nous le croyons, que toutes ces fièvres combattues par des traitemens contraires, ne ressemblent que par leurs symptômes aux vraies fièvres typhoïdes, tandis qu'elles ne sont, à les bien prendre, que des dégénérescences de diverses affections.

MAISON DE SANTÉ ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Homme de soixante-six ans. Calcul d'acide urique de [illegible] pouces dans son diamètre transversal, et de 18 lignes dans son épaisseur, offrant en outre 14 aspérités ou saillies très marquées. Tumeur fongueuse de la grosseur d'une noix développée à la partie inférieure de l'orifice interne de l'urètre. Lithotritie jugée avec raison fort dangereuse, sinon impossible. Taille hypogastrique pratiquée avec succès par M. CIVIALE.

Le 24 juillet dernier est entré à la Maison de santé et de médecine opératoire un calculeux âgé de soixante-six ans, d'un tempérament sanguin. Ce malade donne sur son affection les renseignemens qui suivent. Il y a douze ans, après une course prolongée à cheval, il eut une hématurie assez abondante, qui s'est reproduite souvent depuis à la suite d'une fatigue portée un peu loin, et s'est accompagnée d'un raptus sanguin vers le cerveau, lequel a nécessité un traitement antiphlogistique très énergique. A dater de cette époque, douleurs au bout de la verge avant et après l'émission des urines, qui avait lieu fréquemment, surtout la nuit, avec un malaise dans la région des reins. M. B... n'a jamais rendu de graviers ni de mucosités. Aucun dérangement du côté des voies digestives. Pas de calculeux dans sa famille. Dans le pays habité par le malade, il se trouve un assez grand nombre de pierreux, et l'on y fait généralement usage des eaux de puits. Le cathétérisme pratiqué en province a fait constater l'existence d'un calcul dur et volumineux, et a été suivi d'un écoulement de sang abondant et d'une vive réaction ; les urines sont devenues catarrhales, et le besoin de les rendre beaucoup plus rapproché.

Le 27 juillet, M. Civiale explore la vessie pour la première fois : la sonde pénètre très avant, ce qui dénote un engorgement considérable de la prostate. Le lendemain, une fièvre intense se déclare, et quelques jours après tout rentre dans l'ordre.

Le 31 juillet, nouveau cathétérisme, qui n'amène aucun accident.

Le 2 août, le chirurgien de l'hôpital Necker commence l'introduction des bougies molles, qui ne déterminent aucune douleur.

Le 11 août, M. Civiale fait un essai de lithotritie ; la pierre est saisie dans un fort diamètre, mais elle est tellement dure qu'il est impossible de la faire éclater. Comme, d'un autre côté, le malade souffre beaucoup, et qu'il existe une tumeur fongueuse située au col vésical que l'on est obligé de contourner pour arriver au calcul, ce qui rend la manœuvre longue et douloureuse, M. Civiale décide que la taille hypogastrique présente beaucoup plus de chances de succès que la lithotritie ; il procède donc le 18 août, en présence de plusieurs chirurgiens étrangers, à cette grande opération de la manière suivante : Une injection étant préalablement poussée dans la vessie, il introduit dans ce viscère la sonde à dard modifiée par lui, et la confie à un aide ; il fait ensuite, à partir du pubis, une incision de deux pouces et demi intéressant la peau et le tissu-cellulaire ; l'aponévrose une fois débridée, il fait saillir le dard, qui lui sert ensuite de conducteur pour ouvrir le réservoir urinaire. Immédiatement après, M. Civiale place le suspenseur à gorge qui a le triple avantage de soutenir la vessie, de fournir une gouttière pour l'introduction des tenettes, et de garantir de tout froissement l'angle supérieur de la plaie, où la moindre déchirure pourrait avoir des conséquences graves. Les tenettes sont glissées et rapportent d'abord une petite pierre lisse qui se brise, puis un énorme calcul, hérissé de quatorze aspérités qui dilacèrent un peu la vessie ; celle-ci est lavée à grande eau ; une sonde est introduite, placée à demeure, et le malade transporté dans son lit. Les suites de l'opération sont très heureuses ; les urines s'écoulent par l'algalie et par la plaie ; seulement, comme le liquide urinaire trouvait plus de facilité à s'échapper par la partie supérieure de la vessie que par le canal, à cause de la tumeur fongueuse dont j'ai parlé, la guérison a été plus tardive qu'à l'ordinaire, et j'étais obligé tous les trois ou quatre jours d'enlever la sonde, afin de la débarrasser des mucosités dont elle se trouvait engorgée, précaution indispensable dans des cas de cette espèce.

Le 6 octobre, la solution de continuité était tout à fait cicatrisée, et le malade a quitté la Maison de Médecine opératoire. Son état général n'était cependant pas aussi satisfaisant qu'on l'eût désiré, mais M. B... voulut rentrer dans sa famille ; il lui fut prescrit un traitement convenable ; on lui recommanda surtout d'aider souvent la vessie à se débarrasser de son contenu, car elle était paresseuse. La tumeur existant au col vésical opposait d'ailleurs un obstacle au passage de l'urine, et l'on devait craindre qu'une grande distension de ce viscère ne rompît la cicatrice encore si fraîche et si tendre.

— Voici un nouveau succès de taille sus-pubienne à ajouter à ceux déjà connus dans la science et qui démontre qu'il faut beaucoup d'expérience et de discernement pour arriver à de bons résultats dans le traitement des maladies des voies urinaires. Que serait-il arrivé, en effet, ici, si M. Civiale, cédant à la terreur que le bistouri inspirait à son malade, et méconnaissant les conditions générales et locales dans lesquelles il se trouvait, l'eût soumis aux chances de la lithotritie ? Il fût peut-être parvenu à détruire le calcul à la suite d'un nombre considérable de séances ; mais M. B... eût beaucoup souffert si l'on en juge d'après ce qu'il éprouva lors de la première tentative. L'on avait tout à craindre, dans cette circonstance, d'une manœuvre qu'il ne dépendait pas du chirurgien d'abréger, et que la disposition des organes rendait extrêmement pénible. Ce fut pour ce motif, plus encore qu'eu égard au volume et à la dureté de la pierre, que M. Civiale se décida à recourir à la cystotomie, dont le résultat a été aussi heureux qu'on pouvait l'espérer. C'est aussi par suite de l'état morbide du col vésical, plus encore que par la grosseur du calcul, qu'on a fait choix de la taille sus-pubienne.

M. Civiale pense que ce n'est pas sans inconvénient que l'on va inciser, froisser, contondre une tumeur anormale existant au col de la vessie, ce qui est inévitable dans la taille périnéale, tandis que par l'hypogastre elle n'est nullement intéressée. Après l'extraction de la pierre, il eût été possible de tenter l'extirpation de la tumeur fongueuse que le doigt pouvait facilement circonscrire ; mais elle était à base large ; l'opération eût présenté de grandes difficultés et eût entraîné des accidens graves, notamment des hémorrhagies : on avait encore affaire à un sujet épuisé.

C'est en raison de toutes ces considérations, que M. Civiale s'est abstenu de toute tentative de ce genre. L'expérience, d'ailleurs, a prouvé que ces tumeurs fongueuses, développées sous l'influence d'une affection calculeuse, restent stationnaires, si même elles ne s'affaissent, dès que la pierre est enlevée.

X...

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 novembre. — Présidence de M. Roux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Leroy-d'Etiolles demande à l'Académie de nommer une commission chargée de lui rendre compte de l'efficacité des instrumens qu'il a imaginés pour extraire par les voies naturelles les corps étrangers introduits dans la vessie.

— *M. Virey* adresse un paquet cacheté.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Bertulus, chirurgien de Marine à Toulon, qui réclame contre une critique faite par M. Chervin sur un travail imprimé dont il avait fait hommage à l'Académie.

D'après les remarques de MM. Chervin, Londe, Adelon, Moreau, l'Académie décide qu'elle passe à l'ordre du jour. M. Chervin continuera sa lecture dans une prochaine séance. Nous reviendrons avec quelques détails sur ce sujet quand cette lecture sera terminée.

— *M. Gauthier de Claubry* fait la communication suivante : M. Chabrol, médecin vétérinaire dans le département de la Haute-Vienne, a trouvé, le 3 juin 1841, sur une vache appartenant à un cultivateur du village de Pagnac, des pustules desséchées auxquelles il a trouvé de l'analogie avec celles du cow-pox, dont les croûtes ont servi à inoculer, dans l'hospice de Limoges, plusieurs enfans sur lesquels M. Thuillier, chirurgien de cet hôpital, vit se développer une vaccine régulière, d'un bel aspect, qui depuis cette époque n'a pas cessé de servir avec succès pour les vaccinations hebdomadaires. Le propriétaire de la vache sur laquelle M. Chabrol a trouvé ces pustules qui lui ont fourni la vaccine prétend que, depuis vingt ans, ses vaches lui ont présenté plusieurs fois une semblable éruption.

— *M. Guerard*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, fait une lecture sur l'Influence des boissons froides sur la santé quand le le corps est échauffé. (Commissaires : MM. Londe, Espiaud, Joly.)

— *M. Bouley* fait un rapport favorable sur un mémoire de M. Aubergié ayant pour titre : « Recherches sur l'assa-fœtida. » Ce travail renferme plusieurs faits importans, et est digne de fixer l'attention. M. le rapporteur propose de renvoyer ce mémoire au comité de publication, de nommer une commission chargée d'expérimenter dans les hôpitaux les résultats obtenus par l'auteur, et d'inscrire le nom de celui-ci sur la liste des candidats aux places de membres correspondans de l'Académie.

D'après les observations présentées par MM. Martin-Solon et Delens, l'Académie décide que les conclusions proposées par M. Bouley ne seront mises aux voix qu'après des expériences faites par les médecins des hôpitaux. En attendant, comme le travail de M. Aubergié offre de l'intérêt, le rapport sera publié.

— *M. Baron* fils présente à l'Académie une tumeur fibreuse de l'ovaire droit pesant 29 livres, trouvée chez une femme de 71 ans morte dans le service de M. Fouquier à l'hôpital de la Charité.

ACADÉMIE DES SCIENCES,

Séance du 29 novembre. — Présidence de M. Serres.

Recherches anatomiques sur la structure des membranes muqueuses. (Cinquième mémoire.) — M. Flourens fait connaître dans ce travail la structure de la membrane muqueuse du nez, de celle de la trachée-artère et de celle de la vessie.

Je commence, dit-il, cette nouvelle suite d'études par l'étude de la membrane muqueuse du nez ou pituitaire.

Muqueuse du nez. La structure intime de la membrane pituitaire est encore aujourd'hui même très peu connue. Vers le milieu du dix-septième siècle, Scheider détruit l'erreur ancienne qui faisait descendre la pituite du cerveau, et rencontre dans la membrane muqueuse du nez le véritable organe de la sécrétion de la pituite.

Bientôt après Ruysch distingue et sépare de la membrane muqueuse proprement dite le périoste qui recouvre les os du nez.

Haller, un des premiers, parle de l'épiderme de la membrane pituitaire, mais ni Bichat, ni Meckel, ni Béclard, n'en parlent plus.

Bichat paraît ne voir, comme Ruysch, dans la membrane pituitaire, que deux feuillets, dont l'un est le périoste même et l'autre le feuillet muqueux. Meckel n'en dit pas plus que Bichat, et Béclard se borne à dire que « dans certaines parties, comme les fosses nasales, la diminution de l'apparence de l'épithélium est graduelle, insensible, et qu'il est impossible d'en assigner exactement les limites.

La fièvre typhoïde pure ou primitive ne reconnaît partout qu'une seule méthode thérapeutique fondée, comme sa nature, sur des principes toujours les mêmes : elle a pour objet de relever le ton des solides et de réprimer la tendance des liquides à la dissolution, ce qu'elle accomplit heureusement par une habile combinaison des toniques avec les excitans et les antiseptiques, tant qu'il n'existe pas une lésion organique trop profonde. Les lésions circonscrites qui surgissent pendant son développement participent de sa nature pernicieuse et menacent de détruire les régions qu'elles envahissent, soit par la suppuration, soit par la gangrène. Dans ces fâcheuses dispositions, les débilitans et les émissions sanguines ne sauraient convenir que par exception au traitement de ces lésions locales : elles s'accommodent davantage d'un certain degré de stimulation. Du reste, le moyen le plus sûr d'en arrêter les progrès destructeurs, c'est de combattre la fièvre même, car les lésions locales n'en sont guère que l'effet. Hâtons-nous d'ajouter qu'il ne s'agit ici que de la généralité des fièvres typhoïdes primitives, et que les cas particuliers obligent de modifier diversement les règles que nous proposons.

Les rapprochemens des données historiques rassemblées dans cet article autorisent les conclusions suivantes sur le diagnostic et la thérapeutique des fièvres typhoïdes. Relativement au diagnostic, il établit que la fièvre typhoïde, affection de tous les lieux et de tous les temps, peut se présenter sous une multitude de formes, d'après sa dépendance d'une foule d'autres affections ; mais que la fièvre typhoïde essentielle est une fièvre *sui generis* débilitant profondément l'ensemble de l'organisation, quoiqu'elle affecte plus particulièrement le canal intestinal. Relativement à la thérapeutique, le même rapprochement donne la preuve que la fièvre typhoïde obéit à raison de la diversité de sa forme aux méthodes curatives les plus différentes ; mais que la fièvre typhoïde essentielle exige comme traitement spécial l'usage combiné des toniques et des excitans.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Préparation et emploi médical de l'iode d'or.

D'après M. Meillet, on obtient un iodure d'or de la plus grande beauté par le procédé suivant : On se procure de l'hydriodate d'ammoniaque bien neutre, et on prépare une dissolution d'or aussi neutre que possible ; alors on verse peu à peu l'hydriodate d'ammoniaque dans la dissolution d'or, jusqu'à cessation de précipité. Il faut que les liqueurs ne soient que médiocrement étendues. On ajoute une petite quantité d'alcool, un tiers environ du volume total du liquide. Après quelques heures de repos, on décante. On a un précipité noirâtre, composé d'iode et d'iodure d'or. On lave par décantation avec un peu d'alcool et l'on obtient un iodure d'or presque blanc et demi-cristallin. On le sèche à l'air libre sur des assiettes, et on le conserve à l'abri de la lumière dans des flacons bouchés à l'émeri.

Ce procédé a cela d'avantageux que l'or est complètement précipité, ce qui n'arrivait jamais avec l'iodure de potassium, et ensuite que l'iodure a une composition invariable.

Quant à l'emploi de ce composé en thérapeutique, il ne paraît pas que les résultats aient toujours été identiques. Mais les praticiens ont-ils toujours employé un iodure pur ? Ont-ils tenu compte de sa facile altération ? Ont-ils évité de l'associer à des substances susceptibles de le décomposer ? Ce sont là ces questions qu'on est naturellement porté à se faire, suivant M. Fordos ; et, si l'on réfléchit, d'une part, aux difficultés que présente la préparation du proto-iodure d'or par le procédé usité antérieurement à celui qui est indiqué plus haut, et, de l'autre, au peu de données que l'on possédait sur l'instabilité de cette combinaison, on comprendra la nécessité de faire de nouvelles recherches avant de bannir de la thérapeutique un médicament qui, mieux administré, pourra peut-être rendre de grands services à l'art de guérir. Au reste, l'expérience seule peut faire connaître son importance en médecine ; mais les expériences doivent être faites avec le proto-iodure d'or associé à des substances incapables de l'altérer. La gomme arabique paraît jouir de cette propriété. L'iodure d'or peut donc être administré, mêlé à la gomme arabique, sous forme de pilules ou mieux sous forme de poudre. Lorsqu'on voudra l'administrer en pommade, il faudra faire cette dernière au moment de s'en servir, car elle se décompose d'un jour à l'autre. (*Journ. de pharmacie*, novembre 1841.)

Quantité d'acide carbonique expiré dans l'état de santé et dans celui de maladie.

Au mois d'octobre 1840, M. le docteur Grégor a communiqué à la section chimique de l'Association britannique à Glascow les résultats auxquels il est arrivé par suite de ses expériences relatives à la question de savoir si la quantité d'acide carbonique expiré dans l'état de santé est la même que dans l'état de maladie.

Suivant lui, la quantité de cet acide qui est expirée chez l'homme sain est de 3,5 pour cent, résultat qui se rapproche beaucoup de celui auquel sont arrivés Thomson et Apjohn : le premier de ces deux savans a obtenu en moyenne 3,72, et le second 3,6 pour cent.

Dans la première période de la variole, de la scarlatine et de la rougeole, la quantité d'acide carbonique expiré offre un accroissement notable : elle s'élève, dans la première de ces trois affections, jusqu'à 6-8 pour cent ; elle est de 4-5 pour cent dans les deux autres. Cette augmentation est sensible pendant la période d'augment seulement ; car au fur et à mesure que les symptômes perdent de leur intensité et que l'état des malades va s'améliorant de plus en plus, la proportion de l'acide carbonique va aussi en décroissant.

On a également observé un accroissement de la quantité de cet acide dans les maladies de peau chroniques, et dans un cas d'ichthyose entre autres, sa proportion s'est élevée à 7,2 pour cent.

Dans la glucosurie ou diabète sucré, on n'a pu constater aucune différence.

Ces recherches peuvent sans contredit présenter un haut degré d'importance et d'utilité pour les divers établissemens où les malades sont réunis en grand nombre, comme les hôpitaux, les hospices, les infirmeries, etc ; mais il serait indispensable qu'elles reçussent toute l'extension convenable, et que, par exemple, elles fussent complétées par leur application à tous les cas pathologiques divers qui viennent le plus fréquemment s'offrir à l'observation des praticiens.

(*Ann. der chemie und pharm.*)

Formules de M. le docteur Gibert *pour l'administration du deuto-iodure ioduré de mercure.*

1° *Sirop de deuto-iodure ioduré de mercure.*

Pr.	Bi-iodure de mercure,	1 gramme.
	Iodure de potassium,	50 *id.*
	Eau,	50 *id.*

Faire dissoudre, filtrer au papier, puis ajouter :

Sirop de sucre bien blanc marquant 30 degrés froid,	2400 grammes.

La capacité d'une cuillier à soupe ordinaire contient vingt-cinq grammes (six gros environ) de ce sirop, et c'est à cette dose que M. le docteur Gibert l'administre à ses malades. Cette dose représente un centigramme (un cinquième de grain) de bi-iodure de mercure et cinquante centigrammes (dix grains) d'iodure de potassium.

2° *Pilules de deuto-iodure ioduré de mercure.*

Pr.	Bi-iodure de mercure,	1 décigramme.
	Iodure de potassium,	5 grammes.
	Gomme arabique pulvérisée,	5 décigrammes.
	Miel,	Q. S.

F. S. A. Une masse bien homogène qui devra être divisée en vingt pilules parfaitement égales.

Deux de ces pilules, prises le matin à jeun, représentent exactement les doses médicamenteuses contenues dans vingt-cinq grammes (six gros environ) du sirop précédent, c'est-à-dire dans la quantité de ce sirop nécessaire pour remplir la capacité d'une cuiller à soupe ordinaire. (*Gazette médicale*, 1841.)

Ainsi, Bichat et Meckel ne parlent que du chorion du derme de la membrane pituitaire, Béclard ne parle que de l'épiderme des bords extérieurs de cette membrane, et nul ne parle du corps muqueux, de cette lame particulière dont j'ai déjà parlé et qui s'interpose toujours dans toute membrane muqueuse entre le derme et l'épiderme.

Trois lames superposées constituent donc toute membrane muqueuse, et ces trois lames se voient en effet avec évidence, sur une des pièces présentées. On voit sur cette pièce, provenant de la muqueuse qui recouvre les cornets du cheval : 1° le derme sillonné de lignes comme les nervures d'une feuille ; 2° la lame muqueuse ; 3° une lame plus fine, l'épiderme.

Le derme, le corps muqueux et l'épiderme existent donc réunis et superposés dans la muqueuse du nez.

Muqueuse tracheale. Sa structure n'est pas mieux connue : Haller y admet un épiderme, que Bichat nie : « Dans aucune partie de cette muqueuse, dit-il, on ne peut démontrer l'existence de l'épiderme. »

Dans l'une des deux pièces que je présente, on voit sur la trachée-artère du cheval cet épiderme préparé. La membrane muqueuse de la trachée a donc, comme la muqueuse du nez, comme toutes les muqueuses étudiées jusqu'ici un derme, un corps muqueux et un épiderme.

Muqueuse vésicale. L'épiderme de la vessie avait déjà été vu par Haller, il avait été vu par Ruysch, mais ils ne paraissent l'avoir vu qu'à la suite de lésions ou de maladies de la vessie. Or, je le montre détaché par un procédé régulier, méthodique, sur de la vessie d'un lapin.

Les muqueuses, conclut M. Flourens, ont donc toutes une même et fondamentale structure qui est complexe. Aucune membrane muqueuse n'est simple. Quelque fine qu'elle soit, elle a toujours trois lames distinctes : un épiderme, un corps muqueux et un derme.

Quant au procédé employé pour examiner ces organes, Malpighi employait l'ébullition, qui détachait les lames ; je me suis au contraire servi du procédé d'une macération lente et méthodiquement ménagée.

Correspondance. — M. Lucien Boyer adresse à l'Académie un travail fort long sur l'opération pour le strabisme. Renvoyé à la commission pour le strabisme.

— M. Manzini écrit à propos d'une communication faite à l'Académie de médecine par M. Bricheteau et concernant l'existence de la fièvre typhoïde chez les enfans. Il dit avoir observé sur un fœtus âgé de sept mois les altérations morbides des follicules intestinaux qui, pour la plupart des médecins, caractérisent anatomiquement la fièvre typhoïde.

A cinq heures, l'Académie se constitue en comité secret.

Lausanne, 21 novembre 1841.

Monsieur et cher confrère,

On a beaucoup parlé de l'accident du duc de Bordeaux ; mais, à ma connaissance, il n'en a pas encore été question sous le rapport technique et *humanitaire*. Je souligne, parce que ce mot et la chose qu'il exprime sont trop souvent méconnus et foulés aux pieds, lorsqu'il s'agit de la confection et de l'application de nos appareils, surtout de ceux pour la fracture du col du fémur.

Comment pourrait-il en être autrement, puisqu'on perd généralement de vue les principes qui doivent présider au traitement de cette affection, et que les mots sacramentels *extension* et *contre-extension* viennent sans cesse embrouiller la question, et se poser constamment comme des facteurs obligés et par excellence?

Je n'ai cessé depuis nombre d'années de réclamer contre ces monstruosités cliniques, et d'établir les doctrines qui *seules* doivent prévaloir sur ce point de thérapeutique chirurgicale. Aussi ai-je regretté de n'avoir pu partir pour Hirchberg, aussitôt que l'événement ci-dessus a été connu, afin d'offrir mes services au prince. Certes, ils ne lui eussent pas été inutiles, comme vous pourrez vous en convaincre, en comparant mes préceptes et mes moyens mécaniques tels qu'ils sont exposés dans ma chirurgie simplifiée, et rappelés dans une brochure récente ; en les comparant avec les renseignemens ci-après, que je viens de recevoir d'un personnage haut placé à la petite cour de Goriz.

« Notre prince, m'écrit-il à la date du 10 de ce mois, est aussi bien qu'il peut être ; il est à Vienne, où il restera jusqu'à complète guérison. Je suppose que vous connaissez la machine d'extension dont on s'est servi ; je ne sais si c'est la même que la vôtre ; je tâcherai de vous l'expliquer.

» La partie supérieure de la cuisse était soutenue par des bandages liés à des cordes passant par des poulies à la tête du lit, et au bout desquelles on mettait des poids plus ou moins lourds. La partie inférieure était suspendue par le jarret et fortement étendue par un autre poids passant au pied du lit, et pour que le membre n'ait pas la liberté de revenir sur lui-même, une bande passait sur le *coude pied* et le tenait dans l'immobilité. Vous voyez tout de suite à quelle espèce de torture le pauvre prince a été livré pendant huit semaines ! Il l'a supportée avec un courage, une gaieté et surtout une patience que je n'attendais pas de lui. Mais au bout de quelque temps, les chairs du jarret étaient cruellement meurtries, les muscles à découvert, le genou enflé ainsi que le pied ; il y avait impossibilité de tendre la jambe, etc. Tout cela disparaît peu à peu ; mais il faut du temps. Le prince marche avec un système de béquilles qui ne permet aucune chute, aucun faux mouvement.

» Il y a environ trois semaines, il commençait à poser *très légèrement* le poids du corps sur le membre malade. Depuis qu'il est à Vienne, on a inspecté de nouveau les deux membres, et le docteur Bougon a cru voir une différence de longueur ; il s'en est effrayé, et a demandé que le prince fût remis dans la machine à extension. Une nouvelle inspection a été faite, et, conjointement avec le docteur Watmann, il a été reconnu que les deux membres étaient parfaitement égaux ; la soudure est complète, et l'on assuré qu'il ne restera, pour la marche, aucune trace de cet accident.

» Je regrette bien, mon cher docteur, que vous n'ayez pas été à Paris lorsqu'on y a appris la nouvelle de cet événement ; vous seriez accouru de vous-même, j'en suis sûr, et vous auriez sans doute épargné au prince bien des souffrances. Dieu ne l'a pas permis, afin que cet enfant passât par une rude et utile épreuve : Je puis certifier qu'il en a profité. »

Si jamais, mon cher confrère, vous vous décidez à faire, en quelques lignes, l'analyse de ma *Chirurgie simplifiée* et de ma dernière brochure sur *Mes visions chirurgicales choisies*, le fait ci-dessus pourra vous servir comme d'introduction. Il confirme effectivement tout ce qu'on connaît déjà et ce que je n'ai cessé de signaler aux praticiens sur les malencontreux traitemens par l'extension forcée de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le bassin. Voyez, au contraire, je vous prie, ce qui serait arrivé au malheureux duc, s'il avait été pansé avec mon appareil hyponarthécique et d'après les données simples et précises que j'ai établies. Ainsi donc :

Au lieu d'être étendu sur un lit, il y eût été, à volonté, couché ou comme assis.

Au lieu de constituer *en un appareil à fracture* ce lit tout entier, avec ses cordes, ses poulies et les poids lourds qui y pendaient en haut et en bas, on n'eût eu qu'une simple gouttière destinée, comme une petite couchette, à recevoir les deux membres inférieurs seulement.

Au lieu d'un lit fixe et qui communiquait au blessé son immobilité et sa force d'inertie, on eût obtenu une petite couche à part et pour les membres abdominaux seuls, laquelle, rendue mobile en tous sens par la *suspension*, eût permis au malheureux d'exécuter des mouvemens variés et toujours si précieux dans la triste position où il se trouvait.

Au lieu d'avoir le membre malade garrotté sur trois points différens, le haut de la cuisse, le dessus du genou et le coude-pied, ce dernier seul eût été attaché à un montant et sur un appareil mobile.

Au lieu donc de ces tractions en sens inverse et en vue d'obtenir les trop fameuses extensions de la cuisse, on eût opéré des tractions sur le pied seulement et au moyen d'un montant perpendiculaire qui se trouve au bas de l'appareil.

Au lieu de la contre-extension ou contre-traction sur la cuisse, le poids seul du corps et le frottement du membre malade sur l'appareil eussent suffi pour constituer la résistance indispensable aux tractions jugées nécessaires sur le pied.

Au lieu d'être obligé de forcer considérablement ces dernières, et de produire des escharres, on eût réussi d'autant plus facilement à ramener le membre malade au niveau exact de l'autre, que, grâce à la double flexion qu'on leur eût donnée, les muscles les plus vigoureux et les plus nombreux auraient été mis hors d'état de s'opposer à ces tractions. Les autres, infiniment moins forts et en très petit nombre, sont alors, d'autant mieux et d'autant plus vite réduits au silence et à l'inaction, que, en dernière analyse, tous les extenseurs et notamment le triceps, auxquels on sacrifie si gratuitement les plus heureuses conditions du traitement, se trouvent placés, par cette double flexion, précisément dans leur état presque habituel et normal. Ne sont-ils pas tels, en effet, pendant les neuf mois de la vie fœtale ? Ne sont-ils pas encore dans cette même position lorsque nous voulons nous reposer en nous asseyant ou en nous couchant ? Et, sommes-nous bien malheureux alors d'avoir nos membres inférieurs dans cette double flexion, lorsque surtout nous pouvons la varier à volonté ?

Au lieu d'être identifié pendant huit semaines avec son lit, le prince eût pu chaque jour en changer et être même transporté chaque jour encore sur une chaise longue ou sur un fauteuil.

Au lieu d'avoir les articulations du pied et du genou complètement immobiles et pendant un temps aussi long, on eût pu les faire jouer aussi impunément et ausi souvent qu'on l'eût cru convenable.

Au lieu de tant de précautions pour prévenir des mouvemens latéraux et leur retentissement vers l'articulation iléo-fémorale, j'aurais mis le patient à l'abri de ces dangers en plaçant son membre sain à côté du malade. Le bassin fait alors un seul et même tout avec les deux membres inférieurs, et les mouvemens latéraux, quand ils ont lieu, ne peuvent plus se faire sentir, grâce à cette solidarité mutuelle, que vers les vertèbres lombaires. La position mi-fléchie et le membre constamment soulevé par la suspension, empêchent d'ailleurs que les mouvemens de flexion et d'extension puissent se faire trop sentir, et on peut les prévenir, en maintenant la suspension toujours au même point, lorsqu'il est question des évacuations alvines et du transport du blessé d'un lit dans un autre.

Mais en voilà assez, et beaucoup trop peut-être, mon cher confrère, sur ce point de mécanique médicale, d'autant plus qu'à Paris du moins, je suis presque sûr de ne convaincre personne.

Chacun, en effet, n'y est-il pas fondé sur sa longue et heureuse expérience comme sur le roc ? N'y a-t-on pas un choix surabondant de méthodes, de doctrines, de procédés, tous plus merveilleux les uns que les autres ? N'y voit-on pas les hommes les plus haut placés se jouer à l'envi des fractures du col fémoral ? Et comment ?

Qui, avec une médication parfaitement négative, en plaçant le blessé tout droit sur deux béquilles et en l'engageant bravement à marcher.

Qui, avec ce même *dolce far niente*, mais en confinant le patient, pendant trois ou quatre mois dans un lit, et sans daigner refaire celui-ci.

Qui, en emmaillottant le membre tout entier dans un déluge de bandelettes de Scultet, de paillassons, d'attelles longues, larges et *plates*, de fanons et draps fanons, de liens divers, tous plus *ingénieux* les uns que les autres.

Qui, avec des bandelettes, du carton ou du papier duement albuminés, amidonnés, dextrinés, collés, etc.

Qui, en étendant et tiraillant vigoureusement et sans pitié le membre tout entier.

Qui, en le fléchissant doublement il est vrai, mais sans lui offrir par une position assurée sur un petit lit à part suspendu et mobile, par des tractions judicieuses, etc., es garanties nécessaires contre les contractions musculaires et les mouvemens variés, volontaires ou non, du pauvre patient.

Tous, sans prendre la peine d'analyser les points anatomiques, physiologiques, pathologiques et mécaniques sur lesquels doit être basée cette importante médication ; ni les rapports qu'ils doivent soutenir entre eux.

Tous, en traitant le sujet avec une légèreté, un laisser-aller, une routine, une préoccupation, une absence de principes, et en même temps avec un à-plomb imperturbable qu'on pardonnerait à peine au plus ignare des rebouteurs.

Il est, du reste, deux moyens assez sûrs de signaler l'impuissance ou l'ignorance d'un clinicien dans le traitement d'une fracture, et même de toute autre affection chirurgicale : 1° l'absence d'agens thérapeutiques ; et 2° la présence ou l'emploi de ces mêmes agens, mais sans qu'on sache ou puisse se rendre raison de leur effet, ou les mettre en harmonie avec l'état pathologique donné et les exigences de l'organisme *vivant*. Or, les appareils que je viens de passer en revue rentrent tous, sans exception, dans cette dernière catégorie.

Tout à vous. Mathias Mayor.

Parmi les médecins distingués qui recommandent et emploient avec le plus grand succès le *vin anti-hydropique* de M. Quentin, pharmacien à Paris, nous sommes heureux de citer nos confrères Buisson, Lapp, Laurens, Noiret, Treuille, Karoël, Reigli, etc., dont nous sont parvenues les observations les plus intéressantes dans divers cas extraordinaires d'ascites. Nous nous proposons, plus tard, d'en donner connaissance.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 145, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
eau, rue Dauphine, 22-24.
nonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

AUX. — HOTEL-DIEU (M. Blandin). Perte complète du nez; oplastie pratiquée selon la méthode indienne. — DE LA PITIÉ Gendrin). Plusieurs cas de cardialgie chronique; considérations rales sur cette maladie et son traitement. — Réclamation de Chervin. — Lettre de M. Leroy d'Etiolles. — Nouvelles. — FEUILLETON. Bibliographie. — Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues des pays chauds et des contrées marécageuses, suivi de recherches sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales; par J.-C.-M. Boudin. — La Médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion, par M. Descuret; analysée par M. Brierre de Boismont. — Prix de vaccine.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Perte complète du nez. — Rhinoplastie pratiquée selon la méthode indienne.

Le sujet de cette observation est une femme de vingt-huit ans, bien portante aujourd'hui. Elle a été atteinte de scrofules pendant sa jeunesse, et, par suite du développement de cette maladie, elle a perdu l'œil gauche qui est devenu leucomateux, puis le nez, dont toute la portion membrano-cartilagineuse a été envahie. Depuis trois ans, une cicatrisation assez solide s'est opérée à la limite des tissus conservés. On pouvait donc considérer la lésion locale comme étant entièrement arrêtée. Toute la partie saillante du nez a été détruite ainsi que la cloison et la sous-cloison; une faible étendue seulement de l'aile gauche a été épargnée, de sorte qu'un pertuis irrégulier a remplacé sur le milieu de la face les parties détruites et donne à la physionomie une expression repoussante. Cette femme, sachant qu'il est possible de remédier par une opération à la difformité qu'elle porte, réclame les secours de la chirurgie avec une véritable impatience.

Opération le mercredi 30 novembre. — Avant de procéder à l'opération, M. Blandin expose en peu de mots l'état de la patiente, et s'attache principalement à discuter la valeur des diverses méthodes que la science possède pour réparer les pertes de substance de la face.

Trois méthodes, dit-il, sont à la disposition du chirurgien :

1° La méthode indienne, par laquelle un lambeau est emprunté aux parties voisines;

2° La méthode italienne, ou mieux sicilienne, qui demande un lambeau à des parties éloignées du siége de l'organe à la perte duquel on veut remédier;

3° La méthode française, méthode bâtarde qui ne devrait pas entrer dans cette classification; en effet, lors de son emploi, il n'y a pas transposition de lambeaux, mais bien rapprochement des tissus restés sains et des tissus voisins de la perte de substance. C'est donc une rhinoraphie et non une rhinoplastie. A laquelle de ces méthodes faut-il donner la préférence pour le sujet dont il s'agit?

La méthode française, qui demande que la perte de substance soit peu considérable, n'est pas applicable ici. Quant à la méthode italienne, elle a en général été repoussée de nos jours, bien qu'elle eût été mise en pratique, et parfois avec avantage, par Richerand, Graëfe, Dieffenbach. Dernièrement encore un chirurgien de Malte, M. Fabrizi, l'a employée avec un grand succès; mais aussi la plus grande partie de la cloison avait été épargnée (1).

Quoi qu'il en soit, cette méthode ne peut convenir que dans des circonstances particulières. Ainsi, dans toute rhinoplastie, on doit se proposer d'obtenir un lambeau dense, qui conserve plus tard quelque rigidité, et par conséquent ne s'affaisse pas sur lui-même après sa transplantation. Lorsqu'on emprunte, pour la méthode italienne, un lambeau à la peau du bras ou de l'avant-bras, et que l'on n'entame que la peau proprement dite, on peut voir que cette lame est mince, et trop mince pour le but qu'on se propose d'atteindre. Veut-on, au contraire, former un lambeau plus épais, en conservant audessous de la peau le tissu cellulaire sous-cutané, on obtient, à la vérité, une couche plus épaisse que dans le cas précédent, mais la couche cellulo-graisseuse sous-jacente ne tarde pas à se fondre, et enlève ainsi à la peau la consistance nécessaire; d'ailleurs, pour arriver à détacher cette lame, il faut sacrifier la plus grande partie de ses connexions vasculaires, attendu que les vaisseaux qui s'y rendent communiquent, pour la plupart, avec ceux des couches plus profondes qui les fournissent. Ces considérations seules doivent faire préférer la méthode indienne, malgré les inconvéniens de la plaie du front, quand il s'agit de remédier à une perte de substance qui a détruit sur toute la portion cartilagineuse du nez. Alors, en effet, le lambeau doit offrir une résistance aussi considérable que possible. Le lambeau de tissus que l'on emprunte à la région frontale offre ces avantages, la peau est épaisse, très contractile, elle devient tout à fait rigide; au-dessous d'elle existe une couche de tissu cellulaire très dense, fort peu graisseux. Enfin plus profondément encore, on trouve l'aponévrose occipito-frontale. Dans cette région, fort peu de vaisseaux viennent des couches profondes, de sorte que l'on n'a pas de craintes à concevoir sur le compte de la circulation et de la vie dans le lambeau déplacé. Ajoutez que son pédicule renferme presque toujours, quand on le taille convenablement, les branches artérielles frontales de l'ophthalmique. C'est donc à la méthode indienne que nous donnerons la préférence.

Manuel opératoire. La patiente fut couchée sur le lit ordinaire; après avoir avivé les parties latérales et inférieures de l'orifice nasal, le chirurgien limita sur le front un lambeau à pédicule ayant à peu près la forme d'un pique de carte à jouer renversé. M. Blandin emploie ordinairement pour ce temps de l'opération un patron de diachylon préparé d'avance, et il le fait adhérer sur le front jusqu'au moment où il a circonscrit le lambeau. On procéda ensuite à la dissection et à l'isolement du lambeau, ce qui fut fait avec toutes les précautions convenables. Une fois ce temps de l'opération terminé, on compléta l'avivement des côtés de l'orifice du nez, et le lambeau fut alors tordu sur lui-même et rabattu sur la face. Avant de le fixer, on plaça dans les fosses nasales des petites boulettes de charpie destinées à présenter au tissus nouveau un point d'appui solide, et à lui faire prendre une forme convexe en avant; la suture fut alors pratiquée au moyen de six points, dont quatre pour les parties latérales, et les deux autres pour la partie inférieure du lambeau, vers le point destiné à former la sous-cloison. Nous avons remarqué que M. Blandin a eu recours à la suture dite à points séparés, tandis que la plupart des chirurgiens emploient de préférence la suture entortillée pratiquée sur des épingles d'Allemagne ou des aiguilles à bec-de lièvre. Cette modification, à laquelle la grande habitude des opérations d'anaplastie que possède M. Blandin donne quelque importance, doit être signalée. Il en est de même du fait suivant. Les lambeaux de la plaie pratiquée au front n'ont pas été réunis, le chirurgien pensant qu'il est plus avantageux de laisser faire à la nature les frais du rapprochement des lèvres de la plaie du front et de la cicatrisation de celle-ci. Cette pratique, qui expose, dit-il, à moins d'accidens, est, comme la précédente, loin d'être adoptée par tous les opérateurs.

Le pansement a consisté dans l'application sur la plaie du front d'un linge fenêtré enduit de cérat. On avait eu toutefois la précaution de lier auparavant toutes les artères qui fournissaient du sang. Un léger appareil contentif fut placé par-dessus le tout; quant au nez de nouvelle formation, il a été laissé libre, sans aucun moyen contentif. On a pu remarquer, par suite de la conservation dans le pédicule des branches nasales et frontales, que le lambeau avait à peine changé de couleur, et qu'il avait conservé une chaleur moyenne. En effet, pendant ou après l'opération, il n'a pas offert le refroidissement et la coloration violacée ou livide que l'on observe dans quelques-unes des opérations de ce genre.

La malade a supporté l'opération avec un rare courage; quant au résultat immédiat, il a été aussi satisfaisant que possible, et le nez de nouvelle formation présentait des proportions fort convenables. Nous reviendrons sur les suites de cette opération.

(1) Voy. *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1841.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Plusieurs cas de cardialgie chronique. Considérations générales sur cette maladie et son traitement.

Dans les salles Sainte-Sophie, Notre-Dame et Sainte-Anne,

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues, des pays chauds et des contrées marécageuses, suivi de recherches sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales; par J.-C.-M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, etc. — 1 vol. in-8°.

Ce livre soulève de grandes, d'immenses questions, questions de pathogénie et de thérapeutique, de doctrine et de pratique. Quelle que soit l'opinion que je serai obligé de formuler plus bas, je dois dire tout d'abord que cet ouvrage sort de la ligne commune, qu'il provient d'une haute intelligence, que les opinions doctrinales qu'il renferme, tout étranges qu'elles soient, méritent à un haut degré de fixer l'attention publique, et que les résultats pratiques qui en découlent doivent être pris en considération sérieuse. Je l'ai lu avec un plaisir rare, et je voudrais bien pouvoir faire rejaillir sur ma courte analyse une partie de l'intérêt que sa lecture inspire.

M. Boudin rejette la dénomination de fièvres intermittentes donnée à une série de phénomènes morbides qui n'ont rien de nécessairement [illegible] puisqu'ils peuvent apparaître sous forme dite *larvée*; ni de [illegible]ement *intermittent*, puisqu'ils se rencontrent sous le *type* [illegible], ainsi que cela se voit dans la saison chaude des contrées ma[illegible]es. Outre que cette dénomination est impropre, elle constitue [illegible]n des principaux obstacles à l'intelligence de la pathologie des [illegible]récageux et des pays chauds; aussi propose-t-il de lui substi[illegible]le d'*intoxication des marais* ou d'*affections limnhémiques* [illegible]é, marais, et de *aïma*, sang). Ces noms résument en effet, [illegible] nous le verrons tout à l'heure, la nature et le véritable siége [illegible]aladie, sans préjuger ni le *type* ni la *forme* de phénomènes [illegible]s éminemment variables; ils conduisent d'ailleurs à une thé[illegible]ue plus rationnelle.

[illegible]quité médicale de l'intoxication des marais est incontestable[illegible]ouvée par la collection hippocratique. Dans le livre immortel [illegible] *aquis et locis*, beaucoup de choses se trouvent dont les mo[illegible]e sont attribué un peu légèrement la découverte. Ainsi, pour [illegible]r qu'un exemple, à propos de l'usage des eaux marécageuses, [illegible]it pas échappé à Hippocrate que *bibentibus constat splenes* [illegible]*gnos et plenos*. Du reste, les observateurs modernes qui ont visité la Grèce — et M. Boudin est de ce nombre — ont retrouvé ces fièvres *continentes* avec tous leurs phénomènes si bien décrits par le père de la médecine, et si différentes des fièvres typhoïdes du nord de l'Europe. M. Boudin n'hésite pas à dire que ces fièvres d'Hippocrate, comme celles qu'il a eu occasion d'observer dans le nord de l'Afrique, ne sont autre chose que la *forme continue* des fièvres de marais, qui présentent comme caractère commun et essentiel, l'identité de la cause pathogénétique, l'intoxication marécageuse. Quant à la différence qui sépare la grande manifestation pyrétologique du nord de l'Europe de celle des fièvres d'Hippocrate, elle avait été déjà signalée par le savant traducteur, M. Littré, mais il n'est pas allé aussi loin que M. Boudin dans la détermination étiologique. Ce qui l'a frappé surtout, c'est la pérennité des phénomènes pathologiques, les mêmes aujourd'hui qu'il y a deux mille ans, et qui lui ont fait écrire ces belles paroles : « La Grèce antique et la Grèce moderne sont, à vingt-deux siècles de distance, affligées par les mêmes fièvres, et cela prouve que les conditions climatologiques n'y ont pas essentiellement changé; l'homme, qui en est un des réactifs les plus sensibles, y donne aujourd'hui comme alors la même réaction. » (Tome IIe, Traduct. OEuvr. d'Hipp.)

L'intoxication paludéenne résulte de l'absorption de la matière des marais appelée *miasme*, quels que soient et la forme, et le type, et le nom de la manifestation pathologique. Personne ne révoque en doute que malgré sa phénoménisation morbide si variée, si diverse et si complexe, l'intoxication saturnine ou mercurielle ne résulte de l'absorption du plomb ou du mercure. Il en est de même de l'intoxication des marais; les agens impondérables, le froid, le chaud, les influences morales et traumatiques, sont l'occasion jamais la cause de la maladie qui est tout entière dans l'absorption miasmatique. Mais cette absorption est en général, il est vrai, subordonnée à une certaine température nécessaire à la vaporisation du miasme et sa mise en contact avec nos organes. De là, l'influence des saisons et des latitudes géographiques sur le développement, l'accroissement et la disparition des fièvres; de là, encore, ces effets variables d'un même degré de température qui fait naître ou cesser une épidémie : là, en mettant le foyer épidémique à nu; ici, en le desséchant.

Les maladies paludéennes se phénoménisent sous un type d'autant moins intermittent, et affectent une tendance d'autant plus grande vers la *continuité* qu'on les examine sous des latitudes et dans des saisons plus chaudes et partant plus favorables au dégagement du miasme des marais. Partant de cette observation, M. Boudin cherche à démontrer que le type de ces affections, considéré d'une manière générale, n'est autre chose que l'expression de l'intensité de l'intoxication du sang. Mais cette déviation sanguine permanente est-elle conciliable avec une intermittence des phénomènes morbides? Oui, car il est généralement admis que d'autres déviations, celles, par exemple, qui résultent de l'absorption du plomb, de la noix vomique ou de l'ergot du seigle, s'accompagnent, elles aussi, de phénomènes dynamiques dont les apparitions, sous le rapport de la fréquence ou du type, sont toujours dans un rapport rigoureux avec la quantité de matière toxique absorbée. Cette interprétation du type, basée sur la dose toxique, exclut la distinction formée entre les fièvres intermittentes et les fièvres marécageuses continues, car celles-ci ne sont qu'une expression phénoménale plus énergique d'une intoxication paludéenne plus profonde.

La grande variété des maladies limnhémiques, sous le rapport de leur forme, n'exclut pas l'identité de la cause pathologique. Les émanations de plomb ne produisent-elles pas les formes morbides les plus variées, la colique, la manie, la paralysie, l'épilepsie saturnine? Guidé par cette observation, et considérant en outre que dans les trois *delta* du Nil, du Gange et du Mississipi, les formes morbides appelées *peste*, *choléra* et *fièvre jaune*, apparaissent constamment précédées, accompagnées et suivies de fièvres de marais; que, d'autre part, il n'est pas rare, en Algérie surtout, de voir ces dernières revêtir la forme de la fièvre jaune et spécialement celle du choléra, M. Boudin fait pressentir l'identité de nature qui semble relier entre elles ces formes variées de l'intoxication marécageuse, et laisse entrevoir, comme cause probable de cette variété, certaines modifications dans la nature de la matière paludéenne, modifications résultant de la spécialité du règne organique propre à telle saison, à telle latitude géographique.

La fréquence de la diathèse tuberculeuse n'est pas seulement en rapport avec les conditions thermométriques des climats, de sorte qu'il n'est pas exact de dire que la phthisie est rare dans les pays chauds et fréquente dans les pays froids. Un grand nombre de pays chauds sont ravagés par la phthisie, tandis que dans quelques contrées froides elle est presque inconnue. M. Boudin, partant de cette observation, a cru reconnaître une loi d'antagonisme entre les fièvres marécageuses et la phthisie; partout, dit-il, où agit l'intoxication paludéenne la phthisie est rare; là où ne règnent pas les fièvres, quelles que soient la beauté et la chaleur du climat, la phthisie exerce sa fatale influence. Si la fiévreuse Algérie exclut la phthisie pulmonaire, le delta du Rhin, en Hollande, l'exclut également, tandis que cette maladie, presque inconnue dans la partie marécageuse de la Romagne, depuis l'embouchure de l'Arno jusqu'à Terracine, sévit avec la plus cruelle intensité à Naples, à Malte, à Gibraltar et à Corfou.

Les affections limnhémiques, quant à leur nature, ne constituent ni des phlegmasies, ni des névroses; on doit les considérer comme des déviations ou altérations du sang, des *hétéréomies* (de *èteros*, autre), se phénoménisant sous les formes et les types les plus variés avec localisation phlegmasique ou nerveuse sous telle ou telle autre portion du

sont couchées plusieurs femmes affectées de cardialgie chronique. Bien qu'aucune de ces malades ne présente de circonstance particulière assez notable pour qu'il soit nécessaire d'en rapporter l'histoire détaillée, nous avons cru devoir reproduire les considérations générales auxquelles elles ont servi de texte, et qui ont fait l'objet d'une des premières leçons cliniques de M. Gendrin.

Au n° 12 de la salle Notre-Dame, est entrée une femme âgée de quarante-quatre ans, qui fut prise, il y a trois ans pour la première fois, de douleurs siégeant à l'épigastre et sous les hypochondres, tantôt du côté gauche, tantôt du côté droit, alternativement ; elle éprouvait en outre des éructations acides, des nausées, une sensation de fourmillement sur la peau. Ces symptômes, d'une intensité variable, tantôt plus forts, tantôt plus faibles, s'accompagnaient de constipation et de diarrhée alternatives. Cette femme fut soumise à diverses médications ; d'abord à l'usage des vermifuges, d'après l'idée que l'on s'était faite de la maladie, dont les symptômes pouvaient paraître dus à la présence de vers dans le tube digestif. Elle rendit, en effet, de petits vers pelotonnés, mais sans éprouver aucun soulagement dans ses souffrances. Plus tard on la soumit sans plus de succès à une médication tonique stimulante. Les mêmes symptômes n'ont cessé de se reproduire de temps à autre avec la même intensité. La malade a remarqué que ces symptômes s'accroissent d'une manière notable sous l'influence d'une alimentation composée de substances légumineuses. Elle offrait, le jour de son entrée à l'hôpital, les symptômes ci-dessus. La langue est jaune à sa base et humide, l'épigastre n'est point douloureux à la pression ; le ventre est souple et point sensible. Point de fièvre ; absence de réaction générale.

On peut observer dans l'ensemble et la succession de ces symptômes trois ordres distincts de phénomènes morbides les premiers, appartenant aux organes digestifs, consistent en une douleur dans la région épigastrique et sous les fausses côtes ; les seconds se composent des troubles fonctionnels de la digestion ; ce sont des nausées fréquentes, des vomissemens de petites quantités de matière aqueuse, des régurgitations acides pendant le travail de la digestion ; jamais de vomissement des alimens ou des produits de la digestion. Du côté des intestins, il y a alternativement de la diarrhée ou de la constipation. Le troisième ordre de phénomènes comprend les symptômes généraux, tels que la sensation de fourmillement à la peau, etc.

La même affection existe chez une femme couchée au n° 14 de la même salle.

Une troisième femme du même service éprouve les mêmes symptômes, et de plus des coliques avec une distention des intestins par des gaz et de fréquentes flatuosités rendues par l'anus et par la bouche.

Enfin, une femme récemment sortie de l'hôpital, présentait, outre les mêmes symptômes, une douleur vive dans la région splénique.

Tous ces symptômes sont ceux de la cardialgie. La cardialgie existe chez toutes ces femmes sous la forme chronique ; mais on l'observe quelquefois à l'état aigu. Cette maladie se manifeste ordinairement par des douleurs épigastriques vives, soit pendant l'ingestion des alimens, soit pendant le travail de la digestion. Dans quelques cas les malades éprouvent comme un sentiment de reptation dans le ventre, avec augmentation de l'appétence et des douleurs tormineuses lors du passage des alimens à travers la valvule iléo-cœcale. Ces symptômes appartiennent plus particulièrement à la cardialgie vermineuse. Il existe encore une forme de cardialgie entéralgique avec les symptômes ci-dessus, sans qu'il existe concurremment d'affection vermineuse. On ne peut différencier ces cas que par le seul signe pathognomonique de la présence des vers dans le tube digestif, leur expulsion au dehors. Le plus habituellement la douleur se produit après l'ingestion des alimens et pendant la digestion. Les cas dans lesquels la douleur est continue sont les plus rares.

Les symptômes les plus communs sont les éructations acides tantôt sèches tantôt liquides, ces dernières rejetant dans la bouche un liquide transparent, visqueux et d'une saveur acide, qui n'est autre que du fluide gastrique. La sécrétion salivaire devient plus abondante, la bouche s'invisque et conserve toujours un goût acide et amarescent. Les excrétions sont irrégulières. Dans la plupart des cas il existe une constipation opiniâtre.

Cette maladie exerce par sa durée une immense influence sur l'économie. Elle ne peut se prolonger long-temps sans altérer la nutrition, surtout si, par suite de la crainte que les alimens inspirent aux malades ceux-ci se soumettent volontairement à la diète. L'amaigrissement et la faiblesse sont quelquefois portés à tel point que l'intelligence en est elle-même affectée ; les sujets sont comme frappés de stupéfaction ; cet état-là mène parfois au délire. Les progrès de la maladie sont bien plus rapides encore quand à ces conditions se joignent les effets d'une mauvaise médication, quand, par exemple, les malades sont soumis à un traitement antiphlogistique.

Les organes de la circulation ne tardent pas aussi à être modifiés. Le pouls devient fréquent ; il survient des palpitations, et souvent de légères injections capillaires, qui se manifestent soit par la rougeur des pommettes, soit par un picotement de la peau, et une sensation de chaleur à la paume des mains et à la plante des pieds.

Le système nerveux est constamment ébranlé. Il existe une excitation nerveuse générale, et une irritabilité excessive qui se manifeste par une sorte d'anxiété et d'inquiétude continuelle.

Ces malades ne tardent pas ordinairement à tomber dans l'hypochondrie. Chez les femmes, les accidens nerveux participent souvent de l'hystérie ; sentiment de strangulation, compression spasmodique de la base de la poitrine, respiration saccadée et pénible, migraine et douleurs céphaliques portées quelquefois au point de faire pousser des cris aux malades.

Les organes des sens subissent les effets de cette excitation nerveuse générale : les malades sont souvent pris d'amblyopie et de bruissement dans les oreilles.

En un mot, la souffrance des organes digestifs se manifeste à la fois par les symptômes d'altération et de perturbation des fonctions digestives, et par une perturbation générale de la circulation et de l'innervation. Presque tous les auteurs depuis Van-Helmont, et Van-Helmont surtout, ont insisté sur l'immense influence des organes digestifs sur l'ensemble de l'économie. Tous sont d'accord qu'il n'y a pas de surface sensible qui transmette sa souffrance d'une manière plus rapide que la surface digestive. Dans la maladie dont il s'agit ici, cette influence est des plus prononcées. Si l'on suit ses différentes phases, on peut voir en effet les symptômes nerveux varier et s'accroître, ou diminuer alternativement avec l'accroissement ou la diminution des symptômes de souffrance de l'estomac. On peut ainsi saisir aisément le point de départ de tous les accidens morbides dans l'estomac lui-même.

Avant de dire quelles sont les bases du traitement qu'il convient d'opposer à cette affection, nous devons dire un mot sur sa nature.

La cardialgie a été considérée dans ces derniers temps, par les médecins de l'école physiologique, comme une maladie phlegmasique de l'estomac. Les anciens, à partir de Galien, la regardaient comme une affection nerveuse. Pour nous, elle consiste en une altération de sécrétion de la membrane gastrique. Cette opinion n'est pas nouvelle ; elle avait déjà été émise par Avicenne, par Etmüller et d'autres auteurs. Nous n'avons pas besoin de combattre la première de ces opinions. En thèse générale, c'est une erreur de considérer comme des symptômes d'inflammation, la douleur et l'augmentation de la sensibilité. Les organes sont doués d'une irritabilité très variable. Tous les auteurs ont remarqué que la sensibilité varie dans de grandes limites. Pour nous en tenir à l'organe dans lequel siége l'affection en question, tout le monde sait que chez le même individu et dans différentes circonstances, tel aliment sera bien supporté un jour, qui le lendemain provoquera un trouble plus ou moins considérable ; il suffit, pour cela, que dans l'intervalle une cause intercurrente ait modifié la sensibilité de l'estomac. En un mot, on peut établir comme une loi pathologique, que la susceptibilité d'un organe peut être modifiée, sans qu'il existe aucune modification de texture attribuable à la phlogose. Il y a plus, c'est que si dans le plus grand nombre des cas la phlogose est une des causes de cette exagération de la sensibilité, il existe des phlogoses à leur tour qui ne se manifestent par aucune douleur. Il suffit de rappeler les différences que l'on observe à cet égard entre certaines phlegmasies qui siégent sur des parties extérieures, et dans lesquelles les caractères de la phlogose ne peuvent être douteux ; telles sont, par exemple, les ophthalmies qui tantôt déterminent de très vives douleurs, tandis que d'autres fois elles s'accompagnent à peine d'une légère sensibilité.

La gastrite présente bien quelques-uns des symptômes que nous avons énumérés et considérés comme appartenant à la cardialgie, mais elle offre constamment d'autres symptômes qui sont étrangers à cette dernière affection : ce sont une sensation d'ardeur et de brûlure dans l'estomac, se propageant quelquefois jusqu'à l'œsophage ; l'injection de la muqueuse linguale, une constipation ne s'accompagnant pas d'alternatives de diarrhée comme dans la cardialgie. La fièvre est presque constante, tandis qu'elle est rare ici. Dans la gastrite, les sécrétions sont diminuées ou même tout à fait taries ; elles sont, au contraire, constamment augmentées dans la cardialgie. Dans la gastrite enfin, il y a des efforts violens de vomissemens ; et malgré ces efforts violens, les malades ne rejettent qu'une petite quantité de liquides muqueux analogues à ceux qui sont sécrétés par les parties supérieures de l'appareil digestif.

Nous ne considérons pas non plus la cardialgie comme une maladie nerveuse. Les accidens nerveux qui l'accompagnent et que nous avons signalés, sont consécutifs au trouble général qui résulte de l'altération des sécrétions nutritives ; ces accidens nerveux sont du même genre que ceux qui sont provoqués par les maladies prurigineuses de la peau, par exemple. La cardialgie, n'est point une affection nerveuse des organes digestifs, disons-nous ; car s'il en était ainsi, nous verrions se réaliser des accidens spasmodiques, tels que des hoquets nerveux, des vomissemens spasmodiques, etc. : et c'est ce qui n'a point lieu.

La lésion essentielle dans la cardialgie, c'est une perturbation dans l'accomplissement de la coction, de l'acte de la digestion lui-même. Il se fait une augmentation de sécrétion des cryptes de l'estomac et une altération de ces sécrétions. C'est donc une maladie des organes qui servent à la coction ; c'est, en effet, dans l'acte de la coction que nous trouvons les principaux symptômes : développement de gaz, régurgitation des liquides sécrétés par l'estomac, etc.

Les sujets atteints de cardialgie présentent en outre plusieurs symptômes dont il faut chercher l'origine dans plusieurs actes inhérens aux fonctions digestives et dans les organes qui accomplissent ces actes. Les organes annexes de

---

solide vivant, suivant mille circonstances dépendant tantôt de l'organisme, tantôt de la matière miasmatique absorbée.

Tels sont les points principaux développés dans la première partie de cet ouvrage. Dans la seconde, l'auteur s'est proposé de réhabiliter les préparations arsenicales dans l'estime des praticiens, et de les présenter comme succédanées précieuses du quinquina et de ses sels. Pour les accès, action curative plus prompte ; pour les rechutes, action préventive plus sûre ; innocuité absolue à dose thérapeutique ; exemption des inconvéniens primitifs et secondaires justement reprochés à la quinine ; absence de goût et d'odeur, et partant facilité d'administration même aux enfans ; tels sont les avantages que M. Boudin a pu constater en faveur de l'arsenic sous le point de vue médical. Comme preuve de ces assertions, M. Boudin donne un tableau résumant 226 cas de fièvres marécageuses observés par lui, dans lesquels 245 fois l'arsenic a triomphé de tous les accidens divers de type et de forme. La préparation à laquelle il a le plus souvent recours est la suivante :

Poudre minérale fébrifuge.

Pr. Acide arsénieux, 1 centigramme (un cinquième de grain).

Ajoutez successivement et par petites portions :

Sucre de lait pulvérisé, 1 gramme (vingt grains).

Triturez dans un mortier de verre assez long-temps (au moins dix minutes) pour que le mélange soit intime, et divisez en vingt paquets dont chacun représentera ainsi un demi-milligramme ou un centième de grain d'acide.

On en prend un paquet délayé dans une cuillerée d'eau, cinq à six heures avant le moment présumé de l'accès.

Il est un autre point de vue sous lequel M. Boudin envisage ce médicament qui mérite de fixer l'attention des gouvernemens, c'est le point de vue de l'économie politique. La valeur de l'acide arsénieux est si minime, il en faut de si petites quantités, qu'avec une dépense moindre de cinq centimes on peut traiter plusieurs centaines de fiévreux. Plusieurs millions sont consacrés par l'Europe à l'achat du quinquina ; les préparations arsenicales peuvent la soustraire à la nécessité de cet impôt, que les classes pauvres paient double par l'adultération opérée par les débitants. En ce qui concerne les craintes que pourrait inspirer la popularisation d'une arme telle que l'arsenic, elles seraient bien peu fondées ; car, à ce titre, il faudrait également renoncer à une foule d'autres médicamens précieux dont nul praticien ne consentirait aujourd'hui à se priver.

J'ai mis tous mes soins à exposer les opinions de M. Boudin et, de peur d'altérer sa pensée, je me suis souvent servi de ses expressions propres. Avais-je raison de dire que c'étaient là de graves, d'immenses questions? Et comment, dans les étroites limites qui m'enserrent, pourrais-je penser à en aborder une seule ? D'ailleurs, et fort heureusement pour l'honneur du critique, les opinions de M. Boudin ne sont encore, pour la partie pathologique surtout, qu'à l'état d'assertions ; la démonstration, la preuve scientifique y sont complétement absentes. Il y a des *je crois*, *il pourrait se faire*, *il est probable*, etc. ; il y a aussi beaucoup d'affirmations, mais des preuves suffisantes je n'en ai pas trouvé. Cet ouvrage est certainement l'œuvre d'un esprit éminent ; il contient des appréciations et des critiques de la plus grande justesse, des aperçus dont on ne peut contester la valeur, et des opinions de très haute portée ; mais peut-être l'auteur s'est-il laissé entraîner par des analogies plus séduisantes que réelles, peut-être a-t-il vu plus avec les yeux de l'esprit qu'avec les yeux du corps, et s'est-il livré à une induction hâtive et prématurée. Je dis peut-être, car la plupart des grandes questions d'étiologie et d'antagonisme soulevées par M. Boudin, pour être acceptées ou combattues, exigeraient la connaissance complète d'une science qui est encore à l'état embryonnaire, la géographie médicale. Le peu que nous savons de cette science qui est appelée à élucider tant de problèmes, nous le devons, c'est une justice à leur rendre, à quelques médecins des armées, qui, marchant sur les traces de Pringle, de Lind, de Broussais, savent allier les devoirs pénibles de leur profession aux travaux élevés de la science. Il y a dans le livre de M. Boudin des pages qui resteront certainement, et des opinions qui auront le mérite d'appeler une investigation sérieuse.

Mais comment ne pas faire ses réserves devant des propositions telles que celles-ci : La peste, le choléra, la fièvre jaune, ne sont que la plus haute expression de l'intoxication paludéenne ; il existe une loi d'antagonisme entre les fièvres marécageuses et la phthisie pulmonaire. S'il est vrai que *naturam morborum ostendit curatio*, M. Boudin ne sait-il pas que l'écorce péruvienne, à quelque dose qu'elle ait été employée contre les trois grandes manifestations pathologiques de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique, a complètement échoué, alors que son efficacité est si incontestable dans les fièvres marécageuses ? Et, pour employer une comparaison qui lui est familière, l'intoxication saturnine produit, il est vrai, des phénomènes divers, colique, paralysie, tremblemens, etc. ; mais la cause est ici tellement identique, que tous les praticiens savent qu'on guérit souvent la paralysie et tous les accidens encéphalopathiques, alors même qu'ils ne sont accompagnés d'aucun phénomène entéralgique, par les mêmes moyens avec lesquels on guérit la colique saturnine. Ainsi, du mercure pour la syphilis et ses accidens divers. Quant à la loi d'antagonisme posée par M. Boudin, elle mérite assurément la plus vive attention, mais déjà n'y a-t-il pas des faits acquis à la géographie médicale en opposition avec cette loi ? La Louisiane, la Jamaïque, sont désolées par les fièvres marécageuses : or, d'après les statistiques des médecins anglais (Statistical report's), la phthisie pulmonaire y exerce les plus grands ravages. Plus près des lieux habités par M. Boudin, la côte de Fréjus, au rapport de M. Grisolles, est sous l'influence endémique des fièvres de marais ; la phthisie cependant y est très fréquente. On peut en dire autant de la plaine de Toulouse, et de la petite ville de Muret en particulier, où la phthisie est cruelle, malgré une endémie paludéenne très prononcée. Enfin, est-il vrai, comme le dit M. Boudin, que les fièvres d'accès soient presque inconnues à Paris, où la phthisie pulmonaire opère de si grands ravages ? Il n'est pas de praticien dans la capitale qui ne s'élève contre une pareille assertion, et une seule visite dans nos hôpitaux suffirait pour ramener M. Boudin à des opinions plus vraies.

Quant à la partie thérapeutique et à l'efficacité des préparations arsenicales, nous appelons de tous nos vœux l'expérimentation sur ce sujet, bien digne de préoccuper nos lecteurs. Je crois en effet avec Fodéré, Trousseau, Pidoux, etc., que les préparations arsénicales ont été trop légèrement abandonnées ; l'éloquent plaidoyer de M. Boudin prouvera, je l'espère pour lui et pour l'humanité, que les procès scientifiques sont toujours susceptibles d'appel.

B. B.

La médecine des passions ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion ; par M. Descuret.

L'étude du cœur humain est une mine inépuisable, car elle est aussi variable que les individus, et son intérêt est immense, puisqu'elle a pour but la connaissance de l'homme. Mais si l'on veut marcher d'un pas sûr dans cette voie, il faut savoir à fond les deux ordres de phénomènes qui la constituent, la physiologie sans la philosophie ne donnerait que des résultats incomplets. Voilà pourquoi l'histoire des passions nous a toujours paru devoir être écrite par des médecins ce qui a été fait de raisonnable sur ce sujet est, en effet, sor[illegible] plume. Des pensées élevées, des aperçus ingénieux, des [illegible] marquables se trouvent, à la vérité, dans des ouvrages com[illegible] des auteurs étrangers à notre art, mais il y manque la base f[illegible] tale ; la science physiologique. Les médecins ne sont point s[illegible] à l'abri du reproche, et il est à regretter que l'organisme ai[illegible] obscurci leur entendement ; mais, en faisant ses réserves, il e[illegible] testable qu'on lira toujours avec fruit les travaux de Cabanis, de Bérard, de Cerisi et de plusieurs autres.

Le livre de notre honorable confrère le docteur Descuret [illegible] que confirmer notre opinion sur la capacité des médecins à [illegible] passions.

Dès les premières pages on connaît le plan de l'auteur ; je

l'appareil digestif, le foie, le pancréas, sont en effet plus ou moins sensiblement modifiés d'une manière consécutive.

Dans un grand nombre de cas il survient des vomissemens bilieux sous l'influence de l'ingestion de certains alimens. Enfin, c'est toujours à l'occasion de l'ingestion dans l'estomac de substances difficiles à digérer, que se déclarent les douleurs cardialgiques. Tel est l'ensemble des symptômes de la cardialgie, symptômes qui se lient tous plus ou moins directement à l'accomplissement de la fonction digestive.

On pressent, d'après l'opinion que nous venons d'exprimer sur la nature de cette maladie, que son traitement ne devra point se composer des moyens antiphlogistiques. Les antiphlogistiques agissaient bien plutôt dans le sens de la mala-ie que dans celui de la guérison. Chez ces malades, il s'en nt que ce soient les alimens excitans et les toniques qui pro-quent la gêne et les douleurs ; ce sont, au contraire, les ali-ns féculens, aqueux, et surtout ceux dans lesquels domi-t les acides ; ce sont, en un mot, tous les alimens dont l'as-ilation exige une sécrétion abondante de sucs gastriques qui provoquent l'exaspération des symptômes.

Nous interdirons en conséquence à ces malades l'usage des soupes, des légumes et du vin à raison de la facilité avec laquelle des alimens passent à l'acescence, et nous leur substituerons de préférence une alimentation animale. Le premier ordre de moyens auquel nous avons recours dans cette maladie, qui est plus spécialement indiqué par la nature même de l'affection et le plus souvent suivi d'heureux résultats, consiste dans l'usage *intùs et extrà* des substances alcalines. Il résulte, en effet, de l'observation que les principes alcalins soit appliqués extérieurement et soumis à l'absorption cutanée, soit pris intérieurement, neutralisent l'excès d'acides contenus dans l'estomac et qui constituent l'un des principaux phénomènes de la maladie. Aussi avons nous prescrit à ces malades l'usage de l'eau de Vichy à l'intérieur et des bains alcalins avec 50 grammes de sulfate de soude. Nous joignons à ces moyens les alimens toniques et nutritifs, les substances analeptiques, les viandes rôties, etc., et les substances amères, la menthe poivrée, l'extrait d'absinthe ou de gentiane avec addition d'une certaine quantité de carbonate de potasse. Nous nous trouvons bien de l'administration du nitrate de bismuth contre l'un des symptômes les plus constans et les plus fatigans de la cardialgie, les vomissemens. Les vomissemens et les régurgitations disparaissent le plus souvent sous l'influence de ce médicament ; quelquefois même, mais plus rarement, il diminue la douleur. Le bismuth se donne à la dose de 50 à 60 centigr. La noix vomique a également été recommandée et paraît avoir eu de bons résultats dans les cardialgies chroniques, notamment dans les cas où le travail de la digestion s'accompagne de douleurs et d'oppression à la base de la poitrine. La dose de ce médicament peut être portée de 10 à 15 et même à 20 centigr. par jour.

Malgré les traitemens les mieux dirigés on voit souvent survenir des rechutes. La cardialgie est une des affections les plus sujettes à récidive, circonstance qui s'explique d'abord par l'aptitude plus grande qu'ont contractée les organes à percevoir les impressions malignes, mais surtout par l'observance d'un mauvais régime.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Paris, le 1er décembre 1841.

Monsieur,

Une étrange proposition a été faite hier à l'Académie de médecine par MM. Pariset et Gérardin, et voici à quelle occasion. En février dernier, M. Bertulus, chirurgien de la marine royale, adressa à cette académie une brochure intitulée : *De l'importation de la fièvre jaune en Europe.*

Le 9 mars je commençai, devant ce corps savant, la lecture d'une réfutation des erreurs graves consignées dans l'écrit de ce contagioniste et jusqu'à ce jour il ne m'a pas été possible d'obtenir la parole pour continuer cette lecture, qui, à dire vrai, n'est nullement du goût de MM. les secrétaires Pariset et Girardin.

Le bulletin de l'Académie de médecine ayant publié ce que j'avais lu de mon mémoire dans la séance du 9 mars, M. Bertulus s'est imaginé que c'était là tout ce que j'avais à dire sur sa brochure, et s'est mis aussitôt à chanter victoire. Il a écrit à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine pour se plaindre de ce que j'ai dit de son œuvre, et pour réfuter ce qu'il appelle *les allégations purement gratuites* de M. Chervin.

Dans la séance d'hier, avant de terminer la lecture de la correspondance, M. Pariset montra un papier à ses honorables collègues de l'Académie, en leur disant d'un ton élevé et solennel : « Messieurs, voici une lettre dont le conseil d'administration a ordonné la lecture » ; et il lut aussitôt une longue missive dans laquelle M. Bertulus se plaint d'avoir été attaqué dans un prétendu rapport que j'aurais fait sur son ouvrage, devant l'Académie de médecine, le 9 mars dernier. Il termine sa lettre en disant qu'une frégate française partie des Antilles avec la fièvre jaune à bord a communiqué cette maladie aux habitans de Pensacola, parmi lesquels elle a exercé d'affreux ravages.

Je fis observer à l'Académie que je ne lui ai point fait de rapport sur la brochure de M. Bertulus, mais que j'ai eu l'honneur de lui lire le commencement d'un mémoire dans lequel je réfute les nombreuses et graves erreurs consignées dans l'écrit de ce médecin. J'ajoutai, qu'en agissant ainsi je n'avais fait qu'user d'un droit qui appartient à tous les membres de l'Académie, et que c'était en cette qualité seulement, et sous ma responsabilité personnelle, que j'avais pris la parole pour combattre des assertions sans fondement et contraires aux intérêts de l'humanité et de la science ; enfin, je priai l'Académie de vouloir bien me permettre de terminer le plus tôt possible la lecture de mon mémoire sur la brochure de M. Bertulus.

M. Gérardin prit aussitôt la parole pour s'opposer à ma demande ; il prétendit que l'Académie avait eu tort de m'entendre, vu que son réglement ne permet pas de faire des rapports sur des ouvrages imprimés. Il dit que M. Bertulus est un médecin de la marine *très distingué*, qui s'est *admirablement conduit* dans le golfe du Mexique, et que le fait de la persistance de la fièvre jaune à bord de son bâtiment, jusqu'aux approches de Brest, est très important et ne saurait être nié. Il conclut en disant qu'on ne devait point permettre que le travail de ce contagionniste fût attaqué au sein de l'Académie, et que M. Chervin pouvait y répondre dans une brochure.

M. Pariset parla à peu près dans le même sens que son digne collègue et ami, M. Gérardin, mais inutilement ; la tactique de MM. les secrétaires échoua d'une manière complète. Leur étrange proposition fut combattue avec vigueur par plusieurs de nos honorables collègues, et notamment par MM. Londe, Moreau, Bricheteau, Adelon, Barthélemy, Desportes, etc.

Enfin, il fut décidé que je continuerais, devant l'Académie royale de médecine, la lecture de ma réfutation de l'écrit de M. Bertulus, et il fut établi en principe que tout Académicien a le droit de faire ce que j'ai fait dans cette circonstance, de combattre, au sein de ce corps savant, tel ouvrage imprimé qu'il croira contenir des erreurs. Ainsi l'éloquence des deux honorables secrétaires fut en pure perte ; ils seront obligés d'entendre jusqu'au bout la lecture d'une réfutation qui, j'en conviens, doit être fort mal sonnante à des oreilles contagionnistes telles que les leurs.

Les personnes présentes à la séance furent témoins de ce que je viens de raconter ; mais il est un fait capital qu'elles ignorent et qu'il est bon de leur faire connaître, ainsi qu'au public : c'est que M. le secrétaire perpétuel se refusa formellement et itérativement à me donner communication de la lettre de M. Bertulus.

Désirant parcourir cette lettre pendant la séance, je priai la personne qui reçoit les pièces de la correspondance à mesure qu'elles sont lues, de vouloir bien me la remettre pour quelques instans seulement. Après avoir fait beaucoup de recherches inutiles parmi ses papiers, cette personne me dit que la lettre que je désirais voir était entre les mains de M. le secrétaire perpétuel, auquel je m'adressai en ces termes :

— Monsieur Pariset, veuillez, je vous prie, me communiquer la lettre de M. Bertulus.

— Je ne veux pas vous la communiquer.

— Et pourquoi cela, s'il vous plaît ?

— Parce que vous êtes infidèle, et que si je vous la communiquais, vous pourriez la publier.

— Et quand je la publierais, quel mal y aurait-il, puisqu'elle a été lue publiquement à l'Académie ?

— Cette lettre m'a été adressée, elle est à moi, je ne veux pas vous la communiquer.

Comme cette conversation avait lieu au bureau, à côté de M. le président, qui me regardait en répétant : Chut ! chut ! je me retirai. Mais un moment après l'envie me prit de mettre l'honorable secrétaire à une nouvelle épreuve. Je retournai près de lui, et je lui dis ;

— Eh bien ! décidément, Monsieur Pariset, vous ne voulez pas me donner communication de la lettre de M. Bertulus.

— Non, me dit-il avec humeur, je ne vous la communiquerai pas ; c'est à moi que cette lettre est adressée ; c'est le conseil qui en a ordonné la lecture.

— Fort bien, lui répondis-je, cela me suffit ; et en prononçant ces mots, je me retirai.

Conçoit-on que le secrétaire d'un corps savant puisse oublier ses devoirs à ce point ? qu'il puisse refuser à un de ses collègues la communication d'une pièce qui l'intéresse et qui vient d'être lue devant un public nombreux ? Où M. Pariset pense-t-il arriver au moyen de pareilles *cachoteries*, indignes de la science et des hommes qui s'en occupent ? Croit-il pouvoir transformer en histoire le roman qu'il a publié sur la fièvre jaune de Barcelone ? Non, cela est impossible : rien ne saurait changer des faits accomplir. Croit-il pouvoir rendre aux mesures sanitaires relatives à cette maladie la faveur qu'elles ont perdue par suite de mes travaux et qu'elles perdent de plus en plus chaque jour ? Vain espoir, ces mesures passeront comme tout ce qui ne repose point sur la vérité, malgré l'appui que M. Bertulus s'efforce de leur prêter.

Que M. Pariset n'ait que peu de sympathies pour moi, et qu'il en ait, au contraire, beaucoup pour ce chirurgien de la marine, cela ne m'étonne point : le brûleur « de tous les objets qui avaient servi aux malades de la caravane pendant l'épidémie de fièvre jaune » mérite, sans aucun doute, tout l'intérêt et toute l'affection de notre honorable secrétaire perpétuel ; mais ce n'est certainement pas un motif pour me refuser une communication que je suis en droit d'exiger, car toute pièce qui a été lue devant un corps savant appartient à ce

---

voulu, dit-il, publier un traité mais seulement un manuel, une grammaire des passions, considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion. On conçoit dès lors que les faits l'emportent sur les raisonnemens et que la théorie sera complètement mise de côté. Mais avec ces limites même l'ouvrage n'en aborde pas moins les questions fondamentales de notre société, et nous ne craignons pas de le dire, il a apporté son contingent à l'œuvre de la civilisation progressive.

Deux parties forment ce livre, l'une est consacrée aux passions en général, l'autre aux passions en particulier. Dans sa classification, M. Descuret rapporte toutes les passions à trois classes de besoins : 1° à des besoins animaux ; 2° à des besoins sociaux ; 3° à des besoins intellectuels. Cette division, à laquelle conduisent les travaux de Gall, nous semble rationnelle.

Les passions peuvent être maintenues dans des bornes convenables par une bonne éducation, mais il existe certaines influences extérieures et internes sous l'empire desquelles elles éclatent tout à coup ; parmi celles que l'auteur a signalées, il en est une qui depuis longtemps avait fixé notre attention d'une manière spéciale, nous voulons parler de la menstruation. Sur 223 femmes que nous avons interrogées avec le plus grand soin, 43 (le cinquième environ) nous ont dit que leur humeur, leurs goûts, leurs caractères, étaient alors changés ; elles devenaient impressionnables, irritables, colères ; une de ces femmes, habituellement douce, ne se reconnaissait plus quand ses règles étaient arrivées ; dès qu'elle se trouvait seule dans la campagne, avec son troupeau, elle l'injuriait, le frappait, et sa rage n'était satisfaite que lorsqu'elle le voyait fuir en faisant entendre des sons plaintifs ; lorsque les règles étaient passées, tout rentrait dans l'ordre : ce point de vue est important pour le médecin légiste.

Si les passions sont modifiées par l'organisme, à leur tour elles réagissent sur lui et deviennent alors le point de départ de maladies qui, à elles seules, sont incomparablement plus fréquentes que toutes celles qui dépendent des autres modifications de l'économie. La moitié des phthisies, tant acquises qu'héréditaires, dit M. Descuret, reconnaissent pour causes l'amour et le libertinage. Les maladies chroniques de l'estomac, des intestins, du foie, sont dues à l'ambition, à la jalousie, à l'envie, aux chagrins domestiques ; sur 100 tumeurs cancéreuses, 90 au moins doivent leur principe à des affections morales tristes. Quel rôle immense n'exercent pas sur la production des maladies l'onanisme, la passion de l'étude, l'ivrognerie, le libertinage ? Le suicide, qu'on voit régner épidémiquement aux époques de corruption et de perturbation sociales, n'est-il pas, dans un grand nombre de cas, la conséquence de quelque passion fougueuse, ou d'un chagrin secret ? L'aliénation mentale, comme nous l'avons fait voir ailleurs, est le plus ordinairement due à des passions violentes ou à des affections morales trop vivement senties. Enfin, le crime lui-même est le triste résultat de mauvaises passions, puisque parmi les causes qui les déterminent on voit toujours figurer en première ligne la haine, la vengeance, les querelles, l'intérêt, l'adultère, la débauche, la jalousie.

M. Descuret, après avoir signalé les maux, indique les remèdes ; il les rapporte à trois chefs : la médecine, la législation et la religion. Suivant lui, lorsqu'on a découvert la cause de la souffrance, on se contente le plus ordinairement de dire : C'est une affection morale, nous n'y pouvons rien. C'est une grande erreur, les maladies morales sont susceptibles de guérison, mais il faut de la patience, une connaissance intime du corps humain et des nombreux ressorts qui le mettent en jeu. Que de fois nous avons reçu les confidences de malheureux hypochondriaques qui se croyaient sur le point de mourir : nous les écoutions avec attention, puis nous détournions la conversation sur d'autres sujets ; et lorsqu'ils avaient passé quelques heures sans parler de leur mal : Eh bien, leur disions-nous, quelle est la maladie organique qui disparaît par la conversation ?... Et l'espérance rentrait dans leur âme pour quelques jours. Un moyen fort puissant et dont nous avons obtenu de beaux résultats dans le traitement de la folie, est l'antagonisme des passions. Nous pourrions citer des cas de guérison pleins d'intérêt, où ce but a été atteint en faisant naître une passion qu'on opposait à l'idée fixe.

Le traitement législatif ou pénal donnait lieu à des considérations du plus haut intérêt. M. Descuret a montré en peu de mots la nécessité d'un système de peines établies par les lois. Mais ici, trois théories : celle de l'intérêt général, celle de la justice, et la théorie de M. Cousin, celle du devoir. Nous ne croyons pas qu'aucune de ces théories prise isolément puisse être la base du système ; toutes les trois doivent y concourir.

Dans le tableau comparatif des condamnations prononcées en France par les Cours d'assises depuis 1825 jusqu'en 1839, nous avons remarqué que les peines afflictives, qui avaient été de 4,037 en 1825, s'étaient élevées à 5,070 en 1839. En 1825, il y avait eu 134 condamnations à mort ; en 1839, seulement 39.

Si j'avais examiné cet ouvrage de 1815 à 1830, je n'aurais pas parlé du traitement religieux, car alors un mot sur ce sujet eût été la cause d'odieuses récriminations ; aujourd'hui un honnête homme peut se dire chrétien, sans qu'on crie haro sur lui. M. Descuret considère la religion comme devant exercer la plus haute influence sur la société ; il en recommande l'alliance avec la politique et les lois. Nous croyons avec lui qu'il n'est point de société possible sans une croyance, et qu'elle doit faire partie de toute bonne éducation

Cette première partie de l'ouvrage est terminée par deux chapitres fort intéressans sur les passions dans leurs rapports avec la thérapeutique, la folie et la culpabilité.

L'auteur, placé au point de vue synthétique, embrasse les passions dans leur universalité ; il indique leurs rapports intimes et réciproques avec l'homme et le monde extérieur ; des renseignemens curieux, des détails instructifs rehaussent encore l'intérêt de cette première partie.

La seconde division du livre, consacrée aux passions en particulier, se subdivise en trois sections ; savoir : les passions animales, les passions sociales et les passions intellectuelles ou manies. Dans la première viennent se ranger l'ivrognerie, la gourmandise, la colère, la paresse, la peur et le libertinage ; dans la seconde se trouvent comprises l'amour, l'orgueil et la vanité, l'ambition, l'envie et la jalousie, l'avarice, la passion du jeu, le suicide, le duel et la nostalgie ; dans la troisième et dernière, se placent la manie de l'étude, celles de la musique, de l'ordre, des collections, et le fanatisme artistique, politique, religieux.

Cette partie du livre fait mieux connaître la personnalité de l'auteur ; face à face avec chaque passion, il en saisit le caractère, les nuances, l'allure, en signale les influences, les dangers, et indique les meilleurs moyens de combattre leurs désastreux effets ou d'y remédier. Dans l'impossibilité de retracer le plan de M. Descuret pour chaque passion, nous nous bornerons à l'ivrognerie ; après avoir donné la définition et la synonymie de cette passion, il en fait connaître les causes. Il est à remarquer que ce vice est prodigieusement répandu chez les peuples civilisés. Ainsi, M. Descuret rapporte que chaque samedi il entre chez un marchand d'eau-de-vie de Manchester au moins 2000 personnes, dont la plus grande partie se compose de femmes. On a calculé que les quatre principaux débitants d'esprit de genièvre, à Londres, reçoivent chaque semaine 142,458 hommes, 108,598 femmes, et 18,391 adolescens, chiffres qui représentent un total de 209,437 buveurs. Dans un mémoire publié ailleurs, on lit que l'ivrognerie tue annuellement, en Angleterre, 50,008 hommes. La moitié des insensés, les deux tiers des pauvres et les trois quarts des criminels de ce pays se trouvent parmi les gens adonnés à la boisson. Dans le relevé des morts accidentelles constatées en France par le ministère public, on voit sur 31,508 individus qui ont péri accidentellement du 1er janvier 1835 au 1er janvier 1840, 1,106 ont succombé par ivrognerie.

L'ivresse, considérée dans ses applications médico-légales, a fourni à M. Descuret d'excellentes réflexions et des vues pleines d'une haute philosophie. Passant ensuite au traitement, il prescrit les remèdes les plus généralement employés, et rappelle les moyens préventifs mis en usage par quelques législateurs. L'auteur termine chacune de ces sections par des observations que tout le monde lira avec plaisir.

Forcé par les limites de cet article de choisir au hasard un petit nom-

corps et chaque membre de ce même corps a droit d'en prendre communication.

Pour faire encore mieux sentir tout ce que la conduite de M. Pariset a d'étrange et d'illibéral, je dirai que M. Bertulus, ayant adressé dernièrement une très longue lettre à l'Académie des sciences, j'ai trouvé au secrétariat de l'Institut, cette fois-ci comme toujours, toutes les facilités désirables non seulement pour lire mais pour copier d'un bout à l'autre cette missive de douze à quinze pages d'étendue, et cependant je n'ai l'honneur d'appartenir à l'Institut à aucun titre.

C'est en se conduisant suivant cet esprit de libéralité, que les corps savans s'honorent et marchent dignement au but de leur institution, et non en faisant un monopole des documens qu'ils reçoivent, et en privant le public de faits qui enrichiraient rapidement la science s'ils étaient livrés sans délai à la presse périodique (1).

Agréez, etc. CHERVIN, D.-M.-P.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans le dernier numéro de votre journal une lettre de M. Civiale, relative à l'extraction des corps étrangers de la vessie.

Pour rendre plus efficace le trois-branches, M. Civiale propose de le faire agir à travers une tube protecteur de l'urètre. « On peut, dit-il, ainsi *que je l'ai conseillé en* 1836, introduire dans l'urètre une grosse canule très mince, et faire servir cette canule de conducteur à un bilabe ou à un trilabe, afin de garantir les parois de l'urètre et le col de la vessie des froissemens occasionnés par le passage des corps étrangers. » Qu'il me soit permis de rapprocher de cette phrase la suivante, qu'on peut lire à la page 153 de mon Traité des moyens de guérir la pierre, *publié en* 1825 : « Je crois pouvoir établir, en règle générale, que ces fragmens ne devront jamais traverser à nu le canal de l'urètre. Pour en faire l'extraction, je me sers d'une pince à trois branches disposée comme la pince lithoprione; avec cette différence, que les mors ne sont pas aussi fortement recourbés, et qu'elle peut être retirée de la vessie au travers de la canule externe, entraînant avec elle les fragmens dont les aspérités ne sauraient ainsi porter atteinte aux parois du canal. »

J'ai, pour préconiser la pince à trois branches, des motifs d'amour-propre et de paternité qui sont maintenant trop connus pour que j'aie besoin de les rappeler; mais ces motifs ne m'ont point aveuglé sur l'insuffisance de cet instrument; c'est là ce qui m'a porté à inventer d'autres moyens d'extraction que M. Civiale blâme dans sa lettre, les confondant avec des instrumens tout à fait différens de trois ou quatre chirurgiens, pour les frapper d'une commune réprobation. A côté du trilabe, M. Civiale n'admet qu'un instrument propre à extraire les corps étrangers arrondis, c'est celui qu'il nomme lithoclaste à mors plats et larges, et il ajoute : « Mais c'est à tort qu'on a conseillé l'usage du percuteur de M. Heurteloup. » Or, il est bon de savoir que ce lithoclaste n'est autre que le brise-pierre évacuateur ou percuteur à cuiller, que mon ami Heurteloup et moi nous avions simultanément fait exécuter, lui en Angleterre, moi en France, et dont nous faisions l'application deux ans avant qu'il songeât à le modifier par l'aplatissement des cuillers.

M. Civiale prétend qu'avec la pince à trois branches il se fait fort d'extraire tous les corps étrangers de la vessie qui peuvent l'être sans incision, que les instrumens imaginés *ad hoc* sont inutiles; je soutiens, moi, que cette assertion est inexacte, et que dans beaucoup de circonstances, par exemple, pour l'extraction des tiges métalliques, je ferai facilement avec mes nouveaux instrumens ce que M. Civiale ne parviendra pas à faire avec le trilabe. Pour montrer lequel a raison, des épreuves sont nécessaires; l'Académie de médecine vient, sur ma demande, de nommer une commission chargée de lui faire un rapport sur cette question. Des expériences sur le cadavre seront faites devant elle, suivant ses indications; si M. Civiale le veut, elles pourront devenir comparatives. Je lui proposerais bien, pour les rendre plus probantes et plus fructueuses, de convenir que le vaincu dans cette lutte versera quelques milliers de francs pour un prix à décerner par l'Académie à l'auteur du meilleur mémoire sur le traitement préservatif de la gravelle et de la pierre ou tel autre. Sujet d'égale importance; mais M. Civiale a déjà tant de fois refusé des propositions de ce genre, que j'ai peu d'espoir de le voir accepter celle-ci.

Agréez, etc. LEROY D'ETIOLLES.

(1) Le lecteur se rappellera sans doute que, depuis que le Conseil d'administration de l'Académie de médecine a fondé son Bulletin et traité avec un libraire pour la publication de ce recueil, il ne communique pas une seule pièce de sa correspondance aux journalistes qui rendent compte des séances de l'Académie.

— On écrit de Munich, 26 novembre.

« Pour empêcher qu'on ne soit enterré vivant, une ordonnance royale statue que dans les hôpitaux civils et militaires aucun mort ne peut être enseveli ou inhumé que pour autant qu'après la seconde visite du cadavre, un chirurgien ait fait une incision à la plante du pied, et qu'on ait attendu le résultat. »

— La fièvre scarlatine et des fièvres typhoïdes règnent à Londres et dans divers comtés. Beaucoup de personnes on déjà péri, et plusieurs quatre heures après avoir éprouvé les atteintes du mal.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

bre de sujets, nous nous bornerons, en parlant du suicide auquel l'auteur a consacré un chapitre, de faire observer que le nombre des suicides s'accroît chaque année; il s'est élevé en 1839 à 2,747, c'est-à-dire 161 de plus qu'en 1838, 304 de plus qu'en 1837, 407 de plus qu'en 1836. Il y a donc pour le suicide, comme pour la criminalité, la débauche, la folie, une progression évidente! Est-ce à dire qu'il faille attribuer ces déplorables résultats à la civilisation, comme quelques philanthropes nous en ont charitablement accusé? Non, mille fois non; la faute en est à ceux qui, chargés de moraliser le peuple, ne se sont occupés que de son instruction sans penser à l'éducation; faute immense, capitale, dont il est à craindre qu'on ne s'aperçoive trop tard.

Cette analyse, longue pour le journal, courte pour le livre, montre que M. Descuret a touché à des questions d'une grande importance, et bien dignes des méditations du médecin philosophe; presque toujours il les a traitées convenablement. Il ne faut pas chercher dans cet ouvrage un système ingénieux ou puissant, une théorie nouvelle ou hardie, une idée paradoxale ou qui saisisse l'esprit; c'est le travail d'un observateur éclectique qui raconte ce que l'expérience des années lui a enseigné, mettant le fait à la place du raisonnement ou de l'imagination, disant bien ce qu'il dit, souvent avec finesse et toujours avec esprit. A. BRIERRE DE BOISMONT.

Prix de vaccine décernés par l'Académie.

Voici les prix et médailles décernés cette année aux médecins vaccinateurs des départemens, par l'Académie de médecine.

Le prix de la valeur de 1,500 fr. a été partagé entre MM. les doct. Bulloz, méd. à Besançon; Litschgi, méd. à Molsheim (Bas-Rhin); Nichet, à Lyon.

Il est accordé des médailles d'or à MM. Chabrol, off. s. à Lapéruse (Charente); Gibert, off. s. à Mur-de-Barres (Aveyron); Hellis, méd. à Rouen (Seine-Inf.); Nier, méd. à Privas (Ardèche).

Des médailles d'argent ont été décernées aux personnes dont les noms suivent :

MM. Archambault, méd. à Tours (Indre-et-Loire).—Barillon, off. s. à Clayes (Eure-et-Loire).—Madame Bellot, s.-f. à Chamboulive (Corrèze). — Bladou, méd. à Lacapelle (Lot). — Madame Bonnet, s.-f. à Bressuire (Deux-Sèvres).— Boudignel, off. s. à Groujis (Aisne). — Madame Bourdeix, s.-f. à Bourganeuf (Creuze). — Bousqueyrol, off. s. à Lannéjouls (Aveyron).—Brunel, off. s. à Tournus (Saône-et-Loire). — Burckardt, méd. à Sarrebourg (Meurthe).—Camoin, méd. à St-Etienne (Basses-Alpes).—Castelly, méd. à Puy-l'Evêque (Lot).—Cazes, off. s. à Aspet (Haute-Garonne). — Chalon, off. s. à Montmirail (Sarthe). — Charrier, méd. à Chailli-le-Mercier (Vendée).— Charroppin, off. s. à Pons (Charente-Inf.).— Châtenet, off. s. à Daumazac (Haute-Vienne). — Cogoreux, méd. à Resnies (Tarn-et-Garonne). — Combe, méd. à Villefranche (Lozère). — Constantin, off. s. à Chalais (Charente). — Costa, off. s. à Corte (Corse).—Chrétien, off. s. à Thann (Haut-Rhin). —Damian, off. s. à Lodève (Hérault).—Dantour, off. s. à Lille (Nord). — Delamar, off. s. à Lille (Nord). — Demeunynck, méd. à Bourbourg (Nord). — Deval, méd. a Riom (Puy-de-Dôme). — Mad. Duchatel-Coquet, s.-f. à Ardres (Pas-de-Calais). — Dupont, off. s. à Bourg (Hautes-Pyrénées). — Mad. Durand-Malbert, s.-f. à Aurillac (Cantal). — Duret, méd. a Nuits (Côte-d'Or). — Fabre, off. s. à Euvemen (Seine-Inférieure).—Franques, méd. à Sandillon (Loiret). — Gallot, off. s. à Auxon (Aube).—Gillet, méd. à Bellay (Ain).—Girard, méd. à Draguignan (Var).— Gisclard, méd. à Valence (Tarn).—Gunou-d'Alory, méd. à Sury (Loire). — Grévin, méd. à Antraigues (Ardèche).— Guillo, off. s. à Prades (Pyrénées-Orient.)—Guillon, off. s. à Saint-Pol (Finistère). — Henzey, off. s. à Caen (Calvados). — Hersent, off. s. à Chapoix (Oise).—Houeix, méd. à Ploermel (Morbihan).—Jobert, off. s. à Claye (Haute-Saône). — Jumel, curé à Arenteville-sur-Mer (Seine-Infér.) — Lafforre, méd. à Oleron (Basses-Pyrénées). — Lassenel, méd. à Nogent-le-Roi (Haute-Marne). — Laugier, off. s. à Mormorillon (Vaucluse). — Lebourlier, méd. à Avranches (Manche). — Lemer, off. s. à Mimizon (Landes). — Machart, off. s. à Ault (Somme).—Martin. méd. à Saint-Bonnel (Hautes-Alpes). — Mayeur, méd. à Sarrebourg (Meurthe). — Meilhac, méd. à Eymoutiers (Haute-Vienne). — Mélier, off. s. à Saint-Amand (Seine-et-Oise).—Mercier, off. s. à Saint-Claude (Jura). —Merland, méd. à Bourbon-Vendée (Vendée).— Méryse, méd. à Guérande (Loire-Inf.). — Mélier (Elie), méd. à Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire).— Miroille, méd. à Montmédy (Ardennes).— Moreau, méd. à Bone (Algérie).—Morel, méd. à Latour-du-Pin (Izère).—Morlaune, chir. à Metz (Mozelle). — Mothe, méd. à Andelys (Eure). — Mauzimann, méd. à Lacaume (Tarn).— Parmentier, méd. à Pierrefitte (Meuse). — Pénaux, méd. à Château-Thierry (Aisne). — Péronnier, méd. à Romans (Drôme). — Petit-Mangin, méd. à Remiremont (Vosges). — Philouse, méd. à Saint-Léger (Arriége). — Pifard, méd. à Brignoles (Var). — Piffard, méd. à Lesparre (Gironde). — Pingault fils, méd. à Poitiers (Vienne). — Pommier, off. s. à Monpous (Saône-et-Loire). — Poquinoze, méd. à Tulle (Corrèze). — Mad. Prévost, s.-f. à Bourges (Cher). — Mad. Raoul, s.-f. à Venisy (Yonne). — Reynaud, méd. à Montauban (Tarn-et-Garonne). — Renard, méd. à Paris, 5e arrondiss. (Seine). — Richard, méd. à Fougères (Ile-et-Vilaine). — Robert, méd. à Châteauroux (Indre).— Roek, méd. à Benfeld (Bas-Rhin). — Rohr, méd. à Salles (Vosges). — Roulloux, méd. à Morlaix (Finistère). — Rouseilhe, méd. à Castelnaudary (Aude). — Salâthié, méd. à Midelbonne (Bas-Rhin). — Sauzet, méd. à Monpéjol (Ardèche). — Songa, méd. à Guchou (Hautes-Pyrénées). — Tardène, méd. à Sangues (Haute-Loire). — Thélu, chir. à Dunkerque (Nord). — Tournel, méd. à l'Isle (Vaucluse).— Trinquier, méd. à Alais (Gard). — Trougé, chir. à Lagor (Basses-Pyrénées). — Vaux-Bidoux, méd. à Villeneuve (Lot-et-Garonne). — Vercegol, méd. à Marjevols (Lozère). — Verger, méd. à Modin-du-Vieux-Bellême (Orne). — Viet, méd. à Uzel (Côtes-du-Nord). — Villards, méd. à Varennes (Allier). — Vizerie, méd. à Bergerac (Dordogne).

MARDI 7 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 146, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud). Observations de pneumonie; saignées coup sur coup. — NECKER (M. Trousseau). Hydropisie datant de neuf ans; onzième ponction; frictions avec l'iodure de plomb; acide arsénieux. Albuminurie; péritonite; mort. Abcès des seins; compression. Névralgie temporale; carie dentaire — Sur les agens propres à opérer la dissolution des calculs urinaires, par M. Al. Ure. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. De l'emploi du guy de chêne. Nouveau moyen d'accroître l'efficacité de l'eau de mer, surtout dans son emploi contre les affections strumeuses. Sur la composition des eaux sulfureuses. — Séance publique et prix de la Société royale de médecine de Marseille. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Pneumonie droite du premier au second degré, avec bronchite capillaire, chez un sujet assez fort, qui a déjà eu plusieurs pneumonies. Cas grave. Emissions sanguines coup sur coup. Guérison.

Le nommé Thomas Leligre, âgé de trente-six ans, exerçant la profession de boulanger, est entré le 28 septembre dernier à la salle Saint-Jean-de-Dieu, où il est couché au n° 12.

C'est un sujet d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin; il fut vacciné et non variolé, et habite Paris depuis vingt ans; et malgré sa bonne santé habituelle il eut, il y a trois ans, une fluxion de poitrine bien caractérisée, dont on le débarrassa en très peu de temps à l'aide d'émissions sanguines fréquemment répétées. Une nouvelle fluxion de poitrine se manifesta il y a trois semaines, et il entra à la Pitié, dans le service de M. Mailly, qui le guérit également très promptement par le même moyen que M. Legroux, et il sortit de l'hôpital six jours après son entrée, pour reprendre son travail au bout de deux jours.

Cette fois il fut pris, l'avant-dernière nuit de son entrée à la Charité, d'une douleur dans l'épaule droite, qui descendit plus tard jusqu'au sein. En même temps il toussa, et dans la journée qui suivit il cracha un peu de sang. En outre, depuis hier après-midi, il eut des frissons suivis de chaleur fébrile, avec un peu de délire, à ce qu'il dit; de l'anorexie, un vomissement le matin de son entrée, mais pas de diarrhée ni de céphalalgie. Il n'a fait aucun traitement, et s'est levé pour venir à l'hôpital.

Il attribue sa maladie à ce qu'étant en sueur il s'est refroidi.

A son entrée, le visage est généralement animé, et les yeux sont brillans. La langue est humide, assez nette; la soif vive, et n'a pas d'appétit; la bouche est amère; pas de nausées ni de mal de gorge. L'épigastre et le ventre sont indolens, si ce n'est par suite de la propagation de la douleur sous la mamelle droite. Le pouls est à 100, fort, assez développé et résistant; les bruits du cœur normaux. Il n'y a rien de notable vers les carotides.

La toux est peu fréquente pendant l'examen, et ne donne lieu qu'à quelques crachats visqueux, gélatiniformes, adhérens, tachés de sang et de couleur abricot. La respiration est à 36; la douleur vive sous le sein droit spécialement, augmentant pendant la toux et les inspirations profondes. La résonnance et la respiration sont bonnes en avant des deux côtés, et l'on n'entend à droite qu'un peu de râle ronflant.

En arrière à gauche, la résonnance et la respiration sont également bonnes; mais à droite, la résonnance est plus faible dans la moitié supérieure et assez bonne inférieurement, ainsi que la respiration qui, plus faible aussi supérieurement, fait entendre un peu de râle ronflant pendant l'expiration; elle devient humide dans la fosse sous-épineuse où elle est accompagnée d'une crépitation très fine, sans souffle bronchique. Du reste, pas de céphalalgie, ni de douleur lombaire; il est venu en voiture à l'hôpital.

Le 28, persistance de la douleur et de la dyspnée; les crachats sont visqueux et d'une teinte rouillée; le pouls est à 76, médiocrement développé, mais non redoublé; la respiration est à 40. La résonnance, claire dans la région sous claviculaire droite, s'obscurcit en descendant vers le sein en dehors. On entend du râle ronflant avec frémissement des parois de la poitrine pendant l'expiration, et le murmure respiratoire est faible. La résonnance est faible dans toute la hauteur du côté droit en arrière, mais passable à gauche; en auscultant, on y observe du râle ronflant, mêlé de bulles, de crépitations en bas, mais nulle part de souffle bronchique. Le râle ronflant perd beaucoup de son intensité après quelques instans de la position assise. Le caillot de la saignée est volumineux, peu rétracté, couvert d'une couenne mince bien organisée.

On a pratiqué à ce malade, dans l'espace de deux jours et demi, trois saignées de 4 pal., et fait deux applications de ventouses scarifiées de 3 pal. chacune, en somme quatre livres et demie; et il est sorti bien guéri le 8 novembre, c'est-à-dire onze jours après son entrée.

Il faut dire aussi qu'il était généralement doué d'assez bonnes conditions, quoiqu'il eût eu déjà cependant plusieurs pleuro-pneumonies, dont l'une trois semaines seulement avant celle qui l'a conduit à la Charité; mais il n'en est pas de même du sujet de l'observation suivante.

Pleuro-pneumonie au deuxième degré; cas très grave; saignée coup sur coup. Guérison.

Au n° 11, nous avons vu un cas très grave de pleuro-pneumonie au deuxième degré, occupant les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière, chez un sujet lymphatique et très faible, se terminer également très bien sous l'influence du même traitement.

Entré le 6 novembre, Laurent-Joseph, âgé de seize ans, fabricant de cannes, est né à Paris; il est malade depuis six jours. Il est d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, a les cheveux blonds, est vacciné, non variolé, et, quoique assez bien portant habituellement, il s'enrhume depuis cinq ans au commencement de chaque hiver. Cette dernière fois il fut pris d'une céphalalgie qui dura vingt-quatre heures environ, puis d'inappétence avec constipation. Les jours suivans il eut quelques frissons et des sueurs assez abondantes pendant la nuit; enfin, la veille de son entré spécialement il eut beaucoup de toux et de la douleur dans le coté droit, sans hémiplégie. Il s'est alité dès le début.

A son entrée, le visage est animé aux pommettes et jaune dans le reste de son étendue. Les yeux son cernés et un peu abattus; les lèvres et les dents sont sèches ainsi que la langue qui est saburrale. Soif assez vive. Le ventre est balonné et sensible à la pression dans le flanc droit, où l'on constate un gargouillement très distinct, et, malgré cela, le selles sont normales ainsi que les urines.

Le pouls est développé et à 116. Les bruits du cœur, sans souffle bien marqué, sont accompagnés d'un tintement auriculo-métallique, et l'on constate dans la carotide droite seulement un léger bruit de diable.

Le malade ressent de la douleur qui, malgré son peu d'intensité, est persistante et augmente pendant les fortes inspirations. Peu de toux pendant l'examen, et les quelques crachats que l'on trouve dans le crachoir sont séro-albumineux, un peu visqueux et sans coloration sanguine. La résonnance et la respiration sont bonnes en avant des deux côtés, ainsi qu'à gauche en arrière. La résonnance est généralement faible dans la partie supérieure droite et postérieure pour devenir matte dans les deux tiers inférieurs; la respiration, qui est seulement puérile au sommet, est ensuite remplacée depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, par un souffle bronchique très prononcé, mêlé cependant inférieurement d'une crépitation assez abondante et fine à la fin de l'inspiration. Bronchophonie assez éclatante et même un peu chevrotante. Ce côté de la poitrine paraît un peu plus développé que l'autre; cependant, lorsqu'on ausculte le malade dans le décubitus abdominal, les signes fournis par l'auscultation se trouvent être les mêmes que précédemment, et la respiration, après cet examen, est à 32-36. Du reste, pas de nausées ni céphalalgie, ni douleurs lombaires.

A la visite du 7 novembre, le malade se trouve soulagé par suite d'une saignée pratiquée la veille; mais la douleur persiste, et les crachats albumineux tirent sur la couleur sucre d'orge. La peau est chaude et presque moite: le pouls est à 104-108, assez développé, mais non redoublé. La respiration est à 28-32. Le caillot, sans rétraction, est couvert d'une couenne épaisse de 4 à 5 millimètres, et les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont les mêmes à peu près que la veille.

Le 8 novembre le malade se trouve encore mieux, et n'a expectoré que des spumes en petite quantité; le pouls est à 100, la respiration à 24. Les battemens du cœur sont forts, sans souffle anormal, et le souffle que l'on entendait la veille encore à droite en arrière, a disparu; la crépitation est de même plus rare, et la bronchophonie moins retentissante. Le caillot de la première saignée, fortement rétracté, présente une couenne épaisse; celui de la seconde est glutineux et sans couenne, et les rondelles des ventouses, prises en caillot, offrent une sérosité limpide.

Enfin, le malade allait de mieux en mieux sous l'influence du traitement sur lequel nous allons un peu fixer l'attention, est sorti parfaitement guéri de l'hôpital le 23 septembre, c'est-à-dire quatorze jours après son entrée, étant convalescent déjà depuis neuf jours.

Ainsi qu'on vient de voir, on avait ici à traiter un sujet faible, chétif, lymphatique, très maigre, et de plus presque chlorotique; qui était atteint d'une pleuro-pneumonie au second degré, laquelle avait été parfaitement diagnostiquée *immédiatement* après un examen scrupuleux du malade.

Que faire en présence de pareilles complications? Renoncer aux émissions sanguines coup sur coup, vu l'état chlorotique du sujet, ou bien de les employer qu'à faible dose, comme on le faisait autrefois, et les aider de tartre stibié, ou bien encore employer le tartre stibié seul? Et l'oxyde blanc d'antimoine n'a-t-il pas été administré lui aussi, il y a quelques années, pour combattre la pneumonie? Mais ne sait-on pas que les émissions sanguines à dose ordinaire sont impuissantes pour enrayer une pneumonie, et surtout celle-ci, qui était arrivée au second degré en très peu de temps; que le tartre stibié, quoique réussissant quelquefois, est encore inférieur aux émissions sanguines, et qu'enfin l'oxyde blanc d'antimoine, qui n'est qu'une poudre inerte, qui, si elle ne produit aucun trouble bien manifeste dans les voies digestives, est du moins insignifiant dans le traitement de la pneumonie.

L'état du malade doit-il donc ici arrêter la main du praticien, et l'empêcher de combattre avec énergie la maladie principale, qui marche avec rapidité et qui menace les jours de l'individu? Nous l'avons déjà fait remarquer dans des circonstances presque analogues, une maladie qui n'est en réalité qu'une légère complication, ne doit pas effrayer le médecin au point de l'empêcher de faire son devoir, qui est de sauver les personnes qui sont confiées à ses soins.

Considérant donc que les diverses méthodes indiquées étaient trop infructueuses dans le traitement de la pneumonie, et que du reste l'état légèrement chlorotique ne saurait ici proscrire les émissions sanguines coup sur coup, on a procédé de la manière suivante: une saignée de trois palettes et demie a été prescrite au moment de l'entrée; le lendemain deux autres, l'une de trois palettes, l'autre de deux, avec trois palettes de ventouses scarifiées; le surlendemain, une saignée de deux palettes et demie a été ordonnée conjointement avec un vésicatoire; et enfin, le quatrième jour de l'entrée, une dernière saignée de deux palettes a été pratiquée, ce qui donne en somme 2 kilogrammes de sang tirés en l'espace de trois jours et demi; et le malade, convalescent au sixième jour, est sorti guéri, ainsi que nous l'avons déjà dit, après quinze jours de séjour à l'hôpital. Ces faits se présentent souvent chez M. Bouillaud, et nous aurons occasion, dans une analyse des cas de pneumonie observés depuis quelque temps dans son service, de démontrer par des faits assez nombreux la bienfaisante influence de cette méthode de traitement et sa prééminence sur les autres.

Les deux péri-pneumoniques dont on vient de lire les observations étaient donc dans des conditions bien différentes, et l'on a dû approprier la formule à la constitution et à l'état général de chacun. Au premier, qui était fort et vigoureux, on a tiré quatre livres et demie de sang; au second, qui était lymphatique et légèrement chloro-anémique, on n'a tiré que deux kilogrammes de sang en trois jours et demi, ce qui fait par conséquent deux cent cinquante grammes de moins qu'au précédent; chaque émission sanguine a été moindre, et l'on a mis un jour de plus que chez le premier pour extraire une quantité qui diffère de la première, de deux cent cinquante grammes, ce qui fait encore, en somme, une différence totale considérable. Ces considérations, dans l'application de la formule des émissions sanguines coup sur coup, sont donc de la plus haute importance.

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Hydropisie ascite datant de neuf ans; onzième ponction; compression et frictions avec l'iodure de plomb; acide arsénieux à l'intérieur.

Au n° 9 de la salle Sainte-Anne, est une femme entrée avec une hydropisie ascite qui dure depuis neuf ans, et qui a déjà nécessité dix ponctions; nous venons de pratiquer la onzième. Avant de faire cette petite opération, nous avons interrogé avec soin les organes, et nous les avons trouvés dans un état parfait d'intégrité. Il n'y avait du côté du cœur, du poumon, etc., aucun symptôme qui pût nous aider à expliquer l'hydropisie; la menstruation n'a pas cessé d'être régulière.

La ponction a donné lieu à l'écoulement de seize à dix-huit litres de sérosité limpide fortement albumineuse. Nous avons alors exploré le ventre. Nous avons trouvé le foie et la rate dans leur état normal; le mésentère ne contenait aucune tumeur; en déprimant les parois abdominales, l'on sentait parfaitement bien l'angle sacro-vertébral. L'état de flaccidité de ces parois nous permit d'enfoncer profondément nos mains dans le bassin, et nous n'avons rencontré rien d'anormal.

Existerait-il chez cette malade un kyste de l'ovaire? Nous ne le pensons pas; car, outre que dans ce cas la sérosité n'est presque jamais limpide, le kyste de l'ovaire est ordinairement multiloculaire, et il est évident que la pointe de notre trocart n'a pénétré que dans une seule cavité. Aurions-nous, chez cette femme, une péritonite grave? Pas davantage; car nous ne trouvons ni l'épaississement du mésentère, ni celui de l'épiploon, altération que l'on rencontre toujours dans ces circonstances. Il y a évidemment chez cette malade un état particulier du péritoine, en vertu duquel une abondante sécrétion de sérosité a lieu.

Quant au pronostic, nous pensons que c'est un cas très curable.

Le traitement que nous allons mettre en usage consistera: 1° en une très vigoureuse compression du ventre, qui nous permettra de lutter avantageusement contre la sécrétion péritonéale que, de cette façon, nous espérons diminuer; 2° en des frictions avec l'iodure de plomb; et en même temps, pour diminuer et éteindre l'éréthisme inflammatoire qui peut bien entretenir la sécrétion, nous ferons appliquer des cataplasmes de poudre de ciguë que l'on renouvellera toutes les vingt-qua-

tre heures. Ainsi, frictions avec l'iodure de plomb, cataplasmes de ciguë et compression, tels sont à l'extérieur les moyens que nous allons employer. A l'intérieur, nous donnerons l'acide arsénieux, ce puissant modificateur de l'organisme; nous commencerons par 25 déci-milligrammes, et nous irons en augmentant graduellement.

Ce traitement ne sera pas l'affaire d'un jour; cette femme, suivant toutes les probabilités, devra y être soumise pendant plusieurs mois, peut être même une année entière; mais la maladie dure depuis neuf ans, et à une affection chronique il faut de toute nécessité une thérapeutique chronique. Que si dans quelques mois nous n'avons obtenu aucune amélioration, nous nous souviendrons que les chirurgiens guérissent l'hydrocèle par les injections iodées ou vineuses; non pas que notre intention soit d'employer des moyens aussi irritans, nous nous servirons seulement d'un liquide légèrement alcoolisé, et nous en établirons un courant dans la cavité du péritoine à l'aide de deux canules de trocart. Si au bout de deux jours nous n'avons aucun changement, nous augmenterons la proportion d'alcool jusqu'à ce que nous obtenions des symptômes de péritonite aiguë, substituant de cette façon une phlegmasie thérapeutique à une phlegmasie morbide. Mais il est probable que nous ne serons pas obligé de recourir à ce moyen substituteur; la nature du liquide, l'absence de tumeurs abdominales et de lésions de l'intestin, l'intégrité de toutes les fonctions, nous font espérer une guérison par les moyens que nous allons mettre en usage.

Les faits de guérison d'hydropisie simple sont communs dans la science. D'une autre part, l'on a vu des personnes vivre vingt-cinq et trente ans avec cette maladie; seulement elles étaient obligées de se faire ponctionner de temps en temps.

Ainsi que nous l'avons dit, la femme du n° 9 se trouve dans de très bonnes conditions de guérison; nous allons voir à quoi nous jugerons l'amélioration. Chez cette femme, les intervalles compris entre chaque ponction sont devenus de plus en plus courts, d'abord de dix-huit mois, puis d'un an; bientôt ils n'ont plus été que de quatre mois. Eh bien, si à l'aide de notre traitement nous arrivons à retarder l'époque de chaque ponction, nous aurons avantageusement modifié l'état de cette femme. Que si cela a lieu, il est probable qu'en insistant nous obtiendrons davantage; et qu'enfin, si nous n'obtenons pas une guérison complète, nous aurons au moins mis cette femme dans de meilleures conditions.

Une femme-de-chambre qui est restée long-temps en Angleterre, devint hydropique et fut ponctionnée une première fois à Londres. L'hydropisie ayant reparu, l'on pratiqua la deuxième ponction alors que cette femme était enceinte, et cela sans qu'il en résultât d'accidens. Il y a un an environ elle vint nous consulter, et nous prier de pratiquer la ponction: elle était de nouveau enceinte. Nous nous sommes rendu à ses desirs, et nous avons retiré 15 à 20 litres de sérosité limpide: mais, chose assez extraordinaire, le liquide ne contenait pas un atome d'albumine. Quoiqu'on n'ait rien fait pour s'opposer au retour de l'hydropisie, l'épanchement ne s'est pas renouvelé.

Cette femme était d'une fraîcheur remarquable; et, à part la maladie dont nous venons de parler, elle était d'une très bonne santé. L'hydropisie, chez elle, tenait sans doute à une trop grande exhalation du péritoine. Eh bien, ces hydropisies sont de celles contre lesquelles la médecine est puissante, et qui guérissent souvent à l'aide des moyens que l'on trouve conseillés par les auteurs. Ce n'est pas que les hydropisies qui s'accompagnent de tumeurs abdominales soient incurables, car nous avons eu dans nos salles un cas de guérison des plus heureux.

Albuminurie. Péritonite. Mort.

Nous avions au n° 10 de la salle Sainte-Anne, une femme accouchée au mois de février, et entrée dans notre service dans le courant d'avril, présentant une infiltration générale qui remontait au septième mois de la grossesse. Déjà, dans une grossesse précédente, elle avait éprouvé de semblables accidens qui se sont dissipés à la suite d'un traitement auquel elle avait été soumise à l'hôpital Saint-Antoine.

Les urines, essayées par l'acide nitrique, précipitèrent abondamment. Nous avions donc là une maladie de Brigth bien évidente; mais une chose digne de remarque, c'est que les urines, au lieu d'être colorées comme elles le sont dans cette maladie, et de présenter l'aspect de vin blanc léger, présentaient la coloration commune aux urines des autres malades. Cette particularité, que nous rencontrions ici pour la première fois, nous avait fait porter sur cette femme un pronostic moins grave qu'il ne l'est ordinairement dans l'albuminurie.

Après quelque temps de séjour dans notre service, cette malade prend une péritonite sus-aiguë, sans qu'aucune cause, si ce n'est la maladie de Brigth, puisse nous rendre compte de ces accidens. Plusieurs fois, en effet, nous avons eu occasion de vous rappeler et de vous faire observer la fréquence des phlegmasies dans cette affection des reins.

Nous traitons cette péritonite comme une péritonite ordinaire, par les frictions avec l'onguent napolitain, et bientôt les douleurs cèdent; mais non-seulement la péritonite disparaît, mais encore nous voyons diminuer l'infiltration générale.

Il y a quinze jours environ, cette femme est prise d'un violent point de côté, et nous constatons l'existence d'un épanchement considérable dans le côté droit de la poitrine. A trois jours de là, retour de la péritonite, qui se calme de nouveau au bout de quelque temps. Cependant le pouls est déplorable et la fièvre persiste; il survient de la diarrhée, et il y a deux jours la bouffissure de la face tombe tout à coup. Nous l'avons déjà dit dans une autre circonstance, ce dernier phénomène lui seul suffit pour faire prévoir une fin prochaine. Cette femme, en effet, a succombé le jour même.

A l'autopsie, nous trouvons une accumulation dans le péritoine de sérosité sanguinolente dans laquelle on voyait quelques flocons albumineux. Les deux reins sont très hypertrophiés; la capsule enlevée, l'on constate un ramollissement de la substance corticale, qui est décolorée ainsi que la substance tubuleuse. A une époque plus avancée de la maladie, l'on aurait trouvé des granulations, et plus tard encore l'atrophie des reins ou leur conversion en une masse jaunâtre et comme lardacée.

Abcès des seins. Compression.

Nous avons au n° 8 de la salle Sainte-Julie une femme de 24 ans, entrée dans notre service il y a environ quinze jours, avec un abcès du sein. Il y avait vingt jours qu'elle était accouchée de son troisième enfant; elle n'avait jamais nourri et n'avait jamais eu d'abcès du sein. Après deux jours d'allaitement, les deux seins, mais plutôt le droit que le gauche (c'est le gauche qui est malade), furent le siége de crevasses qui ne tardèrent pas à se guérir. Bientôt cette femme éprouva de la douleur dans le sein gauche et il survint presque immédiatement dans ce point de la rougeur à la peau. Lors de son entrée, ces symptômes avaient augmenté d'intensité; toute la glande mammaire était considérablement gonflée; son diamètre fut alors évalué par nous à 15 centimètres environ. Les élancemens étaient peu violens; au-dessus du mamelon et un peu en dehors, l'on sentait une fluctuation très évidente et peu profonde. Il n'y avait pas de fièvre d'ailleurs. Cette femme continuait de donner à têter de l'autre côté.

Au bout de quelques jours, le sein faisant saillie dans le point où l'on percevait la fluctuation, nous pratiquâmes l'ouverture de l'abcès, et il s'écoula plusieurs cuillerées de pus bien lié. Une pince à pansement introduite dans le clapier pénétrait à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Dès le lendemain nous appliquâmes notre bandage compressif, qui fut enlevé une première fois au bout de cinq jours, et une deuxième fois aujourd'hui, au bout de dix. Il ne reste plus qu'une petite fistule qui va se rendre dans la cavité d'un petit abcès situé au-dessus de l'orifice fistuleux et qui ne tardera pas à se réunir. Dans le cas où il en serait autrement, une nouvelle compression en ferait promptement justice.

Si l'on compare cette femme à celle du n° 2 de la même salle, qui présentait à chaque sein un abcès de peu de gravité (celui du côté gauche était même presque complétement guéri), et pour lesquels nous n'eûmes pas recours à la compression, écoutant en cela les conseils de personnes qui prétendaient que ce cas était de ceux qui guérissaient sans traitement, nous verrons la première de ces femmes (celle du n° 8) guérir en douze ou quinze jours, tandis que chez l'autre il survint successivement plusieurs autres abcès dans le voisinage du premier, ces nouveaux abcès se compliquèrent d'un érysipèle grave qui faillit la conduire au tombeau.

Si l'abcès du sein abandonné à lui-même ne s'accompagne pas toujours d'accidens aussi sévères; au moins l'on peut dire que dans un grand nombre de cas, traités par les moyens ordinaires, sa durée est de deux à trois mois. Si l'on examine les résultats que nous obtenons à l'aide de la compression, l'on verra que quinze jours de ce traitement suffisent d'ordinaire pour la guérison.

Névralgie temporale. Carie dentaire.

Au n° 11 de la salle Sainte-Anne est une femme atteinte de névralgie temporale, pour laquelle nous avons employé le sulfate de morphine par la méthode endermique. Sous l'influence de ce moyen les douleurs se sont un peu amendées, mais elles n'ont pas tardé à reparaître, s'irradiant dans la mâchoire et sans prendre le caractère intermittent propre à la névralgie rhumatismale. C'est alors que regardant la bouche nous aperçumes du côté malade une dent cariée; les gencives du même côté étaient le siége d'un gonflement fongueux assez considérable. Pensant que cet état de la bouche entretenait la névralgie, nous prescrivîmes un collutoire sec avec parties égales de borax et de sucre. Et depuis deux jours que cette femme fait usage de ce moyen, les douleurs névralgiques sont presque complétement dissipées.

La carie dentaire et la fluxion des gencives peuvent donc entrenir la névralgie temporale. En voici un autre exemple: Une dame, l'épouse d'un des officiers d'ordonnance du roi, souffrait depuis long-temps d'une névralgie pour laquelle elle avait consulté un très grand nombre de médecins. Appelé par cette dame, nous conseillons les frictions avec le datura stramonium, les sels de morphine; mais nous n'obtenons qu'une très faible diminution dans les douleurs. Nous fumes témoin d'un des accès de névralgie, pendant lequel il s'écoula une quantité considérable de salive. Déjà cette dame s'était fait ôter plusieurs dents cariées; mais la douleur n'en avait pas moins persisté. Il en restait encore une, placée près de la commissure des lèvres, et que, pour cette raison, cette dame voulait conserver. La douleur enfin, devenant intolérable, elle en fit le sacrifice, et, depuis lors (et voilà de cela quatre ans) la névralgie n'a pas reparu.

L'éruption des dents de sagesse détermine souvent de semblables accidens, et l'on ne parvient à les dissiper que par l'avulsion de ces mêmes dents. Cela peut amener à cette conséquence pratique à savoir: Que chez une personne atteinte de névralgie, lorsque l'on constate l'existence d'une dent cariée, il suffit d'ôter la dent pour toujours guérir la névralgie. Il est nécessaire de savoir ce que peut faire la carie des dents: non seulement elle occasionne une névralgie dentaire, mais encore elle donne lieu le plus souvent à une névralgie rhumatismale, à une inflammation des gencives qui se propage au pharynx et quelquefois même au larynx. Une célèbre cantatrice qui a précédé Malibran au théâtre italien, madame Mainvielle-Fodor en offre un exemple; elle perdit sa voix par suite d'une inflammation sub-aiguë des gencives qui se propagea au larynx. Il y a quelque temps elle fit enlever la dent cause de ces accidens, et quoique âgée d'une quarantaine d'années, sa voix a retrouvé le timbre, la fraîcheur, qu'elle avait perdue.

Dès que nous eumes cessé l'emploi des moyens mis en usage pour combattre la névralgie dont la femme du n° 12 est atteinte, les douleurs reparurent de nouveau et toujours dans le même point. La fixité des douleurs, qui d'ordinaire sont erratiques quand la névralgie est de nature rhumatismale, nous confirme pleinement dans l'idée que la carie dentaire que nous avions reconnue était le point de départ de tous les accidens, bien que cette femme assurât que les douleurs occupaient tout le côté de la mâchoire et de la face et non pas particulièrement la dent cariée.

Les faits de ce genre, en apparence exceptionnels, sont très communs dans la science. Souvent la carie dentaire est la cause occasionnelle des névralgies temporales et faciales. Qu'avons-nous fait chez cette dame? Comme la dent était très peu cariée, nous l'avons conservée, et, pour calmer la névralgie qui procédait de l'odontalgie, nous avons cautérisé cette dent avec le nitrate d'argent: en modifiant ainsi la surface cariée, nous arrêtons les progrès de la carie, et nous faisons cesser immédiatement les douleurs névralgiques. Ce moyen est des plus puissans odontalgiques que nous connaissions; il faut y revenir d'abord tous les huit jours, puis tous les mois, enfin tous les ans.

La névralgie, chez la femme du n° 12, n'a plus reparu.

SUR LES AGENTS PROPRES A OPÉRER LA DISSOLTION DES CALCULS URINAIRES;

Par M. Alexandre URE, M.-D.

La fréquence de la pierre à toutes les périodes et dans toutes les conditions de la vie, les conséquences déplorables, trop souvent même fatales, que sa présence entraîne, et la douleur, le danger et l'incertitude dont sont accompagnés les divers moyens chirurgicaux employés pour son extraction, sont autant de considérations qui ont engagé de très bonne heure les hommes livrés à la pratique de l'art de guérir à chercher quelques remèdes appropriés contre une aussi redoutable affection. Toutefois, les médecins des temps passés, ignorant la nature réelle de la maladie, et n'ayant pas pour se guider dans leurs recherches les lumières que nous fournissent aujourd'hui les sciences exactes, ne sont arrivés à aucun résultat satisfaisant avec toutes les préparations auxquelles ils appliquèrent la dénomination de *lithostriptiques*. Un grand encouragement à ces sortes d'essais se trouve dans le vote par lequel le parlement accorda une récompense pécuniaire à mademoiselle Joanna Stephens pour son prétendu spécifique, dépense que n'aurait pas eu à supporter la nation si les médecins, qui furent alors consultés par les chambres législatives, avaient possédé quelques connaissances chimiques. Sans doute, on rencontre dans les œuvres publiées par Whytt et par quelques autres, vers le milieu du dernier siècle, un petit nombre d'observations d'individus complètement délivrés de leurs souffrances par les médicamens alors usités; mais, il faut le reconnaître, la médication par les terres caustiques et les alcalis ne fut jamais adoptée généralement, soit en raison des insuccès dus à l'adoption constante d'une même routine de traitement sans faire aucune distinction des cas, soit parce que les sujets qui furent taillés après avoir été soumis à cette pratique moururent, succombèrent tous sans exception. Dans ces dernières années, l'attention du public médical fut appelée de nouveau sur ce point par les écrits de MM. Patissier (Manuel des Eaux minérales de France), d'Arcet (Annales de chimie, 1826), et Charles Petit (Du traitement médical des calculs urinaires, et particulièrement de leur dissolution par les eaux de Vichy, etc.), en France. Le principal but de ces auteurs fut de prouver l'efficacité des eaux minérales de Vichy pour opérer la dissolution des concrétions urinaires, et un article fort intéressant publié dans le numéro d'octobre du *British and foreign medical Review* renferme deux observations remarquables sur la puissance dissolvante de ces eaux. Les relevés statistiques faits par le dernier de ces savans, qui est attaché à l'établissement de Vichy en qualité de médecin, ont cependant été controversés par M. le docteur Leroy-d'Etiolles, et ce chirurgien a entrepris de démontrer, en s'appuyant sur l'observation de plusieurs individus qui réclamèrent ses soins après avoir séjourné plus ou moins long-temps à Vichy, que, sous l'influence des eaux fournies par les sources de cette localité, les symptômes sont seulement calmés et masqués momentanément, mais que le mal n'en continue pas moins à faire des progrès, et finit par reparaître plus tard avec des caractères plus graves que ceux qu'il offrait auparavant.

Puisque la formation des calculs vésicaux peut avec raison être considérée comme le résultat d'un trouble fonctionnel dans la sécrétion urinaire, on ne peut raisonnablement se refuser à admettre qu'il soit possible de se débarrasser de ces calculs par l'emploi de moyens dissolvans appropriés à l'état des divers sujets. Cette opinion si encourageante a été admise par trois hommes qui font la gloire de la philosophie chimique, Fourcroy, Vauquelin et Berzélius; et, assurément, tous les véritables amis de l'humanité doivent faire des vœux pour sa réalisation. La variété la plus commune des calculs vesicaux est celle qui est formée d'acide urique, car il a été reconnu qu'elle se rencontre dix-neuf fois sur vingt, si l'on excepte toutefois une ou deux dans lesquelles on voit prédominer les calculs muraux, c'est-à-dire composés d'oxalate de chaux (R. Willis, *On urinary diseases*, 1838). Les expériences suivantes ont été entreprises dans le but de déterminer d'une manière bien précise l'action exercée par différens dissolvans sur l'acide urique; elles doivent être regardées comme un premier pas vers l'établissement de quelques vues positives sur la valeur thérapeutique respective de ces divers agens. Les substances essayées ont été les carbonate et bi-carbonate de potasse, les carbonate et bi-carbonate de soude, le borate de potasse, le bi-borate de soude, le borate d'ammoniaque, le

carbonate soluble de magnésie, le carbonate d'ammoniaque, l'eau de chaux et le savon d'Alicante.

L'un des sels qui figurent dans cette liste, le borate de potassse, offre des avantages manifestes, qui seront détaillés plus loin, et, pour ce motif, je serai disposé à lui donner la préférence sur toutes les autres substances de la même classe dans tous les cas où les lithontriptiques seraient indiqnés. C'est, du reste, à l'expérience seulement qu'il appartient de prononcer en dernier ressort sur sa valeur intrinsèque.

L'acide urique employé était d'une pureté parfaite, et avait été préparé d'après le procédé recommandé par M. le professeur Woehler, de Goettingue (Berzélius, Traité de chimie, t. VII, pag. 347). Une dose déterminée de chaque fut dissoute dans une quantité donnée d'eau distillée, à une température toujours la même, puis l'acide fut ajouté au soluté par très petites portions et à des intervalles successifs, après quoi le mélange fut fortement agité. On continua d'en agir ainsi jusqu'à ce que le liquide fut arrivé au point de saturation et refusât de se charger d'une plus forte proportion d'acide, ce que l'on reconnaissait à l'apparition de légers flocons.

Cinq centigrammes (un grain) de carbonate de soude ordinaire cristallisée, dissous dans trente grammes (une once) d'eau distillée, ont reçu cinq centigr. (un grain) d'acide urique.

Le carbonate de soude cristallisé et le carbonate de potasse ordinaire en grains, ont été choisis pour ces expériences, comme représentant l'état dans lequel ils doivent exister dans l'urine. L'acide urique est tout à fait propre aux recherches de cette espèce, en raison de son peu de solubilité dans l'eau. Suivant M. le professeur Mitscherlich, 10,000 parties d'eau, à 60 degrés centigrades au-dessus de zéro, n'en dissolvent qu'une partie seulement.

Cinq centigrammes (un grain) de carbonate de potasse ordinaire; dissous comme dans l'essai précédent, ont admis six cent vingt-cinq dix milligrammes (un grain et un quart) d'acide urique.

Cinq centigrammes (un grain) de borax, dissous comme il a été dit, ont admis soixante-quinze milligrammes (un grain et demi) d'acide urique.

Cinq centigrammes (un grain) de borate de potasse cristallisé, dissons comme ci-dessus, ont reçu soixante-quinze milligrammes (un grain et demi) d'acide urique.

Les solutions ci-dessus sont restées parfaitement limpides après un repos de vingt-quatre heures.

Un décigramme (deux grains) de carbonate de soude, dissous dans trente grammes (une once) d'eau distillée; a reçu six centigrammes (un grain et un cinquième) d'acide urique; au bout de vingt-quatre heures de repos, on y remarquait un léger dépôt floconneux.

Un décigramme (deux grains) de carbonate de potasse, dissous comme ci-dessus, a reçu onze cent vingt-cinq dix milligrammes (deux grains et un quart) d'acide urique; un dépôt s'est formé comme dans le cas précédent.

Un décigramme (deux grains) de borax, dissous comme ci-dessus, a reçu dix centigrammes (deux grains) d'acide urique; le dépôt qui s'est produit a été moindre que dans les deux essais précédens.

Un décigramme (deux grains) de borate de potasse, dissous comme ci-dessus, a reçu six cent vingt-cinq dix milligrammes (un grain et un quart) d'acide urique, et il ne s'est pas produit de dépôt appréciable.

Quinze centigrammes (trois grains) de carbonate de soude, dissous dans trente grammes (une once) d'eau distillée, ont admis onze cent soixante-cinq dix milligrammes environ (deux grains et un tiers) d'acide urique. Il s'est formé aussitôt un léger précipité qui a persisté le jour suivant.

Quinze centigrammes (trois grains) de carbonate de potasse, dissous comme ci-dessus, ont reçu cent soixante-quinze milligrammes (trois grains et demi) d'acide urique. Il s'est formé bientôt un dépôt floconneux qui s'est considérablement augmenté dans le cours de la journée. Quinze grammes (quatre gros d'eau chaude ont été ajoutés au soluté pour en élever la température à cent degrés de Fahrenheit, mais le dépôt n'a pas disparu.

Quinze centigrammes (trois grains) de borax, dissous comme ci-dessus, ont admis cent vingt-cinq milligrammes (deux grains et demi) d'acide urique. Il s'est produit un peu de dépôt qui n'a pas disparu par une addition d'eau chaude.

Quinze centigrammes (trois grains) de borate de potasse dissous comme ci-dessus, ont reçu onze centigrammes (deux grains et un cinquième d'acide urique, et la solution est restée parfaitement claire, même après un laps de vingt-quatre heures. Toutefois, en répétant l'expérience, un léger précipité s'est manifesté, mais il a promptement disparu par l'addition de quinze grammes (une demi-once) d'eau chaude.

Quinze centigrammes (trois grains) de carbonate de soude dissous dans quinze grammes (quatre gros) d'eau distillée, commencèrent à laisser précipiter des flocons après l'addition de cinq cent soixante et onze dix milligrammes environ (un grain et un septième) d'acide urique. Le lendemain le dépôt était très abondant, et ne disparut pas par la dissolution du soluté avec une nouvelle quantité de quinze grammes (une demi-once) d'eau chaude.

Quinze centigrammes (trois grains) de borax dissous comme ci-dessus, présentèrent des signes de décomposition avec cinquante-six dix milligrammes environ [illegible] un neuvième) d'acide urique. Le lendemain il e[illegible] le liquide un précipité très considérable, sur leque[illegible] de quinze grammes (4 gros) d'eau chaude n'exerça [illegible]ion à peine sensible.

Quinze centigrammes (trois grains) [illegible] potasse, dissous comme di-dessus, ont reçu soixa[illegible]illigrammes (un grain et demi) d'acide urique, [illegible] après un laps de temps de vingt-quatre heures, [illegible] léger dépôt qui, par l'addition d'une même q[illegible] chaude, disparut immédiatement.

Deux décigrammes (quatre grains) de carbonate de soude, dissous dans trente grammes (une once) d'eau distillée, après avoir reçu onze centigrammes (deux grains et un cinquième) d'acide urique, commencèrent à fournir un précipité qui, au au bout de quelques heures de repos, se montra dense et abondant.

Deux décigrammes (quatre grains) de carbonate de potasse, dissous comme ci-dessus, après avoir reçu seize centigrammes (trois grains et un cinquième) d'acide urique, donnèrent bientôt des flocons plus abondans encore que ceux qui avaient été fournis par le carbonate de soude.

Deux décigrammes (quatre grains) de borax, dissous comme ci-dessus, ont admis cent soixante-quinze milligrammes (trois grains et demi) d'acide urique. La solution resta limpide; mais le lendemain quelques globules opalins, du diamètre d'une semence de millet, furent trouvés adhérens un fond du vase dans lequel l'expérience avait été faite.

Deux décigrammes (quatre grains) de borate de potasse, dissous comme ci-dessus, ont reçu très près de quinze centigrammes (trois grains) d'acide urique. Pendant le cours de la nuit il se forma un dépôt léger consistant en quelques rares flocons.

Trente grammes (une once) d'eau chaude furent ajoutées à chacune de ces solutions, dans le but d'en élever la température à cent degrés environ du thermomètre de Fahrenheit; la solution de borate de potasse fut la seule qui resta sans perdre de sa limpidité.

Deux décigrammes (quatre grains) de bi-carbonate de soude, dissous dans trente grammes (une once) d'eau distillée, reçurent cinq grammes (un grain) d'acide urique; en même temps le soluté devint légèrement trouble et finit par laisser précipiter un dépôt presque atonique.

Deux décigrammes (quatre grains) de bi-carbonate de potasse, dissous comme ci-dessus, se comportent de la même manière que le bi-carbonate solide, et, comme celle de ce dernier, la solution resta sans éprouver aucun changement pendant les vingt-quatre heures qui suivirent.

Deux décigrammes (quatre grains) de carbonate d'ammoniaque, dissous comme ci-dessus, se troublent promptement par l'addition de vingt-cinq milligrammes (un demi-grain) d'acide urique, en donnant naissance à d'abondans flocons d'urate ammoniaque.

Les trois dernières expériences conduisent directement à prouver qu'un excès d'acide carbonique diminue la puissance dissolvante.

Deux décigrammes (quatre grains) de borate d'ammoniaque cristallisé, dissous comme ci-dessus, reçurent un décigramme (deux grains) d'acide urique, et se convertirent instantanément en urate ammoniaque.

Une solution de deux décigrammes (quatre grains) de savon d'Alicante dans trente grammes (une once) d'eau distillée, devint presque entièrement opaque par l'adition d'acide urique, et commença à fournir un précipité lorsque soixante-quinze milligrammes (un grain et demi) de cet acide eurent été ajoutés.

Trente grammes (une once) d'eau de chaux reçurent cent vingt-cinq milligrammes (deux grains et demi) d'acide urique, mais le soluté commença bientôt à laisser précipiter des flocons qui ne tardèrent pas à augmenter, à ce point que, dans l'espace de deux heures, ils formèrent, sur les parois du vase à expérience, une incrustation tellement cohérente, qu'il fallait recourir à l'intervention de l'acide chlorhydrique pour l'enlever. L'usage excessif et prolongé de l'eau de chaux (ou même des eaux fortement calcaires fournies par certaines sources) ne pourrait-il pas tendre à déterminer sur la membrane muqueuse vésicale des individus chez lesquels existe la diathèse urique, la production d'incrustations ayant quelqu'analogie avec celles dont il vient d'être question?

Qninze grammes (quatre gros) d'eau de chaux, étendus d'une égale quantité d'eau distillée, reçurent six centigrammes (un grain et un cinquième) d'acide urique; mais il en résulta une prompte décomposition, comme dans l'essai précédent. Il n'est pas inutile de remarquer, à cette occasion, que le remède de mademoiselle Stéphens, contre les calculs vésicaux, consiste en de l'eau de chaux prise avec une solution savonneuse.

Cent mesures d'un grain de magnésie fluide de Dinneford, diluées avec suffisante quantité d'eau pour former trente grammes (une once) par mesure, reçurent cinq centigrammes (un grain) d'acide urique. Le lendemain [illegible]tin, le fond du vase, dans lequel l'expérience avait été fait[illegible]ait une surface pointillée par une foule de petits corps bla[illegible]perle, présentant une structure cristalline, ressemblant à certaines variétés du minéral appelé *zéolite*, et presque insolubles dans l'eau.

Il ne faut pas omettre de noter ici que toutes les dissolutions ci-dessus, après avoir reçu leur maximum d'acide urique, réagissaient encore avec plus ou moins d'intensité à la manière des alcalis, lorsqu'on les mettait en contact avec le papier rouge de tournesol.

Ne peut-on pas inférer des essais précédens, que les meilleurs dissolvans directs de l'acide urique sont les préparations de la base alcaline qui a le plus d'affinité pour lui, c'est-à-dire les préparations de potasse, et spécialement le carbonate et le borate de cette base? Evidemment aussi, il n'y a pas d'avantage à prendre la base à l'état de sursaturation par l'acide carbonique, à moins que ce ne soit dans le but de favoriser son administration à l'intérieur. M. Woëhler n'a pas trouvé plus de cet acide gazeux dans l'urine d'un sujet qui avait bu une énorme quantité d'eau carbonique, que dans celle d'un autre individu qui n'avait point fait usage de cette sorte de boisson. Le borate de potasse mérite surtout d'être recommandé pour ce motif que, s'il donne lieu à un précipité, ce dernier est immédiatement redissous par un léger excès d'eau, ce qui n'arrive pas avec le carbonate de potasse ou de soude, ni avec le bi-borate de soude. Ce serait donc une excellente méthode, pour tirer parti simultanément de la puissance dissolvante du carbonate et du borate de potasse, que de recourir à l'administration du boro-tartrate de cette base; en effet, le tartrate, pendant son passage dans le torrent circulatoire se transforme en carbonate potassique, tandis que le borate pénètre dans les secondes voies et les traverse sans éprouver de changement dans sa constitution chimique. Une remarque faite par M. le professeur J. Liebig trouve naturellement sa place ici; c'est que, dans les provinces rhénanes, où les habitans font généralement usage, pour leur boisson ordinaire, de vins légers et contenant une proportion considérable de tartre, l'affection calculeuse est inconnue. (Traité de chimie organique, Introduction, p. 92.)

D'après ce qui vient d'être dit, il est probable que l'on pourrait tenter, avec quelque espoir de succès, d'attaquer les calculs, après leur arrivée dans la vessie, en administrant des doses petites, mais fréquemment répétées, de ce triple sel dissous dans une grande quantité d'un véhicule aqueux, et en injectant en même temps dans l'intérieur de la vessie, à l'aide du double cathéter modifié et perfectionné par M. le docteur Leroy d'Etiolles, une solution de borate potassique ou sodique; mais il faudrait que cette dernière solution fût faible, car on a vu, dans les expériences ci-dessus rapportées, qu'il n'y a point d'avantage à employer plus de quinze centigrammes (trois grains) du sel par chaque trente grammes (une once) d'eau. D'ailleurs, l'emploi d'une solution aussi diluée aurait encore un autre effet important; ce serait d'écarter toute crainte d'action trop vive sur la tunique si délicate qui revêt la surface interne de l'organe.

Bien que je n'aie pas de motif pour refuser à certaines préparations de soude la propriété réelle d'une action désintégrante exercée sur les calculs formés d'acide urique, néanmoins je ne puis me dissimuler que leur usage est loin d'être à l'abri de toute objection : d'abord, en raison de leur facile décomposition par le fait même de leur contact avec cet acide; ensuite, sous le rapport de l'extrême insolubilité du composé (urate de soude) auquel cette réaction donne naissance : M. Leroy d'Etiolles a montré que ce nouveau sel pouvait lui-même former les élémens d'un calcul vésical (Comptes-rendus, 1839). Le docteur Prout m'a rapporté qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer des sujets qui rendaient de certaines quantités de ce sel après avoir pris du bi-carbonate de soude; et un pharmacien chimiste très distingué, qui habite au voisinage de Londres, m'a assuré qu'après avoir fait, pendant dix huit mois, usage de cette préparation pour remédier à des aigreurs et neutraliser les acides développés dans son esmac, il avait été pris d'une incontinence d'urine avec évacuation par l'urètre d'une matière blanche concrétée venant de la vessie, accidens qui d'ailleurs s'étaient promptement calmés par la simple suspension du médicament employé jusque-là. Il est à peine besoin de noter que les mêmes objections peuvent être faites à l'emploi du savon d'Alicante.

L'eau de chaux, le carbonate d'ammoniaque et le carbonate soluble de magnésie étant encore plus susceptibles de décomposition que les combinaisons de soude, quoique les urates de ces diverses bases se dissolvent plus aisément, doivent encore être regardés comme des dissolvans très douteux. Peut-être doit-on faire une exception en faveur de la première de ces trois préparations, qui constituait le lithontriptique favori du célèbre Horace Walpole : en effet, on pense aujourd'hui qu'elle peut opérer la désaggrégation des calculs vésicaux en agissant d'une manière spéciale sur le mucus qui sert de lien et de ciment aux molécules solides dont ils sont formés, et cette manière de voir est d'autant plus vraisemblable que l'expérience a prouvé que l'eau de chaux possède réellement la propriété de dissoudre les sécrétions animales. Ne serait-il pas possible que les carbonates de potasse et de soude exerçassent une action analogue? (*Pharmaceut. Transactions*, n° V.)

M. A. Ure se propose d'étendre l'application de ce principe, dont le travail ci-dessus n'est qu'une exposition préliminaire, aux autres formes plus rares des calculs urinaires, et d'étendre spécialement l'action de l'acide lactique sur les phosphates : ce sera la matière d'une seconde suite de recherches.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi thérapeutique du guy de chêne.

Le gui de chêne, très employé dans la pratique des médecins d'autrefois, ne mérite point la proscription qui semble l'avoir frappé de nos jours, et elle doit être seulement considérée comme une suite de la négligence des praticiens à faire usage de cette plante, ou de la maladresse de ceux qui y ont recours sans savoir toutefois l'employer à propos. Le gui s'administre spécialement dans les affections convulsives; non dans les affections de ce genre qui dépendent d'une lésion organique, mais dans celles qui sont essentielles et qui paraissent tenir à un désordre de facultés sensitives et motrices, en un mot dans les affections convulsives idiopathiques ou essentielles : c'est à ce titre qu'il a guéri l'épilepsie et la danse de Saint-Guy sur des enfants; c'est encore au même titre qu'il fait merveille dans certaines toux. Les toux convulsives se présentent assez communément dans la pratique; une multitude de causes les sollicitent et les entretiennent chez les sujets faibles et irritables de l'un et de l'autre sexe : leur caractère essentiel est de ne tenir à aucun vice organique de l'appareil respiratoire ou des appareils en commerce avec lui, et de provenir purement et simplement d'une dépravation de la sensibilité et de la motilité localisée sur les organes respiratoires. Pour n'être pas le résultat d'une lésion organique, ces sortes de toux n'en sont pas moins bien souvent excessivement violentes et fort dangereuses : il y a plus, aucune espèce de toux ne se montre peut-être plus intense que celle-ci. Quant à ses dangers, ils sont relatifs aux dispositions des sujets, aux graves lésions de la poitrine ou à son action mécanique sur les organes de l'encéphale ou du centre circulatoire par suite des violentes secousses qu'elle produit. On peut reconnaître le caractère purement nerveux de cette toux, en se rappelant que le sujet ne portait pas jadis le principe d'une lésion essentielle des organes de la respiration, que les accidens sont survenus tout d'un coup et qu'ils ont pour caractère de secouer les organes pectoraux d'une manière convulsive, de revenir par accès, de persévérer sans fièvre ou avec très peu de fièvre, de permettre le décubitus

sur les deux côtés, d'exister enfin sans le signe physique ordinaire des lésions matérielles des poumons et des plèvres. Néanmoins, malgré les soupçons, ou même malgré la certitude de l'état purement nerveux de la toux, il est convenable, s'il y a fièvre, de commencer le traitement par une saignée générale suivie, si la douleur de la poitrine ou l'oppression sont considérables, principalement quand le sujet est jeune, sanguin et robuste, d'une application de sangsues *loco dolenti*, de quelques émulsions et de bains de pieds. C'est, en général, après l'emploi de ces moyens préliminaires que l'administration du gui réussit à souhait.

Quant aux préparations qu'il convient de faire subir à cette substance, quant aux doses auxquelles on peut la prescrire, les notions suivantes suffiront pour éclairer à cet égard ceux qui désireront en faire usage.

Le gui germe fréquemment sur certains arbres, et spécialement sur les pommiers, les poiriers, les peupliers, les tilleuls et les noyers ; on le rencontre encore, mais plus rarement, sur les châtaigniers, les noisetiers, les sapins et quelquefois aussi sur le chêne. Aussi est-il très rare de trouver précisément du gui de chêne, bien que la plante ne soit guère connue que sous ce nom. Heureusement tous les guis paraissent doués des mêmes propriétés. Les principes actifs s'accumulent particulièrement dans l'écorce ; cependant, pour l'emploi médicinal, on se sert de la plante entière. On la récolte à la fin de l'automne ou en hiver ; on la fait sécher avec soin, puis on la pulvérise en totalité et on conserve la poudre dans un flacon hermétiquement bouché et que l'on dépose dans un endroit bien sec ; cette poudre est légèrement amère, mucilagineuse et astringente. On peut encore en préparer des extraits.

On donne le gui soit en substance, soit en décoction. La poudre s'aministre à la dose de quatre à huit grammes (un à deux gros), deux ou trois fois par jour, soit en bols, soit délayée dans un demi-verre d'eau ou d'un véhicule quelconque approprié et convenablement édulcoré. La décoction se prépare avec soixante grammes (deux onces) de gui sec pour deux litres et demi d'eau qu'on fait réduire à un litre et demi. On la fait ordinairement prendre concurremment avec la poudre ou l'extrait en guise de tisane. Enfin, l'extrait peut se donner à la dose de quatre à six grammes (un gros à un gros et demi) dans les vingt quatre heures, soit en bols, soit dissous dans une potion ou une boisson. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Nouveau moyen d'accroître l'efficacité de l'eau de mer, surtout dans son emploi contre les affections strumeuses.

D'après l'observation de M. le docteur Nardo, l'eau de mer, employée contre les maladies scrofuleuses, soit par la voie de l'ingestion, soit par l'administration sous forme de bain, paraîtrait exercer une action d'autant plus énergique et plus assurée qu'elle serait plus chargée des principes solubles que peuvent lui fournir les plantes marines connues sous la dénomination générique d'*algues*. Partant de cette idée, ce médecin a saturé de ces mêmes principes l'eau de mer dont il se sert dans sa pratique, et les succès qu'il a obtenus depuis quatre ans qu'il a commencé à recourir à cette méthode si simple, lui ont prouvé jusqu'à l'évidence qu'il avait rencontré juste dans sa manière d'interpréter les faits, et que l'eau ainsi préparée l'emportait de beaucoup sur l'eau naturelle, tant pour la rapidité que pour la certitude de la guérison.

D'abord, M. Nardo se bornait à mélanger l'eau de mer avec une décoction d'algues très chargée ; mais il n'a pas tardé à reconnaître que les propriétés de l'eau préparée de cette manière étaient de beaucoup inférieures à ce qu'elles peuvent être en se servant du procédé qu'il emploie aujourd'hui, et qui est le suivant : il fait macérer pendant plusieurs jours, dans un récipient approprié, une quantité proportionnée d'eau de mer et d'algues fraîches, en aidant l'action dissolvante du liquide par l'exposition au contact des rayons solaires, et il prolonge cette macération jusqu'à ce que le liquide ait acquis une odeur et une saveur marines très fortes et toutes particulières ; c'est alors seulement qu'elle possède les propriétés spécifiques qui lui sont nécessaires pour agir avec la vigueur convenable sur l'économie des sujets scrofuleux.

(*Il Fliatre Sebezio*, 1841.)

Sur la composition des eaux sulfureuses.

Une question restée indécise sur les eaux sulfureuses des Pyrénées a fixé l'attention de M. Aubergier dans une thèse soutenue par lui il y a quelque temps. Anglada admettait l'état carbonaté pour la portion de la soude non combinée à l'acide sulfhydrique. M. Longchamp, au contraire, soutenait que cette base y existait à l'état caustique. Plus tard, M. le docteur Fontan y vit un silicate de soude, et considéra le dégagement de gaz observé par Anglada comme de l'acide sulfureux, et le précipité formé par ce gaz reçu dans l'eau de baryte comme un sulfite. Une expérience concluante de M. Aubergier pour rechercher et dégager l'acide carbonique, et les déductions qu'il en tire sont tout à fait favorables à l'opinion d'Anglada.

M. Aubergier a cherché également à prendre une opinion entre celles d'Anglada et de M. Fontan, et à s'assurer si les eaux sulfureuses en question sont minéralisées par un monosulfure ou par un sulfhydrate de sulfure ; et, malgré la vraisemblance de la théorie de M. Fontan, justifiée en apparence par le dégagement de la moitié de leur gaz, quand ces eaux sont soumises à l'ébullition, M. Aubergier persiste dans l'opinion émise par Anglada ; car, autrement, dit-il, les eaux des Pyrénées ne pourraient se décomposer à l'air sans précipiter du soufre. Il faut donc recourir à une autre cause pour expliquer le dégagement du gaz sulfhydrique pendant l'ébullition, et cette cause, M. Aubergier la trouve dans la silice dissoute dans le sulfure alcalin.

Société royale de médecine de Marseille.

La Société royale de médecine de Marseille a tenu le 21 novembre sa séance publique annuelle dans la grande salle des tableaux au Musée, en présence d'un auditoire choisi. On y remarquait presque tous les présidens et les députations des corps savans et des diverses administrations.

M. le président a ouvert la séance, à une heure et demie, par un discours ayant pour but de faire comprendre que si la médecine proprement dite a fait d'immenses progrès, il est une de ses parties encore fort obscure : la connaissance des causes des maladies. Or, M. P.-M. Roux voudrait que l'on appliquât la statistique à l'étude de la connaissance de ces causes, et démontre les grands avantages qui résulteraient de cette étude. Il désirerait enfin que la Société royale de médecine fût aussi société de statistique hygiénique. En traitant ainsi, et comme il l'a fait, d'un sujet qui intéresse éminemment les Marseillais, M. le président ne pouvait manquer d'enlever les suffrages de l'assemblée.

Après lui, M. Chargé, secrétaire-général, a rendu compte des travaux de l'année. Rien n'est ordinairement plus fastidieux qu'une lecture de de ce genre ; cependant, M. le secrétaire a prouvé que le contraire avait lieu quelquefois, ayant su captiver l'attention de l'auditoire par l'ordre des matières, une rédaction châtiée et des détails intéressans.

M. le docteur Sollier a eu la parole pour lire un rapport sur les maladies qui ont régné à Marseille en 1841.

A M. Sollier a succédé M. le docteur T. Beullac, qui a lu une notice sur quelques erreurs populaires en médecine. Bien que ces erreurs soient assez connues, on ne saurait pourtant trop fixer l'attention sur leurs dangers, et c'est une tâche que l'orateur a bien remplie.

Ensuite, le doyen des membres de la Société, M. Beullac père, président honoraire, a exprimé les sentimens de la Société en remettant à M. P.-M. Roux, président, la médaille d'or votée à celui-ci en septembre dernier. Dans sa réponse, M. Roux a dit que si son zèle lui a mérité l'estime générale de ses confrères, ce sera par de nouveaux travaux, bien plus que par des paroles, qu'il s'attachera à mériter leurs suffrages.

M. le président a distribué les médailles d'honneur et d'encouragement décernées par la société à MM. Brachet, de Lyon ; Ducasse, de Toulouse ; Furnari, Phillips et Devergie, de Paris. Il a ensuite mentionné honorablement MM. Eusèbe, de Salles, Funel et Santy.

La séance a été terminée par la lecture faite par M. le président du programme suivant des questions mises au concours pour les prix à décerner en 1842 et 1843.

— La Société devaif dtcerner, dans se séance publique de 1841, un prix consistant en une médaille d'or de la valeur de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question :

« Fixer la thérapeutique des maladies des veines. »

Un seul mémoire a été reçu, et même il est loin de réunir toutes les conditions pour l'obtention du prix. Mais l'auteur, le docteur Benvenisti, de Padoue, ayant montré beaucoup d'érudition et de connaissances pratiques, a été jugé digne d'une médaille d'encouragement et du titre de correspondant.

La Société retire cette question du coucours, et propose la suivante pour sujet d'un prix de la valeur de 300 francs, qui sera décerné en 1843 :

« Quelles sont les diverses bases sur lesquelles repose la thérapeutique dans les écoles françaises et étrangères.

» Déterminer par les faits et par le raisonnement celle qui doit être préférée. »

— Une médaille d'or de la valeur de 200 francs est offerte par M. le docteur P.-M. Roux, président de la Société, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question :

« Déterminer : 1° Les avantages attachés à l'esprit de corps parmi les gens de l'art.

» 2° Les moyens d'établir cet esprit de corps de la manière la plus désirable. »

Le prix sera décerné dans la séance publique du mois d'ootobre 1842.

Deux médailles d'argent seront accordées aux auteurs des mémoires qui auront le plus approché du prix.

Les mémoires pour l'un et l'autre concours seront envoyés avant le 1er juillet de chaque année respective, et suivant les formes usitées pour les concours académiques.

Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours pour les deux prix.

— La Société, sur le rapport d'une commission spéciale, décernera en outre, en séance publique, des médailles d'honneur aux personnes qui lui auront adressé les travaux les plus remarquables dans le courant de l'année.

La Cour royale de Paris vient de juger, le 30 novembre, une question qui intéresse les médecins placés à la tête des maisons de santé.

» Le médecin tenant une maison de santé qui s'est chargé de la garde d'un détenu pour dettes, transféré chez lui en vertu d'un jugement, est-il tenu de prouver que l'évasion du détenu a été le résultat d'une force majeure ? (Oui.)

» Le créancier qui se plaint de l'évasion est-il, au contraire, obligé de prouver la négligence ou l'imprudence du médecin contre lequel il demande la réparation du préjudice ? (Non.)

Voici le texte du jugement :

« La Cour,

« Considérant que c'est non-seulement sur l'offre du docteur R..., mais encore sur sa déclaration formelle qu'il se portait répondant de la représentation d'Irving, qu'il a été chargé de la garde de celui-ci ;

» Que R.. ne justifie pas que l'évasion d'Irving ait été le résultat d'une force majeure, ou qu'il ait pris toutes les précautions nécessaires pour la prévenir ;

» Que par suite de Boucheporn a été privé du gage qui lui avait été donné en la personne de son débiteur, et que les conséquences de cette évasion doivent retomber sur R..., qui s'y était volontairement soumis ;

» Considérant néanmoins que la Cour a les élémens suffisans pour apprécier le dommage ;

» Infirme ; au principal, condamne R... à payer à de Boucheporn la somme de 10,000 fr., à laquelle la Cour arbitre d'office les dommages-intérêts, et ce, par voie de contrainte par corps, dont la durée est fixée à cinq années ; condamne en outre R... à tous les dépens. »

Nous avons reçu une lettre de M. Civiale, en réponse à celle de M. Leroy d'Etiolles ; nous la publierons dans le prochain numéro.

Un docteur désirerait acquérir une maison de santé d'un produit de 12 à 20,000 fr. S'adresser de 3 à 6 heures, chez M. Beurrey, cité d'Orléans, 1.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 9 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 147, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Leçons sur les maladies de l'utérus. Des moyens d'exploration propres à éclairer le diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes. — DU GROS-CAILLOU (M. Denis). Traitement des rétrécissemens de l'urètre par le cathétérisme progressif. — Académie de Médecine, séance du 7 décembre. — Formule des tablettes anti-catarrhales de Deslauriers. — Réponse de M. Civiale. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Leçons sur les maladies de l'utérus.

(Deuxième article. *Voir* le n° du 30 novembre.)

Des moyens d'exploration propres à éclairer le diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes.

Le sujet qui va nous occuper est de la plus haute importance : c'est une introduction nécessaire à l'étude des maladies de la matrice. Chacun sait que la situation profonde et pour ainsi dire cachée de cet organe laisserait souvent le praticien dans l'embarras du diagnostic, si l'art ne possédait des moyens propres à éclairer le chirurgien en pareille circonstance. On ne saurait donc étudier avec trop de soin ses ressources, et surtout se familiariser avec leur emploi.

Je ne crois pas nécessaire d'insister ici sur la décence avec laquelle on doit se livrer à l'exploration des organes génitaux de la femme. Les préceptes que dicte le sacrifice de pudeur que cet examen requiert, et en seconde ligne l'intérêt personnel, ne doivent jamais être perdus de vue en pareille circonstance.

Les moyens d'explorer l'utérus sont de deux ordres : tantôt cet examen se fait à l'aide du toucher ; tantôt on a recours au sens de la vue, en faisant usage d'instrumens appropriés (spéculum). Dans certaines circonstances ces deux modes d'exploration se prêtent un mutuel secours, comme nous aurons soin de l'indiquer.

1° DU TOUCHER. — Ce mode d'exploration a ici une bien autre extension qu'en tocologie. Dans mon Traité de l'art des accouchemens, j'ai défini le toucher : « L'exploration des organes génitaux et du bassin de la femme à l'aide des doigts ou de la main portés à la vulve, dans le vagin, dans l'anus ou sur l'abdomen. » Cette définition serait incomplète en chirurgie proprement dite ; car ici, comme vous pourrez vous en convaincre, cette ressource ne se borne pas à l'examen des organes génitaux, elle embrasse encore l'exploration de toutes les parties contenues dans la totalité du bassin et du bas-ventre. C'est ainsi que je vous montrerai qu'en prenant certaines précautions, on peut encore la faire concourir à l'exploration des fosses iliaques. Je crois donc pouvoir définir le toucher en chirurgie : « l'exploration de toutes les parties contenues dans le bassin et le bas-ventre, à l'aide des doigts ou de la main, portés soit dans le vagin, soit dans le rectum, soit sur l'abdomen. » On voit par cette définition que le toucher peut être employé de trois manières différentes. Je vais les passer en revue chacune séparément, me réservant d'indiquer ensuite le mutuel secours qu'elles se prêtent l'une à l'autre. Je dois prévenir toutefois que je serai bref sous ce second point de vue ; car nous aurons bien souvent à revenir sur ce sujet en étudiant les maladies qui réclament l'emploi de ces moyens, et il sera plus facile alors d'en faire ressortir toute l'importance.

Avant de pratiquer le toucher, il faut avoir soin de vider le rectum et la vessie. On comprend qu'en omettant de prendre cette précaution on pourrait non-seulement être gêné dans les explorations, mais encore s'exposer à des méprises. Il suffit, du reste, de faire cette remarque pour en faire sentir l'utilité.

A. *Toucher vaginal.* — La femme doit se tenir debout ou être couchée. Cette seconde position est celle que je préfère le plus généralement, car elle permet de joindre à ce mode d'exploration le *toucher abdominal* qui lui prête un puissant secours, comme nous le dirons bientôt. Cependant, lorsqu'il y a une tumeur fibreuse, pesante, profondément située, et que les liens qui soutiennent l'utérus sont relâchés, il convient de faire placer la malade debout, adossée contre un lit ou tout autre point d'appui, la partie supérieure du tronc légèrement inclinée en avant et les cuisses suffisamment écartées. Pour prévenir la fatigue d'une semblable position, la malade doit prendre un point d'appui avec ses mains ou ses coudes sur une personne ou sur un objet voisin. Si la femme est couchée, on lui fait fléchir à demi les jambes et les cuisses, que deux aides placés latéralement maintiennent dans cette position, on élève légèrement la tête et la poitrine à l'aide d'oreillers ou de traversins. On se conduit de la sorte pour favoriser le relâchement des muscles. Il faut savoir en outre que lorsque l'une ou l'autre de ces deux positions ne satisfait pas complétement, il est très utile de les combiner ensemble, c'est-à-dire d'explorer alternativement la femme couchée et debout. Cette conduite m'a souvent procuré les plus heureux résultats.

Quand la femme est couchée, le chirurgien se place à sa droite s'il touche de la main droite, et à sa gauche quand il opère avec la main de ce côté. Il est bon, du reste, de s'exercer à toucher avec l'une et l'autre main ; car on comprend qu'une position forcée de la femme, une difformité, une maladie quelconque du membre droit, etc., pourraient faire regretter de ne s'être pas livré à cet exercice.

Avant de commencer l'opération, le chirurgien doit enduire le doigt ou les doigts de la main avec laquelle il va opérer, d'un corps gras quelconque, huile, beurre, graisse, mucilage, etc., pourvu qu'il soit onctueux et incapable de produire de l'irritation. Cette précaution a un double but : elle rend l'introduction plus facile et moins douloureuse pour la femme, et met à l'abri de la contagion des maladies qui peuvent exister dans le canal vulvo-utérin. On ne devrait pas la négliger, surtout si le doigt ou les doigts qui doivent opérer étaient affectés de quelque excoriation. Cependant il ne faudrait pas admettre qu'elle est toujours indispensable ; je pense même qu'il serait souvent possible de s'en abstenir sans inconvénient.

Les préceptes relatifs à l'introduction du doigt dans le vagin étant ici les mêmes que lorsqu'il s'agit d'explorer l'utérus dans l'état de gestation, je me bornerai à répéter ce que je dis à ce sujet dans mon Traité des accouchemens.

Pour introduire le doigt, on peut le tenir étendu et fortement écarté des autres, ou bien fléchir ces derniers de telle sorte que le pouce se trouve caché dans la paume de la main. Le plus souvent, ces deux méthodes peuvent être employées indistinctement ; mais la première ne convient pas aux femmes dont les parties externes de la génération sont gonflées, sensibles, enflammées ou douloureuses. La seconde étant applicable à tous les cas, est, en conséquence, préférable, ce qui ne m'empêche pas d'employer l'autre quelquefois.

Il n'est jamais indispensable de découvrir la femme pour cette opération. Quand elle est couchée, on se place à côté de son lit ; la main portée sous la couverture gagne la vulve en passant sous le jarret correspondant. Quand elle est debout, on doit mettre un genou en terre. Selon les uns, c'est celui qui correspond à la main employée ; d'autres veulent que ce soit le contraire. Les premiers allèguent l'avantage de pouvoir donner un point d'appui au coude, et obtenir ainsi plus de fixité et de sûreté dans les mouvemens. Pour moi, je pense qu'on peut très bien toucher des deux manières. Toutefois, j'ai depuis long-temps adopté la seconde dans ma pratique comme pour mon enseignement. Je trouve que le bras est plus libre, qu'on peut plus aisément l'incliner en avant ou en arrière, le lever ou l'abaisser ; qu'il s'accommode mieux à la stature nécessairement variable des femmes. Au surplus, c'est ici une affaire de choix bien plus que de nécessité.

L'indicateur, disposé comme il a été dit, ayant son bord radial tourné vers le sommet de l'arcade pubienne, est d'abord porté sur le périnée ou à la partie postérieure de la vulve. On ramène ensuite la pulpe en la traînant en avant, pour la glisser entre les grandes lèvres et pénétrer dans le vagin en suivant l'axe du détroit périnéal, ou de bas en haut et comme pour gagner l'angle sacro-vertébral.

Parvenu dans le vagin, le doigt sera dirigé de différentes manières, suivant le genre d'exploration qu'on se propose de faire. On comprend qu'il doit exister à ce sujet une foule de nuances que nous ne pourrons faire connaître avec détails que lorsque nous nous occuperons de chaque maladie en particulier. Je dois cependant vous présenter quelques considérations générales sur les indications et les contre-indications du toucher vaginal.

Ce mode d'exploration est excessivement utile ; on doit y avoir presque constamment recours lorsqu'il s'agit d'une maladie de l'utérus ou d'un des organes contenus dans le bassin. Cependant il n'est pas toujours indispensable ; et comme, après tout, il répugne le plus ordinairement aux femmes, on devrait s'en abstenir dans tous les cas où il n'y a pas indication positive : c'est ainsi qu'il faudrait y renoncer si l'on avait affaire à un cancer de l'utérus bien déterminé ; cette manœuvre n'aurait alors évidemment aucun résultat, et ce serait multiplier inutilement les souffrances de la malade. Une seule exploration devrait suffire en pareille circonstance ou autres analogues. On devrait encore s'en abstenir, si la femme avait eu récemment une hémorrhagie abondante, si elle souffrait beaucoup, et si elle était en proie à une affection grave. En pareil cas, il est prudent de différer ce genre d'examen. Nous aurons du reste occasion de revenir sur ces différentes particularités. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'à côté de ces contre-indications réelles, on en a mentionné quelques-unes dont je ne puis sanctionner la valeur : ainsi, on a dit qu'on doit s'abstenir de pratiquer le toucher 1° si la femme a fait beaucoup d'exercice, 2° à la suite de fréquentes relations sexuelles, 3° quelques jours avant et après l'époque menstruelle, 4° si le vagin est très impressionnable. Il est évident que ces différentes circonstances doivent être prises en considération par les praticiens ; sans doute, si l'on pouvait choisir on n'agirait point pendant ces époques, mais je ne vois là aucun motif suffisant pour trouver des contre-indications lorsque l'examen dont il s'agit peut être utile. Un praticien tant soit peu exercé ne se laissera jamais tromper par les légères modifications qui surviennent en pareil cas, modifications qui sont d'ailleurs parfaitement connues.

B. *Toucher anal.* — Il est trop négligé en chirurgie ; il peut fournir des renseignemens précieux, comme nous le ferons remarquer dans la suite de ces entretiens. Il donne une grande liberté pour reconnaître la mobilité ou la fixité, le degré d'inclinaison de l'utérus ; il permet de constater avec assez de facilité l'état des ligamens larges et des parties latérales de la matrice. Le pouce porté dans le vagin permet d'explorer avec tout le soin désirable la cloison recto-vaginale, ainsi que la longueur et le volume du col. Il est bon cependant que vous sachiez que de graves erreurs pourraient résulter de son emploi. En effet, par la vulve, le doigt prenant son point d'appui sur le sommet de l'arcade pubienne, arrive promptement au museau de tanche, et se met presque nécessairement en rapport avec l'axe du détroit inférieur ; par l'anus, il est forcé de se tenir éloigné des pubis, de s'incliner vers l'axe du détroit supérieur, ou de suivre la paroi postérieure du bassin et de perdre ainsi plus d'un pouce de trajet. Trompé par la position du col alors beaucoup plus élevé qu'on ne s'y attendait et en même temps beaucoup plus déjeté en arrière, on peut prendre cet organe pour une saillie, une tumeur de la région postérieure de la matrice ; croire à un renversement, à une maladie dont il n'existe pas la moindre trace.

En combinant à ce mode d'exploration le toucher abdominal, dont nous allons parler, on peut arriver à des résultats précieux que nous ferons connaître.

C. *Toucher abdominal* (sus-pubien, hypogastrique). — Employé seul, ce mode d'exploration peut servir à constater l'état des parties contenues dans les fosses iliaques ; il peut même donner des notions assez exactes sur les engorgemens un peu considérables de l'utérus, et sur des tumeurs développées dans le bassin. Mais c'est surtout en le combinant avec le toucher vaginal ou rectal, suivant les cas, qu'il constitue une ressource excessivement précieuse, et dont vous me voyez faire un fréquent usage dans cet hôpital. Il existe d'ailleurs des nuances nombreuses dans les manœuvres à employer, suivant le genre de lésion qu'on veut constater. Je préfère vous donner des détails sur ce sujet lorsque nous étudierons chacune de ces lésions : vous en comprendrez plus facilement la valeur. J'ajouterai seulement qu'en prenant certaines précautions, que vous pouvez d'ailleurs pressentir, l'on peut explorer avec la plus grande facilité tous les organes contenus dans le bassin et dans le bas-ventre. N'oubliez point, au surplus, que pour retirer de cet examen tous les avantages possibles, il faut donner à la femme une position favorable au relâchement des muscles abdominaux, et de plus s'être un peu exercé à ce mode d'exploration. Il est presque inutile d'ajouter que ce mode de toucher perdra une plus ou moins grande partie de ses avantages, suivant que les parois abdominales de la femme seront chargées d'une plus ou moins grande quantité de tissu graisseux. Cette circonstance peut même aller jusqu'à rendre presque nul ce mode d'exploration.

Du reste, je pourrais entrer ici dans une foule de détails importans ; mais, comme je l'ai déjà dit, ces détails seront beaucoup mieux placés ailleurs.

Le toucher ne suffit pas toujours ; il est quelquefois nécessaire que les parties affectées soient soumises à la vue, bien entendu dans les cas où cet examen est possible. De là l'usage d'instrumens désignés sous le nom de *speculum*.

2° SPÉCULUM. — Je ne m'arrêterai pas à vous décrire tous les modèles de spéculums qui ont été imaginés. Vous pouvez facilement en prendre connaissance ailleurs. Vous trouverez aussi des détails suffisans sur ce sujet dans mon Traité de médecine opératoire.

On a peut-être trop généralisé l'emploi de cet instrument, qui demande d'ailleurs un certain exercice pour être convenablement appliqué. Il faut que vous sachiez, au surplus, que c'est un genre d'exploration auquel les femmes se soumettent plus difficilement encore qu'au toucher. Ses indications sont en outre beaucoup plus limitées que ne semblent le croire certaines personnes. Ainsi il ne peut être d'aucune utilité dans les cas de déviation, d'inclinaison, de flexion de l'utérus ; il ne peut fournir de renseignemens utiles lorsqu'il s'agit d'une tumeur et même d'une induration du col. Dans tous ces cas, et même dans une foule d'autres que nous aurons occasion d'étudier, le toucher suffit. La vue n'est utile que pour certains états du col sur lesquels le doigt ne peut donner des renseignemens exacts et précis. Le spéculum est en outre réellement avantageux lorsqu'on a besoin d'appliquer des topiques sur le col ou d'opérer sur les parois du vagin. Nous aurons occasion de revenir sur ces différentes particularités.

Pour introduire le spéculum, on l'enduit d'abord d'un corps gras, après quoi on le glisse doucement dans l'axe du bassin, en appuyant principalement sur la commissure postérieure du pudendum d'abord. Il faut avoir soin ici de refouler avec les doigts le repli muqueux dont j'ai parlé en indiquant les dispositions de certaines parties du vagin. Cela fait, on conduit l'instrument avec précaution jusqu'au siége du mal, on l'incline plus ou moins en avant, en arrière ou de côté, suivant la position qu'occupe la maladie qu'on veut examiner ; on l'ouvre ensuite, s'il est brisé, de manière à déplisser entièrement le vagin et à mettre complétement à découvert toute l'étendue du mal.

Je bornerai là les réflexions générales que j'avais à vous

présenter sur certains moyens propres à éclairer le diagnostic des maladies que nous avons à étudier ; je le répète, j'y reviendrai avec des détails plus précis lorsque nous examinerons chacune de ces maladies. G. J.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU.

M. DENIS.

Traitement des rétrécissemens de l'urètre par le cathétérisme progressif.

M. Denis, chirurgien-major, chargé depuis long-temps du service des vénériens à l'hôpital du Gros-Caillou, emploie le cathétérisme Mayor dans le traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre. Si ce mode de cathétérisme a produit des accidens graves, dit-il, et si dans la crainte de ces accidens, la plupart des praticiens y ont complètement renoncé, ce n'est pas qu'il soit défectueux en lui-même, c'est qu'on l'a employé avec trop de précipitation. Vouloir d'un seul coup traverser un canal coarcté, souvent en plusieurs points, c'est s'exposer à tous les mécomptes et aux suites funestes qui ont été indiquées.

On comprendrait que, de cette manière, on pût non-seulement faire une fausse route, mais encore arracher le canal. Aussi, n'est-ce point d'après ces erremens que je me comporte. J'emploie un cathétérisme *régulièrement progressif*. Je ne demande pas à la sonde en étain une réussite immédiate. Si l'obstacle est trop résistant, je me contente de l'avoir un peu dilaté ; et aussitôt que le malade exprime une souffrance un peu vive, aussitôt surtout qu'il y a un suintement sanguin, je retire la sonde, pour ne tenter de nouveau son introduction que plusieurs jours après. Dans l'intervalle, je prescris le régime, des tisanes émollientes, et de grands bains. J'essaie ainsi plusieurs jours de suite. Cette méthode demande de la patience. Il faut savoir convaincre le malade, qui, souvent, ne veut pas que l'on recommence. Je dois dire que, jusqu'à présent, ce genre de cathétérisme ne m'a pas manqué une seule fois. Je n'ai jamais été au-delà de la sonde n° 3, et, en réalité, je crois qu'il y a trois sondes de trop dans les boîtes de M. Mayor. Il est impossible surtout que la sonde n° 6 ait été faite autrement que pour la vue. Le cathétérisme exige de certaines précautions qui peuvent faire réussir un praticien, et dont la négligence fait souvent échouer celui que l'expérience n'a point éclairé.

Avant d'introduire la sonde dans le canal, j'injecte dans ce dernier une petite quantité d'huile d'amandes douces tiède, et je maintiens pendant quelques instans le liquide avec le pouce de manière à ce qu'il s'insinue autant que possible dans le rétrécissement. On ne doit pas manquer d'échauffer la sonde, soit en la trempant dans de l'eau chaude, soit en la frottant avec de l'étoffe. Quand l'instrument est arrêté, il faut, avec les doigts de la main gauche portés sur son extrémité vésicale, maintenir le bout dans la direction du canal. Je suis sûr qu'on évitera ainsi bien des fausses routes. On imprime de légers mouvemens à la sonde ; surtout on se garde de pousser avec trop de force. On persiste en suivant de temps à autre un effort modéré, que l'on cesse, dès que le malade se plaint de souffrir beaucoup.

M. Denis insiste avec raison sur la nécessité d'échauffer la sonde. Je fus, dit-il, appelé dernièrement, dans la nuit, auprès d'un homme âgé, qui n'avait pas uriné depuis la veille. Un confrère essayait vainement de le sonder depuis plus d'une demi-heure. La sonde n'avait pas été échauffée. Je trempai une sonde de Mayor, n° 2, dans de l'eau chaude ; je fis l'injection d'huile d'amandes douces dans le canal, et, presque immédiatement, je pénétrai dans la vessie, à la grande joie du malade. Rien n'égale le soulagement d'un homme qui, étant dans les angoisses de la rétention d'urine et dans la vessie duquel on parvient à introduire l'instrument évacuant.

Les faits suivans feront mieux comprendre les préceptes de M. Denis.

Première observation. — H..., sergent, est entré au Gros-Caillou le 4 octobre, pour divers accidens vénériens qui ont été combattus par les préparations mercurielles, et ont cédé, sauf un écoulement gonorrhéique. Il existe plusieurs rétrécissemens. Il y a une dixaine d'années que ce malade contracta une blennorrhagie aiguë. Depuis ce temps, l'écoulement a persisté tantôt sous forme aiguë, tantôt sous la forme chronique. Plusieurs fois déjà on a tenté la cure radicale des rétrécissemens, et, soit impuissance des moyens, soit indocilité du sujet, les moyens ordinaires mis en usage dans ce cas ont échoué. Le jet était très fin et tortueux, l'émission de l'urine douloureuse, le besoin d'uriner fréquent. M. Denis se décide à employer le cathétérisme progressif. La sonde n° 1 de M. Mayor est engagée dans l'urètre, et parvient jusqu'au bulbe, après une suite d'efforts douloureux pour le malade. Au bulbe, l'instrument est invinciblement arrêté. On cesse les tentatives. On a franchi un obstacle. Grand bain.

Plusieurs jours s'étant écoulés, le cathétérisme est repris. On ne peut dépasser la région bulbeuse ; on sent seulement que l'introduction est plus facile. Le malade souffre beaucoup moins à cette seconde tentative. On donne encore quelques grands bains et on attend plusieurs jours. Il y a un gonflement peu considérable du testicule droit.

On fait successivement sept essais de cathétérisme. Au septième l'instrument pénètre dans la poche urinaire. On le laisse en place pendant une demi-heure. Dans la journée, l'émission a lieu à plein jet, et le malade, qui n'avait pas uriné librement depuis plusieurs années, ne se possède pas de joie. Le traitement est continué pendant un mois. H. s'introduisait lui-même le n° 2 et le n° 3.

Il va sans dire que le cathétérisme a toujours été essayé avec les précautions indiquées plus haut. L'écoulement a cessé.

Deuxième observation. — Ch., chasseur à cheval, est entré le 25 juin dernier, au Gros-Caillou, pour des végétations, des chancres et une gonorrhée. Il a deux rétrécissemens, le premier, demi-circulaire, à un demi-pouce de la fosse naviculaire ; le second, circulaire, à trois pouces. Ces rétrécissemens sont survenus par suite de blennorrhagies fréquentes et longues à guérir. Le malade est d'abord soumis à un traitement par les pilules de proto-iodure de mercure et à un système de moyens locaux, qui ont pour résultat de faire disparaître les végétations et les chancres. Restent la gonorrhée et les rétrécissemens. M. Denis fait une première tentative de cathétérisme. Les douleurs sont vives ; il sort un peu de sang. La sonde est retirée. Grand bain ; boissons adoucissantes.

A une seconde tentative, plusieurs jours après, le premier rétrécissement est dépassé ; on ne cherche pas à aller plus loin. Les précautions indiquées sont prises pour empêcher aucun accident inflammatoire de se produire. Une première tentative est faite pour vaincre le second rétrécissement. C'est la troisième en tout. Écoulement d'un peu de sang ; douleurs. M. Denis retire l'instrument, et attend deux jours. Une autre tentative est faite, et la sonde pénètre dans la vessie. Il y a eu un peu de douleur. La sonde est laissée dans la vessie pendant dix minutes, et le malade prend immédiatement un grand bain. On prescrit quelques injections émollientes opiacées.

Le lendemain et le surlendemain, la sonde est introduite facilement. L'urine sort à plein jet. Huit jours après, l'écoulement a disparu. Le malade attend encore sept jours, et sort de l'hôpital. Au bout d'un mois, il rentre avec une gonorrhée aiguë ; il urine pas plus difficilement qu'un autre malade qui aurait une gonorrhée, et n'aurait jamais eu de rétrécissemens. Guérison dans l'espace de vingt-cinq jours. Avant que le malade quitte l'hôpital, on s'assure par l'introduction très facilement opérée de la sonde n° 2, que le canal est parfaitement libre.

Troisième observation. — C..., fusilier au 22e de ligne, âgé de quarante ans, a eu un grand nombre de blennorrhagies, et successivement depuis plusieurs années il a éprouvé une difficulté croissante dans l'émission de l'urine.

Au moment où il entre à l'hôpital, il vient de faire des excès de boisson et de femmes, et la rétention est presque complète. Comme ce sont les accidens inflammatoires qui dominent, et que le sujet est fort, on le saigne, et on lui fait des applications de sangsues au périnée. On prescrit des bains, de la tisane de graines de lin. Grâce à ces moyens, les accidens inflammatoires disparaissent, et le malade est remis dans l'état où il se trouvait avant ses derniers excès. Le cathétérisme fait reconnaître un obstacle à quatre pouces. C'est la sonde n° 1 qui a été introduite. On tente de franchir le rétrécissement ; mais on ne peut réussir qu'à engager le bout de la sonde dans la partie coarctée. La fatigue et les douleurs qu'éprouve le patient bornent à ce résultat les tentatives de M. Denis. Quelque simple que ce résultat paraisse, il est pourtant suivi d'une amélioration notable dans l'émission de l'urine.

Quatre jours après, M. Denis renouvelle le cathétérisme ; la sonde franchit la coarctation, mais, serrée trop étroitement par le rétrécissement, elle ne peut glisser plus avant. On la maintient en place pendant cinq minutes, puis l'opération est continuée, et la sonde arrive dans la vessie sans rencontrer d'autre obstacle. On l'y laisse pendant quelques minutes. Ces tentatives ont été un peu douloureuses ; une petite quantité de sang s'est écoulée par l'urètre.

Dans la journée, le malade a un accès de fièvre, précédé de frisson. On donne un bain, et le malade est mis à la diète. Le lendemain la sonde est introduite, et pénètre sans difficulté. Mais deux jours après M. Denis veut substituer la sonde n° 2 au n° 1, et ne peut réussir. Quoique ses efforts n'aient eu rien de violent, C... offre, le lendemain, les symptômes d'une cystite commençante. Des sangsues sont appliquées à l'hypogastre ; boissons émollientes ; émulsions ; bains ; diète rigoureuse. La cystite est enrayée.

Reste le rétrécissement, que la sonde n° 1 a déjà dilaté. Ce numéro est introduit de nouveau ; il est retenu, mais légèrement, et glisse aussitôt. M. Denis croit devoir revenir au n° 2, qui est engagé le lendemain. Après quelques efforts prudemment dirigés, l'instrument pénètre dans la vessie. On l'y laisse pendant un quart d'heure. Le lendemain cathétérisme avec le n° 2. On continue le traitement pendant plusieurs jours, et le malade sort. Il dit n'avoir jamais *pissé plus large*.

Quatrième observation. — D..., soldat au 56e de ligne, a eu, depuis dix ans, un tel nombre de blennorrhagies, qu'il est plus exact de dire qu'il a une blennorrhagie qui dure depuis dix ans.

En 1830, il commença à éprouver de la difficulté à rendre ses urines ; il ne cessa point pour cela de s'adonner à ses excès habituels. En 1835 l'urine ne coulant plus que goutte à goutte, il entra dans un hôpital militaire en province. On le soumit à la dilatation graduelle. Il n'en retira qu'un mieux précaire. Le jet de l'urine était fin et tortueux. Après un excès de boisson l'émission se suspendit tout à coup, et D... entra au Gros-Caillou. L'urètrite était en ce moment à l'état aigu. Après avoir remédié à l'état inflammatoire, M. Denis essaya le cathétérisme Mayor. La sonde n° 1 fut introduite, et franchit sans trop de difficultés deux rétrécissemens, l'un à deux pouces du méat urinaire, l'autre à trois. Le passage de l'instrument à travers le second fit entendre un petit craquement. Un troisième, qui siége dans la portion membraneuse, offre une résistance invincible. Le malade se plaint de vives douleurs. L'opération est suspendue et remise à plusieurs jours. Dans l'intervalle on achève de dilater les deux premiers rétrécissemens, et l'on emploie pour cela la sonde n° 2.

Le malade s'étant reposé, on reprend la sonde n° 1, et l'on essaie de traverser le troisième rétrécissement. Le bout de l'instrument s'engage un peu dans la coarctation, mais avec difficulté. On s'en tient là pour cette fois.

Le lendemain on avance un peu plus, et le surlendemain encore un peu davantage. A la huitième séance on pénètre dans la vessie. On laisse la sonde en place pendant une heure. Les jours suivans, la même sonde est introduite avec la plus grande facilité. Le malade urine à plein canal. L'urétrite se guérit insensiblement, ce que l'on constate par l'absence de douleur pendant l'émission de l'urine, et par la cessation de l'écoulement.

M. Gimelle, alors chirurgien en chef de l'hôpital militaire de la rue Blanche, a aussi employé le cathétérisme progressif avec succès.

M. Denis possède, sous forme de notes, un grand nombre d'exemples de succès. Les précédens, qu'il cite de préférence comme étant ceux au sujet desquels il a conservé le plus de détails, suffisent pour faire connaître la pratique qu'il suit. Dans plusieurs de ses observations, la méthode par la cautérisation n'avait pas réussi à guérir radicalement les coarctations. Depuis le temps que M. Denis emploie le cathétérisme progressif, il a été à même de voir quelques-uns de ses malades parfaitement guéris plusieurs années après le traitement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ricord fait hommage à l'Académie de la deuxième livraison de sa *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.*

— *M. Martin* adresse à l'Académie une longue lettre dans laquelle il établit, d'après des dates précises, ses droits à la priorité dans la confection de sa bottine mécanique. M. le secrétaire perpétuel donne lecture des passages les plus importans de cette lettre.

— *M. Chervin* demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et lit la note suivante :

« Dans votre dernière séance, une lettre de M. Berthulus a soulevé une vive discussion qui heureusement s'est terminée tout à fait à l'avantage de la liberté de vos travaux qu'on avait la prétention de vouloir restreindre dans des vues d'intérêts privés. Je n'ai point à revenir ici sur cette discussion, ni sur ses résultats.

» Comme la lettre de M. Berthulus m'intéresse à un double titre, je priai M. le premier commis de l'Académie de vouloir bien m'en donner communication pendant la séance ; il me répondit que cette lettre était entre les mains de M. Pariset.

» J'adressai, en conséquence, la même prière à M. le secrétaire perpétuel, qui me répondit par un refus formel et itératif, allégant pour motifs que je pourrais publier la lettre en question, s'il me la communiquait ; que c'est à lui que cette lettre a été adressée ; enfin, que c'est le conseil d'administration qui en a ordonné la lecture.

» Aucune de ces raisons ne pouvait motiver l'étrange refus de M. le secrétaire perpétuel : toute pièce qui est lue devant l'Académie est la propriété de l'Académie ; et tout membre de ce corps savant a droit d'en obtenir la communication. Si la lettre que M. Bertulus a écrite à M. Pariset était une lettre confidentielle, M. Pariset ne devait point la soumettre au conseil d'administration, et, à plus forte raison, en donner lecture à l'Académie. Si M. Pariset a commis un abus de confiance, la vérité et la science ne doivent point en souffrir.

» La lettre de M. Bertulus parle d'un prétendu fait de transmission de la fièvre jaune aux habitans de Pensacola, par une frégate française venant des Antilles ; il m'importait donc de consulter cette lettre pour pouvoir prendre des renseignemens au ministère de la marine sur cette même frégate, sur l'épidémie qui a régné à son bord, et sur l'époque précise de son arrivée devant Pensacola. L'inconcevable refus de M. le secrétaire perpétuel m'a mis dans l'impossibilité de me livrer à une pareille investigation.

» On comprend tout ce qu'un semblable procédé a de contraire aux usages académiques et aux intérêts sacrés de la science. Avancer devant un corps savant des faits d'une nature grave, et soustraire la pièce qui les renferme à la connaissance des membres de ce même corps, de peur qu'ils ne lui donnent de la publicité, c'est avouer que l'on soutient une bien mauvaise cause.

» Que cherchons-nous dans les pénibles travaux auxquels nous nous livrons ? la vérité. Eh bien ! nous devons apporter dans cette recherche une franchise pleine et entière ; c'est le seul moyen d'arriver promptement et honorablement au but que nous voulons atteindre.

» En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de vouloir bien inviter M. le secrétaire perpétuel à faire déposer dans les bureaux la lettre de M. Bertulus pour que je puisse en prendre telle communication que je jugerai convenable, et de l'inviter également à ne point refuser dorénavant la communication des pièces lues à l'Académie aux membres de ce corps savant. »

M. Bousquet répond que la note que vient de lire M. Chervin est sans motif. — La lettre de M. Berthulus, dit-il, sera publiée dans les Bulletins de l'Académie ; M. Chervin pourra y répondre. C'est, du reste, un débat auquel l'Académie ne doit pas prendre part.

M. Londe. Je ne puis attribuer qu'à un manque de réflexion le refus de M. Pariset, de communiquer la lettre de M. Berthulus à M. Chervin. Il est déjà à regretter que MM. les journalistes ne puissent pas prendre directement connaissance des travaux qui sont communiqués à l'Académie (1) ; laissons au moins aux membres de cette assemblée toute latitude à cet égard.

Après quelques courtes considérations présentées par MM. Rochoux et Gérardin, l'Académie passe à l'ordre du jour.

— *M. Gauthier de Claubry*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un travail ayant pour titre : *Sur l'altération du lait par la matière cérébrale.* (Commissaires : MM. Rochoux, Henry et Soubeiran.)

— *M. Brunel*, chirurgien-major de la corvette la Perle, lit un mémoire ayant pour titre : Observations topographiques, météorologiques et médicales faites dans la Rio de la Plata pendant le blocus de Buenos-Ayres. (Commissaires : MM. Kéraudren, Thillaye et Virey.)

— *M. A. Berard* est appelé à la tribune pour lire deux rapports. Le premier a pour sujet une observation d'un corps étranger qui a séjourné pendant neuf mois dans les voies aériennes sans déterminer d'accident, et dont l'expulsion s'est faite spontanément ; observation lue à l'Académie par M. Maslhieurat-Lagemard.

Les exemples de corps étrangers, dit-il, qui ont séjourné long-temps dans les voies aériennes ne sont pas excessivement rares. Louis en a rassemblé plusieurs dans son intéressant mémoire sur la bronchoto-

(1) M. Londe a parfaitement raison ; il n'est pas un homme sensé qui ne déplore un genre d'ostracisme aussi puéril. Nous avons insisté à différentes reprises sur ce point ; mais la presse est évidemment impuissante. Nous laissons aux académiciens indépendans le soin de faire une proposition formelle à cet égard.

mie. Depuis ce travail, de nouveaux faits ont été recueillis par plusieurs auteurs. Les conséquences qui résultent d'un pareil séjour sont loin d'être les mêmes, et il est rare que l'issue soit aussi heureuse qu'on l'a observé dans le cas rapporté par M. Maslhieurat.

Une femme âgée de cinquante-huit ans, d'une bonne constitution, et n'ayant jamais fait de maladie grave, consulta M. le docteur Montaudon à l'occasion d'une toux qui datait déjà de quatre mois. La maladie avait débuté par des quintes violentes, accompagnées de légère suffocation. Au moment où la personne se plaignit au médecin, la toux revenait tous les huit ou dix jours, durait une ou deux minutes, n'était accompagnée ni de fièvre, ni de crachats. La cause de cette affection ne put être indiquée par la malade. L'examen de la poitrine ne fit rien découvrir. Un régime adoucissant, des boissons gommeuses furent prescrits; mais ces moyens n'amenèrent aucun changement, et les symptômes persistèrent sans offrir, d'autre part, plus de gravité. Quelques mois après avoir cessé tout traitement, la femme rendit, avec des mucosités bronchiques, un petit calcul du volume et de la forme d'une noisette, d'une couleur jaunâtre, et dont la surface était légèrement rugueuse. En fendant ce calcul, il s'en détacha une écaille qui permit de constater la présence d'un noyau de cerise, enveloppé d'une couche calcaire d'une épaisseur de deux millimètres environ.

Aussitôt après cet examen, cette femme se rappela que c'était à l'époque de la maturité des cerises qu'elle avait éprouvé les premiers accidens, mais elle assura que si, à cette époque, elle avait ressenti quelque accès de suffocation, il avait été si léger qu'elle n'y avait attaché aucune importance, et qu'elle en avait entièrement perdu le souvenir.

A dater du moment de l'expulsion spontanée du corps étranger, la toux et les légers accès de suffocation se sont complètement dissipés et ne sont plus revenus.

Après avoir rapporté cette observation, M. Maslhieurat en rapproche une, empruntée par Louis aux Ephémérides des curieux de la nature, dans laquelle on voit qu'un noyau de cerise a séjourné pendant une année dans les voies aériennes; qu'au bout de ce temps il a été rendu par expectoration, recouvert d'une couche épaisse de tartre, et ayant acquis le volume d'une noix muscade.

M. Maslhieurat se demande ensuite quel a dû être le siége qu'a occupé le corps étranger dont M. Montaudon lui a communiqué l'histoire et il pense qu'en raison de l'absence de toux convulsive au moment de l'introduction du noyau dans les voies aériennes, il est probable que ce corps n'est pas descendu dans la trachée, mais qu'il s'est logé dans l'un des ventricules du larynx. Cette opinion paraîtra peu fondée à ceux qui se rappelleront avec quelle violence la toux éclate lorsque, par hasard, la plus légère parcelle alimentaire, la plus petite goutte de liquide vient à s'engager dans l'ouverture du larynx, et se met en contact avec la membrane muqueuse qui tapisse cette cavité. Quant à nous, nous avouons que l'absence de toux convulsive au moment où le noy u s'est arrêté nous porterait plutôt à croire qu'il a séjourné dans quelque point de l'arrière-gorge ou du pharynx. Mais nous pensons que la mémoire de la malade s'est trouvée en défaut et qu'une toux plus ou moins vive a dû se manifester dans le moment où le corps étranger s'est engagé du côté des voies aériennes.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'observation de M. Maslhieurat mérite d'être publiée et nous proposons de lui donner place dans les Bulletins de l'Académie.

M. Gerdy. Il est vrai qu'en général l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes donne lieu immédiatement à des phénomènes de suffocation; mais cela n'est pas constant. On trouve dans les annales de la science quelques faits qui le prouvent: un entre autres rapporté par Desault dans son Journal de chirurgie. On comprend d'ailleurs que les choses puissent se passer quelquefois de cette manière, si l'on réfléchit que soit par la forme, soit par la position que le corps étranger prend dans le larynx, le passage de l'air peut n'être obstrué que partiellement. On pourrait donc penser qu'il en a été de même dans l'observation communiquée par M. Maslhieurat.

M. Bérard répond qu'il connaît parfaitement le fait publié par Desault, dans lequel il est dit qu'une sonde introduite profondément dans les voies aériennes ne détermina aucun symptôme de suffocation; mais pour lui il n'y a pas parité entre ce fait et ceux dont il est actuellement question. Dans sa thèse de concours *sur les corps étrangers introduits dans les voies aériennes*, il a passé en revue toutes les observations publiées, et il n'en a pas trouvé une seule dans laquelle la présence du corps étranger dans le tube aérien n'ait déterminé une toux convulsive qu'il faut bien distinguer d'ailleurs des phénomènes de suffocation.

M. Rochoux cite le fait d'un homme qui, en mangeant, laissa pénétrer dans son larynx un morceau de fil qui produisit immédiatement une toux convulsive et des phénomènes de suffocation. Ces premiers accidens disparurent, mais des symptômes de phthisie se déclarèrent. Enfin, dans un accès de toux le fil fut expulsé, et bientôt après la santé se rétablit complètement.

M. Lagneau communique le fait suivant: il s'agit d'un militaire chez lequel l'introduction dans les voies aériennes d'un noyau de prune, ne détermina ni suffocation, ni toux convulsive; cet accident ne donna lieu qu'à un peu de gêne dans la respiration. Le corps ne fut expulsé que douze heures environ après son introduction. C'est un fait dont M. Lagneau garantit l'authenticité.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

Le second rapport, lu par M. A. Bérard, au nom de MM. Guersant, Blandin et au sien, a pour sujet une opération de trachéotomie pratiquée avec succès sur un enfant de vingt-trois mois, pour un cas de croup, avec indication d'un nouveau procédé. Observation lue à l'Académie par M. Maslhieurat-Lagemard.

L'opportunité de l'opération de la trachéotomie dans les cas de croup, dit-il, n'est point encore établie d'une manière nette et précise, pour qu'il n'y ait pas un intérêt très grand à recueillir et discuter les faits qui se rattachent à cette question. C'est pour satisfaire à ce besoin que M. Maslhieurat a présenté à l'Académie deux observations de trachéotomie pratiquées sur des enfans atteints d'affection croupale. La pénurie d'instrumens dans laquelle il s'est trouvé l'a conduit à imaginer un nouvel appareil propre à remplacer la canule dont on se sert après l'opération. C'est sur le mérite de cet appareil et sur les observations qui lui en ont inspiré l'idée, que nous sommes chargés de vous faire un rapport.

Le premier fait est relatif à un enfant âgé de vingt-trois mois, grand, bien développé pour son âge, et d'une bonne constitution. M. Maslhieurat fut appelé auprès de lui quatre jours après l'invasion des premiers accidens. Jusque là l'enfant n'avait reçu aucun soin. Au moment de l'arrivée du médecin il était dans un état d'asphyxie fort avancé; les traits de la face étaient profondément altérés, on remarquait çà et là quelques taches bleuâtres sur la peau. Les lèvres étaient décolorées; le pouls intermittent, rare, à peine sensible; la respiration presque entièrement anéantie. On observait de loin en loin quelques quintes d'une toux croupale tout à fait caractéristique, suivie d'une inspiration des plus difficile, sifflante, et qu'on entendait à une assez grande distance. L'inspection de l'arrière-bouche faisait découvrir des fausses membranes sur les amygdales.

L'opération de la bronchotomie ayant paru la seule ressource applicable en ce cas, M. Maslhieurat la pratiqua de suite. Pendant l'opération il lia deux petites artères et quelques veines qui versaient une assez grande quantité de sang. Le cartilage cricoïde et trois anneaux de la trachée furent divisés avec un bistouri boutonné engagé à travers une plaie faite préalablement à la membrane crico-thyroïdienne. De suite l'air entra avec force dans les poumons, et la vie parut se ranimer. M. Maslhieurat n'ayant pas de canule à sa disposition, après avoir essayé infructueusement d'en placer une en sureau, imagina d'accrocher chaque lèvre de la division du cartilage cricoïde avec une épingle recourbée en hameçon; puis, avec des fils attachés sur la tête des épingles et noués à la partie postérieure du cou, il put maintenir les bords de la plaie écartés.

M. Maslhieurat aperçut quelques traces de fausse membrane sur la muqueuse de la trachée. Il cautérisa l'arrière-gorge et le larynx avec l'acide hydrochlorique étendu d'eau. La cautérisation fut renouvelée quatre fois dans la journée. Les épingles furent retirées dans la soirée; la traction qu'elles avaient exercée sur les bords de la trachée faisait que ceux-ci se tenaient écartés d'une manière suffisante.

Les suites de l'opération furent heureuses; l'enfant reprit bientôt sa gaîté, son appétit et son embonpoint. La cicatrisation de la plaie fut achevée le vingt et unième jour. Alors la parole était revenue et la respiration s'accomplissait sans aucune difficulté.

La seconde opération de bronchotomie fut pratiquée dans des circonstances plus défavorables encore que celles dans lesquelles se trouvait le premier malade. La mort paraissait si proche, qu'il s'écoula à peine quelques gouttes de sang de la surface des incisions, et que l'enfant ne donna plus aucun signe de vie lorsque la trachée fut ouverte. M. Maslhieurat se hâta de comprimer par saccades l'extrémité inférieure du thorax, pendant qu'on maintenait béante l'ouverture pratiquée aux voies aériennes. Il y avait déjà vingt minutes que durait cette manœuvre, et l'on commençait à perdre courage lorsqu'on crut remarquer une légère pulsation du cœur. On redoubla d'efforts, et bientôt une première inspiration, suivie d'autres plus fréquentes et plus profondes apprirent que l'existence n'était point encore éteinte. Les bords de la plaie furent maintenus écartés à l'aide du même moyen qui avait été mis en usage dans l'observation précédente. Au bout d'une demi-heure la respiration étant bien établie, l'enfant expulsa, dans un violent accès de toux, une fausse membrane tubulée, bifurquée à une des extrémités, et que M. Maslhieurat a mis sous les yeux de l'Académie. Il sortit encore quelques fausses membranes pendant la nuit. L'état de l'opéré était d'ailleurs satisfaisant, lorsque malheureusement en lui imprimant un mouvement l'appareil se dérangea et l'enfant périt subitement de suffocation.

1° De ces faits et d'un grand nombre d'autres semblables, M. Maslhieurat conclut que la bronchotomie présente une précieuse ressource dans certains cas de croup, dans ceux surtout où les fausses membranes ne descendent point encore dans les divisions bronchiques. Cette opinion nous semble devoir être admise. Nous ne voulons pas dire pour cela que l'on sauve toujours les malades opérés dans ces circonstances favorables; car, malgré la section de la trachée, l'affection peut parcourir sa marche et descendre, ainsi que cela a lieu trop souvent, du pharynx vers le larynx, de celui-ci dans la trachée, les bronches, jusque dans leurs divisions les plus ténues. Ce n'est pas à dire non plus que la présence des fausses membranes dans les voies aériennes entraîne inévitablement la mort; car on a vu ces fausses membranes tubulées et tuméfiées plusieurs fois, être expulsées par l'ouverture faite à la trachée, et les individus guérir. Aussi n'est-ce point d'après cette circonstance de la maladie que l'indication relative à la bronchotomie doit être posée, d'autant moins que les symptômes offerts par les malades permettent à peine de soupçonner que les fausses membranes sont ou non développées dans une partie plus ou moins étendue des voies aériennes.

Quels sont donc les motifs qui, dans un cas de croup, doivent engager le chirurgien à opérer? Avant de résoudre cette question, faisons remarquer que la maladie peut entraîner la mort de deux façons: premièrement par le rétrécissement de plus en plus marqué de la glotte, d'où résulte un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons et l'asphyxie; secondement par l'extension de la maladie aux bronches et aux poumons. Eh bien! tout le monde comprend que la section de la trachée fait à l'instant disparaître la première cause de mort. L'opération est donc indiquée dans les cas où le malade est menacé de périr par l'asphyxie. Relativement à la seconde altération, la trachéotomie ne peut rien contre elle.

Mais si l'opération est sans effet contre le mal accompli, ne pourrait-elle pas être un moyen prophylactique puissant? En d'autres termes, la section de la trachée pratiquée de bonne heure permettant de porter directement des médicamens dans l'intérieur de ce conduit, ne peut-on pas modifier la marche de la maladie et l'empêcher de descendre vers les bronches? C'est ce que M. Bretonneau a eu le premier la hardiesse de faire en instillant dans les voies aériennes des solutions de nitrate d'argent. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'il est douteux que cette pratique ait donné des résultats avantageux; c'est pourquoi nous considérons la trachéotomie comme devant être réservée exclusivement pour les cas où l'asphyxie est devenue imminente par suite de la diminution de l'air de la glotte.

2° La seconde observation rapportée par M. Maslhieurat montre qu'on peut encore tenter l'opération alors même que les dernières lueurs de la vie semblent près de s'éteindre. Au moment où la bronchotomie venait d'être terminée, l'enfant parut avoir succombé, et ce ne fut qu'en produisant, pendant plus de vingt minutes une respiration artificielle qu'on parvint à le ranimer. Un fait plus extraordinaire encore a été rapporté par M. Trousseau dans le n° d'octobre 1840 du Journal des Donnaissances médico-chirurgicales. Ce fait, dont M. Gimelle a été témoin, nous montre un malade affecté d'une lésion organique ancienne du larynx, semblant avoir rendu le dernier soupir depuis quelques instans au moment où on l'opère. Cependant la trachéotomie étant achevée comme sur un cadavre, la respiration artificielle fut établie à l'aide de pressions successives sur la poitrine. Au bout d'un quart d'heure, on sentit renaître les battemens du cœur, et après la cinquante-septième minute, on vit le visage grimacer, et il se fit une profonde inspiration. Peu à peu la respiration finit par s'établir complètement, et le malade se trouva rappelé à la vie.

3° M. Maslhieurat s'est appliqué à lier quelques artérioles et quelques veines avant d'en venir à la section de la trachée, craignant, a-t-il dit, la chute du sang dans les voies aériennes. En cela l'opérateur s'est conformé à ce qui est recommandé par presque tous les auteurs qui conseillent de n'inciser qu'à sec les voies aériennes. Mais la pratique tend de jour en jour à démontrer l'inutilité de ce précepte, d'ailleurs à peu près impossible à suivre. On ne redoute plus la chute du sang dans l'intérieur de la trachée. Quiconque a vu pratiquer la trachéotomie a été frappé de la violence avec laquelle toutes les substances renfermées dans les bronches et dans la trachée se trouvent chassées à chaque expiration à travers les lèvres de la plaie, avec quelle facilité au contraire l'air pénètre dans les poumons dès qu'on maintient les bords de celle-ci modérément écartés. Or, à moins de lésion d'artère qui puisse fournir une hémorrhagie, et il n'y en a pas de ce calibre au-devant de la trachée, pourquoi s'arrêter à lier des artérioles et surtout des veines, quand on sait que le moyen le plus sûr de faire cesser l'hémorrhagie veineuse consiste à rendre la respiration facile en ouvrant largement la trachée. J'ai eu depuis quelques mois six opérations de trachéotomie à pratiquer, quatre sur des enfans et deux sur des adultes. Dans toutes la manœuvre a été prompte et facile. Quelques incisions ont suffi pour découvrir la trachée, et sans ligature préalable de vaisseaux, sans attendre que l'écoulement du sang fût arrêté, la trachée a été ponctionnée dans l'angle inférieur de la plaie à l'aide d'un bistouri pointu, et l'incision des cerceaux de la trachée et du cartilage cricoïde faite immédiatement avec le même bistouri dont le tranchant était dirigé en avant et en haut. Nous avons préféré inciser la trachée, sans désemparer, avec le bistouri qui avait servi à ponctionner ce conduit, parce que la crainte d'en blesser la paroi postérieure avec la pointe de l'instrument nous paraît mal fondée, et qu'en suivant la conduite opposée on éprouve souvent les plus grandes difficultés à retrouver la petite perforation faite à la trachée pour y passer le bistouri boutonné.

4° Enfin, M. Maslhieurat ayant, par nécessité, eu recours à des épingles recourbées en crochet pour écarter les bords de la trachée, s'est demandé si un instrument formé d'une ou deux agraffes maintenues éloignées à l'aide d'un ressort, ne serait pas préférable à la canule dont se sert M. Trousseau, et il a présenté à l'Académie un instrument confectionné d'après le principe que nous venons d'exposer. Voici, selon M. Maslhieurat, les avantages qu'on peut retirer de ce genre d'instrument. Premièrement, il est moins que la canule sujet à s'engorger. On sait, en effet, que les mucosités obstruent si promptement la canule qu'il faut la changer plusieurs fois par jour. — Secondement, la plaie étant maintenue béante à l'aide d'un simple crochet qui occupe beaucoup moins de place que la canule, elle donne, à surface égale, passage à une plus grande quantité d'air. — Troisièmement, l'instrument proposé n'entrave en rien le passage de l'air dans le larynx, tandis qu'avec la canule il n'en passe que peu ou pas du tout, ce qui, d'après M. Maslhieurat peut retarder la guérison de la muqueuse laryngée et rendre l'aphonie long-temps persistante, ainsi qu'on l'observe quelquefois. — Quatrièmement, enfin, l'on est peut-être moins exposé à voir survenir des pneumonies en ne tenant dans les voies aériennes qu'un corps étranger d'un petit volume et qui est à peine en contact avec la membrane muqueuse trachéale.

Les trois premières raisons alléguées par M. Maslhieurat nous paraissent offrir peu d'importance. Si la canule s'engorge, il est facile de la nétoyer ou de la changer. Si son calibre est proportionné au diamètre de la glotte, la respiration est parfaitement libre; en pratiquant un trou sur la convexité, on laisse d'ailleurs à l'air un libre accès vers le larynx. Quant à l'irritation plus vive que cause la canule en raison de son volume et de sa longueur, il est certain qu'en théorie cet accident est plus à craindre avec elle qu'avec le crochet; mais l'expérience démontre chaque jour l'innocuité du premier de ces instrumens.

D'après ces remarques, nous pensons que la canule, qui est d'un emploi sûr et facile, doit être préférée à l'instrument de M. Maslhieurat et à ceux qui ont avec lui une analogie plus ou moins parfaite.

Quoi qu'il en soit, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie, 1° d'adresser des remercîmens à M. Maslhieuret pour ses intéressantes communications; 2° de publier ses observations dans le Bulletin; 3° d'inscrire son nom sur la liste des médecins appelés à devenir membres correspondans de l'Académie.

M. Blandin. Quoique en ma qualité de commissaire, j'aie apposé ma signature à la fin du rapport que vient de lire M. Berard, j'ai pourtant à présenter quelques courtes considérations sur certaines opinions qui y sont formulées et que je ne partage point. La critique que M. le rapporteur vient de faire de l'instrument de M. Maslhieurat ne me paraît pas tout à fait fondée; c'est une bonne ressource qui peut trouver son application dans les cas où on n'aurait point de canule à sa dispostion. Du reste, c'est, je crois, dans cette intention que M. Maslhieurat l'a imaginée. — En disant qu'il ne faut point lier les vaisseaux, M. Bérard conseille une pratique qui peut être très dangereuse; on a vu des cas dans lesquels l'hémorrhagie a été mortelle. — Quant à la promptitude à mettre dans les incisions, je partage entièrement l'opinion de M. Bérard; cependant il ne faudrait pas se faire illusion sur ce point; on cite des cas dans lesquels l'opération a été pratiquée avec la plus grande rapidité, ce qui n'a pas empêché l'hémorrhagie de faire succomber les malades.

M. Bérard. M. Blandin ne paraît pas m'avoir bien compris. Je n'ai pas dit qu'à défaut de canule on ne devrait pas employer l'instrument de M. Maslhieurat; j'ai seulement combattu l'opinion de ce médecin qui semble vouloir substituer son crochet aux canules dont on se sert généralement. — Quant aux dangers de l'hémorrhagie, je les comprends très bien; il est évident que si l'on ouvre un vaisseau qui fournisse une quantité de sang assez abondante, on doit en faire la ligature avant de perforer la trachée; mais il ne s'agit pas ici de ces cas qui sont d'ailleurs rares; ce que je combats, c'est ce soin minutieux que prennent quelques opérateurs à lier et à tordre chaque vaisseau à mesure qu'on le divise, c'est le précepte enfin qui veut qu'on *opère à sec*. Je crois avoir donné les motifs de mon opinion à cet égard.

M. Blandin répond que tout vaisseau peut donner lieu à une hémorrhagie dangereuse; et, quoi qu'en dise M. Bérard, il est mieux d'arrêter l'écoulement du sang avant d'introduire le bistouri dans la trachée. Il revient ensuite sur l'instrument de M. Maslhieurat, auquel il trouve des avantages incontestables. Chacun sait, ajoute-t-il, que les canules ne sont pas toujours bien faites, que leur placement n'est pas toujours facile, et que leur emploi exige plusieurs conditions qu'il est souvent difficile de remplir. Pour ma part, il est vrai, je crois que j'emploierais encore ces canules; je dois dire cependant que je n'ai pas encore essayé l'instrument de M. Maslhieurat. J'approuve, du reste, les conclusions du rapport.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— *M. Amussat* présente une tumeur fibreuse développée dans les parois de l'utérus, et qu'il a enlevée avec succès sur une femme âgée de cinquante ans environ, qui lui avait été adressée par M. le docteur Schuster.

La tumeur, située dans la paroi antérieure de l'utérus et enveloppée de toutes parts par le tissu de cet organe, donnait lieu à des pertes sanguines fréquentes qui affaiblissaient beaucoup la malade.

La lèvre antérieure du col était très volumineuse, tandis que la lèvre postérieure était mince et formait un croissant. Entre ces deux lèvres, existait une fente étroite par laquelle on pouvait introduire une sonde jusque dans la cavité de l'utérus. Le diagnostic ayant été bien établi par MM. Récamier, Amussat et par plusieurs autres médecins, l'opération fut pratiquée le 29 septembre 1841, de la manière suivante:

On commença par inciser crucialement la lèvre antérieure du col de l'utérus, dans la paroi correspondante duquel la tumeur était contenue; puis avec des pinces de Museux appliquées sur la portion de la tumeur mise à nu, et en lui faisant décrire un mouvement de rotation de haut en bas au moyen des pinces que l'on plaçait successivement de bas en haut sur différens points de la tumeur, en grimpant pour ainsi dire sur elle, on parvint à la détacher de son enveloppe et à l'amener au dehors sans avoir exercé de fortes tractions qui auraient pu déplacer l'utérus ou produire un renversement de cet organe.

Des accidens de phlébite sont survenus; mais ils se sont promptement dissipés, et la malade est aujourd'hui, deux mois après l'opération, dans un état de santé très satisfaisant.

M. Amussat place également sous les yeux de l'Académie, une autre tumeur fibreuse, un peu moins volumineuse, qu'il a enlevée avec succès l'année dernière, sur une femme âgée de quarante-sept ans, et qui jouit dans ce moment d'une excellente santé. Dans ce cas, la tumeur était placée dans la paroi postérieure de l'utérus. La relation de cette opération a été publiée par M. Troussel, dans la Revue Médicale du mois d'août 1840.

Enfin, M. Amussat présente une tumeur osseuse de l'utérus; et il termine sa communication par des considérations sur l'anatomie pathologique, sur le diagnostic et sur le mode opératoire relatifs aux tumeurs fibreuses développées et encore contenues dans les parois de la matrice.

Formule des tablettes anti-catarrhales de Deslauriers.

Pr.	Poudre d'ipécacuanha,	78 gram.
	Poudre de polygala,	78
	Extrait aqueux d'opium privé de narcotine par l'éther,	47
	Huile volatile de cannelle,	12 goutt.
	Sagou pulvérisé,	1000 gram.

Gomme adraganthe en poudre, 250
Eau de fleurs d'oranger double, q. s.
Sucre pulvérisé, 12 kilogr.

On divise l'huile volatile avec une petite quantité de sucre, pour en former un oléo-saccharum qu'on réunit aux autres poudres. On mêle bien exactement le tout, puis on fait dissoudre l'extrait dans l'eau de fleurs d'oranger, et on se sert de cette solution pour amener le mélange pulvérulent à l'état de masse ou pâte de consistance convenable, que l'on divise en tablettes du poids d'un gramme (vingt grains). Chacune de ces tablettes contient environ trois milligrammes (un seizième de grain) d'extrait d'opium, et vingt-cinq milligrammes (un demi-grain) des poudres d'ipécacuanha et de polygala.

Ces tablettes sont indiquées dans certains cas de bronchite, de catarrhe pulmonaire chronique, etc., où la toux est intense et l'expectoration difficile. On peut les prescrire, pour les adultes, à la dose de huit à douze par jour. On n'en prend qu'une seule à la fois, et on a soin de laisser deux heures d'intervalle entre les repas et la prise d'une de ces tablettes. La dose, pour les enfans, doit être réduite à cinq ou six dans les vingt-quatre heures. On peut aider leur action en leur associant l'usage d'une légère infusion de violette et d'hysope convenablement édulcorée.

Dans certaines circonstances, on a pu faire prendre avec avantage, en une seule fois, cinq ou six de ces tablettes délayées dans une cuillerée à bouche d'eau de tilleul ou de fleurs d'oranger.

Ce médicament, pour lequel un brevet d'invention de cinq ans avait été délivré le 11 février 1835, est tombé aujourd'hui dans le domaine public.

A M. le Rédacteur en chef de la **GAZETTE DES HOPITAUX.**

Monsieur le Rédacteur.

La lettre de M. Leroy, que vous avez insérée dans votre avant-dernier numéro, ne m'a point surpris. Depuis bientôt dix-sept années notre confrère ne manque jamais de prendre la plume chaque fois que je publie un travail quelconque sur les calculs vésicaux. Je laisserais passer cette nouvelle réclamation comme tant d'autres, si elle n'avait pas trait à un point important de pratique relativement auquel les assertions de M. Leroy tendent à entretenir les esprits dans une fâcheuse incertitude.

Commençons par rétablir les faits.

A l'occasion d'un cas rapporté par M. Bouchacourt, j'ai adressé à la *Gazette Médicale* des remarques, en partie reproduites dans votre Journal, sur l'extraction des corps étrangers qui ont été introduits accidentellement dans la vessie. J'ai indiqué les principaux moyens usités pour exécuter cette opération, en laissant toutefois de côté ceux qu'une pratique rationnelle désavoue ; en passant aussi sous silence les expériences sur le cadavre que j'avais faites avant 1824, et qui ont été reprises ultérieurement par d'autres. Mon intention n'était pas d'écrire une monographie complète ; je voulais seulement faire connaître les instrumens et les procédés qui me paraissent mériter la préférence en pareil cas.

Voyons maintenant sur quoi porte la réclamation de M. Leroy.

J'ai dit, en terminant mes remarques, qu'on pouvait recourir à un moyen que j'ai déjà proposé, mais qui n'a pas réellement l'utilité que la théorie lui prête. « Ce moyen consiste à introduire dans l'urètre une grosse canule à parois très minces, et à faire servir cette canule de conducteur à un *bilabe* ou à un *trilabe* muni de sa gaîne, afin de garantir le col vésical et les parois urétrales des froissemens occasionnés par le passage du corps étranger. » A cette phrase, que M. Leroy reproduit incomplètement, il en oppose une autre tirée d'un livre publié par lui en 1825, et cela dans le but de prouver que je l'ai copié. Notre confrère doit être au courant de ce qui a été fait en lithotritie ; cependant il a sans doute oublié qu'avant lui, en 1823, p. 160 de mon Traité des Calculs urinaires, j'écrivais : Quand les fragmens ont de la peine à sortir, en raison de leur volume ou de leurs aspérités, je me sers d'une canule métallique droite, mince, d'un diamètre aussi grand que le comporte l'urètre. Cette canule peut-être remplacée par la gaîne du trilabe. Avec son secours, on fait des injections à grande eau pour entraîner les débris ; si les fragmens sont trop volumineux pour la traverser, on la retire et avec elle ceux qui s'y sont engagés. On peut aussi introduire dans son intérieur un ressort faisant anse, et au moyen duquel on retire le calcul de la même manière qu'un bouchon de l'intérieur d'une bouteille. Ainsi, pour ce qui concerne l'idée de garantir les parois urétrales, à l'aide d'une canule, des froissemens causés par un fragment anguleux de pierre, M. Leroy n'est point fondé à dire qu'il m'a devancé : si l'un des deux a copié l'autre, ce n'est pas moi.

Passons à un autre point.

M. Leroy dit qu'il a, pour préconiser la pince à trois branches, des motifs bien connus d'amour propre et de paternité, qui ne l'ont cependant point aveuglé sur l'insuffisance de cet instrument.

Le trilabe est un instrument précieux en chirurgie. C'est par son emploi que la lithotritie a été établie, et chaque jour il rend de grands services. Mais il paraît posséder une propriété qu'on ne lui connaissait pas, celle de faire perdre la mémoire à M. Leroy. En effet, notre confrère a imprimé en 1825, page 220 de son *Exposé*, qu'il avait trouvé dans mon « Mémoire de 1818, l'idée de briser les calculs vésicaux » en les saisissant avec un instrument analogue au tire-balle dit al» phonsin, et les percutant avec un stylet. » Or, le tire-balle d'Alphonse Ferri est un des modèles du trilabe ; par conséquent j'avais proposé la pince à trois branches, en 1818, du propre aveu de mon confrère, et plusieurs années avant que lui-même songeât à broyer la pierre. Page 141 et suivantes du même ouvrage, M. Leroy dit avoir trouvé cet instrument dans Alphonse Ferri, Franco, Sanctorius. L'instrument de Sanctorius, ajoute-t-il « présente encore plus d'analogie » avec ma pince lithoprione, par sa structure, puisqu'il suffisait de » substituer le perforateur au stylet, et par sa destination, puisqu'il » devait être porté jusque dans l'intérieur de la vessie par l'urètre. » Après ces aveux si formels, en ce qui concerne l'invention du trilabe, on ne voit pas trop comment cet instrument pourrait éveiller, chez M. Leroy, des sentimens d'amour propre et de paternité. La pince à trois branches n'a point été imaginée par lui ; il l'a prise toute faite dans des auteurs anciens et dans mon Mémoire de 1818 ; il l'a complétée par des additions empruntées à d'autres auteurs anciens et modernes, sans d'ailleurs choisir avec beaucoup de perspicacité ; car Fabrice de Hilden a donné la figure d'une pince à trois branches bien supérieure à celle *arrangée* par M. Leroy.

C'est aux dispositions vicieuses de l'instrument que notre confrère appelle sa pince, qu'il faut attribuer le peu de succès dont l'emploi de cette pince a été suivi entre ses mains. C'est aussi ce peu de succès qui lui a fait imaginer d'autres moyens à l'égard desquels l'auteur de la lettre s'écarte de la ligne du vrai, en disant que je les ai tous frappés de réprobation. En effet, parmi ces moyens, il en est dont je n'ai point parlé ; et, quant aux autres, je me suis borné à en signaler les inconvéniens, ceux surtout du percuteur, tant vanté par notre confrère. Or, voyons si nous ne trouvons pas dans la pratique de ce médecin des preuves à l'appui de ce que j'ai dit. Voici comment il s'exprime à l'occasion d'un cas dans lequel il eut à détruire un calcul ayant pour noyau un éclat de bois ; celui-ci placé dans l'instrument avait été écrasé par la pression et la percussion, « le chirurgien cherche alors à retirer le percuteur ; il n'y parvient que difficilement ; il ne peut franchir le col de la vessie. L'instrument serait-il faussé ? cependant l'effet de percussion n'a pas été très considérable. Les parois de la vessie seraient-elles saisies ? mais des mouvemens peuvent s'exécuter dans tous les sens. Un corps se trouve-t-il engagé dans l'instrument ? mais les deux branches sont rapprochées ; enfin, quelques tentatives bien ménagées permettent de le retirer, il amène quelques débris de calcul, de plus un morceau de bois qui est *chargé transversalement*, et explique la résistance ; il offre à peu près huit lignes de longueur, quatre de largeur ; il est assez inégal. » *Lithotripsie*, page 217.

Si un chirurgien familier avec la manœuvre de la lithotritie a éprouvé tant d'embarras, s'il a été conduit à faire tant de suppositions, et pour un petit éclat de bois de huit lignes, qu'on peut même casser, briser, morceler ; à quoi ne seront pas exposés des chirurgiens moins habiles, ayant affaire à un cas plus grave, à un corps plus long, plus résistant, plus volumineux ? M. Leroy aurait-il aussi oublié ce fait, dont la date est cependant bien postérieure à celle des aveux qui sont sortis de sa mémoire.

La troisième partie de la lettre de notre confrère exige aussi quelques réflexions. Depuis 1824, il me propose des *arrangemens* de toute espèce en ce qui concerne la lithotritie : ce fut d'abord une modeste proposition de partage, suivie d'une demande d'arbitres ; puis vinrent des provocations, des injures dont la presse, il faut en convenir, s'est fait le trop complaisant écho ; puis encore des offres de pari. Les gens sensés comprendront comment j'ai dû recevoir de pareilles propositions. Où veut-on en venir avec toutes ces forfanteries ? Quoi ! on ose espérer qu'une Académie se respecterait assez peu pour accepter le rôle d'arbitre d'une gageure tendant à décider quelle est la valeur d'un instrument ou d'un procédé de chirurgie ?

Agréez, etc. CIVIALE.

5 décembre 1841.

— MM. Bandens, Blandin et Velpeau ont été nommés chirurgiens consultans du roi.

Le nombre des chirurgiens consultans est maintenant porté à 13.

— *Séance publique annuelle de l'Académie de Médecine.* — Samedi prochain, 11 décembre, à une heure précise, aura lieu la séance annuelle et publique de l'Académie royale de médecine, dans la salle ordinaire des séances, rue de Poitiers, 8.

— En ce moment on imprime à mille exemplaires un rapport de M. le professeur Risueno d'Amador, approuvé par la Faculté de médecine, et adressé à M. le ministre de l'instruction publique, relativement à une nouvelle condition d'admission au doctorat. Nous croyons savoir que M. le rapporteur s'élève avec force et avec une logique impitoyable contre l'existence des écoles secondaires, qui ne servent qu'à compromettre les hautes études médicales ; et qu'il demande que, dans tous les cas, les élèves soient obligés de rester quatre ans dans les Facultés comme par le passé. Nous félicitons sincèrement M. le rapporteur d'avoir soulevé une question qui intéresse tant l'avenir de la médecine, et d'avoir formulé avec courage une opinion qui soulèvera beaucoup de controverses ; et d'autant plus violentes que l'intérêt personnel se trouve en jeu. (*La Clinique de Montpellier.*)

En appelant l'attention de nos confrères sur le Papier Fayard et Blayn, nous faisons remarquer que cet excellent topique est toujours fermé dans des rouleaux de carton vert dont l'étiquette rose porte les signatures Fayard et Blayn. Tout papier présenté sous une autre forme et sans les signatures doit être refusé.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 11 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 148, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE (M. P. Dubois). De la métrorrhagie pendant la grossesse, et surtout pendant l'accouchement. — Nouvelle méthode de traitement applicable aux hernies crurales, inguinales étranglées; kélotomie sous-cutanée; par E.-A. Bouchut. — Académie des Sciences, séance du 6 décembre. Recherches expérimentales sur les conditions nécessaires à l'entretien et à la manifestation de l'irritabilité musculaire, avec applications à la pathologie. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Sur la préparation des infusions pour l'usage de la thérapeutique. — Nouveau mode de conservation des cantharides. — FEUILLETON. Bibliographie. — Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, par M. Civiale.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. DUBOIS.

De la métrorrhagie pendant la grossesse, et surtout pendant l'accouchement.

La surface interne de l'utérus est, pendant une partie de la vie des femmes, le siége d'une hémorrhagie périodique, condition que l'on peut considérer comme constituant une prédisposition aux métrorrhagies. A cette condition viennent s'en ajouter d'autres qui résultent des modifications que l'utérus éprouve pendant la grossesse; modifications qui exagèrent beaucoup la prédisposition aux métrorrhagies, dont elles augmentent notablement la gravité.

La métrorrhagie, pendant la grossesse, a son siége à la surface interne de l'utérus; cependant ce siége varie; ainsi, il existe entre le fœtus et la mère des connexions vasculaires et le placenta. Or, la métrorrhagie peut provenir de tous les points qui se trouvent compris entre l'ombilic, d'une part, et d'autre part la surface utérine; mais le plus souvent c'est entre l'utérus et le placenta.

Il est bon d'établir des distinctions entre les hémorrhagies utérines, bien que ces distinctions doivent entraîner des répétitions; car sans cela il n'y aurait que confusion dans leur étude.

La métrorrhagie pendant la grossesse peut avoir lieu à des époques différentes. Dans les premiers mois, l'on peut la considérer comme une complication de l'avortement. Vers le sixième mois, et même pendant le travail, on la regarde comme une cause d'accouchement non naturel. Enfin, la métrorrhagie peut se produire après la sortie du fœtus, après ou avant l'expulsion du placenta; elle est alors une complication de la délivrance ou des suites de couches. Il ne sera question ici que des métrorrhagies qui surviennent depuis le sixième mois de la grossesse jusqu'au moment du travail et pendant le travail lui-même.

En général, la métrorrhagie qui survient pendant le travail de l'accouchement résulte de la rupture de quelques vaisseaux situés entre le placenta et l'utérus. Lorsque le sang provient de la surface interne de l'utérus, presque toujours il s'écoule à l'extérieur, et pour cela l'on désigne cette métrorrhagie sous le nom de métrorrhagie externe. Quelquefois le sang, au lieu de se faire jour à l'extérieur, s'accumule dans la cavité utérine. Cette métrorrhagie, qui peut devenir assez grave pour déterminer la mort, est nommée métrorrhagie interne; quoique rare, elle n'en est pas moins admissible.

La métrorrhagie externe résulte de causes qui seront bien comprises lors que les dispositions de l'appareil vasculaire qui unit l'utérus au placenta auront été rappelées.

Le placenta est fixé à l'utérus, non-seulement par des connexions cellulaires, mais encore par des connexions vasculaires. Quels sont ces moyens d'union? M. Velpeau pense que le placenta n'est appliqué qu'à la surface interne de l'utérus, et que les rapports qui existent entre ces deux organes sont constitués par de simples porosités. D'autres, au contraire, prétendent qu'il n'en est pas ainsi, et qu'il y a entre l'utérus et le placenta un appareil vasculaire qui unit ces deux organes l'un à l'autre, et dont l'existence ne peut être révoquée en doute.

Des artères peu considérables, mais faciles à observer, très flexueuses dans leurs dispositions, rampent entre l'utérus et le placenta, dans lequel elles ne tardent pas à plonger et à se perdre: on les nomme artères *utero-placentaires*. Elles ont été représentées par un anatomiste distingué, et avant lui par Rœderer.

Indépendamment de ces artères, l'on trouve entre l'utérus et le placenta des veines dont le calibre est beaucoup plus considérable que celui des artères, mais dont les parois très minces se rompent avec une extrême facilité. A cause de cette circonstance, l'existence de ces veines est beaucoup plus difficile à constater que celle des artères. Comme celles-ci, elles pénètrent dans le tissu placentaire, mais pas aussi profondément. La plupart se terminent par une sorte de cul-de-sac; quelques-unes cependant vont se continuer dans les lobes du placenta. Cette disposition, signalée depuis long-temps par Hunter, a été niée un moment, puis ensuite presque généralement admise.

L'œuf est encore uni à l'utérus par la membrane caduque, véritable arborisation vasculaire dont les artères, bien que très petites, n'en sont pas moins évidentes. De plus, l'on observe à la surface interne de l'utérus un grand nombre de porosités; en sorte que l'opinion de M. Velpeau paraîtrait avoir quelque fondement; mais peut-être ces porosités dépendent-elles de la rupture de quelques vaisseaux.

Il résulte de cette disposition que les connexions qui existent entre l'œuf et l'utérus peuvent être rompues; mais cette rupture ne pourra se faire sans qu'il s'en suive un écoulement de sang qui constituera une hémorrhagie. Or l'on voit de suite que dans ce cas l'hémorrhagie provient d'une double source, le placenta et l'utérus, c'est-à-dire que le sang pourra être versé par le fœtus et par la mère. A cet égard, il est une remarque à faire: c'est que presque toujours c'est de la mère que vient le sang, et très rarement du fœtus. A quoi cela tient-il? C'est ce que l'on ne saurait dire.

Maintenant que l'on connaît de quelle manière se produit la métrorrhagie, l'on comprendra facilement quelles sont les causes qui peuvent y donner lieu.

L'on peut se demander si le sang de la métrorrhagie est fourni par les veines, ou par les artères, ou enfin par ces deux ordres de vaisseaux. La métrorrhagie est tout à la fois veineuse et artérielle. La couleur du sang ne pourrait rien prouver dans cette circonstance, car les caractères physiques du sang veineux et du sang artériel dans la circulation utérine sont les mêmes.

Causes de la métrorrhagie.

M. P. Dubois, ainsi qu'on le verra plus tard, n'attache pas à certaines causes de métrorrhagie l'importance que quelques accoucheurs, et M. Velpeau entre autres, y ont attachée. M. P. Dubois commence par distinguer les causes de la métrorrhagie en causes prédisposantes, causes déterminantes et causes efficientes.

Causes prédisposantes. Ces causes tiennent à la constitution des individus eux-mêmes, à leur tempérament. A ce sujet, M. Velpeau a noté bien des choses qui paraissent n'avoir que peu ou pas de valeur. Il faut néanmoins faire une exception en faveur du tempérament sanguin, qui lui paraît prédisposer à la métrorrhagie.

Indépendamment des prédispositions générales, il existe des prédispositions locales. Or, ces prédispositions locales seront bien comprises dès que l'on connaîtra les causes efficientes de la métrorrhagie.

Causes efficientes. C'est le décollement du placenta.

Causes déterminantes. Si la métrorrhagie n'est que la conséquence du décollement du placenta, il faut chercher maintenant les causes qui donnent lieu à ce décollement. Or, parmi celles-ci, l'on trouve les violences extérieures, les fortes pressions exercées sur les parois utérines; à ces causes, il faut ajouter les contractions irrégulières et énergiques qui surviennent pendant le travail, les rétractions un peu trop considérables de l'utérus.

L'on a nié l'influence des violences extérieures comme causes déterminantes de la métrorrhagie, et madame Boivin la première a révoqué en doute cette influence. Les raisons que l'on a fait valoir en faveur de cette opinion sont que, la cavité de l'utérus étant remplie, cet organe se trouve soutenu de tous les côtés, et le placenta faisant corps avec lui suit tous ses mouvemens; mais cette opinion est toute théorique, et n'est nullement fondée. Ainsi, souvent la cavité utérine n'est pas complétement remplie; et puis le placenta, comme on l'a dit, ne fait pas corps avec l'organe gestateur. Au reste, les faits sont là qui font voir dans toute leur évidence l'influence de

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires; par M. le docteur CIVIALE. — Troisième et dernière partie : maladies du corps de la vessie. — Un vol. in-8°.

Le meilleur moyen de faire apprécier la valeur et l'importance de ce livre essentiellement pratique, c'est, je crois, d'en prendre un chapitre et de l'analyser dans son étendue. J'aime mieux, en effet, n'examiner qu'un point, mais aussi complètement que possible, que de présenter l'ensemble une analyse insuffisante, écourtée. Je dirai donc sommairement que ce volume est consacré aux maladies du corps de la vessie, et qu'il est divisé en huit chapitres dans lesquels il est successivement traité des fongus de la vessie, du cancer de cet organe, des tumeurs développées à sa surface externe, de celles qui se développent dans l'épaisseur de ses parois, du séjour forcé de l'urine dans la vessie, de l'incontinence d'urine, de l'hématurie, du catarrhe vésical.

C'est sur ce dernier point que je désire spécialement fixer l'attention du lecteur, d'abord parce qu'il est des plus importans et que c'est celui que M. Civiale a traité avec le plus d'étendue.

Le catarrhe vésical, maladie très fréquente, sur laquelle on a immensément écrit, n'est encore cependant qu'imparfaitement décrit. Une des principales lacunes de son histoire, c'est la détermination de l'état morbide qu'on doit désigner sous ce nom. Il est question, en effet, d'une phlegmasie ayant son siége à la surface interne de la vessie, et caractérisée par un état spécial de l'urine; mais cette altération de l'urine pouvant s'opérer sous l'empire de circonstances fort nombreuses, cet effet étant celui qui frappe d'abord le plus l'observateur, il est important d'en apprécier les caractères sous le rapport de la couleur, de la transparence, de l'odeur et des dépôts que peut former l'urine.

Couleur. — Dans le catarrhe, c'est celle en blanc qui a le plus de portée. M. Civiale entend par urines blanches, celles qui sont lactescentes avec des nuances variables en gris et en jaune, d'où résultent des teintes nombreuses, à l'aide desquelles on a prétendu distinguer divers états morbides de l'appareil urinaire. Cette distinction est fort difficile d'après ce seul caractère, car cette coloration provient tantôt d'un vice de la sécrétion rénale, tantôt d'un défaut de proportion dans la quantité des principes constituans de l'urine ou de la présence dans ce liquide de matières qu'on n'y rencontre pas ordinairement et qui sont produites par des états morbides autres que le catarrhe. Il n'est pas rare qu'une exhalation de sang coïncide avec un état phlegmasique de la membrane muqueuse et le produit de celle-ci, mêlé au sang et à l'urine, constitue un liquide tout particulier, épais, bourbeux, d'un jaune brun violacé ou noirâtre.

Odeur. — L'odeur fétide de l'urine n'est pas rare dans le catarrhe, mais elle ne s'y rattache pas par des liens tellement intimes qu'elle soit inséparable de lui; plusieurs autres états morbides peuvent la produire, lésion de la prostate, fongus peu avancé, atonie de la vessie, etc., etc.

Transparence. — Ce caractère manque presque toujours dans le catarrhe vésical, mais il manque aussi dans plusieurs autres circonstances. Ainsi, qu'un trouble survienne dans la sécrétion rénale, l'urine renfermera des substances qui ne s'y voient pas ordinairement, ou du moins dans les mêmes proportions. Parmi les substances qu'on trouve accidentellement dans l'urine, on distingue surtout l'albumine. La présence dans l'urine de ce produit immédiat n'est pas toujours un signe infaillible de la maladie décrite sous le nom d'albuminurie. M. Civiale a vu un grand nombre de malades qu'on disait atteints de cette maladie, et qui avaient les uns la pierre, d'autres des névralgies du col vésical, des coarctations spasmodiques ou organiques de l'urètre, quelques-uns de la lésion de la prostate ou des parois vésicales avec ou sans catarrhe. — Les matières grasses qu'on rencontre quelquefois dans l'urine peuvent aussi troubler sa transparence et faire croire à une affection catarrhale. — Elle peut aussi perdre ce caractère parce qu'elle contient moins d'eau que dans l'état normal. — Les produits de la sécrétion de la muqueuse qui tapisse l'appareil urinaire venant à augmenter par une cause quelconque, troublent aussi la limpidité de l'urine, de même que les débris de la desquammation qui s'accomplit dans l'appareil urinaire, débris qui dans certaines circonstances peuvent devenir très apparens.

De ces faits il faut conclure que la perte de la transparence de l'urine n'est pas un caractère propre du catarrhe vésical.

Dépôts. — Les uns sont simplement muqueux, les autres puriformes; il y en a d'autres enfin qui, se rapprochant davantage de la nature du pus, ont reçu le nom de purulens. Les premiers ne forment tantôt qu'un nuage léger, tantôt au contraire ils forment à peu près la moitié du liquide expulsé. Ces dépôts sont d'ailleurs très variables sous le rapport de leur consistance, de leur couleur et de leur odeur, comme aussi sous le rapport de la sensation qu'ils font éprouver au malade pendant leur émission. On les observe surtout pendant la première période des catarrhes vésicaux. Puis viennent les dépôts puriformes dont M. Civiale examine les divers caractères, ainsi que des dépôts purulens, et il termine ce paragraphe par les réflexions suivantes: « De tout ce qui précède, il résulte que les dépôts de l'urine, constituant le caractère spécial du catarrhe de la vessie, présentent de nombreuses différences quant à leur nature, à leurs qualités physiques, à leurs propriétés chimiques, à leur abondance et aux effets tant de leur présence dans la vessie que de leur passage à travers l'urètre. Ces différences dépendent surtout du degré et du mode de la phlegmasie; mais elles tiennent aussi à des causes particulières, telles que les variations de la sécrétion rénale, les états morbides de la vessie qui produisent ou compliquent le catarrhe, les dispositions individuelles, les maladies étrangères à l'appareil urinaire, etc. Il n'est pas toujours facile d'en découvrir la cause, qui échappe souvent à l'examen le plus minutieux. »

Quant aux autres symptômes, les besoins fréquens d'uriner n'existent pas toujours: il y a une espèce de douleur qui appartient plus particulièrement au catarrhe: c'est celle qui résulte du séjour prolongé dans l'urètre ou le col de la vessie de flocons muqueux dont le volume ou la densité rend l'expulsion difficile. La fièvre n'accompagne pas toujours le catarrhe.

Sa marche est ordinairement continue; quelquefois il affecte des intermittences marquées.

Abandonné à lui-même, le catarrhe vésical se termine souvent par la mort; il peut se terminer par résolution, mais c'est rare, à moins que les secours de l'art ne soient intervenus.

Tout ceci est relatif aux cas de catarrhe chronique; les choses se passent différemment dans le cas de catarrhe aigu ou de cystite proprement dite. Laissant de côté les symptômes généraux qui ne présentent rien de particulier dans cette affection, M. Civiale ne s'occupe que des symptômes locaux, qu'il démontre être surtout sous la dépendance du séjour forcé de l'urine dans la vessie et des efforts de cet organe pour se débarrasser de son contenu. La marche et la gravité de la cystite varient d'ailleurs suivant des circonstances tenant soit aux dispositions du sujet, soit à d'éventuelles complicatians, circonstances étudiées avec beaucoup de soin par l'auteur.

Ici il présente des considérations pratiques fort importantes sur la cystite développée soit par cause d'atonie, soit par hypertrophie, soit par des accidens nerveux de la vessie. Viennent ensuite des réflexions sur la marche et l'étendue de la cystite terminées par ce passage: « Sa fréquence est moins grande que ne le pensent beaucoup de praticiens; mais on la rencontre plus souvent que d'autres ne le prétendent. Elle a une gravité proportionnée à la cause qui la détermine, à l'état du sujet, aux complications qui surviennent, et surtout à la manière dont elle est traitée. Dans un très grand nombre de cas on peut faire avorter l'inflammation en écartant la cause, ce qui est d'autant plus facile que

ces causes, et c'est chose tellement vulgaire, que l'on a tout lieu de s'étonner de la voir révoquer en doute.

L'on a vu plus haut que la rétraction trop rapide et trop étendue de l'utérus pouvait occasionner une métrorrhagie; or, les faits viennent encore déposer en faveur de cette opinion. Ainsi, dans quelques cas particuliers, quand l'utérus contient beaucoup de liquide, et que ce liquide s'écoule très promptement, l'utérus revient aussitôt sur lui-même; et comme cette rétraction est très étendue, il peut survenir une métrorrhagie. Dans les circonstances ordinaires, l'écoulement du liquide amniotique est peu abondant, et par cela même la rétraction utérine peu étendue; elle ne peut par conséquent produire le décollement du placenta. Comme on le voit par ce qui précède, M. P. Dubois ne fait point une grande part à l'opinion admise par quelques auteurs, et particulièrement M. Velpeau qui comparent la métrorrhagie à l'épistaxis, et disent que le décollement du placenta n'est que l'effet de l'hémorrhagie.

La cause la plus commune de la métrorrhagie qui survient pendant la grossesse, est sans contredit l'expansion naturelle de l'utérus lorsque le placenta se trouve implanté sur un point rapproché de l'orifice interne. Le segment inférieur prend un accroissement rapide vers la fin de la grossesse, et le placenta inséré sur ce point de l'utérus, ne pouvant suivre ce mouvement d'accroissement, se détache dans une plus ou moins grande étendue; de là l'hémorrhagie.

Une dernière réflexion : au premier abord l'on croirait que les pertes qui résultent de l'implantation du placenta sur un point rapproché de l'orifice utérin devraient être beaucoup plus communes dans les premiers mois de la grossesse, parce qu'à cette époque le segment inférieur semble devoir être le siége d'un développement considérable. Eh bien! c'est tout le contraire que l'on observe, et cela parce que le développement de la partie inférieure de l'utérus ne s'opère que vers la fin de la grossesse, quelquefois même à l'époque de l'acouchement.

L'on trouve dans les auteurs qui ont traité ce sujet, des explications fort différentes. L'on a été même jusqu'à dire que le placenta pouvait être décollé sans pour cela qu'il survînt de métrorrhagie; mais les faits que l'on cite à l'appui de cette opinion ne paraissent ni bien concluans, ni bien appréciés. La plupart d'entre eux appartiennent à des recueils étrangers. Dans le cas rapporté par Leroux, l'hémorrhagie était abondante loin d'être insignifiante. Dans ceux de Chapman et Perfet, il y avait eu décollement incomplet, mais surtout l'hémorrhagie avait été abondante.

Prédispositions locales. L'on rencontre des femmes qui éprouvent des métrorrhagies dans plusieurs accouchemens successifs. Il est peu d'accoucheurs qui n'aient eu l'occasion de faire cette remarque. C'est qu'il y a des femmes chez lesquelles presque toujours le placenta se trouve inséré sur le col utérin, sans que l'on puisse savoir si cette circonstance tient à quelques dispositions locales particulières. Ou bien les connexions urétro-placentaires, chez certaines femmes, sont peu résistantes, comme chez d'autres les connexions sont fortes et se rompent difficilement; or, l'on comprend que les premières seront exposées à de fréquentes métrorrhagies, tandis que chez les autres cet accident ne s'observera jamais ou très rarement.

Chez d'autres femmes enfin, l'œuf se trouve rempli à chaque grossesse d'une grande quantité de liquide; chez celles-ci, comme chez celles qui ont le malheureux privilége des doubles grossesses, la rétraction utérine doit, plus souvent que chez d'autres, s'accompagner d'hémorrhagie.

En résumé, les pressions exercées sur les parois abdominales, les chocs sur ces mêmes parties, les secousses, etc., et, beaucoup plus souvent que cela, le décollement du placenta quand celui-ci se trouve implanté sur l'orifice utérin, sont les causes les plus fréquentes des métrorrhagies qui surviennent à la fin de la grossesse. M. Dubois n'a pas fait mention ici des impressions morales, comme cause de métrorrhagie, non pas qu'il pense que celles-ci ne puissent déterminer cet accident, mais c'est chose si rare, qu'il n'a pas cru devoir en parler.

Nouvelle méthode de traitement applicable aux hernies crurales, inguinales étranglées, Kélotomie sous-cutanée; par E.-A. Bouchut.

La méthode sous-cutanée si heureusement et si ingénieusement constituée et généralisée par M. J. Guérin, est évidemment destinée à jouer un grand rôle en chirurgie. Les principes sur lesquels elle repose ont reçu de la part de l'auteur que nous venons de citer, une démonstration si judicieuse, que chacun s'empresse d'en multiplier les applications. Depuis quelque temps, l'opération de la hernie a fixé l'attention sous ce point de vue. Nous avons récemment publié l'extrait d'un travail sur ce sujet, présenté par M. J. Guérin, à l'Académie des sciences.

Le mémoire de M. Bouchut repose sur le même principe, mais il en diffère par le mode d'application. Voici, du reste, le procédé opératoire décrit par cet auteur; nous n'y ajouterons aucune réflexion. Disons seulement qu'il n'a pas encore été appliqué sur le vivant.

Manuel opératoire. — Après avoir fait des tentatives modérées de taxis, et s'être assuré que la hernie est ancienne, qu'avant l'étranglement elle était complètement réductible, il faut procéder à l'opération. Il faut aussi établir quel est le siége de l'étranglement, savoir s'il est produit par le collet du sac ou par l'anneau aponévrotique. Dans le premier cas, le péritoine devant être compris dans le débridement, nous l'appellerons débridement, ou kélotomie intrà-péritonéale. Dans le deuxième, il ne portera que sur l'anneau, ce sera la kélotomie extrà-péritonéale.

§ 1er. *Etranglement par le collet du sac.* — Kélotomie sous-cutanée intra-péritonéale. — L'appareil instrumental se compose d'un bistouri à lame étroite comme celle du ténotome et du kélotome caché, dont voici la description.

C'est une espèce de trocart mousse; la canule est droite, aplatie, de quatre millimètres de diamètre dans sa plus grande largeur, et de douze centimètres de long. Elle peut recevoir dans son intérieur une tige plate, longue de vingt centimètres. Cette tige dépasse d'un côté le bout de la canule de quinze millimètres. Cette partie est recourbée sur son plat, et a la forme d'un stylet mousse ordinaire; de l'autre elle la dépasse encore afin de permettre le glissement.

La partie qui est cachée est tranchante sur un de ses bords dans la moitié de son étendue. A l'extrémité de la canule, sur son côté, se trouve une vis qui sert de point d'arrêt et une petite oreille qui indique la position de la partie affilée. C'est un instrument droit dans la plus grande partie de son étendue, recourbé sur le plat à une de ses extrémités, mousse à la pointe, et d'un assez petit volume. La forme de stylet donnée à cette pointe facilite l'introduction, et le surcroît de longueur de la tige à l'autre extrémité de la canule permet le glissement, sert à mettre le tranchant au dehors pour le recouvrir ensuite.

L'opération se compose de quatre temps :

1° Ponction de l'abdomen, ouverture du péritoine.

2° Passage dans le sac par l'orifice interne.

3° Débridement.

4° Réduction.

Premier temps. — Nous savons qu'à sa partie inférieure et postérieure, la partie abdominale antérieure est dépourvue d'aponévroses résistantes, qu'elle est doublée par le fascia transversalis et le péritoine, membranes très faciles à déchirer. Ce sera le lieu de notre ponction. Nous la ferons à un centimètre en dedans du milieu d'une ligne fictive étendue transversalement de l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne blanche. Ce point correspond aux fibres les plus externes du muscle droit; peu importe qu'elle intéresse les fibres de ce muscle; mais elle ne doit pas entrer dans le péritoine. La couche graisseuse plus ou moins considérable, suivant les sujets, fera varier la profondeur de la ponction entre un et plusieurs centimètres. L'habitude donne assez bien l'épaisseur approximative de cette couche, et permettra au chirurgien de lui proportionner la pénétration de l'instrument. Au reste, après avoir divisé la couche adipeuse, la pointe du bistouri éprouve une légère résistance, et fait entendre par le grattage un craquement particulier qui avertit de son arrivée sur l'aponévrose. On la divise avec précaution, puis l'on retire l'instrument, ou bien l'on s'en sert pour guider le kélotome.

Le kélotome, pris entre le pouce et l'index, à cinq ou six centimètres de son extrémité, suivant l'épaisseur de la paroi abdominale, est glissé par l'ouverture de la peau. Son extrémité mousse, analogue pour la forme à celle d'un stylet, écarte les fibres du muscle et arrive jusqu'au fascia transversalis. On le pousse en le dirigeant en dedans vers le petit bassin; les membranes se rompent, une sensation de résistance vaincue et l'entrée brusque de l'instrument indiquent la pénétration du péritoine.

Il est indispensable que dans ce temps de l'opération les doigts servent de point d'arrêt; car la pointe du kélotome pourrait, par une entrée trop profonde, aller meurtrir l'intestin en le serrant contre les os. C'est pour éviter cet accident qu'il faut la diriger vers le petit bassin, là où l'on ne rencontre que des anses intestinales qui fuient devant elle.

Deuxième temps. *Introduction du kélotome dans la cavité du sac.* — Quand le kélotome est arrivé dans le péritoine, on doit s'assurer que son extrémité est libre. Quelquefois elle se trouve entre des anses intestinales, et on la remue difficilement. Il faut alors la dégager par de légers mouvemens et la ramener au-devant des intestins, entre eux et la paroi abdominale. Une fois le kélotome en liberté, on le glisse dans la direction de l'ouverture où siége l'étranglement, et l'on touche bientôt les anses intestinales fixées par la bride; il s'introduit dans une cavité, infundibulum de la hernie, au fond de laquelle il éprouve quelque résistance.

L'infundibulum est formé par le péritoine, entraîné par l'anse intestinale; de sorte qu'il existe entre ces deux parties un espace peu considérable, il est vrai, par lequel ce kélotome a été introduit.

La résistance qu'il éprouve au fond de cette cavité est formée par la coarctation du collet du sac sur l'anse elle. C'est elle qu'il faut vaincre; c'est entre le collet et l'intestin qu'il faut passer. Une fois ce temps accompli, les autres présentent peu de difficultés.

L'intestin est dépressible, et le bout de l'instrument peu volumineux. Nulle coarctation ne peut donc empêcher l'introduction d'un corps aussi petit, lorsque par avance on presse sur l'intestin. Or, l'extrémité du kélotome est dans la rainure de l'étranglement; on le tourne sur le plat, de telle sorte que sa convexité repose en bas sur l'intestin. L'on déprime en poussant avec précaution, et la pointe s'engage. Un léger mouvement de bascule imprimé au reste de la tige favorise cette introduction, qui se fait en montant, sans blesser l'intestin, énormément distendu dans le sac. Alors on pousse directement, le kélotome entre à plein dans le sac, et le deuxième temps est accompli. Par l'expérience suivante, on peut se convaincre de la réalité de ce que nous avançons. L'on peut, comme nous l'avons fait bien des fois, produire des hernies étranglées sur des cadavres qui portaient des sacs herniaires. Il suffit d'ouvrir le sac et d'aller chercher dans le ventre, au moyen d'une longue pince, une anse intestinale. On garnit de substances molles, d'éponges par exemple, la partie qui correspond au collet du sac; on recoud l'intestin et on l'insuffle. Puis on ferme les tégumens par une suture et on a l'intestin étranglé dont la partie extérieure est gonflée comme elle l'est sur le vivant.

Rien n'est plus facile que l'opération. La pénétration du péritoine, l'entrée du kélotome dans l'infundibulum et son passage sous la bride, ne sont qu'un jeu. Une fois la bride coupée, la simple pression sur la tumeur fait rentrer le viscère. Jamais il ne nous est arrivé de l'intéresser.

Troisième temps. *Debridement.* — Il faut chercher à s'assurer que le kélotome est bien dans le sac. Le chirurgien s'en convaincra en lui imprimant des mouvemens de latéralité que pourra suivre la main placée à l'extérieur. Un mouvement de cuiller autour de l'anse herniée détruira les adhérences récentes s'il en existe et refoulera l'intestin en arrière dans le cas où il aurait quelque tendance à se placer entre la canule et le collet du sac. Les doigts placés sur la tumeur devront suivre ces manœuvres sans lesquelles on ne doit pas débrider.

L'opérateur alors tient le kélotome solidement fixé contre la paroi antérieure du sac, de telle sorte qu'en retirant la canule en arrière, le tranchant soit dirigé en haut et en avant, afin d'empêcher que l'intestin vienne se placer au devant de lui. Une légère pression et un petit mouvement de va-et-vient suffisent pour lever l'étranglement. Il doit couper jusqu'à l'instant où le craquement d'une aponévrose qui se rompt vient lui donner l'assurance que la section est arrivée jusqu'à l'anneau. Ramenant ensuite la canule sur le kélotome, il le retire un peu en arrière avant de procéder à la réduction qui constitue le quatrième temps.

---

le plus souvent cette cause tient à l'accumulation de l'urine. Mais quand on la traite mal ou qu'on la néglige, elle se termine d'ordinaire par la mort; cependant les efforts les mieux combinés de l'art ne parviennent pas toujours à empêcher cette funeste issue. »

L'article suivant est consacré à l'anatomie pathologique du catarrhe vésical, soit à l'état chronique, soit à l'état aigu. Tous les faits connus d'autopsie à la suite de cette maladie y sont analysés et appréciés, et cet article est sans contredit un des plus neufs et des plus complets qui existent sur la matière.

M. Civiale admet plusieurs espèces de catarrhe de la vessie déterminées d'après les causes qui le provoquent et les circonstances au milieu desquelles il se développe : 1° catarrhe de la vessie produit par un état névralgique de l'urètre et du col de la vessie : 2° catarrhe par les rétrécissemens organiques ou par l'induration des parois de l'urètre; 3° catarrhe par des maladies de la prostate et du col de la vessie; 4° catarrhe par des tumeurs fongueuses ou autres dans l'intérieur de la vessie; 5° catarrhe par des calculs urinaires; 6° par l'excès de défaut de contractilité des parois vésicales; 7° par des causes indirectes. Sur chacun de ces points M. Civiale a émis des opinions d'un véritable intérêt pratique; car elles découlent de son expérience si complète qui lui a permis sur plusieurs points d'avancer des idées tout à fait nouvelles et de rectifier un grand nombre d'erreurs échappées à ses devanciers.

Quoique infiniment plus rare que chez les hommes, le catarrhe vésical existe cependant quelquefois chez les femmes, et l'auteur n'en a pas négligé l'exposition. Cet article sera lu avec d'autant plus d'intérêt que cette affection n'a presque pas été étudiée chez les femmes, encore moins chez les enfans, chez lesquels M. Civiale a eu aussi occasion de l'observer.

Cet ouvrage et ce chapitre se terminent par l'article du traitement général du catarrhe de la vessie, article très étendu, dans lequel les praticiens trouveront, avec appréciation et critique, toutes les ressources dont l'art peut disposer pour combattre cette affection, qu'elles que soient les variétés qu'elle présente et les causes qui la produisent.

1° *Antiphlogistiques.* — Ils conviennent au début et aussi longtemps que la phlegmasie affecte un caractère aigu. Dans le caractère chronique ils ne produisent presque jamais de bons effets, et dans les cas où leur emploi est indiqué, il faut y recourir avec modération et insistance, plutôt qu'avec énergie et brusquerie. Mais il faut se souvenir que dans l'un et l'autre cas ils ne sont que le préliminaire souvent obligé d'une méthode directe de traitement.

2° *Narcotiques.* — L'opium doit être le plus usité administré par la voie de l'estomac, appliqué à l'extérieur et surtout introduit dans le rectum. Mais comme les antiphlogistiques, ces moyens ne servent qu'à préparer les sujets, à écarter des incidens plus ou moins graves, et à faciliter l'emploi d'autres agens plus directement appropriés à la maladie.

3° *Balsamiques.* — On en fait un grand abus, et M. Civiale croit qu'on a de beaucoup exagéré leur valeur. C'est ce qui résulte de l'analyse des faits empruntés à la Clinique de Dupuytren qui a tant contribué à les mettre en vogue, surtout la térébenthine. Cependant il ne les rejette pas absolument, mais il borne leur emploi à des circonstances qu'il a fort bien déterminées.

4° *Révulsifs.* — Celui dont M. Civiale a le plus à se louer est la pommade stibiée, employée soit en frictions sur l'hypogastre, soit en applications sur le sacrum.

5° *Injections vésicales.* — Les injections soit simples, soit chargées d'un principe médicamenteux ou caustique de diverse nature; la manière d'y procéder et les précautions à prendre, l'exposé des faits dans lesquels elles ont été favorables ou utiles, la détermination des cas où l'on doit y avoir recours, tout cela doit être lu dans ce livre, car tous ces détails échappent à l'analyse.

6° *Irrigations vésicales.* — Invention de Hales mal à propos attribuée à M. Cloquet, et dont l'application n'a pas donné des résultats très évidens.

7° *Cautérisations de la vessie avec le nitrate d'argent à l'état solide.* — L'emploi du nitrate d'argent solide doit être limité aux cas dans lesquels l'affection catarrhale ne dépasse point le pourtour du col de la vessie. Les préceptes et la détermination des circonstances dans lesquelles il faut avoir recours à cette cautérisation, ne peuvent pas être présentés d'une manière sommaire.

8° *Eaux minérales.* — Les sources sulfureuses chaudes paraissent à M. Civiale mériter la préférence lorsqu'il s'agit de catarrhes anciens, opiniâtres. Celle de Contrexeville et ses analogues ont surtout pour effet de ranimer la contractilité vésicale, presque toujours affaiblie dans cette maladie, et sous ce rapport il est utile d'y avoir recours. Il n'en serait pas de même si le catarrhe vésical dépendait d'un état névralgique du col de la vessie, avec tuméfaction de la prostate.

Cet ouvrage, dont je n'ai pu donner qu'une imparfaite idée, est un des plus importans qui aient été écrits sur la pratique des maladies de la vessie. Il est autant remarquable par la critique éclairée qu'il renferme, que par les préceptes qu'il offre aux praticiens. Il termine dignement le grand travail de l'auteur sur les maladies des organes génito-urinaires, maladies dont il a fait l'objet de ses études spéciales, et auxquelles il doit une réputation bien légitimement acquise.

B. B.

Ici se présente à résoudre une question importante. Quelle direction faut-il donner au débridement ?

Les opinions les plus diverses ont été soutenues à ce sujet. Parmi les chirurgiens des temps passés, les uns débridaient en dedans, les autres débridaient en dehors ; ceux-ci en haut, sans qu'il y ait rien de général à cet égard. Nous sommes un peu plus avancés aujourd'hui ; la plupart des opérateurs ont adopté les préceptes mis en honneur par Cooper, Scarpa et Dupuytren. Cependant il y a encore des opposans, mais en petit nombre. Que l'on ait affaire à une hernie inguinale, il faut débrider en haut et en avant. Par cette division parallèle à la direction de l'artère épigastrique on risque moins de l'atteindre ; a-t-on affaire au contraire à une hernie crurale, le débridement doit être fait en haut et en dehors.

Quelle que soit la position de l'artère épigastrique, qu'elle soit en dedans ou en dehors du sac herniaire, elle sera toujours à une distance telle de l'anneau qu'un léger débridement sera possible dans le sens même où elle se trouve, Si l'on craignait d'aller trop loin, ce serait le lieu de faire des débridemens multiples.

Quatrième temps. *Réduction.* — On opérera la réduction par les procédés ordinaires de taxis. S'il y a eu des adhérences récentes, c'est-à-dire molles et albumineuses, elles auront été rompues par le mouvement de cuiller que nous avons indiqué plus haut, et elles ne gêneront en rien la rentrée des parties. S'il y a des adhérences résistantes, ce qui n'arrive que dans le cas de hernies anciennes incomplètement réductibles, on aura pu le savoir d'avance et ne pas entreprendre l'opération, comme nous l'indiquerons plus loin en parlant de son opportunité.

Dans les cas les plus fréquens de hernies réductibles après le débridement sous cutané, la partie étranglée rentrera facilement dans l'abdomen. Alors on retire le kélotome confié à un aide pendant les essais de taxis, et l'on ferme la plaie par une mouche de taffetas gommé. On applique ensuite un bandage spica avec des compresses graduées sur le lieu de la tumeur, afin de la maintenir réduite.

§ II. *Kélotomie extra-peritonéale. Section de l'anneau sans ouverture du sac.* — Ce procédé ne peut être mis en pratique que lorsqu'on est sûr que l'étranglement siége à l'anneau aponévrotique. Il se compose, comme le premier, de quatre temps :

1° La ponction pour introduire le kélotome ;
2° Le passage sous l'anneau ;
3° Le débridement ;
4° La réduction.

Les deux premiers temps de l'opération sont les seuls qui offrent quelque différence avec ceux du procédé qui précède. Nous n'insisterons pas sur les deux suivans.

Premier temps. — La ponction doit se faire un peu plus bas que pour la kélotomie intra-péritonéale, à un demi-pouce environ au-dessous du point indiqué pour elle. Elle doit être faite avec les mêmes précautions. Le kélotome introduit par la piqûre écarte les fibres du muscle droit et arrive jusqu'au fascia transversalis, près de l'endroit où le péritoine, en s'écartant de la paroi abdominale, laisse un intervalle que nous avons mentionné. Là, au lieu de faire comme précédemment, de pousser pour perforer cette séreuse, on fait glisser l'instrument en bas dans l'espace dénommé, et il se dirige sans peine vers l'anneau.

Deuxième temps. — Ce temps présente la plus grande analogie avec le deuxième temps de l'opération que nous venons de décrire. Il faut placer l'instrument, la convexité en bas et en arrière, insinuer doucement son extrémité dans la rainure de l'étranglement. De cette manière l'instrument passe aisément au-dessous de l'anneau.

Ce que nous avons dit du débridement et de la réduction dans la kélotomie intra-péritonéale s'applique parfaitement ici.

(*Journ. des Conn. méd.-chir.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 décembre. — Présidence de M. Serres.

M. Magendie déclare, au nom d'une commission, qu'il y a lieu de répondre à une lettre ministérielle relative à la transmission de la peste et à la question des quarantaines.

Lectures. — M. Mignadet présente quelques pièces anatomiques, accompagnées d'une note relative à l'emploi des caustiques dans le traitemenr des affections cancéreuses. (Commissaires : MM. Roux et Larrey.)

— M. Longet lit un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les conditions nécessaires à l'entretien et à la manifestation de l'irritabilité musculaire, avec applications à la pathologie.*

Chacun sait, dit-il, avec quel vif enthousiasme, de quelles expériences ingénieuses et variées, de quelles controverses et exagérations sans nombre fut l'objet, vers le milieu du dix-huitième siècle, la propriété que Glisson avait fait connaître sous le nom d'*irritabilité*. Il faut néanmoins convenir que, malgré les efforts de tant de savans illustres, il n'a jailli, du choc des opinions contraires, qu'une lumière bien obscure sur cette question : L'irritabilité est-elle une force inhérente à la matière fibrineuse des muscles, ou bien sa source unique est-elle dans le système nerveux ?

Toutes les importantes vérités, physiologiques ou autres, semblent devoir traverser diverses époques, être soumises à plusieurs phases d'évolution, avant d'arriver à leur entier développement : aussi pourra-t-on remarquer que, si ce mémoire renferme des argumens nouveaux et propres, selon nous, à résoudre enfin un problème si longuement débattu, ces argumens sont dus, en partie, aux progrès les plus récens de la physiologie expérimentale, et, en particulier, à la belle et fondamentale découverte de sir Ch. Bell.

Afin d'atteindre notre but, nous crûmes devoir nous proposer la solution de questions multiples, dont voici l'énoncé : 1° Quelle est, dans *les nerfs moteurs,* séparés de l'axe cérébro-spinal, la durée de leur *excitabilité*, c'est-à-dire, de leur pouvoir de faire contracter la fibre charnue quand on les irrite directement ? 2° Avec l'excitabilité de cette classe de nerfs, voit-on disparaître l'irritabilité musculaire ? 3° Les *nerfs sensitifs* influencent-ils cette dernière propriété ? 4° Les fibres nerveuses, *grises ou organiques*, concourent-elles à l'entretien de l'irritabilité musculaire ? 5° Enfin, dans quelles limites celle-ci dépend-elle de l'influence du sang ?

A. *A quelle époque précise un nerf de mouvement, qui ne communique plus avec l'axe cérébro-spinal, perd-il son excitabilité ?*

Dans mes recherches, j'ai adopté une tout autre marche que celle qu'avaient suivie les expérimentateurs tels que Legallois, Muller, Steinück, Sticker, etc. Ainsi, je ne me borne point à opérer la résection d'un nerf et à attendre pendant plusieurs semaines, ou même plusieurs mois, pour expérimenter sur l'excitabilité de son bout libre : au contraire, dès le lendemain celui-ci est essayé, pendant quelques minutes, par le galvanisme (pile de 20 paires) et les irritans mécaniques ; les mêmes tentatives sont répétées le surlendemain, et constamment son excitabilité est entièrement éteinte dès le quatrième jour. Au bout de ce temps, pour mieux juger encore l'état des muscles lors de l'excitation de leurs nerfs, je découvre les uns et les autres dans une partie bien saine du membre, et jamais alors le galvanisme, appliqué même aux ramuscules nerveux, ne suscite les plus légères contractions de la fibre musculaire ; toutefois, dans ces expériences délicates à reproduire, il est bien important de ne point faire usage d'une pile trop forte, autrement le fluide galvanique lui-même pourrait être transmis par la division du nerf jusqu'au muscle, qui ne manquerait point de manifester une réaction : il s'agit ici, au contraire, seulement de faire passer un courant transversal dans l'épaisseur du rameau nerveux, pour prouver que toute force motrice y a disparu. Afin de rendre les résultats plus frappans, les mêmes épreuves sont comparativement effectuées par l'emploi des mêmes moyens, sur les nerfs correspondans du côté sain ; au lieu des résultats négatifs constatés dans le premier cas, on obtient toujours les contractions les plus manifestes. J'ai voulu savoir si les produits seraient différens, en agissant sur des nerfs seulement musculaires, comme l'hypoglosse et le facial ; ou sur des nerfs destinés à la fois aux muscles et aux tégumens, comme le sciatique. Les résultats ont été identiques sur quatorze chiens et deux lapins.

Nos expériences ont été variées de la manière suivante : ainsi, tantôt sur un chien, la résection du sciatique étant pratiquée, nous soumettions aussitôt son extrémité libre, pendant trente minutes ou pendant une heure, à des décharges électriques fréquentes, d'où les secousses convulsives de tout le membre ; tantôt sur un autre chien, cette extrémité n'était soumise à aucune espèce d'irritation électrique ou autre. Chose remarquable, la durée de l'excitabilité a toujours été la même dans les deux cas ; seulement, chez le premier chien, les contractions du membre étaient, à chaque épreuve, beaucoup moindres que chez le second : du reste, encore dans ces deux cas, celles-ci décroissaient progressivement, depuis le moment de la résection jusqu'à celui où elles disparurent d'une manière complète. Mais dans l'expérience préalable avec le galvanisme, une portion de la force motrice semble donc avoir été éliminée : tandis que l'autre portion, persistant toujours pendant un temps déterminé, paraît avoir été refoulée dans les dernières ramifications nerveuses, d'où n'a pu l'expulser l'agent galvanique. Cette force motrice, en quelque sorte à l'état latent, peut encore néanmoins se manifester par des contractions, quand, avant le quatrième jour, on galvanise les ramuscules nerveux : après ce laps de temps elle a spontanément disparu d'une manière complète.

Ces expériences démontrent donc qu'avec Reil, Prochaska, Legallois, etc., on ne saurait admettre qu'un principe, analogue à celui qui émane de l'axe cérébro-spinal, soit sécrété dans toute l'étendue des cordons nerveux, qui, au contraire, doivent communiquer nécessairement avec cet axe pour demeurer excitables : elles prouvent encore que ce n'est point, comme on l'a avancé, après avoir soustrait à l'influence des parties centrales pendant plusieurs mois, mais seulement pendant trois jours révolus, qu'un nerf moteur perd tout à fait son excitabilié.

B. *L'irritabilité musculaire disparaît-elle ou non avec l'excitabilité des nerfs de mouvement ?*

Cette question et celle que nous venons de traiter sont tellement connexes que, dans leur étude, il est difficile de les séparer. d'ailleurs, chacun concevra que sa solution serait demeurée impossible, sans la distinction physiologique, définitivement établie dans notre siècle, entre les divers cordons nerveux. Il me fallut donc faire choix d'un nerf exclusivement moteur, dont l'isolement fût facile, et la septième paire dut se présenter naturellement à mon esprit.

Sur deux chiens d'une assez forte taille, je mis à nu les trois branches du facial et les réséquai, dans une longueur assez considérable pour ne pas craindre le rétablissement des fonctions de ce nerf. Comme mes recherches antérieures, sur plusieurs animaux de la même espèce m'avaient appris que l'excitation immédiate de ses bouts libres ne donnait plus lieu à la moindre contraction des muscles de la face, dès le quatrième jour, tandis que, immédiatement stimulés, ces muscles se contractaient encore, je résolus de laisser un laps de temps considérable entre cette dernière époque et le moment où, de nouveau, j'agirais avec des stimulans directement appliqués à la fibre musculaire.

Un nerf moteur (facial) ayant été réséqué, les dernières ramifications de ses bouts libres sont galvanisées le quatrième jour, sans susciter, avons-nous dit, le moindre frémissement de la fibre musculaire, et néanmoins, au bout de douze semaines, celle-ci se contracte encore fortement sous l'influence du moindre stimulus qui lui est immédiatement appliqué. Il est de la plus haute importance de faire savoir que le facial n'avait point recouvré ses fonctions ; en effet, ni le clignement d'un côté, ni les mouvemens de l'aile du nez, de la joue et de la lèvre correspondantes n'avaient reparu, chez nos deux chiens, depuis le moment de l'opération. Ainsi pendant près de trois mois, aucun influx nerveux moteur n'avait été transmis aux muscles faciaux, qui, néanmoins, avec leur irritabilité, avaient conservé leur coloration normale : ce dernier fait ne permettait-il pas de supposer que bien long-temps encore ces muscles seraient demeurés irritables ?

Puisque si long-temps après l'extinction de toute force nerveuse motrice, la fibre charnue révèle encore son irritabilité, sous une influence même purement mécanique, la décharge d'un agent impondérable, partant des nerfs de mouvement, n'est donc point nécessaire à la manifestation de cette propriété, et le stimulus spécial, transmis par les nerfs de cette classe aux organes musculaires, n'est donc qu'une des nombreuses causes excitatrices de leur irritabilité.

Le fait que nos expériences viennent d'établir, est confirmé par de nombreuses observations de paralysie bornée, chez l'homme, aux fonctions locomotrices. En effet, n'est-il pas commun, dans les hémiplégies faciales, par exemple, de voir les mouvemens volontaires reparaître, au bout d'un laps de temps considérable ? D'après ce qui précède, nous sommes autorisés à affirmer que, dans tous ces cas, la nutrition et l'irritabilité étaient restés à l'état presque normal dans les muscles qui n'étaient, pour ainsi parler, que dans l'attente de l'abord nouveau de la force motrice, pour recouvrer leur activité première et obéir de rechef aux ordres de la volonté.

Mais de ce que nous avons reconnu que l'irritabilité musculaire se manifeste sans le secours des nerfs moteurs, s'en suit-il qu'il faille conclure d'une manière absolue, qu'elle est indépendante de l'action nerveuse en général ? Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de résoudre d'abord la suivante :

C. *Les nerfs sensitifs influencent-ils l'irritabilité musculaire ?*

Je dirai quels effets ont suivi la résection des nerfs mixtes, quels résultats j'ai obtenus après celle des nerfs exclusivement sensitifs. Sur un chien résèque-t-on le nerf sciatique, on constate (sans mentionner la paralysie consécutive de la sensibilité et des mouvemens volontaires), qu'au bout de quinze jours, la fibre charnue se contracte encore vivement sous l'action d'un stimulus immédiat ; qu'après un mois, son aptitude à la contraction est encore sensible quoique bien moindre, et qu'enfin, vers la septième semaine, elle est à peine appréciable : mais à dater de cette époque les muscles, déjà décolllés, semblent éprouver une sorte de dégénérescence et bientôt ils cessent peu à peu de se contracter, même avec les stimulans immédiats les plus forts.

Sur d'autres chiens, ayant d'abord excisé, du nerf sous-orbitaire, une longueur assez grande pour empêcher tout contact ultérieur des deux bouts, j'ai réséqué le buccal au devant du masséter et l'anastomose au devant de l'oreille, du nerf auriculotemporal avec la branche moyenne de la septième paire ; en agissant de la sorte, je me suis proposé de supprimer l'action de tous les filets du trifacial qui, d'un côté, pénètrent les muscles des narines et de la lèvre supérieure. Six semaines après l'opération, ceux-ci furent trouvés décolorés et pourtant irritables, mais à un degré beaucoup moins marqué que ceux du côté sain : du reste, les poils des lèvres supérieures (côté malade) tombèrent, et celle-ci conserva un léger empâtement dû évidemment à un trouble de nutrition.

Si maintenant nous considérons que six semaines après la suppression des nerfs de sentiment, l'irritabilité musculaire est notablement diminuée, tandis que trois mois après la suppression des nerfs de mouvement, elle demeure intacte, il nous semblera rationnel de conclure que cette propriété, indépendante de ceux-ci, paraît subordonnée à ceux-là, dans certaines limites qui seront tracées plus loin, quand nous expliquerons le mode d'influence que les nerfs sensitifs exercent sur l'irritabilité.

D. *L'irritabilité persiste-t-elle dans les muscles paralysés des mouvemens volontaires ?*

Tous les pathologistes qui ont discuté la question de savoir si les muscles paralysés des membres et autres parties conservent ou non leur irritabilité, ont évidemment négligé la distinction nécessitée par ces expériences ; c'est-à-dire que, confondant tous les cas de paralysie, ils n'ont point, pour résoudre le problème, séparé les faits dans lesquels le mouvement volontaire seul était supprimé, de ceux dans lesquels le mouvement et la sensibilité étaient à la fois abolis. La plupart des auteurs ne prennent même pas le soin d'indiquer toujours combien de temps après l'attaque de paralysie ils ont eu l'occasion d'examiner l'état de la fibre musculaire. Prochaska, Nysten, Legallois, Brodie, Wilson, etc., avancent que l'irritabilité continue d'exister dans les muscles qui ne se contractent plus volontairement, tandis que le professeur Muller et Sticker affirment le contraire.

Nos recherches démontrent que l'irritabilité, assez promptement diminuée par la suppression des nerfs sensitifs, persiste malgré celle des nerfs moteurs, nous rapportons les dissidences d'opinions : 1° aux différences d'époques auxquelles on a directement expérimenté sur la fibre musculaire ; 2° au défaut de distinction entre les cas où le mouvement seul avait disparu, et ceux qui offraient l'abolition simultanée du mouvement et de la sensibilité.

De ce que, disions-nous plus haut, nous avons reconnu que l'irritabilité musculaire se manifeste sans le concours de nerfs moteurs, s'en suit-il qu'il faille conclure d'une manière absolue qu'elle est indépendante de l'action nerveuse en général ? Une semblable conclusion ne serait point rigoureuse, puisque déjà seulement un mois et demi après la suppression des nerfs de sentiment, l'irritabilité a subi une notable diminution. Mais peut-on expliquer leur mode d'influence sur cette propriété ? On sait que les artérioles, en général, sont enlacées par des ramuscules nerveux, d'autant plus considérables proportionnellement qu'elles sont plus petites, et cette disposition a sans doute une grande influence physiologique. En effet, à l'extrémité capillaire des vaisseaux l'influence nerveuse est incontestablement nécessaire ; là tendent à se confondre et le sang et les tissus auxquels ce sang se distribue ; au point de contact il y a fusion de nature, il n'est plus de limite entre le fluide organisateur et ses produits ; là donc enfin une nutrition, des sécrétions s'opèrent et des phénomènes aussi importans ne sauraient se produire complètement sans l'influence nerveuse. Or, il semble que ce sont des filets nerveux sensitifs qui accompagnent ainsi les artérioles ; on comprend donc qu'en supprimant ces filets, pour ne parler ici que de l'appareil musculaire, on occasionne une lésion de nutrition dont les effets se prononcent peu à peu, s'annoncent par la décoloration de la fibrine charnue qui, avec le temps, perdant ses caractères organiques, finit par perdre aussi sa propriété essentielle, l'irritabilité. Si, pour la conserver il faut encore, comme plus bas l'expérience va le démontrer, que le muscle participe à la circulation, cela revient à dire qu'il demeure irritable, à la condition d'être vivant, ce qui ne doit ni surprendre ni empêcher de voir dans l'irritabilité une force inhérente à la fibre musculaire pénétrée de la vie.

Si une réaction nerveuse sur le système capillaire artériel et veineux est indispensable pour vivifier l'appareil musculaire, comme tous les autres, cette réaction est-elle réellement confiée, comme nous venons de le supposer, aux ramifications terminales des nerfs de sentiment, ou bien à une classe spéciale de nerfs décrits dans ces derniers temps sous le nom de fibres grises ou organiques ?

E. *Les expériences peuvent-elles démontrer que les fibres nerveuses grises ou organiques concourent à l'entretien de l'irritabilité musculaire ?*

Cette question reste sans solution satisfaisante : néanmoins, puisque les observations microscopiques et surtout pathologiques motivent leur adminission et leur participation aux actes nutritifs, il serait possible qu'avec le concours de sang artériel, entretenant aussi la nutrition et la vie dans les muscles, ils y entretinssent l'irritabilité, à l'exclusion des nerfs moteurs et sensitifs.

F. *Quelle est la durée de l'irritabilité* a. *dans les muscles qui ne reçoivent plus de sang artériel,* b. *dans ceux dont la circulation veineuse est brusquement interrompue ?*

a. Si, par la ligature d'une artère de médiocre calibre, il est impossible de suspendre à l'instant même, et par conséquent ultérieurement, le cours du sang artériel dans des muscles déterminés, attendu que la circulation continue dans les capillaires à l'aide de nombreuses anastomoses ; il n'en est pas de même quand on applique la ligature sur un tronc aussi volumineux que celui de l'aorte abdominale. Quoique pourtant, même après cette opération, la circulation puisse se rétablir dans les membres abdominaux, un certain laps de temps sera nécessaire à la dilatation graduelle des voies collatérales que le sang devra parcourir (mammaires internes, épigastriques, iléo-lombaires, lombaires, intercostales, etc.), et ce laps de temps suffira pour étudier la manière d'être d'un muscle dans lequel il n'y a plus de circulation artérielle ; aussi allons-nous voir que, dans ce but, de nombreux expérimentateurs ont lié, sur les animaux vivans l'aorte ventrale. Mais il m'importe de faire observer que tous ayant reconnu dans leurs expériences la paralysie des mouvemens volontaires du train postérieur, ils ne se sont nullement occupés Haller lui-même) de l'irritabilité, qui peut néanmoins, comme nous l'avons vu, persister dans des muscles devenus tout a fait sourds aux ordres de la volonté.

Sur cinq chiens, j'ai lié l'aorte abdominale : à peu près au bout d'un quart d'heure, les membres abdominaux ont été complètement paralysés du mouvement volontaire, tandis que l'irritabilité a persisté deux heures un quart (durée moyenne) dans les muscles de la jambe. Plusieurs particularités de ces expériences méritent d'être mentionnées, parce qu'elles expliquent les légères différences dans les produits : ainsi, chez les trois premiers chiens, la ligature de l'aorte seule fut faite au dessous de la mésentérique inférieure ; chez le quatrième, entre les deux mésentériques ; et enfin, sur le cinquième, la ligature avait embrassé l'aorte et la veine cave, immédiatement au-dessus de leur bifurcation. Dans les trois premiers cas, deux heures après l'opération, les muscles de la jambe perdirent complètement leur irritabilité ; dans le quatrième celle-ci nous parut s'y maintenir, à la vérité, d'une manière peu sensible, et dans le cinquième cas les mêmes muscles restèrent irritables pendant plus de deux heures et demie.

C'est avec intention que nous avons appliqué les stimulans immédiats, non aux muscles de la fesse ou même de la cuisse, mais à ceux de la jambe. En effet, les muscles des premières parties conservent

presque constamment une aptitude légère à la contraction ; la surface de leur incision offre une teinte encore assez rouge et quelques gouttelettes de sang artériel qui continue de s'écouler en nappe; tandis que les muscles non irritables de la jambe, quoiqu'incisés, ne donnent point lieu à un semblable écoulement, et, au contraire, présentent une notable décoloration. D'où provient cette différence? Assurément de ce qce les premiers reçoivent encore dans leur épaisseur les ramifications terminales de quelques artères intercostales inférieures et surtout lombaires. Il nous fallait donc signaler cette particularité, d'ailleurs suffisante pour donner lieu plus tard à d'apparentes contradictions.

Quant à la quatrième expérience, dans laquelle même les muscles de la jambe ont paru demeurer légèrement irritables, je ferai observer que j'avais ici, en appliquant la ligature entre les deux artères mésentériques, laissé une voie de plus que dans les autres expériences, au rétablissement de la circulation dans les membres postérieurs : les larges anastomoses qui font communiquer la colique droite supérieure, division de la mésentérique supérieure, avec la colique gauche supérieure, division de la mésentérique gauche inférieure, ont dû, en effet, ramener par cette dernière un peu de sang dans l'aorte, au-dessous de la ligature, ce qui explique comment ce peu de sang artériel ayant continué de circuler dans les muscles des membres abdominaux, quelques traces d'irritabilité ont pu s'y conserver.

Afin de reconnaître l'état de l'irritabilité dans les muscles privés de circulation artérielle, j'ai fait le plus souvent usage des simples irritans mécaniques (pointe d'un scalpel, etc.), et ce n'est que quand ces moyens n'ont plus produit aucune réaction dans la fibre musculaire, que j'ai eu recours au galvanisme qui, lui étant appliqué d'une manière immédiate, assez souvent ne l'a pas plus long-temps fait osciller que les irritans ordinaires.

Dans toutes ces expériences, la sensibilité des tégumens qui recouvrent les membres abdominaux a été diminuée, mais jamais abolie : le pincement du nerf sciatique et de ses branches nous a paru à peu près aussi douloureux que dans l'état normal.

Mais voyant la fibre musculaire ne pas répondre aux excitations immédiates, nous avons voulu savoir si, en galvanisant le nerf sciatique, des contractions auraient lieu, et jamais le galvanisme appliqué, même à ses ramuscules, ne détermina le moindre frémissement musculaire. Cependant ce nerf transmettait encore les impressions; de plus, il communiquait encore avec l'axe cérébro-spinal, et conséquemment il devait être chargé de force nerveuse motrice, qui seulement ne se révélait plus par des contractions parce qu'elle s'exerçait sur des muscles privés de la vie. En implantant, à l'exemple de Beraudi, une aiguille dans le nerf sciatique, je ne l'ai pas vue, à la vérité, devenir magnétique et attirer la limaille de fer porphyrisée; mais comme dans les conditions ordinaires, ce phénomène ne s'est pas mieux produit sous mes yeux que dans cette occasion, il s'ensuit que ces résultats négatifs n'infirment ni ma manière de voir relativement à l'activité persistante du sciatique, ni l'explication que j'ai émise sur la cause de l'immobilité des muscles, nonobstant cette activité.

L'expérience dans laquelle j'ai vainement galvanisé le sciatique, vient donc confirmer celles que j'ai faites pour démontrer que l'irritabilité des muscles est indépendante de la force nerveuse motrice, puisque, sans elle, nous avons vu l'irritabilité persister, et que malgré l'application de cette force à la fibre musculaire, celle-ci a pu cesser d'être irritable. Le sang artériel est donc, au contraire, indispensable à l'entretien de l'irritabilité musculaire ; de plus, comme nous l'avons établi ailleurs, il faut le concours de certains nerfs sensitifs ou organiques.

Mais qu'on veuille bien remarquer que ces deux conditions ne sont pas nécessaires, parce qu'elles donnent ou communiquent au muscle une force qui au contraire lui est inhérente, mais bien seulement parce qu'elles entretiennent la nutrition sans laquelle toute propriété vitale doit disparaître dans un organe quelconque.

Délie-t-on l'aorte après trois ou quatre heures, l'irritabilité se rétablit la première en peu de minutes, et les mouvemens volontaires renaissent ensuite au bout d'un temps plus long ; on a vu qu'au contraire, après la ligature du tronc aortique, les mouvemens volontaires disparaissaient les premiers, tandis que l'irritabilité persistait encore long-temps après eux.

La suppression de la circulation veineuse exerce-t elle une fâcheuse influence sur l'irritabilité de la fibre charnue? Chez des chiens qui ont survécu vingt-six heures à la ligature de la veine cave inférieure, immédiatement au-dessus de sa bifurcation, les muscles des extrémités postérieures (même ceux de la jambe) sont demeurés jusqu'à la mort presqu'aussi irritables que ceux des autres parties du corps ; quant aux mouvemens volontaires de ces extrémités, ils étaient à peine gênés par un œdème commençant ; la sensibilité y était conservée, et le nerf sciatique galvanisé provoquait des contractions énergiques.

Ce qui suit est le résumé de ce que je crois avoir expérimentalement établi dans le présent mémoire:

1° Séparé de l'axe cérébro-spinal, un nerf moteur perd dès le quatrième jour toute excitabilité; alors, applique-t-on aux bouts libres de ce nerf ou de ses divisions, les irritans mécaniques, chimiques ou galvaniques, la fibre musculaire demeure immobile.

2° Au contraire, un muscle dont le nerf moteur n'est plus excitable, même depuis plus de douze semaines, oscille d'une manière très apparente quand on lui applique un stimulant immédiat quelconque.

3° Puisque, si long-temps après l'extinction de toute force nerveuse motrice, la fibre charnue manifeste encore son irritabilité, sous une influence même purement mécanique, la décharge d'un agent impondérable partant des nerfs de mouvement, n'est donc point nécessaire à la manifestation de cette propriété et le stimulus spécial, transmis par les nerfs de cette classe aux organes musculaires, n'est donc qu'une des nombreuses causes excitatrices de leur irritabilité.

4° Il n'est pas besoin, comme on l'a avancé, qu'une excitation immédiate des muscles, propre à les faire contracter, agisse d'abord sur les nerfs, et la contraction n'est point la conséquence de cette action primitive.

5° Parce que l'irritabilité musculaire persiste sans le concours des nerfs moteurs, il n'est pas à dire qu'une réaction nerveuse d'un autre ordre ne soit point nécessaire à son entretien : nous avons démontré et expliqué le mode d'influence des nerfs sensitifs (ou peut-être des nerfs organiques) sur la conservation de l'irritabilité.

6° Si, parmi les pathologistes, les uns avancent que l'irritabilité persiste dans les muscles paralysés du mouvement volontaire, tandis que les autres soutiennent l'opinion opposee ; en prouvant que l'irritabilité, assez promptement diminuée ou abolie par la suppression des nerfs sensitifs, se conserve malgré celle des nerfs moteurs, nos recherches démontrent que ces contradictions tiennent : *A.* aux différences d'époques auxquelles on a directement agi sur la fibre musculaire paralysée ; *B.* à ce qu'on n'a point distingué les cas où le mouvement volontaire seul était supprimé, de ceux où le mouvement et la sensibilité étaient à la fois anéantis.

7° Les ligatures que nous avons pratiquées sur l'aorte abdominale des animaux, nous ont fait connaître que dans les muscles qui ne reçoivent plus de sang artériel les mouvemens volontaires n'existent plus au bout d'un quart d'heure, tandis que l'irritabilité subsiste en général au moins pendant deux heures ; que si de nouveau on permet l'abord du sang artériel, l'irritabilité reparaît en peu de minutes, et le mouvement volontaire se rétablit plus tard.

8° Chez les chiens, vingt-six heures après la ligature de la veine cave inférieure, immédiatement au-dessus de sa bifurcation, l'irritabilité des muscles des membres abdominaux n'est pas sensiblement..... modifiée, et leurs mouvemens volontaires n'ont subi qu'une médiocre diminution.

Conclusions générales. — L'irritabilité est une force inhérente aux muscles vivans; si, quoique assurément indépendante des nerfs moteurs, l'irritabilité musculaire réclame pour son entretien le concours d'un autre ordre de nerfs (sensitifs ou organiques) et celui du sang artériel, nous espérons avoir démontré que ces deux conditions sont nécessaires, non pour donner ou communiquer aux muscles la force ou la propriété dont il s'agit, mais seulement pour y entretenir la nutrition, sans laquelle toute propriété vitale disparaît dans un organe quelconque.

Commissaires : MM. Flourens, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et Breschet.

— A cinq heures et un quart, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur la préparation des infusions pour l'usage de la thérapeutique.

D'après M. Jacob Bell, l'écorce d'orange, mise en infusion pendant un quart d'heure, fournit un liquide limpide et d'une couleur agréable ; mais, si le contact du liquide avec la substance végétale est prolongé pendant quelques heures, le produit est trouble, d'un goût nauséeux et facilement altérable si on cherche à le conserver. Les infusés de rhubarbe et de colombo présentent des phénomènes semblables. De plus, la rhubarbe et le séné, traités par l'eau froide, donnent des produits plus abondans et plus actifs que lorsqu'on les traite par l'eau chaude.

M. Alsop a montré que le mode opératoire suivi ordinairement pour procéder à l'infusion éloigne du but qu'on veut atteindre dans cette opération. Lorsque les substances sont déposées dans le fond du vase à infuser, l'eau qui les recouvre forme, au point de contact, un soluté saturé qui constitue une sorte de barrière entre les couches inférieures et supérieures, de manière que l'extraction des principes solubles ne se fait que très imparfaitement. M. Alsop propose donc de se servir, pour cette opération, d'un vase muni, à sa partie supérieure, d'un diaphragme destiné à supporter les substances ; en versant ensuite l'eau bouillante en quantité suffisante pour recouvrir ces dernières, il arrive bientôt que la portion de liquide qui est en contact avec elles se trouve saturée, et dès lors sa pesanteur spécifique étant augmentée, elle gagne le fond du vase, et est remplacée par une autre portion moins chargée et conséquemment plus apte à extraire une nouvelle proportion de principes solubles. Quant à la faible et prompte altération des infusés, M. Alsop conseille, pour les en préserver, de recourir au procédé suivant : Après avoir prolongé le contact des substances et du liquide pendant le temps convenable, on passe l'infusé tandis qu'il est encore chaud, on l'introduit aussitôt dans des bouteilles que l'on emplit entièrement, et on les bouche ensuite avec un bouchon très souple et assez fort pour en obturer le col bien exactement, en déplaçant un volume de liquide égal au sien. A mesure que l'infusé se refroidit, il éprouve une contraction, ses molécules se rapprochent les unes des autres, et il en résulte entre sa couche supérieure et le bouchon un espace vide d'autant plus considérable que la température de l'infusé était plus élevée au moment de son introduction dans la bouteille. Ainsi disposés, les infusés peuvent être conservés sans aucune altération pendant des mois entiers, et l'adoption de ce procédé, qui en réalité rentre dans le mode conservatoire d'Appert, pourrait sauver aux pharmaciens une certaine quantité de pertes, et épargner aux malades de longs et fréquens retards dans l'exécution des ordonnances de leurs médecins.

(*Pharm. Trans* et *Amer. Journ. of pharm.*)

Nouveau mode de conservation des cantharides.

Les cantharides jouent dans la thérapeutique un rôle tellement important qu'on ne peut prendre trop de précautions pour assurer leur conservation sans aucune déperdition de leurs propriétés.

Parmi les moyens conseillés jusqu'ici pour préserver les cantharides de l'atteinte des mites et de quelques petits insectes qui les détruisent dans les magasins des droguistes et dans les officines, figurent en première ligne le camphre, le soufre, le vinaigre, l'huile volatile de lavande, et enfin le procédé d'Appert.

M. Stanisles Martin, l'un des pharmaciens distingués de Paris, a essayé de conserver les cantharides par ces divers moyens ; quelques-uns d'entre eux lui ont paru complètement inutiles ; les autres n'ont qu'imparfaitement rempli son attente. Il a pensé alors à expérimenter avec l'éther sulfurique, dont il avait obtenu déjà d'excellens résultats pour la conservation de l'ergot de seigle, et il en a obtenu un plein succès. Voici la formule qu'il conseille de suivre :

Cantharides entières ou en poudre,	500 grammes.
Ether sulfurique rectifié,	100 grammes.

Mêlez et introduisez dans des flacons bouchés à l'émeri.

Des catharides ainsi préparées sont restées trois ans sans aucune altération. L'éther, dans cette circonstance, ne leur enlève ni ne leur ajoute aucune propriété. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 1831.)

Nous avons reçu de M. Leroy d'Etiolles une réponse à la lettre de M. Civiale, que nous publierons dans le prochain numéro.

Nous rappelons l'attention de nos confrères sur les vésicatoires agglutinatifs d'Albespeyres. Ils adhèrent à la peau comme le sparadrap, et produisent la vésicule en quelques heures sans causer la moindre irritation.

C'est une des rares améliorations dont le médecin doit prendre note. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet que le Papier épispastique d'Albespeyres est la meilleure préparation pour entretenir abondamment et sans odeur ni douleur la sécrétion des vésicatoires.

Une des découvertes pharmaceutiques les plus précieuses et dont nous devons constater le succès, est celle de l'*Eau de Mars*, d'une efficacité d'autant plus remarquable contre les maux de dents, qu'elle diffère des odontalgiques connus par sa composition entièrement dégagée de substances corrosives. Elle est d'un goût agréable, d'un emploi facile, et procure une guérison instantanée sans produire de suites fâcheuses, telles que l'inflammation des gencives et la détérioration des dents saines.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BETHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

MARDI 14 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 149, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

Tumeur du volume d'un œuf d'autruche et du poids de 440 grammes (14 onces), développée dans la paroi antérieure de l'utérus, et extirpée avec succès par M. Amussat. — Hotel-Dieu (M. Blandin). Plaie du bras; phlegmon diffus; résorption purulente. Luxation de l'épaule (sous-coracoïdienne). Luxation de la cuisse (iliaque); réduction très rapide. Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Considérations sur le traitement des fractures en général, et sur celles de l'extrémité inférieure du radius en particulier. Traitement des fractures de la clavicule. — Académie de Médecine, séance annuelle du 11 décembre; prix décernés et proposés. — Académie des Sciences, séance du 13 décembre. — Société de Médecine pratique, séance du 4 novembre. — Revue thérapeutique Sur la préparation de quelques composés emplastiques. Nouveau mode d'administration du poivre cubèbe dans l'urétrite et dans la vaginite. Emplâtre d'ichthyocolle. — Lettre de M. Chervin. — Lettre de M. Leroy d'Etiolles.

Tumeur du volume d'un œuf d'autruche et du poids de 440 grammes (14 onces), développée dans la paroi antérieure de l'utérus, et extirpée avec succès par M. Amussat. (Résumé ou extrait de l'observation rédigée par M. le Dr Filhos.)

Madame G..., âgée de cinquante ans, s'est mariée à vingt-un ans; elle a eu quatre enfans et deux fausses couches; la dernière il y a dix ans environ. Jusqu'en 1838 sa santé a été bonne, et la menstruation a été régulière. Vers cette époque, des pertes de sang commencèrent à apparaître. Peu abondantes d'abord, ces métrorrhagies, parfois effrayantes, et reparaissant fréquemment, finirent par affaiblir beaucoup la malade. Différens moyens furent conseillés, mais sans résultat avantageux. Enfin M. le docteur Schuster fut consulté. Ce médecin, aussi modeste que distingué, reconnut, avec M. L. Boyer, chez lequel il amena la malade, une tumeur développée dans les parois de l'utérus. Ce diagnostic, confirmé par l'examen auquel se livrèrent successivement MM. Amussat, Récamier, Troussel, Filhos, etc., était basé sur les données suivantes fournies par le toucher.

Le col de l'utérus, saillant et arrondi, avait 12 ou 15 lignes de diamètre dans tous les sens; il présentait une surface inégale et une consistance assez ferme. Au-devant de la lèvre postérieure, allongée et amincie, était l'ouverture utérine marquée par un sillon transversal. Le doigt y fut introduit avec facilité; mais il ne put pénétrer au-delà de 12 à 15 lignes. Cette lèvre, restée libre, contournait en forme de croissant la lèvre antérieure fortement engorgée. Il n'y avait pas de communication appréciable entre la cavité du col et celle de l'utérus; on rencontrait partout une exacte continuité de tissus entre l'extrémité supérieure de la lèvre postérieure et la partie correspondante de l'engorgement de la lèvre antérieure. La cavité de la matrice était donc complètement effacée. Ajoutons que le volume de la lèvre antérieure augmentait graduellement en se rapprochant de l'extrémité utérine du col de la matrice.

L'emploi du spéculum servit peu à éclairer le diagnostic. Le col de l'utérus parut engorgé; il était lisse et d'un rouge violacé. Au-devant de la lèvre postérieure, allongée transversalement et amincie, on voyait un sillon transversal ou l'ouverture du col déjà reconnue avec le doigt.

Par le rectum, on reconnaissait que l'utérus était plus volumineux que dans l'état normal. Il s'étendait du milieu de l'excavation du petit bassin, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Il était mobile, arrondi, sans inégalités ni bosselures, d'une consistance uniforme, non douloureux, dans aucun point, à la pression du doigt. Enfin on pouvait juger que cet organe occupait presque entièrement l'excavation du petit bassin.

D'après ces signes et les antécédens de la maladie, tous les consultans furent convaincus qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse placée dans la paroi antérieure de la matrice, et que cette tumeur, en se développant du fond de l'utérus vers son orifice, avait fini par effacer entièrement sa cavité et même par comprendre la lèvre antérieure du col de l'organe dans son mouvement de dédoublement des parois utérines.

Il résulta clairement de ce diagnostic, basé sur l'examen attentif qui avait été fait à plusieurs reprises et successivement par différens médecins, que l'on ne devait rien attendre des seuls efforts de la nature, et que la chirurgie seule pouvait débarrasser l'utérus du corps qu'il renfermait.

Le 29 septembre 1841, l'opération fut pratiquée par M. Amussat, en présence de MM. Troussel, Schuster, L. Boyer, Filhos, Thibault, Corne, Levaillant; M. Récamier, dont les précieux travaux sur les maladies de l'utérus ont rendu de si grands services à la chirurgie, s'empressa de venir prêter à M. Amussat, le concours de ses lumières pour assurer le succès de l'œuvre difficile qu'il allait entreprendre.

La malade fut placée sur une commode approchée d'une fenêtre et maintenue convenablement par des aides. M. Amussat introduisit le doigt indicateur de la main droite dans le vagin et jusque dans la cavité du col de la matrice. Puis, cherchant à se frayer une route en haut et en arrière, il déchira avec son doigt la partie supérieure de la paroi interne du col, afin de mettre à découvert une portion de la tumeur, et de pouvoir appliquer sur elle les moyens de traction nécessaires pour l'enlever en totalité. Ce premier temps achevé, le doigt indicateur fut porté de nouveau sur la tumeur et dans la solution de continuité qu'il venait de produire.

Puis, à droite et à gauche, M. Amussat chercha à détacher et à isoler complètement la portion antérieure de la tumeur. Après quelques efforts modérés il parvint avec le doigt à dédoubler entièrement la lèvre antérieure du col de l'utérus.

Alors des pinces de Museux furent appliquées sur la portion apparente de la tumeur et servirent à faire exercer des tractions en différens sens, par un aide, pendant que l'opérateur détruisait avec son doigt, porté aussi haut que possible, les adhérences solides et nombreuses qui unissaient la tumeur aux parois de l'utérus. A l'aide de ces mouvemens, la tumeur s'isolait de plus en plus; sa face postérieure, ses côtés et sa face antérieure furent successivement parcourus avec le doigt, et, dans cette marche de circumduction de l'indicateur, quelquefois armé d'un dez surmonté d'un ongle tranchant lorsque la résistance opposée par les adhérences était trop grande, dans cette véritable énucléation il ne se montra rien de particulier.

La tumeur ainsi décollée des parois de la matrice dans presque toute son étendue, des tentatives d'extraction furent faites et pour les rendre plus efficaces et avoir un point d'appui plus fort sur la tumeur, une troisième pince fut appliquée à côté des deux premières, puis des pinces beaucoup plus fortes, articulées en forceps furent placées isolément sur des points opposés de la tumeur. Mais les tractions exercées à l'aide de tous ces moyens, ainsi que l'énucléation avec les doigts portés dans la cavité de l'utérus, et qui servaient en même temps à surveiller l'action des pinces, ne faisaient pas avancer beaucoup la tumeur, parce que, d'une part, les pinces déchiraient les points sur lesquels elles étaient placées, et se détachaient; et que, d'autre part, en raison du volume considérable du corps étranger, le col de l'utérus était trop étroit, et opposait un obstacle insurmontable à sa sortie de l'utérus. Un nouveau débridement pratiqué fut encore sans résultat; la tumeur résista et les pinces s'échappèrent en déchirant son tissu. Toutefois, les manœuvres employées jusqu'alors, c'est-à-dire l'isolement de la tumeur, les débridemens multiples du col de l'utérus et sa dilatation par les tractions réitérées qui avaient été faites, n'avaient pas été sans avantage. L'ouverture utérine était largement ouverte, et la tumeur présentait à la vue une plus grande surface.

Au milieu des difficultés qui se présentaient, que fallait-il faire? Inciser encore le col de l'utérus? mais il était à craindre d'arriver jusque dans le cul-de-sac du péritoine, et de blesser les artères utérines. Inciser la tumeur et l'extraire en morceaux comme l'un des assistans le proposait? Mais ce moyen est dangereux, et son emploi a été, dans un cas connu de M. Amussat, suivi d'un résultat funeste; il fut donc aussitôt rejeté.

Se souvenant alors du procédé qu'il avait suivi dans un cas analogue, publié par M. Troussel dans la *Revue médicale* du mois d'août 1840, procédé qui consiste à faire tourner la tumeur sur elle-même de haut en bas, en n'agissant que sur un point de son étendue, et sans exercer de grandes tractions directes; deux pinces de Museux furent fixées solidement sur un point apparent de la tumeur et aussitôt que par des tractions modérées exercées avec toutes les précautions possibles, en avant et en bas, la tumeur ne pouvait plus cheminer dans ce dernier sens, d'autres pinces étaient placées au dessus des premières sur les portions de la tumeur mises à découvert. En continuant d'agir ainsi, bientôt la masse ayant subi un mouvement de rotation, fut extraite en entier de l'utérus, et ce qui prouva qu'en effet la rotation avait été complète, c'est que la portion de la tumeur qui sortit la dernière était justement celle sur laquelle les tractions directes avaient été primitivement exercées.

Cette opération a été longue et douloureuse; mais la quantité de sang perdue a été fort peu considérable.

Examen de la tumeur. — Arrondie, du volume d'un œuf d'autruche, pesant 440 grammes (environ 14 onces), parfaitement régulière, nullement mamelonnée, de consistance fibreuse, un peu molle, aplatie de haut en bas, plus volumineuse en arrière et sur les côtés qu'à la partie antérieure, presque plane inférieurement, convexe dans le reste de son étendue, de couleur nacrée, parcourue sur toute sa surface par des sillons de 4 à 5 centimètres de largeur, parfaitement semblables à ceux qui, sur la table interne des os du crâne, logent les divisions de l'artère carotide interne.

La forme de cette tumeur, son volume, sa couleur, les sillons qui parcourent sa surface, lui donnent quelque ressemblance avec un cerveau d'enfant enlevé de la boîte osseuse.

La surface incisée ou déchirée de la tumeur présente un tissu homogène, dur, résistant, d'un blanc mat, sans aucune trace de vaisseaux et parfaitement semblable aux tissus fibreux de formation anormale.

Suites de l'opération. — Jusqu'au vingt-huitième jour, il n'y a pas eu le moindre accident. A cette époque, où l'on croyait toucher à la convalescence, il est survenu une phlébite du membre inférieur gauche. L'application de sangsues sur le trajet de la veine crurale, des frictions mercurielles, etc., ont fait promptement disparaître cet état inflammatoire dont le développement avait été si tardif. Aujourd'hui, 7 décembre, madame G... est complètement rétablie.

L'observation qui précède mérite de fixer l'attention des chirurgiens; elle prouve la puissance de l'art dans des cas où naguère on n'osait rien entreprendre pour arracher des victimes à une mort presque toujours inévitable. Mais pour éviter la perturbation profonde causée par une opération qui porte sur un organe tout entier, ne pourrait on pas, comme l'a déjà proposé M. Amussat lorsque les tumeurs fibreuses encore contenues dans les parois de l'utérus ne produisent pas d'accidens graves, imiter ceque les seuls efforts de la nature sont parvenus à produire quelquefois, c'est-à-dire inciser simplement la partie apparente de l'enveloppe de la tumeur ou la paroi de l'organe dans laquelle elle est contenue, afin de permettre aux contractions de l'utérus d'agir efficacement pour expulser le corps étranger devenu libre en partie. D'ailleurs, en supposant, ce qui est peu probable, que l'utérus ne se contractât pas assez pour chasser en totalité la tumeur, il resterait toujours la ressource de l'opération qui a été faite deux fois avec succès par M. Amussat.

Mais il est des cas, comme celui au sujet duquel je fais ces réflexions, qui ne permettent pas de temporiser, comme on peut le voir en lisant l'observation qui précède. Alors, que doit-on faire, que doit-on éviter? Ce qu'on doit faire, c'est de chercher à abréger le plus possible l'opération; et pour cela, le meilleur procédé est celui qui consiste à débrider, mais avec précaution le col de l'utérus, et à agir ensuite sur la portion de la tumeur devenue libre, au moyen de pinces de Museux qui servent à exercer des tractions en différens sens et surtout en bas, et qu'on applique successivement sur la tumeur de manière à lui faire subir un mouvement de rotation.

Ce procédé d'énucléation, applicable à d'autres productions morbides, mérite de fixer l'attention; il rend l'opération beaucoup plus prompte, et de plus il rend inutile des tractions fortes et directes, dont le moindre inconvénient est, pour l'utérus, d'exposer à produire un renversement complet de cet organe.

Que faut-il éviter? Si la tumeur était trop volumineuse pour être extraite en entier, il faudrait la diviser, et débarrasser sur-le-champ l'utérus, car autrement les portions qui resteraient, en rendant l'opération incomplète, seraient la cause d'hémorrhagies mortelles; et déjà nous connaissons un exemple d'un semblable accident.

En résumé, M. Amussat pense que si la tumeur était trop grosse, au lieu de la *débiter*, ce qui expose à en laisser une partie, il faudrait commencer par diviser son extrémité inférieure en deux portions, puis tirer sur une d'elles seulement afin d'amener l'autre portion.

Enfin, si une tumeur de l'espèce de celle dont il est ici question était ou osseuse ou trop volumineuse pour être extraite par le vagin, serait-il permis, d'après l'idée de M. Amussat, de pratiquer une espèce d'opération césarienne, ou, en d'autres termes, d'agir comme dans les cas de calculs vésicaux qu'on essaie d'abord d'extraire par le périnée, et qu'on est forcé, à cause de leur volume, d'aller chercher ensuite par l'hypogastre?

HOTEL-DIEU. — M. Blandin.

1° *Plaie du bras. — Phlegmon diffus. — Résorption purulente.*

Le 10 octobre a été admis dans la salle Saint-Jean, au n° 35, le nommé N..., marchand de chevaux. Cet homme venait réclamer des soins pour une plaie contuse siégeant dans la région de l'olécrâne. En examinant les parties, on remarqua que cet os, dénudé dans une partie de son étendue, était aussi le siége d'une fracture; mais l'état des parties molles fit qu'on ne songea pas à remédier au déplacement. Pendant les premiers jours, la santé du malade ne présenta rien de particulier à noter, mais bientôt apparurent tous les symptômes d'un phlegmon diffus qui avait envahi le membre: rien ne put enrayer sa marche, et le chirurgien fut contraint, pour donner issue à la suppuration, de pratiquer deux larges et profondes incisions, l'une à la partie interne, l'autre à la partie externe du bras. Ces deux ouvertures laissèrent échapper une quantité considérable de pus. Jusqu'alors, l'état du blessé s'était maintenu assez satisfaisant; mais deux ou trois jours après, celui-ci fut pris de frissons violens, cessant par intervalles pour reparaître d'abord à des époques régulières, et plus tard irrégulièrement. Lors de ces accès, le malade éprouvait des claquemens de dents et des frissonnemens analogues à ceux que les auteurs ont décrit comme annonçant infailliblement l'infection purulente. Nous eûmes aussitôt l'idée de pratiquer l'amputation du membre dans le cas où les accidens que nous venons de mentionner présenteraient quelque rémission; mais il n'en fut pas ainsi: l'abdomen devint ballonné, l'examen du thorax nous permit de constater l'existence d'un son mat dans une grande partie du côté droit; le malade

éprouvait des sueurs abondantes, et son état empira sensiblement. La mort mit fin à ces accidens le 30 novembre.

L'ouverture du corps permit de constater les lésions qui avaient été soupçonnées pendant la vie : les poumons contenaient un assez grand nombre de foyers purulens (abcès métastatiques), le foie n'en offrit pas de traces ; les fragmens de l'olécrâne et l'extrémité inférieure de l'humérus baignaient dans une grande quantité de pus fétide, et les veines principales de cette portion du membre renfermaient de petites collections purulentes.

2° Luxation de l'épaule (sous-coracoïdienne). — Luxation de la cuisse (iliaque). — Réduction très rapide.

Un homme de vingt-deux ans, robuste, à système musculaire développé, travaillant habituellement dans les carrières, fut admis à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre. Cet homme étant occupé à miner sous un bloc considérable, avait été atteint et renversé par un éboulement de terres ; le choc avait porté sur le côté gauche du corps. Lors de son arrivée dans la salle St-Jean, on peut constater les lésions suivantes.

Articulation scapulo-humérale du côté gauche. — La ligne représentée par l'axe du membre, au lieu de venir se rendre à la cavité glénoïde de l'omoplate se dirige vers le creux de l'aisselle sous la portion externe des muscles pectoraux. La saillie formée par l'apophyse acromion est beaucoup plus apparente qu'à l'état normal. Le moignon de l'épaule est plus rapproché de la ligne médiane du tronc que celui du côté opposé. Au dessous de l'apophyse coracoïde, en arrière des pectoraux, on sent manifestement une tumeur arrondie constituée par la tête de l'humérus déplacée. La convexité deltoïdienne est affaissée. La paroi pectorale de l'aisselle est allongée par suite du déplacement de ses points d'insertion. Le coude est dans l'abduction. Les mouvemens d'adduction imprimés à cette partie occasionnent de la douleur. La distance comprise entre le sommet de l'acromion et la tubérosité externe de l'humérus est plus considérable que sur le membre sain. Il y avait donc luxation de l'humérus en bas et en avant.

Articulation coxo-fémorale du côté gauche. — Ici on constate une lésion analogue à celle que nous venons de décrire pour l'épaule. La tête du fémur est portée dans la fosse iliaque externe, en arrière de la cavité cotyloïde, et exactement au même niveau que cette cavité. Le membre est fléchi sur le bassin et dans la rotation en dedans. Les mouvemens d'abduction sont impossibles. On sent au-dessous des muscles fessiers une tumeur formée par la tête du fémur. Le grand trochanter se trouve sur un plan plus antérieur qu'à l'état normal. Il n'y a pas de raccourcissement ni d'allongement du membre déplacé. Ce fait a été constaté en mesurant les deux membres entre l'épine iliaque antérieure et le bord supérieur de la rotule.

Le blessé fut transporté à l'amphithéâtre et couché sur le lit destiné aux opérations ; quelques aides maintinrent le bassin immobile, au moyen d'un drap ployé en cravatte. Le chirurgien saisit seul la cuisse déplacée à deux mains, et après quelques légers mouvemens de circumduction, porta le membre dans le sens de la flexion, en exagérant le plus possible cette position. Dès la seconde tentative, la tête du fémur rentra subitement dans la cavité cotyloïde. La manœuvre avait à peine duré une demi-minute.

Quelques efforts d'extension pratiqués sur le bras luxé par le chirurgien seul, réussirent également à replacer la tête de l'humérus dans sa position normale.

Pendant les jours qui suivirent, aucun accident ne se développa, et aujourd'hui le blessé est dans les conditions les plus satisfaisantes. Toutefois on ne lui permet pas encore de quitter le lit.

3° Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Considérations sur le traitement des fractures en général, et sur celles de l'extrémité inférieure du radius en particulier.

La malade couchée au n° 9 de la salle des femmes a fait une chûte sur la main ; au moment de cet accident elle a éprouvé une vive douleur dans la région du poignet. C'est avec intention que j'emploie cette dernière dénomination ; car la douleur ne se limite pas dans ces cas, à l'articulation radio-carpienne ; mais, au contraire, elle se dissémine dans la plupart des divisions articulaires qui entrent dans la composition du poignet. Lorsqu'elle fut relevée, la blessée remarqua une difformité assez considérable dans le point que nous venons d'indiquer. En effet, on constate que la main est fortement inclinée sur le bord radial de l'avant-bras ; la tête du cubitus est beaucoup plus saillante qu'à l'état normal ; en avant il existe une dépression au niveau du poignet et une saillie au-dessus. En arrière, au contraire, la saillie est formée par le poignet, et la dépression par la portion du membre placée au-dessus ; l'axe de la main, au lieu de se continuer avec celui de l'avant-bras, se projette en arrière, tandis que ce dernier paraît fortement déjeté vers la partie antérieure ; de la sorte la direction de la main et de l'avant-bras réunis reproduit pour ainsi dire la figure de la lettre Z. Le commémoratif, le déplacement latéral et le déplacement antéro-postérieur ne laissent aucun doute ; la malade est atteinte d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Dupuytren est le premier, dit M. Blandin, qui ait bien indiqué les caractères de cette fracture, que l'on confondait presque toujours, avant lui, avec les luxations du poignet. A ce propos on a fait dire à Dupuytren qu'il ne se produit jamais de luxations dans l'articulation radio-carpienne, et que ces dernières sont impossibles. Il y a dans cela une exagération manifeste ; car les mots *jamais* et *toujours* doivent être rejetés de la langue chirurgicale ; mais si les luxations de l'articulation radio-carpienne ne sont pas impossibles, elles sont au moins fort rares, et la plupart des faits classés autrefois dans cette catégorie étaient mal appréciés, et n'étaient que des cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius ; c'est là ce qu'a voulu dire et prouver Dupuytren, et ce qu'il a en effet démontré d'une manière péremptoire.

C'est parce qu'on a mal apprécié les caractères de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, que quelques praticiens ont opposé à cette manière de voir de prétendues luxations du poignet qui n'étaient que des fractures ; et c'est parce qu'on a exagéré les paroles de Dupuytren qu'on a fait tant de bruit de quelques exemples assez rares, mais bien constatés, de luxations radio-carpiennes ; car il faut noter que pour le plus grand nombre de ces lésions, la luxation avait été déterminée dans une chute d'un lieu fort élevé, et s'offrait avec des déchirures des muscles, des tendons ou des ligamens du poignet, et parfois même se compliquait d'écrasement d'un ou de plusieurs os. Faut-il répéter encore que ce n'est pas à des accidens de ce genre que Dupuytren voulait faire allusion.

Que faut-il faire pour traiter une fracture ordinaire de l'extrémité inférieure du radius ? Un grand nombre de chirurgiens se bornent à placer sur la partie inférieure de l'avant-bras l'appareil à attelles qu'ils emploient pour les fractures de la continuité du membre ; d'autres ont recours au bandage dextriné. Pour nous, dit M. Blandin, nous pensons qu'il y a là une double indication à saisir, c'est-à-dire qu'il faut porter remède et combattre le déplacement dans le sens latéral et antéro-postérieur ; il faut avoir recours, dans cette circonstance, aux mêmes moyens que ceux que l'on emploie pour les fractures du péroné. Dans ce but, nous avons l'habitude d'employer un appareil préparatoire composé comme il suit : Pour remédier au déplacement transversal, on applique sur le bord cubital de la main et de l'avant-bras une attelle coudée à concavité interne ; la main ramenée sur le bord cubital est fixée sur cette attelle. Quant au déplacement antéro-postérieur, on le combat au moyen de compresses graduées, lesquelles doivent porter seulement sur les saillies antérieures et postérieures ; par-dessus, on applique un bandage roulé solidement établi. Au bout de quelques jours, quand l'époque des accidens de réaction est écoulée, on remplace cet appareil par un bandage dextriné disposé d'après les mêmes principes. Cette manière d'agir pourra paraître singulière à quelques chirurgiens ; mais notre pratique nous a appris qu'il vaut mieux, pour le traitement de toutes les fractures, n'appliquer l'appareil dextriné qu'au bout de quelques jours ; en attendant cette époque, on se contente d'un appareil contentif ordinaire médiocrement serré.

4° Traitement des fractures de la clavicule.

Au n° 34 de la salle Saint-Jean, a été couché un homme atteint de fracture du col de la clavicule. Cette fracture s'est présentée avec les caractères qui lui sont ordinaires ; aussi nous ne les indiquerons pas ; nous voulons seulement fixer un instant l'attention sur le moyen de traitement auquel on a eu recours.

Parmi les moyens préconisés pour le traitement des fractures de la clavicule, dit M. Blandin, il n'en est pas de plus convenable et de plus ingénieux que le bandage dit de Desault, et que chacun connaît ; en effet, les tours de bande obliques et verticaux qui passent en avant des fragmens, et que l'on a parfois considérés comme étant désavantageux, ont l'utilité d'affronter les fragmens, d'abaisser l'extrémité externe du fragment interne, et d'empêcher la projection de ces fragmens une fois qu'ils sont affrontés. A ces avantages, le bandage de Desault joint celui de continuer l'action des tours de bande dont nous venons de parler au moyen du poids de l'avant-bras, qui tout en opérant l'extension se trouve suspendu en écharpe. Cependant, tel qu'il était employé, ce bandage méritait un reproche, car il avait l'inconvénient de se relâcher très vite ; j'ai pensé qu'en le remplaçant par un appareil analogue dextriné, on pourrait en tirer tout le parti possible, et l'expérience a confirmé ces prévisions. Seulement, l'application réclame quelques précautions particulières ; ainsi, pendant la dessiccation de l'appareil, il faut avoir le soin de fixer solidement l'avant-bras contre le corps au moyen d'un bandage contentif temporaire ; on agit de même pour produire l'élévation et l'adduction du coude, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la dessiccation complète de l'appareil dextriné. Nous recommanderons aussi de garnir exactement les parties couvertes par les tours de bande, telles que le thorax, l'aisselle, le cou, avec des compresses souples, afin d'éviter les excoriations qui résulteraient inévitablement du contact prolongé par les tissus des bandes solidifiées. C'est dans ce but que j'ai eu recours quelquefois à l'application du bandage par-dessus un gilet de flanelle ou d'étoffe légère, ce dont je me suis parfaitement bien trouvé. Ainsi appliqué, cet appareil m'a fourni des résultats fort satisfaisans.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 11 décembre. — Présidence de M. ROUX.

La séance est ouverte à une heure

M. Dubois (d'Amiens) lit le fragment d'un travail inédit sur la personne et les écrits de Galien.

M. Gérardin proclame dans l'ordre suivant les prix du concours de 1841.

1° *Prix de l'Académie.* « 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie ; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée ; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. » Ce prix est de 2,000 fr.

Le prix n'a pas été décerné. L'Académie a accordé 500 fr. à titre d'encouragement au n° 2. Les auteurs sont MM. les docteurs Raciborski et Henroz.

2° *Prix Portal.* « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle épinière) ; en exposer les causes, les signes et le traitement. » Ce prix était de 1,200 fr.

Le prix n'a pas été décerné ; un encouragement de 600 fr. a été accordé par l'Académie au mémoire n° 2, dont l'auteur est M. le docteur Durand-Fardel.

3° *Prix Civrieux.* « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix était de 2,000 fr.

Le prix n'a pas été décerné ; le n° 1, dont l'auteur est M. Gaussail, médecin à Toulouse, et le n° 3, dont l'auteur est M. le docteur Lubansky, ont reçu de l'Académie chacun un encouragement de 300 fr. Le n° 6 a obtenu une mention honorable.

M. Gauthier de Claubry proclame les prix de vaccine.

L'Académie, sur le rapport de sa commission de vaccine a proposé, et M. le ministre de l'agriculture a ordonné la distribution suivante des prix de vaccine pour l'année 1839 :

Le prix, de la valeur de 1500 fr., a été partagé entre

MM. Belloz, médecin à Besançon (Doubs) ;
Litschgi, médecin à Molsheim (Bas-Rhin) ;
Nichel, médecin à Lyon (Rhône) ;

Quatre médailles en or ont été décernées à

MM. Chabrol, officier de santé à Lapéruse (Charente) ;
Gibert, officier de santé à Muir-de-Barres (Aveyron) ;
Hellis, médecin à Rouen (Seine-Inférieure) ;
Nier, médecin à Privas (Ardèche) ;

Cent médailles d'argent ont été accordées aux vaccinateurs qui se sont distingués par plus de zèle ou par un nombre plus considérable de vaccinations.

Il a été pratiqué, en 1839, 528,268 vaccinations, 45,417 de plus que l'année précédente.

D'un autre côté, il y a eu 14,917 cas de variole, dont 1495 ont été suivis de la mort des sujets. Il n'y en avait eu, en 1838, que 9411 cas.

Prix proposés pour les années 1843 et 1844.

Prix de l'Académie. — Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte) ; en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel ; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvéniens de l'opération de la trachéotomie.

Ce prix est de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale.

Ce prix est de 1,200 fr.

Prix fondé par madame Marie-Elisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et *la guérison* des maladies provenant de la sur-excitation nerveuse », l'Académie propose pour sujet de prix : De l'influence de l'hérédité sur la production de la sur-excitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir.

Ce prix est de 2,500 fr.

(Cette question, déjà proposée pour 1841, est remise au concours.)

Les mémoires, dans les formes usitées, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1843.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de médecine. — *Extrait du testament.* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée* ; et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1840, sera décerné en 1843.

Prix fondé par M. le marquis Lebascle d'Argenteuil. — *Extrait du testament.* « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1838, sera décerné en 1844 ; sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement, sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard et Lebascle d'Argenteuil, sont exceptés de cette disposition.

— *M. Pariset*, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Huzard.

La séance est fermée à trois heures.

Prix proposés pour 1842.

Prix de l'Académie. « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs différens rapports. » Ce prix est de 1,500 fr.

Prix Portal. « Tracer une histoire raisonnée dont le système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, a été le sujet, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. » Ce prix est de 1,000 fr.

Prix Civrieux. « L'histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. » Ce prix est de 1,500 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1842, et les mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. SERRES.

Scrutin pour la présentation d'un candidat à la chaire d'histoire naturelle des animaux invertébrés. Sur 54 votans, M. Milne-Edwards a réuni 45 suffrages. M. Straus, 5. M. Guérin-Menninville, 1. Trois voix ont été perdues. En conséquence, M. Milne-Edwards a été proclamé canddiat de l'Académie des sciences.

Rapport de M. Larrey sur le travail de M. Baudelocque relatif à l'asphyxie des nouveau-nés. Renvoi aux archives. Adopté.

Lecture de M. Deschamps sur l'appareil élastique (ligamens jaunes et disques vertébraux) de la colonne vertébrale et les lois qui président à son développement dans la série des animaux vertébrés.

Commissaires : MM. de Blainville, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire et Flourens.

Correspondance : Note de M. Boudin, médecin à l'hôpital militaire de Marseille, sur les maladies qui attaquent de préférence d'un même corps, détachés les uns en Algérie, les autres de la France.

— Envoi par M. Lisfranc du premier volume d'un ouvrage initulé : *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié.*

— Dépôt d'un paquet cacheté fait par M. le docteur Diday. (Accepté.)

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Présidence de M. Fouquier. — Séance du 4 novembre 1841.

A deux heures, en l'absence de M. Fouquier, M. Morel, vice-président, occupe le fauteuil. Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance. — M. Em. Rousseau écrit à M. le secrétaire-général qu'étant obligé de préparer le cours d'anatomie comparée qui se fait au Jardin des Plantes, il ne pourra, durant sa durée, assister aux séances de la Société. Un congé de trois mois lui est accordé.

— La Société de médecine de Bordeaux envoie le bulletin de ses travaux et le programme des prix qu'elle met au concours. M. Perthus est nommé rapporteur.

— M. le secrétaire-général Serrurier donne lecture du compte-rendu de la séance qui s'est tenue le quatrième jeudi, 28 octobre, pour la reddition des comptes du trésorier. Dans cette séance, une commission composée de MM. Tort, Tanchou, Lefebvre, Sorlin, a été chargée de proposer les questions parmi lesquelles la Société aura à choisir celle qui sera mise au concours.

Il a été aussi décidé, dans cette séance, que M. le secrétaire-général s'occuperait de la rédaction et de l'impression du compte-rendu des travaux de la Société; qu'il ne s'éloignerait en rien de la marche suivie par lui les années précédentes, et qu'il ne donnerait des mémoires soumis à la Société qu'une analyse plus ou moins étendue, selon qu'il le jugerait utile et convenable.

— *M. Perthus* communique à la Société la relation d'une anasarque générale qui, s'étant manifestée brusquement à la joue gauche, finit par envahir en peu de jours tout le corps. Cet œdème était accompagné de dyspnée, de vomissemens, de déjections liquides, de refroidissement aux extrémités; la prostration des forces était extrême. Cependant l'examen le plus attentif des organes contenus dans la poitrine ou dans l'abdomen, ne put faire découvrir la moindre lésion organique. M. Perthus pense d'ailleurs que dans les maladies du cœur ou dans celles du foie, l'anasarque débute ordinairement par les extrémités inférieures et affecte une marche beaucoup moins rapide. Notre confrère et M. Fouquier, appelé plus tard en consultation, soupçonnèrent une lésion grave des reins, et le doute se changea en certitude lorsqu'ils eurent éprouvé l'urine par l'acide nitrique qui précipita de nombreux flocons insolubles dans un excès d'acide. Leur présence attestait suffisamment l'existence de l'albumine, et on sait, fait observer notre confrère, que l'affection des reins est celle qui donne généralement lieu à la présence d'une grande quantité d'albumine dans l'urine. Aussi recommande-t-il d'examiner l'urine, en insistant sur les documens précieux qu'on peut tirer de son inspection, sans tomber cependant dans l'exagération des auteurs qui ont considéré cet examen comme le plus important et capable de remplacer tous les autres.

Le malade a succombé, comme on peut le penser, malgré les remèdes nombreux employés, mais dirigés seulement contre les symptômes, le siége de la maladie première étant inaccessible à nos agens thérapeutiques. Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, et cette histoire est restée incomplète.

Parmi les remèdes essayés contre l'anasarque, notre confrère ayant parlé de 180 grammes d'onguent mercuriel employé en frictions sur le ventre, M. Cheneau avait témoigné de l'étonnement. M. Sterlin explique l'absence des accidens mercuriels par le défaut d'absorption. M. Serrurier pense que sur le ventre elle peut être nulle ou peu considérable ; mais qu'il en eût été autrement, et qu'on aurait vu le ptyalisme mercuriel se manifester si les frictions eussent été faites sous l'aisselle.

M. Moret nie que l'anasarque envahisse toujours aussi brusquement le corps dans les maladies du rein. Il a eu occasion de voir, avec M. le professeur Cruveilhier, une maladie de ce genre, pendant laquelle l'œdème ne s'est manifesté que tard et du côté affecté seulement.

M. Tanchou se demande si cette production morbide d'albumine, cette albuminurie, se manifeste sous l'influence d'une surexcitation, si elle est due à un état de débilité, ou si on doit la regarder comme le résultat d'une modification subie par les organes.

M. Sorlin cite les auteurs du Compendium, qui pensent que l'albuminurie est le résultat complexe de diverses affections qui aboutissent à un résultat final. Mais il avoue que ces explications ne sont guère lucides et ne tranchent point la difficulté.

M. Guersant a souvent occasion d'observer cette maladie à l'hôpital des Enfans malades. Elle survient souvent après les scarlatines, les rougeoles, les varioles chez les enfans chétifs et émaciés. De bons alimens la font promptement disparaître, aussi penche-t-il à la croire produite par une débilité générale.

M. Sterlin a retiré également de bons effets d'une alimentation généreuse chez un malade atteint d'une gonorrhée intense et que, pour cette raison, on avait soumis à une diète rigoureuse sans pouvoir cependant triompher des accidens. La fièvre, le délire avaient éclaté, les urines étaient gélatineuses et le malade allait succomber, lorsque notre confrère se rappelant que ce jeune homme était habitué à une nourriture succulente, lui fit donner du bouillon, du vin et le ramena promptement à la santé par ce changement de régime.

M. Charles Masson. Si la communication que j'ai à vous faire ne se rattache point entièrement à la question qui vous occupe, du moins n'y est-elle pas absolument étrangère. Voici dans ce bocal rempli d'esprit-de-vin, plusieurs membranes qui ont été rendues en urinant; l'alcool les a rétractées et durcies ; elles avaient causé, durant la nuit qui a précédé leur sortie, de fréquentes et douloureuses envies d'uriner, et le malade n'a pu le faire librement qu'après leur expulsion.

Des accès d'une fièvre pernicieuse très grave avaient cédé à l'administration du sulfate de quinine ; mais je n'avais encore pu faire cesser un crachement de sang opiniâtre, lorsqu'un rhumatisme habituel se porta avec tant de violence sur les muscles intercostaux du côté gauche, que des syncopes survinrent, et que le malade était presque asphyxié. Les ventouses scarifiées n'avaient point amené de soulagement ; je me décidai à appliquer un large vésicatoire saupoudré de camphre. Malgré cette précaution, l'irritation ressentie par la vessie fut telle qu'elle détermina la formation de ces fausses membranes ; nouveau fait qui vient confirmer l'idée émise par notre confrère M. Tanchou, que l'excitation des organes sécréteurs ou excréteurs des urines favorise la production de l'albumine.

Un Membre. Mais avez-vous vu rendre ces membranes? Par un motif que j'ignore, mais qu'on peut supposer, n'a-t-on point cherché à vous en imposer ?

M. Ch. Masson. La position sociale du malade, la franchise de son caractère, la maladie longue qu'il venait de subir et dont il n'était pas encore délivré, l'inquiétude exprimée par sa famille et la crainte du mal qu'il aurait pu se causer en m'induisant en erreur ; une seule de ces considérations ne peut me laisser le moindre doute (1).

M. Guillon. Ces concrétions me paraissent une sorte d'exsudation formée dans la vessie, et analogue à ces fausses membranes qui se forment dans la bouche ou dans la gorge. C'est un mucus épaissi. J'en ai vu sortir de semblables, mais moins grandes, de l'urètre d'une femme. J'ai ouvert un homme dont une portion de la vessie était gangrenée, et l'autre se trouvait couverte de membranes diphthériques qui remontaient jusque dans un des uretères. Ici les fausses membranes n'avaient point d'analogie avec celles que nous présente notre confrère.

— *M. Sorlin* donne des soins à un vieillard de quatre-vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, mais dont l'estomac fonctionne à merveille, qui se nourrit bien, qui boit du vin de Porto, et qui néanmoins est atteint d'un flux d'urine si considérable, que la nuit il les laisse échapper dans son lit, averti trop tard du besoin de les rendre. Déjà une leuco-phlegmasie commençante annonce une dissolution générale. L'urine n'est chez lui ni albumineuse, ni sucrée.

M. Tanchou revient sur la question de l'albuminurie : il soutient qu'elle peut exister chez un individu affaibli, mais qu'elle suppose néanmoins l'excitation des reins. On voit tous les jours la diète amener une salivation que fait cesser une alimentation succulente ; il en est ainsi du mercure : quoique débilitant, ce métal excite les glandes salivaires ; chez quelques nourrices, les seins attirent pour ainsi dire à eux toute la vie, le lait est sécrété en abondance, tandis que les autres organes languissent. Il rapporte à ce sujet l'histoire d'une dame chez qui il n'a pu ramener l'appétit et la santé qu'en diminuant l'exagération de la sécrétion du lait et en la mettant à un régime fortifiant.

M. Sterlin demande si le vieillard dont a parlé M. Sorlin ne pissait pas par regorgement. Il y a huit ou dix ans, il vit avec M. Fouquier un malade dont les jambes s'infiltraient : aucune altération des organes du ventre et de la poitrine ne pouvait expliquer ce phénomène, lorsqu'en lui palpant le ventre, notre confrère aperçut au-dessus des pubis une tumeur partagée en deux par les muscles droits. Le malade disait que la pression lui donnait envie d'uriner : cette observation mit sur la voie; on sonda, et la tumeur disparut après l'évacuation complète de l'urine.

M. Nauche ne pense pas que la présence de l'albumine dans les urines soit une preuve suffisante pour faire diagnostiquer les granulations des reins.

C'est à tort, suivant notre confrère, qu'on attribue la première indication de la granulation des reins à Bright : c'est Corvisart qui en a parlé le premier. M. Nauche croit que l'albumine contenue dans l'urine est tout à fait étrangère à ces granulations. Il ne croit pas que sa production constitue une maladie. On ne peut pas plus appeler cette production *albuminurie* que *pyurie* celle du pus.

Il ne pense pas non plus que les observations de M. Rayer autorisent à admettre une affection albumineuse des reins.

L'albumine se trouve dans l'urine dans deux états : ou comme formant la base du pus, ou comme principe de ce liquide.

Dans le premier cas, c'est le résultat d'une inflammation chronique, de divers abcès qui ont détruit la substance même des reins ; l'existence du pus dans l'urine ne constitue pas plus une inflammation albumineuse des organes, que ne le ferait l'issue de la même matière des poumons ou du foie dans l'inflammation de ces organes.

Dans le deuxième cas, la présence de l'albumine dans l'urine est le résultat de la résorption d'une sérosité albumineuse épanchée dans quelque cavité, ou bien d'une surabondance de lymphe dans les vaisseaux lymphatiques. chez les personnes atteintes d'anémie, de scrofules, de diabètes ou d'autres affections débilitantes. Il n'existe pas alors d'inflammation : il y a au contraire débilité de l'économie, et principalement atonie des reins.

Extraction d'un calcul prostatique par un procédé nouveau qui doit remplacer la lithotritie urétrale. — *M. Guillon* montre des fragmens d'un calcul développé dans la portion prostatique de l'urètre, calcul qui avait, lorsqu'il en fit l'extraction, un centimètre de diamètre sur un centimètre et demi de longueur, et la forme assez exacte d'une olive flétrie. Ce calcul était formé de deux parties distinctes : 1° d'une sorte d'enveloppe ou coque mince, lisse et noirâtre comme l'enveloppe d'un marron cuit à l'eau ; 2° à l'intérieur, d'une poussière qui paraît être un phosphate calcaire.

Le malade chez lequel ce calcul prostatique s'est développé avait la vessie remplie de calculs lorsqu'il vint réclamer les soins de M. Guillon, qui l'en débarrassa au moyen de son brise-pierre ; et c'est après une dernière exploration pour s'assurer qu'il ne restait rien dans le réservoir de l'urine, et en retirant son explorateur que M. Guillon la découvrit.

Ne pouvant saisir ce calcul avec la pince de Hunter, ni avec d'autres destinées à cet effet, M. Guillon eut recours pour le faire sortir de la cavité prostatique dans laquelle il s'était développé, à un instrument dans le genre de celui qu'il montra il y a huit ans à la Société.

Cet instrument est composé : 1° d'une canule en argent de 25 cent. de longueur, à l'une des extrémités de laquelle se trouvent deux anneaux pour passer les doigts, plus une vis de pression, et dont l'autre extrémité est divisée par une cloison solide; 2° d'une anse en baleine assez forte pour écarter les parois de l'urètre à volonté.

Après avoir fait pénétrer au-delà du calcul l'extrémité vésicale de la canule, M. Guillon développa, en poussant l'une de ses extrémités, l'anse de baleine, et la fit pénétrer par un mouvement de rotation de la canule au-dessous du calcul qu'il délogea ainsi de la cavité où il s'était formé. Puis après avoir fixé solidement l'anse de baleine dans la canule au moyen de la vis de pression, et de manière à ce que les parois de l'urètre fussent suffisamment écartées par de légers mouvemens de va-et-vient imprimés à tout l'instrument, qu'il faisait tourner sur lui-même et en vrille, il amena ce calcul au dehors.

M. Guillon annonce qu'avec cet instrument, qu'il vient de perfectionner, on pourra : 1° amener au dehors les fragmens de calculs engagés dans l'urètre; 2° et qu'on évitera la lithotritie urétrale, opération qu'il regarde comme très grave dans un grand nombre de cas, et à laquelle il attribue la plupart des insuccès qu'on a eu à déplorer à la suite du broiement des calculs arrêtés dans l'urètre.

Ce perfectionnement consiste en l'addition d'une canule externe, mobile, dont l'extrémité vésicale se développe en forme de tulipe, et rend facile la sortie de tout calcul qui a pu franchir le col de la vessie.

Charles Masson, *secrétaire annuel.*

(1) En parlant au malade de cette interpellation, il m'a rappelé que la dernière membrane avait été expulsée en ma présence.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Sur la préparation de quelques composés emplastiques.

M. Emile Mouchon, pharmacien à Lyon, rejette la méthode du fractionnement de l'eau destinée à la confection de l'emplâtre simple, et son addition par portions à mesure de son évaporation ; il a recours à la balance pour reconnaître le point de cuite de la masse emplastique.

Ainsi, en employant de l'huile d'olives pure, de la litharge anglaise et de la graisse de porc dans les proportions de deux kilogrammes de chacune de ces substances, et quatre kilogrammes d'eau, l'auteur arrête l'opération lorsque la masse emplastique ne pèse plus que sept mille cinq cents grammes, point normal, dit-il, pour que l'emplâtre ait acquis tous les caractères voulus pour une bonne confection.

M. Mouchon propose en outre la formule suivante pour obtenir le sparadrap du diapalme, très blanc, très agglutinatif, et pouvant se conserver très long-temps :

Pr.	Emplâtre simple,	1876 gramm.
	Axonge récente,	60
	Huile d'olives pure,	31
	Céruse de Hollande,	31

On fait fondre l'emplâtre à une douce chaleur, puis on y ajoute les trois autres substances intimement mélangées à l'avance. Lorsque le tout est parfaitement homogène, on le coule sur du calicot cylindré disposé sous la règle du sparadrapier.

(*Exposé des trav. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

Nouveau mode d'administration du poivre cubèbe dans l'urétrite et dans la vaginite.

Lorsqu'on administre le poivre cubèbe à l'intérieur, on remarque que peu de temps après son ingestion les urines qui sont excrétées portent l'odeur prononcée de son huile volatile : ceci prouve d'une manière assez évidente que l'huile essentielle contenue dans le cubèbe passe rapidement du tube digestif dans l'urine.

La connaissance de ce fait a porté depuis long-temps M. Piorry à penser que ce médicament agissait dans l'urétrite contagieuse d'une manière toute locale, en exerçant au moyen des urines une action topique sur le canal de l'urètre. Sa manière de voir sur ce sujet se trouve confirmée par l'observation suivante recueillie par M. Ricord.

Un homme atteint d'hypospadias avait une urétrite de toute la longueur du canal de l'urètre : il fut soumis à l'emploi du cubèbe, et toute la portion du conduit sur laquelle passait l'urine guérit, tandis que l'écoulement persista sur l'autre partie du canal. En admettant cette théorie, on est naturellement conduit à penser que le meilleur mode d'administration du cubèbe serait celui qui pourrait faire que les urines fussent toujours chargées de ce médicament en traversant le canal de l'urètre : c'est précisément ce résultat que M. Piorry croit avoir obtenu depuis plusieurs mois en administrant le cubèbe de la manière suivante.

Toutes les heures le malade prend un bol de poivre cubèbe pesant un gramme et quelques centigrammes, de façon que dans les vingt-quatre heures il en consomme à peu près trente grammes.

Dernièrement deux malades, dans sa pratique particulière, ont été guéris radicalement par ce mode d'administration, dans l'espace de quatre à cinq jours. Tout récemment encore, dans son service à l'hôpital de la Pitié, plusieurs malades qui avaient une urétrite depuis plusieurs mois ont obtenu la disparition de leur écoulement en trois ou quatre jours ; et même un de ces malades, qui était au n° 27 de la salle Saint-Raphaël, et qui avait une urétrite depuis deux mois, a été complètement guéri dans l'espace de quarante-huit heures.

Le moyen qu'il emploie chez les femmes est à peu près semblable. Il consiste à faire toutes les heures, dans le vagin, une injection avec une infusion composée de trente grammes de cubèbe pour un kilogramme d'eau. Quatre malades de son service sont soumises depuis deux jours à ce genre de médication.

Il y a quelques mois, M. Piorry fit part de ses idées sur ce sujet à M. Ricord, qui sans doute aussi aura fait des expériences de son côté, mais elles nous sont tout à fait inconnues.

A. Blanchet.

Nota. Dans ce moment M. Piorry fait aussi des essais dans son service pour guérir l'urétrite contagieuse, au moyen de l'huile essentielle de cubèbe préparée par M. Caventou.

Emplâtre d'ichthyocolle.

Pendant plusieurs années, M. le docteur Liston a eu l'habitude de se servir, après les opérations chirurgicales et dans les applications d'appareils, d'un emplâtre consistant en une étoffe de soie huilée recouverte d'une couche d'ichthyocolle. Voici le mode de préparation de cet emplâtre.

On humecte trente grammes (une once) de colle de poisson avec soixante grammes (deux onces) d'eau, et on abandonne le tout au repos pendant une ou deux heures, ou mieux jusqu'à ramollissement complet ; alors on ajoute cent dix grammes (trois onces et demie) d'alcool rectifié préalablement étendu de quarante-cinq grammes (une once et demie) d'eau ; on plonge le vase dans un poêlon rempli d'eau bouillante, et il suffit de quelques minutes pour que la solution soit complète.

Alors, l'étoffe de soie huilée étant tendue sur un châssis de bois, aux bords duquel elle est fixée par des pointes, on applique la solution d'ichthyocolle avec une brosse, en prenant soin de promener celle-ci d'une manière uniforme et toujours dans la même direction, et de lisser la couche comme on le fait pour l'application du vernis sur une peinture. Lorsque cette première couche s'est durcie et complètement desséchée, on en applique une seconde de la même manière, mais en dirigeant la brosse dans un sens opposé à celui de la précédente application ; ainsi, après avoir conduit la brosse horizontalement dans un cas, on la promène perpendiculairement dans l'autre. On applique de cette manière quatre couches successives de solution, quelquefois même cinq si la surface n'est pas entièrement unie : la dernière doit être affaiblie par une addition d'un peu plus d'eau et d'alcool. Trente grammes (une once) d'ichthyocolle suffisent pour recouvrir environ un mètre carré de taffetas.

Dans cette préparation, il est indispensable de prendre les précautions suivantes si l'on veut réussir comme il faut : — La distance à laisser entre les pointes qui fixent le tissu sur le châssis ne doit pas dépasser trente-six millimètres (dix-huit lignes) ; autrement le taffetas ne se trouve pas assez tendu, se fronce et ne présente pas une surface unie. — L'ichthyocolle doit être bien pénétrée par l'eau avant l'addition de l'alcool, sans cela la dissolution ne serait pas complète ; et l'alcool ne doit être ajouté qu'après avoir été dilué avec la quantité d'eau indiquée, sans quoi il déterminerait la précipitation de la colle de poisson. — La brosse doit être plate et en bonnes soies de sanglier, comme celles dont on se sert pour étendre les vernis à l'esprit-de-vin ; elle doit en outre être faite solidement, autrement les soies pourraient s'arracher, et ce serait un grave inconvénient, puisque l'opération doit être faite rapidement tandis que la solution est chaude. Lorsque cette solution est froide, elle offre une consistance analogue à celle du blanc-manger.

Des essais répétés ont démontré que la gélatine ne peut pas remplacer l'ichthyocolle dans cette préparation, soit pour la totalité, soit pour une proportion quelconque. Aussi un emplâtre préparé avec trois couches de gélatine recouvertes d'une quatrième couche d'ichthyocolle pure est beaucoup moins adhésif qu'un autre emplâtre préparé avec l'ichthyocolle seulement.

Le taffetas huilé a été avantageusement remplacé par la baudruche. Voici comment s'exprime à cet égard M. Ancrum, assistant de M. Liston au North London Hospital : En raison du peu d'épaisseur de la membrane emplastique, les blessures peuvent être examinées sans qu'il soit besoin de toucher à l'emplâtre ; ce dernier adhère beaucoup mieux que celui qui est préparé avec la soie, et présente beaucoup plus de solidité ; enfin, en raison de son peu d'épaisseur, il n'exerce aucune action irritante sur les parties avec lesquelles il est en contact, et, lorsqu'il est appliqué, il peut être laissé en place pendant plusieurs jours sans qu'il soit besoin de le renouveler. Il faut seulement noter, pour la préparation, qu'il est nécessaire d'étendre sur le côté de la membrane opposé à celui qui reçoit la solution hydro-alcoolique d'ichthyocolle, une couche d'huile siccative.

(*Pharmaceutical Transactions.*)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Paris, le 10 décembre [illegible]

Monsieur le Rédacteur.

Permettez-moi de vous adresser encore quelques remarq[illegible] correspondance de M. Bertulus avec l'Académie royale de m[illegible]

Je fis, mardi dernier, à ce corps savant la proposition que [illegible] eu la bonté de publier hier dans votre compte-rendu de la séan[illegible] à laquelle je ne donnai pas de suite, parce que M. le secrétaire [illegible] seil d'administration annonça que dans quatre ou cinq jours [illegible] lettre de M. Bertulus imprimée dans le Bulletin de l'Acadé[illegible]

qu'elle a été écrite, « *à l'exception de plusieurs passages injurieux qu'on a été obligé de supprimer.* »

Il paraît, d'après cela, que M. Berthulus est d'un caractère fort irritable. Quoi ! la première lettre que l'Académie reçoit de lui renferme des passages si peu académiques qu'on est obligé de les faire disparaître et à la lecture, et à l'impression ! Quel motif a donc pu exciter à ce point la mauvaise humeur de ce contagioniste contre moi? Les dix-huit pages de ma réfutation de sa brochure, qui ont été publiées dans le Bulletin de l'Académie, ne contiennent absolument rien de personnel ; je m'y livre avec gravité à une discussion purement scientifique. J'admets comme exacts les faits qu'il rapporte, mais il est vrai que je n'en tire pas les mêmes inductions que lui. Est-ce que par hasard M. Bertulus se croirait à l'abri de toute critique? Est-ce qu'il penserait que ses opinions sont inattaquables? Enfin, que devons-nous conclure des personnalités auxquelles ce chirurgien de la marine n'a pas craint de se livrer en écrivant à notre premier corps médical, si ce n'est que la cause qu'il défend est désespérée?

A mon avis, le conseil d'administration avait un double motif pour ne point autoriser la lettre de M. Bertulus. D'abord, parce que les archives de la compagnie ne doivent servir de dépôt à aucune pièce entachée d'injures; et, en second lieu, parce qu'il appartient à l'Académie royale de médecine de donner des avis salutaires à ceux qui s'oublient en lui écrivant; c'est de leur renvoyer leurs lettres en leur faisant savoir qu'elles ne pourront être lues qu'autant qu'elles seront écrites dans un langage conforme aux bienséances académiques. Le conseil a suivi une tout autre marche; il a cru ne devoir faire éprouver absolument aucun retard à la réclamation de M. Bertulus, bien qu'elle prouve de rechef que M. Pariset n'est vraiment pas heureux avec ses auxiliaires.

On se rappelle sans doute que le 6 octobre 1827, ce célèbre contagioniste fit paraître devant l'Académie de médecine M. Joseph Bosc, qu'il avait fait sortir tout exprès de chez les Trappistes de Saint-Médard, près de Bordeaux, pour venir attester sous serment, devant ce corps savant, que lui, M. Pariset, avait dit vrai sur l'épidémie de Barcelone; mais le ton, les manières, et surtout le langage de son témoin, firent une telle impression sur l'assemblée, que le président fut obligé de lever sur-le-champ la séance.

Un an plus tard, les docteurs Hosack et Townsend, de New-York, vinrent aussi, à leur tour, prêter aide et assistance à M. Pariset, qui en avait toujours grand besoin, et dans ce but ils m'attaquèrent avec une violence de langage heureusement inconnue parmi nous (1). Plusieurs auxiliaires de second ordre, qu'il est fort inutile de nommer, firent chorus, et pendant deux ans j'eus un concert d'injures des plus complets, qui, loin de m'effrayer, me prouvait que la forme avec laquelle ces messieurs défendaient leur cause ne valait pas mieux que le fond.

Quant à M. Pariset, qui est un homme poli, il m'accusait seulement, le 5 juin 1827, au sein de l'Académie royale de médecine, de partialité, de déguisement, de dissimulation et de déloyauté (2).

Enfin, il paraît que M. Bertulus veut marcher dignement sur les traces de ses prédécesseurs, puisque sa lettre ne peut paraître dans le Bulletin de l'Académie qu'après avoir été débarrassée des passages injurieux qu'elle contient.

Bien des personnes sont étonnées du prodigieux intérêt que M. Pariset et M. Gérard prennent à ce médecin. La cause de leur sympathie pour lui est toute simple ; c'est qu'ils le regardent comme l'ancre de salut de leurs théories erronées ; comme le sauveur des quarantaines en péril.

(1) *Voyez* De l'Opinion des médecins américains sur la contagion ou la non contagion de la fièvre jaune, etc.

(2) *Voy.* les Eclaircissemens communiqués à l'Académie royale de médecine sur la fièvre jaune, pag. 130, 136, 137 et 138.

Dès l'année 1828, j'amenai nos chambres législatives à refuser les allocations demandées pour la formation de lazarets projetés dans le but de mettre la France à l'abri d'une chimère, de la contagion de la fièvre jaune. Ce fut un grand pas de fait.

La pétition que j'adressai ensuite à la chambre des députés, en 1833, sur la nécessité d'une prompte réforme de notre législation sanitaire, a été suivie d'importantes améliorations. Ainsi, pour ne parler que de celles qui ont trait à la fièvre jaune, on saura que, par suite des ordonnances royales du 4 avril et du 11 juin 1835, les bâtimens venant des Antilles et des Etats-Unis d'Amérique avec patente nette ne sont soumis à aucune quarantaine d'observation, et que les balles de coton ne sont ni ouvertes, ni débarquées au lazaret, quel que soit le régime sanitaire sous lequel se trouve placé le navire qui les a portées.

Une autre ordonnance royale du 14 novembre 1839, supprime les bulletins de santé dont les passagers étaient obligés de se munir ; elle supprime également la patente suspectée, et elle réduit considérablement la quarantaine des bâtimens qui arrivent dans nos ports avec patente brute. L'article 3 est ainsi conçu :

« La quarantaine relative à la patente pour les provenances suspectes de la fièvre jaune ne sera que de cinq à quinze jours dans les ports de l'Océan et de la Manche, et de dix à vingt jours dans les ports de la Méditerranée.

» Le *minimum* sera toujours appliqué aux navires qui auraient passé au moins quinze jours en mer sans avoir eu depuis leur départ d'un point infecté, ni morts, ni malades et sans avoir eu aucune communication suspecte pendant la traversée. »

De telles améliorations devaient nécessairement porter l'effroi dans l'esprit des contagionistes ; mais ils ont été un peu rassurés par la brochure que M. Bertulus a publiée l'an dernier sous ce titre menaçant : *De l'importation de la fièvre jaune en Europe.* Ils ont pensé qu'au moyen des faits qui ont eu lieu à bord de la corvette *la Caravane*, en 1839, ils parviendraient sinon à arrêter complètement, du moins à enrayer pendant quelque temps le char des réformes sanitaires ; et dès-lors M. Bertulus est devenu l'objet de leur plus vive sollicitude et de toutes leurs attentions. Voilà le mot de l'énigme.

Mais la brochure de M. Bertulus ne fera au contraire que hâter la chute des mesures sanitaires relatives à la fièvre jaune. La discussion qui est engagée entre ce médecin et moi devant nos deux premiers corps savans mettra au grand jour les fausses théories de M. le chirurgien de *la Caravane*, ainsi que celles de ses amis, qui, comme lui, auront la douleur de voir cesser les quarantaines au moment même où les Antilles se rapprocheront de nous par la navigation à la vapeur. Mais que M. Bertulus se rassure, la France n'aura point à souffrir de la fièvre jaune pour cela, attendu que l'importation d'une maladie et sa transmission sont deux choses très différentes.

Pour s'opposer à l'importation de la fièvre jaune par les bâtimens à vapeur, ce médecin veut « que la longueur de la quarantaine soit en raison inverse de la longueur de la traversée. » De sorte que, d'après ce système, nous perdrions en détentions sanitaires le temps que nous aurions gagné par une navigation rapide, et il nous resterait pour tout résultat d'avoir consommé du charbon et exposé nos marins à être échaudés par des explosions causées par la vapeur. On conviendra qu'une pareille idée n'est pas heureuse, et que notre auteur fera bien de chercher quelque autre moyen pour repousser la prétendue contagion de la fièvre jaune.

Quant à moi, qui sais par une longue expérience que cette contagion n'est qu'une chimère, je ferai tous mes efforts pour faire disparaître complètement et irrévocablement les ridicules, absurdes et dispendieuses mesures que l'on prend dans le but de nous en préserver.

Agréez, etc. CHERVIN, D.-M.-P.

Monsieur,

J'avais bien raison de dire qu'une discussion scientifique est impossible avec M. Civiale, et que la formule *pariez ou taisez-vous* est la seule que l'on puisse employer à son égard ; je sais bien qu'il ne se tait ni ne parie, mais du moins on peut par sa conduite juger de la profondeur de ses convictions. « Quoi ! dit-il, on ose espérer qu'une Académie se respecterait assez peu pour accepter le rôle d'arbitre d'une gageure tendant à décider quelle est la valeur d'un instrument ou d'un procédé de chirurgie? » Et pourquoi non, s'il vous plaît ; n'entre-t-il pas dans les attributions de l'Académie de décider quelle est la valeur des procédés et des instrumens de chirurgie? Elle juge la question scientifique sans examiner si en dehors et comme conséquence de sa décision il y a quelque gageure engagée, alors même qu'elle devrait, comme celle dont j'ai fait la proposition, tourner au profit de la science. Au surplus, avec ou sans gageure, l'Académie aura un jugement à rendre sur cette question, car elle en est saisie par ma demande ; la lettre à laquelle je réponds, moins encore que le rapport fait à un autre corps savant, m'impose l'obligation de sortir à mon honneur de cette épreuve.

La retraite de M. Civiale devant mon défi scientifique pourrait me dispenser de donner plus d'étendue à cette lettre ; toutefois, j'ajouterai un mot parce que la question, sur un point, a été assez adroitement déplacée pour me donner l'apparence d'un tort : à propos de l'action des pinces à trois branches à travers une canule protectrice de l'urètre, j'ai reproduit un passage de mon livre de 1825, et M. Civiale me répond aujourd'hui par une phrase de son Traité des rétentions d'urine publié en 1823, dans laquelle il est parlé de la sortie des fragmens à travers une grosse canule. Si telle était la question, je rappellerai à M. Civiale Prosper Alpinus et les Arabes. Voici comment Jessenius décrit leur procédé : « Habent aliquot diversæ latitudinis canulas, vesicæ » cervici infigunt, digitoque ano imposito lapidem ad vesicæ collum » diducunt, canulæque imponunt ; quo facto per interiorem canulam » spiritum attrahunt. (Institutiones chirurgicæ, p. 84.)

La pince de Sanctorius, dans laquelle Haller a cru voir un instrument brise-pierre, ne servait qu'à favoriser la sortie des petites pierres. « Excogitavimus springam quæ in vesicam intromittenda est, eâ immissâ tenue instrumentum quod unit tres cuspides (dum est in springâ) aliquanto plus impellitur, ut tricuspides separentur ac dilatentur; » deinceps extrahitur illud instrumentum : quo peracto statim ab urinâ lapis cum impetu ad sinum springæ ferri solet. » Quant à l'idée de faire aller et venir des instrumens à travers un tube protecteur de l'urètre, elle avait été émise avant nous par M. Gruithuisen. Nous n'avons donc pas à rechercher à qui appartient l'idée de protéger l'urètre par un tube : il s'agit seulement de savoir s'il est vrai que M. Civiale ait le premier indiqué *la combinaison de cette idée avec l'emploi de la pince à trois branches*, et j'ai fait voir que sur ce point (entièrement petit sans doute), j'aurai la priorité sur M. Civiale, aussi longtemps que 1825 sera antérieur à 1836.

Dans le passage extrait par M. Civiale de son livre de 1823, on lit : « N'ayant pas de canule à sa disposition, il est facile de la remplacer » par le cylindre extérieur *du trilabe* » Ce n'est pas *trilabe* qu'il y a dans le livre, mais *lithontriptique*. Or, les lithontriptiques de M. Civiale décrits dans cet ouvrage ont tous quatre branches, et celui qui s'y trouve figuré a deux articulations à chacune de ces quatre branches. Est-ce que l'imprimeur de ce malencontreux livre aurait commis les mêmes erreurs que le graveur des planches? Je ne suivrai point M. Civiale dans sa longue dissertation sur la nature de la récompense que l'Académie des sciences m'a décernée pour l'arrangement, l'application, le... tout ce qu'il voudra de la pince à trois branches à la lithotritie. Suivant lui, c'est un simple *encouragement*, moi je soutiens que c'est un *prix*, et voilà dix ans que cette discussion-là dure. Ne serait-ce pas encore le cas, pour en finir, d'avoir recours à la formule : « Eh bien ! parions. » Me faut-il donc rappeler à M. Civiale la terrible réponse que fit Dupuytren à sa réclamation au sujet de ce prix?

Agréez, etc. LEROY-D'ETIOLLES.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

JEUDI 16 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 150, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — Dit de l'École (M. P. Dubois). De la métrorrhagie pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement (suite). — Necker (M. Trousseau). Du traitement de la névralgie sciatique par la morphine et le datura stramonium (méthode hypodermique). Érythème noueux. Névralgie frontale. Fièvre typhoïde ; éclampsie. — Académie de médecine. Séance du 14 décembre. — Revue thérapeutique. Emploi de la teinture alcoolique d'iode en injections pour la guérison d'une tumeur abdominale. Traitement des hernies ombilicales par une nouvelle méthode. Application de la nepeta cataria au traitement de l'odontalgie. Expériences sur la force reproductrice des sangsues. — Feuilleton. D'une mesure récente adoptée par le Conseil général des hôpitaux. Une polémique au commencement du dix-septième siècle. — Lettre de M. le docteur Petit fils, de Corbeil, sur l'application des cathéters-Mayor aux maladies du rectum. — Vers à la mémoire de Rocher, par M. Antoni Deschamps.

HOPITAL DIT DE L'ECOLE. — M. P. Dubois.

De la métrorrhagie pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. (Suite.)

Marche. — Il y a dans la marche de la métrorrhagie des différences assez nombreuses. Relativement à l'époque de son apparition, la métrorrhagie peut se manifester immédiatement après la violence qui a déterminé le décollement du placenta, mais ceci n'a pas toujours lieu. Quand la métrorrhagie résulte de causes internes, l'expansion utérine par exemple, ou bien lorsqu'elle est spontanée, elle survient pendant le repos, la nuit et plus souvent encore le matin, du moins c'est ce que M. Dubois croit avoir le plus ordinairement observé. Il en est du reste de même pour l'apparition du flux menstruel. Dans quelques circonstances la métrorrhagie est précédée d'une sorte de craquement intérieur ; d'autres fois c'est une sensation inconnue de pesanteur dans le bassin, de plénitude utérine.

Relativement à la quantité de sang, dans certains cas on voit apparaître du sang en assez petite quantité, d'une couleur rosée d'abord et qui finit par prendre une teinte assez foncée. Cette métrorrhagie ressemble assez à un commencement de menstruation ; d'autres fois le sang coule dès le début en abondance et constitue une véritable perte foudroyante. Cette différence dans la quantité de sang écoulé, s'explique assez naturellement : dans le premier cas le décollement du placenta est peu étendu ; il est très considérable dans le second. Ici le placenta est implanté en totalité sur le col, tandis que dans le cas d'hémorrhagie peu abondante, un de ses bords seulement était inséré sur le col utérin et le décollement de cette partie ne déterminait la rupture que d'un petit nombre de vaisseaux.

Durée. — Tantôt la métrorrhagie ne fait qu'apparaître pour cesser aussitôt ; tantôt l'écoulement du sang est plus abondant et reparaît à plusieurs reprises pour, en définitive, cesser tout à fait. Il est enfin des circonstances où, après plusieurs apparitions successives, la métrorrhagie continue. L'on comprend de suite que les pertes doivent déterminer un affaiblissement de l'économie et donner lieu à tous les phénomènes de l'anémie, qui seront d'autant plus prononcés que l'écoulement de sang est plus abondant et dure depuis plus long-temps.

Influence de la métrorrhagie sur le travail. — Lorsque la perte est peu considérable, elle est ordinairement sans influence aucune sur la marche du travail ; celui-ci n'en parcourt pas moins ses diverses périodes ; mais lorsqu'elle est abondante, il est extrêmement rare qu'à la longue elle ne provoque pas les contractions utérines. Cependant, si le sang de la métrorrhagie, même abondante, reste liquide, ne se coagule pas, il peut très bien se faire que les contractions utérines ne soient pas mises en jeu ; mais quand il existe des caillots, c'est différent ; ceux-ci se forment dans la cavité utérine, irritent cet organe par leur présence et la pression qu'ils exercent sur lui et sollicitent ainsi ses contractions.

Lorsque la métrorrhagie détermine le travail, la marche de celui-ci diffère suivant certaines circonstances. Il n'est pas rare qu'après la rupture des membranes la tête de l'enfant venant à fermer complètement l'orifice utérin, l'hémorrhagie cesse et l'accouchement soit heureux : c'est une des circonstances les plus favorables. Il arrive pourtant assez souvent que le sang continue de couler, même après la rupture des membranes, et que l'enfant succombe avant la terminaison de l'accouchement. La femme, dans ce cas, se rétablit difficilement. Dans certains cas, le fœtus est expulsé au milieu de nombreux caillots et la mère meurt par suite de la persistance de la métrorrhagie. Enfin, l'on voit quelquefois le placenta décollé, être expulsé au-dehors, tandis que le fœtus reste dans la cavité utérine. Dans ce cas la femme meurt avant la terminaison de l'accouchement.

Lorsque la métrorrhagie survient pendant le travail, tantôt c'est au commencement, et ici l'accident dépend le plus souvent de l'insertion du placenta sur le col ; tantôt c'est pendant le travail, à la suite d'une rétraction extrême de l'utérus après l'expulsion d'une grande quantité d'eau ; mais, en général, le travail marche régulièrement et les contractions mettent un terme à l'écoulement du sang.

La cessation spontanée de la métrorrhagie s'explique d'une manière satisfaisante. Dans cette circonstance, en effet, le décollement du placenta est peu considérable : il se forme bientôt un caillot qui forme une sorte de digue et s'oppose à l'écoulement du sang.

Diagnostic. — C'est une chose qui paraît très simple que de diagnostiquer une métrorrhagie, et il semble qu'il suffise de voir l'apparition du sang (lorsque la femme n'a pas été réglée dans le cours de la grossesse, ce qui, du reste, est très rare), pour pouvoir dire qu'il y a une perte. Il existe néanmoins de petites difficultés : lorsque le sang apparaît, il ne s'en suit pas pour cela que cet écoulement de sang dépende du décollement du placenta. Ce sang peut provenir d'une rupture de l'utérus ou de quelques vaisseaux variqueux du vagin ou des grandes lèvres. Il ne serait même pas impossible qu'il vînt du col désorganisé.

Le sang qui provient d'une rupture de l'utérus ne peut donner lieu à méprise. En effet, la quantité de sang est peu abondante, et cependant les accidens généraux sont très graves, puisqu'ils annoncent une mort prochaine. La rupture des varices est chose peu commune, et l'on remonte facilement à cette cause de la métrorrhagie par la simple inspection des parties. Si ces varices occupent les grandes lèvres, si elles sont situées dans le vagin, presque toujours leur rupture est précédée d'un trombus ; et d'ailleurs l'on aperçoit assez souvent à l'extérieur l'état variqueux des vaisseaux.

La métrorrhagie peut aussi, comme on l'a vu plus haut, dépendre d'une altération du col, et plus particulièrement d'une maladie de l'utérus lui-même. Un cas de ce genre a été observé par M. Dubois dans les salles de la Clinique.

Une femme se présente pour être admise dans le service avec une métrorrhagie que l'on attribuait à l'insertion du placenta sur le col. M. Dubois la touche et pense, en effet, que le diagnostic porté est juste, que le placenta est réellement inséré sur le col, car il croit en sentir les lobules. Mais bientôt il voit que ces lobules, ces cotylédons sont séparés les uns des autres : quelques-uns sont situés en dehors du col et peuvent même être déchirés avec le doigt. Le professeur alors diagnostiqua une métrorrhagie dépendante d'une altération du col. Ce qui l'avait ici induit un moment en erreur, c'est que les cotylédons qu'il sentait occupaient presque tous la partie interne du col, circonstance qui n'est pas ordinaire, et puis, chez cette femme, déjà une première métrorrhagie avait coïncidé avec l'existence d'une première grossesse.

Une fois ces causes de la métrorrhagie exclues, il ne sera pas sans intérêt d'examiner si réellement la perte doit être attribuée au décollement du placenta inséré sur le col utérin. D'abord, par le raisonnement, l'on sait que la métrorrhagie qui se déclare à une époque avancée de la grossesse est spontanée, car les légers efforts auxquels se sont quelquefois livrés les femmes au moment de son apparition ne sauraient en rendre compte. Il est un autre signe qu'il convient d'ajouter ici : c'est la manière dont le sang s'écoule. L'on a dit que l'hémorrhagie augmentait notablement pendant la durée des contractions utérines, et que dans l'intervalle des contractions, au contraire, l'écoulement du sang était beaucoup moins abondant. C'est une remarque que jusqu'ici M. P. Dubois n'a point faite.

Par l'examen manuel, l'on peut, dit-on, reconnaître le placenta situé au-dessus du col, interposé entre le doigt explorateur et le fœtus, il empêche tout contact immédiat avec celui-ci. M. P Dubois ne pense pas que cela soit facile, car avant que le travail n'ait commencé il est à peu près impossible de

FEUILLETON.

D'UNE MESURE RÉCENTE ADOPTÉE PAR LE CONSEIL-GÉNÉRAL DES HOPITAUX DE PARIS.

> Les administrateurs des hôpitaux en tant que marchands sont vos inférieurs ; en tant qu'administrateurs de l'hôpital, ils ne sont que vos compagnons, vû que vous êtes l'administrateur de la santé des malades, et eux de leur bourse et de l'économie de la maison, ce qui est bien au-dessous de la médecine.
> (*Lettres de Guy-Patin*, t. I, p. 88.)

On aura peine à croire ce que nous allons dire, et l'on se demandera, sans doute, si c'est bien à Paris, au beau milieu du dix-neuvième siècle, à une époque qui a vu briller d'un éclat si vif l'anatomie physiologique et pathologique, dans une ville qui possède la première école médicale des temps modernes et qui voit affluer vers elle des étudians de tous les coins du monde ; on se demandera, disons-nous, s'il est bien possible qu'une mesure semblable à celle que nous allons faire connaître ait été réellement prise. Il n'en faut pas douter, cependant, cette mesure est officielle, elle est affichée dans tous les hôpitaux, elle a été signifiée à tous les chefs de service des maisons nosocomiales ; il y a plus, elle est déjà en vigueur. Cette mesure, la voici :

« Il n'est plus permis aux médecins ou chirurgiens des hôpitaux d'ouvrir les sujets morts dans leur service et réclamés par leurs familles. L'autopsie ne pourra en être faite que sur l'autorisation écrite des parens. »

Il suffit de lire cet arrêté pour voir tout ce qu'il renferme de funeste aux études médicales et aux progrès de la science. Si le conseil général des hôpitaux avait voulu avec intention porter un coup fatal aux sciences médicales et anatomiques, il n'aurait pas mieux réussi. C'est ce qu'il va nous être très facile de démontrer.

Il faut que l'on sache d'abord qu'il y a à Paris une administration on ne peut pas plus intéressée à ce que le nombre des inhumations soit aussi grand que possible ; tout le monde a deviné que nous voulons parler de l'administration des pompes funèbres. Or, cette administration, qui cherche à bien faire ses affaires, a dans chaque hôpital un agent occulte ou reconnu, à la piste de tous les décès, et allant, aussitôt qu'il lui en a été signalé un, à la recherche des parens ou des amis, réveiller des sentimens de piété et d'affection, et tout cela dans l'intérêt bien entendu, de l'administration. Cette spéculation à l'enterre- [illegible] activité plus grande [illegible] sorte que le chiffre des morts réclamés s'élève graduellement ; car, en définitive, le peuple est bon et affectueux, il a respect et piété pour les morts, et il suffit de toucher legèrement cette corde chez lui pour la faire vibrer avec force. Devant ce résultat, le conseil général des hôpitaux s'est ému ; il a vu là un symptôme de retour vers les idées et les sentimens de famille, et c'est en effet, si nous sommes bien informés, pour favoriser autant que possible la propagation de ces sentimens qu'il a adopté la mesure que nous avons fait connaître.

Eh bien ! nous ne craignons pas de le dire, le conseil s'est étrangement trompé sur la valeur, sur la moralité du résultat. Les sujets réclamés spontanément forment le plus petit nombre ; tout le reste est le fruit d'instigations, de conseils intéressés, et au lieu de favoriser l'extension de sentimens honorables et respectables, il ne favorisera que l'extension d'une industrie particulière. D'ailleurs, l'autopsie d'un cadavre n'est pas une profanation ; rien n'empêche après l'ouverture, de satisfaire les désirs pieux de la famille ou de l'amitié. On conçoit très bien que l'on ne livre pas aux amphithéâtres de dissection un corps qui est réclamé ; mais qu'on en empêche son ouverture, voilà véritablement ce qu'on ne peut comprendre. Jamais, sous les plus mauvais jours de la restauration, les jésuites qui occupaient le pouvoir n'ont osé proposer une mesure semblable ; et certes, pour colorer cet attentat envers les études médicales, ils auraient plus adroitement ou plus franchement invoqué d'autres prétextes qu'un sentiment de retour fort contestable aux affections de famille. Tant il est vrai que les passions, les intentions mauvaises n'ont fait que changer de manteau ; elles s'enveloppaient autrefois sous celui de la religion ; elles se drapent aujourd'hui dans celui de la philantropie. L'un vaut l'autre, croyez-le.

Rendre nécessaire l'autorisation des parens pour pouvoir procéder à une autopsie, c'est tout simplement rendre les autopsies impossibles. On sait, en effet, combien est grande la répugnance du peuple pour ces sortes d'investigations, et l'on peut être sûr qu'à la plupart de ces demandes il répondra par un refus. Voilà donc une source précieuse d'enseignement presque tarie. Les recherches nécroscopiques, qui forment le complément indispensable de toute instruction clinique, vont être entourées de tant d'entraves, de formalités et de lenteurs, qu'elles seront impossibles, ou incomplètes, ou entachées de causes d'erreurs. Tous les cliniciens savent, en effet, quels résultats différens donnent les autopsies pratiquées plus ou moins loin de l'époque de la mort ; or, avant que toutes les formalités requises par le nouvel ordre de choses soient remplies, il se sera écoulé un temps si considérable que pendant les deux tiers de l'année les autopsies, au point de vue clinique, seront impraticables. Plus d'observations complètes ; le médecin ou l'élève qui, dans tant de circonstances où l'impuissance de l'art rend fatale la terminaison des maladies, attendent les lumières que la nécropsie répand sur la nature du mal, seront obligés de terminer brusquement leurs notes incomplètes, et d'attendre des occasions nouvelles et lointaines. Nous voilà, grâce à l'intelligent conseil des hôpitaux, revenus au beau siècle de Galien ; malheureusement, comme le médecin de Pergame, nous ne pourrons pas même faire le voyage d'Alexandrie, car les flambeaux qui brillaient dans cette école célèbre y sont éteints depuis long-temps. Et qu'on ne croie pas que nous exagérions à plaisir les résultats funestes du nouvel arrêté du conseil des hôpitaux. Il est à notre connaissance que déjà cette mesure a fait sentir tout le poids de son absurdité à plusieurs chefs de service. L'un d'eux notamment a trouvé un moyen ingénieux de se soustraire à cet arrêté, moyen que nous recommandons à tous ses confrères. Un malade est mort dans son service ; il voulait en faire l'autopsie, on lui a opposé l'ordonnance récente. Qu'a-t-il fait ? Il a écrit sur le cadavre : *Mort de mort inconnue.* Le procureur du roi a ordonné l'autopsie d'office, et le médecin a pu en profiter.

Ce n'est pas seulement aux études cliniques que cette mesure va être fatale, elle portera aussi une atteinte profonde aux études anatomiques. Qu'arrivera-t-il en effet ? C'est que les occasions de pratiquer des autopsies deviendront si rares, qu'aucune ne sera négligée par les médecins d'hôpitaux, de sorte que tous les sujets non réclamés par les parens seront certainement ouverts dans les hôpitaux, et que les amphithéâtres de dissections ne recevront plus que des corps mutilés et propres seulement à l'étude de quelques parties de l'anatomie. Voilà l'École de Paris dépouillée d'un coup de ses plus puissans moyens d'instruction ; on sait, en effet, que c'est à cause de la facilité que les élèves y trouvaient pour les études anatomiques et cliniques que cette École était devenue le rendez-vous presque général des élèves nationaux et étrangers.

Nous reviendrons certainement sur ce sujet, car nous apercevons depuis long-temps une tendance désastreuse vers l'amoindrissement des grands centres d'instruction médicale, et il est temps, ce nous semble, de la signaler aux amis des fortes et puissantes études. Nous le ferons très prochainement ; aujourd'hui nous voulons dire en terminant qu'un seul médecin siége dans le Conseil général des hôpitaux, que ce médecin est en même temps doyen de la Faculté de Paris, c'est-à-dire chargé de soutenir les intérêts de l'enseignement et de combattre toutes les mesures qui lui sont funestes. Malgré nos investigations, il nous a été impossible d'apprendre si ce médecin a rempli, dans cette circonstance, le rôle qui convenait à ses hautes fonctions, c'est-à-dire s'il a combattu pour la défense des intérêts de l'enseignement, si gravement compromis. Ce qui est sûr, c'est que la mesure a été adoptée. Or, M. Orfila n'avait qu'un moyen non seulement de ne pas accep-

pénétrer à travers le col qui n'est nullement dilaté; mais si le col est perméable, si le doigt peut le traverser, alors c'est différent, l'on parvient avec facilité à toucher le placenta; c'est même, suivant l'opinion du professeur, le meilleur moyen pour constater l'insertion de cet organe sur le col. Cependant si la perte était suspendue, il faudrait s'abstenir de toute investigation manuelle qui pourrait rappeler l'hémorrhagie.

Pronostic. — Lorsqu'une femme arrivée au terme de la grossesse se trouve prise de métrorrhagie, il y a, pour le pronostic, deux intérêts à examiner : 1° l'intérêt de la mère, 2° celui de l'enfant. En général, le pronostic est plus ou moins grave, suivant la quantité de sang perdue. Ainsi, dans le service, plusieurs femmes se sont trouvées dans ces conditions sans qu'il ait été besoin de les retirer de la salle où elles étaient couchées, et cela parce que les accidens hémorrhagiques avaient bientôt cessé.

Relativement à l'époque de l'apparition de la perte, le pronostic est encore plus ou moins grave. L'on peut dire, en général, que la gravité est plus grande quand l'hémorrhagie se montre dans le cours de la grossesse, que lorsqu'elle complique le travail; et cela, parce que les conditions qui doivent préparer l'évacuation de l'utérus sont plus éloignées dans le premier cas, et plus rapprochées dans le second. Le pronostic de la métrorrhagie est encore plus ou moins grave, suivant les causes qui lui ont donné lieu. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, l'hémorrhagie est beaucoup plus grave dans le cas d'insertion du placenta sur le col que dans toute autre cause accidentelle; et cela, parce que dans le cas d'insertion du placenta sur le col, la cause persistant, l'hémorrhagie devra nécessairement se reproduire. La métrorrhagie est aussi beaucoup plus grave chez les primipares que chez les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfans, car le travail est bien plus difficile chez les premières que chez les secondes.

Enfin, une dernière observation, c'est que la métrorrhagie, surtout quand elle dépend de l'insertion du placenta sur le col utérin, est infiniment plus grave dans les hôpitaux que dans la pratique civile; en effet, dans les hôpitaux, les femmes sont plus susceptibles de devenir malades, exposées qu'elles sont à subir les influences des épidémies qui souvent règnent dans ces établissemens.

L'on peut dire que la métrorrhagie est grave en même temps et pour la mère et pour l'enfant; cependant elle est plus souvent funeste à l'enfant qui supporte beaucoup moins bien que la mère la perte du sang, et qui le plus souvent n'y survit pas. La femme, dans ce cas, sent graduellement se ralentir les mouvemens de son enfant : un mot là-dessus.

L'on a vu précédemment que le sang dans la métrorrhagie coulait à l'extérieur, et que la plus petite partie se coagulait pour former des caillots qui ne sont expulsés que par intervalle; l'on a vu que l'hémorrhagie était en même temps veineuse et artérielle, que le sang veineux est presque semblable au sang artériel tant la circulation est active dans les sinus utérins, et que l'utérus et le placenta étaient en même temps la source de l'hémorrhagie; qu'en conséquence, celle-ci était à la fois maternelle et fœtale. Cependant il est assez rare que, dans ces circonstances, le fœtus perde du sang; celui-ci vient principalement de la mère. Si les choses se passent ainsi, l'enfant ne succombe pas à une véritable hémorrhagie, mais bien à la suspension de la circulation; aussi l'enfant meurt-il avec tous les symptômes de congestion sanguine des organes, et ici les conditions sont les mêmes que dans le cas de mort du fœtus par suite de la compression du cordon. Ceci a été indiqué depuis long-temps déjà; on le trouve dans Rœderer; mais les auteurs modernes ne l'ont point mentionné.

Traitement. — Pour mieux faire comprendre ce qu'il y a à dire sur le traitement de la métrorrhagie, M. P. Dubois suppose quelques cas, assez nombreux cependant pour qu'ils comprennent tous les cas possibles; ce sera une sorte de *vade mecum* sur le sujet.

La métrorrhagie, relativement aux soins qu'elle réclame, présente une notable différence suivant qu'elle a lieu avant ou pendant le travail; mais ces cas sont ordinairement assez difficiles à distinguer, bien que de prime-abord cela paraisse facile. Le seul moyen qui puisse servir à établir cette distinction, c'est l'expression de la douleur chez la mère; mais l'on comprend de suite que cela ne suffit pas, car il y a des femmes chez lesquelles le travail est commencé sans qu'elles s'en doutent, et cela est très ordinaire dans le cas où il existe une métrorrhagie. Ici, en effet, les douleurs occasionnées par les contractions utérines se confondent assez bien avec les petites douleurs continues résultant de l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie avant le travail sera ou légère, ou grave; cette distinction est essentielle, car le traitement devra varier beaucoup suivant l'intensité de la métrorrhagie. L'hémorrhagie légère, en effet, ne détermine que de légers troubles dans l'économie; tandis que l'hémorrhagie grave, en donnant lieu à un écoulement de sang considérable, amène par cela même des troubles profonds.

Dans la métrorrhagie légère, il faut commencer par placer la malade dans une position horizontale pour diminuer l'afflux du sang vers l'utérus, lui conseiller le repos le plus absolu, la placer dans une chambre dont la température sera peu élevée, et exposée même à un courant d'air frais si cela est possible. La malade fera usage de boissons acidulées; s'il existe de la pléthore, une saignée du bras sera pratiquée. Comme il pourrait se faire que la réplétion de la vessie et du rectum entretinssent l'hémorrhagie, il serait utile d'évacuer ces organes à l'aide d'un lavement et de la sonde. Comme on le voit, les indications sont simples ici. Il faut ajouter que la malade devra être surveillée attentivement.

Dans la métrorrhagie grave, les moyens précédens seraient inefficaces; la saignée devient alors non-seulement inutile, mais encore nuisible, à cause de la grande quantité de sang perdu. Les moyens à employer sont les réfrigérans, soit à l'extérieur, soit en boissons, soit en injections, soit enfin en lavemens, mais rarement sur une surface aussi étendue à la fois. Si cela n'est pas assez puissant, l'on pourrait donner l'ergot de seigle, mais à titre de moyen hémostatique seulement, et non pas par la bouche, il serait le plus souvent rejeté par les vomissemens, mais par le rectum, dans un véhicule froid.

Restent deux moyens, l'emploi du tampon et la rupture des membranes.

Par la rupture des membranes, l'on cherche à provoquer la rétraction utérine, qui suffit, dans la grande majorité des cas, pour arrêter l'hémorrhagie. Ce conseil a été donné par Goueppi. Peut-être l'emploi du tampon présenterait-il plus de sécurité que la rupture des membranes; car celle-ci pourrait surprendre l'enfant dans une fausse position; c'est-à-dire que l'enfant pourrait ne présenter au détroit supérieur ni la tête, ni le pelvis, circonstance qui ajouterait encore aux conditions fâcheuses existantes déjà.

Il reste à parler maintenant du traitement de la métrorrhagie pendant le travail.

La métrorrhagie existant pendant le travail, soit qu'elle ait commencé avant le début de celui-ci, ou depuis son début, doit, comme dans le cas précédent, être distinguée en métrorrhagie légère et en métrorrhagie grave.

Dans la métrorrhagie légère, il s'agit d'une femme dont l'orifice n'est ni dilaté, ni dilatable, et chez laquelle les membranes sont intactes. L'on voit tout de suite que ce cas offre la plus grande ressemblance avec ceux dont il a été précédemment question, si ce n'est que, le travail étant commencé, il y a douleurs. Les soins à donner dans ce cas sont, par conséquent, les mêmes que dans les cas qui précèdent.

Maintenant, si l'on suppose une femme chez laquelle l'orifice utérin est dilaté, les membranes étant encore intactes, il faudra d'abord, dans ce cas, remplir les indications générales, puis ensuite l'on pourrait rompre les membranes et rendre le travail plus actif par quelques doses d'ergot de seigle. Lorsque les membranes sont rompues et l'orifice utérin dilaté, les moyens à employer sont les mêmes que dans le cas précédent; il faut aussi activer le travail s'il paraît traîner en longueur.

A présent, l'on suppose que c'est à une hémorrhagie grave que l'on a affaire. L'orifice utérin n'est pas dilaté, les membranes sont intactes. Ici les soins à donner sont à peu près les mêmes que dans le cas où les parties se trouvant dans les mêmes conditions, le travail n'est pas commencé, il faut ou tamponner, ou rompre les membranes. Cette dernière manœuvre a même quelqu'avantage sur le tamponnement si la position du fœtus est avantageuse, si celui-ci se présente par l'une de ses extrémités.

Les membranes sont rompues, le col n'est que légèrement dilaté; c'est un des cas les plus sérieux et les plus embarrassans. Les premiers moyens à employer sont les réfrigerans et quelquefois l'ergot de seigle. Mais l'hémorrhagie peut continuer, et l'on se trouve alors placé entre deux écueils; ou bien il faut évacuer l'utérus, et la version est le seul moyen d'arriver à ce résultat; ou bien il faut appliquer le tampon, et ce moyen est peu convenable; car il ne s'applique pas immédiatement sur les orifices des vaisseaux divisés, et l'hémorrhagie continuerait de se faire à l'intérieur. L'on n'aurait fait qu'une chose, changer une hémorrhagie apparente en une hémorrhagie latente.

Entre ces deux moyens, il faut choisir suivant les circonstances. Lorsque l'utérus est assez souple pour laisser croire que la main pénétrera dans sa cavité sans éprouver trop de résistance et sans trop de violence, il faut recourir à la version, surtout si l'utérus contenait une assez grande quantité de liquide. Cette dernière circonstance rendrait le tamponnement plus préjudiciable qu'utile; en effet, l'utérus, qui déjà aurait été distendu par une assez grande quantité d'eau, se distendrait de nouveau beaucoup plus facilement, et pourrait contenir une bien plus grande quantité de sang. Si, au contraire, l'utérus présente une grande résistance, s'il contenait peu de liquide, l'on doit, dans ce cas, recourir de préférence au tampon, car l'utérus ne se laissera pas distendre par le sang. Après cela l'on applique un bandage circulaire, ou bien l'on se contente de comprimer le ventre avec la main. Mais, quoi qu'on fasse, cet accident entraîne les conséquences les plus fâcheuses; très souvent la vie de l'enfant, et quelquefois celle de la mère, se trouvent compromises.

Si maintenant l'on suppose le cas où l'orifice est dilaté ou susceptible de l'être, il faut rompre les membranes, et si l'utérus ne se contracte pas, l'on procède immédiatement à la version, avec la précaution de ne pas agir trop rapidement. La rétraction de l'utérus suffit le plus souvent pour amener la cessation de l'hémorrhagie. L'on choisit, bien entendu, entre la version ou bien l'application du forceps. Si les membranes sont rompues, l'on se comporte de la même façon, car les indications sont les mêmes, et l'on procède, soit à la version, soit à l'application du forceps. Ou si ce sont les extrémités pelviennes qui se présentent, l'on se contente d'activer la sortie du fœtus à l'aide de quelques tractions seulement.

---

fer la solidarité de cette mesure, mais encore de prouver qu'il lui était hostile, ce moyen, c'était de protester ou de se retirer *illicò* d'un conseil qui venait brutalement de porter une atteinte si grave aux études et aux progrès des sciences médicales.

UNE POLÉMIQUE AU COMMENCEMENT DU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

En l'an 1613, il arriva un petit événement qui mit en grande rumeur les antiquaires et les anatomistes. Un gentilhomme dauphinois faisant batir près de son château, les ouvriers qui fouillaient la terre pour en tirer du sable, trouvèrent, environ à dix-sept pieds en terre, une tombe de brique, longue de 30 pieds, large de 12, haute de 8, sur laquelle était fixée une dalle en marbre gris, avec cette inscription en lettres romaines : *Theutobocus rex*. Dans cette tombe étaient des os d'une grandeur énorme, avec des médailles d'argent.

Quelque temps après parut à Paris une petite brochure en 15 pages ayant pour titre : « Histoire véritable du géant Theutobocus, roy des Theutons, Cimbres et Ambrosins, défait par Marius, consul romain, cent cinquante ans avant la venue de Notre-Sauveur, lequel fut enterré auprès du château de Chaumont, etc.; par Jacques Tissot. » Cette brochure est, du reste, fort curieuse : l'auteur accumule les autorités pour prouver qu'il a existé des géans, non-seulement dans le style figuré, *mais qui ont eu*, dit-il, *des hommes pour progéniteurs*; il passe ensuite aux faits particuliers qui appuient la découverte du géant Theutobocus. « De toute ancienneté le lieu où a été trouvée cette tombe s'appelle le terroir du géant; le nom de Theutobocus s'est trouvé sur la tombe; Florus, en son histoire, donne celle de Theutobocus, roy des Cimbres, Theutons et Tigurins, qui, l'an 642 de la fondation de Rome, et 150 ans avant la naissance de J.-C., vinrent attaquer le camp de Marius, non loin de la jonction du Rhône et de l'Isère, et furent détruits. Il est démontré, d'ailleurs, par les médailles trouvées dans la tombe, que le corps de Theutobocus y avait été porté, parce que les lettres gravées sur ces médailles désignoient le nom de Marius, et que ces médailles ressembloient à celles de l'amphithéâtre d'Orange, anciennement nommé de Marius. »

Il semblait jusque-là que la question ne dût intéresser que les archéologues et les antiquaires; mai j'ai dit que des os avaient aussi été trouvés dans la tombe du roi Theutobocus. Or, plusieurs de ces os furent apportés à Paris par un chirurgien de Beaurepaire, nommé Pierre Mazuyer qui jugea par leur grandeur que le corps entier devait avoir 25 pieds de haut, l'os de la cuisse et de la jambe joints ensemble et sans le pied ayant 9 pieds de long, et chaque vertèbre plus du tiers d'un pied d'épaisseur. On comprend combien une telle découverte devait produire une grande sensation parmi les anatomistes de l'époque. On va voir s'il en fut ainsi.

Alors vivaient, entr'autres médecins et chirurgiens fameux de l'époque, Guillemeau, Jean Riolan, et un autre beaucoup moins connu aujourd'hui, mais qui jouit d'une grande réputation à la fin du seizième et au commencement du dix-septième siècle, je veux parler de Nicolas Habicot. Cet Habicot, assez négligé, du reste, par les Biographes, ne fut cependant pas sans mérite. Il fut surtout très connu par sa *Semaine anatomique*, sorte de traité en sept journées, conformément à ce qui se pratiquait dans les écoles, où l'on faisait un cours entier d'anatomie sur un seul cadavre. Cet ouvrage servit de guide aux élèves chirurgiens jusqu'à l'apparition de l'anatomie de Winslow, qui avoua avec franchise avoir trouvé dans la *Semaine* d'Habicot une découverte qu'il avait cru lui appartenir; savoir, que le doigt *médius* n'a pas de muscle inter-osseux interne. Habicot a publié beaucoup d'autres ouvrages dont les titres seuls me conduiraient trop loin. Je veux dire seulement qu'à l'occasion ce fut un homme d'esprit, et je n'en citerai pour preuve que cette réponse spirituelle et modeste qu'il fit, devant la reine-mère, à la duchesse de Nemours, qui lui demandait quel était le meilleur chirurgien de Paris : « Il n'y en a qu'un au monde, Madame, c'est celui qu'on affectionne. »

Or, Habicot, après avoir examiné les os apportés à Paris, entreprit de soutenir qu'ils étaient réellement ceux du géant Theutobocus, et publia, sur ce sujet, une brochure de soixante pages, ayant pour titre : *Gigantostéologie*, ou *Discours des os d'un géant*. Il dédia cet ouvrage au roi Louis XIII, auquel Herouard, son premier médecin, le présenta. Ni l'auteur, ni son protecteur, ni le roi, ne s'attendaient, sans doute, à ce que ce petit opuscule allait soulever un orage véritable, suivi d'un déluge de brochures et de pamphlets.

Peu de temps après parut une critique de l'ouvrage d'Habicot, ayant pour titre : *De la Gigantaumachie, pour répondre à la Gigantostéologie*. L'auteur ne se nomme point, et prend le titre d'écolier en médecine.

Habicot avait accumulé les autorités pour prouver l'existence des géans, le prétendu écolier les accumule aussi pour la combattre; il passe ensuite à l'Ostéologie du géant Theutobocus, et il cherche à prouver que, suivant même les proportions des os de la cuisse et de la jambe, le corps entier ne devait avoir que treize pieds, ce qui aurait été une grandeur assez raisonnable. Il assure de plus que le calcanéum, l'astragale, le fémur, la mâchoire, les vertèbres, l'omoplate, que l'on disait appartenir à ce géant ne pouvaient pas être des os humains; quelqu'un, disait-il, aura certainement altéré leurs caractères, et là dessus, établissant une comparaison entre ces os et ceux de l'éléphant, il conclut qu'ils appartiennent à cet animal. La découverte de cette tombe est-elle d'ailleurs bien certaine? Elle est dépourvue de toutes les preuves qui auraient dû accompagner un évènement aussi remarquable. Pourquoi ceux du pays n'en ont-ils pas fait plus de bruit? Pourquoi ne voit-on point d'attestations de ceux qui ont visité le monument? Pourquoi, enfin, les médailles de Marius n'ont-elles pas été portées au roi?

L'auteur ne borne pas là sa critique : il paraît qu'Habicot, tout chirurgien-barbier qu'il fût, avait pris la robe et le bonnet carré. Ceci fâche beaucoup l'écolier en médecine et lui fournit sujet à une vive sortie contre les chirurgiens en général qui ont, dit-il, contrevenu au précepte d'Hippocrate ainsi conçu : « Que les vêtemens du chirurgien soient courts, serrés, sans plis, avec manches étroites. »

Ce dernier argument était, comme on le voit, formidable et surtout bien en situation.

Mais Habicot ne devait pas avoir que ce seul adversaire. Bientôt après parut un autre ouvrage intitulé : *L'imposture découverte des os humains supposés et faussement attribués au roy Theutobocus*. L'auteur garda l'anonyme. Dans cet écrit, tout ce qui est critique est raisonnable et fondé. Mais à son tour l'auteur veut expliquer la présence des os et leur énorme grandeur, et il adopte l'explication la plus étrange et la plus inattendue. Il croit, en effet, qu'il peut se former dans le sein de la terre des pierres osseuses, semblables à l'aspect et par les formes aux os humains. Comme l'auteur précédent, celui-ci termine son œuvre par une vive sortie contre les chirurgiens.

Guillemeau, qui n'aimait pas Habicot, crut cependant l'honneur du corps intéressé dans cette affaire, et il se mêla de la partie en publiant anonymement un *Discours apologétique touchant la vérité des géans contre la gigantaumachie d'un soi-disant écolier en médecine*. La réalité des géans est appuyée par des preuves tirées des livres saints; il soutient ensuite le fait particulier du géant Theutobocus, tout en jetant le blâme sur les motifs invoqués par Habicot; il déclare le chirurgien et l'écolier en médecine égaux d'insuffisance, et il leur applique assez méchamment ce vers de Virgile :

« *Qui Bavium non odit, amet tua carmina, Mœvi.* »

Mais Guillemeau voulait surtout venger les chirurgiens des reproches qui leur avaient été adressés par l'écolier en médecine de ne pouvoir enseigner l'anatomie en latin : « Le moyen, dit-il, que Pineau, Philippes, Lanay, Guillemeau, qui faisoient n'aguères leurs leçons en langue latine, ne soient venus à votre connoissance : notre collége est une pé[illegible] de tels hommes; et depuis trois jours encore, à la face du pre[illegible] la France, l'un de nous servit en partie d'avocat, à la

HOPITAL NECKER. — M. TROUSSEAU.

Du traitement de la névralgie sciatique par la morphine et le dartura stramonium (méthode hypodermique).

Nous avons au n° 36 de la salle Sainte-Anne, une femme récemment accouchée, qui d'abord avait été placée dans une de nos salles de nourrices. Interrogée par nous, cette femme nous raconte qu'au moment de son accouchement elle fut prise de crampes violentes occupant le bassin. Cette vive douleur qu'a éprouvée cette femme est-elle due à la compression des nerfs sacrés? C'est possible, c'est même probable. Quoi qu'il en soit, la névralgie sciatique est une affection commune chez les femmes en couches.

Comme, à son entrée dans notre service, cette femme présentait quelques accidens de forme puerpérale, nous avons donné l'ipécacuanha.

La douleur qu'elle éprouvait lors de son accouchement resta pendant quelque temps bornée au point du ventre où elle s'était fait sentir pour la première fois ; mais bientôt elle se propagea dans la cuisse droite et parut rénitente, ce qui nous porta à donner le sulfate de quinine, mais sans aucun avantage : de grands bains et une application de quatre vingts sangsues n'eurent pas un meilleur effet. Dans cette extrémité, nous eûmes recours à l'emploi de sulfate de morphine et d'extrait de datura stramonium par la méthode que nous avons appelée hypodermique, qui consiste à faire une petite incision comme pour un cautère, et à appliquer dans cette incision deux pois faits avec cinq centigrammes de sulfate de morphine et d'extrait de datura stramonium.

Dès le premier pansement avec ces pois médicamenteux, il y eut tous les signes de l'intoxication par les solanées vireuses: dilatation de la pupille, délire, etc., et les douleurs avaient disparu au troisième pansement. Pour prévenir leur retour, l'on continua pendant dix à quinze jours l'emploi du même moyen. C'est, sans contredit, le meilleur que l'on puisse opposer à la sciatique rhumatismale ; bien entendu que, lorsqu'il s'agira d'une névralgie sciatique dépendant d'une fièvre intermittente larvée, ce sera aux préparations de quinquina qu'il faudra avoir recours.

Erythème noueux.

Nous avons, au n° 45 de la salle Sainte-Anne, une femme atteinte d'une maladie qui n'a pour nous qu'un intérêt de curiosité pathologique, car la thérapeutique ne peut rien contre elle. Cette femme est infirmière à l'hôpital d s Enfans ; elle est entrée avant-hier dans notre service. Il y a cinq jours, après une indisposition de quelques jours, elle fut prise tout à coup de vives douleurs aux bras et surtout aux jambes. Cette circonstance de douleurs vives aux jambes et aux bras, apparaissant après quelques jours de fièvre, nous fit annoncer l'existence d'un érythème noueux, affection que nous reconnûmes en découvrant la malade ; véritable maladie de peau, comme le serait bien la varicelle.

Quelques jours avant l'apparition de cet érythème, il existe un malaise général, de l'embarras gastrique, de la fièvre, puis tout à coup, ainsi que cela est arrivé chez la femme du n° 45, surviennent de vives douleurs de jambes, plus rarement des bras ; ces parties deviennent le siége de rougeurs circonscrites en plusieurs points et s'accompagnent bientôt de gonflement, d'une saillie ressemblant assez bien à un furoncle en résolution, sorte de noueure qui a servi à qualifier cette maladie (*erythema nodosum*). Cet érythème occupe plutôt les jambes que les bras ; il est susceptible de se reproduire d'une manière successive, c'est-à-dire qu'aux nodosités passées succèdent d'autres nodosités : sa durée est de deux à cinq et quelquefois sept septenaires. Lorsque les personnes atteintes de cette maladie se lèvent, les points rouges deviennent violets, et d'autres points qui ne présentaient aucune trace de rougeur deviennent rouges ; les jambes alors sont le siége d'un gonflement général assez considérable. L'on voit aussi survenir quelquefois de véritables papules.

Cette maladie, comme symptôme local, n'offre rien de particulier, seulement l'éruption se fait, comme nous l'avons dit, d'une manière successive. Mais sous le rapport de son expression générale, elle est très curieuse à observer. La fièvre persiste avec le type quotidien, rarement rémittent, aussi longtemps que l'éruption continue de se faire. Chez une jeune fille couchée il y a quelque temps au n° 17, cette fièvre a persisté vingt cinq jours pendant lesquels nous avons observé du mal de tête, la langue saburrale, le mauvais goût de la bouche, de l'inappétence, les symptômes en un mot d'une fièvre typhoïde légère ; puis l'éruption arrivée à son terme, la fièvre tombe ; il semble alors que tous le levain morfibique ait été complétement éliminé.

Cette maladie n'a été bien décrite que par les anciens, et entr'autres Borsieri qui la désigne par le nom d'érysipèle.

Il y a entre elle et la fièvre putride une très-grande analogie, à tel point qu'à part les lésions locales, qui dans un cas ont pour siége l'intestin, et dans l'autre cas les jambes, l'on pourrait les confondre. Bien entendu que nous parlons de la fièvre putride dans sa forme la plus légère.

Névralgie frontale.

Nous avons, au n° 44 de la salle Sainte-Anne, une femme atteinte de névralgie occupant le front du côté droit. Depuis six semaines environ, cette malade ressent une vive douleur qui a son siége vers la bosse frontale, douleur qui ne suit ni la direction de l'artère sourcilière, ni celle de l'artère temporale. Si l'on applique la main vers le point douloureux, l'on constate l'existence d'une exostose. Cette femme est, en outre, chlorotique.

Lorsque l'on trouve une exostose sur un point douloureux, la première idée qui frappe un médecin, c'est que la douleur dépend d'une affection syphilitique. Il est vrai que cette femme ne souffre pas plus la nuit que le jour ; mais on sait que cette circonstance ne suffit pas pour exclure l'existence de la syphilis ; bien plus, il y a des personnes évidemment atteintes de vérole, et chez lesquelles la douleur ne se montre que pendant le jour pour disparaître la nuit. Nous avons eu occasion de voir plusieurs cas de ce genre.

Il serait difficile de rapporter la douleur qu'éprouve cette malade à une névralgie ; dans ce cas, en effet, au lieu de se borner à un seul point et de former pour ainsi dire une sorte d'île, elle s'irradierait le long du trajet des nerfs. Chercher à savoir de cette femme si elle n'avait jamais eu la vérole eût été chose inutile.

Nous avons donc commencé le traitement par l'application de compresses et d'une solution de cyanure de potassium ; mais ce médicament, si souvent utile dans les cas de névralgie superficielle de la face ou de la région temporale, a été ici sans succès. Ceci nous a engagé à recourir à l'emploi des mercuriaux. Nous avons prescrit vers la fin de mai des frictions sur le point douloureux avec l'onguent napolitain, des bains de sublimé et l'usage à l'intérieur de pilules avec le proto-iodure de mercure. Voilà douze jours que ce traitement est commencé, et déjà les douleurs ont cessé. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en même temps l'exostose a tout à fait disparu.

Ceux d'entre vous qui suivaient notre visite l'hiver dernier, se rappellent une femme qui était au n° 13 (*v.* le n° du 21 novembre 1840), et qui présentait une hypertrophie considérable des vertèbres cervicales, laquelle hypertrophie devait nécessairement entraîner la mort par suite de l'obstruction des trous de conjugaison et du canal rachidien lui-même ; cette femme a été traitée par nous, avec beaucoup de persévérance, par les antiphlogistiques, et au bout de dix mois elle est sortie guérie. Elle nous assurait n'avoir jamais éprouvé aucun symptôme vénérien.

Chez la femme du n° 44, une fois les douleurs de tête bien guéries, restera la chlorose, affection à laquelle les mercuriaux sont loin de convenir, mais dont nous triompherons, il faut l'espérer, à l'aide des martiaux.

Fièvre typhoïde. Eclampsie.

Une nourrice accouchée depuis quatre mois entre dans la salle Sainte-Julie avec une dothinenterie ; mais dans l'impossibilité où elle se trouve de continuer de donner le sein à son enfant, celui-ci est envoyé au dépôt, et elle-même est transportée dans la salle Sainte-Anne, où elle est couchée au n° 4.

Traitée par les purgatifs, cette femme était arrivée à une période avancée de la maladie ; la langue était devenue humide, les accidens du côté du tube digestif s'étaient amendés ; en un mot, il y avait du mieux dans sa position, quand elle fut prise le 24 mai d'une attaque d'éclampsie. Ces mêmes accidens se renouvelèrent plusieurs fois les jours suivans, sans qu'il existât aucun autre symptôme du côté du cerveau, sans délire préalable.

Le 26, pendant la visite, nous fûmes témoins d'une de ces attaques qui offrent tant de ressemblance avec les attaques de l'épilepsie, qu'il est impossible de les distinguer les unes des autres. Cette femme succomba dans la journée.

Il était impossible de prévoir dans ce cas ce que l'autopsie allait nous révéler. Nous n'avions aucun renseignement sur le compte de cette femme, de sorte que nous ignorions si elle n'était pas sujette à des attaques d'épilepsie.

Fallait-il croire à une hydrocéphale aiguë, comme nous en avions observé un cas dans notre service quelque temps auparavant, hydrocéphale aiguë (ou méningo-céphalite) qui a régné épidémiquement sur les garnisons de Versailles et de Strasbourg où elle a fait tant de victimes ; maladie qui tuait dans l'espace de quarante-huit heures quelquefois ceux qui en étaient atteints ? Devions-nous nous attendre à rencontrer exagérée la congestion ou sub-inflammation cérébrale notée par M. Piédagnel dans la fièvre typhoïde, et par suite le ramollissement de quelques points de l'encéphale ? Autant de questions auxquelles il était difficile, pour ne pas dire impossible de répondre.

Nous faisons l'autopsie le lendemain, et que trouvons-nous? Rien autre chose que des ulcérations des glandes de Peyer, ulcérations pour la plupart profondes et laissant à nu la tunique musculeuse de l'intestin, et un peu d'engouement pulmonaire.

Le cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne nous a offert rien de particulier, aucune altération.

A quelques jours de là une autre femme nous arrive dans notre service des nourrices, avec une dothinenterie des mieux caractérisées. Elle ne peut continuer d'allaiter son enfant, qui est transporté au dépôt ; elle même passe dans la salle Sainte-Anne, au n° 42. Elle prend une double pneumonie et meurt au sixième jour de son entrée, au treizième de sa fièvre typhoïde, avec des attaques d'éclampsie.

A l'autopsie, nous trouvons toutes les altérations organiques propres à la dothinentérie et à la double pneumonie, et en outre un épanchement de pus dans la grande cavité de l'arachnoïde. Il n'avait existé pendant la vie aucun symptôme de compression.

Le troisième fait, c'est chez un homme du service de M. Bricheteau qui, à une époque avancée de la fièvre typhoïde, présenta des convulsions éclamptiques semblables à celles qu'avaient éprouvées les deux femmes dont nous venons de vous parler. Cet homme n'a pas succombé : il est aujourd'hui en voie de guérison.

Depuis quelque temps, M. Leclerc, élève et successeur de M. Bretonneau dans la place de médecin en chef de l'hôpital de Tours, nous écrivait que depuis quelque temps l'on observait dans cette dernière ville, tant à l'hôpital que dans la pratique civile, et dans tout l'ouest de la France, une maladie bizarre, caractérisée par des symptômes nerveux très graves, de la stupeur ou délire, et qui faisait beaucoup de victimes ; à l'autopsie on ne trouvait aucune altération de l'intestin, et presque toujours il y avait du pus dans la grande cavité de l'arachnoïde. Cette maladie avait d'abord été confondue avec la dothinentérie que l'on observait en même temps. Mais M. Bretonneau ne tarda pas à reconnaître une espèce de typhus nerveux. En sorte que maintenant à Tours on sait très bien distinguer cette maladie de la fièvre typhoïde.

Est-ce à la réunion, au mélange de ces deux maladies, le typhus et la dothinentérie, qu'il faut rapporter l'épidémie qui a sévi sur les garnisons de Versailles et de Strasbourg, et les accidens que nous venons d'observer ? C'est ce que nous ne pouvons dire ; mais cette opinion ne nous paraît pas dénuée de fondement.

Quoi qu'il en soit, il y a quelques années l'on disait, et aujourd'hui encore on le répète, que toujours dans le typhus l'on trouvait des ulcérations des glandes de Peyer ; or, les faits observés à Versailles, à Strasbourg, et plus récemment à Tours, font voir la fausseté de cette assertion, et doivent montrer à certains médecins qu'ils ne font pas la science à eux seuls, qu'ils doivent se donner la peine d'ouvrir les vieux auteurs et qu'ils y trouveront de bons, de sages et d'utiles enseignemens.

---

cause de la communauté, sans emprunter autre langue que la latine ; et si vous eussiez combattu les géans avec armes latines, on les eût vangé de même sorte. »

Quoique Guillemeau eût, dans le fond, soutenu le sentiment d'Habicot, celui-ci n'était pas assez bien traité par son confrère en chirurgie pour qu'il ne sentît pas le besoin de lui répondre. Il répondit, en effet, et quoique sa réponse fût revêtue de l'approbation de huit chirurgiens fameux, dit Quesnay, en l'Université de Paris, Habicot ne s'exposa pas moins à de nouvelles et plus dures attaques. La première fut une plaisanterie qui parut sous ce titre : *Jugement des ombres d'Héraclite et de Démocrite sur la réponse d'Habicot au discours attribué à Guillemeau.*

Mais le plus redoutable des adversaires parut enfin dans la lice ; ce fut Riolan, le célèbre anatomiste, qui en vint aux mains avec Habicot, dans un ouvrage intitulé : « Gigantologie, ou Histoire de la grandeur des géans, où il est démontré que, de toute ancienneté, les plus grands hommes et géans n'ont été plus hauts que ceux de ce temps. Tout ce qu'on a dit sur les géans ressemble trop à des fables pour qu'un homme sérieux doive s'y arrêter, tous les géans connus n'avaient pas plus de huit à neuf pieds, et toutes les histoires de grandeurs au-delà de dix pieds sont fausses. Tous ces os trouvés dans la terre et de grandeur démesurée sont des os de monstre ma in, ou de baleine, ou d'éléphant, ou des os fossiles. Quant aux os actuels, l'os de la cuisse étant privé des deux trochanters, ne peut être d'un homme, etc., etc. » Le tout assaisonné de force pointes contre Habicot, qu'il traite fort durement.

Habicot ne perdit pas la tête, et s'empressa de publier une réponse sous le titre d'*Anti-gigantologie, ou contre-discours de la grandeur des géans;* il la dédia au duc de Luynes.

L'obstiné chirurgien n'en démord pas ; ce sont bien des os humains et non des os fossiles, ni de monstre, ni de baleine, ni d'éléphant. Il produit deux lettres du chirurgien de Beaurepaire en forme de certificat, ainsi que de M. de Langon, seigneur du lieu où fut faite la découverte, qui atteste avoir de la monnaie trouvée dans le tombeau du géant, et avoir entendu les médecins de Montpellier et de Grenoble, qui s'étaient rendus sur les lieux, reconnaître ces os pour des os humains. Il relève à propos quelques inexactitudes échappées à Riolan ; mais il n'en est pas moins vrai que sa réponse est faible, puérile, absurde quelquefois, fausse toujours. Il ne borna pas là sa défense ; car il publia encore, quelque temps après, une vive satire contre Riolan, sous le titre de *Touche chirurgicale.* Il eut grand tort ; car Riolan, qui voulait avoir le dernier mot, et qui l'eut en effet, lui infligea un rude châtiment dans une brochure intitulée : *Correction fraternelle sur la vie d'Habicot, où on fait en passant la critique de ses ouvrages, et notamment de sa Gigantostolćogie.*

A ce dernier écrit se termina cette polémique qui dura plus de cinq ans, et qui fit écrire cette phrase à Habicot dans la préface de son *Recueil de problèmes médicinaux et chirurgicaux*, Paris, 1617 : « Quoique les bourasques de l'envie et les stratagèmes de la médisance m'aient sans sujet agité, si est-ce qu'elles n'ont eu tant de force que de me faire quitter le champ de l'étude. »

Ce n'était pas d'ailleurs la première fois que cette question des géans avait occupé les esprits. Près d'un demi-siècle auparavant le médecin Goropius Becanus, dans ses *Antiquités d'Anvers*, avait réfuté la réalité des géans ; mais il fut réfuté à son tour par Jean Cassanio dans un traité *de Gigantibus*, Bâle, 1580.

Monsieur et honoré confrère,

Enchanté des résultats que j'obtiens depuis trois ans des cathéters de M. Mayor, j'ai pensé, il y a quelques mois, à faire l'application du même principe aux maladies du rectum, J'ai fait confectionner pour cet usage une série de canules en étain, dont j'ai obtenu les plus heureux résultats. J'engage, par la voie de votre journal, mes confrères placés sur un plus vaste théâtre à mettre en usage ce moyen, afin de juger de sa valeur. J'espère d'ici à quelques jours vous envoyer plusieurs observations à ce sujet.

Recevez, etc.

Le docteur Edouard PETIT fils,
Médecin de l'hôpital de Corbeil (Seine-et-Oise).

P. S, On trouvera chez M. Charrière, la série des canules dont je fais usage.

A la mémoire de ROCHER,

Mort dans les devoirs de médecin.

Salut, jeune Rocher, mort pour l'humanité
Dans le sein du devoir et de la charité,
Sois l'exemple et l'honneur des hommes de ton âge.
Ah! reçois chez les morts ce pur et simple hommage.
J'ai chanté les héros, j'ai chanté les guerriers,
Mais je chante aujourd'hui d'aussi nobles lauriers :
Quand la contagion dévora tes entrailles,
Tu tombas sans pâlir sur ton champ de batailles.

Antoni DESCHAMPS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. Barthélemy.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— *M. Lisfranc* fait hommage à l'Académie du premier volume de sa *Clinique chirurgicale*.

— *M. Gérardin* lit une note adressée à l'Académie par M. Chevalier sur un nouveau moyen de distinguer les taches arsenicales des taches antimoniales, moyen proposé par M. Bischof, et dont M. Chevalier a pu vérifier l'exactitude par des expériences qu'il a faites avec M. Labarraque.

— Cette séance a été consacrée toute entière à une discussion sur les travaux d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien. Le point de départ, ou pour mieux dire l'occasion de cette discussion, a été la lecture faite par M. Dubois (d'Amiens) dans la séance annuelle de samedi dernier. Nous nous proposions de publier ce travail, que l'Académie a écouté avec la plus vive attention : mais le comité de rédaction de la rue de Poitiers n'a pas permis que le manuscrit nous fût livré. Voici, du reste, en quelques mots, le jugement porté par M. Dubois sur Galien : Dans l'examen de ses travaux scientifiques, il a loué le génie, l'étendue des connaissances, la profondeur des vues, etc., du médecin de Pergame; mais comme revers de la médaille, il a présenté quelques détails sur le caractère particulier de ce grand génie, détails qui prouvent que l'intelligence la mieux organisée pour la science n'est point à l'abri des petites passions et même des faiblesses humaines ; il a cité à l'appui de cette dernière opinion, la fuite de Galien pendant la peste qui ravageait la population romaine.

Aujourd'hui, M. Double, dont nous n'avons pas besoin de faire connaître toute la vénération pour Hippocrate, est venu faire une lecture en réponse à celle de M. Dubois (d'Amiens). Quoique M. Double se soit appliqué à féliciter M. Dubois sur son travail, il n'en est pas moins vrai que ce qu'il a dit est à peu de chose près la contre partie de ce qu'avait avancé M. Dubois. C'est ainsi qu'il a placé Hippocrate bien au-dessus de Galien, et qu'il a cru pouvoir disculper celui-ci du reproche qu'on lui avait fait d'avoir quitté Rome pendant la peste.

Après cette lecture, M. Dubois a remercié M. Double des encouragemens qu'il avait bien voulu lui donner, et s'est engagé à faire une réponse.

M. Rochoux fait l'éloge d'Hippocrate, mais il met quelques réserves dans l'admiration qu'on professe pour le génie d'Aristote et de Galien.

M. Bouillaud considère Hippocrate, Aristote et Galien comme de grands hommes ; ils ont fait tout ce qui pouvait être fait à leur époque. Mais il est loin de partager toute l'admiration qu'on professe pour leurs travaux. Il porte le défi de trouver dans les œuvres d'Hippocrate une seule observation, une seule description de maladies qui puisse satisfaire de nos jours l'observateur le moins exigeant. Ce qui ne l'empêche pas de reconnaître la supériorité de génie du médecin de Cos.

M. Gerdy pense que pour juger les anciens, il faut tenir compte de leur époque. Leurs travaux se distinguent plutôt par l'imagination que par l'esprit de *positivisme;* ils faisaient de la science plutôt par instinct que d'après des observations. Galien est, pour lui, le plus beau génie médical de toute l'antiquité.

Nous croyons pouvoir nous dispenser d'entrer dans des détails sur cette discussion qui paraît, du reste, devoir être reprise *in extenso* après la réponse de M. Dubois (d'Amiens) à M. Double.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se constitue en comité secret.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la teinture alcoolique d'iode en injections, pour la guérison d'une tumeur abdominale.

Un homme âgé d'environ trente-deux ans, d'une constitution peu robuste, fut pris d'une fièvre rhumatismale compliquée d'irritation particulièrement du côté des organes urinaires. Au besoin presque incessant d'uriner venait s'ajouter une constipation des plus opiniâtres. Le médecin aux soins duquel le malade était confié, fit pratiquer six saignées et appliquer deux fois des sangsues ; il prescrivit en outre une administration d'huile purgative, puis une prise de tartre stibié et des tisanes mucilagineuses. Sous l'influence de ces divers moyens, la constipation céda, il est vrai, mais une dysenterie violente lui succéda, et la difficulté de l'excrétion urinaire augmenta de plus en plus, sans que la région vésicale, néanmoins, fût le siége de douleurs bien notables. Le volume de l'hypogastre s'accrut rapidement. Ce fut alors que le malade entra à l'hôpital. M. le docteur Pagani, dans le service duquel il fut placé, reconnut à l'examen que toute la région hypogastrique et une partie de la région ombilicale étaient occupées par une tumeur dans laquelle il perçut la fluctuation d'un liquide. Le doigt, introduit dans le rectum, constata, au-delà du sphincter, l'existence d'un corps dur et très saillant ; en même temps, une sonde ayant été portée dans la vessie, fut aisément sentie par le doigt, et donna ainsi la certitude que ce viscère était étranger aux élémens qui composaient la tumeur. Un troquart fut plongé à deux travers de doigt au-dessus du pubis, au côté gauche de la ligne blanche, et cette ponction permit aussitôt l'écoulement d'un fluide un peu dense, inodore et sans aucune saveur marquée. La cavité occupée par ce liquide ayant ensuite été explorée à l'aide d'un stilet, on reconnut que la tumeur, qui était circonscrite par le feuillet du péritoine, avait surtout pour siége l'espace compris entre la face antérieure du rectum et la face postérieure de la vessie. M. Pagani, jugeant que les moyens employés pour la cure radicale de l'hydrocèle étaient également indiqués dans le cas présent, injecta dans la cavité de la tumeur un mélange de six grammes (un gros et demi) de teinture alcoolique d'iode et de cinquante grammes (une once et demie environ) d'eau distillée. Cette injection, qui ne fit dès l'abord, éprouver au malade qu'une légère sensation de chaleur dans le bas-ventre, ne détermina ensuite qu'une très faible réaction fébrile qui se manifesta seulement après un laps de quatorze ou quinze heures. Dès lors, l'écoulement de l'urine se fit avec moins de difficulté, et la tumeur disparut entièrement dans l'espace de cinq jours. Il ne restait plus à traiter que la dysenterie, qui finit elle même par céder, et, quelques semaines plus tard, le sujet sortit de l'hôpital dans un état de parfaite santé.

(*Annali univers. di medicina.*)

Traitement des hernies ombilicales par une nouvelle méthode.

On sait combien les hernies ombilicales sont communes chez les jeunes enfans, et combien les cris auxquels ces derniers se livrent souvent avec tant de persévérance, en rendent la contention difficile. M. le docteur Laforêt, médecin à Lavit, rejetant, avec presque tous les praticiens modernes, l'usage de la ligature comme inutile et dangereuse, a constamment recours à la compression exactement maintenue, et réunissant toutes les conditions désirables ; savoir : la simplicité du bandage, son immobilité et sa résistance à être pénétré par l'urine.

Pour remplir ces conditions, M. Laforêt emploie un morceau de toile cirée dont l'étendue est proportionnée au volume du ventre de l'enfant. Il recouvre le côté non enduit de cette toile d'une couche légère de poix de Bourgogne, après en avoir replié circulairement les bords, et appliquant auparavant une demi-sphère de cire molle sur l'anneau ombilical débarrassé de la hernie; il recouvre le tout de la toile emplastique qu'il maintient par une ceinture médiocrement serrée. Un mois suffit, en général, pour procurer la guérison.

(*Exposé des trav. de la Soc. de Méd. de Toulouse.*)

Application de la nepeta cataria au traitement de l'odontalgie.

La plante connue sous le nom vulgaire d'*Herbe aux chats*, la chataire commune (*Nepeta cataria* de Linné), que l'on trouve dans les parties méridionales de l'Europe où elle croît spontanément et en assez grande abondance, après avoir passé à différentes époques comme emménagogue, diurétique, sudorifique, stomachique, antispasmodique, etc., et avoir été successivement vantée, abandonnée, puis préconisée de nouveau par les thérapeutistes, vient d'être présentée par M. le docteur Guastamacchia comme un agent presque certain de guérison dans certaines variétés de douleurs dentaires. Ce médecin l'a employée un grand nombre de fois contre l'odontalgie qui reconnaît pour cause soit la carie d'une dent, soit un simple refroidissement. Le mode d'administration est des plus simple; il consiste à placer les feuilles de la plante entre la dent douloureuse et celle de l'autre mâchoire qui lui correspond, ou encore à les faire soumettre à la mastication. M. Guastamacchia a toujours vu, sous l'influence de cette médication, une salivation assez copieuse se produire d'abord, puis la douleur céder complètement dans l'espace de quelques minutes au plus.

(*Il Filiatre Sebezio*, 1841.)

Expériences sur la force reproductrice des sangsues;
par M. Stefano Grandoni.

Tandis que Bosc, le continuateur de l'Histoire naturelle de Buffon, assure positivement que les sangsues jouissent de la faculté de régénérer les portions de leur corps qui ont été enlevées, l'opinion contraire est professée par les auteurs du Dictionn. des Sciences naturelle. Cette contradiction, et quelques autres circonstances, ont engagé M. Grandoni à éclairer cette question par des expériences directes. Il coupa vingt sangsues entre le cinquième et le sixième segment de leur corps, puis il en plaça la moitié dans des verres contenant de l'eau avec de petites pierres au fond, et il déposa les autres dans des verres garnis d'une couche mince de terre glaise humectée d'eau. Toutes les précautions furent prises, d'ailleurs, pour les conserver aussi bien portantes que possible. Au bout de trois semaines, une de celles qui reposaient sur la glaise présenta à son extrémité tronquée deux corpuscules gélatiniformes de couleur blanche et de forme légèrement convexe, au centre desquels on distinguait un point plus vivement coloré et transparent ; le reste de la section était un peu arrondie et recouverte d'une membrane très mince. Ces signes semblaient indiquer comme probable le succès de l'expérience ; mais un mois plus tard, cette même sangsue mourut, et autant qu'on put le présumer, par suite de l'état où se trouvait son extrémité tronquée.

Trois mois après le commencement de l'expérience, les sections des autres sangsues furent trouvées revêtues d'une masse gélatiniforme, dense et arrondie, qui en peu de temps se transforma en une membrane très fine et transparente au moyen de laquelle la surface tronquée devint entièrement lisse.

Au bout d'environ six mois, les sangsues qui vivaient dans l'eau et sur des cailloux moururent toutes l'une après l'autre, sans la moindre apparence d'une régénération de la partie qui leur avait été enlevée; pendant le temps qu'elles avaient survécu, leur poids n'avait ni augmenté ni diminué. A cette même époque, six des sangsues restantes furent tirées de la couche d'argile dans laquelle elles étaient demeurées jusqu'à ce moment constamment cachées, et furent placées dans de l'eau : alors elles furent, ainsi que les trois qu'on laissa dans la glaise, inspectées chaque jour à plusieurs reprises ; l'état de leur extrémité coupée fut de temps en temps examiné avec le secours d'une lentille d'un grand pouvoir amplifiant, et le nombre de leurs segmens fut compté avec soin, mais on ne put observer aucun accroissement. Au dixième mois, il ne restait plus que les trois sangsues laissées dans l'argile, et elles périrent elles-mêmes quatre mois plus tard, mais sans avoir offert la reproduction du moindre anneau.

Il faut donc conclure de ces essais que les sangsues ne possèdent pas la faculté de régénérer les portions de leur corps qui ont été enlevées.

(*Comment. dell Ateneo di Brescia.*)

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

A partir du mois de janvier prochain, une nouvelle et importante amélioration sera faite dans la publication du Journal. Aux numéros qui paraîtront vers le 1er et le 15 de chaque mois, sera joint un supplément de quatre pages, ayant le format et l'étendue d'un numéro ordinaire. Ces deux numéros supplémentaires, composés chacun de 12 colonnes, en tout 24 colonnes par mois, contiendront la matière de 10 feuilles environ (160 pages) d'impression des in-8° ordinaires, et seront exclusivement consacrés à la revue analytique et complète de tous les journaux de médecine français et étrangers. Ainsi, dans le courant de l'année, sans empiéter en aucune manière sur les colonnes habituelles du Journal, il sera consacré à ce travail d'un si haut intérêt pratique, la valeur de 120 feuilles d'impression, ce qui équivaut à 4 volumes in-8°. C'est assez pour être complet, et pour qu'il n'échappe rien d'essentiel et d'utile. Outre les deux supplémens mensuels réguliers, toutes les fois que l'intérêt de la science l'exigera, il sera donné des supplémens plus ou moins étendus. Le prix du Journal restera le même.

Le premier numéro supplémentaire paraîtra le 1er janvier prochain.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Lisfranc). Leçons sur les maladies de l'utérus. — HOTEL-DIEU (M. Blandin). Perforation vésico-vaginale. Traitement par la cautérisation ; insuccès. Traitement par la suture ; insuccès. Cystoplastie vaginale selon le procédé de M. Jobert. — Société médicale d'Emulation, séance du mois de décembre. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Emploi du *datura stramonium* dans le traitement des hallucinations, par M. J. Moreau. Mode d'application de la pâte de Vienne dans le traitement des tumeurs érectiles capillaires, proposé par M. Aug. Bérard. Sur la préparation du sirop de baume de Tolu et de l'acide benzoïque. Sur la préparation du sirop de saponaire. — FEUILLETON De la suppression de la voierie de Montfaucon, et de sa translation à Aubervillers, dans la plaine des Vertus.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Leçons sur les maladies de l'utérus.

Après une série de leçons préliminaires sur les dispositions anatomiques des organes génitaux de la femme les plus importantes à connaître pour l'intelligence de la symptomatologie des maladies de ces organes, M. Lisfranc a abordé dans les deux dernières séances l'étude du diagnostic de ces affections et des divers modes d'exploration qu'il nécessite. Il a commencé ces premières leçons par l'exposition des règles qui doivent diriger les praticiens dans les moyens d'investigation des organes génitaux : la pratique du toucher et l'application du spéculum. Nous reproduirons aussi fidèlement que possible les points de vue le plus immédiatement pratiques de ces leçons, que nous ferons suivre à mesure de l'histoire des femmes en traitement dans les salles de M. Lisfranc.

1° *Du toucher.* — L'exploration des organes génitaux de la femme se pratique, comme vous le savez, à l'aide des doigts dans le vagin, dans le rectum, ou appliqués sur la région hypogastrique. Je vais commencer par vous entretenir du toucher par le vagin.

Le toucher doit être de préférence exercé la femme étant debout. Cette position a l'avantage de favoriser la descente de la matrice et de faciliter, par conséquent, le toucher. Si malgré cette circonstance la matrice est maintenant trop élevée pour pouvoir être atteinte par le doigt (le vagin présente d'ailleurs à cet égard d'assez grandes variétés de longueur pour qu'il soit difficile d'atteindre la matrice dans des conditions d'ailleurs normales), on prie la femme de se livrer à des efforts d'expulsion, comme si elle allait à la garderobe ; ces efforts ont pour effet de faire descendre la matrice. Dans quelques circonstances il est très difficile d'arriver au col utérin, malgré les précautions que je viens d'indiquer. Vous trouverez souvent des femmes qui ont des polypes au col de la matrice : vous les touchez couchées, vous ne trouvez point le col ; vous les touchez debout, vous ne l'atteignez pas non plus ; les efforts d'expulsion sont eux-mêmes sans résultat ; vous les faites marcher un instant, et grâce à cette précaution vous arrivez au col, et vous arriverez ainsi facilement au diagnostic. Ainsi, soit par l'excès de longueur du vagin, soit que votre doigt soit trop court, dans les cas où de prime-abord vous ne pourrez point arriver au col, vous ferez marcher un instant la malade, vous parviendrez à asseoir votre diagnostic.

Bien que nous établissions le toucher debout comme la règle générale, il est toutefois des cas exceptionnels où le toucher ne peut être pratiqué que dans la position couchée. Touchez-vous, par exemple, une femme d'un grand embonpoint, dont le ventre soit très développé, vous ne pourrez plus, une fois parvenu dans le vagin, refouler les organes abdominaux ; il faut alors toucher ces femmes couchées. On les place sur un plan incliné à l'horizon de 25 à 30, de manière à ce que le bassin soit plus élevé que le reste du corps, les organes abdominaux pouvant ainsi être plus aisément refoulés, et le toucher se pratique comme dans les cas ordinaires.

La position du doigt et de la main est subordonnée à des règles qu'il importe de fixer. Quelques chirurgiens recommandent de toucher avec le doigt indicateur étendu ; les trois derniers doigts et le pouce maintenus fléchis dans la paume de la main. Qu'arrive-t-il alors ? C'est qu'on perd près de la moitié de la longueur du doigt ; le doigt médius venant s'arcbouter contre le vagin, pour peu que le vagin soit long, il empêche le doigt indicateur de pénétrer dans toute sa longueur et d'arriver jusqu'au col. Il faut donc tenir la main étendue en écartant l'index, et appliquer les trois derniers doigts allongés le long du périnée et le pouce au-devant des pubis. On peut ainsi faire pénétrer le doigt tout entier et arriver plus sûrement au col.

Il est nécessaire de toucher avec les deux mains. Le motif de ce précepte est aisé à concevoir : on ne peut apprécier l'état des tissus que par la face palmaire des doigts ; et si l'on ne touche qu'avec une seule main, surtout si le vagin est long et que le doigt n'arrive que juste sur le col, on ne peut circonscrire avec la pulpe de ce doigt que la moitié de la circonférence du col ; il est donc nécessaire d'introduire l'index de la main gauche pour parcourir la moitié de la circonférence du col qui n'a pu être parcourue par la pulpe de l'index de la main droite, où un seul doigt ne suffit pas pour reconnaître l'état du col et la nature des tumeurs que l'on rencontre dans le vagin. Le doigt introduit dans le vagin vous rencontrez une tumeur sur la nature de laquelle vous êtes indécis, vous touchez debout, vous refoulez les organes abdominaux, vous faites marcher la malade, vous n'arrivez point à l'origine de cette tumeur ; est-ce un renversement? un polype? vous touchez alors avec l'indicateur et le doigt médius réunis, vous gagnez ainsi en introduisant la moitié de la main un demi-pouce au moins ; les deux doigts arrivés sur la tumeur, vous les écartez pour l'embrasser et l'attirer en bas, pendant qu'à l'aide du doigt indicateur de la main gauche introduit dans le rectum vous explorez par cette voie pour vous assurer si cette tumeur est unique, ou s'il en existe une seconde au dessus, on a la certitude dans ce cas que la première tumeur est un polype. Mais ce n'est pas tout, quelquefois les doigts ne suffisent pas pour explorer l'état de l'utérus, et il devient nécessaire d'introduire la main toute entière.

Consulté pour une femme que l'on supposait affectée d'un cancer de l'utérus, je touchai d'abord sans résultat, j'introduisis deux doigts, après avoir un instant fait marcher cette femme, je ne trouvai rien encore ; j'introduisis graduellement la main, avec les précautions convenables, en maintenant les doigts rapprochés et en dilatant peu à peu l'orifice vaginal ; une fois franchi cet orifice, j'ouvris les doigts et je saisis deux tumeurs dont je suivis les pédicules jusqu'à leur insertion au col utérin ; le col était parfaitement sain, et ce que l'on avait pris pour une tumeur cancéreuse n'était autre chose que deux polypes ulcérés.

Lors donc qu'on trouve des tumeurs dans le vagin, sur la nature desquelles on est incertain, et que les manœuvres d'exploration ordinaires sont insuffisantes, il ne faut pas hésiter à introduire la main tout entière ; et il ne faut pas croire que les femmes soient très incommodées de ce mode d'exploration, pourvu qu'on ait le soin de le faire avec les ménagemens convenables.

Un fait important à connaître pour l'exploration de l'utérus. est le suivant : c'est l'abaissement dont cet organe est susceptible lorsqu'il n'a point contracté d'adhérences pathologiques

FEUILLETON.

DE LA SUPPRESSION DE LA VOIERIE DE MONTFAUCON, ET DE SA TRANSLATION A AUBERVILLERS, DANS LA PLAINE DES VERTUS.

La voierie de Montfaucon, cet immense foyer d'émanations putrides, qui depuis plus de quatre siècles infectait une grande partie de la capitale, et rendait presque inhabitable la partie nord de cette grande ville, vient d'être supprimée. Nous accueillons avec un bien vif sentiment de satisfaction, qui sera partagé par tous les habitans des quartiers populeux au milieu desquels gisait depuis tant d'années l'horrible charnier de Montfaucon, la nouvelle récente de sa destruction définitive et de son éloignement dans une plaine où il ne peut plus être désormais, pour une grande partie de Paris et de sa banlieue, une source sans cesse renaissante d'insalubrité et de dégoût. La translation accomplie, si long-temps sollicitée et tant de fois promise, est un des faits plus honorables de l'administration actuelle, et mérite de notre [illegible] mention expresse, ne serait-ce que pour l'encourager à per[illegible] système d'améliorations de la santé publique dont s'é[illegible]vent de nos jours les intérêts égoïstes de la plupart des [illegible] t les vues rétrécies des conseils auxquels elle soumet [illegible] utiles réformes. Examinons en peu de mots ce qu'était [illegible] que voierie de la barrière de Pantin et ce qu'est aujourd'hui [illegible] rie nouvelle : les avantages de la transformation exécutée ressortiront d'eux-mêmes du rapprochement des deux établissemens.

La voierie de Montfaucon devait son insalubrité à deux sources bien distinctes d'émanations nuisibles : les unes étaient produites par les ruisseaux et bassins qui recevaient toutes les matières fécales de la capitale ; les autres provenaient des chantiers d'équarissage. Les deux sources dont il s'agit n'opéraient pas de la même manière quoiqu'elles se confondissent dans le résultat commun de répandre sur Paris et dans le voisinage un méphitisme aussi nuisible à la santé publique que repoussant pour les sens et l'imagination.

Les matières fécales accumulées à Montfaucon se partageaient en deux portions : l'une, occupant le fond des réservoirs, était liquide et appelée *vannes* ; l'autre, plus légère, surnageait au-dessus de la précédente et formait la matière de la *poudrette.* La première est la seule qui exhale une odeur plus ou moins fétide, la seconde, après avoir subi une certaine dessication reste sensiblement inodore. On se débarrassait des vannes, la portion fétide de ces matières, en les recevant dans des puisards plus ou moins profonds, creusés à cet effet, dans les terrains de la voierie. Ce qui ne se perdait pas dans ces puisards était reçu dans un réservoir inférieur d'où l'évaporation enlevait une partie de ce que l'exploitation journalière y versait. Quant à la portion de vannes perdue dans les puisards, elle filtrait à travers les fissures et les crevasses des bancs de plâtre où ils étaient creusés. Arrivée à la couche de glaise qui soutient ces bancs, elle se répandait dans tous les points du faubourg du Temple.

On le voit, les émanations des matières fécales amoncelées dans la voierie infectaient les quartiers environnans de Paris de deux manières ; elles corrompaient l'air en le remplissant des produits gazeux de leur putréfaction ; elles souillaient l'eau des puits par la filtration de leurs dépôts liquides. L'énorme quantité de ces amas putrides donnera une idée de la puissance de leur méphitisme. Suivant des calculs bien établis, la quantité de matières fournie journellement à la voierie de Montfaucon, était de trois mille cinq cents pieds cubes ou de cent vingt mètres cubes à très peu près. Il faut ajouter que rien n'est plus volatil que les miasmes élevés de semblables substances en putréfaction : ce qui en étendait les dangers fort loin du foyer central. Un calcul assez facile a permis d'apprécier aussi la portée de leur extension. Or, ce calcul a démontré qu'on pouvait être affecté de ces émanations à plusieurs kilomètres du point d'origine. Les sens témoignaient assez de la force de cette dissémination, car il n'est personne qui n'en fût blessé dès qu'il mettait le pied dans la banlieue de Paris du côté du nord ou de l'est, surtout quand les vents soufflaient un peu fortement du nord-ouest ou de l'ouest seulement. Cet horrible méphitisme était si incommode que plusieurs fois les habitans des quartiers voisins se sont soulevés contre la voierie de Montfaucon. On se souvient encore de l'émeute violente qui eût lieu à cette occasion sous l'administration de M. de Lavau, parmi les nombreux habitans des maisons construites dans le voisinage de cette voierie.

L'incommodité, que personne ne pouvait contester, n'était pas le seul inconvénient des dégagemens de cette voierie ; des dangers réels résultaient de la présence de ce foyer d'infection. Les quartiers limitrophes se plaignaient en particulier de ce que ces exhalaisons délétères accroissaient la gravité des maladies et en multipliaient le nombre en corrompant les alimens et les boissons. Nous savons bien que les enquêtes et les expertises ordonnées par l'administration n'ont pas reconnu la légitimité des plaintes dont nous parlons ; nous n'ignorons pas non plus qu'un célèbre médecin légiste a poussé l'abus des recherches statistiques en ce genre jusqu'à vouloir établir que les émanations de la voierie, et même en général les émanations de cette espèce étaient sans inconvénient pour la santé publique ; mais ni le raisonnement, ni les chiffres toujours très complaisans, allégués par Parent-Duchâtelet, n'ont pu convertir les esprits à une aussi singulière opinion. La plupart des hommes de l'art sont restés convaincus des périls attachés à la respiration d'une amosphère plus ou moins saturée de substances corrompues.

Au surplus, l'administration n'a pas ajouté plus de créance aux résultats de ces investigations, car elle a favorisé de tout son pouvoir l'application des procédés désinfectans de ces matières, proposés déjà depuis sept ou huit ans par MM. Salmon et Payen. Ce procédé consistait à dépouiller instantanément la matière fécale de toute odeur appréciable, et à la réduire en un excellent engrais dont l'agriculture a tiré parti. Des épreuves en grand de cette méthode désinfectante furent pratiquées dans un grand atelier des environs de Grenelle, avant de l'appliquer, sur une échelle encore plus large, à la désinfection des mêmes matières amoncelées à Montfaucon. L'heureux succès de ces épreuves fit définitivement adopter la méthode dans cette voierie, et facilita l'exécution de son déplacement. Nous avons dit qu'une autre source du méphitisme de l'établissement de Montfaucon était fournie par les chantiers d'équarrissage. Il nous reste à apprécier la part qu'elle prenait au méphitisme de la voierie, afin d'avoir sous les yeux toutes les raisons déterminantes de la résolution de son déplacement.

Le partie de la voierie qui était destinée aux opérations de l'équarrissage occupait la partie la plus reculée et la plus élevée. Cette partie dominait les lieux les plus élevés du sol de Paris ; il était à l'abri des vents d'est et du sud-est ; mais, ouvert de tous les autres côtés, et par conséquent accessible aux vents d'ouest, les plus fréquens dans la capitale, la position topographique de ces charniers faisait peser en quelque sorte leurs émanations sur la ville, tandis que les vents d'ouest, presque habituels, se chargeaient de les disséminer dans tous les sens. Une autre remarque, c'est que les vents accessibles aux clos d'équarissage sont des vents humides et chauds (sud-ouest), et très propres à favoriser la putréfaction des matières entassées dans cet espace, et accroître ainsi l'intensité de ses effets.

Le nombre des chevaux équarris, année moyenne, était très considérable : il n'était pas moindre de 12,775 ; qu'on juge de la masse des produits animaux fournis par un tel nombre de chevaux, sans compter la multitude des autres espèces d'animaux reçus encore dans ces chantiers. Il serait superflu de retracer la série des opérations qui constituent ce qu'on appelle vulgairement équarrissage : nous abordons sur-le-champ la question de son méphitisme.

L'infection émanée des monceaux de matières fécales entassées naguère à Montfaucon, n'approche pas de l'infection qui se dégageait en certain temps du sein des clos d'équarrissage. C'est surtout pendant l'été, ou encore durant les temps doux et humides, lorsque les vents soufflaient du sud-ouest, que se répandaient ces horribles exhalaisons. Qu'on se figure, dit un savant médecin qui a observé de très près toutes les circonstances de l'ancienne voierie, ce que peut produire la

avec les parties voisines. La matrice, pendant la station, pendant l'exercice de la marche et surtout pendant les efforts pour aller à la garderobe, descend considérablement; pendant les efforts d'expulsion ou de défécation, elle descend, en général, jusqu'à un pouce ou un pouce en demi au-dessus de l'orifice inférieur du vagin, même à l'état morbide, pourvu qu'elle ne soit point trop développée. Les conséquences de ce fait sont très importantes à noter; c'est une des causes les plus fréquentes du prolapsus de cet organe. De là la nécessité de recommander aux femmes de ne point se livrer à de trop grands efforts quand elles vont à la garderobe. C'est, en outre, une cause périodique d'irritation et d'engorgement; car la matrice, pendant ces efforts, pressant sur le bol fécale comme pour en aider l'expulsion, en éprouve en quelque sorte une action contondante. Aussi les femmes qui ont une affection de l'utérus se plaignent-elles, en général, d'une exacerbation de douleurs après la défécation.

Toucher doucement et légèrement, c'est un point important sur lequel je ne saurais trop insister. D'abord, pour bien toucher, il ne faut point employer de force; car si vous touchez fort vous ne sentirez point les petites inégalités qui peuvent exister sur la surface des organes que vous explorez. En second lieu, rien n'est plus excitable que les organes génitaux de la femme, et si vous touchez de manière à faire souffrir, vous déterminez de la congestion; s'il existe déjà de la subinflammation, vous pourrez déterminer l'explosion d'une inflammation aiguë dont les conséquences seraient très graves.

Ne touchez que rarement. Plus vous toucherez, plus vous irriterez, et dans beaucoup de circonstances ces irritations sont dangereuses; et puis, ces touchers fréquens sont fatigans pour les femmes, et souvent alarmans pour leur pudeur.

Il ne faudrait pas croire que le toucher vaginal n'ait pour but que d'explorer le col de l'utérus; on a aussi à explorer l'orifice inférieur du vagin et toute l'étendue du conduit vaginal.

J'ai été appelé dernièrement auprès d'une femme qui éprouvait de vives douleurs dans le vagin, et chez laquelle on avait méconnu la présence de petites végétations sur les parois de ce canal, que j'ai pu constater en pratiquant l'exploration du vagin de la manière que je vais vous exposer. Il m'est arrivé, à moi-même, de méconnaître pendant deux ou trois mois un énorme polype chez une femme que l'on traitait depuis longtemps pour une métrorrhagie essentielle. L'impossibilité d'introduire le spéculum dans le vagin me fit bientôt reconnaître la cause de l'erreur dans laquelle nous étions tombés. Il est donc important de ne jamais négliger cette exploration, surtout lorsqu'après avoir touché le col de l'utérus on n'a rien trouvé qui pût rendre compte des symptômes que présente la malade. Il est même plus prudent d'explorer toujours à la fois le vagin, le col de l'utérus, et l'intérieur du col, si c'est possible.

Voici, à cet effet, comment je procède:

Je touche en décrivant avec le doigt, à mesure qu'il pénètre dans le vagin, des arcs de cercle superposés de bas en haut jusqu'à l'insertion du col utérin au vagin. Arrivé sur le col, je commence à toucher son orifice; quelquefois il est fermé, et il serait impossible d'y faire pénétrer l'extrémité de la petite phalange; dans beaucoup de circonstances, il est ouvert et assez dilaté pour qu'on puisse y faire pénétrer cette phalange toute entière, et arriver jusqu'à l'insertion du col avec le corps de l'utérus. Dans ce cas, on parcourt l'étendue du col de haut en bas, en faisant décrire au doigt des zones repassant successivement l'une sur l'autre comme pour le vagin, jusqu'à l'insertion inférieure du col.

Quant à l'ouverture ou la non-ouverture du col, vous saurez ce qu'il faut en conclure en vous rappelant ce que tous les physiologistes savent, que l'orifice utérin est béant pendant l'écoulement des règles et pendant les quelques jours qui les précèdent et ceux qui les suivent. Je dirai à ce sujet qu'il est souvent nécessaire, à raison de cette circonstance, de profiter de l'époque des règles pour pratiquer le toucher. Malgré l'extrême répugnance qu'éprouvent les femmes pour se laisser explorer dans ces conditions, vous ne devrez pas hésiter à le faire, lorsque vous avez lieu de soupçonner l'existence de polypes ou d'ulcérations dans l'intérieur du col.

Je ne saurais trop insister sur l'importance du toucher pratiqué jusque dans le col utérin, lorsque cette exploration est possible; dans les cas, par exemple, où des femmes épuisées par des pertes utérines abondantes, dont de précédens examens n'ont pu faire reconnaître la cause, si vous touchez l'intérieur du col utérin, vous trouverez souvent de petits polypes vésiculeux qu'on pourrait voir au spéculum, et qui suffisent pour entretenir d'abondantes hémorrhagies. Mais ce toucher demande beaucoup de précautions, et est souvent difficile à pratiquer. On croit souvent avoir senti de petits corps flottans dans le col, et ces petits corps fuient sous le doigt aussitôt qu'on veut les fixer. Il faut alors tourner le doigt de nouveau en approchant tout doucement dans la direction du corps que l'on a senti, ou bien parcourir, comme nous l'avons dit tout à l'heure, à plusieurs reprises toute l'étendue du col de haut en bas; il est impossible, de cette manière, que les plus légères inégalités du col vous échappent. Mais quelquefois on touche, on sent un polype volumineux; on touche quelques jours après, on ne sent plus rien; on touche de nouveau, on le sent encore; puis une troisième fois, et l'on ne sent rien.

Ceci me rappelle l'histoire d'une femme pour laquelle je fus appelé en consultation, et qui était depuis long-temps tourmentée par des hémorrhagies entretenues par des polypes. Je touche, et je sens dans le col un petit polype vésiculeux que j'excise. Le médecin qui avait examiné la malade auparavant, m'observe qu'il avait senti un polype du volume d'une poire d'Angleterre; je touche de nouveau, il touche après moi, et nous ne sentons rien. Quelques jours après, ce médecin me dit qu'il a de nouveau senti la tumeur volumineuse qu'il avait reconnue dans le principe, et l'hémorrhagie en effet n'avait point cessé; je touche et ne sens rien encore. Enfin, un beau jour cette femme me dit avoir senti, en allant à la garderobe, un corps volumineux qui s'était détaché de la matrice, et qui avait été expulsé à travers le vagin; et depuis ce jour-là, elle n'avait plus revu les pertes utérines qui la fatiguaient tant jusques-là. C'était un de ces polypes siégeant dans l'intérieur du corps de la matrice comme on en rencontre quelquefois, et qui descendait et remontait alternativement à travers le col, de manière que suivant l'époque où l'on examinait cette femme, on pouvait constater ou méconnaître l'existence de ce polype. De là la nécessité, dans des cas de ce genre où le diagnostic peut devenir fort difficile, de revenir plusieurs fois au toucher, de le pratiquer à des époques et à des intervalles différens.

HOTEL-DIEU. — M. BLANDIN.

Perforation vésico-vaginale. — Traitement par la cautérisation; insuccès. Traitement par la suture; insuccès. — Cystoplastie vaginale selon le procédé de M. Jobert (de Lamballe).

La malade dont il va être question est couchée au n° 16 de la salle des femmes; elle porte à la partie inférieure du bas-fond de la vessie une perforation offrant à peu près le diamètre d'une pièce de deux francs. Cette perte de substance a été déterminée par les accidens qui ont suivi un accouchement laborieux, dans lequel la tête de l'enfant a séjourné pendant trois jours dans l'excavation du bassin. Depuis l'établissement de cette perforation vésico-vaginale, les urines s'écoulent continuellement par le vagin, à mesure que les uretères les versent dans la vessie. On a remarqué qu'il ne s'en échappe jamais par le canal de l'urètre, le siége de la fistule et son étendue rendent d'ailleurs facilement compte de ce fait. Plusieurs tentatives ont déjà été faites dans le but de remédier à cette infirmité; on a d'abord essayé la cautérisation simple, mais sans aucun résultat avantageux; plus tard, on pratiqua la suture entrecoupée, précédée de l'avivement des bords de la perte de substance: la réunion n'eut pas lieu. Aujourd'hui, vu l'étendue de la perforation, la disposition de ses bords, il serait impossible d'en rapprocher suffisamment les lèvres. Pour réussir à les affronter, il faut donc renoncer à la cautérisation, à la suture, à l'emploi des érignes et de toutes le méthodes analogues.

D'autres moyens nous restent, dit M. Blandin: l'oblitération du vagin, proposée par M. Vidal (de Cassis); mais nous n'oserions mettre cette méthode à exécution, car nous ne sachons pas qu'elle ait jamais réussi; et d'ailleurs nous ne pensons pas que l'on puisse, sans inconvénient grave, former un réservoir à l'urine aux dépens de la partie supérieure du vagin et de la portion de l'utérus qui vient s'y aboucher, aussi ne nous sommes-nous pas arrêté à cette idée. Restent les opérations du domaine de l'autoplastie; mais auxquels de ces procédés donner la préférence. Passons les rapidement en revue.

M. Jobert (de Lamballe), auquel on doit la première idée et la première application heureuse de cet ordre de moyens, a proposé de tailler un lambeau en forme de spatule, commençant vers sa base dans une des lèvres de la vulve, et se prolongeant jusque vers la région ischiatique. Une fois découpé, ce lambeau est renversé sur son pédicule; et sa face saignante est appliquée sur le pourtour de la perte de substance, dont les lèvres ont été préalablement avivées. Un fil passé dans le centre du lambeau, et sortant par l'urètre, le maintient élevé. Telle est l'esquisse d'un moyen qui, entre les mains de M. Jobert, a été suivi de plusieurs succès. Désigné en qualité de commissaire par l'Académie de médecine, j'ai pu, avec plusieurs de mes collègues, examiner avec les précautions les plus minutieuses, une malade opérée par ce procédé, et nous avons pu nous convaincre que la guérison était complète et définitive. La perte de substance était entièrement comblée; il n'y avait plus la moindre communication anormale entre la vessie et le vagin; les urines s'échappaient par l'urètre, et le lambeau avait si bien conservé sa vitalité, que nous retrouvâmes sur sa face épidermoïdale les poils qui le recouvraient lors de sa transplantation. Avant de s'arrêter à cette dernière pratique, M. Jobert s'était contenté de placer la face saignante du lambeau du côté du vagin, et la face épidermoidale du côté de la vessie; ce moyen ne lui avait pas réussi; aussi conseille-t-il maintenant l'exécution du procédé anaplastique tel que nous venons de l'indiquer.

Deux modifications principales ont été depuis cette époque proposées par MM. Velpeau et Leroy d'Etiolles.

M. Velpeau propose d'emprunter le lambeau à la paroi postérieure du vagin, dans le point opposé à la perte de substance; ce lambeau doit être taillé au moyen de deux incisions parallèles,

(*Sic.*)

il est ensuite isolé par sa face inférieure, porté à travers la fistule dont les bords ont été avivés et fixé dans cette position, la muqueuse tournée vers la vessie, la face saignante dirigée vers le vagin. Ce lambeau, ou mieux cette bande, représente de la sorte une espèce de pont que l'on isole de ses deux extrémités après l'adhérence de sa partie centrale.

M. Leroy d'Etiolles propose à son tour de continuer les deux incisions parallèles jusqu'à la fourchette de la vulve; il les réunit postérieurement par une incision trensversale,

(*Sic.*)

puis, faisant pivoter ce lambeau sur sa base, il l'ap[illegible] pourtour avivé de la perforation.

Le procédé de M. Velpeau, n'ayant pas été, que n[illegible] chions, mis à exécution sur le vivant, nous ne croy[illegible] devoir lui donner la préférence. Celui de M. Leroy d'[illegible] me paraît offrir le grave inconvénient de tailler le [illegible] aux dépens de la cloison recto-vaginale, laquelle re[illegible] comme on le sait, le lascis veineux auquel les ana[illegible] ont donné le nom de plexus veineux rétiforme.

Reste donc celui de M. Jobert, que sa combinaison et [illegible] succès incontestables rendent préférable à ceux que [illegible] venons d'énumérer.

Opération pratiquée le mercredi 15 décembre. — La pe[illegible] de substance siège, comme nous l'avons dit, sur la partie [illegible] plus déclive du bas-fond de la vessie; elle offre une éten[illegible] ayant à peu près les proportions d'une pièce de deux fra[illegible] l'urine s'échappe en totalité par ce pertuis, et son pass[illegible] prolongé a irrité la partie inférieure du vagin et la vulve. [illegible] tampon membraneux fait presque toujours hernie par l'ou[illegible] ture anormale que cependant il n'obstrue pas au point d'[illegible]

---

décomposition putride de monceaux de chairs et d'intestins abandonnés des semaines ou des mois en plein air et à l'ardeur du soleil, à la putréfaction spontanée; qu'on y ajoute, par la pensée, la nature des gaz qui peuvent sortir des monceaux de carcasses qui restent garnies de beaucoup de parties molles; qu'on y joigne les émanations que fournit un terrain qui pendant des années a été imbibé de sang et de liquides animaux, celles qui proviennent de ce sang lui-même qui restait sur le pavé sans pouvoir s'écouler, celles enfin des ruisseaux des boyauderies et des séchoirs du voisinage; que l'on multiplie autant que l'on voudra les degrés de la puanteur, en la comparant à celle que chacun de nous a été à même de sentir en passant auprès des cadavres d'animaux en décomposition, et l'on n'aura qu'une faible idée de l'odeur véritablement repoussante qui sort de ce cloaque le plus infect qu'il soit possible d'imaginer. Ce hideux tableau n'est pas chargé: nous avons assez souvent visité à diverses époques de l'année le théâtre de cette effrayante pourriture, et si nous avions à reprocher quelque chose à l'esquisse qui précède, ce serait d'en avoir atténué et peut-être même embelli les traits.

Quoi qu'il en soit, c'est de ce centre redoutable d'infection que s'échappaient jour et nuit des torrens de miasmes délétères. Ces miasmes ne restaient pas renfermés dans l'enceinte de la voierie; ils étaient portés au loin, principalement sur les villages de Pantin et de Romainville, ce qui diminuait de beaucoup, comme on le comprend sans peine, la valeur des propriétés situées dans ces villages. Cet inconvénient était d'autant plus déplorable que nulle part, aux environs de Paris, on ne jouit d'un coup-d'œil plus pittoresque et on n'aurait respiré un air plus pur. Romainville et Pantin n'étaient pas les seuls points infectés par les exhalaisons de la voierie; ces exhalaisons se disséminaient à l'est et à l'ouest, et se faisaient sentir souvent dans tout le nord de Paris. Enfin, l'odeur de Montfaucon se propageait quelquefois jusque sur le boulevard du Temple, dans les rues du Marais qui y aboutissent, et même jusqu'au jardin des Tuileries. C'est surtout le soir, en été et dans les temps calmes, lourds et orageux, que cette odeur se faisait plus sentir: ce qui peut très bien s'expliquer par la condensation des vapeurs aqueuses qui ramènent vers la terre les gaz accumulés dans les régions supérieures de l'air. Telles sont les deux sources générales d'infection dont la voierie de Montfaucon était le théâtre.

Quels que pussent être pour les populations des environs de la voierie les dangers de la respiration permanente de tant d'émanations délétères, il est certain néanmoins que les ouvriers employés aux dégoûtans travauxde l'équarrissage et des vidanges ne paraissaient pas en éprouver de notables dommages. Il y a plus, la plupart de ces ouvriers, surtout ceux des clos d'équarrissage, ont joui constamment d'une santé très florissante et poussé très loin leur carrière en conservant toute la verdeur de la jeunesse, comme si les exhalaisons putrides au milieu desquelles ils passaient leur vie les avaient prémunis contre les atteintes des maladies ordinaires, au lieu d'être pour eux une cause active d'infirmités. Tous les observateurs sont tombés d'accord sur l'état brillant de santé des familles entières de ces ouvriers qui travaillaient toute l'année dans leur clos, et couchaient dans les réduits dont l'infection était si pénétrante qu'elle repoussait ceux qui étaient tentés de les visiter. On voyait d'ailleurs à Montfaucon plusieurs équarrisseurs âgés de soixante et de soixante-dix ans et qui avaient succédé à des parens tous morts dans un âge fort avancé et presque toujours exempts des infirmités de la vieillesse. Mais conclure de ces faits et d'autres analogues que les émanations putrides sont sans danger pour la santé publique, c'est aller au-delà des bornes permises par les résultats de l'expérience, c'est nier, par exemple, les dangers bien authentiques des foyers d'infection des grands rassemblemens d'hommes et d'animaux, c'est nier la cause la mieux connue des typhus des prisons, des hôpitaux et des navires; c'est nier enfin l'étiologie incontestable des fièvres pernicieuses et des autres affections formidables qui se développent tous les ans sur les divers points du globe, partout où se dégagent des exhalaisons putrides d'animaux ou de végétaux.

Le nouvel emplacement de la voierie dans la plaine des Vertus réunit l'ensemble des avantages désirables pour obtenir tous les services possibles des matériaux accumulés dans les établissemens de cette espèce, sans semer l'infection dans le voisinage et compromettre la santé publique de la capitale. Il est situé dans une vaste plaine ouverte à tous les vents, qui disséminent indéfiniment les exhalaisons nuisibles; des procédés chimiques particuliers dénaturent sur place la grande masse de ces exhalaisons redoutables; des cours d'eaux habilement ménagés sur un plan incliné entraînent en un clin-d'œil les produits liquides qui filtraient anciennement à travers les terres; une ventilation continuelle prévient l'humidité, si difficile à éviter dans les voieries, et disperse dans tous les sens les miasmes à mesure qu'ils se forment; des lavages fréquens les empêchent de séjourner sur les parois des murs, sur les dalles du pavé et dans les ateliers; des égoûts souterrains reçoivent les dépôts qui échappent à la ventilation et au lavage. En un mot, toutes les circonstances de la nouvelle voierie, rassemblées avec intelligence et habileté concourent heureusement aux deux conditions principales si difficiles à concilier, l'utilité et la salubrité.

pêcher la chute des urines dans le vagin ; c'est la paroi supérieure de la vessie qui n'est plus soutenue et que la pression des viscères abdominaux repousse à travers l'orifice fistuleux. On n'a pu s'arrêter qu'un instant à l'idée de profiter de cet obturateur naturel pour boucher la perte de substance, en le faisant adhérer au pourtour de la perforation ; il y aurait sans doute de graves accidens à redouter si l'on cherchait à porter des moyens de contention et à exciter l'inflammation adhésive sur cette portion des parois de la vessie ; d'ailleurs son amincissement dans le temps d'aviver sa surface ne serait pas sans danger, puis on risquerait de faire porter l'avivement et la cicatrice sur un des orifices des uretères ou sur les deux à la fois.

L'appareil convenable étant disposé, la patiente fut couchée sur le lit à opérations, le bassin était approché du bord du lit, légèrement relevé, les cuisses demi-fléchies sur le bassin, en un mot, la malade était placée comme pour l'introduction du spéculum. L'opérateur était assis entre les cuisses, faisant face aux parties ; des aides écartaient avec les doigts les deux grandes lèvres, un troisième abaissait la commissure supérieure de la vulve.

Pour le premier temps de l'opération, le chirurgien refoula vers l'abdomen le tampon vésical et aviva avec précaution les lèvres de la perte de substance dans leur face vaginale ; cette manœuvre fut faite avec lenteur et avec toutes les précautions convenables ; aucun instrument spécial ne fut employé à cet effet, un bistouri courbe et des pinces à dissection suffirent seuls.

L'avivement des bords de la perforation étant achevé, on s'occupa de la dissection du lambeau. Un patron en diachylon long de 12 à 15 centimètres environ et large de 4, et préalablement taillé en forme de large spatule tronquée, fut appliqué par sa base sur la face interne de la grande lèvre gauche, et de là reployé pour être conduit en dehors et un peu en bas vers la tubérosité ischiatique. Sa circonférence fut alors cernée par un trait de bistouri, et M. Blandin procéda avec rapidité à l'isolement de ce lambeau, qui fut ainsi constitué par la peau doublée par le tissu cellulaire sous-jacent; au fond de la plaie restait l'épanouissement de l'aponévrose fascia lata. Avant d'aller plus loin, on plaça un assez bon nombre de ligatures sur les artérioles qui fournissaient du sang au fond de la plaie.

Selon M. Blandin, cette manière d'emprunter le lambeau à cette région expose moins la plaie au contact toujours dangereux de l'urine, on ne fait pas porter la perte de substance sur des parties importantes comme les parois du vagin, et surtout la cloison recto-vaginale : les vaisseaux y sont moins nombreux et presque tous artériels ; enfin le lambeau étant à peu près entièrement formé par la peau et pouvant être taillé plus grand, offre une résistance et une solidité remarquables, et peut en se contractant sur lui-même, remplir beaucoup mieux les fonctions d'obturateur auquel il est destiné.

Restait à porter le lambeau sur les perforations et à l'y fixer. Le chirurgien introduisit alors par l'urètre une sonde de Belloc à laquelle on fixa un fil ciré assez fort ; le fil fut ramené par l'urètre, et l'on glissa sur lui une canule en argent destinée à le contenir et à favoriser l'écoulement des urines pendant la durée du traitement. L'extrémité vésicale du fil ciré fut armée d'une aiguille au moyen de laquelle on conduisit celui-ci à travers le lambeau, qui fut traversé de sa face saignante à sa face libre ; il va sans dire que ce lambeau avait été auparavant renversé sur son pédicule.

Ceci étant fait, on devait fixer l'extrémité du fil conducteur. M. Jobert avait pourvu à ce temps de l'opération, en employant un fil qui traversait deux fois le lambeau et faisait une anse à sa face inférieure ; M. Blandin avait d'abord songé à fixer son extrémité sur un petit appareil formé par deux rouleaux de diachylon noués en croix ; de la sorte il obtenait un point d'appui solide pour la face inférieure du lambeau ; depuis, il pensa qu'un tampon qui presserait également sur tous les points du pourtour serait préférable. En conséquence, après avoir traversé le lambeau avec le fil, il attacha solidement à l'extrémité de celui-ci un petit tampon de linge dépassant un peu en volume le diamètre de la perforation. Les parties furent alors affrontées, c'est-à-dire que le lambeau cutané fut appliqué par sa surface saignante sur le pourtour de la fistule au moyen de tractions opérées sur le fil supportant le tampon. Disons néanmoins que tandis qu'on attirait cet appareil vers la vessie en opérant des tractions sur l'extrémité urétrale du fil, l'opérateur poussait légèrement le bouchon de nouvelle formation par le vagin. Les surfaces saignantes une fois adossées et le fil urétral arrivé à un degré de tension convenable, on le maintint dans cet état en le fixant sur les oreilles du pavillon de la canule à demeure. Un appareil légèrement contentif, placé dans le vagin, fut destiné à soutenir le tout.

Rapportée à son lit, la malade fut placée sur un plan incliné, de manière à ce que le tronc fût légèrement élevée et le bassin abaissée ; le but de cette pratique est de faire que le bas-fond de la vessie soit toujours la partie la plus déclive, et que l'urine s'échappe sans cesse par la canule ; il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur l'importance de ce résulsat. En même temps, les cuisses resteront soutenues par des rouleaux placés sous les jarrets.

Nous reviendrons sur les suites de cette opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

Présidence de M. Belhomme. — Séance du mois de décembre 1841.

Accouchement artificiel. — *M. Maigne* donne lecture de son rapport sur le mémoire qu'a présenté M. le docteur Honoré Chailly, et qui a pour titre : « De certains procédés généralement conseillés en obstétrique qui sont ou inutiles, ou impraticables, ou dangereux, et de ceux qu'on peut leur substituer avec avantage. »

L'auteur s'étonne à juste titre de trouver dans presque tous les traités d'accouchemens des préceptes qu'une sage pratique réprouve ; il regrette que ce soient surtout les livres qui sont entre les mains des élèves qui soient entachés de ces erreurs.

Ensuite, il passe ces préceptes en revue en commençant par ceux qui ont rapport à la pratique de la version, et il démontre que la plupart des procédés conseillés pour cette opération sont inutiles, qu'ils entraînent des longueurs, et sont souvent inexécutables ; il ne craint pas d'avancer que ceux même qui donnent ces préceptes ne les mettent pas à exécution. Que signifie, en effet, ce conseil de prendre la tête à poigne-main pour la placer sur la fosse iliaque ; de parcourir le dos de l'enfant pour aller aux pieds, de prendre plutôt un pied que l'autre, de placer le pouce exactement sur telle malléole, l'index sur telle autre, le médius ici, les autres doigts dans un autre endroit, etc., etc.; d'aller dans tous les cas à la recherche de l'autre pied quand on n'a pu en amener qu'un au dehors, etc.? On peut en appeler à l'expérience des véritables praticiens, n'y a-t-il pas là toujours ou inutilité, ou impossibilité, et souvent l'une et l'autre?

Quant au forceps, l'auteur regrette de ne trouver nulle part, formulé en termes assez précis, un précepte excellent et qu'on ne doit jamais perdre de vue, à savoir : qu'avant d'appliquer cet instrument sur une tête parvenue dans l'excavation, on doit toujours s'assurer que la tête est nue, qu'elle n'est pas encore contenue dans le segment inférieur de l'utérus.

M. Chailly cherche aussi à s'expliquer pourquoi un auteur moderne veut qu'on introduise toujours la première la branche qui doit être en arrière du bassin : est-ce parce qu'elle est la plus facile à placer ? Cela n'est pas probable. Tous les auteurs s'accordent à dire que s'il fallait faire un choix, il vaudrait mieux commencer par celle dont l'introduction est le plus difficile, et chacun sait que c'est celle qui doit être en avant. C'est dans la vue de rendre l'application de la branche qui est en avant plus facile que madame Lachapelle a conseillé de commencer par elle, comme moyen de réserver plus de place dans l'excavation. M. Chailly reconnaît la valeur du précepte de la célèbre sage-femme, et pense qu'on est, en effet, quelquefois obligé de s'y conformer, mais il ajoute que dans la plupart des cas on peut très bien commencer par la branche à pivot, sans rendre l'application de la seconde branche plus difficile, si elle est en avant, et que, de plus, par ce moyen on évitera le décroisement des branches, et qu'on résumera le placement des branches en un seul précepte (chose fort importante pour les élèves), sauf les exceptions, bien entendu.

Ces principes posés, l'auteur envisage chaque présentation en particulier : d'abord, il insiste pour qu'on établisse une distinction entre le mot présentation et le mot position ; puis il apprécie les divers préceptes qui ont été donnés à l'occasion de la présentation du sommet. Il établit : 1° que le redressement de la présentation du sommet, inclinée (variétés de présentation et non de position), est extrêmement difficile à effectuer ; 2° qu'il est possible de changer en totalité la situation du produit à l'aide de la version pelvienne, et, par suite, de l'extraire, mais que presque jamais on ne réussira à obtenir une modification partielle d'une présentation, et il formule ainsi son opinion : « Il est possible de s'opposer aux écarts de la nature en pratiquant l'extraction du produit à l'aide de la version pelvienne et du forceps. Rarement on réussira à la diriger dans les voies qu'elle devrait suivre, quand elle s'en est écartée. »

Il établit par les relevés statistiques de la Clinique de Paris et les observations de Nœgelé que les positions occipito-postérieures droites du sommet sont plus fréquentes que les antérieures droites ; que le dégagement occipito-postérieur direct s'effectue dans la plupart des cas sans le secours de l'art.

Dans la présentation de la face, il blâme avec force le précepte d'intervenir toujours dès le début du travail, pour tâcher de substituer la présentation du sommet à celle de la face. Il regarde cette opération comme inutile dans la plupart des cas, l'accouchement par la face étant presque toujours spontané, comme dangereuse pour le produit, douloureuse pour la mère, et presque toujours impraticable ; ajoutant que si l'on voulait agir dans ce cas, il vaudrait mieux employer la version pelvienne.

M. Chailly admet la rotation du menton en avant sous le pubis comme un phénomène constant dans la présentation de la face ; et si par une très rare exception, cette rotation ne s'est pas effectuée; il veut qu'on ramène encore, à l'aide du forceps, le menton en avant, se fondant sur ce que ce procédé, malgré l'inconvénient qui résulte quelquefois pour le produit, de la torsion du col (de l'enfant), est encore bien préférable à un dégagement mento-postérieur, qui compromet toujours la vie de l'enfant, et plus ou moins les organes maternels.

A l'occasion de la présentation de l'extrémité pelvienne, l'auteur blâme le précepte de tirer sur les pieds, et regarde ce procédé comme bien plus propre à augmenter la compression du cordon qu'à l'éviter.

Enfin, dans les présentations du tronc, M. Chailly regarde la version céphalique comme utile et praticable avant la rupture des membranes. mais comme dangereuse et inexécutable dans la plupart des cas après cette rupture ; aussi ne conseille-t-il dans cette circonstance que la version pelvienne.

Maladies à la suite des couches. — *M. Mandl* fait le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur Cherest, intitulé : Des engorgemens inflammatoires de la fosse iliaque après l'accouchement.

Nous sommes chargés de vous faire un rapport sur un mémoire présenté par M. le docteur Cherest, qui désire faire partie de la Société. Nous allons, Messieurs, analyser ce travail.

La maladie qui en fait l'objet n'a encore été étudiée ni décrite spécialement par personne, et il y a d'autant plus lieu d'en être surpris, qu'elle touche à toutes les grandes divisions de l'art. Après avoir donné l'historique, l'auteur émet des considérations sur le siége, la marche et la terminaison de la maladie, sur les lésions anatomiques, les complications, le diagnostic, etc. ; mais il s'arrête plus particulièrement sur l'étiologie, la nature intime de la maladie, et nous allons en dire quelques mots : La cessation des deux sécrétions, des lochies et du lait, comme accidens primitifs, étant admise par les anciens dans l'universalité des cas, ils en donnaient des explications, et en tiraient des conséquences fausses. Voyant d'abord dans les lochies une matière laiteuse (première erreur), ils la faisaient ensuite voyager (seconde erreur) dans toute l'économie, puis produire, selon qu'elle se fixait ici ou là, des dépôts plus ou moins graves. Toute maladie survenue dans l'état puerpéral était un lait répandu. Un mot sur ces idées vieilles, mais non usées, abandonnées par tous les hommes instruits, et enracinées cependant au milieu des croyances vulgaires de toute la force d'un préjugé sanctionné par l'autorité de grands noms.

Haller, Jœger, Berends, Embyer, Raener, Rasyby, Pujol, André, Sachtleben, Rust, Hunter, Asalini, Sœmmering, Larrey, Planchon, Gastellier se sont surtout constitués les défenseurs des métastases laiteuses ; or, celles-ci devaient tomber, et elles sont tombées, en effet, devant des connaissances physiologiques nouvelles, et devant la disposition des esprits à réduire à ses derniers termes, par une analyse scrupuleuse, tout ce que l'observation et l'expérience peuvent fournir, c'est-à-dire à ne pas juger un fait par la forme, mais par le fond ; il suffisait même d'un raisonnement pour ruiner tout l'édifice de ces théories.

Lorsque le phlegmon se forme après l'établissement de la fonction laiteuse, il est en apparence moins absurde de croire à la métastase. Cependant elle n'est pas plus réelle ; car, pour que ce liquide pût produire les maladies indiquées, il faudrait que, existant tout formé dans les seins, il fût tout à coup répercuté par une cause quelconque, physique ou morale, et que leur affaissement subit fût le premier phénomène. Or, il n'en est rien. La cause, s'exerçant généralement, porte son action sur toute l'économie et des troubles généraux précèdent toujours l'affaissement. Il arrive donc alors, non par une soustraction de lait, mais par l'absence des matériaux qui doivent servir à sa sécrétion.

Quant à l'action locale du froid sur les seins, elle n'a plus rien de commun avec la maladie qui nous occupe ; les engorgemens qu'elle y produit ont été, comme toutes les autres affections puerpérales, attribuées au lait répandu ; leur nature inflammatoire est aussi bien hors de contestation que celle des dépôts iliaques. Il suffit en effet d'ouvrir une de ces tumeurs pour trancher la difficulté : on y verra du pus et non pas du lait.

On conçoit moins difficilement la méprise commise par les anciens, lorsque ces liquides ont subi une altération. Le pus, devenu séreux, floconneux, peut présenter quelque analogie avec du lait caillé ; à bien plus forte raison était-elle possible lors des mélanges avec d'autres liquides (urine, sérosité, etc.) ces fluides avaient perdu, par l'addition d'une plus ou moins grande quantité de pus, leur limpidité ordinaire. Ils avaient pris une apparence lactescente, et cette apparence même devenait la conservation expérimentale des urines; de là aussi le nom des phrénésies, des péripneumonies, des péritonites laiteuses, etc. Avec les procédés actuels d'observation on est désormais à l'abri du doute dans les circonstances les plus épineuses ; les caractères chimiques et microscopiques suffisent pour distinguer le pus de tout autre liquide.

Après avoir réfuté les doctrines humorales vieillies, M. Cherest donne l'état actuel de nos connaissances sur la maladie dont il s'occupe, puis il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Il n'existe point de dépôts laiteux, de laits répandus, de métastases laiteuses.

2° Les engorgemens consécutifs aux couches, quoique marqués dans leur marche, dans leur terminaison, dans leur gravité, comme toutes les maladis qui se présentent alors, du sceau de la puerpéralité, n'en sont pas moins de nature essentiellement inflammatoire.

3° Ils trouvent en partie leur origine d'existence dans les changemens anatomico-pathologiques de l'organisation.

4° Les phlegmasies utérines diverses, et spécialement la lymphatite, les produisent souvent.

5° Le passage du chaud au froid en est l'occasion la plus fréquente.

S'il m'était permis, ajoute M. Mandl, de donner mon opinion après celle de l'auteur, je dirais que je suis tenté de regarder la cessation de la sécrétion laiteuse comme effet et signe de l'affection interne préexistante, plutôt que comme cause des maladies qui quelquefois ne se manifestent que plus tard. J'ai voulu faire à ce sujet quelques expériences, et j'ai soumis une chienne à l'extirpation des mamelles. Pour ne pas provoquer la mort par les plaies immenses qui résulteraient de l'extirpation simultanée de toutes les mamelles, il nous parut plus convenable de n'en extirper que deux. La chienne avait très bien supporté cette opération, elle était parfaitement guérie ; la fonction laiteuse était restée normale dans les quatre autres mamelles, et je me proposais de faire successivement l'extirpation des autres mamelles à mesure que la chienne aurait des petits. Mais ces expériences ne purent être continuées, parce que l'animal s'enfuit. Depuis, je n'ai eu ni le loisir, ni l'occasion de m'occuper de recherches pareilles.

Sur la proposition des rapporteurs, MM. Chailly (Honoré) et Cherest sont nommés membres de la Société.

— On procède à la nomination des membres du bureau pour l'année 1842. Sont élus :

MM. Cornac, président.
Mojon, président d'honneur.
Nonat, vice-président.
Gillette, secrétaire-général.
Brierre de Boismont et Forget, secrétaires particuliers.

On passe ensuite à la question des prix. Après une discussion intéressante à laquelle prennent part tous les membres présens, la Société décide qu'elle donnera pour prix une médaille d'or de la valeur de 300 fr. au meilleur mémoire qui lui sera remis *sur les maladies des ovaires*.

Les mémoires écrits en français ou en latin, et dans les formes académiques, devront être adressés, francs de port, à M. Gillette, secrétaire général. avant le 1er juillet 1843. Le prix sera décerné dans la dernière séance de l'année 1843.

La séance est levée à dix heures.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du datura stramonium dans le traitement des hallucinations ; par M. J. Moreau, médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Pour bien apprécier les particularités qui dirigent dans l'emploi de cette médication, il faut savoir que M. Moreau range les hallucinations dans différentes classes dont les distinctions portent non pas sur les caractères *psychiques* des hallucinations et des illusions, mais sur *leurs rapports* avec l'état général intellectuel de l'halluciné.

Pour ce médecin, les hallucinations sont : 1° simples, isolées, sans autre trouble de l'intelligence. Les malades en ont conscience et n'en sont jamais dupes. Ce genre d'anomalie mentale se rencontre assez fréquemment dans les hospices d'aliénés.

2° Elles se compliquent de désordres intellectuels plus ou moins étendus, affectant plus particulièrement le type ou la forme de la monomanie. Elles ont précédé ces désordres ; elles en sont le point de départ ; elles les excitent et les entretiennent.

3° D'autres fois, loin d'avoir provoqué le délire, elles semblent en être la conséquence. Par leur origine, par leur nature, elles se rattachent aux idées fixes, qui ont d'abord dominé le malade. Dans ce cas-ci, elles ne sont vraiment qu'un symptôme. Cela n'est pas dans les cas qui précèdent, où elles sont la principale lésion intellectuelle.

Dans les deux premiers cas, lorsque le traitement est direct, spécial, la guérison est possible ; elle est au moins douteuse dans le dernier cas, car les hallucinations pourront être anéanties, mais le délire continuera, et par la persistance de la cause, tôt ou tard elles finiront par reparaître. C'est encore ce qui arrive lorsqu'on a affaire à des hallucinés en *démence*. La démence est comme un rempart, qui les rend à peu près inexpugnables.

M. Moreau a employé le datura (extrait aqueux) en pilules, et dissous dans une potion d'eau de menthe :

1° A dose modérée et successivement croissante. On commence par 10 centigrammes matin et soir ; on augmente peu la dose de 5 centigrammes par jour matin et soir.

2° A dose élevée. 25 ou 30 centigrammes à prendre le soir dans une potion.

3° A dose très forte ou perturbatrice. 50 centigramme, 6 décigrammes à la fois, 5 centigrammes d'heure en heure,

Cette médication a été mise en usage sur dix malades ; ses effets peuvent être résumés de la manière suivante :

1° Sur 10 hallucinés qui, s'ils ne pouvaient être déclarés incurables, se trouvaient dans des conditions plus ou moins fâcheuses, 7 ont guéri ; un huitième ne présente pas encore toutes les garanties désirables ; 2 n'ont éprouvé, durant le traitement, qu'une amélioration passagère.

2° Chez les huit premiers, les hallucinations ont précédé le conceptions délirantes ; le contraire avait lieu chez les deux derniers.

3° La maladie durait depuis deux mois, trois mois, six mois (chez deux malades), neuf mois, deux ans ; deux malades avaient eu des accès de plusieurs mois de durée.

4° Les guérisons ont été obtenues en quatre, sept jours, un mois (par la dose modérée) ; en cinq, huit, quinze jours (par la dose élevée) ; en vingt-quatre heures (par la méthode perturbatrice).

5° La convalescence a été de un mois (pour trois malades) ; de deux mois (pour deux malades), de trois mois, de quatre mois.

En terminant ce mémoire, M. Moreau pose la question suivante :

« Quels résultats doit-on attendre de la médication par le datura, employé contre les hallucinations liées, soit comme cause, soit comme effet, à un état de manie ou de monomanie chronique ?

» Je manque de faits pour répondre d'une manière précise et expérimentale à cette importante question.

» Les cas de manie ou de monomanie chronique simples non compliqués de démence sont excessivement rares. Presque toujours l'affaiblissement des facultés morales, dans leur ensemble ou séparément, vient, après quelques années, imprimer son funeste cachet aux deux genres de délire que je viens de nommer et faire désespérer de la guérison. Présentement dans la division dite chronique (1re section), à Bicêtre, sur près de cent malades, un seul, vieillard de 62 ans, monomaniaque halluciné, laisse quelques doutes sur l'affaiblissement de ses facultés.

» En théorie, le succès est probable. Les guérisons que nous avons obtenues dans les affections non chroniques, et qui ont fait l'objet de ce travail, nous portent à croire que le datura pourra être de quelque efficacité dans les cas surtout où les hallucinations auront été primitives et constitueront encore le fait le plus saillant du délire.

» En effet, la médication paraît s'adresser directement à la modification cérébrale, dont les phénomènes si remarquables des hallucinations et des illusions sont l'expression, ou, pour m'exprimer plus rigoureusement, sont le produit intellectuel.

» En la détruisant, ne supprime-t-elle pas un fait physiologique anormal tombé accidentellement dans l'intelligence, et dès lors ne peut-elle provoquer une réaction salutaire, si la démence n'a pas rendu cette réaction impossible, et cette réaction ne serait-ce pas la guérison ?

» Mais la longue durée des hallucinations ne serait-elle pas une condition fâcheuse qui la soustrairait à l'action du datura ? Le fait que nous allons relater, s'il ne détruit pas complétement nos craintes à cet égard, sera de nature du moins à les affaiblir beaucoup.

» B... est un vieux malade relegué depuis plusieurs années parmi les incurables. Aux symptômes les mieux caractérisés d'une profonde démence, se joignent de nombreuses hallucinations.

» Presque toutes les nuits B... entre dans de violens accès de colère, se lève, secoue son lit avec force, met sens dessus dessous paillasse et matelas pour donner la chasse à cinq cent mille ennemis qui s'y sont blottis pour le tourmenter, troubler son sommeil par leurs cris, leurs menaces, en faisant un bruit affreux. Il ne se recouche que lorsqu'il les a vus prendre la fuite.

» Après neuf jours de traitement par le datura, pris à la dose de 10 centigr. matin et soir, les hallucinations cessèrent. C'est du moins ce que nous autorisèrent à penser et le dire même du malade et celui des infirmiers, qui ne le voyaient plus se lever la nuit, remuer son lit, en un mot, faire son manége accoutumé. Cependant, chose digne de remarque, B... n'en persistait pas moins à croire que ses ennemis étaient toujours cachés, sinon dans son lit comme auparavant, peut-être dans quelque coin du dortoir, mais sans oser se montrer et troubler encore son sommeil. Les hallucinations avaient été détruites ; mais la raison qu'elles avaient faussée en conservait toujours l'empreinte. La moindre cause ne pouvait manquer de les reproduire, et c'est ce qui arriva en effet peu de temps après. »

Mode d'application de la pâte de Vienne dans le traitement des tumeurs érectiles capillaires, proposé par M. Aug. Bérard.

« La poudre de Vienne (composée de chaux et de potasse caustique), préparée d'après la nouvelle édition du Codex, est délayée peu à peu avec de l'alcool rectifié et amenée à l'état d'une pâte molle, parfaitement liée et homogène. La région malade est disposée de telle sorte que la tumeur en soit la partie la plus élevée, afin que la pâte y soit plus facilement appliquée et qu'elle ait moins de tendance à glisser. S'il y a quelque organe important dans le voisinage, l'œil, par exemple, il est bon de le protéger en le recouvrant d'un morceau de diachylon. Quelques personnes cernent dans tous les cas la tumeur avec cette substance emplastique, qui offre un trou dans le centre pour laisser passer seulement la partie qui doit être cautérisée. Cette précaution, très rationnelle en apparence, peut laisser manquer le but ; pour peu que l'emplâtre n'adhère pas parfaitement dans tous les points du contour de la tumeur, quelques parties de la pâte, plus molles ou délayées par le sang, peuvent glisser entre l'emplâtre et la peau voisine, et causer des ravages d'autant plus grands que le diachylon cache à la vue les tissus que le caustique désorganise ; c'est pourquoi je préfère ne mettre aucune plaque de sparadrap sur la peau, au voisinage de la tumeur......

» La pâte est appliquée à l'aide d'une spatule ou d'un couteau. La largeur et l'épaisseur de la couche varient selon le volume et l'étendue de la tumeur. En général, il suffit de recouvrir le tissu malade jusqu'à deux ou trois millimètres de sa circonférence. La portion de tumeur que la pâte laisse à découvert n'en est pas moins cautérisée par suite d'une sorte d'imbibition de l'alcool potassié dans les tissus, ce qui étend son action à quelque distance du lieu où s'arrête le mélange caustique.

» Pendant que la pâte est appliquée, on voit quelquefois s'échapper un peu de sang qui passe à travers la bouche du caustique, se coagule imparfaitement et tend à couler vers la circonférence de la tumeur, entraînant avec lui de la pâte délayée. Pour empêcher que la cautérisation ne soit, par suite de cet accident, étendue à des parties saines, il faut de suite enlever ce qui s'écoule à la circonférence à l'aide de la spatule ou de petits bourdonnets de coton. Il est rare que le sang vienne avec assez d'abondance pour entraîner la pâte avec lui. Cependant, si cet écoulement avait lieu, on devrait de suite enlever le caustique, dont l'action ne pourrait plus être convenablement dirigée. Le seul inconvénient qui en résulte est la production d'une escharre trop superficielle, et la nécessité de recourir à de nouvelles cautérisations.

» Au bout de cinq à dix minutes d'application, on ôte définitivement la pâte en passant légèrement le bord de la spatule sur l'escharre produite ; et, pour ne laisser aucune parcelle de caustique, on lave la partie avec l'eau vinaigrée. L'acide océtique se combine avec les bases alcalines de la pâte de Vienne et forme des acétates, sans action sur la peau. » (*Gaz. Méd. de Paris*, 30 octobre 1841.)

Sur la préparation du sirop de baume de Tolu et de l'acide benzoïque.

Dans le cours des recherches que M. Deville a faites récemment sur les résines, et en particulier sur le baume de Tolu, il lui est arrivé plusieurs fois d'avoir à traiter cette dernière substance d'après le procédé que les pharmaciens emploient pour fabriquer le sirop de ce nom; c'est-à-dire qu'il a eu occasion de soumettre ce baume à l'action de l'eau chaude, au bain-marie, et d'obtenir, par conséquent la liqueur aqueuse qui, après le dépôt de l'acide cristallisable, sert de dissolvant au sucre. Il lui a semblé qu'après cette opération, le baume, qui n'avait perdu qu'une très faible proportion de son acide, n'avait abandonné aussi qu'une portion fort minime de ses principes huileux. En effet, distillé avec de l'eau, il ne lui a pas donné un produit, en essence, sensiblement moindre que le baume lui-même à l'état neuf. Il croit devoir soumettre cette observation aux pharmaciens, afin qu'ils essaient si les résidus qu'ils obtiennent après la préparation du sirop suivant le *Codex*, ne seraient pas aptes à fournir de nouvelles quantités de sirop aussi bon que le premier. On conçoit que l'eau chaude, n'enlevant au baume qu'une très faible proportion de matière acide et aromatique, qu'elle dissout avec difficulté, les cinq cents grammes (une livre) d'eau prescrits par le *Codex* pour cent vingt-cinq grammes (quatre onces) de baume, sont loin de suffire pour l'épuiser, et que plusieurs traitemens successifs pourraient fournir des liqueurs aussi chargées les unes que les autres. Il conviendrait en outre d'essayer si, en prolongeant suffisamment le temps de la digestion on n'obtiendrait pas un excellent sirop avec moins de baume que l'on n'en emploie ordinairement.

En tout cas, les résidus ne doivent pas être rejetés comme inutiles; en les distillant à feu nu, on obtient des quantités considérables d'acide benzoïque, et les liqueurs huileuses qui accompagnent l'acide dans cette opération peuvent elles-mêmes être converties en partie en benzoate de potasse par l'action d'une lessive chaude de cet alcali. La même remarque peut être appliquée aux résidus de la préparation de l'acide benzoïque par le benjoin et la chaux distillés ; ils donnent une liqueur que la potasse transforme presque entièrement en benzoate de potasse.

Il est possible que l'emploi plus fréquent de l'acide benzoïque donne à ces observations un haut degré d'importance et d'utilité dans la préparation de ce produit en grand. (*Journ. de pharm.*, 1841.)

Sur la préparation du sirop de saponaire.

M. Cousseran, pharmacien à Toulouse, voulant obvier à l'inconvénient que présente journellement l'usage du sirop de saponaire, dont la préparation ne se trouve décrite dans aucun ouvrage de pharmacologie, et après s'être convaincu, par plusieurs essais et expériences, que la racine de la saponaire officinale récoltée avant la floraison était la partie de cette plante qui contenait le plus de saponaire, principe le plus actif de ce végétal, a proposé le mode de préparation suivant.

1° *Extrait alcoolique de racine de saponaire.*

Pr. Racine de saponaire récoltée avant la floraison de la plante et réduite en poudre grossière, 1000 grammes.
Alcool à 21 degrés (Cartier), 6500 grammes.

Faites macérer pendant 24 heures la racine dans 4 kilog. d'alcool, portez à l'ébullition et filtrez bouillant. Soumettez de nouveau le marc à l'action de 2 kilog. d'alcool à la même température ; placez le tout sur un filtre ; projetez-y par portions les 500 grammes d'alcool restant et exprimez à l'aide d'une forte presse.

Les liqueurs filtrées doivent être ensuite soumises à la distillation au bain-marie, pour en retirer la plus grande partie de l'alcool, et le résidu, évaporé à la même température, doit être desséché à l'étuve pour obtenir un extrait sec.

2° *Sirop de saponaire.*

Pr. Sirop de sucre, 60 grammes.
Extrait alcoolique de saponaire, 1000 grammes.
Eau distillée, 120 grammes.

Faites dissoudre l'extrait dans l'eau, filtrez et ajoutez au sirop prescrit, préalablement concentré, jusqu'à neuf cents grammes, pour être ramené à mille grammes par l'addition de la solution extractive.

M. Cousseran affirme que ce procédé, basé sur la méthode adoptée par les auteurs du dernier Codex, pour la préparation de certains sirops avec les extraits alcooliques, donne un sirop qui se conserve très bien, et a parfaitement le goût du décocté de la racine de saponaire.

L'auteur ayant obtenu de deux cent quarante à deux cent cinquante grammes d'extrait par kilogramme de racine, a cru devoir fixer les proportions à soixante grammes d'extrait par chaque kilogramme de sirop ; de manière que cette quantité représente deux cent cinquante grammes de racine, ou qu'une cuillerée de sirop renferme la matière extractive et médicamenteuse de sept à huit grammes (deux gros environ) de racine. (*Exposé des trav. de la Soc. de méd. de Toulouse.*)

La nouvelle que nous avons annoncée dans notre dernier numéro, c'est-à-dire la mesure prise récemment par le conseil général des hôpitaux de refuser aux médecins l'autopsie des malades réclamés par leurs parens, a vivement ému les médecins des hôpitaux de Paris, les professeurs de la Faculté et tous ceux qui portent un intérêt aux progrès de la science et l'enseignement. De toutes parts, ç'a été le même mouvement de réprobation. On annonce même que l'opposition à la mesure du conseil général partira de plus haut encore, car il se dit que le ministre de l'intérieur lui refuse sa sanction. Toujours est-il que la Faculté de médecine, dans sa séance de jeudi, a agité cette importante question, et que, d'après ce qui s'est dit, elle aurait nommé une commission chargée de rédiger une protestation contre l'ordonnance du conseil.

D'un autre côté, les médecins de l'Hôtel-Dieu se seraient réunis à leur tour, et auraient donné mission à l'honorable M. Gueneau de Mussy, qui l'aurait acceptée, de présenter au conseil des observations basées sur l'intérêt de la science et de l'enseignement.

Enfin, on assure, et il est bien entendu que nous ne nous rendons pas garans de cette nouvelle, que M. Orfila a envoyé sa démission de membre du conseil général des hôpitaux.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 152, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; 1 an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; 1 an, 40 fr.
Etranger, 1 an, 45 fr.

A partir du mois de janvier prochain, une nouvelle et importante amélioration sera faite dans la publication du Journal. Aux numéros qui paraîtront vers le 1er et le 15 de chaque mois, sera joint un supplément de quatre pages, ayant le format et l'étendue d'un numéro ordinaire. Ces deux numéros supplémentaires, composés chacun de 12 colonnes, en tout 24 colonnes par mois, contiendront la matière de 10 feuilles environ (160 pages) d'impression des in-8° ordinaires, et seront exclusivement consacrés à la revue analytique et complète de tous les journaux de médecine français et étrangers. Ainsi, dans le courant de l'année, sans empiéter en aucune manière sur les colonnes habituelles du Journal, il sera consacré à ce travail d'un si haut intérêt pratique, la valeur de 120 feuilles d'impression, ce qui équivaut à 4 volumes in-8°. C'est assez pour être complet, et pour qu'il n'échappe rien d'essentiel et d'utile. Outre les deux supplémens mensuels réguliers, toutes les fois que l'intérêt de la science l'exigera, il sera donné des supplémens plus ou moins étendus. Le prix du Journal restera le même.

Le premier numéro supplémentaire paraîtra le 1er janvier prochain.

Sommaire.

HOPITAUX. — Hotel-Dieu (M. Chomel). Encéphalite. Variole. Bronchite ; fièvre intermittente. — de la Pitié. Fractures des os de l'avant-bras ; nouveau mode d'appareil pour éviter une consolidation vicieuse, par M. Ed. Dumesnil. — Fistules vésico-vaginales. Oblitération du vagin. Réponse à M. Blandin, par M. Vidal (de Cassis). — Revue thérapeutique. Formule du sirop pectoral dit *sirop de Vauquelin*. Du mode de prescription du chlore pour l'usage interne. — Feuilleton Des maladies régnantes. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

(Leçon clinique du 18 décembre 1841.)

1° *Encéphalite.*

J'ai déjà attiré votre attention, dit M. Chomel, sur une femme couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard. Il était difficile au premier abord de déterminer la nature de l'affection qui l'a amenée dans ce service, et les signes confus fournis pas un examen attentif laissaient douter si l'on avait affaire à une inflammation du cerveau ou à une fièvre typhoïde. Mais bientôt des phénomènes survinrent qui firent cesser cette incertitude et éclaircirent complètement le diagnostic. Ainsi dès avant-hier, les deux ouvertures pupillaires étaient élargies d'une manière anormale ; la droite présentait une dilatation plus considérable que la gauche, et aujourd'hui cette dilatation s'est encore accrue. Ce signe est d'une grande valeur et se rapporte évidemment à une affection du cerveau. Des signes non moins certains furent fournis par la contractilité musculaire dont on put observer l'affaiblissement du côté droit. Disons-le cependant, ce phénomène est souvent difficile à constater sur les membres inférieurs, soit que la jambe soulevée retombe plus vite, sollicitée qu'elle est par son propre poids, soit que le trouble apporté dans l'intelligence par la maladie empêche le sujet de comprendre ce qu'on exige de lui, ou ne lui laisse pas de volonté pour l'exécuter. Mais il n'en est pas de même des bras dont les mouvemens d'élévation plus naturels sont par cela même plus faciles ; aussi les bras de notre malade ayant été soulevés successivement, le gauche n'est retombé que lentement, quelquefois même elle l'a porté sur sa tête, tandis que le droit est retombé instantanément et par l'effet de sa pesanteur. Cette différence de force, cette espèce de paralysie d'un membre à un degré médiocre, devient un signe pathognomonique important et qui jette la plus grande clarté sur la nature de l'affection que nous avons à traiter. Mais ce n'est pas tout : à cette dilatation des pupilles, à cet affaiblissement de la contractilité musculaire du côté droit, viennent encore se joindre les signes tirés de l'état de la circulation artérielle. Le pouls, qui il y a deux jours donnait 144 pulsations, n'en donnait plus que 128 hier et est à 120 ce matin. Cette diminution du nombre des pulsations, sans amendement des autres symptômes, est un indice de la compression du cerveau, compression qui arrive nécessairement lorsque la maladie, après avoir parcouru la période purement inflammatoire passe à la période d'exhalation.

L'excrétion de l'urine est peu considérable ou même presque nulle, et la palpation fait reconnaître que la vessie est volumineuse et pleine de liquide. Il y a donc aussi affaiblissement, paralysie de la couche musculeuse du réservoir urinaire ; ce qui paraît d'autant mieux prouvé que la malade laisse échapper dans le lit les matières fécales, et que dans l'état où elle se trouve il n'est pas possible de supposer qu'elle retienne volontairement ses urines et sépare ainsi deux actes dont le second, même en état de santé, est la conséquence presque nécessaire du premier.

Avant-hier, toute la surface du corps était le siége d'une sensibilité très vive, et on ne pouvait en toucher quelques points sans que la malade poussât des cris aigus. Cette sensibilité est encore manifeste, mais à un moindre degré, et le simple contact ne suffit plus pour exciter les plaintes de cette femme ; mais en pinçant le bras droit, nous lui avons arraché un cri, sans cependant que le membre ait fait le moindre mouvement. Un mouvement imprimé à la jambe du même côté a aussi été douloureux, et nous nous sommes assuré que la cause de cette douleur ne se trouvait point dans les vésicatoires qui ont été appliqués, puisqu'ils n'ont pas suppuré et qu'ils sont secs.

Le pronostic devient de plus en plus grave. Nous avons déjà employé les sinapismes et les vésicatoires aux jambes, les frictions mercurielles derrière les oreilles. Aujourd'hui, on insistera sur ce dernier moyen, on appliquera un vésicatoire à la nuque, et bien que les fèces aient été liquides jusqu'à présent, on donnera un lavement que l'on pourra rendre légèrement purgatif ce soir, s'il n'y a pas eu de selle dans la journée. Mais il est fort à craindre que malgré tous ces soins nous voyions la maladie se terminer de la manière la plus fâcheuse.

2° *Variole.*

La malade couchée au n° 9 de la même salle est entrée avec les traces d'une pleurésie remontant à plusieurs semaines. La percussion donnait un bruit obscur dans le bas de la poitrine, et le bruit respiratoire était nul dans cette même région ; elle ne présentait pas d'ailleurs d'autres phénomènes saillans ; si bien que l'on aurait pu rapporter ceux-ci à une élévation anormale de la rate ou du foie. Mais peu de temps après son admission, la fièvre survint, on put remarquer de l'œgophonie du côté, la matité du son s'étendit à droite en même temps gauche que l'absence du bruit respiration. Une saignée fut faite et ces symptômes s'amendèrent ; l'épanchement diminua progressivement, et elle était enfin en pleine convalescence, lorsque avant-hier elle fut prise de fièvre, de céphalalgie, de nausées; il y eut même un vomissement. Ces phénomènes étaient les préludes d'une variole : mais il en manquait un fort important, la douleur que les malades accusent ordinairement dans les lombes, douleur très caractéristique et qui aide beaucoup dans le diagnostic de cette affection, dont les prodromes sont souvent très obscurs.

Toutefois, il en est un qui offre encore plus de garantie, et si hier matin on eût examiné cette femme avec soin, peut-être aurait-on reconnu sur les lèvres et sur le front des points rouges qui, au toucher, auraient donné la sensation d'un petit corps dur et de forme conique.

Ce matin l'éruption a commencé plus considérable à la face que sur le reste du corps. Cependant les pustules, bien que moins nombreuses sur les jambes, ont le même volume que celles de la face, et l'on pourrait admettre qu'elles ont apparu en même temps. Il y a aussi une salivation abondante, indice du développement de pustules varioliques dans la cavité buccale. Et, en effet, en examinant avec attention cette cavité, on peut y remarquer déjà de petits points rouges. La malade se trouve d'ailleurs dans un état satisfaisant ; la fièvre a cessé, mais il est probable qu'elle reparaîtra ce soir. L'affection, toutefois, sera bénigne.

Cette femme a été vaccinée, et il est probable qu'elle a contracté la maladie à l'hôpital, puisqu'il y a, à deux pas d'elle, au n° 12, une autre malade atteinte de petite-vérole confluente. On ne pourrait affirmer néanmoins que ce soit là la source de la contagion ; car il ne se passe pas de mois qu'il n'y ait au moins une variole dans ce service, et les malades qui en sont

FEUILLETON.

DES MALADIES RÉGNANTES.

La constitution atmosphérique de cette année a été marquée par des caractères insolites qui ont transmis aux maladies de la capitale une allure et des modifications particulières. Sans reprendre de trop haut l'analyse des qualités atmosphériques dominantes, ce qui nous forcerait à passer en revue le cours entier de l'année, il suffira, pour établir le pouvoir de l'état de l'air sur la manière d'être des maladies, de rapprocher par une comparaison rapide les conditions essentielles de notre situation météorologique depuis les trois derniers mois et les traits caractéristiques des affections régnantes pendant cet intervalle, tels que cette situation extraordinaire les a formés. Parlons d'abord de la constitution atmosphérique.

Après un été constamment pluvieux et froid le mois de septembre a commencé par une série de jours d'une chaleur lourde et orageuse. Le 3, un orage formidable a éclaté vers cinq heures du soir, accompagné d'un vent furieux mêlé à des tonnerres et à des éclairs avec des averses abondantes. Cet orage fut suivi d'un autre plus terrible une demi-heure environ après le premier, et versa, en plus grande abondance que celui-ci et au milieu de coups de vent plus impétueux des torrens de pluie. Une grande partie de la France a subi le même jour de semblables orages. A Paris, les pluies continuèrent toute la nuit du 3 au 4. Un froid très piquant succéda à ces orages pendant plusieurs jours de suite, et rendit les premiers jours de ce mois beaucoup plus froids qu'ils ne l'avaient été depuis plusieurs années. Une humidité excessive, engendrée par des averses réitérées, se joignit à l'abaissement du thermomètre et le rendit encore plus sensible. Le froid rigoureux qui parut après ces orages tranchait brusquement avec la chaleur accablante des jours précédens. Le temps resta pluvieux, variable, humide et froid, entremêlé de pluies et d'éclaircies jusque dans la journée du 10.

Du 10 au 16, il devint chaud, sec et beau comme on aurait pu le désirer aux mois de juillet et d'août. Le froid et les averses entrecoupées d'éclaircies, reprirent ensuite le dessus dès le 16, et persistèrent, sauf de courtes interruptions, jusqu'au 27. La température s'adoucit un peu momentanément le 27 et les jours suivans ; mais la pluie continua assidûment par des ondées alternant avec des éclaircies. La température moyenne de ce mois égala 18 degrés 5 dixièmes, et la moyenne des pluies environ 4 centimètres ; c'est encore trois degrés de chaleur de plus et un centimètre de pluie de moins qu'on n'en remarque ordinairement durant ce mois, bien qu'à vrai dire il ait paru cette année généralement froid, pluvieux et très variable.

Le mois d'octobre ne s'est pas montré plus agréable que le mois de septembre ; il a été au contraire et plus froid et plus humide et non moins changeant. Des vents violens ont soufflé presque constamment tantôt du sud, tantôt du nord, mais toujours de l'ouest. Ces vents chassaient devant eux des masses de nuages épais qui vomissaient, chemin faisant, des flots de pluie ; des éclaircies passagères, et un calme de courte durée succédaient aux rafales et aux pluies en attendant le renouvellement de la tempête et des averses. Un froid pénétrant a fait déserter prématurément la campagne et s'est soutenu à travers quelques jours d'un air mou et chaud, quoique toujours humide jusqu'au 22. Le 22, le froid a redoublé et nous a présenté une gelée précoce. Ce froid était d'autant plus sensible qu'il s'accompagnait d'un très grand vent Le retour brusque du vent vers le sud-ouest a ramené un air mou et énervant avec des pluies chaudes pendant trois ou quatre jours de suite. Les alternatives de temps mou et de temps froid, de pluie et d'éclaircies, de calmes momentanés et de coups de vents, ont rempli le reste du mois. Cette période de bourrasques et de pluies paraît avoir été commune aux contrées du midi, de l'est et du nord de la France ; elle y a produit, comme à Paris, des débordemens et des inondations. La température moyenne de ce mois a été ici de 11 degrés, et la moyenne des pluies de 7 centimètres. C'est à peu près le chiffre ordinaire de la température de ce mois, quoiqu'il ait été sensiblement froid cette année, et deux centimètres de plus d'eau pluviale qu'on n'a comme d'en recueillir ; ce qui s'accorde avec la sensation d'humidité dominante pendant ce mois d'octobre.

Le froid a persévéré durant les quinze premiers jours de novembre, mais les pluies ont diminué ; du reste le ciel est resté presque constamment couvert, le vent toujours à l'ouest tournant tantôt vers le nord, tantôt vers le sud ; quelques légers brouillards ont obscurci l'atmosphère, et le vent régnant a été généralement fort. Sous l'influence de la diminution des pluies, les inondations ont cessé à peu près partout, et la plupart des fleuves sont rentrés dans leur lit. Le 14, les averses ont recommencé, entremêlées d'éclaircies, accompagnées de coups de vent d'ouest tantôt chaud et tantôt froid, selon qu'ils inclinaient du côté du sud ou du côté du nord.

Le 15, un vent du nord-ouest très violent nous a amené des torrens de neige qui obscurcissaient l'atmosphère. Cette neige, si précoce dans ce climat, a duré deux ou trois heures, sans séjourner d'ailleurs ni sur la terre, ni sur les toits.

Le 17, nous avons eu de nouveau un peu de neige qui a fondu en tombant comme celle de l'avant-veille, ce qui a pénétré l'air d'une humidité froide très pénible. Du reste, le froid augmenta et marqua le matin jusqu'à 3 ou 4 degrés au-dessous de 0, sans faire remonter le thermomètre au milieu du jour au-dessus de 3 ou 4 degrés. Ce froid était accompagné d'un vent du nord intense, de pluies froides et de neige fondue comme on n'en voit guère ici que dans le cœur de l'hiver.

Le 19 au soir, le temps s'adoucit tout d'un coup, grâce à la brusque transition du vent du nord-ouest en sud-ouest. Il continua d'être doux et même chaud pendant plusieurs jours consécutifs, c'est-à-dire jusqu'au 22. Des pluies chaudes tombèrent en même temps par averses abondantes, en sorte que la constitution dominante, de froide et humide qu'elle était avant cette époque, devint chaude, humide et énervante. Les averses se prolongèrent sous le vent du sud-ouest soufflant continuellement par rafales, de même que la température douce et souvent chaude pendant le reste du mois.

L'excès des pluies joint aux vents du sud-ouest gonfla de nouveau les eaux de la Seine et détermina un débordement du fleuve plus considérable que celui de la fin du mois précédent. La plupart de nos provinces subirent vers la même époque une constitution atmosphérique analogue et des inondations menaçantes

Le mois de décembre a offert une succession semblabie de jours doux et souvent chauds avec des vents du sud-ouest terribles, des averses très fréquentes et des crues d'eaux énormes. La France entière paraît avoir éprouvé les mêmes phénomènes, et dans quelques provinces il s'y est joint, le 2 ou le 3 de ce mois, un violent orage, météore fort extraordinaire à la fin de l'automne dans notre climat. A Paris, ce temps s'est soutenu, sauf quelques interruptions momentanées, jusqu'au 18.

Le 18, un froid intense, par un ciel nébuleux et un brouillard humide, l'a remplacé.

Le 19, le froid était encore plus vif, le ciel couvert et le vent nord-ouest fort incommode. Enfin, au moment où nous écrivons ces lignes, aucun changement n'est survenu dans la continuité du froid noir et humide, si ce n'est qu'il tombe depuis quelques heures des flots de neige très épaisse.

En résumé, la constitution atmosphérique des trois mois derniers s'est fait remarquer par une persévérance extraordinaire des vents humides de l'ouest, par le passage alternatif de ces vents du nord au sud et du sud au nord, et par conséquent du froid au chaud et du chaud au froid, par la fréquence et la quantité des pluies, par la nébulosité générale du ciel et l'abaissement relatif de la température.

Les maladies dominantes n'ont pas manqué de se ressentir du caractère particulier de cette constitution atmosphérique. Voici les effets les plus notables qu'on est en droit de lui attribuer. Beaucoup de maladies chroniques qui promettaient de se prolonger au-delà de l'hiver sont arrivées à leur terme sous l'influence des variations journalières de l'atmosphère et de l'action énervante de l'humidité. Les registres de la mortalité ont été considérablement enflés par la mort de ces anciens

atteintes sont placées indifféremment dans tous les lits. Or, les croûtes en se détachant volent avec les poussières de la salle, et peuvent s'aller reposer partout; il ne serait donc pas étonnant qu'elles devinssent des moyens de transmission sur des malades entrés long-temps après. Au reste, il est, en général, dans les grandes villes, impossible de suivre la contagion de la variole; aussi beaucoup de médecins croient-ils à sa spontanéité. Je ne peux être de leur avis, et je leur demanderai pourquoi, dans ce cas, elle ne se développait pas il y a mille ans; et s'il est manifeste qu'elle a été importée, il faudra bien reconnaître qu'elle est contagieuse. Il en est de même de la peste d'Orient. de la rougeole et de la scarlatine.

On a toujours prétendu que la variole qui vient à se déclarer chez les sujets vaccinés est plus bénigne que dans les autres cas. Il y a de l'exagération dans cette proposition prise d'une manière absolue, et vous pouvez voir, dans ce service des faits qui vous le prouvent. Ainsi, il y a au n° 12 une varioleuse qui n'a point été vaccinée, et au n° 3 de la salle des hommes un malade qui l'a été. Eh bien, chez ce sujet la maladie a commencé cinq jours avant l'autre, et cependant il est encore couvert de croûtes, tandis que le n° 12 en est complètement débarrassé. L'année dernière nous avons eu deux cas de mort parmi nos varioleux; l'un avait déjà eu la maladie, l'autre avait été vacciné.

Ici le professeur entre dans de longs détails sur les avantages de la revaccination. On a dit qu'une seconde vaccine effraierait les populations et ébranlerait leur foi dans ce préservatif; mais l'invasion de la variole après la vaccine n'atteindrait-elle pas bien plus tôt ce but. Il faut d'ailleurs, quand on veut renouveler l'opération, le faire avant que le sujet sur lequel on opère soit exposé à la contagion; car autrement la vaccine n'ayant d'effet préservatif qu'après le septième ou le huitième jour, il pourrait se faire que le sujet revacciné fût atteint malgré cela par la variole.

Pour terminer avec notre malade, disons qu'il n'y aurait point chez elle d'accidens fâcheux, et qu'il ne restera pas probablement de traces de la maladie sur le visage.

3° *Bronchite. Fièvre intermittente.*

Nous avons eu au n° 14 de la salle Sainte-Agnès, un homme qui, pendant quinze jours avant son admission, voyait apparaître tous les soirs un mouvement fébrile commençant par du frisson auquel succédait bientôt une chaleur intense. Le matin il se levait bien portant, et travaillait comme de coutume. Il n'y avait point de céphalalgie, mais il y avait de la toux. de l'expectoration; les fonctions générales étaient d'ailleurs dans un état assez satisfaisant. On aurait pu croire à l'existence, chez ce malade, d'une fièvre intermittente; mais malgré la périodicité des accès, je n'ai pu voir une fièvre essentiellement intermittente, et j'appelle ainsi celle dans laquelle il n'existe aucun autre symptôme que le retour périodique des accès et la dilatation de la rate. Or, ici il y avait évidemment des symptômes de bronchite; de plus, et ce caractère est très important, les accès ne paraissaient que le soir; tandis que dans les fièvres intermittentes essentielles, c'est dans la journée et surtout le matin qu'on les voit apparaître. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir les affections catarrhales qui n'ont pas assez d'intensité pour produire un mouvement fébrile continu, s'accompagner d'intermittence ou de rémittence. Eh bien, dans ces circonstances, le quinquina, ce médicament si puissant contre les fièvres intermitentes essentielles, échoue très souvent, ou au moins son action est-elle fort douteuse. Aussi ne l'avons-nous pas employé ici; nous nous sommes contentés de traiter la bronchite, et le malade a parfaitement guéri.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Fractures des os de l'avant-bras; nouveau mode d'appareil pour éviter une consolidation vicieuse. Par Ed. DUMESNIL, membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, interne des hôpitaux civils de Paris, lauréat de la Société de médecine de Bordeaux.

Si l'on parcourt les traités de chirurgie, on verra que le pronostic porté sur les fractures simples du radius ou du cubitus, ou de ces deux os ensemble, est, selon les auteurs, de peu de gravité. Les blessés ne sont pas condamnés à garder le lit pendant trente ou quarante jours, position souvent indispensable dans les solutions de continuité de beaucoup d'autres parties du squelette; ils peuvent marcher, sortir, s'occuper de leurs affaires, et quelquefois même continuer leurs travaux; enfin, au bout d'un mois, la consolidation est ordinairement accomplie. Envisagée sous ce point de vue, la question ne saurait être douteuse, et un homme du monde se trouvant dans la fâcheuse nécessité d'opter entre toutes les fractures, préférerait très probablement une de celles qui ont leur siége sur l'avant-bras. Je crois qu'un chirurgien qui a observé ferait un choix tout différent. En effet, ce n'est pas la commodité et la rapidité du traitement qui doivent uniquement fixer notre attention, nous oublierions le côté le plus important, le résultat définitif. Eh bien, si l'on retrouve les malades long-temps après l'accident, on se convaincra que ce résultat est bien peu satisfaisante; dans presque la moitié des cas, il reste dans les fonctions de la main ou de l'avant-bras, une gêne, une raideur, qui ne cèdent à aucun moyen employé contre elles, et qui peuvent porter le plus grand préjudice aux personnes qui en sont affectées. La constance de la difficulté des mouvemens à la levée des appareils pour le bras, la cuisse, la jambe, etc., et la promptitude avec laquelle cette disposition disparaît par l'exercice, ont induit en err ur et fait croire qu'on était ici dans des circonstances analogues. Mais au lieu de se prononcer d'après l'examen superficiel des blessés qu'ils avaient traités, ceux qui ont écrit auraient dû baser leur jugement sur le nombre considérable d'individus qui viennent consulter les praticiens dans l'espoir de recouvrer l'usage d'un membre si utile, condamné à une immobilité plus ou moins complète depuis une fracture datant souvent de très loin. Ils se seraient bien gardés alors de noter comme peu sérieuse la rupture du radius et du cubitus, et n'auraient pas contribué à inspirer une sécurité.

Voilà ce qui rend compte du soin peu minutieux que l'on apporte presque toujours soit dans l'application des diverses pièces qui servent au pansement, soit dans la surveillance nécessaire pour remédier à leur déplacement. On connaît néanmoins tout ce qui peut résulter de fâcheux quand il survient une diminution transversale de l'espace inter-osseux cubito-radial. Ainsi, lorsque l'avant-bras est rompu et qu'il y a complication de plaie, Boyer dit que si l'on ne peut recourir assez tôt à l'appareil, il est bon de prévenir les malades que probablement les mouvemens de pronation et de supination seront gênés ou même impossibles; de plus, quand la douleur et le gonflement rendent les signes diagnostiques difficiles à saisir, et dans toutes les circonstances où il y a doute, on conseille d'agir comme si la fracture existait réellement.

Quelques hommes trouvant ce sujet digne de leurs médi a-tions, et éclairés peut-être par des observations semblables à celles que m'ont suggérés les réflexions qui précèdent, cherchèrent à établir les règles à suivre pour arriver à un but que l'on atteint si rarement. Duverney et Petit satisfirent à une indication importante en appliquant sur les deux faces du membre les compresses longuettes avec lesquelles les attelles de Théden, de Schneider, de Bruenninghausen, les cylindres de Pouteau ne peuvent plus soutenir la comparaison. Dupuytren s'aperçut bientôt qu'il restait une condition indispensable à remplir, et que ce n'était pas là toute la base du contenu de ces fractures. S'occupant spécialement des plus fréquentes, de celles du radius, il vit qu'une adduction forcée et permanente de la main était encore essentiellement nécessaire. Pour l'obtenir, il inventa son attelle cubitale formée d'une lame de fer, courbe à son extrémité inférieure, garnie de plusieurs boutons dans sa concavité. Malgré son efficacité, ce moyen ne prit pas grande faveur, excepté à l'Hôtel-Dieu. Aujourd'hui, on n'y a recours dans aucun hôpital: c'est une excellente idée, mais elle exige pour son exécution une pièce spéciale confectionnée d'avance, des bandes, des compresses ou un coussin dont la disposition est assez compliquée. Cet appareil s'éloigne trop de la simplicité pour avoir été adopté à Paris et surtout en province; cela se conçoit facilement, puisqu'on a même négligé de mettre à profit l'heureuse modification de M. Blandin: ses attelles coudées si commodes sont rarement employées ici, et ne le seront probablement jamais à la campagne.

Quant à l'appareil inamovible, qui presque toujours n'a le droit de porter son nom qu'après avoir été enlevé et remis une ou deux fois, je pense qu'il doit être rejeté dans ce cas. D'abord, parce qu'il faut l'ôter au bout de quelques jours pour voir si la réduction s'est maintenue; ensuite, parce qu'avant qu'il se soit durci, la main a repris une mauvaise situation.

Au commencement de mes études, j'ai suivi les cliniques de MM. Velpeau, Roux et Blandin; depuis mon internat, j'ai été l'élève de MM. Cloquet et Lisfranc, et j'ai vu aux consultations externes une très grande quantité de coaptations vicieuses de fractures du radius et du cubitus brisés soit isolément soit simultanément. Il s'en présenta trois à la Charité dans la même semaine, et M. Velpeau en fit le sujet d'une savante leçon, dans laquelle il insista sur le diagnostic des fractures du tiers inférieur de l'avant bras et des luxations du poignet, sur le zèle avec lequel il fallait surveiller les diverses pièces de l'appareil durant le travail de consolidation, et principalement sur l'indication de tenir la main dans l'adduction ou dans l'abduction, autant que cela était possible. Ces tristes exemples et ces sages conseils m'excitèrent à chercher un pansement applicable à tous les cas de déplacement, prompt, simple, facile pour le praticien de nos villages qui n'est jamais compris des ouvriers qui confectionnent ses machines, enfin, un pansement à la Mathias Mayor.

Après de nombreux tâtonnemens, je réussis complètement, j'en imaginai un que je soumis à la profonde expérience de mon habile et excellent maître, M. Lisfranc. Il en fut tellement satisfait, qu'il me donna l'autorisation de traiter comme je l'entendais les fractures de ce genre. Les blessés que nous avons soignés depuis cette époque (janvier 1840), sont au nombre de onze; aucun d'eux en quittant le service ne se plaignait même du plus léger engourdissement pendant les mouvemens divers de l'avant-bras et de la main; presque toujours il nous a été impossible de constater dans quel point était le cal, tant nos consolidations étaient régulières. Ainsi, le procédé que je propose et dont je vais donner la description et le dessin, a été consciencieusement expérimenté et a répondu constamment à mon attente. Bien que persuadé de son efficacité; je n'ai pas voulu le publier avant de m'en être servi dans toutes les variétés de solution de continuité des os

---

malades: par exemple, il a été reconnu que le chiffre des décès dans le mois de novembre a surpassé à lui seul les chiffres réunis des mois d'août, de septembre et d'octobre. Les accidens auxquels ce genre de malades a succombé n'ont pas beaucoup varié: les uns ont été pris de diarrhées ou de flux dysenteriques, un grand nombre de bronchites, et d'autres d'apoplexies.

On a peu vu, du reste, dans le cours de l'automne représenté par les trois mois derniers, les affections gastriques qui ont coutume, dans ce pays, de succéder aux chaleurs de l'été; mais on a vu souvent à leur place ces affections fébriles lentes, compromettant principalement le système des membranes muqueuses, fournissant en grande abondance la matière de l'excrétion de ces membranes, affections fébriles interminables autant par leurs longueurs que par leurs reliquats, et qu'on désigne vulgairement sous le nom d'affections muqueuses. La majorité des fièvres typhoïdes ont offert les traits de cette classe d'affections: aussi se trouvait-on bien, en général, de les attaquer par des évacuans gastro-intestinaux répétés, pour en arriver ensuite à l'administration des toniques. Les émissions sanguines générales réussissaient peu, et quand il en fallait, elles devaient être peu copieuses et ménagées. Ce n'est pas que tous les malades, sans exception, fussent soumis à ce même degré a l'influence dont nous parlons. On en citera sans doute qui ont réclamé les déplétions sanguines larges et réitérées; nous-mêmes nous les avons employées avantageusement dans certains cas déterminés; mais il s'agit ici de l'ensemble des malades, abstraction faite de tels ou tels malades particuliers. Eh bien, l'observation en ville comme l'observation dans les hôpitaux nous autorise à affirmer que les émissions sanguines réussissaient peu dans la période des trois mois passés, et que les évacuans gastriques suivis des toniques étaient doués, au contraire, d'une très grande efficacité.

Un autre trait non moins saillant de la constitution médicale de la même période, c'est la fréquence des phénomènes nerveux ou spasmodiques à titre de complication ou de symptôme accidentel de la plupart des maladies régnantes, soit dans les maladies aiguës, soit dans les maladies chroniques. Ces spasmes se trahissaient en général par la contraction du pouls, la rétraction des traits de la face, l'irruption inattendue des points douloureux sur le tronc ou les membres. Il ne fallait pas se méprendre à la nature de ces symptômes, et les réputer, par exemple, des signes de phlogose; car les moyens débilitans ou adoucissans les exaspéraient ou ne les enlevaient point, tandis qu'ils se dissipaient tantôt spontanément après quelques heures de durée, ou qu'ils cédaient aisément à quelques doses d'antispasmodiques, ou même seulement à l'usage d'une nourriture plus restaurante.

Une diète trop sévère provoquait presque à coup sûr l'explosion de ces accidens. L'abstinence, d'ailleurs, ne convenait pas mieux aux affections de cette constitution. Nous avons vu dans quelques hôpitaux, des malades dépérir faute d'alimens dont on leur refusait l'usage sous le prétexte d'un mouvement fébrile, et se rétablir presque instantanément dès que le médecin, mieux conseillé, osait essayer de faire passer un peu de soupe et une demi-ration de vin.

Les maladies les plus communes durant ce laps de temps, se concentraient de préférence sur les membranes muqueuses, sur les surfaces articulaires et l'appareil ligamenteux dans la cavité abdominale et dans la tête. Elles s'offraient ainsi sous la forme de bronchite, de flux de ventre, de dysenterie, d'encéphalite, de rhumatisme et d'apoplexie. On n'a presque pas rencontré de pleurésie ni de pneumonie. On conçoit que le traitement général recommandé précédemment devait se modifier d'après les points de localisation; toutefois, même dans l'apoplexie, affection où les saignées font souvent merveilles à Paris, surtout si on les pratique à temps, force était de n'y recourir qu'avec ménagement. Nous pourrions citer plusieurs exemples dans lesquels des saignées inopportunes ont décidé tous les symptômes de cette maladie quand elle n'était qu'imminente, et d'autres exemples dans lequels des saignées trop abondantes et trop renouvelées ont amené un collapsus mortel.

Une dernière particularité notable de la constitution atmosphérique en question, c'est l'apparition d'un assez grand nombre de fièvres intermittentes, fièvres assez rares à Paris ainsi que dans d'autres grandes villes, au moins de notre temps. Ces fièvres ont affecté presque toujours le type tierce. Rien de remarquable ne s'y montrait, du reste; on les guérissait sans peine par un demi-gramme de sulfate de quinine, pourvu qu'on eût le soin de les débarrasser préalablement de toute complication.

L'expérience de tous les lieux et de tous les âges prouve que cette constitution médicale émane en effet de la constitution atmosphérique correspondante. Nous avons établi que dans le cours du trimestre dernier l'atmosphère avait été surtout variable, humide et froide. Or, en consultant les mouvemens si nombreux des constitutions atmosphériques de cette classe, on y trouve que toujours et partout ces constitutions speciales ont décidé des états morbides pareils à ceux dont nous venons d'esquisser l'histoire et que nous avons vu diminuer pendant l'automne précédent.

Ainsi que nous l'avons annoncé, M. Orfila a réellement donné sa démission de membre du conseil-général des hôpitaux, et nous sommes prêts à applaudir sans réserve à cette détermination si elle a été prise en vue d'un intérêt général.

Mais quelques personnes qui se disent bien informées, prétendent que ce n'est qu'après le rejet d'un amendement important que la démission a été donnée.

Ainsi, on aurait proposé d'abord d'adopter d'une manière générale la mesure relative à la prohibition des autopsies des sujets réclamés, et M. Orfila aurait demandé que l'on fît une exception pour les professeurs de clinique de la Faculté: cette proposition ayant été rejetée, la démission aurait été résolue. On comprend que si les faits se sont passés de cette manière, les applaudissemens ne sauraient partir de tous les rangs, et que c'est au corps privilégié seul que M. le doyen représente et a représenté qu'il appartient de lui témoigner sa satisfaction.

Quoi qu'il en soit, celte circonstance nous paraît favorable pour réclamer l'introduction dans le conseil des hôpitaux d'un plus grand nombre de médecins. La Faculté a sans doute le droit d'y être représentée, mais il est juste que les médecins des hôpitaux, étrangers à l'Ecole, le soient aussi. Les intérêts des corps privilégiés sont trop souvent en opposition avec les intérêts généraux pour que toute garantie ne doive pas être exigée. Nous reviendrons très prochainement sur ce sujet.

— Le ministre a arrêté les dispositions suivantes:

1° Les noms des chirurgiens-majors des corps de troupe qui, chaque année, à l'époque des inspections générales, auront adressé les meilleurs rapports sur l'hygiène des régimens auxquels ils sont attachés, seront insérés an *Journal militaire*.

Une commission sera chargée de l'examen de ces rapports.

2° Il sera mis chaque année au concours une question de chirurgie, une de médecine et une de pharmacie, qui seront posées par le conseil de santé, et qui intéresseront le service sanitaire de l'armée. Sur la proposition de la commission qui sera désignée à cet effet, une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera accordée au meilleur mémoire dans chacune des trois professions.

(*Bull. du corps des officiers de santé.*)

— Un emploi de médecin, professeur de pathologie médicale, est vacant à l'hôpital de Strasbourg, par suite de la promotion du titulaire, M. Faure, au grade de principal.

de l'avant-bras. Sur onze malades reçus à l'hôpital le radius a été fracturé à des hauteurs variées, 8 fois.

Le radius et le cubitus ont été brisés ensemble, 3

J'ai vu en ville le cubitus rompu seul, 1

Total des blessés, 12 fois.

Et d'abord on ne reprochera pas à cette nouvelle méthode d'exiger une surcharge d'objets pour son exécution ; nous prendrons comme dans l'ancienne :

1° Les bandelettes pour les doigts et la main ;

2° Les compresses graduées ;

3° Les attelles droites ;

4° La grande bande ;

5° La seule chose qu'il faille en plus, est un bout de bande de 75 centimètres de longueur (2 pieds environ), et de 3 à 4 centimètres de largeur (un peu plus de 1 pouce) ; je l'appellerai la petite bande.

Tout cela se trouve partout et sur-le-champ. On n'est donc forcé ni d'attendre, ni de recourir à l'art d'un bandagiste, d'un serrurier, d'un menuisier, etc.

Je ne puis me borner à décrire rapidement en quoi consiste ma modification ; car il me faudra conserver certains temps du pansement ordinaire, pour lesquels je crois qu'il est indispensable de rappeler des données dont on ne tient pas assez compte, ce qui contribue à le rendre encore plus inefficace. Supposons le cas le plus commun, celui d'une fracture simple du radius ; on devra procéder de cette manière : Les doigts seront enveloppés de fines bandelettes ; une d'elles, beaucoup plus longue que les autres, enroulera le métacarpe et le carpe ; on fléchira l'avant-bras et on opérera la réduction dans la demi-pronation. Vient ensuite le tour des compresses graduées, partie délicate de l'opération, et pour l'épaisseur et pour la direction qu'on leur donne. J'emprunte à la clinique chirurgicale de M. Lisfranc (1[er] vol., p. 108, etc.) des préceptes importans sur ce sujet :

« Le pansement des fractures de l'avant-bras se fait à l'aide de compresses graduées et d'attelles qu'on place sur les faces dorsale et palmaire, dans la direction de l'espace interosseux. Ce principe suffit en général quand la solution de continuité de l'os existe à sa partie inférieure où la direction de l'espace interosseux est parallèle à l'axe du membre. Mais s'agit-il d'une fracture siégeant sur son tiers supérieur, ce principe est insuffisant ; il expose à placer les compresses et les attelles dans une mauvaise direction ; il produit souvent un cal vicieux qui peut diminuer la largeur naturelle de l'espace existant entre les deux os, d'où naît une plus ou moins grande gêne dans les mouvemens de pronation et de supination. Un chirurgien clinique ne peut pas admettre des données aussi inexactes ; c'est dans l'anatomie chirurgicale que j'ai puisé les considérations suivantes.

» Les muscles qui occupent la partie supérieure et externe de l'avant-bras, sont beaucoup plus volumineux que ceux situés sur son côté interne ; or, il n'est pas possible que l'axe inter-osseux soit parallèle à l'axe de ce membre. Si l'on met les compresses graduées et les attelles parallèlement à cet axe, la compression est exercée supérieurement sur le radius, et l'indication n'est pas remplie.

» J'indique la direction précise et rigoureuse de cet espace inter-osseux par une ligne qui, partant du centre de la région postérieure de l'articulation radio-carpienne, viendrait se rendre directement au côté externe de l'olécrâne. Quel que soit le volume du membre, ce principe ne perdra rien de son exactitude.

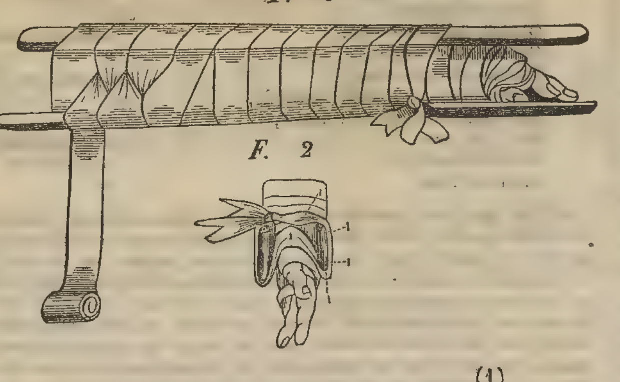
» L'avant-bras de l'Hercule de Farnèse ne ressemble point à celui de la Vénus de Médicis : en d'autres termes, ce membre est tantôt presque carré et tantôt presque rond. Les compresses graduées auront-elles toujours la même épaisseur ? Dans le premier cas, elles seront trop minces ; la compression du bandage roulé pourra s'exercer plus spécialement sur le diamètre radio-cubital, qui est ordinairement plus étendu que le dorso-palmaire ; elle rétrécira ainsi l'espace inter-osseux. Dans le second cas, elles seront trop épaisses, le diamètre antéro-postérieur l'emportant sur le transversal ; alors l'intervalle qui existe entre les deux os sera agrandi par l'appareil, et le malade guérira avec un avant-bras épaté. C'est au chirurgien qu'il appartient de saisir ces données d'anatomie chirurgicale, et d'en tirer un parti avantageux. »

Quelques praticiens ont encore l'habitude de faire immédiatement, à l'aide de la bande, des circulaires assez serrés sur toute l'étendue de ces compresses graduées ; c'est, si mes calculs ne me trompent, un moyen presque certain de les rendre nuisibles ; je me suis assuré qu'excepté chez les individus dont l'avant-bras est cylindrique, la compression agit toujours dans le sens du diamètre cubito-radial. J'ai triplé l'épaisseur ordinaire des compresses, et j'ai vu qu'elles s'affaissaient tellement surtout vers leurs bords, que l'inconvénient que je signale n'était pas encore entièrement évité ; or, sur un matelas pareil, les attelles quitteraient presque inévitablement leur position. Il en est ici comme dans certaines fractures des côtes, où l'on veut que le bandage de corps agisse d'avant en arrière et non transversalement ; pour obtenir cet effet sur un thorax bien conformé, il faut donner au plastron qu'on applique sur le sternum, une hauteur qui étonne toujours ceux qui le voient pour la première fois, et néanmoins il est rarement suffisant.

On posera donc sur les compresses graduées et sans aucun intermédiaire les attelles, qui seront larges de 5 à 6 centimètres (deux pouces environ), et assez longues pour dépasser en arrière l'articulation du coude et atteindre en avant le niveau de la dernière phalange. La grande bande sera roulée à partir du carpe jusqu'au pli du bras ; là, au lieu de continuer à lui faire parcourir toute la circonférence du membre, on formera deux ou trois 8 de chiffre sur le bord externe, en embrassant alternativement l'extrémité postérieure de l'une et de l'autre attelle, après quoi on l'épuise en revenant à des tours entiers.

F. 1

F. 2



(1)

Ces 8 de chiffre, partie constituante de mon mode de traitement, ont pour but, comme on va le voir bientôt, d'empêcher tout mouvement de bascule en bas de l'extrémité humérale des attelles, quelle que soit la force appliquée de bas en haut à leur extrémité digitale. On se souvient qu'il a été supposé que nous avions affaire à une solution de continuité du radius ; donc, en poursuivant notre hypothèse, nous devrons, à présent, viser à maintenir la main dans l'adduction forcée ; j'y parviens le plus aisément du monde, grâce à ma petite bande (8[e] pièce de l'appareil). Je la plie en deux ; les bouts étant tournés vers le sol, j'en glisse un entre la face dorsale de la main et l'attelle correspondante, j'engage l'autre entre la paume de la main et l'attelle qui lui est appliquée, de sorte que le milieu ou plein se trouve à cheval sur le métacarpien du pouce. Avec le bout palmaire de cette bande, je contourne le bord inférieur, puis la face libre de l'attelle palmaire ; avec son bout dorsal, je contourne le bord inférieur, puis la face libre de l'attelle dorsale. Avant de nouer ces deux bouts réunis, sur le bord supérieur de l'une ou l'autre attelle, je pousse la main vers le cubitus, et je tends le plein de la bande en tirant sur ses extrémités, les bords inférieurs des deux attelles figurant ici des poulies de renvoi. (*Voir* fig. 2.)

On conçoit ce qui se passe alors ; la main tend à revenir dans sa direction normale, mais le plein de la bande ne pouvant céder, puisque ses deux bouts sont exactement attachés supérieurement, tout l'effort se reporte sur nos poulies de renvoi fictives ; aussi le mouvement de déplacement en haut arriverait promptement, si les attelles, à leur extrémité humérale, pouvaient basculer en bas, ce que nos 8 de chiffre ne permettront jamais. Nous avons dans cet appareil l'exemple d'un levier inter-fixe très avantageux : la puissance et le point d'appui sont appliqués au même lieu, tandis que la résistance est située dans toute l'étendue d'un bras excessivement long.

Dans les fractures du cubitus, on renverse les dispositions précédentes ; les 8 de chiffre seront au côté externe du pli du coude ; la main sera fléchie vers le radius ; le plein de la petite bande étant porté sur le métacarpien de l'auriculaire, ses bouts d'abord tournés en haut, embrasseront les bords supérieurs puis les faces libres, et seront noués sur l'un des bords inférieurs des attelles.

Enfin, quand les deux os de l'avant-bras sont brisés simultanément, on pose l'appareil comme pour la solution de continuité du radius, à moins que, par une exception peu probable, la main ne s'incline dans l'adduction.

En résumé, les 8 de chiffre de la grande bande et le plein de la petite doivent toujours se trouver du côté même où le renversement de la main s'est produit.

Je termine par une courte observation. Au n° 14 de la salle Saint-Louis, dans la division de mon collègue et ami M. H. Groslambert, est couché le nommé Ithié (Pierre-François), âgé de cinquante-huit ans, demeurant rue Perdue, 3. Cet homme fit une chute dans son escalier, le 28 octobre dernier. Son bras, pris dans la rampe, eut à supporter le poids de son corps ; le radius et le cubitus se rompirent vers la réunion de leur tiers inférieur avec leur tiers moyen. Nous voulons essayer pendant deux jours le pansement ordinaire, que nous arrangeons avec le plus grand soin : la réduction ne se maintient pas. Après quatre tentatives infructueuses, nous nous hâtons de revenir à mon procédé, et le 29 novembre, un mois après l'accident, il n'y a pas la moindre trace de la déformation considérable qui existait lors de l'entrée du blessé. On ne sent pas de cal ; la main et l'avant-bras exécutent tous leurs mouvemens ; il ne reste qu'un peu d'engourdissement. Le malade est encore dans le service.

Les résultats heureux qu'on doit attendre de ce bandage sont tellement évidens, que je crois inutile de transcrire les observations de Deboulogne, Daniel, Godelier, Morizot, Mangeot, Vigner, Courtois, Mourot, Monvoy, et de Mademoiselle Jeannette Soubeiran, de Charonne. J'espère que les praticiens adopteront ce mode de traitement des fractures de l'avant-bras, et que désormais les faits ne seront pas à chaque instant en contradiction avec le pronostic des auteurs.

Fistules vésico-vaginales. Oblitération du vagin.

Réponse à un article sur la clinique de M. Blandin ; par le Dr Vidal.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une leçon de clinique reproduite dans votre journal, M. Blandin passe en revue les moyens proposés pour guérir les fistules vésico-vaginales ; arrivé à ma méthode, le professeur s'exprime ainsi : « D'autres moyens nous restent ; l'oblitération du vagin, proposé par M. Vidal (de Cassis), mais nous n'oserions mettre cette méthode à exécution, car nous ne sachions pas qu'elle ait jamais réussi, et d'ailleurs nous ne pensons pas que l'on puisse, sans inconvénient grave, former un réservoir à l'urine aux dépens de la partie supérieure du vagin et de la portion de l'utérus qui vient s'y aboucher ; aussi ne nous sommes nous pas arrêté à cette idée. » (*Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre.)

M. Blandin est actuellement professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris ; il est de plus chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Cette haute position et le talent de celui qui l'occupe, rendent ses arrêts terribles pour les méthodes qu'il condamne. Heureusement M. Blandin ne craint pas la discussion ; il doit penser même qu'on peut en appeler de ses décisions chirurgicales. Ce sont ces considérations qui m'engagent à entamer ici une défense que j'avais négligée par des considérations contraires.

Je ne discuterai pas le premier argument de M. Blandin, parce que, en effet, dire qu'on n'emploiera pas une méthode parce qu'on ne sait pas qu'elle *ait jamais réussi*, c'est se placer à un point de vue qui n'est pas celui d'un professeur de médecine opératoire. La meilleure opération, la méthode la mieux conçue, peut échouer à sa première application. Il faut alors s'enquérir des causes de l'insuccès, voir si cet insuccès se répète, s'il est complet. On soumet ensuite le plan opératoire au raisonnement, qui s'éclaire de l'anatomie, de la physiologie et des faits chirurgicaux déjà acquis à la science. Si, après ce travail de l'esprit, vous avez une forte analogie en faveur de la méthode proposée, vous l'appliquez, sinon vous la rejetez. La raison l'indique, l'humanité le commande.

Le second argument de M. Blandin prouve qu'il n'a pas considéré le premier comme victorieux. Les considérations que je vais présenter détruiront, je l'espère, les craintes de M. Blandin, qui, s'il veut bien me lire jusqu'au bout, pourra peut-être modifier son opinion sur ma méthode. Ce professeur se fera aussi des idées un peu plus justes sur l'origine de l'autoplastie appliquée à la cure de la fistule vésico-vaginale. Je préviens M. Blandin que tout ce que je vais écrire ne lui était pas destiné, car d'autres aussi ont attaqué ma méthode, mais je préfère viser haut quand je me défends.

Les insuccès des opérations proposées contre les fistules vésico-vaginales avec *perte de substance du bas-fond de la vessie* sont constans. — Les chirurgiens accusent l'action délétère de l'urine qui compromet les résultats des opérations les plus méthodiques ; cette humeur, baignant continuellement la plaie, empêcherait l'établissement ou la consolidation du travail adhésif. Voyez les efforts des chirurgiens pour empêcher l'urine de s'éloigner de la plaie, ou pour rendre ce liquide moins délétère ; entendez leurs regrets de ne pouvoir placer la plaie qu'ils viennent de produire dans les conditions d'une plaie tout à fait extérieure ! Il y a une réflexion bien simple, laquelle empêcherait d'accuser l'influence délétère de l'urine ; la voici : réfléchissez à ce qui se passe à la suite d'une taille vésicale.

Cette méthode fait une plaie au corps de la vessie ; cette plaie est continuellement baignée par l'urine ; d'où vient donc qu'elle se réunit sous cette influence maligne ? C'est parce que la vessie qui *vient d'être ouverte* est dans des conditions différentes que celle qui est *ouverte depuis très long-temps*. En effet, quand nous pratiquons l'opération de la fistule vésico-vaginale, la vessie a cessé depuis long-temps de remplir ses fonctions ; cet organe ne retenant plus l'urine, revient sur lui-même, au point de ne plus constituer un réservoir, une cavité ; c'est alors une simple surface sur laquelle passe l'urine sans s'arrêter. Plus la fistule est large et ancienne, plus la vessie est effacée. Ce fait d'anatomie pathologique est connu de tous les chirurgiens, sans qu'ils aient su en tirer une conséquence pratique.

Voici ce qui arrive, après une suture faite à la solution de continuité d'une vessie qui se trouve dans ces conditions : dès que l'urine tend à s'accumuler, elle presse sur toutes les parois de la vessie ; partout elle trouve une résistance proportionnée à l'ancienneté de la maladie ; mais là où était la solution de continuité, là la résistance est moindre, car elle est formée par un tissu qui se déchire facilement, comme celui de toutes les cicatrices récentes ; donc la fistule se reproduit. Ceci arrive pour la suture comme pour la vésico-plastie. Supposez maintenant que la cicatrice soit assez forte pour résister ; alors vous allez voir se produire un phénomène qui vous étonnera : comme la vessie ne peut se dilater, elle ne peut contenir qu'une très petite quantité d'urine, et à chaque instant la malade est obligée d'uriner, ou bien il y a incontinence par regorgement ; de sorte que la malade, au lieu de perdre ses urines par le vagin, les perd par l'urètre. Ceci n'est pas une hypothèse, c'est un fait observé par nous ; voici dans quelles circonstances.

Une femme encore jeune avait une fistule vésico-vaginale, déjà opérée sans succès par plusieurs méthodes et dans divers hôpitaux. L'urine qui baignait continuellement les grandes et les petites lèvres, provoqua sur ces parties une éruption considérée comme vénérienne, ce qui fit recevoir cette femme en 1832 à l'hôpital du Midi. Je dirigeais alors le service des femmes vénériennes, actuellement à Saint-Lazare. Ayant reconnu la fistule, sa position, son étendue (l'index pouvait la traverser), je voulus la guérir par la suture, et j'avais pris la résolution d'employer un procédé analogue à celui de Malagodi. J'avais réuni quelques confrères, parmi lesquels se trouvait M. Cullerier. Tout était préparé pour l'opération ; cependant il nous fallait encore une chose indispensable pour une opération si difficile. Il nous fallait une grande immobilité de la part de la malade, ce qui nous avait été promis ; mais la malade ne tint pas parole, elle se livra à tant de mouvemens qu'il me fut impossible de saisir les bords de la solution de continuité pour les rafraîchir. Voulant cependant ne pas laisser aller la malade sans entreprendre une opération (ces mots m'obligent de répéter que c'est en 1832 que l'opération a été faite ; il y a donc neuf ans), je plaçai au bout d'une pince à pansement un crayon de nitrate d'argent qui, avec l'instrument, formait une croix. J'introduisis cet appareil dans le vagin pour cautériser fortement les lèvres de la solution de continuité ; mais en même temps que la paroi antérieure du vagin était en rapport avec un bout du crayon, la paroi opposée était cautérisée par l'autre bout. Une grande partie de crayon fut fondue ; de sorte que le vagin fut fortement brûlé.

Le lendemain survint un gonflement énorme de ce canal, la paroi postérieure fut fortement appliquée contre l'antérieure et l'ouverture que celle-ci présentait fut ainsi oblitérée. A mon grand étonnement, l'urine coula par l'urètre ; mais les envies d'uriner étaient très fréquentes, absolument comme chez les personnes qui ont un gros calcul dans la vessie. Cet état dura près de quinze jours. Je voulus alors savoir ce qui s'était passé du côté du vagin : je plaçai donc la femme comme si j'allais l'opérer, et fis pénétrer un peu l'index dans le vagin. A l'instant je vis sortir une petite quantité de sang puis de l'urine. Il était certain que j'avais détruit des adhérences qui existaient entre la paroi postérieure et la paroi antérieure du vagin, adhérences qui maintenaient des rapports pouvant empêcher l'urine de couler. J'avais donc reproduit la fistule. Cette femme ne voulut plus se soumettre à une nouvelle opération.

Je fis part de ce fait à la Société médicale d'émulation, dont j'étais alors membre assidu, et le Journal hebdomadaire répéta une partie de ma communication. Je vis bientôt le parti qu'il y aurait à tirer de ce fait ; je communiquai mes réflexions à plusieurs chirurgiens, et peu de temps après parurent les méthodes d'autoplastie que je ne revendique pas, mais dont je désire marquer l'origine.

MM. Velpeau et Jobert, qui sont les vrais auteurs de l'autoplastie appliquée à l'infirmité dont il est ici question, ne virent dans le résultat de mon opération que le fait d'une pièce du vagin appliquée contre une partie du vagin qui était perforée. Quant à moi, ce fait me frappa aussi ; mais ce qui me préoccupa le plus, ce fut la circonstance de l'évacuation si fréquente des urines par l'urètre et l'impossibilité dans laquelle la vessie était de retenir cette humeur. Je considérai qu'elle

(1) Le dessein représente l'appareil pour les fractures du radius.

Dans la fig. 1, on voit la disposition en 8 de chiffre de la grande bande vers l'articulation radio-humérale.

Dans la fig. 2, la main, vue de face, est portée dans l'adduction par l'action de la petite bande 1, 1, 1, 1, 1.

manquait de capacité, et je résolus de l'agrandir aux dépens du vagin, et je cherchai à faire de la paroi postérieure du vagin le bas-fond de la vessie. Pour cela il fallait oblitérer le vagin. C'est ce que je fis par un procédé qu'on trouvera décrit dans le cinquième volume de ma *Pathologie externe*.

Le lendemain de l'opération, la malade urina par l'urètre. Trois jours après, elle put faire *jaillir l'urine* par ce même canal, et pendant près d'un mois, il ne s'écoula pas une goutte d'urine par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors, toujours par l'urètre. Mais un jour que les urines avaient de la difficulté à sortir, un élève, voulant introduire une algalie dans l'urètre, la porta sur la cicatrice qui fut ainsi déchirée (1), à l'instant du sang sortit et les urines s'échappèrent par le vagin. La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie.

Si d'autres que M. Blandin avaient examiné tous les élémens de la grave question soulevée par ce fait, ils auraient évité de réfuter des argumens que j'avais réfutés, et ils se seraient dispensés volontiers d'en présenter qui se trouvaient détruits par le fait qui s'est passé à l'hôpital du Midi, en présence de plusieurs élèves, en présence de M. A. Bérard, fait que M. Guerbois a pu constater quand il fit sa thèse de concours sur les fistules vésico-vaginales. Mon opération n'a pas complètement réussi, je le sais, je l'ai dit, je l'ai imprimé. Je possède cependant l'observation rédigée par un élève de mon service : la guérison était indiquée, et j'ai retardé l'impression de ce fait parce que je crois que pour parler d'une guérison de fistule vésico-vaginale, il faut attendre au moins trois mois après la guérison supposée. Si tous les chirurgiens en faisaient autant, nous aurions moins de fausses monnaies en circulation.

Mais voici à quoi sert ce demi-succès. Il sert à prouver : 1° que les règles peuvent passer par l'urètre ; 2° que l'urine peut être chassée par cette nouvelle vessie, et qu'elles peuvent jaillir ; 3° que ces urines n'entrent pas dans la matrice pour passer par les trompes et aller inonder le péritoine (mes expériences sur les injections intra-utérines prouvent d'ailleurs combien il est difficile de faire passer du liquide dans les trompes) ; 4° la cicatrice s'est assez maintenue pour me faire penser que les dépôts calcaires ne se feraient pas facilement dans cette nouvelle vessie.

Quant au reproche d'imperfection qui est adressé à ce nouvel organe, j'avoue qu'il est mérité ; il est si bien mérité, si bien reconnu, qu'on pouvait s'épargner la peine de le faire. Je n'ai jamais prétendu établir de toutes pièces une vessie aussi parfaite que celle qui existait avant la fistule. Quand on dit que je remplace une infirmité par une autre infirmité, on dit qu'on n'a pas voulu reconnaître l'ensemble du fait ; voilà tout.

La difficulté de fermer l'orifice du vagin est réelle ; l'impossibilité est une assertion. L'argument qui consiste à dire que je prive la femme de son plus bel attribut, que je lui enlève son sexe, qu'elle ne pourra plus être fécondée, cet argument est un de ceux que je ne réfute pas. Aussi n'a-t-il pas été produit par M. Blandin.

Je terminerai par un *pronostic* qui se réalisera, j'en suis certain : Il est dit dans le compte rendu de la clinique de M. Blandin que la malade « porte à la partie inférieure du bas-fond de la vessie une perforation offrant à peu près le diamètre d'une pièce de deux francs. » (*Loc. cit.*) Eh bien ! s'il y a cette perforation de la vessie, M. Blandin ne guérira sa malade ni par l'autoplastie ni par aucune méthode *directe*.

Agréez, etc., VIDAL (de Cassis).

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formule du sirop pectoral, dit *sirop de Vauquelin*.

Pr. Un mou de veau.		
Lichen d'Islande,	2	kilogrammes.
Capsules de pavots blancs sans graines,	500	grammes.
Fleurs béchiques,	500	
Quatre fruits pectoraux,	2	kilogrammes.
Gomme du Sénégal,	2	
Feuilles d'érysimum,	500	grammes.
Racine sèche de grande consoude,	500	
Suc épaissi de laitue en fleurs,	125	
Sirop de sucre,	40	kilogrammes.
Sirop de violettes,	6	bouteilles.
Sirop de Tolu,	3	

On fait bouillir le mou de veau pendant une demi-heure, dans une suffisante quantité d'eau, puis on verse cette décoction bouillante sur les têtes de pavots brisées et séparées de leurs graines, sur les feuilles d'érysimum et sur les fleurs béchiques ; on laisse infuser pendant vingt-quatre heures, après quoi on passe à travers un linge. D'un autre côté, on coupe en petits morceaux les fruits pectoraux, après en avoir extreit les noyaux, et on les fait cuire, avec la racine de grande consoude, dans la quantité d'eau nécessaire. On fait, à part, une décoction du lichen, privé de toute son amertume par la macération dans de l'eau tenant du carbonate de potasse en dissolution ; après quoi, toutes les décoctions étant réunies, on y fait dissoudre la gomme du Sénégal, on clarifie au moyen des blancs d'œufs, on fait bouillir jusqu'à ce qu'il ne reste plus que dix-huit litres de liquide, et l'on passe au travers d'un blanchet.

On délaye ensuite dans le liquide obtenu le suc épaissi de laitue, on mêle cette solution au sirop de sucre, et on fait bouillir le mélange à feu doux jusqu'à ce qu'il marque 31 degrés à l'aréomètre. On retire alors du feu, et, après le refroidissement complet, on ajoute les sirops de violette et de Tolu qu'on mêle intimement à la masse totale par simple agitation.

Ainsi préparé, le sirop contient, par chaque trente grammes (une once), un décigramme (deux grains) de suc épaissi de laitue ou thridace, et cinq centigrammes (un grain) à peu près d'extrait de pavot blanc.

Ce sirop s'emploie contre la toux, quelle que soit la cause à laquelle on puisse la rapporter. On l'administre, soit pur, soit étendu dans une tisane pectorale préparée avec les quatre fleurs, la violette, la mauve, la guimauve, le coquelicot, le tussilage, le bouillon blanc, etc. La dose à laquelle on peut le faire prendre est de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour pour les adultes, en ayant soin de laisser au moins une heure de distance entre les repas et l'administration de la prise de médicament. Pour les enfans, il convient de réduire cette dose à une ou deux cuillerées à café, quatre fois dans le courant de la journée.

On peut, suivant les cas, l'associer au lait de vache, au lait d'ânesse, etc. Chez les asthmatiques, il est souvent avantageux de l'unir à parties égales d'oximel scillitique.

Ce médicament, pour lequel un brevet d'invention de cinq ans avait été accordé le 23 octobre 1834, est tombé aujourd'hui dans le domaine public.

Du mode de prescription du chlore pour l'usage interne.

M. Lepage, pharmacien à Gisors, vient de publier, dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, quelques observations dignes de toute l'attention des médecins praticiens ; elles sont relatives à la potion chlorée qu'à indiquée M. Bouchardat dans son formulaire, et dont la formule est la suivante :

Prenez :	Chlore liquide (eau saturée de chlore),	8	grammes.
	Eau distillée,	125	
	Sirop de groseilles,	64	

Dès la première fois que cette potion lui fut demandée, il pensa de suite que la formule n'en était pas rationnelle, vu l'action qu'exerce le chlore sur les matières colorantes organiques ; action que chacun connaît d'ailleurs. Cependant il voulut avant de les réformer, s'assurer par l'expérience, si ses prévisions étaient fondées ; pour cela, il fit les essais ci-après détaillés.

1° Il mêla, dans un flacon à l'émeril, de la solution de chlore pur saturé, 8 grammes ; de l'eau distillée, 125 grammes ; du sirop de groseilles, 60 grammes. Aussitôt le mélange opéré, la couleur du sirop de groseilles faiblit considérablement, et l'odeur du chlore disparut presque instantanément ; en effet, deux minutes après que la potion fut préparée, on en additionna environ la moitié d'un peu d'iodure potassique en dissolution, et on délaya quelques parcelles de colle d'amidon dans le mélange ; mais il ne se développa aucune coloration bleue, même après plusieurs heures de contact.

L'autre moitié de la potion fut mise dans un petit bocal à large ouverture, on y ajouta de l'iodure de potassium, et le bocal fut couvert d'un papier enduit l'une légère couche d'empois ; au bout de plusieurs heures, on ne remarquait aucune teinte bleue sur le papier amidonné.

2° M. Lepage distilla, dans une petite cornue de verre, le sixième environ d'une autre potion préparée absolument comme celle ci-dessus ; le liquide distillé rougissait légèrement le papier bleu de tournesol sans en détruire la couleur, puisque les alcalis le ramenaient au bleu ; il précipitait le nitrate d'argent et ne développait point de coloration bleue dans une faible dissolution d'iodure de potassium additionnée d'un peu de colle d'amidon. Evidemment, ces propriétés du liquide ci-dessus n'étaient dues qu'à une faible quantité d'acide chlorhydrique qu'il renfermait ; d'ailleurs les acides du suc de groseilles ne sont pas volatils ; ensuite il fut facile de s'assurer qu'en distillant un mélange d'eau pure et de sirop de groseilles, le produit obtenu était sans action sur le papier bleu de tournesol et sur la dissolution d'azotate d'argent.

3° Une autre potion fut préparée dans laquelle le sirop de groseilles fut remplacée par celui de sucre, et on reconnut que, dans cette nouvelle préparation la stabilité du chlore était d'assez longue durée pour qu'il fût permis d'employer cette formule au besoin. En effet, on s'est assuré que, suivant que la potion était ou non exposée à la lumière solaire, elle pouvait, dans le dernier cas, se conserver non acide environ douze à quinze heures ; mais que, passé ce temps, elle s'acidifiait peu à peu, et qu'il était rare qu'après vingt-quatre et trente heures, il fût possible d'y trouver du chlore libre, par les procédés connus, même les plus sensibles.

Des expériences ci-dessus, il semble, d'après M. Lepage, résulter pour la pratique :

1° Que le chlore, pris en potion avec le sirop de groseilles ou tout autre sirop analogue, est presque instantanément décomposé, et qu'il se forme, avec une quantité correspondante d'hydrogène de la matière colorante du suc, de l'acide chlorydrique ;

2° Qu'en remplaçant le sirop de groseilles par le sirop de sucre, la décomposition n'est plus instantanée, mais qu'elle a lieu néanmoins complètement au bout de vingt-quatre à trente heures au plus ;

3° Enfin, que le médecin qui, en prescrivant le chlore à son malade, voudra être certain de lui faire prendre ce corps à l'état de pureté, devra le prescrire à l'état d'eau distillée pure.

Une des découvertes pharmaceutiques les plus précieuses et dont nous devons constater le succès, est celle de l'*Eau de Mars*, d'une efficacité d'autant plus remarquable contre les maux de dents, qu'elle diffère des odontalgiques connus par sa composition entièrement dégagée de substances corrosives. Elle est d'un goût agréable, d'un emploi facile, et procure une guérison instantanée sans produire de suites fâcheuses, telles que l'inflammation des gencives et la détérioration des dents saines.

ÉTRENNES. — M. Aubert vient de mettre en vente la *Physiologie du Bourgeois*, texte et dessins par M. Henri Monnier. C'est un tableau de mœurs d'une vérité frappante, et que nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs. Le nom de l'auteur est d'ailleurs assez connu pour nous dispenser de tout éloge. — La *Physiologie de la Grisette*, par MM. Louis Huart et Garvarni, ne le cède en rien à la *Physiologie de la Lorette*, et obtiendra un aussi grand succès.

(1) Cet élève est aujourd'hui praticien établi à Paris.

PARIS, — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

UDI 23 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 153, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). Considérations pratiques sur la thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre. — NECKER (M. Aug. Bérard). Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. Traitement général par l'extrait de feuilles de noyer. Préceptes relatifs à l'ablation des tumeurs de cette espèce. — Note sur l'incurvation à gauche de la région dorsale de la colonne épinière; par le docteur Desruelles. — Mémoire sur le bégaiement et sur la section sous-cutanée du muscle génio-glosse; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Académie de Médecine, séance du 21 décembre. Elections des membres du bureau. — Académie des Sciences, séance du 20 décembre. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Sur une falsification des os calcinés. Modification de l'emploi du séton dans le traitement des tumeurs érectiles veineuses, par M. Bérard. Cas de tétanos guéri par les préparations mercurielles. Sur la préparation de la morphine. Sur la propriété fermentescible des espèces de sucre. Moyens chimico-légaux pour distinguer le pain de froment pur du pain de fécule et de froment.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Considérations pratiques sur la thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre.

La thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre ne paraît pas être envisagée à l'hôpital de la Charité par M. Velpeau sous le même point de vue que par les autres praticiens. Nous pensons donc faire quelque chose d'utile en exposant ici ce que nous avons souvent entendu dire et vu faire par ce chirurgien, nous proposant d'examiner prochainement les différentes questions qui se rattachent aux affections des voies urinaires, nous serons bref dans cette circonstance.

Pour M. Velpeau, les rétrécissemens de l'urètre sont constitués, 18 fois sur 20 au moins, par un épaississement du tissu sous-muqueux, et entretenus par une légère inflammation chronique d'un point déterminé du canal excréteur de l'urine.

Les brides, les indurations inodulaires, les végétations constituent les cas exceptionnels.

Les rétrécissemens ordinaires ne se rencontrent presque jamais que chez les sujets qui ont été affectés d'une ou de plusieurs gonorrhées. Leur siége est à peu près constamment à l'un des points de la portion membraneuse, soit au milieu, soit en avant de la portion bulbeuse, soit en arrière près de la prostate.

Vers le méat, dans la région spongieuse, les rétrécissemens sont un fait en quelque sorte anormal.

M. Velpeau soutient qu'il n'y a jamais de rétrécissement proprement dit dans la région prostatique de l'urètre. Nous avons récemment expliqué cette proposition dans ce Journal, en rendant compte des leçons cliniques de M. Velpeau sur les rétentions d'urine déterminées par les maladies de la prostate; nous n'y reviendrons pas.

M. Velpeau n'admet pas non plus les rétrécissemens spasmodiques de l'urètre, quoiqu'il admette et qu'il ait démontré l'existence des spasmes de ce canal; nous développerons prochainement cette proposition qui peut paraître de prime-abord paradoxale.

Partant de là, voici comment M. Velpeau établit la thérapeutique des rétrécissemens de l'urètre : nous passerons rapidement sur plusieurs moyens qui ne constituent pour lui que des ressources ou dangereuses ou exceptionnelles, pour insister d'une manière toute particulière sur les deux modes de traitement qui constituent la base de sa méthode.

Les moyens qui ont été proposés contre les rétrécissemens de l'urètre sont le cathétérisme forcé, la dilatation brusque, les injections forcées, les mouchetures, les scarifications, la cautérisation, la dilatation simple et graduée.

1° *Cathétérisme forcé.* — Cette opération doit être bien distinguée de celle que M. Mayor a récemment introduite dans la pratique, et dont nous parlerons dans le paragraphe suivant. On pénètre ici de vive force dans la vessie à l'aide d'un instrument mousse, conique, assez aigu pour traverser le trajet du canal qui est plus ou moins complètement effacé; tandis que dans la méthode du chirurgien de Lausanne, on se sert d'un instrument cylindrique, volumineux, dans le but unique de dilater le canal naturel rétréci.

Le cathétérisme forcé que Desault employait déjà, dont Coffinière a réclamé la priorité, que Boyer surtout, imité par M. Roux, a introduit dans la pratique, est formellement rejeté par M. Velpeau. Cependant il prétend qu'on en a singulièrement exagéré les dangers; il ajoute même que dans une certaine classe d'ischurie, ce serait une opération préférable aux diverses ponctions connues de la vessie. Ceci mérite explication.

Si la sonde conique, dit-il, est introduite de vive force quand le rétrécissement occupe la région membraneuse du canal, on comprend facilement que pour peu que l'instrument fasse fausse route, il pourra ne parvenir dans le réservoir urinaire qu'après avoir longuement et largement labouré les tissus voisins. Or, on connaît tous les dangers de cet accident. Dans tous ces cas, c'est donc une méthode redoutable qui doit disparaître de la pratique. Mais si l'obstacle à l'écoulement des urines existe à la région prostatique de l'urètre, on devine que la sonde ne traversera que le tissu de la prostate, et arrivera après un court trajet dans le réservoir urinaire. On comprend dès-lors que la fausse route, au milieu d'un tissu purement glanduleux qui ne se prête guère aux infiltrations urineuses, puisse n'entraîner là que d'assez faibles inconvéniens. Mais, ajoute M. Velpeau, je suis convaincu que, même dans ces cas, le cathétérisme forcé est généralement inutile, puisque des sondes convenablement courbées et introduites d'après certaines règles, permettent d'arriver à peu près constamment dans la vessie.

2° *Dilatation brusque. — Méthode de M. Mayor, de Lausanne.* — Le cathétérisme forcé, pour obtenir une dilatation brusque du canal, ayant vivement occupé les chirurgiens depuis quelques années, M. Velpeau a cru devoir examiner cette question sous ses différentes faces. Je n'entrerai pas ici dans les détails que comporte un pareil sujet; je me bornerai à mentionner les résultats obtenus par M. Velpeau, dans son service à l'hôpital de la Charité. En soutenant que plus le rétrécissement est considérable, plus la sonde doit être volumineuse, M. Mayor fit naître à l'instant de vives et nombreuses préventions contre sa méthode. Cependant M. Velpeau jugea convenable d'examiner, sans idée préconçue, de quelle manière il serait possible d'interpréter les faits invoqués par le chirurgien de Lausanne, et il est arrivé aux résultats suivans, que nous nous bornerons à indiquer sous forme de propositions.

Toutes les fois que les grosses sondes de M. Mayor ont réussi, c'est qu'il n'y avait point de rétrécissement de l'urètre. Cette proposition paraîtra paradoxale à quelques praticiens; M. Mayor ne nous la pardonnera pas sans doute. Cependant elle est d'une exactitude rigoureuse. Expliquons-la :

Dans les observations publiées par M. Mayor, il est toujours dit que le rétrécissement était à la profondeur de cinq pouces, cinq pouces et demi, six pouces; il en est de même de celles qui ont été relatées en faveur de la même méthode par M. Chaumet, de Bordeaux, et par quelques autres praticiens de différentes localités. Or, M. Velpeau a depuis long-temps démontré dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, et M. Malgaigne avait déjà annoncé que l'urètre, mesuré en place et dans l'état normal n'a presque jamais plus de six pouces de longueur, et que souvent il n'a que cinq pouces et demi et même cinq pouces. Il ressort de là que si on défalque de cette longueur douze à quinze lignes pour la prostate, les rétrécissemens véritables ne doivent pas être à plus de quatre ou cinq pouces de profondeur, et qu'ils sont en général à quatre pouces, quatre pouces et demi. Or donc, pour que les grosses sondes eussent attaqué des coarctations réelles, il eût fallu qu'il se fût agi de rétrécissement dans la région prostatique de l'urètre. Eh bien! M. Velpeau soutient que cela n'a jamais lieu.

Quant à M. Devergie et à quelques autres praticiens qui, traitant de véritables rétrécissemens et à la profondeur où ils s'observent en général, disent avoir réussi par la méthode de M. Mayor, ils confondent évidemment deux thérapeutiques toutes différentes. En effet, on voit que M. Devergie commençait par dilater modérément le canal, puis qu'il le cautérisait, puis qu'il passait à des sondes de plus en plus grosses pour arriver enfin à celles du chirurgien de Lausanne. Il faut convenir qu'on ne trouve pas dans cette manière de faire les habitudes tranchées, la dilatation brusque de M. Mayor. Et d'ailleurs, qu'on ne l'oublie point, toutes les fois qu'on a voulu vaincre des rétrécissemens proprement dits de l'urètre avec les grosses sondes dont il est ici question, des accidens plus ou moins graves sont survenus, et plus d'un praticien s'est repenti de ses tentatives imprudentes : c'est ce qui est constaté par un assez grand nombre de faits authentiques qu'il n'est pas nécessaire de rappeler ici. Hâtons-nous d'ajouter cependant que la méthode de M. Mayor ne doit pas être complètement abandonnée; il faut seulement restreindre le cercle de ses applications. Il est vrai que les grosses sondes en étain, avec leur courbure en cercle continu réussissent quelquefois lors même que des instrumens plus petits échouent. Mais qu'on ne se fasse pas illusion; dans ce cas, ce n'est pas précisément à un rétrécissement proprement dit de l'urètre qu'on a affaire, mais bien à une déviation de ce canal, établie sous l'influence d'une maladie, d'une tumeur de la prostate, etc. Nous étant expliqué à cet égard dans de précédentes leçons, nous n'y reviendrons pas.

3° *Injections forcées.* — Déjà mises en pratique dans le dernier siècle par Trye, et employées de nos jours par divers chirurgiens, les injections forcées ne sont presque jamais indispensables. Partout où elles pénètrent, dit M. Velpeau, une bougie fine bien dirigée peut pénétrer aussi; il a souvent vu, soit les bougies de cire, soit les bougies élastiques, passer là où les injections forcées avaient été vainement essayées. Voici, du reste, comment il s'exprime à cet égard dans sa *Médecine opératoire* :

« Puisque les urines, sorte d'injection naturelle, poussées d'arrière en avant, ne franchissent pas la coarctation, ne la font disparaître ni ne l'empêchent de se manifester, comment espérer que, par cela seul qu'il est porté dans une direction opposée, un liquide quelconque triomphera de tous les obstacles? Il est, en conséquence, probable que les succès qu'on lui rattache eussent été aussi bien obtenus à l'aide de sondes ou de bougies bien conduites, et que, dans la plupart des circonstances, on aurait pu se dispenser des injections par un emploi mieux entendu des procédés ordinaires. Néanmoins, comme leur usage est facile, dépourvu d'inconvéniens, je ne vois aucune raison de ne pas les essayer, même sans attendre que tous les autres moyens aient échoué. »

4° *Mouchetures. — Scarifications.* — Elles ont été employées par beaucoup de praticiens; elles sont maintenant vantées plus que jamais par un chirurgien distingué de Paris, M. Guillon, qui en a modifié et sensiblement amélioré la manœuvre et l'application. M. Velpeau ne leur accorde cependant la préférence que dans certains cas assez rares, lorsque, par exemple, l'obstacle est constitué par des brides, des indurations anciennes.

5° *Cautérisation. — Dilatation simple.* — Nous réunissons ensemble ces deux ordres de moyens parce qu'ils sont employés concurremment par M. Velpeau, et qu'ils constituent la base de sa thérapeutique.

M. Velpeau compare les rétrécissemens ordinaires de l'urètre à certaines affections eczémateuses de la peau, à une phlegmasie chronique lente des tégumens extérieurs. En supposant, dit-il, qu'il s'agisse d'une semblable lésion épanouie au-dehors, on l'attaquerait par différens topiques, par certains cathétériques, par la compression. Hé bien, il en est de même pour l'urètre.

Les topiques simples, tout le monde en connaît l'action; nous ne nous y arrêterons pas. Quant aux cathétériques, ils sont envisagés de deux manières différentes. La presque totalité des praticiens ne s'en servent dans les cas qui nous occupent, que pour détruire, désorganiser, couche par couche, les tissus prédominans. M. Velpeau les emploie d'après une autre idée. L'agent thérapeutique dont il fait usage est l'azotate d'argent.

On sait que ce n'est pas pour détruire, mais pour modifier les surfaces malades, que ce chirurgien emploie le nitrate d'argent contre les affections eczémateuses de la peau; pas plus qu'il n'a l'intention de scarifier les amygdales ou la membrane muqueuse de la bouche quand il se sert de la pierre infernale pour éteindre les phlegmasies couenneuses de cette cavité.

Imbu de ces idées eu égard aux rétrécissemens ordinaires de l'urètre, M. Velpeau dit que l'important ici est d'appliquer le topique sur la région malade, et de l'y maintenir plus ou moins long-temps, selon son degré d'activité. Il soutient, par exemple, que de la pommade au précipité blanc, au calomel, les pommades avec l'oxyde rouge de mercure, avec le sublimé, avec l'alun, que l'alun lui-même, porté en substance au moyen de bougies, comme l'a récemment proposé M. Jobert, ou de toute autre manière, réussirait souvent si la situation du mal ne rendait l'application de ces moyens assez difficile.

Cependant, le nitrate d'argent lui paraît mériter la préférence dans la plupart des cas, parce qu'il suffit d'un attouchement léger des parties avec cette matière pour en obtenir un effet suffisant.

Voulant toucher la surface malade pour en modifier l'état pathologique et non pour la scarifier, M. Velpeau s'y prend de la manière suivante : il rejette d'abord comme superflus, comme susceptibles d'induire en erreur, tous les porte-empreintes, tous les conducteurs imaginés par Ducamp et ses successeurs. — Si le rétrécissement est extrême, on commence par l'attaquer au moyen des bougies dilatatrices. Dès que la bougie n° 5 peut pénétrer, on pratique une première cautérisation. Pour cela, M. Velpeau se sert d'un porte-caustique courbe, terminé par un léger bouton. Cet instrument est introduit fermé jusque dans la partie rétrécie, et même un peu au-delà. Pour l'ouvrir, on tire à soi la canule; l'azotate d'argent se trouve dès lors en contact avec les tissus; par quelques mouvemens de rotation, on fait que le caustique touche toute la circonférence du canal; on termine par quelques mouvemens de *va et vient* pour que la membrane muqueuse soit atteinte et sur le rétrécissement et un peu en avant et en arrière. Cette manœuvre ne dure guère qu'un quart ou une demi-minute au plus. Ensuite, on referme et on retire brusquement le porte-caustique.

Comme il n'y a pas ici production d'eschare, comme les fluides exhalés ou sécrétés par l'urètre dissolvent à l'instant l'azotate d'argent, il n'y a point là de cautérisation proprement dite, mais bien un simple attouchement d'un modificateur puissant. Il en résulte évidemment qu'il n'y a pas plus de dangers à ce que le nitrate d'argent dissous touche la membrane muqueuse en avant ou en arrière du rétrécissement, qu'il n'y en a à ce que ce caustique touche une portion de conjonctive saine dans les ophthalmies, une portion des muqueuses buccale, nasale, etc., dans les inflammations couenneuses de ces cavités. On comprend que de cette façon, la cautérisation de l'urètre est une opération excessivement simple, et qui n'a besoin d'aucune des mille précautions dont quelques uréthrologues l'entourent habituellement.

M. Velpeau revient ainsi aux attouchemens cathétériques tous les quatre, cinq, six ou huit jours selon le degré d'irritation du canal, et il n'en pratique guère plus de quatre, six ou huit. Dans l'intervalle de ces cautérisations, il use des bougies dilatables qu'il porte rapidement jusqu'aux n° 10, 12 et 15. Ces bougies agissent, selon lui, en comprimant les tissus épaissis, comme les bandages compressifs agissent sur les engorgemens des membres, c'est-à-dire, en provoquant l'absorption moléculaire des élémens qui se sont accumulés anormalement dans les lamelles hypertrophiées. La raison qui le porte à employer concurremment la cautérisation telle que nous l'entendons, et la dilatation simple, est la suivante : Les bougies seules donnent aisément au canal les dimensions naturelles ; mais comme elles n'éteignent pas en général le principe morbifique qui entretenait la maladie, la récidive ne tarde pas à se montrer.

Le nitrate d'argent à titre de *modificateur*, employé seul, éteindrait bien la phlegmasie chronique de l'urètre, mais il n'agrandirait pas le calibre de ce canal. Ainsi donc, si d'un côté on éteint l'état phlegmasique par le nitrate d'argent, tandis que de l'autre on redonne par le moyen de la dilatation aux tissus voisins toute leur souplesse et à l'urètre ses dimensions premières, il y a évidemment plus de chance de guérison radicale.

Qu'est-il besoin d'ajouter que si le nitrate d'argent est employé comme caustique, s'il élargit l'urètre en détruisant les tissus, par formation successive d'escharre, par déperdition de substance en un mot, il en résultera nécessairement un ulcère qui devra se cicatriser et qui aura souvent, si ce n'est toujours, une tendance très grande à ramener ou à aggraver même le rétrécissement primitif. C'est à cette méthode que s'adressent tous les reproches qu'on a faits à la cautérisation de l'urètre ; et il faut avouer qu'ils sont fondés.

Quant à la doctrine et à la pratique de M. Velpeau, nous nous bornerons à dire que ce chirurgien en obtient continuellement, soit à l'hôpital de la Charité, soit dans sa pratique privée, les plus heureux résultats ; c'est, du reste, une méthode à laquelle il a recours depuis environ quinze ans, et dont on trouve l'indication dans la thèse de M. Nivert, soutenue à Paris en 1830.

G. J.

HOPITAL NECKER. — M. Aug. Bérard.

Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires. — Traitement général par l'extrait de feuilles de noyer. — Préceptes relatifs à l'ablation des tumeurs de cette espèce.

Au n° 11 est couchée une jeune fille âgée de quinze ans, non encore réglée, dont le teint animé et vermeil nous montre une santé florissante ; toutefois, depuis trois ans, elle porte un engorgement sous-maxillaire formé par la réunion de plusieurs ganglions lymphatiques hypertrophiés. Cette malade est entrée vers la fin de juillet à l'hôpital. Elle avait été soignée dans un autre établissement, au moyen de pommades iodurées. Lors de son entrée, la malade portait encore un reste d'une ophthalmie scrofuleuse ; les ailes du nez et la lèvre supérieure étaient anormalement développées, comme il arrive souvent dans les cas analogues ; une éruption croûteuse occupait la face interne des narines.

La malade fut soumise au traitement anti-scrofuleux préconisé par M. Négrier (d'Angers), et qui consiste dans l'administration des préparations de feuilles de noyer. Elle prit donc une infusion de feuilles de noyer, du sirop contenant, pour 30 grammes, 40 centigrammes d'extrait.

Sous l'influence de ce traitement, l'ophthalmie, le gonflement de l'aile du nez et de la lèvre supérieure se dissipèrent ; mais l'engorgement ganglionnaire n'éprouva aucun changement.

Cet insuccès n'a rien qui doive nous étonner ; car rien n'est plus rebelle à l'action des agens thérapeutiques, quels qu'ils soient, que les tumeurs ganglionnaires ; c'est ce que confirment, du reste, les observations rapportées par M. Négrier lui-même. Voici l'état dans lequel se trouve aujourd'hui la tumeur. Située au-dessous de la mâchoire inférieure du côté droit, elle est oblongue, située le long du bord de la branche horizontale du maxillaire, elle est formée de plusieurs ganglions accolés les uns aux autres. Sur le côté gauche se trouvent également un ou deux petits ganglions, mais dont le volume est trop minime pour nous occuper. Le diagnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter ; il s'agit d'une tumeur du volume d'un œuf de poule environ, formée, comme nous l'avons dit, par des ganglions ; la peau qui la recouvre est parfaitement saine et mobile. La tumeur elle-même ne présente aucune adhérence profonde qui puisse être une contre-indication à l'extirpation si on la juge convenable.

Vous savez que le pronostic de cette affection n'est point grave. Toutefois, on ne peut compter sur la résolution d'une tumeur datant de trois ans. Les ganglions engorgés depuis si long-temps tendent plutôt à s'accroître ; on sait que la suppuration s'en établit lentement, qu'il en résulte des cicatrices gauffrées qui sont comme le stigmate indélébile d'une maladie dont on aime à cacher jusqu'aux moindres traces. D'ailleurs, l'engorgement des ganglions est une cause d'extension de la maladie aux ganglions voisins. Si cette tumeur venait à augmenter considérablement les mouvemens de la mâchoire, la respiration et la déglutition pourraient en éprouver une grande gêne.

Puisque nous ne pouvons compter sur la résolution que n'ont pu amener les fondans et un traitement général longtemps prolongé, l'opération me paraît bien indiquée. Les objections qu'on pourrait y faire se tirent de la nature même de la maladie qu'on regarde comme une affection générale. Mais s'il arrive souvent que ces engorgemens sont le cachet de la scrofule, il arrive non moins souvent que le mal est tout local et en aucune manière sous la dépendance de ce vice constitutionnel. Il ne nous reste donc plus maintenant qu'à examiner avec vous le procédé suivant lequel nous devons opérer.

Ce n'est pas le cas de pratiquer, suivant la méthode de M. Sédillot, plusieurs incisions ; car les ganglions, quoique distincts encore les uns des autres, se tiennent cependant assez pour être enlevés par la même incision.

Je ne m'arrêterai point non plus à la méthode de M. Mayor, qui consiste à inciser la peau et les tissus sous-jacens jusqu'à la tumeur, à la disséquer jusqu'à la circonférence de sa base pour placer au-dessous d'elle une ligature. Les avantages de ce procédé ne sont pas aussi réels qu'on pourrait le croire, car si la tumeur n'est point adhérente par sa base, la dissection en est facile ; si au contraire il existe de larges adhérences avec les parties profondes, on est obligé d'embrocher la tumeur par la base au moyen d'une ou de plusieurs aiguilles, et c'est alors qu'on agit en aveugle. Nous préférons donc procéder par énucléation au moyen d'une dissection avec un instrument mousse et en ne se servant de l'instrument qu'en en dirigeant le tranchant vers la tumeur qu'il ne faut pas craindre d'entamer. Par ce moyen on ne court pas de risque de blesser les parties profondes. Il faut se souvenir que pour enlever ces sortes de tumeurs, il vaut beaucoup mieux procéder par énucléation en déchirant les adhérences, et qu'il ne faut se servir de l'instrument tranchant qu'en prenant toutes les précautions nécessaires pour ménager les parties qu'il importe de ne pas intéresser.

Quant à la situation de la tumeur que nous allons enlever tout à l'heure, pour préciser davantage ses rapports, je vous dirai qu'elle est située dans l'espace sus hyoïdien limité en dehors par le muscle sterno-mastoïdien, en haut par la branche horizontale de la mâchoire, au-dessous de l'aponévrose cervicale dont le feuillet antérieur, comme vous savez, recouvre les ganglions cervicaux de cette région ainsi que la glande sous-maxillaire. Le feuillet profond de cette aponévrose, que nous ne serons pas obligé d'inciser, protège l'artère linguale ; l'artère faciale sera aussi facilement respectée.

A part les accidens ordinaires des plaies suites d'opérations chirurgicales, tels que l'inflammation trop vive, l'érysipèle, etc., il en est d'autres contre lesquels nous devons nous mettre en garde et dont je dois vous entretenir.

Les nerfs nombreux qui se trouvent dans cette région rendront cette opération plus douloureuse ; la section de la branche cervico-faciale pourra amener une paralysie incomplète des muscles du menton et de la commissure des lèvres de ce côté.

On a vu quelquefois pendant la durée d'une opération pratiquée à la région du col, des mouvemens de déglutition involontaires se faire et gêner ainsi la marche régulière de l'opération.

Il faudra prendre soin de respecter la glande sous-maxillaire dont la blessure pourrait amener une fistule salivaire ; mais il est un accident contre lequel je dois vous prémunir surtout, parce que sa production est instantanée et que ses conséquences sont tellement funestes qu'une mort instantanée s'en suit inévitablement, je veux parler de l'introduction de l'air dans les veines.

Et ici la veine faciale, ordinairement très volumineuse, qui se trouve vraisemblablement, dans le cas qui nous occupe, en arrière de la tumeur, pourrait donner lieu à cette introduction si, dans le cas où le chirurgien viendrait à l'ouvrir, le doigt d'un aide n'était pas là pour exercer une compression sur son trajet.

Il ne sera pas nécessaire de pratiquer plusieurs incisions comme le fait M. Sédillot, qui préfère les incisions multiples pour l'extirpation des ganglions distincts les uns des autres. Mais dans ce cas ils se trouvent groupés pour faire une seule et unique masse, et une seule incision suffira. La cicatrice sera, j'espère, linéaire, et se cachera sous la branche de la mâchoire de manière à rester peu apparente.

Pour arriver sur la tumeur, nous aurons à diviser la peau, la couche graisseuse, le peaucier, l'aponévrose dont je vous ai parlé plus haut ; les ganglions seront, les uns après les autres, saisis au moyen d'une érigne, et la dissection se fera au moyen du bistouri et d'une spatule qui servira à déchirer les adhérences. Nous pourrons avoir un écoulement assez abondant de sang veineux ; l'eau froide, une légère compression l'arrêteront bientôt.

Pour ce qui est du pansement, doit-on réunir toujours comme le fait M. Sédillot, même avec des points de suture, ou bien ne réunir jamais comme le fait M. Velpeau ? Eh bien, je crois qu'il ne faut pas être exclusif. M. Velpeau donne pour raison que le fond de la plaie est peu propre à une réunion, que sa surface est inégale, que le tissu cellulaire déchiré et infiltré de sang ne peut que suppurer. Ceci est vrai dans le plus grand nombre des cas ; mais il peut arriver que la plaie soit assez régulière pour permettre, sinon une réunion complète, dans tous les points du moins une réunion assez étendue. Nous nous conduirons donc suivant la circonstance.

Note sur l'incurvation à gauche de la région dorsale de la colonne épinière ; par le docteur Desruelles, professeur au Val-de-Grâce.

Plus on avance dans l'étude de l'organisation humaine, plus on est curieux de rechercher la cause de certaines formes ou de singulières dispositions anatomiques qu'on y rencontre.

Les courbures en sens inverse que l'on remarque à la colonne vertébrale, en avant et en arrière, s'expliquent par le besoin d'équilibre vertical. En effet, ces courbures n'existent pas chez le fœtus, et ne commencent à se former que lorsque l'enfant peut se tenir sur ses pieds et faire usage de ses membres inférieurs. Plus tard, quand la station est assurée, les condyles de l'occipital correspondent directement sur une ligne transversale dont les extrémités ont pour appui le milieu des fosses cotyloïdes.

Le besoin d'équilibre vertical, comme on le voit, donne lieu aux courbures dont nous venons de parler ; c'est le besoin d'équilibre latéral qui produit une inclinaison de la colonne dorsale, dont la concavité répond à gauche au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres de cette région.

Cette cause simple et naturelle que nous signalons, a passé inaperçue ; aucun auteur ne lui a demandé la raison de cette inclinaison latérale ; loin de là, on l'a attribuée à la position du fœtus dans le sein de la mère, mais on n'a pas réfléchi que pendant tout le temps de la gestation et jusqu'à ce que l'enfant marche seul, la colonne épinière ne présente aucune incurvation ni en avant, ni en arrière, ni sur le côté.

On a dit qu'elle était due à l'habitude où nous sommes de nous servir de préférence du membre thoracique du côté droit. Il semble, en effet, que l'inclinaison long-temps répétée du torse à gauche, pendant l'action du membre droit, doit favoriser l'incurvation à gauche de la colonne dorsale. Bichat, qui a avancé cette hypothèse, avait pensé que, par la même cause, agissant du côté opposé, les personnes qui, contre l'ordinaire, usent toujours du membre gauche, offraient la concavité de l'inclinaison latérale à droite. Mais il s'empresse d'ajouter : « Je n'ai cependant pas assez de faits pour assurer que tous ceux qui sont gauchers, comme on le dit, ont la courbure à droite ; cela serait cependant nécessaire pour mettre hors de doute cette assertion. » Nous avons disséqué des gauchers chez lesquels nous avons trouvé l'incurvation latérale du côté gauche, comme chez ceux qui se servent habituellement de la main droite.

M. Gruveilhier, sans admettre ni rejeter la supposition de Bichat, penche pour l'opinion qui attribue à la courbure de l'aorte l'incurvation dont nous parlons.

Nous ne saurions reconnaître comme cause de cette incurvation la présence de l'aorte ; car nous voyons les deux carotides primitives reposer sur la partie antérieure de la colonne cervicale, qui est convexe en avant. Nous voyons également l'aorte abdominale descendre sur le devant de la colonne lombaire, qui est convexe aussi. D'ailleurs, l'aorte pectorale se porte au-devant et à gauche, et non sur le côté du corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales, tandis que l'incurvation à concavité gauche que l'on voit à cette hauteur, est directement latérale. Dans un sujet que nous avons disséqué en 1825, la crosse de l'aorte n'existait pas. L'artère, qui partait du ventricule gauche du cœur, se divisait presque immédiatement en deux troncs qui produisaient, de chaque côté et en haut, les artères carotide, vertébrale et sous-clavière ; un troisième tronc qui descendait au niveau de la septième vertèbre dorsale, remplaçait l'artère thoracique. Chez cet homme, l'incurvation latérale était entre la troisième, la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale, comme si l'aorte n'eût pas présenté cette singulière anomalie.

Peu satisfait des opinions émises au sujet de l'incurvation qui nous occupe, nous sommes revenus à la cause (le besoin d'équilibre) qui explique parfaitement les courbures observées en avant et en arrière à la colonne vertébrale. Nous pensons qu'on doit rapporter l'incurvation latérale, à concavité gauche de la colonne dorsale, au poids différent que présentent à droite le foie, organe parenchymateux très grand et très lourd ; et à gauche, la rate tissu spongieux dont la pesanteur, même quand elle varie plus que d'ordinaire, est bien loin d'être comparable à celle du foie ; c'est, selon nous, le besoin de conserver l'équilibre latéral qui produit l'incurvation à gauche.

Cette opinion, que nous émettons depuis seize ans dans nos cours d'anatomie au Val-de-Grâce, nous l'avançons comme l'hypothèse la plus probable sur le sujet de cette note. Un fait remarquable lui donne quelque valeur, c'est la dissection que nous avons faite de deux hommes chez lesquels on remarquait une transposition des viscères (1). Chez tous deux, comme il arrive dans ce cas, le foie était à gauche, et l'incurvation latérale de la colonne dorsale à droite, c'est-à-dire dans le point opposé à celui où on l'observe dans l'état normal.

(1) L'un d'eux a été le sujet d'une notice lue à la Société médicale d'émulation en 1821.

MÉMOIRE SUR LE BÉGAIEMENT

Et sur la section sous-cutanée du muscle génio-glosse ;

Par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La question du bégaiement a vivement occupé les chirurgiens depuis environ un an, époque à laquelle Dieffenbach écrivait à l'Académie des sciences qu'il avait triomphé de ce vice de la parole à l'aide d'une opération chirurgicale. Il s'en faut cependant que ce sujet ait été complètement éclairci et surtout qu'on soit tombé d'accord sur les avantages de l'opération. S'il est vrai de dire qu'à Paris on a réussi quelquefois, il faut avouer aussi que le plus souvent on a échoué ; c'est à tel point que cette opération, qui a fait tant de bruit pendant quelques mois, se trouve aujourd'hui complètement abandonnée par la presque totalité des praticiens de la capitale.

Hâtons-nous d'ajouter toutefois que le dernier mot scientifique n'a pas encore été dit sur ce point. Il est constant que l'opération compte quelques succès, mais qu'elle a échoué le plus souvent ; il existe donc des variétés de bégaiement qui cèdent à l'opération, tandis que d'autres lui résistent d'une manière invincible. Hé bien, c'est à l'étude de ces distinctions que les bons observateurs doivent s'appliquer. C'est ce qu'a fait M. Bonnet dans un mémoire qu'il vient de publier dans la *Gazette médicale*, et dont nous allons donner un résumé.

Dans ce travail, remarquable à plus d'un titre, l'auteur a successivement examiné : 1° la méthode à suivre dans l'étude du bégaiement ; 2° la nature et les diverses variétés de cette maladie ; 3° les principes de l'opération du bégaiement ; 4° les avantages de la méthode sous-cutanée ou sous-mentale appliquée à la section du muscle génio-glosse ; 5° la disposition des aponévroses qui unissent la langue à la mâchoire

inférieure ; 6° le procédé à suivre dans la section sous-mentale du muscle génio-glosse ; 7° les suites immédiates de cette section, et les résultats pratiques qu'elle a donnés dans plus de 70 cas où elle a été appliquée par divers chirurgiens.

Il suffit de mentionner ces différentes questions pour faire pressentir l'importance du travail du chirurgien de Lyon. Du reste, cette importance est suffisamment confirmée par le résumé suivant que M. Bonnet a placé à la fin de son mémoire.

L'ensemble de ce mémoire, dit-il, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Pour bien observer les bègues, il faut leur faire répéter, la bouche légèrement ouverte, les sons élémentaires de la langue française, et spécialement *le, ne, de, te*, et observer la position que prend la langue dans l'articulation de chacun de ces sons.

2° Dans l'observation des bègues qui parlent, il faut étudier avec soin le mode suivant lequel se font les inspirations et les expirations, rechercher surtout les arrêts brusques de cette dernière fonction.

3° Les phénomènes élémentaires qui peuvent produire le bégaiement sont : la tendance de la langue à se porter en avant et en bas ; les obstacles qui, dans l'exercice de la parole, arrêtent brusquement l'expiration ; les inspirations intempestives avant et au milieu des mots. Ces divers phénomènes peuvent exister isolément ou simultanément.

4° Lorsque le bégaiement dépend en totalité ou en partie de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio glosse est indiquée ; lorsqu'il dépend de troubles dans les phénomènes inspiratoires ou expiratoires, cette section est irrationnelle, et l'on ne connaît aucune opération qui soit en rapport avec la nature du mal.

5° La section du muscle génio-glosse doit être faite par la méthode sous-mentale, en ayant soin, si cela est nécessaire, de détacher, à leur insertion osseuse, les aponévroses qui unissent la mâchoire inférieure et la langue.

6° La preuve la plus positive de la section complète du génio-glosse est l'impossibilité où est le malade de tirer la langue hors de la bouche. Ce signe doit servir de guide dans l'opération.

7° La section sous-cutanée du muscle génio-glosse est très simple dans ses suites. Dans quelques cas très rares, dans le vingtième à peu près des opérations, on a observé un soulèvement de la langue par un épanchement sanguin, qu'il importe de prévenir, mais qui n'a jamais eu d'issue. C'est le seul accident qui soit propre à la méthode.

8° Lorsque le bégaiement est dû à la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio glosse produit une guérison presque assurée. Lorsque la difficulté de parler dépend de troubles dans la respiration, cette section est complétement inutile.

9° Les guérisons, ou les grandes améliorations du bégaiement, obtenues par la méthode sous-mentale se maintiennent constamment, à moins qu'elles n'aient coïncidé avec un soulèvement considérable de la langue ; dans ce dernier cas, le mal peut se reproduire à mesure que l'épanchement se dissipe et que la langue s'abaisse.

10° Si l'on se bornait à opérer les malades qui ont moins de vingt-cinq ans, qui répètent les mêmes syllabes, dont la langue a de la tendance à se porter entre les dents, et dont les inspirations ne sont pas troublées dans l'exercice de la parole, on compterait presque autant de succès que d'opérations, et ces succès seraient durables.

Mais si l'on opère indistinctement tous ceux dont la parole est difficile et qui viennent demander les secours de l'art, on doit s'attendre à une grande proportion d'insuccès. Aujourd'hui, lorsque ces malades se présentent à moi, je leur exprime franchement mes doutes sur le résultat heureux de l'opération, et si, comme il arrive d'ordinaire, séduits par les succès dont ils ont entendu parler, ils insistent pour être opérés, je cède sans peine à leur désir ; car, si je ne réussis pas, il n'en résulte aucun inconvénient, et deux ou trois jours après l'opération, ils reprennent leurs travaux sans avoir besoin d'aucune précaution particulière.

11° Si la thérapeutique a fait une véritable conquête dans la section du génio-glosse, appliquée aux vices de la parole qui dépendent de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, elle n'a rien gagné aux opérations nouvelles pour les cas où la difficulté vient du trouble de la respiration et de la tendance que peut avoir la langue à se porter dans tout autre sens que celui où l'en entraîne le génio-glosse. Mais c'est beaucoup déjà de distinguer ce qui appartient à la science, et ce qui lui manque encore. De grands travaux sont encore nécessaires pour éclairer complétement la question du bégaiement ; mais les progrès rapides qui ont signalé cette année-ci sont un puissant encouragement pour l'avenir, et le gage des découvertes qui pourront remédier aux vices de la parole contre lesquels nos moyens actuels sont encore impuissans.

Voici le procédé opératoire dont ce chirurgien fait usage :

Je me sers, dit-il, de deux instrumens, l'un pointu, destiné à percer la peau ; le muscle peaucier et l'intervalle qui sépare les digastriques et les mylo-hyoïdiens ; l'autre mousse à son extrémité, et qui doit être enfoncé sur la ligne moyenne, à travers les deux parties latérales des muscles génio-hyoïdien et génio-glosse. Ce second instrument est mousse, afin de donner plus de chance de ne pas percer la membrane muqueuse du côté de la bouche.

Le malade est assis la tête renversée en arrière ; l'opérateur est placé vis-à-vis de lui, tenant le doigt indicateur gauche dans la bouche au-dessus des apophyses géni.

Après avoir fait une piqûre à la peau et aux tissus sous-jacens, on enfonce le ténotome mousse, le tranchant tourné en avant, derrière le menton et sur la ligne médiane, jusqu'à ce que le doigt placé dans la bouche le sente distinctement au-dessous de la muqueuse ; on tourne alors le tranchant en dehors et en avant, de manière à couper la moitié gauche par exemple du génio-glosse ; puis on le tourne du côté opposé et l'on coupe la moitié droite de ce muscle.

Chacun des temps de cette opération demande des précautions particulières pour être bien exécuté. D'abord, pour pénétrer sûrement sur la ligne moyenne et à la distance convenable du menton, on se guide d'une part sur l'intervalle qui sépare les deux incisives moyennes, de l'autre sur le lieu où l'on sent le bord postérieur de la concavité de la mâchoire ; un guide plus sûr encore peut être fourni par le doigt indicateur gauche introduit dans la bouche, et au moyen duquel on peut sentir distinctement l'apophyse géni. Le doigt placé sur cette apophyse et l'angle du pouce appuyant sur la face postérieure de la concavité de la mâchoire, on peut fixer avec précision le lieu où l'instrument doit s'enfoncer.

Jusqu'à quel point doit-on faire pénétrer l'extrémité du ténotome ? Dire que l'on doit arriver jusqu'au-dessous de la membrane muqueuse, c'est se servir d'une expression extrêmement vague ; car on peut avec le doigt déprimer cette membrane muqueuse jusqu'au-dessous des apophyses géni, et si l'on se borne à enfoncer le ténotome jusqu'à ce qu'il rencontre le doigt, évidemment on ne le fait pas pénétrer assez profondément, et l'on s'expose à ne pas couper les fibres supérieures du muscle génio-glosse, qui sont précisément celles dont la section est la plus importante. Pour éviter cette grave erreur, je pousse le ténotome jusqu'à l'endroit où la membrane muqueuse se détache de la mâchoire pour aller former le filet de la langue.

Lorsque le ténotome a pénétré assez profondément, on doit rechercher quelle est sa position par rapport aux apophyses géni. Dans ce but, on lui fait exécuter des mouvemens de latéralité, son tranchant toujours appuyé contre la mâchoire. Si on le sent arrêté à droite et à gauche, il est placé entre les deux apophyses géni ; s'il est arrêté à droite, c'est qu'il est à gauche de ces apophyses, *et vice versâ*.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte la position du muscle, on incline contre lui le tranchant de l'instrument qui regarde alors en avant et sur l'un des côtés. Un bruit particulier, le sentiment d'une résistance vaincue, annoncent que le muscle est coupé ; mais pour que sa section soit complète dans toute sa hauteur, il faut couper, après avoir fait agir l'instrument, la lame dirigée un peu en avant, et le manche dirigé autant que possible contre le cou. Ce n'est que par cette manœuvre que la lame peut suivre la convexité que présente la mâchoire de haut en bas.

Quand on croit la section complète, l'on fait passer d'un côté à l'autre des apophyses géni le tranchant de l'instrument jusqu'à ce qu'on sente celles-ci parfaitement dénudées.

Après la section du génio-glosse, je demande au malade de tirer la langue hors de la bouche : s'il ne peut lui faire dépasser les dents, je regarde l'opération comme terminée ; mais s'il la tire hors de la bouche, je coupe l'aponévrose du génio-glosse à son insertion à la mâchoire, contre laquelle je tiens toujours appuyé le tranchant de l'instrument, et, avec le plat de celui-ci, je refoule le muscle en arrière. Je fais alors de nouveau tirer la langue. Dans le cas où sa pointe peut encore dépasser les dents, ce qui prouve que le but immédiat de l'opération n'est pas atteint, je procède au décollement du tissu fibreux de la mâchoire. Il arrive qu'en faisant ce décollement le ténotome pénètre dans la bouche, ce qui amène une effusion de sang qui oblige d'interrompre l'opération. Si cet accident n'a pas lieu, on continue le décollement jusqu'à ce que le malade cesse de pouvoir tirer la langue.

Quelquefois, chez les personnes âgées, toutes ces sections sont insuffisantes pour enlever à la langue la possibilité de sortir de la bouche. Dans ces cas, on peut prédire l'insuccès de l'opération, ou du moins le résultat que celle-ci peut produire doit être à peu près nul.

Toute opération doit avoir une vérification qui annonce si elle est complète ou si quelques-uns des temps ont été négligés. Or, dans l'espèce, il s'agit de savoir si le muscle génio-glosse a été complétement coupé. Voici les moyens qui permettent de s'assurer que l'opération est complète.

1° Le doigt introduit dans la bouche doit reconnaître l'extrémité du ténotome séparée de lui seulement par la membrane muqueuse, et cela dans toute la distance qui sépare les dents incisives externes l'une de l'autre. On comprend que si l'extrémité du ténotome n'arrive au-dessous de la membrane muqueuse que dans une largeur de 2 à 3 millimètres, les fibres latérales du génio-glosse pourraient être conservées, ce qu'il est important d'éviter.

2° Le ténotome doit pouvoir passer de l'un des côtés des apophyses géni à l'autre sans éprouver aucun obstacle ; et comme l'expérience cadavérique démontre qu'on peut ainsi promener l'instrument de gauche à droite ou de droite à gauche de ces apophyses, sans rencontrer un seul obstacle, bien que les fibres externes du génio-glosse aient été conservées, il faut, pour être sûr que la section est complète, que le mouvement du ténotome puisse se faire dans l'étendue de 3 millimètres en dehors de ces apophyses.

3° Comme, après avoir pris toutes ces précautions ; j'ai vu des cas où les résultats ont été imparfaits, j'ai craint d'avoir laissé quelques fibres du muscle, et j'ai cherché de nouveaux moyens de vérification : j'ai pensé alors que si le muscle était complètement coupé, on pourrait le reconnaître en appuyant le doigt sur le filet de la langue, la résistance que l'on sent au-dessous de ce filet devant diminuer après la section du muscle génio-glosse, car elle dépend principalement de ce muscle. En appliquant cette méthode, je n'ai pas trouvé qu'elle donnât des résultats précis.

4° L'impossibilité où est le malade de faire sortir sa langue de la bouche. Ce n'est qu'après un grand nombre d'opérations que j'ai songé à tirer parti de cette difficulté pour reconnaître que l'opération était complète. Lorsqu'elle existe, et que la pointe de la langue peut à peine se montrer entre les dents, on peut retirer sans crainte le ténotome, l'action du muscle génio glosse est complètement détruite, le but immédiat de l'opération a été atteint. Personne que je sache n'a signalé cette impossibilité où sont les bègues de tirer la langue hors de la bouche lorsque leur muscle génio-glosse a été convenablement coupé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 décembre. — Présidence de M. RENAULDIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— Cette séance a été consacrée en entier à la nomination d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et de trois membres du conseil d'administration, pour 1842.

Nomination du président.

Nombre de votans 96, majorité 49.

M. Fouquier, 86 voix; M. P. Dubois, 5; M. Desportes, 2; M. Gueneau de Mussy, 1; M. Ferrus, 1; billet blanc, 1.

M. Fouquier est nommé président.

Nomination du vice-président.

Nombre de votans 92, majorité 47.

M. P. Dubois, 70 voix; M. Double, 3; M. Nacquart, 3; M. Larrey, 3; M. Barthélemy, 2 ; M. Desportes, 2; M. Gueneau de Mussy, 2 ; M. Breschet, 1; M. Ferrus, 1; M. Gérardin, 1; M. Husson, 1; M. Lecanu, 1; M. Ollivier (d'Angers), 1; M. Rochoux, 1.

M. Paul Dubois est nommé vice-président.

Nomination du secrétaire annuel.

Premier tour de scrutin : nombre de votans 89, majorité 45.

M. Dubois (d'Amiens), 42 voix ; M. Gérardin, 41 ; M. Adelon, 3 ; M. Delens, 1; M. Londe, 1; M. Ollivier (d'Angers) 1.

Deuxième tour de scrutin : nombre de votans 85, majorité 43.

M. Gérardin, 46 voix ; M. Dubois (d'Amiens), 38 ; M. Cornac, 1.

M. Gérardin est réélu secrétaire annuel.

Nomination de trois membres du conseil d'administration.

Nomination d'un premier membre du conseil.

Premier tour de scrutin : nombre de votans 67, majorité 34.

M. Roux, 27 voix ; M. Londe, 10; M. Cornac, 7; M. Labarraque, 6; M. Castel, 5 ; M. Bricheteau, 4 ; M. Gerdy, 2; M. Bouillay, 1; M Duméril, 1; M. Ferrus, 1; M. Honoré, 1; M. Poisson, 1; M. Ségalas, 1.

Deuxième tour : nombre de votans 56, majorité 29

M. Roux, 34 voix ; M. Londe, 12; M. Labarraque, 5; M. Castel, 5; M. Cornac, 2.

M. Roux est nommé membre du conseil.

Nomination d'un second membre du conseil.

Premier tour de scrutin : nombre de votans 55, majorité 28.

M. Castel, 20 voix; M. Londe, 20; M. Cornac, 7; M. Labarraque, 6; M. Ferrus, 2.

Deuxième tour de scrutin : nombre de votans 32, majorité 17.

M. Castel, 18 voix ; M. Londe, 11 ; M. Cornac, 2 ; M. Labarraque, 1.

M. Castel est nommé membre du conseil.

Nomination du troisième membre du conseil.

Premier tour de scrutin : nombre de votans 30, majorité 16.

M. Labarraque, 14 voix; M. Londe, 10; M. Cornac, 5; M. Bricheteau, 1.

Deuxième tour de scrutin : nombre de votans 27, majorité 14.

M. Labarraque, 14 voix ; M. Londe, 9; M. Cornac, 4.

M. Labarraque est nommé membre du conseil.

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 décembre. — Présidence de M. SERRES.

Lecture de M. Duclos jeune sur les inconvéniens des médications en usage et sur les avantages de la médication pharyngienne. L'auteur pense qu'employés de cette manière les médicamens agissent directement sur les *centres nerveux*.

— Rapport de M. Élie de Beaumont sur le travail relatif aux eaux thermales de Bagnères-de-Luchon présenté par MM. Fontan et François. Le compte-rendu de M. le rapporteur ne concerne que les travaux d'art exécutés sur les lieux par M. François, la partie médicale de cette communication, dont M. Fontan est l'auteur, ayant fait le sujet d'un précédent rapport.

—M. Robinson, de Londres, annonce qu'il a employé avec M. Turnbull un tuyau supporté par une pompe aspirante pour extraire les mucosités qui, dans quelques cas de surdité, encombrent la trompe d'Eustache ; ce moyen a été couronné de succès, au dire de ce praticien.

— M. Vincent Duval adresse à l'Académie la lettre suivante :

Monsieur le président,

Depuis que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie mon ouvrage sur le pied-bot, pour lequel ce corps savant m'a décerné une récompense de trois mille francs, j'ai continué mes recherches sur cette partie de la science, et je crois l'avoir enrichie de quelques faits nouveaux aussi intéressans par les considérations théoriques qu'ils comportent que par les conséquences pratiques qui en découlent. C'est le résultat de ces travaux, fruit de deux années de nouvelles observations, qui fait l'objet du mémoire que je prends la liberté de soumettre à l'attention de l'Académie.

Parmi les nombreuses guérisons de pieds-bots et de fausses ankyloses angulaires du genou que j'ai obtenues, beaucoup avaient été amenées par des lésions traumatiques ou par des inflammations chroniques consécutives à ces dernières, toutes circonstances qui semblaient autant de contre-indications aux opérations que nous n'avons jamais hésité d'entreprendre, quoique souvent les maladies sous l'influence desquelles ces difformités s'étaient développées existassent encore. Ces maladies étaient, pour les pieds-bots, des inflammations chroniques des articulations, survenues à la suite d'entorses anciennes, de contusions, de plaies par instrumens piquans, tranchans, contondans ; de coups de feu, de coupures à la plante du pied, au talon, aux orteils. Quant au genou, le genre d'affections qui avaient produit les fausses ankyloses angulaires était, chez tous les malades, l'état sub-inflammatoire désigné sous le nom de *tumeur blanche*.

Dans toutes ces circonstances, nous avons recouru avec un succès constant à nos sections sous-cutanées : l'inflammation, les plaies, la suppuration, les trajets fistuleux ; la douleur, qui paraissaient comme autant de contre-indications à l'opération ne nous ont point arrêté. En effet, ces phénomènes morbides nous semblent dans la plupart des cas n'être entretenus que par la déformation des parties, et l'expérience nous a prouvé qu'ils disparaissaient dès qu'on rendait à ces dernières leur conformation.

L'objet de ce mémoire a donc pour but, Monsieur le Président, de montrer que la ténotomie, dans beaucoup de cas, est non-seulement un moyen orthopédique certain, mais encore un moyen thérapeutique qui offre de grandes ressources là même où tous les autres agens chirurgicaux ont échoué.

Commissaires : MM. Duméril et Breschet.

— M Guyon écrit qu'il a constaté sur plusieurs animaux l'action fatale de la sangsue dite *hemopsis vorax*. L'introduction d'un ou deux de ces annélides dans les cavités muqueuses des petits animaux a constamment suffi pour amener la mort au bout de fort peu de jours.

— M. Rousseau annonce qu'il est arrivé à décomposer l'eau par l'action du brome à une température élevée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

La séance publique annuelle aura lieu mardi prochain 28 décembre.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Sur une falsification des os calcinés.

On offrit, il y a quelque temps, à MM. Garnier fils et Comp., négocians en droguerie, sous le nom d'os calcinés en poudre, un produit qui ne laissait rien à désirer pour la ténuité et pour la blancheur. Chargé par ces messieurs de l'examen de cette poudre, M. Duval lui reconnut les propriétés suivantes :

1° Cette poudre paraissait légèrement humide.

2° Mise en contact avec les acides, elle ne produisait pas la moindre effervescence.

3° Elle refusait entièrement de se dissoudre dans l'acide chlorhydrique et même dans l'acide nitrique.

4° Calcinée avec le charbon, le produit de la calcination, délayé dans un peu d'eau, puis traité par un acide, laissa dégager des torrens de gaz sulfhydrique.

5° Traitée par l'eau distillée, le liquide infiltré donnait, par les sels de baryte un précipité blanc, insoluble dans les acides (si ce n'est dans un excès d'acide sulfurique concentré).

6° Enfin, après une ébullition convenablement soutenue dans une solution de carbonate de soude, cette poudre se trouva convertie en carbonate de chaux, et la liqueur contenait du sulfate de soude.

De ces faits, M. Duval crut pouvoir conclure que cette matière était du sulfate de chaux, et qu'elle devait être rejetée.

Cependant, ayant appris qu'une certaine quantité de cette poudre avait été livrée au commerce, non seulement comme os calcinés, mais encore comme corne de cerf calcinée, il a pensé qu'il serait utile de signaler cette fraude. (*Journ. de Pharmacie*, 1841.)

Modification de l'emploi du séton dans le traitement des tumeurs érectiles veineuses ; par M. BÉRARD.

Description du procédé. — « Avec une aiguille armée d'un fil double, je traverse la tumeur d'un côté à l'autre, en me rapprochant autant que possible de sa base ; je place ainsi plusieurs fils parallèles les uns aux autres, et séparés par un intervalle de 4 à 5 millimètres environ. Les fils les plus excentriques doivent atteindre les dernières limites de la tumeur. Les anses de chaque séton restent pendantes du même côté. Au bout de deux ou trois jours, lorsque déjà le trajet que parcourt les fils est un peu agrandi, je me sers des anses des sétons pour conduire à travers la tumeur un fil plus gros que les précédens, et disposé de telle sorte qu'il offre d'un côté une série d'anses qui embrassent les intervalles de chacun des trous formés par les premiers sétons, et du côté opposé des bouts, qui sont noués ensemble sur un morceau de bois ou de bougie élastique ; de la sorte, la base de la tumeur est étranglée dans toute son étendue, et le tissu qui est au-devant des fils ainsi que la peau qui le recouvre, ne reçoivent plus de sang que par la petite portion de la tumeur et des tégumens qui se trouvent aux deux extrémités de la série des sétons. Cette circonstance suffit pour prévenir la mortification entière de la tumeur ; elle prévient aussi les inconvéniens qui résulteraient d'une trop grande perte de substance ; elle permet de ménager la peau, dont l'aspect est toujours préférable à celui d'une cicatrice. Voici, du reste, ce qu'on observe : la tumeur se gonfle dans les premiers jours ; elle devient chaude, douloureuse et prend une teinte livide. Bientôt les anses des sétons divisent la peau qui sépare chacun des trous, et les fils s'enfoncent entièrement dans la tumeur ; ils se relâchent, et l'on est obligé de resserrer le nœud qui a été fait sur le corps étranger. A la place des trous, il se fait une sorte de fente de plus en plus profonde, dans le fond de laquelle se rencontrent les anses des sétons. Pendant ce temps, du pus s'écoule en abondance par les trous qui répondent aux nœuds, par la fente qui répond aux anses. Quelquefois un ou plusieurs abcès se forment dans l'épaisseur de la tumeur et se font jour du côté de la peau. Lorsque les se-

tons ont entièrement coupé les parties qu'ils embrassaient, il existe alors un pont formé par la tumeur et la peau, séparé des parties sous-jacentes par la plaie faite par les setons, et ne tenant au reste du corps que par les deux extrémités laissées en dehors des fils. Bientôt le pont se recolle sur les tissus profonds ; les ulcères se ferment et il ne reste que deux cicatrices linéaires longitudinales, parallèles, situées vers les ouvertures d'entrée et de sortie des fils. » (*Gaz. méd.*)

Cas de tétanos guéri par les préparations mercurielles.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était un jeune garçon de douze ans, qui, par suite d'une chute de cheval, avait reçu une plaie contuse à l'avant-bras. Quinze jours après, cette plaie, qui n'était pas encore cicatrisée, se compliqua d'accidens tétaniques. Le trismus et un commencement d'opisthotonos existaient déjà depuis douze heures, quand on réclama les conseils de M. le docteur Cayrol fils. Ce médecin, peu satisfait des nombreux remèdes qu'il avait vu employer inutilement, tenta, à l'exemple de notre illustre Boyer, de saturer le corps du malade de mercure, en introduisant ce métal et ses composés par toutes les voies possibles, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Malgré cette médication, les accidens persistèrent le premier et le deuxième jour ; mais, le troisième, une odeur fétide, accompagnée de tuméfaction et de chaleur du tissu gingival, annonça l'apparition de la stomatite hydrargyrique, et dès lors, sous l'influence de la salivation abondante qui commença, les symptômes tétaniques perdirent de leur intensité ; une rémission sensible s'établit, et les dangers diminuèrent en proportion de l'abondance du ptyalisme. Le malade guérit parfaitement.

(*Exposé des Trav. de la Soc. de Méd. de Toulouse.*)

Sur la préparation de la morphine.

M. Fr. Mohr a indiqué un nouveau procédé auquel il trouve l'avantage très grand de fournir, par la voie la plus courte et la plus facile, sans l'emploi de l'alcool, de la morphine à l'état cristallin et absolument débarrassée de narcotine. Ce procédé consiste à précipiter la morphine de sa dissolution dans la chaux par du chlorhydrate d'ammoniaque pulvérisé, exactement de la même manière que Chenevix séparait l'alumine de sa dissolution alcaline.

On fait, à plusieurs reprises successives, macérer l'opium brut dans trois fois son poids d'eau, et, chaque fois, on le soumet à une forte expression : trois ou quatre macérations suffisent dans tous les cas. On ajoute alors aux liqueurs une bouillie de chaux, contenant environ d'un sixième à un quart de chaux relativement à la quantité d'opium. Si cette bouillie est versée dans les liqueurs opiacées portées à la température de l'ébullition, il se sépare une masse qui s'agglutine contre les parois par la fusion et qui se dissout ensuite plus difficilement, parce que la morphine est d'abord précipitée par la chaux avant de se redissoudre dans un excès : il est donc avantageux d'ajouter le soluté opiacé au lait de chaux bouillant, ou encore d'opérer le mélange des deux liquides à la chaleur de l'ébullition, puis de continuer à chauffer pour maintenir la liqueur à cette température pendant quelques minutes.

La décoloration des liquides opiacés sous l'influence du lait de chaux est véritablement tout à fait digne d'être notée. La narcotine est en totalité retenue dans le précipité. Le liquide, après avoir été soumis à l'ébullition avec le lait calcaire, comme il vient d'être dit, est passé au travers d'une toile, puis le résidu est bien lavé à l'eau bouillante et exprimé. Alors, on fait évaporer les liqueurs obtenues, jusqu'à ce qu'elles ne représentent plus que le double en poids environ de l'opium employé, après quoi on filtre promptement à travers un papier Joseph, parce qu'il se forme toujours un peu de carbonate de chaux ; on chauffe ensuite jusqu'à l'ébullition, et l'on ajoute, par cinq cents grammes (une livre) d'opium, trente grammes (une once) de chlorhydrate d'ammoniaque pulvérisé. La manière dont la morphine se sépare alors dépend du degré de concentration de la dissolution évaporée de morphine et de chaux. Si cette dissolution est très rapprochée, l'addition du sel ammoniaque détermine aussitôt la formation d'un précipité très abondant qui, par une ébullition de quelques instans, se transforme en aiguilles cristallines. Si, au contraire, la concentration est faible, il ne se produit pas parfois de précipité dans le premier moment, et ce n'est qu'ensuite qu'on aperçoit çà et là quelques aiguilles blanches ; mais alors le précipité apparaît avec une grande promptitude, et il se forme souvent tant de cristaux qu'ils envahissent, en se déposant, la moitié de la hauteur du liquide ; plusieurs fois l'agitation a accéléré la cristallisation.

La décoloration préalable des liqueurs par le noir animal avant l'emploi de la chaux est inutile, parce que la chaux elle-même décolore plus fortement encore que cet agent. Néanmoins, la morphine obtenue à l'état cristallin par ce procédé n'est pas absolument incolore ; il faut, pour la purifier, la dissoudre dans de l'acide chlorhydrique, puis la faire aussitôt bouillir avec du lait de chaux, et précipiter par le chlorhydrate d'ammoniaque la liqueur filtrée.

Quant à l'action exercée par le sel ammoniaque, M. Mohr s'est assuré qu'il précipite toute la morphine de sa dissolution calcaire.

(*Annal. der Chemie und Pharmacie.*)

Sur la propriété fermentescible des espèces de sucre.

D'après M. Rose, il existe une différence notable entre la propriété fermentescible du sucre de canne et celle que possède le sucre de raisin, et cette différence paraît avoir été tout à fait négligée jusqu'ici, ou du moins elle n'est signalée dans aucun des traités de chimie et de technologie qui ont été publiés. En effet, la solution aqueuse du sucre de raisin n'exige qu'une très faible quantité de ferment pour passer à la fermentation alcoolique, tandis que celle de sucre de canne en veut une quantité très considérable. Lorsqu'on fait dissoudre des proportions égales de sucre de raisin et de sucre de canne dans des quantités semblables d'eau distillée, il faut une dose au moins huit fois plus forte du même ferment pour produire la fermentation alcoolique dans la solution du second que pour déterminer le même changement dans celle du premier.

Sous l'influence d'une plus forte proportion de ferment, le sucre de canne se convertit en sucre de raisin : aussi ce dernier paraît-il être la seule substance qui soit susceptible de se décomposer par le ferment en acide carbonique et en alcool.

Si l'on fait entrer la solution de sucre de canne en fermentation, et que l'on vienne ensuite, par l'addition d'une grande quantité d'alcool fort, à interrompre celle-ci longtemps avant son entier achèvement, on reconnaît que la portion de sucre non encore décomposée par la fermentation, est transformée en totalité en sucre de raisin.

La propriété fermentescible du sucre de canne se rattache donc aux mêmes causes que celle qui est possédée par l'amidon, beaucoup d'espèces de gomme, le sucre de lait, de pouvoir, dans certaines circonstances, éprouver ce mouvement intestin désigné par la dénomination de fermentation alcoolique. Ce corps se change d'abord en sucre de raisin sous l'influence de différentes substances végétales qui sont capables de subir cette modification dans leur constitution chimique; le sucre de canne est assurément celle qui l'éprouve le plus aisément et avec le plus de promptitude ; aussi détermine-t-il si facilement la fermentation alcoolique, qu'on l'a rangé parmi les espèces de sucre fermentescibles ; mais il n'a, en réalité, aucun droit à ce titre, ou du moins on ne peut pas plus le lui appliquer qu'à l'amidon, à diverses espèces de gomme et au sucre de lait. (*Journ. fuer prakt. Chem.*)

Moyens chimico-légaux pour distinguer le pain de froment pur du pain de fécule et de froment.

Suivant M. Chevallier, il est facile, à l'aide de réactifs chimiques, de reconnaître :

1° Le pain fait avec la farine ;
2° Le pain fait avec la farine et avec la fécule, prise à l'état sec ;
3° Enfin, le pain fait avec la farine et la fécule à l'état d'empois.

Ce chimiste s'est livré à de nombreuses expériences qui ne laissent plus aucun doute à cet égard.

Premier mode d'essai. — On prend trois verres à expériences ; on place dans chacun d'eux un morceau cubique de la mise du pain qu'on veut essayer, et on verse dessus de l'eau iodée qu'on prépare à l'instant même. On examine ensuite quels sont les phénomènes de coloration qui se manifestent ; on voit :

1° Que cette eau, versée sur du pain fabriqué avec la farine de froment, colore le pain en bleu, mais qu'elle-même ne change pas de couleur et reste jaune, même après vingt minutes de contact;

2° Que le même effet est produit lorsque le pain est préparé avec quatre-vingt-dix parties en poids de farine et dix parties de fécule à l'état sec;

3° Que le pain fabriqué avec quatre-vingt-dix parties en poids de farine et dix parties de fécule amenée à l'état d'empois, se colore en bleu par son contact avec l'eau iodée, et qu'en même temps ce liquide se colore successivement en lilas, puis en violet.

Deuxième mode d'essai. — On prend dix grammes de mie du pain qu'on veut analyser, et, après l'avoir divisée, on la traite par six cent vingt-cinq décigrammes (un seizième de litre) d'eau, à l'aide du mortier et du pilon, et lorsque la division et le mélange sont bien exacts, on jette le tout sur un filtre. On prend alors trente-un grammes vingt-cinq centigrammes (un trente-deuxième de litre) de la liqueur filtrée, et on y ajoute une égale quantité d'eau iodée, toujours préparée à l'instant même.

Si l'on opère sur du pain fabriqué avec la farine de froment, il se produit une coloration rougeâtre qui disparaît en l'espace de huit ou dix minutes.

Si le pain a été préparé avec quatre-vingt-dix parties en poids de farine et dix parties de fécule sèche, on voit se développer une coloration bleue tirant sur le violet, et cette coloration disparaît en dix ou douze minutes.

Enfin, si le pain a été fabriqué avec les proportions qui viennent d'être indiquées de farine et de fécule, mais cette dernière hydratée et amenée à l'état d'empois, on obtient une coloration d'un beau bleu, et qui met de vingt à quarante minutes pour disparaître.

A l'aide de ce double procédé, facile à mettre en pratique pour tous et partout, on peut, comme on le voit, arriver rapidement et d'une manière précise à la solution des trois questions posées en commençant. (*Journ. des conn. nécess.*)

M. le professeur Trousseau a repris depuis quelques jours déjà, à l'hôpital Necker, ses leçons cliniques sur les maladies des enfans à la mamelle.

La visite a lieu tous les jours à sept heures et demie, et les leçons cliniques les mardi, jeudi et samedi, à neuf heures.

— Par ordonnance en date du 18 décembre 1841, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, M. Milne-Edwards a été nommé à la chaire d'entomologie vacante au Muséum d'histoire naturelle, et pour laquelle il avait été présenté par les professeurs du Muséum et par l'Académie des sciences.

L'éditeur Desloges a publié les premières livraisons des Célébrités médicales et chirurgicales contemporaines. Cet ouvrage, destiné à faire connaître tout ce que la France possède de médecins remarquables, se recommande autant par le fond que par la forme. Edité sous le patronage de toutes les illustrations scientifiques, il s'adresse aussi bien aux gens du monde qu'aux médecins et aux élèves. On ne saurait trop encourager une œuvre aussi utile et d'un prix si peu élevé. (*V.* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

SAMEDI 25 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) Nº 154, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE BICÊTRE (M. Malgaigne). Des pseudo-étranglemens dans les hernies. Nouvelles observations. — DES ENFANS (M. Guersant fils). Lithotritie chez une petite fille de huit ans. Destruction en cinq séances d'un calcul ayant présenté 30 millimètres d'écartement. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Traitement ténifuge de la clinique de Vienne. Efficacité de l'iodure de potassium contre des accidens syphilitiques tertiaires. Sur le vinaigre cantharidé. — FEUILLETON. Sanction de l'arrêté sur les autopsies, par le conseil-général des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. MALGAIGNE.

Des pseudo-étranglemens dans les hernies. Nouvelles observations.

Les journaux politiques ont retenti récemment de la mort d'un jeune littérateur d'une grande espérance, M. Ottavi, professeur à l'Athénée royal. Il portait depuis long-temps une hernie inguinale qu'il n'avait jamais contenue ; à la suite d'une longue et brillante improvisation, la hernie sortit plus volumineuse, dure, irréductible, avec les phénomènes attribués à l'étranglement ; l'un de nos plus habiles chirurgiens fut appelé, essaya vainement le taxis, procéda à l'opération le troisième jour, et le malade succomba peu de jours après.

S'il y avait eu dans ce cas étranglement réel, ce serait une preuve de plus de la gravité d'une opération qui, dans nos hôpitaux, enlève plus de la moitié des malades ; mais au point où j'ai conduit ce sujet si important et si obscur encore des étranglemens herniaires, il y a une triste question à se faire : Y avait-il bien là un étranglement réel ?

A Dieu ne plaise que je cherche ici l'occasion de jeter le moindre blâme sur la détermination d'un chirurgien dont personne n'estime plus que moi l'expérience et le savoir. Il a suivi la doctrine universellement adoptée, et, très probablement, parmi l'élite de nos chirurgiens, il n'en est pas un qui n'eût jugé nécessaire, après avoir échoué par le taxis, de recourir à l'opération. Mais c'est précisément cette pratique générale que je combats ; c'est cette doctrine vulgaire contre laquelle je me suis déjà élevé, et qu'il me paraît urgent de poursuivre et de détruire.

Dans un mémoire publié naguère par les Archives générales de médecine (1), j'ai cherché d'abord à établir ce premier fait, savoir : que dans une hernie inguinale ancienne et non contenue, il ne se forme point de rétrécissement au collet du sac herniaire, et que les anneaux se dilatent plus qu'il n'est nécessaire pour le libre passage de la hernie; d'où suivrait tout d'abord par une induction très logique, qu'il n'y a pas d'agens pour un étranglement réel. A ce premier fait, j'en ajoutais un autre qui n'est pas de moindre importance dans la discussion : c'est que dans ces hernies non contenues, il n'y a pas d'accumulation de matières fécales, partant point d'engouement, partant point d'opération indiquée pour cette prétendue rétention des matières. J'ai rapporté un assez bon nombre d'observations destinées à mettre ces deux faits en pleine lumière ; et comme à l'hospice dont je dirige le service chirurgical les occasions sont plus fréquentes que partout ailleurs d'observer de volumineuses hernies sur le vivant, et de les examiner sur le cadavre, j'ai pu vérifier ce que j'avais annoncé sur un si grand nombre de sujets, qu'il serait fastidieux d'en rapporter toutes les histoires. Voici une autopsie assez remarquable par le volume de la hernie, et qui me servira de nouvel exemple.

(1) L'extrait de ce mémoire fera partie de la Revue des Journaux qui paraîtra le 1er janvier prochain.

Hernie inguinale énorme et non contenue. Dilatation outre mesure des anneaux et du collet du sac.

Le nommé Fresnel portait depuis longues années une hernie inguinale droite d'un très grand volume à laquelle s'était ajouté un bubonocèle gauche du volume d'un petit œuf. Il succomba aux suites d'une pleuro-pneumonie le 22 septembre 1841, et l'autopsie fut faite 24 heures après.

La hernie gauche, mesurée de haut en bas par un fil qui allait de l'anneau inguinal jusqu'au périnée, donnait 40 centimètres; sa circonférence horizontale était de 51 centimètres. La peau du scrotum s'était distendue pour l'envelopper au point qu'on ne reconnaissait plus les rides qui la distinguent des tégumens voisins ; le testicule était tout à fait en bas de la tumeur, où il se révélait à l'œil par une petite saillie conique.

La dissection faite avec soin sépara d'abord la peau, très amincie, contenant à peine un peu de graisse au voisinage de l'anneau, et se laissant d'ailleurs très facilement séparer avec le doigt des couches sous-jacentes. Ces couches aussi fort minces se décollaient également avec le doigt, mais dans une petite étendue, limitée à peu près à moitié de la surface antérieure de la tumeur ; en bas et en arrière elles semblaient adhérentes et enchevêtrées, de telle sorte qu'on les déchirait en essayant de les décoller. Elles semblaient cependant près de l'anneau se séparer en trois feuillets bien distincts, l'un qui appartenait au fascia superficialis, un second se rattachant à la circonférence de l'anneau externe, le troisième au fascia transversalis. Sur ce dernier on voyait courir quelques anses rares et pâles, faibles vestiges du crémaster, et qui ne descendaient pas au-dessous des trois quarts supérieurs de la tumeur. On pouvait séparer par lambeaux les deux autres feuillets de ce troisième ; mais, dans la majeure portion de son étendue, celui-ci adhérait tellement au sac herniaire que tout essai pour le décoller aboutissait à déchirer le sac lui-même.

Avant de poursuivre les trois feuillets jusqu'à leur origine supérieure, nous avions ouvert le sac avec précaution, en laissant intact au moins un pouce de sa hauteur au-dessous de l'anneau inguinal ; puis, sans faire rentrer aucunement les intestins qu'il contenait, nous avions porté et fait porter aux élèves successivement un, deux, trois et quatre doigts de bas en haut, à travers l'anneau et le collet, et les quatre doigts pénétraient de front très aisément dans l'abdomen, ce qui suffisait certes à prouver que l'anneau et le collet étaient incapables d'exercer une constriction réelle sur le pédicule de la hernie ; en d'autres termes, qu'il n'y avait pas d'étranglement possible. La hernie était entièrement intestinale, l'épiploon se trouvait refoulé vers la partie supérieure et le côté gauche de l'abdomen, et paraissait d'ailleurs si court qu'on pouvait à peine l'attirer jusqu'au niveau de l'anneau. Le sac herniaire contenait 3 mètres 60 centimètres d'intestin grêle, plus une longueur du gros intestin équivalent à 53 centimètres. Mais le gros intestin formait ici deux anses, circonstance assez curieuse et qui s'expliqua bientôt par l'adhérence au niveau de l'anneau de la petite portion d'intestin intermédiaire aux deux anses, laquelle n'avait pas plus de 5 à 6 centimètres de longueur.

La grande anse d'intestin grêle contenait des matières liquides et des gaz dans la même proportion que l'intestin resté dans l'abdomen ; quant aux deux anses du gros intestin, malgré le coude que leur faisait faire l'adhérence indiquée, elles ne contenaient que des gaz et quelques matières disséminées qui n'auraient pas fait au total le volume d'un œuf de poule, et, ce qui est bien remarquable et ce qui d'ailleurs se présente le plus souvent dans ces autopsies, c'est que la portion du gros intestin restée dans le ventre était proportionnellement plus remplie de matières que les deux anses contenues dans la hernie.

Le canal avait disparu et ne faisait plus qu'un anneau unique, bien que la hernie eût été oblique dans l'origine. L'anneau interne avait donc en quelque sorte disparu ; l'anneau externe était éraillé, dilaté outre mesure, et ses piliers descendaient même en façon d'entonnoir sur la portion la plus supérieure de la hernie.

Le collet du sac, ouvert et déployé, n'offrait pas la moindre trace d'épaississement ; on mesura sa largeur, qui devait donner sa circonférence ; elle était de 25 centimètres et demi, ce qui donne une ouverture de 8 centimètres et demi de diamètre.

J'ai mentionné l'adhérence du gros intestin au niveau de l'anneau ; ce n'était pas l'intestin même, mais une anse de ses fragmens épiploïques qui pendent du bord du colon et qui avait contracté cette adhérence. De même le mésentère en avait aussi contracté vers le même point. Quant aux intestins eux-mêmes, ils en étaient absolument exempts.

Mais un autre travail plastique s'était fait sur la face interne

FEUILLETON.

SANCTION DE L'ARRÊTÉ SUR LES AUTOPSIES, PAR LE CONSEIL-GÉNÉRAL DES HOPITAUX.

Le conseil-général des hôpitaux n'a pas entendu le cri de l'opinion publique ; mercredi dernier, il a sanctionné par un vote définitif, et pour lequel avaient été convoqués les membres les moins assidus à ses assemblées, son arrêté sur les autopsies. Quelques membres ont bien essayé de ramener leurs collègues à des idées plus raisonnables ; mais alors M. Dupin l'aîné s'est levé, et dans un discours étendu et véhément il a emporté d'assaut la décision fatale, en faisant valoir surtout cette considération majeure qu'elle était sollicitée par une dame auguste et par monseigneur l'archevêque de Paris. Le conseil s'est incliné sous ces puissantes sollicitations, et M. Dupin a remporté cette nouvelle victoire contre les médecins que depuis si long-temps il poursuit de son éloquence et de son mauvais vouloir.

La démission réitérée et formelle de M. Orfila a été la conséquence de ce vote. Sa conduite, dans cette circonstance, n'a pas été aussi libérale qu'elle aurait dû l'être. Ses protestations contre la décision du conseil se sont de nouveau bornées aux intérêts des professeurs de l'Ecole, et au lieu de prendre en main la défense des médecins des hôpitaux en général, de la science tout entière et de ses représentans, il n'a su combattre que pour un corps privilégié ; de sorte qu'à notre point de vue, nous n'avons ni félicitations, ni remerciemens à lui adresser. Nous ne sommes sympathiques qu'à une opposition sincère et loyale de principes ; d'ailleurs, nous avons peine à croire que M. Orfila se soit à tout jamais fermé la porte du conseil-général. L'avenir nous éclairera sur ce sujet.

Les médecins des hôpitaux ont de graves devoirs à remplir dans cette circonstance, et tout nous fait prévoir et espérer qu'ils n'y manqueront pas. Aux termes de la législation qui régit l'administration des hôpitaux, toute décision importante émanée du conseil général doit être approuve par le ministre de l'intérieur. C'est donc vers cette autorité qu'ils doivent tourner leurs doléances, leurs récriminations, leurs protestations. C'est à cette occasion qu'ils sentiront tous le besoin de se réunir dans une manifestation commune et de faire taire les susceptibilités d'amour-propre et de rivalité, s'il en existait entre eux. Un exposé de motifs bien fait doit nécessairement éclairer l'administration supérieure, et les raisons à faire valoir contre la décision absurde du conseil, sont si nombreuses, si puissantes, si péremptoires qu'il n'est pas possible que le ministre lui donne sa sanction. Mais dans tout cela il faut célérité, activité, accord et union. Encore une fois nous espérons que s'ils le veulent bien les médecins des hôpitaux sont assez puissans et ont mille fois assez raison pour faire casser la décision du conseil.

L'occasion est opportune aussi pour qu'ils récriminent contre la composition actuelle de ce conseil, composée d'hommes complètement étrangers aux sciences hygiéniques et médicales, et par cela même incapables de réaliser des améliorations si désirables dans le service des établissemens nosocomiaux.

La Faculté de médecine, comme corps enseignant, est sans doute intéressée à être représentée au conseil-général des hôpitaux. Le service des cliniques, les besoins des amphithéâtres de dissection, la position des professeurs et des élèves dans les hôpitaux, sont des motifs suffisans pour légitimer la présence d'un membre de la Faculté dans le conseil. Et comme il faut admettre que le doyen de la Faculté est le mieux en position de connaître ce qui concerne le corps dont il est le chef, il est aussi tout naturel que ce soit lui qui le représente dans cette assemblée. A tout cela il n'y a pas d'objection raisonnable à faire, et nous acceptons volontiers que l'Ecole de médecine soit représentée par son doyen dans le conseil des hôpitaux, à condition néanmoins que ce doyen y défendra toujours les intérêts de la science et de l'enseignement, et qu'il comprendra toujours l'importance et l'étendue de sa haute mission.

Mais cette satisfaction, que l'on peut accorder aux intérêts de l'Ecole, qui, après tout, n'est qu'un corps privilégié, et qui n'envoie que huit ou dix de ses membres professer son enseignement dans les hôpitaux, pourquoi la refuserait-on aux intérêts du corps bien plus nombreux des médecins libres des hôpitaux ? ne serait-il pas de toute justice qu'ils pussent faire entendre leur voie dans ce conseil, qui peut prendre à leur égard des mesures si fatales? Et pour quelles causes seraient-ils moins bien traités que les membres de la Faculté? Leurs services ne sont-ils pas les mêmes? Ne font-ils pas preuve du même zèle envers les pauvres ? Avec la même ardeur ne se livrent-il pas aux recherches scientifiques ? Mais ce sont là les moindres motifs qu'on peut faire valoir pour solliciter l'admission d'un certain nombre de médecins dans le conseil des hôpitaux. Combien de questions agitent ce conseil : questions de salubrité, d'hygiène, d'alimentation, de régime, etc., pour lesquelles les lumières du médecin lui seraient indispensables, et auxquelles il donne souvent une solution si peu en harmonie avec les véritables principes de l'art et de la science ! Croit-on, par exemple, que si les médecins avaient voix dans ce conseil ils n'éclaireraient pas ses membres sur ce système d'alimentation si défectueux connu sous le nom de portion, de demi, de quart de portion, etc. ? N'obtiendraient-ils pas, par leurs instances, des modifications si désirables et si urgentes au régime des convalescens, eux qui éprouvent si fréquemment la douleur de les perdre, par cela même qu'ils ne sont pas placés dans des conditions favorables ? Et sur tant d'autres points les lumières des médecins ne seraient-elles pas invoquées avec avantage pour les pauvres ?

Mais il semble que certains hommes veulent se réserver le monopole de la philanthropie, philanthropie bâtarde, sentimentale et ignorante, qui non-seulement ne fait rien de grand, de beau, d'utile, mais qui encore empêche de le faire, ou qui pis est fait le mal. N'est-il pas singulier, en effet, que des hommes complètement étrangers aux besoins des études médicales puissent s'arroger le droit de réduire au néant une partie capitale de l'enseignement ? Car avec les entraves que le conseil vient d'imposer aux médecins, serait-il possible à ceux ci de se livrer à un travail suivi d'anatomie pathologique ? Cette branche importante des sciences médicales ne peut être étudiée ni par expérimentation, ni par induction ; l'occasion, voilà son champ d'observation ; il est impossible de produire expérimentalement ou de deviner les caractères anatomiques d'une maladie : il faut absolument les voir pour les connaître, et l'on ne peut les voir que lorsque l'art impuissant livre un cadavre aux investigations du médecin. Qui a donné au diagnostic tant de précision et d'exactitude ? qui a délivré la science du joug des systèmes ? qui a donné à la thérapeutique plus de simplicité et de rationalisme ? Nous rougissons en vérité d'être obligés de rappeler des vérités aussi vulgaires, et de dire au conseil que le médecin qui se livre avec soin à l'autopsie d'un cadavre rend à la science et à l'humanité tous les services qu'il peut leur rendre, des services mille fois plus grands que ne leur rendaient les stériles et vaines dissertations des médecins des siècles antérieurs.

Est-ce d'ailleurs envisager les hôpitaux dans toute l'étendue de leur application humanitaire que de ne les considérer uniquement que comme des lieux de refuge et de secours pour le pauvre en proie à la souffrance ? Il n'est plus permis aujourd'hui de rétrécir ainsi le but des institutions nosocomiales ; la charité devient plus prévoyante à mesure que la science progresse, et les maux que celle-ci ne peut soulager en ce moment elle les guérira peut-être à l'avenir en lui laissant intact le vaste champ qui sert à ses explorations. Faire tous ses efforts pour guérir le malade confié à ses soins ; de plus, tirer de ce malade tous les enseignemens qu'il présente et qui sont compatibles avec la charité, tel est le double rôle du médecin d'hôpital. Lui procurer, à ce malade, tous les secours que la pitié publique a remis entre ses mains ; faire que, lorsqu'il succombe, il devienne encore pour le maître et pour l'élève un sujet d'enseignement et d'étude, tel est aussi le double rôle de l'administrateur des hôpitaux. Si, dans cette ligne de conduite, des abus viennent à se glisser — et dans quelles choses humaines, même des plus saintes, ne s'en glisse-t-il pas ? — c'est pour les prévenir, pour

du sac, notamment vers sa partie inférieure : c'étaient des plaques cartilagineuses extrêmement remarquables par leur densité et la saillie de leurs bords, ayant en général plusieurs centimètres de longueur et de largeur et un millimètre d'épaisseur, tandis que dans les intervalles le sac gardait la minceur du péritoine normal. Sur une de ces plaques il y avait une petite hydatide ; le sujet en portait de très volumineuses dans le foie et d'autres en divers endroits. Outre ces plaques, on apercevait sur le sac des points noirâtres, et plus spécialement de petites franges flottantes, noirâtres, paraissant être des débris de fausses membranes, et formant comme une sorte de chevelu au fond du sac.

Je résumerai en peu de mots les points essentiels de cette observation :

1° La hernie était très volumineuse, elle n'avait jamais été contenue, et l'ouverture qui lui livrait passage était dilatée outre mesure et de manière à ôter toute crainte d'un véritable étranglement ;

2° La hernie avait été enflammée durant la vie, comme le témoignent les adhérences et les productions pathologiques du sac, et cette inflammation s'était heureusement terminée sans opération.

Je le répète, j'ai tant d'observations de ce genre que je ne comprends pas comment on admet des étranglemens dans ces hernies volumineuses. Certes la verge se gonfle beaucoup plus par l'inflammation que ne peuvent le faire des anses intestinales (je ne parle pas de l'accumulation des gaz) ; mais si l'on passait autour de la verge un anneau qui admît quatre doigts entre lui et l'organe, je doute très fort que la verge arrivât à un degré de tuméfaction suffisant pour s'étrangler dans un pareil anneau.

Mais, dira-t-on, ce qui peut être vrai pour des hernies très anciennes, très grosses, qui ont eu tout le temps d'élargir à leur gré les anneaux, sera-t-il également vrai pour des hernies plus récentes et d'un volume beaucoup moindre ?

Je réponds : également, dès que la hernie n'est ni congéniale, ni directe ; et même, dans ces deux cas, lorsqu'elle date d'une à deux années, en y joignant cette condition capitale, qu'elle n'a pas été contenue.

Je n'en irai pas chercher d'autre exemple que le sujet même dont je viens de rapporter l'histoire. Il avait, comme il a été dit, un simple bubonocèle à gauche. Ce bubonocèle avait traversé le canal, n'avait pas été contenu ; et, circonstance favorable à la production de l'engouement, il était entièrement formé par une anse de l'S iliaque. Or, cette anse était vide, tandis que le reste de l'S iliaque demeuré dans l'abdomen contenait des crottins ; mais ce qui nous importe surtout, les deux anneaux s'étaient rapprochés de manière à être presque confondus ; le collet du sac n'était nullement épaissi ni rétréci ; et, tout en laissant l'intestin dans la hernie, on pouvait porter à travers le collet et l'anneau trois doigts entiers dans l'abdomen.

Est-il permis de croire, dans cette circonstance, qu'il se fût fait dans cette hernie un étranglement réel ?

Qu'y a-t-il donc, lorsque cependant une hernie de ce genre vient à se tuméfier et résiste aux efforts du taxis ? Il y a une inflammation péritonéale de la hernie, et tous les élèves de l'hospice de Bicêtre ont pu voir avec quelle certitude je diagnostiquai alors la non existence de l'étranglement. Voici, par exemple, le dernier cas de hernie prétendue étranglée que nous ayions eu à traiter ; je le fais suivre de quelques réflexions.

Hernie inguinale enflammée, Réduction.

Nicoud, ancien laboureur, âgé de soixante-dix ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre le 10 octobre 1841, pour une hernie inguinale gauche devenue subitement irréductible. Cette hernie datait de dix années, et il l'avait gardée six ans sans la contenir par aucun bandage. Durant ce temps, elle avait déterminé assez fréquemment de vives douleurs, mais qu'il parvenait toujours à calmer par la réduction et le repos.

Il y a donc quatre ans environ, qu'étant entré à l'hôpital Saint-Louis pour une autre cause, Biett lui fit appliquer un bandage, et la hernie fut si bien contenue que, suivant ses expressions, il ne s'en apercevait plus ; mais en même temps, et sans cause connue, il en apparut une autre du côté droit. Ayant été admis à Bicêtre le 12 mars 1838. on lui appliqua un bandage double ; ce bandage maintenait bien la hernie droite, qui était fort légère ; mais la hernie gauche s'échappait de temps en temps, et en s'échappant ramenait les anciennes douleurs.

Le 9 octobre au matin, après avoir porté une assez lourde charge, encore tout en sueur, il alla au cabaret avec un camarade ; et, bien qu'ils n'eussent consommé, à son dire qu'un litre de vin, le fait est qu'à dix heures du matin il était ivre ; et dans cet état, sans pouvoir en accuser aucune cause, il sentit tout à coup la hernie gauche s'échapper dans le scrotum, devenir douloureuse, tendue, dure comme une pierre ; et en même temps il ressentit dans le ventre un tiraillement tel, qu'il semblait, dit-il, qu'on lui arrachait l'estomac. Il revint à sa salle, essaya de se coucher, mais ne put s'y tenir ; chercha à diverses reprises à réduire la hernie, malgré la douleur qu'exaspérait ses manœuvres, et ne put y réussir. Vers deux heures il survint quelques nausées, mais sans vomissemens ; le malade affirme d'ailleurs qu'il n'avait rien mangé depuis la veille. A sept heures du soir il se coucha, mais ne put fermer l'œil de toute la nuit ; et, pour changer de position, se leva plusieurs fois, revenant toujours au taxis et toujours avec le même insuccès.

Le 10 au matin, il se fit conduire au bain, y resta deux heures, mais toujours en vain. Dès six heures du matin il avait été pris de vomissemens qui se répétaient tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures ; et enfin, vers deux heures de l'après-midi, il se décida à entrer à la chirurgie.

La tumeur, du volume d'un œuf de cane, distendait le scrotum, en laissant toutefois le testicule libre au-dessous d'elle ; elle était dure, rénitente, mais partout sonore ; son pédicule paraissait assez volumineux, et elle faisait à peine bomber quelque peu en avant la paroi antérieure du canal inguinal. Le malade ressentait une vive douleur, spécialement au niveau du canal ; la hernie était très douloureuse à la pression. Pas de barre ombilicale ; il existait une autre douleur assez intense vers l'épigastre, mais qui semblait due surtout aux efforts de vomissemens. La hernie droite, à l'état de léger bubonocèle, était tout-à-fait indolente.

L'interne de garde fut appelé immédiatement ; et, aidé d'un autre interne de l'hospice, essaya le taxis durant cinq à six minutes. La tumeur demeurant immobile, on fit administrer un lavement de tabac qui fut rendu sur le champ, après quoi on revint au taxis avec aussi peu de résultat.

Tous ces essais avaient pris environ une heure, et durant ce temps le malade avait eu trois vomissemens de matières liquides jaunâtres et d'odeur stercorale. Les deux internes ne crurent pas devoir insister, et envoyèrent chercher M. Malgaigne.

Examen fait de la tumeur et des circonstances qui avaient précédé, M. Malgaigne diagnostiqua une inflammation simple du sac herniaire, sans étranglement ; et jugea que, vu le peu de temps écoulé depuis l'apparition des accidens, la réduction était indiquée. Il se plaça du côté gauche du malade ; de la main droite embrassa la tumeur à pleine main, de manière à la rapprocher de l'anneau, pressa dessus lentement, mais d'une manière continue, avec les doigts et le poignet tout à la fois ; au bout d'une demi-minute on entendit un léger gargouillement, et avant deux minutes toute la hernie était rentrée. Le malade se sentit à l'instant soulagé ; toutefois, la douleur épigastrique était restée la même, et en palpant le reste du ventre, on déterminait une douleur assez vive vis à vis le canal inguinal gauche et un peu au-dessus, là où l'on pouvait présumer que s'était logée la hernie réduite. On prescrivit des cataplasmes sur la région inguinale, la diète, et une tisane de gomme édulcorée.

Les cataplasmes furent oubliés. Le lendemain à cinq heures du soir, le malade avait la face vultueuse, les yeux injectés, le pouls plein et fort ; les douleurs abdominales persistaient. M. Malgaigne fit faire une saignée de trois palettes et appliquer des cataplasmes.

Le 12, plus d'agitation, plus de douleur à l'épigastre ; la douleur inguinale persiste seule, mais notablement moindre ; l'appétit est développé. On accorde la demi-portion.

Dans la nuit du 12 au 13, il y eut une selle naturelle ; c'était la première depuis la réduction. Mais il est à noter que, selon le dire du malade, il avait eu deux selles le 9, lorsque déjà la hernie était irréductible, et une troisième le 10, quand déjà il était pris par les vomissemens ; circonstance assez rare, et due peut-être à la petite débauche qui avait précédé.

Quoi qu'il en soit, le 13 toute douleur avait disparu ; et bien que l'anneau inguinal, assez large pour admettre deux doigts, ne permît pas d'espérer une cure radicale, M. Malgaigne fit appliquer un bandage convenable, afin de constater si l'inflammation précédente, aidée de la compression, n'amènerait pas une oblitération au moins partielle du pédicule du sac.

Le malade désira sortir le 17 ; il revint nous voir le 21 ; et alors, en effet, en ôtant la pelote et le faisant tousser, on voyait bien la hernie soulever le canal et l'anneau externe, mais elle ne descendait pas plus bas.

Après l'insuccès de toutes les tentatives précédentes, l'interne de garde, qui n'appartenait pas au service, parut quelque peu surpris d'entendre M Malgaigne affirmer aussi résolument qu'il n'y avait pas là d'étranglement. Quels étaient donc les élémens de ce diagnostic absolu ? Le volume de la hernie, son ancienneté, et cette circonstance capitale que le bandage depuis trois ans ne la contenait pas. Quant au succès du taxis exécuté comme il a été dit, il n'a rien de plus surprenant que la réduction par des tractions légères et graduées d'une luxation qui a résisté aux extensions les plus énergiques. Ce n'est pas tout que d'employer la force, il faut qu'elle soit bien dirigée.

On peut suivre assez bien, dit M. Malgaigne, dans les phénomènes qui ont succédé à la réduction ; la persistance et la décroissance de l'inflammation locale que j'avais reconnue. Mais cependant, sera-t-il toujours possible de réduire ; et même doit-on toujours le tenter ? Je professe, pour ma part, que quand l'inflammation est arrivée à un certain degré, il ne faut pas plus essayer de réduire une hernie, qu'il ne faut essayer de réduire une fracture ou une luxation compliquée d'une phlegmasie intense. On a cependant réussi quelquefois par ces manœuvres intempestives ; mais au prix de quels dangers ? J'ai cité, dans mon mémoire, le fait d'une hernie réduite dans des circonstances analogues, et le sujet succomba le lendemain.

Quelle sera donc alors la ressource ? Assurément, dans aucun cas ce ne sera une opération qui exposerait à l'air les viscères déjà enflammés. Mais l'indication est toute commandée par le caractère de l'affection ; c'est une inflammation, il faut

---

les réprimer que l'administration doit faire sentir son influence et son action. Mais si en attaquant les abus il attaque les principes, il viole alors non-seulement les intérêts de la science, mais encore ceux de l'humanité qu'il est chargé de défendre. Dans la circonstance actuelle, cette double violation est manifeste. La charité a pris des proportions mesquines et fatales à la science ; elle n'a pas envisagé les maisons nosocomiales seulement comme des maisons de secours offertes aux douleurs du pauvre, mais encore comme les seuls centres d'instruction pratique pour l'élève et comme la source féconde des progrès ultérieurs de la science. De ces points de vue seulement la charité et le principe humanitaire s'élargissent, et, tout en conservant leur bienfaisante influence actuelle, ils savent préparer et prévoir un avenir plus bienfaisant encore.

Certes, il y a quelque chose de singulièrement honorable — et il nous sera bien permis de le faire valoir — dans l'empressement offert par les médecins des hôpitaux à recriminer contre la mesure du conseil général. Quoi ! on veut soulager leurs fatigues, imposer des bornes à leur zèle, les soustraire à des travaux pénibles et dégoûtans, et au lieu de s'en féliciter et de s'en réjouir, au lieu de s'écrier avec reconnaissance :

. . . . . . *Deus nobis hœc otia fecit !*

les voilà qui s'agitent, qui s'émeuvent, qui protestent. Ah ! Messieurs du conseil, dites-nous si dans les hautes et les basses sphères de la société vous connaissez beaucoup de dévouemens semblables. Jetez les yeux autour de votre monde d'égoïstes, de paresseux et de sinécuristes, et voyez s'il n'est pas vrai que de toutes les professions celle de médecin n'ait pas le mieux gardé les traditions de charité, de travail et de désintéressement. Mais, vous le savez mieux que qui que ce soit, vous qui, dans nos calamités publiques, avez été témoins de leur courage et de leur zèle, vous qui en avez si largement profité pour vos pauvres. Laissez-les donc libres dans leur sphère d'action, qui est une sphère d'étude pour le présent, de prévoyance pour l'avenir. Les convenances, comme vous ils les connaissent ; la charité, autant que vous ils la pratiquent ; l'humanité, eh mon Dieu ! c'est là le but, le noble but de leurs travaux. Pourquoi donc semer d'obstacles leur route difficile et pénible, et pourquoi jeter le trouble dans leur mission pénible et sainte ?

On ne peut contester, il est vrai, qu'une grande répugance n'existe dans les classes pauvres contre l'ouverture des corps. Mais cette répugnance, était-ce au conseil des hôpitaux à l'augmenter encore ? Fallait-il, au lieu de chercher à l'éteindre, qu'il fît tous ses efforts, au contraire, pour raviver ce préjugé ? Certes, bien qu'on parle de personnages augustes, il a fait preuve d'idées plus libérales et plus avancées, ce premier prince du sang de la maison régnante d'Angleterre, le duc de Sussex, qui, pour donner au peuple anglais un exemple profitable, a légué sa dépouille mortelle à la Société royale de Londres pour servir expressément à une démonstration anatomique ; et puisqu'on a parlé aussi d'archevêque, pourquoi faut-il que le diocèse de Paris n'ait pas à sa tête un homme de la trempe du grand évêque de Meaux, de Bossuet, qui, pendant tout un hiver, se livra à l'étude de l'anatomie sous la direction de Dionis ?

En Angleterre, on sait combien il est difficile de se procurer des sujets pour les dissections. On ne peut guère y parvenir qu'au moyen de l'exhumation clandestine, et les lois sont très sévères contre ce délit qualifié de crime. Ceux qui exercent cette misérable industrie (resurrection-men) inspirent une aversion profonde et le dégoût ; aussi, quand ils sont punis, le peuple témoigne-t-il une joie barbare ; et se porte-t-il souvent contre eux à des voies de fait. Les magistrats d'ailleurs ont quelquefois le tort grave d'encourager ce préjugé du peuple, et lui facilitent les moyens d'exercer ses mauvais traitemens contre les objets de son aversion. La presse elle-même se rend complice de l'ignorance du vulgaire, et il n'est pas de semaine où l'on ne trouve à ce sujet dans les journaux quelque récit aussi dégoûtant qu'exagéré.

Cependant les choses ne se sont pas toujours passees ainsi, et ce n'est guère que du commencement de ce siècle que datent les obstacles à la liberté des dissections. C'est de l'Ecosse qu'est partie la première manifestation de cette répugnance. Le peuple écossais, si froid, si calculateur, le plus éclairé et le plus raisonnable de tous les peuples, dit un journal anglais (*Westminster rewiew*), dans lequel nous trouvons ces renseignemens, a jugé à propos de revenir aux opinions des siècles les plus barbares. Il n'existe pas de crime qui puisse enflammer davantage le sang ordinairement si calme qui coule dans les veines d'un Ecossais, que l'exhumation d'un cadavre. Il y a douze mois environ qu'un honnête fermier, nommé Scott, qui réside à Linlithgow, arrêta un pauvre diable qui exerçait sa triste industrie dans le cimetière de cette paroisse. Ce service parut si important dans tout le village, qu'on lui offrit une belle pièce de vaisselle plate. Dans l'hiver de 1823, on découvrit un corps humain que l'on transportait dans l'amphithéâtre d'un chirurgien de Glascow, et malgré les efforts de la police, soutenue par la force armée, la populace en fureur détruisit l'habitation du médecin et tout ce qui s'y trouvait. Les faits analogues sont très nombreux. Mais ce qu'il y a de plus grave, c'est que, suivant le même journal, le peuple d'Edimbourg a annoncé l'intention de faire abandonner l'étude de l'anatomie, et, si on n'y met pas ordre, il y a tout lieu de croire qu'il parviendra à exécuter ses menaces. Les étudians en médecine s'élèvent dans cette ville, pendant chaque session, à environ sept cents. La difficulté de se procurer des cadavres est maintenant si grande, que, sur ce nombre d'élèves il n'y en a pas deux cents qui puissent disséquer, ce qui, en dernier lieu, en a déterminé un assez grand nombre à quitter Edimbourg et à aller poursuivre ailleurs le cours de leurs études. Par le fait, l'école de médecine d'Edimbourg ne vit plus que sur son ancienne réputation, et, si le système n'est point changé, elle ne tardera pas à tomber dans le plus complet discrédit.

De l'Ecose, cette répugnance des peuples pour les travaux anatomiques a passé à Londres, où la législation n'est pas moins sévère contre ceux qui font des exhumations. On a compté dans un an quatorze condamnations pour avoir livré des cadavres aux écoles de médecine. La difficulté de s'en procurer est si grande, qu'on en fait venir des côtes de France, mais comme ceux que l'on obtient de cette manière sont insuffisans, il faut concurremment recourir à l'exhumation.

Dans les états unis d'Amérique, même imprévoyance de la loi pour subvenir aux besoins des études anatomiques, et même sévérité contre les exhumations. Il est évident cependant que tant que les lois ne donneront pas aux médecins de ces pays d'autres moyens de se procurer des sujets, quelles que soient la sévérité des magistrats, des juges et des jurés, et la violence des préjugés populaires, il sera impossible d'empêcher les exhumations.

Qu'en résultera-t-il ? C'est qu'il existera une classe d'individus habitués à se faire un jeu de violer la loi. Ces individus continueront à se réunir, dans l'épaisseur des ténèbres, pour commettre leurs spoliations, et des spoliations de la plus horrible espèce, dont l'habitude tend à abrutir l'esprit, et à éteindre dans le cœur tout sentiment humain. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que des hommes d'un véritable talent, et qui exercent une des professions les plus honorables de la société, sont, bon gré malgré, obligés de se mettre en contact avec ces misérables, et d'encourager, par l'argent qu'ils leurs distribuent, les larcins qu'ils commettent dans les sépultures.

Voilà, sans aucun doute, où aboutiront en France les idées philanthropiques de messieurs du conseil. D'un trait de plume ils viennent de rayer cette belle organisation que nous devions à la Convention nationale, q[illegible]avait bien compris qu'en retour de tous les sacrifices que la piétié publique faisait pour les pauvres, ils lui devaient de servir, sans profanation et avec la dignité qui convient à notre ministère, aux progrès de l'art de guérir ou de soulager les douleurs humaines.

— Les concours ci-après auront lieu à l'hôpital de perfectionnement, savoir : 1er mars prochain. Concours pour les emplois de médecin adjoint. — 21 mars. Concours pour les deux emplois de médecin, professeur, vacans dans les hôpitaux de Strasbourg et Lille.

la combattre par les antiphlogistiques, et lorsqu'elle est suffisamment apaisée, on réduit la hernie avec une rare facilité; comme il arrive pour les luxations, qui sont pour les articulations une sorte de hernie.

Je tiens de mon excellent collègue, M. Guersant, qu'il a eu occasion déjà d'appliquer ces principes sur un enfant dans son hôpital, et qu'il a parfaitement réussi. Je sais bien que cela choque essentiellement les doctrines du dix-huitième siècle; je n'y saurais que faire ou que dire, sinon que ces doctrines me paraissent choquer essentiellement les faits. Et s'il faut à nos chirurgiens, outre l'expérience récente, quelque expérience déjà ancienne et qui leur impose comme autorité, je les engage à relire les observations de Desault sur le traitement des hernies étranglées; ils verront que, sans se rendre bien nettement compte de l'état des hernies, Desault était arrivé empiriquement à n'en opérer qu'un très petit nombre; et c'est là peut être, avec la réforme qu'il avait tentée dans le traitement des plaies de tête, ce qu'il a fait de plus réellement utile pour la chirurgie, bien que ses successeurs se soient accordés pour laisser ces deux points de sa doctrine en oubli.

HOPITAL DES ENFANS. — M. Guersant fils.

Lithotritie chez une petite fille de huit ans. Destruction en cinq séances d'un calcul ayant présenté 30 millimètres d'écartement.

Vers le milieu du mois d'octobre dernier a été couchée, au n° 8 de la salle Sainte-Thérèse, une petite fille âgée de huit ans non entièrement révolus, pâle, lymphatique, d'une constitution délicate, n'ayant néanmoins jamais fait de maladies graves, si l'on en excepte la rougeole, présentant actuellement quelques symptômes de la pierre. Voici ce que l'on a appris de particulier sur cette petite malade.

Depuis plusieurs années, au dire du père, elle souffre en urinant, et le jet d'urine est parfois tout-à-coup interrompu; comme conséquence de cette souffrance qui accompagne l'expulsion de l'urine, la petite fille éprouve le besoin fréquent de toucher aux organes génitaux, d'où lui est venue probablement l'habitude qu'elle paraît avoir contractée de se masturber. Quoi qu'il en soit, le clitoris présente actuellement un grand développement et tout à fait hors de proportion. Les parens de la petite fille ont noté que depuis long-temps les urines sont troubles, glaireuses, ou en d'autres termes, catarrhales. Disons enfin qu'à ces phénomènes s'ajoute le prolapsus de la membrane muqueuse rectale.

Il y avait fort à présumer que cette petite fille était affectée de la pierre, et la première indication que nous avions à remplir, dit M. Guersant, était de la sonder. Le cathétérisme ne nous a bientôt plus laissé de doute sur l'existence d'un calcul vésical qui, au premier examen, nous parut assez volumineux et mobile.

Quelle était la conduite à suivre dans ce cas? Telle fut la principale question que M. Guersant entreprit de résoudre dans la conférence du 21 octobre dernier. Les antécédens n'étaient pas favorables à la lithotritie: cette opération, qui donne en effet de si beaux résultats chez l'adulte et le vieillard, perd tout d'abord de sa valeur absolue lorsqu'on l'applique aux enfans, par cela même que chez eux l'opération de la taille offre moins de gravité, et par suite une mortalité moins grande. Mais cette considération n'est pas la seule, et il est un reproche plus sérieux que l'on peut adresser à l'application de la lithotritie aux trop jeunes garçons, puisqu'il n'est question que d'eux en ce moment: nous voulons parler de la facilité avec laquelle les fragmens s'arrêtent dans le canal de l'urètre. M. Guersant a signalé l'un des premiers ce fait capital, qui peut entraîner les suites les plus graves et déterminer la mort. Cherchant dans l'anatomie l'explication de ce fait, M. Guersant a reconnu que l'arrêt des graviers dans l'urètre arrivait par suite de la grande extensibilité du col vésical, dépendante elle-même en grande partie du peu de développement de la prostate, extensibilité qui permet à de trop gros graviers de s'y engager, graviers dont les diamètres ne sont pas en rapport avec celui de l'urètre; d'où il résulte qu'ils se trouvent arrêtés après avoir cheminé plus ou moins loin.

Mais dans le cas qui nous occupe on n'avait rien à craindre de tout cela, attendu qu'il s'agissait d'une petite fille et que, par conséquent, le canal de l'urètre se présentait dans des conditions on ne peut pas plus favorables à l'application de la lithotritie. Aussi est ce à cette opération que M. Guersant a donné la préférence.

Le traitement préparatoire a consisté dans l'usage de quelques bains et dans la dilatation du canal, qui admettait lors de la première séance (21 octobre) une sonde de 8 millimètres de diamètre, c'est-à-dire un peu plus notable que celui de l'instrument dont on devait faire usage.

Un des inconvéniens que présente la lithotritie chez les petites filles, d'ailleurs comme chez les femmes, c'est l'impossibilité de maintenir la vessie distendue par un liquide, l'urètre ne pouvant pas être comprimé chez elles. Il en résulte que l'on est obligé d'agir à vide, circonstance que M. Ségalas considère comme favorable.

21 octobre. — *Première séance.* — Au bout de deux minutes et demie, on saisit le calcul, qui marque sur l'instrument 30 millimètres d'écartement. Bientôt il s'échappe d'entre les branches, de même qu'une deuxième fois, ayant marqué alors un moindre écartement.

Au bout de sept minutes on le saisit pour la troisième fois. On est obligé d'appliquer l'étau et de frapper quatre petits coups de marteau: le calcul éclate. Deux fragmens les plus volumineux sont ensuite réduits par percussion, après quoi on introduit dans la vessie une large sonde à double courant, pour y pousser deux injections qui reviennent sanguinolentes et charrient des débris lithiques.

La séance a duré onze minutes.

On prescrit un bain de suite, et pour boisson dans la journée, émulsion simple et lin. Bouillon et potage.

Du 21 au 27 octobre, la petite fille rend beaucoup de fragmens que l'on recueille avec soin. Mais quoi qu'on fasse, chez les petites filles, il y a toujours une partie des débris de perdue, c'est celle que les urines charrient lorsqu'elles vont à la garderobe, et qui se mélange aux matières fécales. On ne peut donc l'évaluer qu'approximativement. La sortie des fragmens a déterminé un peu de douleur, mais une douleur supportable. On n'a remarqué rien d'analogue à l'arrêt des fragmens dans l'urètre, qui arrive chez les garçons et dont nous avons déjà fait mention. Les résultats de la séance ont été très fructueux. Beaucoup de débris ont été expulsés.

Au reste, pas d'accidens graves: dans les deux jours seulement qui ont suivi l'opération, la petite fille a accusé un peu de sensibilité au bas-ventre, mais sans gonflement de cette région et sans réaction générale.

28 octobre. — *Deuxième séance.* — Au bout de deux minutes, on saisit avec un écartement de dix-huit millimètres; ensuite on saisit plusieurs fragmens, qui sont écrasés par simple pression. La séance dure six minutes, et est terminée par des injections avec la sonde à double courant, et de même que cela avait été pratiqué à la fin de la première séance.

Du 28 octobre au 3 novembre, il ne survient pas d'accidens. Beaucoup de détritus sont perdus avec les selles.

Les 1er, 2 et 3 novembre, elle cesse entièrement de souffrir, ce qui fait présumer qu'elle est tout à fait débarrassée de son calcul, ayant d'ailleurs cessé de rendre des fragmens.

4 novembre. — *Troisième séance.* — L'exploration faite avec l'instrument lithotriteur, fait reconnaître la présence de plusieurs fragmens. On en saisit cinq qui sont successivement écrasés. La séance dure cinq minutes; on la termine par les injections d'usage.

Du 4 au 10 novembre, il ne survient pas d'accidens graves; seulement deux graviers s'arrêtent dans le canal, dont l'un a été extrait facilement par M. Guersant à l'aide d'une pince à anneaux, et l'autre l'a été par la petite malade elle-même.

Nous devons dire cependant, qu'au milieu de ces conditions il est survenu des phénomènes fébriles avec une sorte de périodicité, mais sans régularité dans les stades. L'interne du service, M. Tavignot, n'a constaté que de la chaleur, mais pas de frisson ni de sueur. Néanmoins, dit M. Guersant, nous sommes décidé à attaquer cette pyrexie intermittente avec le sulfate de quinine. Ceci ne nous empêchera pas cependant d'en finir avec le calcul, et de faire aujourd'hui une nouvelle séance, qui sera la quatrième et peut-être la dernière.

11 novembre. — *Quatrième séance.* — On saisit trois fois et avec fort peu d'écartement (2 ou 3 millimètres). La séance dure six minutes.

Du 11 au 17 novembre, il ne survient pas d'accidens; la fièvre quotidienne cesse sous l'influence du sulfate de quinine. Des débris lithiques sont encore charriés par les urines, qui continuent à être catarrhales.

18 novembre. — *Cinquième et dernière séance.* — La séance dure cinq minutes; on écrase deux petits fragmens seulement. Les injections, pratiquées au moyen de la sonde à double courant, charrient des petits fragmens et du sable.

Du 18 au 25 novembre, les urines deviennent parfaitement limpides, et la petite fille cesse entièrement de souffrir.

Ainsi, dit M. Guersant en terminant l'histoire de cette petite malade, malgré l'irritabilité extrême de cette enfant, dont l'intelligence est d'ailleurs très développée, nous avons été très heureux, et c'est un succès bien complet que nous avons à enregistrer. Selon nos prévisions, nous n'avons eu à combattre aucune de ces complications qui sont si redoutables et si fréquentes chez les garçons, et principalement l'arrêt des graviers dans le canal. Nous avons dit pour quels motifs cet accident est si fréquent chez les garçons, surtout au-dessous de dix ans, et nous avons signalé la part qu'y prennent l'extensibilité extrême du col vésical, et le peu de développement de la prostate qui, chez eux, est à l'état rudimentaire.

Chez les petites filles, les fragmens s'engagent aussi facilement dans l'urètre que chez les garçons; mais chez elles ils parcourent d'autant plus facilement ce canal qu'il est plus court et plus large; aussi a-t-on rarement occasion d'avoir recours à leur extraction, qui, dans tous les cas, est facile. Nous en avons eu la preuve dans ce cas: deux fragmens seulement se sont arrêtés dans l'urètre, d'où la petite malade a pu elle-même en extraire un avec ses doigts, et l'autre a été aisément extrait par nous à l'aide d'une simple pince à anneaux.

Les manœuvres ont été généralement faciles, ainsi que nous l'avions annoncé; et cela, grâce encore au peu d'étendue du canal. Nous devons avouer également que, quoique nous ayons presque continuellement manœuvré à vide, nous n'avons néanmoins pas rencontré les difficultés auxquelles nous nous attendions.

Vous n'êtes pas sans savoir que la pierre est une affection aussi rare chez les petites filles qu'elle est fréquente chez les garçons.

Pour vous donner une idée exacte de cette rareté, je vous dirai qu'à l'hôpital des Enfans, et pendant les derniers vingt-cinq ou trente ans, on n'a observé la pierre chez les petites filles que quatre ou cinq fois seulement, tandis que tous les ans on reçoit dix à douze garçons atteints de la même maladie. Il ne faut pas attribuer cette rareté de l'affection calculeuse, chez les petites filles, au défaut de diathèse calculeuse, qui probablement existe plus fréquemment chez elles qu'on ne le pense généralement; mais apparemment cela tient encore aux dispositions anatomiques de l'urètre, qui, étant plus court et plus large, laisse plus facilement échapper inaperçus avec les urines les calculs à l'état rudimentaire. K...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement ténifuge de la clinique de Vienne.

Le professeur de clinique de Vienne, M. le docteur Warwruch, a, depuis vingt ans qu'il a commencé à pratiquer la médecine, guéri deux cent-six sujets du tœnia; et, à quelques légères modifications près, il a eu recours dans ces cas au traitement suivant:

Les individus sont mis d'abord à l'usage d'une boisson relâchante, avec addition d'une petite dose d'un purgatif salin; puis, pendant trois, quatre et même cinq jours, ils sont soumis à un régime diététique sévère, consistant seulement en trois soupes claires pour vingt-quatre heures. Là commence le traitement proprement dit: le malade prend une soupe grasse non salée, puis, trois heures après, un lavement ordinaire. Le lendemain on administre une ou deux cuillerées d'huile de ricin dans un peu de bouillon, et une heure plus tard, deux à six grammes (trente-six grains à un gros et demi) de poudre récente de racine de fougère mâle. Deux heures après, on réitère l'administration successive de ces deux médicamens; on est même parfois obligé d'y revenir encore une troisième fois. Un point qu'il ne faut pas oublier de noter ici, c'est qu'après chaque ingestion d'une dose d'huile et de poudre il doit être donné un lavement de lait et d'huile, dans l'intention d'appeler le tœnia dans le gros intestin.

Souvent ces anthelmintiques suffisent pour provoquer l'expulsion du ver; mais comme cet effet n'est pas produit constamment, alors M. Wawruch recourt, suivant le besoin du moment, à l'emploi d'un mélange drastique composé de gomme gutte, de calomel et de sucre, associés à parties égales, et il en fait prendre d'un à quatre décigrammes (deux à huit grains) selon les cas. Une seule dose est le plus ordinairement suffisante, mais quelquefois aussi il devient indispensable d'en faire prendre deux, trois et même quatre. Dans certaines circonstances où nul effet cathartique n'avait été produit malgré l'ingestion de fortes doses de cette préparation drastique, l'administration d'une petite quantité de boissons laxatives, préparée par la solution de sulfate de soude dans de l'eau, a suffi pour faire obtenir l'effet attendu.

Apprécions maintenant les résultats de ce mode de traitement, mais en nous bornant à des résultats numériques, et il n'en faudra pas davantage pour faire ressortir toute l'importance pratique de la méthode suivie par le clinicien de Vienne. Sur 17 des 206 malades, on ne fit aucun traitement, et il devint d'absolue nécessité de le suspendre dès le principe chez 19 autres. Sur les 170 restant, 151 ont obtenu une guérison complète. L'expulsion du ver a eu lieu à des périodes très différentes: ainsi, chez 8 des sujets, le traitement diététique préparatoire a suffi pour la déterminer; chez 13 autres, elle a été opérée par les anthelmintiques; chez 11, par la première administration du drastique; chez 14, par la seconde dose de ce mélange, et chez 15, par l'ingestion de la troisième dose. Le plus communément cette expulsion a eu lieu entre la première et la douzième heure après la dernière prise de drastique; dans certains cas, au contraire, elle n'est arrivée qu'après le deuxième, le troisième, et même le quatrième jour. M. Wawruch croit d'ailleurs que le succès est plus assuré par un temps chaud et sec que dans une saison froide et pluvieuse. Quoi qu'il en soit à cet égard, il faut se rappeler qu'à la suite de ce traitement il convient de prescrire l'usage des moyens émolliens pour combattre l'irritation déterminée par les drastiques ingérés.

Efficacité de l'iodure de potassium contre des accidens syphilitiques tertiaires.

M. M..., âgé de quarante-deux ans, d'une structure athlétique, avait été atteint, il y a environ une dizaine d'années, d'accidens syphilitiques primitifs qui avaient cédé sous l'influence des moyens ordinaires. Parfaitement rassuré sur son état, il avait joui de la plus brillante santé jusqu'au printemps de 1840. A cette époque, vers le 15 mai, il éprouva, sans causes connues, quelques douleurs de gorge dont il ne se préoccupa point, et qui, à la fin du mois, se trouvèrent sensiblement augmentées. Deux semaines après, le mal s'aggravant toujours, des tisanes émollientes furent employées. Au bout d'un mois, la douleur devenant de plus en plus intense, le malade s'examina pour la première fois devant une glace, et fut tout surpris en s'apercevant qu'une vive inflammation avait envahi l'isthme du gosier; les amygdales, la luette, le voile du palais étaient rouges, tuméfiés et sillonnés d'ulcérations. Trois médecins, consultés successivement, firent employer sans aucun succès le traitement antiphlogistique, la tisane sudorifique, la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, et avec le collyre de Lanfranc, les frictions sur la langue avec le muriate d'or, etc. Enfin, le 9 mars 1841, M. M... alla consulter M. le docteur G.-V. Lafargue, de Saint-Emilion. Voici quel était alors son état.

Au premier coup-d'œil, la taille élevée du sujet, sa maigreur squelettique, son teint pâle, ses pommettes proéminentes, un certain degré d'oppression, une sorte de toux et une expectoration non interrompue, auraient pu faire soupçonner l'existence d'une affection organique des poumons: mais les circonstances antécédentes et les autres symptômes ne permettaient pas l'admission de cette supposition. L'arrière-bouche était criblée d'ulcérations, les unes profondes, les autres superficielles, mais toutes confluentes et taillées à pic; elles avaient envahi les amygdales, les piliers et le voile du palais, la luette et toute la paroi postérieure du pharynx à laquelle le pilier droit se trouvait adhérent par un tissu cellulaire de nouvelle formation; un mucus abondant, épais, d'un gris sale, recouvrait sordidement ces espèces d'alvéoles ulcéreuses qui n'étaient rouges que sur leur rebord saillant; ce muco-pus fluait sans cesse, nuit et jour, et à chaque seconde, de l'arrière-bouche par un mouvement d'expuition qui fatiguait beaucoup le malade. Une odeur des plus désagréables, et comme de salivation mercurielle, s'exhalait de ce cloaque buccal, et l'air ambiant en était si vite imprégné, qu'il devenait bientôt indispensable de le renouveler. Le sommeil était rendu impossible par l'écoulement incessant de ce muco-pus. La déglutition était devenue un des plus grands tourmens du malade qui, dévoré par la faim; ne pouvait parvenir à avaler quelques parcelles d'alimens solides ou liquides qu'au prix de vives douleurs et d'efforts inouis. S'il s'agissait, par exemple, de boire, la première gorgée passait, parfois aussi la seconde, mais c'était là tout; le reste rejaillissait par les fosses nasales. Il en était de même pour les alimens solides; le voile du palais ne fonctionnait pas dans l'acte de la déglutition, en raison de son union vicieuse avec la paroi postérieure du pharynx, et de là le reflux des substances alimentaires par les fosses nasales. Du reste, les poumons fonctionnaient avec régularité, et l'amaigrissement n'était évidemment qu'un résultat de l'insuffisance de l'alimentation et du défaut de sommeil.

M. Lafargue prescrivit aussitôt la potion suivante empruntée à la pratique de M. Ricord:

Pr. Iodure de potassium, 50 centigrammes.
Eau distillée, 90 grammes.
Sirop de pavot blanc, 30 id.
M. et F. diss. S. A.

Cette potion fut prise en trois fois dans la journée, dans un verre de décoction de salsepareille, et tous les cinq jours la dose de l'iodure fut augmentée de 50 centigrammes (10 grains).

A ce moyen, M. Lafargue adjoignit l'usage de la potion antiptyalique de Kluga, composée comme il suit:

Pr. Iode, 25 centigrammes.
Alcool rectifié, 8 grammes.
Faites dissoudre et ajoutez:
Hydrolate de cannelle, 75 grammes.
Sirop simple, 45 id.

A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café toutes les demi-heures, sans aucun excipient.

Ce traitement fut commencé le 10 mars, et pendant les quatre premiers jours de son emploi, le mal de gorge et la difficulté de la déglutition devinrent un peu plus forts qu'auparavant ; toutefois, l'expuition muco-purulente ayant été un peu moindre, il y eut un peu de sommeil, et les ulcérations pharyngiennes se modifièrent visiblement ; mais à partir du 14, il put avaler sans douleur et manger à son appétit sans régurgitation nasale, ce qui n'avait pas eu lieu depuis plus de six mois. La salivation disparut en entier, ainsi que l'extrême fétidité de l'expuition ; le sommeil revint comme autrefois, et tout cela eut, pour ainsi dire, l'instantanéité du miracle ; car huit jours plus tard M. M... n'était plus reconnaissable : l'embonpoint renaissait, les ulcérations de la gorge étaient cicatrisées, l'adhésion du pilier droit palatin au fond du pharynx s'était relâchée. Le traitement fut continué dans toute sa rigueur pendant deux mois ; mais lorsqu'on fut arrivé à 15 décigrammes (30 grains) d'iodure de potassium par jour, cette dose ne fut pas dépassée. Cette guérison s'est parfaitement soutenue, et aujourd'hui, M. M... se trouve aussi dispos, aussi fort, aussi robuste qu'à aucune époque de sa vie. (*Bull. gén. de thér.*, nov. 1841.)

Sur le vinaigre cantharidé; par M. Donovan.

M. Redwood a récemment publié, dans les *Pharmaceutical Transactions*, un travail important sur les applications vésicantes, et en particulier sur le vinaigre de cantharides. On se plaint souvent, dit-il, de l'incertitude des effets de cette préparation, et quelquefois même de son défaut absolu d'action. Ce vinaigre, préparé dans les meilleures officines, et en suivant religieusement la formule de la Pharmacopée, se montre généralement, par rapport à l'énergie de son action, au-dessous de l'idée que l'on pourrait s'en faire, si l'on n'avait égard qu'à sa réputation d'être un vésicant rapide et presque instantané ; aussi, fait-il souvent défaut au praticien.

M. Redwood pense que l'acide acétique seul agit dans ce médicament, et que les cantharides restent sans produire d'effets ; il appuie son opinion sur les résultats obtenus par lui dans les expériences suivantes. Il s'est procuré divers échantillons de ce vinaigre, dans plusieurs pharmacies de Londres, et il les a essayés comparativement.

Une portion de chacun d'eux a été évaporée en consistance d'extrait, et le résidu a été lavé avec un peu d'eau pure ou légèrement alcoolisée pour entraîner ou saturer ce qui pouvait rester encore d'acide acétique. Ces résidus ont alors été appliqués à la surface du corps pendant quelques heures, mais sans y produire aucun effet.

Une autre portion de vinaigre cantharidé fut additionnée d'une égale quantité d'éther, et le mélange fut agité de temps en temps. Après douze heures de contact, l'éther fut séparé avec soin par décantation, puis abandonné à l'évaporation spontanée ; et le résidu de cette évaporation ayant été ensuite étendu de quelques gouttes d'huile, fut appliqué sur la peau pendant un laps de douze heures sans qu'il en soit résulté aucune action.

Ces essais, qui furent répétés à plusieurs reprises et toujours avec un semblable résultat, paraissent indiquer que l'acide acétique, au degré où il est prescrit par la Pharmacopée, n'est pas apte à dissoudre la cantharidine. Dans le but de s'éclairer sur ce point, il prépara un peu de cantharidine d'après le procédé de Robiquet, et cette substance fut trouvée complétement insoluble dans l'acide acétique. Comme contre-épreuve, il prit le résidu de la préparation du vinaigre cantharidé, et le fit digérer dans de l'éther, la solution éthérée ayant été soumise ensuite à l'évaporation, il obtint pour résidu une huile verte qui, appliquée sur la peau, y détermina, dans l'espace de quinze minutes, la formation d'une phlyctène. Il est donc évident que l'acide acétique n'est pas un menstrue convenable pour l'extraction du principe âcre des insectes vésicans, et que, dans les cas où le vinaigre cantharidé agit en produisant la vésication, cet effet ne doit en aucune manière être attribué aux cantharides.

Les déductions à tirer de ces expériences, c'est que dans la préparation du vinaigre de cantharides, les principes inertes que contiennent ces coléoptères sont seuls dissous par l'excipient, et que le principe véritablement actif reste dans le résidu avec lequel il est rejeté. C'est donc seulement l'acide acétique qui peut agir comme épispastique dans ce médicament ; et si l'on considère que cet acide n'est prescrit par les Pharmacopées que dans un état de médiocre concentration, il ne sera pas difficile de comprendre comment il arrive que, bien que la proportion des cantharides employées pour la préparation des divers échantillons soit toujours la même, le pouvoir vésicant soit différent. En effet, l'acide acétique dont on se sert est quelquefois trop faible pour agir sur les sujets qui sont doués de peu de sensibilité ; et même, quelqu'exactement proportionné que puisse être le degré d'activité du liquide vésicant avec le degré de sensibilité de la peau, tel vinaigre cantharidé qui agit bien aujourd'hui, pourra demain, sous l'influence d'une légère différence dans l'état du sujet, se montrer tout à fait inerte. M. Donovan, parmi plusieurs cas de ce genre, en a observé deux qui sont surtout remarquables. Il avait préparé du vinaigre cantharidé suivant la formule de la Pharmacopée de Dublin ; il en donna une certaine quantité au docteur Croker, qui en fit l'application sur la tête d'un malade et en obtint l'effet désiré ; quelques semaines plus tard, une nouvelle application de ce même vinaigre ayant été faite sur la tête du même sujet, resta tout à fait sans action.

Une autre portion du même médicament fut appliquée sur l'épaule d'une dame, sur la prescription de M. le docteur J. Moore Neligan, et agit parfaitement ; mais, huit ou quinze jours plus tard, une seconde application, plus forte que la première, ayant été pratiquée à quelques pouces au-dessous du point où celle-ci l'avait été, il n'y eut plus d'effet produit. M. Donovan, qui fut instruit de cet insuccès, fit digérer le même vinaigre cantharidé sur une nouvelle quantité de cantharides égale à celle qui avait déjà été employée, et, après la filtration, l'application fut réitérée sur la même surface, mais sans réussir mieux que la fois précédente. Ces essais, tous faits avec le même médicament, sont vraiment dignes d'attention, et tendent à prouver que le succès de cette préparation dépend autant de l'état du malade que de l'efficacité du vésicant.

La malade dont il vient d'être question paraissant exiger un médicament plus actif, M. Donovan prépara du vinaigre cantharidé d'après la formule de la Pharmacopée d'Edimbourg, en se servant d'un acide encore plus concentré que celui qui y est indiqué. Le liquide obtenu, ayant été appliqué sur l'épaule, de la même manière que précédemment, exerça une action des plus énergiques, et détermina la vésication dans un court espace de temps.

La plus grande efficacité de ce liquide vésicant doit-elle être rapportée à la force plus grande de l'acide acétique aidée de la puissance active de l'euphorbe, ou l'acide plus concentré serait-il plus capable de dissoudre la cantharidine ? Cette dernière supposition n'est guère admissible ; car, l'acide employé par M. Redwood dans le cours de ses expériences, plut faible, à la vérité, que celui dont s'est servi M. Donovan, n'exerça aucune action dissolvante sur le principe actif des cantharides : or, un léger accroissement dans son degré de concentration ne pourrait influer sur sa puissance dissolvante à ce point de produire un grand effet sur la peau d'une personne peu sensible à son action.

Les essais de M. Redwood sont importans. En effet, ils font connaître au médecin la nécessité de ne pas compter sur ce médicament dans des cas urgens ; de plus, ils doivent épargner au pharmacien un blâme qu'il ne mérite point, lorsque le praticien se voit trompé dans son attente.

(*Dublin medical Press*, novembre 1831.)

La Société phrénologique de Paris vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1842. Ont été nommés : Président, M. Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine ; vice-présidens, M. C. Broussais, professeur-agrégé à la Faculté de Paris, et le docteur Dannecy ; secrétaire-général, le docteur Marchal ; les docteurs Lecouteulx, trésorier ; Bourjeot-Saint-Hilaire et Poyer, secrétaires des procès-verbaux ; Dumoutier, archiviste-conservateur. Comité des fonds : MM. Sorlin, Cellier et Dagama Machado.

M. le docteur Canquoin, par l'organe de M. le docteur Millardet, son collaborateur, vient de faire lire à l'Académie royale des Sciences, un Mémoire sur les heureux résultats qu'il obtient depuis quatorze ans dans les engorgemens glanduleux et les maladies cancéreuses des seins, et pour toutes tumeurs en général, par sa méthode de traitement, qui, pour tous les cas, sans exception, exclut l'emploi de l'instrument tranchant.

Ayant voulu confirmer par de nouveaux faits, encore plus péremptoires que les 126 observations qu'il a citées en 1838, dans l'ouvrage qu'il a dédié à cette Société savante (1), il a mis à sa disposition plusieurs tumeurs dont quelques-unes offrent le volume de la tête d'un enfant, et qui, en une ou deux séances de très courte durée, se sont détachées sans aucuns des accidens qui accompagnent si souvent l'ablation par le fer.

Plusieurs médecins renommés dans Paris, parmi lesquels nous citerons M. le docteur Cayol, ont été plusieurs fois témoins des succès vraiment extraordinaires obtenus par M. le docteur Canquoin, dans des cas présentant la plus grande gravité, et sur des sujets affaiblis par l'âge ou par la durée de la maladie. Ces faits sont confirmatifs de ceux que M. Canquoin a présentés à l'Académie des Sciences.

Du reste, M. le docteur Canquoin fait un appel à tous ceux de ses confrères qui, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, seraient désireux d'apprécier ces résultats ; ils pourront se présenter chez lui tous les jours, de midi à deux heures, rue du Faubourg-Montmartre, 8.

Voir les comptes-rendus de l'Académie royale des Sciences (section de chirurgie), séance du 6 décembre 1841.

(1) Traitement du cancer et des maladies de matrice sans instrument tranchant, ouvrage dédié à l'Académie des sciences. Un volume in-8° de 500 pages. Prix, 8 fr. 50 cent. A Paris, chez l'auteur, rue du faubourg Montmartre, 8.

MARDI 28 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 155, TOME 3. — 2e SÉRIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

A partir du mois de janvier prochain, une nouvelle et importante amélioration sera faite dans la publication du Journal. Aux numéros qui paraîtront vers le 1er et le 15 de chaque mois, sera joint un supplément de quatre pages, ayant le format et l'étendue d'un numéro ordinaire. Ces deux numéros supplémentaires, composés chacun de 12 colonnes, en tout 24 colonnes par mois, contiendront la matière de 10 feuilles environ (160 pages) d'impression des in-8° ordinaires, et seront exclusivement consacrés à la revue analytique et complète de tous les journaux de médecine français et étrangers. Ainsi, dans le courant de l'année, sans empiéter en aucune manière sur les colonnes habituelles du Journal, il sera consacré à ce travail d'un si haut intérêt pratique, la valeur de 120 feuilles d'impression, ce qui équivaut à 4 volumes in-8°. C'est assez pour être complet, et pour qu'il n'échappe rien d'essentiel et d'utile. Outre les deux supplémens mensuels réguliers, toutes les fois que l'intérêt de la science l'exigera, il sera donné des supplémens plus ou moins étendus. Le prix du Journal restera le même.

Le premier numéro supplémentaire paraîtra le 1er janvier prochain.

Sommaire.

HOPITAUX. — DE LA PITIÉ (M. Lisfranc). Hernie inguinale étranglée. Réduction. Règles et indications du taxis. — DE LA CHARITÉ (M. Bouillaud). Mélange d'hémorrhagie cérébrale et de ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau ; cas très grave ; autopsie. Entéro-mésentérite mal traitée, arrivée à la deuxième période ; cas grave. — MAISON DE MÉDECINE OPÉRATOIRE. Lithotritie chez un homme de 57 ans ; calcul d'acide urique très dur, de la grosseur d'une noix ; état laiteux de la langue ; guérison, par M. Civiale. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. Efficacité du cautère actuel dans le traitement de la pustule maligne. Sur la préparation de l'extrait de gayac. De l'action chimique des sels les uns sur les autres, envisagée sous le rapport de l'art de formuler. — Nouvelles. — FEUILLETON. Des crises dans les maladies. — Lettre de M. Cornac sur une mesure du conseil d'administration de l'Académie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LISFRANC.

Hernie inguinale étranglée. Réduction. Règles et indications du taxis.

Au n° 7 de la salle Saint-Antoine est entré un malade portant une hernie inguinale récemment étranglée, et éprouvant les symptômes suivans : vomissemens répétés avec de grands efforts spasmodiques, constipation opiniâtre, douleurs vives dans le siége de la hernie ; irréductibilité de la tumeur qui auparavant était réductible. On a pratiqué dès l'entrée du malade dans les salles des tentatives de réduction qui ont été sans résultat. Pendant la visite, M. Lisfranc a fait de nouvelles tentatives, et il a été assez heureux pour réduire la tumeur. Tous les symptômes d'étranglement ont cessé aussitôt. On a appliqué le spica de l'aîne. Quelques jours après le malade est sorti guéri.

M. Lisfranc s'est livré à l'occasion de ce malade aux considérations suivantes sur l'importance du taxis.

On a beaucoup attaqué, dit-il, la pratique du taxis. Boyer lui-même dit qu'il vaut mieux avoir recours de suite au débridement dès la manifestation des premiers symptômes d'étranglement inflammatoire, que de persister dans des tentatives de réduction qui pourraient être infructueuses. Beaucoup de chirurgiens aujourd'hui se conformant au précepte de Boyer, ont hâte d'opérer avant d'avoir préalablement épuisé les autres moyens de réduction. Desault et Astley Cooper professent une opinion contraire, et c'est à leur avis que nous nous rangeons. Pour nous, le taxis est la règle générale, et l'opération l'exception. Nous basons notre conduite à cet égard sur les résultats statistiques qui démontrent dans quelle effrayante proportion la mortalité l'emporte sur le succès à la suite de cette opération. D'après la statistique des opérations de hernies étranglées pratiquées dans les hôpitaux de Paris dans une période de cinq années, dressée par M. Malgaigne, la mortalité est de 3 sur 5 environ pour les sujets adultes, et de 3 sur 4 pour les vieillards. On a objecté contre la valeur de ces chiffres que les insuccès tenaient en général à ce qu'on opérait trop tard, et que lorsqu'on opère de bonne heure, c'est-à-dire dès que se manifestent les premiers accidens inflammatoires, les chances de mortalité sont beaucoup moins grandes. Sans doute les résultats sont moins souvent funestes en opérant de bonne heure, mais encore l'opération, même dans ces conditions meilleures, offre-t-elle de trop nombreuses chances de mort. Nous pensons donc qu'on ne saurait trop s'exercer à la manœuvre du taxis et s'habituer de bonne heure à s'entourer de toutes les précautions qui peuvent en assurer le succès. Mais il y a des règles auxquelles on doit se conformer pour la manière de pratiquer le taxis, pour les indications et les contre-indications qu'il présente.

Lorsque les accidens d'étranglement ont été violens et qu'ils viennent à cesser spontanément, tout-à-coup, ne tentez pas la réduction, parce que l'intestin est déjà frappé de gangrène. Mais les choses se passent-elles toujours ainsi, et les symptômes de gangrène se manifestent-ils toujours avec des caractères aussi tranchés ? Non. Il peut arriver que les symptômes d'étranglement persistent, qu'il n'existe aucun symptôme appréciable de gangrène, et cependant si vous réduisez, il survient un épanchement de matières stercorales dans l'abdomen bientôt suivi de mort. Il m'est arrivé deux fois le malheur suivant : deux malades portant une hernie étranglée avec symptômes inflammatoires, étaient arrivés au quatrième jour de l'étranglement sans qu'il se fût manifesté le moindre symptôme local de gangrène ; je fais des efforts de réduction, je réduis, et la mort vient démontrer chez ces deux sujets l'existence d'une péritonite aiguë produite par un épanchement de matières stercorales. Depuis cette époque, j'ai toujours conseillé, quand une hernie étranglée par inflammation existe depuis quatre jours, qu'il se soit manifesté ou non des symptômes de gangrène, de ne point tenter la réduction, parce que si vous réussissez, vous pouvez bien réduire un intestin sain encore, mais vous pouvez aussi réduire un intestin gangrené, et il n'existe point de signe certain qui puisse vous aider à distinguer ces deux cas.

Dans de pareilles circonstances, faites l'opération, car dans le doute où vous êtes sur la possibilité d'une gangrène déjà existante, vous pourriez donner lieu à un épanchement mortel. Telle est ma conviction sur l'opportunité du taxis et de l'opération.

Mais il existe relativement à la gangrène des hernies des faits bien plus extraordinaires. Une femme entre à la salle Saint-Augustin avec une hernie étranglée ; les symptômes d'étranglement sont très peu intenses ; l'étranglement était récent ; je tente la réduction, elle se fait avec une grande facilité. Tous les symptômes d'étranglement cessent aussitôt ; les selles ont lieu d'une manière normale ; puis, le lendemain, survient une tumeur dans la région inguinale qui avait été le siége de la hernie. On applique des sangsues, des cataplasmes émolliens ; la tumeur augmente. Je pensais que ce pouvait être un abcès développé autour du sac ; on continue les applications émollientes. Quelques jours après, la tumeur avait augmenté de volume, et il existait une traînée bleuâtre qui s'étendait depuis le pli interne de l'aine jusqu'à l'épine iliaque supérieure. La pression faisait sentir de la crépitation ; j'attribuai cette crépitation au développement d'une petite quantité de gaz dans l'abcès, et peut-être à une gangrène locale limitée. Vient enfin le moment d'ouvrir la tumeur. J'ouvre près de l'épine iliaque, il sort des matières fétides ; je reste encore dans le doute. Le lendemain, les alimens qu'avait pris la malade sortent par la plaie.

Une autre femme arrive l'année dernière dans le même état. Je réduis une petite portion de la tumeur ; les symptômes d'étranglement cessent : je fais comprimer. Il se passe ainsi dix jours sans qu'ils se présente rien d'insolite. Au bout de ce temps survient une tumeur dans l'aine, avec coloration bleuâtre de la peau ; je ne l'ouvre point, je la laisse s'ouvrir d'elle-même, et il en sort des matières fécales.

Je ne chercherai pas à vous donner l'explication de ces deux faits. Les cas de ce genre sont heureusement fort rares ; mais les cas où la gangrène a lieu au quatrième jour de l'étranglement sont assez communs. Il est donc important que vous soyez prévenus de cette circonstance ; au-delà de ce terme, ne tentez jamais la réduction.

Il est des cas où la tumeur herniaire est dure comme du silex, le collet du sac est extrêmement étroit ; on n'obtient pas le moindre affaissement. Dans ce cas, n'insistez pas plus

FEUILLETON.

DES CRISES DANS LES MALADIES.

La doctrine des crises joue un très grand rôle dans les écrits des anciens. Evidemment ils en ont exagéré l'importance et la fréquence : mais n'est-on pas tombé dans un excès contraire de nos jours ? Les cliniciens modernes ont presque entièrement négligé ce sujet de recherches, et il est même vrai de dire qu'un très petit nombre de médecins ont une idée exacte des opinions des anciens à cet égard. A côté de graves erreurs il s'y trouve cependant une portion de vérités utiles à connaître, et il répugne tout d'abord d'admettre que tout n'ait été que déception dans l'observation d'esprits aussi éminens qu'Hippocrate, Galien, Fr. Hoffmann, Boerhaave, Stahl, Baglivi, qui s'écriait que la doctrine des crises était admirable en théorie, admirable en pratique. Il nous semble donc intéressant d'examiner cette doctrine telle que l'entendaient les anciens, et d'en extraire les vérités pratiques qui en découlent.

Les premiers fondemens de la doctrine des crises se trouvent dans les ouvrages d'Hippocrate. Dans le langage hippocratique, le mot crise signifie deux choses : ou *jugement* de la maladie, c'est-à-dire phénomènes après la manifestation desquels la maladie suit inévitablement une marche heureuse ou fatale, ou bien *séparation*, élimination d'un principe morbifique qui entravait l'exercice de la santé. On retrouve là l'idée favorite d'Hippocrate qui considérait la maladie comme une lutte avec la nature qui tendait à s'en débarrasser. Le mot *crise* a donc plusieurs significations pour Hippocrate ; c'est tantôt un changement quelconque survenu dans une maladie, c'est tantôt la solution même de la maladie, tantôt enfin cette solution accompagnée de quelque excrétion remarquable.

Mais c'est dans Galien surtout que la doctrine antique des crises est exposée avec détails. Pour lui, la crise est un mouvement subit accompagné de trouble qui décide de la mort ou de la guérison du malade. Il range d'ailleurs en plusieurs classes les phénomènes critiques. Dans la première, phénomènes critiques constitués par des hémorrhagies ; dans la deuxième, par des excrétions abondantes : ainsi il admet des crises par les sueurs, par les urines, par les vomissemens, par la salive, etc. ; dans la troisième, par des abcès ; dans la quatrième par des éruptions cutanées. Quel que fût le phénomène critique, avant qu'il se montrât, les symptômes de la maladie s'exaspéraient, ou bien on en voyait paraître d'autres qui étaient liés à cette crise et qui la préparaient. Les malades, dit Galien, sont pris d'une vive anxiété, leur sommeil est troublé, ils ont du délire, des alternatives de chaud et de froid ; ils éprouvent des étouffemens, et ressentent des douleurs variées qui viennent se concentrer vers le point où éclatera la crise.

On pourrait peut-être trouver quelque rapport entre cette doctrine et celle des homœopathes qui prétendent que les symptômes de la maladie sont d'abord exaspérés par le remède qui doit la combattre.

Galien a été plus loin, il a cherché s'il n'y avait pas pour chaque phénomène critique en particulier un état morbide qui le précédât. Voici ce qu'il dit à ce sujet : Si le phénomène critique doit avoir lieu par une hémorrhagie nasale, le malade est pris de douleur au visage, de somnolence, de stupeur, de vertige, les yeux brillent d'un éclat extraordinaire, il pleure involontairement, il se plaint de pesanteur vers la tête et à la racine du nez, tintemens d'oreilles, gonflement des veines du cou, accélération du pouls. — Il va plus loin encore : Si l'hémorrhagie critique doit avoir lieu par la narine droite, il y a gonflement de l'hypochondre droit, et de l'hypochondre gauche si par la narine gauche.

Les phénomènes critiques doivent-ils avoir lieu par les sueurs ? Il y a suppression subite des selles ou des urines, prurit à la peau, pouls ondulant. Pour les crises arrivant par les urines, il n'y a pas de phénomènes précurseurs ; si c'est par la diarrhée, il y a des borborygmes, des douleurs lombaires, etc.

Soient différentes maladies, y a-t-il pour chacune d'elles des crises différentes, ou seront-elles les mêmes pour toutes les maladies ? La doctrine répond : Dans les fièvres essentielles, les crises ont lieu par les urines ; dans les fièvres inflammatoires, les urines ont un sédiment blanc ; dans les fièvres bilieuses, un sédiment rougeâtre. Si ces fièvres se compliquent de symptômes cérébraux, c'est par des épistaxis ou des sueurs abondantes qu'elles se jugent. Dans les affections de poitrine, c'est par des crachats et des urines. Dans les maladies de la convexité du foie, le phénomène critique est l'hémorrhagie de la narine droite ; dans les maladies de la concavité, c'est une diarrhée bilieuse. Les fièvres intermittentes étaient rapportées à une des quatre humeurs dont la doctrine a si long-temps régné. Chaque type de fièvre avait pour phénomène critique la prédominance d'une de ces humeurs.

Galien admet que ces crises peuvent varier selon les âges, les sexes, les tempéramens, les saisons, les climats, l'épidemie régnante, l'état des différens organes, la marche lente ou rapide de la maladie. Ainsi, par exemple, telle maladie qui chez un jeune homme pléthorique se terminera par épistaxis, se terminera chez un vieillard par un flux hémorrhoïdal, chez une femme par un flux menstruel.

Ces phénomènes critiques n'arrivent pas indifféremment à toutes les époques de la maladie. C'est un principe fondamental de la doctrine antique qu'il y a des jours spécialement consacrés aux crises, appelés *jours critiques* ; Galien les admet imperturbablement. Quels sont ces jours ? Ils sont communs dans les premiers jours de la maladie, plus rares en avançant. Il y a le 7e, le 14e et le 20e ; quand la crise apparaît un de ces jours, elle est heureuse. Elle l'est beaucoup moins le 9e, le 11e, le 17e ; de moins en moins bonne le 3e, le 4e, le 5e, le 6e, le 8e, le 10e. Elles sont rares le 12e et le 22e jour.

Il y a d'autres jours placés entre les précédens, qui annoncent le jour où la crise doit avoir lieu ; ce sont les jours *indicateurs*. Ainsi, le 4e jour indique s'il y aura une crise le 7e, il en annonce même la nature ; le 11e est l'indicateur du 14e, et le 17e celui du 20e.

Il y a encore des jours *intercallaires* qui peuvent remplacer les jours critiques ; mais les crises sont toujours fâcheuses ces jours-là : ce sont le 3e, le 5e, le 6e que Galien appelle *le tyran*, le 9e.

Les autres jours sont appelés *vides*, et c'est dans ces jours-là qu'il faut administrer les médicamens.

Telle est, réduite à sa plus grande simplicité, cette célèbre doctrine des crises qui a traversé les siècles, non sans trouver des contradicteurs. Asclépiade, Thémison lui firent une vive opposition ; Celse, et plus près de nous Sylvius, l'admirent avec beaucoup de restriction ; mais elle rencontra aussi d'ardens propagateurs, parmi lesquels se trouvent les médecins cités plus haut.

Les observateurs modernes n'ayant pas dirigé leurs recherches sur ce sujet, il est fort difficile d'émettre une opinion reposant sur des faits concernant la doctrine des crises. Déjà dans le dernier siècle, Bordeu avait été préoccupé de ce point et s'était demandé : « Il s'agit de savoir et de décider par l'observation s'il y a des crises dans les maladies, si elles ont des jours déterminés, ou s'il y a des jours vraiment critiques et d'autres qui ne le sont pas. » Ces questions sont encore entourées aujourd'hui des mêmes difficultés que du temps de Bordeu. Essayons cependant d'exposer ce que l'observation a appris à ce sujet.

Et d'abord y a-t-il des crises ? Y a-t-il de ces phénomènes arrivant dans le cours d'une maladie qui soient suivis d'une amélioration ou de la cessation de cette maladie ?

Pour qu'un phénomène soit dit critique, il ne faut pas qu'il coïncide seulement avec la diminution de la maladie, il faut qu'il puisse être considéré comme cause de cette diminution. Ainsi il y a beaucoup de cas où il se présente des phénomènes regardés comme critiques par les anciens et qui ne sont qu'une simple coïncidence de cette maladie, ou le fait même de la cessation de la maladie. Ainsi on ne peut regarder comme critique la sueur qui termine un accès de fièvre intermittente, les hémorrhagies survenant dans les fortes congestions, les sécrétions opaques qui suivent l'inflammation de certaines muqueuses, etc. On ne peut pas non plus considérer comme phénomène critique qu'un individu sujet à des sueurs très abondantes voie ses sueurs dis-

long-temps sur les manœuvres du taxis, vous n'obtiendriez point la réduction ; il faut opérer.

Si vous trouvez une hernie dans le sac d'une hydrocèle, ce qui est arrivé quelquefois, notamment à Lecat et à Dupuytren, il faut encore débrider.

Vous voyez qu'il y a ici, comme en toutes choses des règles et des exceptions qu'il faut connaître, et auxquelles il faut savoir se conformer. Mais lorsque les manœuvres du taxis sont indiquées, comment doit-on les pratiquer, et jusqu'où doit-on porter les tentatives de réduction? Astley Cooper disait qu'il fallait comprimer pendant une demi-heure, et même une heure; Desault faisait la même recommandation.

Je pense que lorsque le ventre est tendu et douloureux, que la tumeur est consistante et très douloureuse à la pression, que le pouls est petit et concentré, on doit essayer le taxis, mais ne point y insister s'il ne réussit pas dès l'abord. Mais si l'étranglement inflammatoire est récent, ou lors même qu'il serait déjà un peu ancien, pourvu toutefois qu'il n'eût pas dépassé le terme fixé, s'il n'existe ni douleur, ni tension considérable du ventre, et que l'inflammation paraisse légère, le taxis peut être prolongé et répété plusieurs fois; c'est dans des circonstances de ce genre que j'ai pu quelquefois prolonger les manœuvres jusques pendant une heure, sans déterminer d'accident. C'est ce que l'on appelle le *taxis forcé*, dénomination à laquelle je préfère celle de *taxis prolongé*.

Le taxis prolongé se pratique de la manière suivante :

La paroi abdominale étant maintenue dans une tension modérée, incomplète, mais non dans le relâchement, comme on le recommande à tort, on embrasse la tumeur dans toute son étendue avec les deux mains jointes et les doigts juxtà-posés, afin de ne laisser s'échapper aucune portion de la tumeur dans leur intervalle; les mains simulant ainsi, suivant la belle comparaison de J.-L. Petit, une sorte de kyste à parois charnues se contractant par tous ses points sur la tumeur d'une manière uniforme. On exerce, par ce moyen, une compression méthodique, lente et graduelle, dont le premier effet souvent est de chasser les gaz et les matières fécales contenues dans l'intestin. Quelquefois on obtient une réduction immédiate qui se fait dans ces cas-là avec un grand fracas, tout le sac herniaire et son contenu rentrant à la fois dans la cavité abdominale. Le plus souvent cette manœuvre doit être long-temps continuée; si l'on sait persévérer, on parvient quelquefois à réduire au bout d'une demi-heure, trois quarts d'heure, ou d'une heure même. Si l'on n'obtient aucun résultat par la compression, on doit chercher à réduire peu à peu, par petites portions; ce que l'on fait en embrassant la hernie avec les trois premiers doigts, à ras la paroi de l'abdomen, tandis qu'avec l'autre main on refoule les parties étranglées au-dessus de l'anneau. Chaque portion de la tumeur que l'on réduit ainsi est maintenue à mesure avec le pouce et les deux doigts suivans, pendant qu'on en va chercher une autre portion pour la réduire de la même manière.

Mais pour effectuer ce mode de réduction, il faut surtout prendre en considération la direction et le sens du trajet parcouru par le pédicule de la hernie. Pour reconnaître cette direction, il faut tendre la peau afin de faire saillir le pédicule dont on aperçoit assez bien alors la direction. Si ce moyen ne suffit pas, il faut prendre la tumeur ou la faire saisir par un aide, qui exerce sur elle des tractions en tous sens, pendant qu'on engage le malade à tousser ou à se livrer à des efforts d'expulsion. Le chirurgien, appliquant alors la main sur le pédicule, qu'il saisit et comprime avec les trois premiers doigts, placés à ras la paroi de l'abdomen, sent la direction de l'impulsion qui lui est imprimée. Ces explorations sont indispensables pour déterminer le sens dans lequel doivent être dirigés les efforts du taxis. Voici, à cet égard, quelques-unes des règles établies par M. Lisfranc.

Lorsque la hernie est directe, les efforts de réduction doivent être dirigés d'avant en arrière; si elle est oblique, la direction à imprimer aux efforts du taxis doit être celle d'une ligne qui, partant du centre de l'orifice inférieur du canal, irait passer à un pouce et demi environ en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. En général, les efforts de réduction réussiront d'autant mieux qu'on les concentrera sur le canal herniaire, et qu'on les portera dans la direction qu'affecte le pédicule.

Bien que les mêmes principes s'appliquent à la réduction des hernies crurales, les règles du taxis sont ici plus difficiles, à raison du trajet plus compliqué que parcourt l'intestin. Il est donc important, à cet égard, de bien déterminer les dispositions du canal crural, le siége et la direction que peuvent affecter les hernies auxquelles ce canal donne passage.

Le canal crural est étendu de la fossette péritonéale, où il prend son origine, à l'ouverture aponévrotique qui donne passage à la veine saphène interne. La hernie crurale, lorsqu'elle a acquis un certain volume, se porte en avant et en haut, recouvrant une partie du ligament de Fallope, et se dirige en dehors, le long de ce ligament, c'est-à-dire vers le points où elle trouve le moins de résistance. On ne doit, en général, lorsqu'on pratique le taxis, prendre en considération que la partie du conduit placée dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen. Voici quelle est la règle à l'aide de laquelle on peut reconnaître le siége de l'extrémité inférieure de la portion du canal crural située dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

On fait partir de l'épine des pubis une ligne transversale d'un pouce d'étendue chez l'homme, et d'un pouce et deux ou trois lignes chez la femme. L'extrémité externe de cette ligne reposera sur le centre du canal crural. Ce canal suit la direction d'une ligne qui, partant du centre de son orifice inférieur, va passer à un pouce et demi en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du même côté. Le trajet du canal ainsi déterminé, donne la direction dans laquelle devront être faits les efforts de réduction.

Quant à la position que doit prendre le chirurgien pour réduire une hernie crurale ou une hernie inguinale externe, les auteurs recommandent, en général, de se placer au dehors ou au-dessous du bassin. M. Lisfranc aime mieux se placer audessus et en dehors du bassin, de manière à attirer la hernie vers soi au lieu de la pousser devant soi; il recommande de préférence cette position comme favorisant beaucoup l'exécution des manœuvres suivant l'axe des conduits herniaires. Il n'exclut pas, du reste, la première de ces positions, dans les circonstances difficiles où celle qu'il indique n'ayant pas réussi, il peut être utile de les essayer alternativement l'une et l'autre.

Ayant voulu borner le sujet de cette leçon à ce qui a trait aux indications et aux règles de la pratique du taxis, nous omettons à dessein les détails dans lesquels M. Lisfranc est entré sur les moyens à employer accessoirement ou consécutivement à la réduction, détails sur lesquels nous aurons probablement l'occasion de revenir.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Mélange d'hémorrhagie cérébrale et de ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau. Cas très grave. Autopsie.

L'observation que l'on va lire est intéressante à plus d'un titre; d'abord pour ce qui est du diagnostic, et puis pour ce qui a trait à la nature du ramollissement; et on sait que les auteurs sont en désaccord sur la question de savoir si le ramollissement, et le ramollissement blanc surtout, est le produit de l'inflammation.

Dans ces derniers temps des discussions remarquables se sont engagées sur la localisation dans le cerveau de la faculté de la parole. Des faits et des recherches cliniques nombreuses avaient prouvé à l'auteur du Traité de l'encéphalite, que l'altération des lobes antérieurs du cerveau entraînait la perte complète ou presque complète de cette faculté (la substance grise étant surtout altérée dans cette circonstance). Ces mêmes recherches ont en outre prouvé que les malades qui ont ainsi perdu l'usage de l'organe productif de la parole, n'en conservent pas moins la faculté d'exprimer leurs idées et leurs désirs par d'autres langages tels que le geste, l'écriture, etc. Eh bien! le fait dont nous allons donner l'histoire sera à enregistrer au nombre de ceux qui ont pu servir à la localisation de la parole dans les lobes antérieurs, puisque nous y voyons l'impuissance d'émettre sa pensée par la parole, l'intelligence n'étant point abolie, coïncider avec l'altération d'une partie du lobe antérieur de l'un des hémisphères cérébraux.

D'une consitution asse forte et d'un tempérament lymphatico-sanguin, Herbinière (Marianne), âgée de soixante ans, a été apportée le 29 octobre à l'hôpital, et elle est couchée au n° 14 de la salle Sainte-Madeleine; elle ne répond pas aux questions qui lui sont adressées, et tout ce que l'on a su de ceux qui l'accompagnaient, c'est que trois jours avant son entrée elle tomba sans connaissance hors de son lit, et que la veille de son entrée elle a été saignée. On a appris de plus qu'il y a un an elle a eu une attaque d'apoplexie et fut, dit-on, paralysée d'un côté pendant un huitaine de jours.

Etat actuel. — Décubitus dorsal et immobilité presque complète. De temps en temps cependant, elle remue volontairement son bras gauche qui, d'habitude, est fléchi sur la poitrine. L'œil droit ouvert, et seulement un peu larmoyant, distingue les objets extérieurs. L'œil gauche est fermé; la paupière supérieure présente une ecchymose assez foncée, sans gonflement notable. Les deux pupilles sans dilatation notable, se resserrent également sous l'influence de la lumière. Le visage n'est pas animé. Les deux joues sont également sensibles et il n'y a pas de rétraction bien notable de l'une de commissures de la bouche, qui est un peu entrouverte et desséchée, ainsi que les dents par l'air extérieur, la respiration étant également bruyante, sans ralentissement notable. On ne peut parvenir à écarter les mâchoires ni à voir la langue. Le ventre paraît indolent, il est ballonné, tendu et rend partout un son tympanique, Il n'y a pas eu de selles depuis son entrée, la chaleur de la peau paraît normale; le pouls est de 100 à 104, peu développé, surtout à gauche. La pointe du cœur bat dans sa tituation normale; l'impulsion est modérée, sans frémissement vibratoire; la matité est normale et les bruits ne présentent rien de particulier. Il n'y a rien de notable vers les carotides, ni pour les bruits respiratoires. La malade paraît comprendre certaines demandes qui lui sont adressées, mais elle ne peut répondre. La mobilité et la sensibilité paraissent intactes à gauche, et sont abolies presque complètement à droite, mais surtout la sensibilité. Le membre supérieur du même côté est comme contracturé.

Le 30 août, la malade se trouve absolument dans le même état. On observe seulement en outre, que le pouls est à 84, développé, régulier, modérément résistant; les bruits du cœur sont seulement un peu faibles; la sensibilité à gauche est plus notable que la veille, quoique cependant le membre puisse rester immobile. La raideur est la même dans le membre inférieur droit, et il existe un peu de contracture et de rigidité dans le bras gauche, où la sensibilité est conservée. L[...]

---

paraître par le fait d'une maladie quelconque. Mais, en est-il toujours ainsi? Non, et dans un très grand nombre de cas il faut admettre l'existence des phénomènes critiques.

Et d'abord, pour suivre la division admise par les anciens, il est incontestable qu'il y a des crises qui se phénoménisent par des hémorrhagies. Qui n'a vu des congestions, des douleurs à la tête être jugées par une hémorrhagie nasale? On cite des hydropisies actives qui ont cédé après une épistaxis. M. Andral a cité une fièvre quarte qui a été jugée de la même manière. Quelquefois ce sont des flux hémorrhoïdaux, le flux menstruel, des vomissemens de sang qui jugent les maladies. Lepecq de la Clôture a vu un cas de fièvre continue jugée par un vomissement de sang.

Quant aux phénomènes critiques par augmentation de sécrétions, c'est un fait vulgaire que les courbatures, les refroidissemens, etc., sont guéris dès qu'apparaît une sueur abondante. On a vu des pneumonies avancées être jugées par des sueurs. M. Andral a vu un enfant de sept ans, ayant une pneumonie intense qui allait passer au deuxième degré, être pris tout à coup d'une sueur si abondante que jamais il n'en avait observé de pareille : cette sueur avait une odeur fétide et dura quarante heures. En même temps le râle crépitant disparut avec une rapidité extraordinaire. Nous avons vu nous-même un jeune Espagnol atteint d'une pneumonie intense, qui fut jugée le sixième jour par une sueur copieuse. Un ancien officier supérieur des gardes-du-du corps, âgé de cinquante-deux ans, très sceptique à l'endroit des médecins et de la médecine, a pour habitude, aussitôt qu'il se sent malade, de se coucher et de boire de l'eau froide pour tout remède. Nous avons eu occasion de le voir l'an dernier portant les signes irréfragables d'une pleuro-pneumonie très étendue. Il fut sourd à toutes nos prières et refusa obstinément tous les secours de l'art. Après neuf jours de fièvre ardente, il fut pris d'une abondante sueur qui fit disparaître tous les symptômes. On cherche souvent, dans les hydropisies, à provoquer des sueurs, et ce n'est pas toujours chose facile. La nature s'en charge quelquefois : une femme portant une anasarque entra à l'hôpital de la Charité; à peine couchée, la peau qui était sèche, devient chaude et humide, le corps se couvre de sueurs et l'anasarque disparaît.

Il nous paraît donc impossible de ne pas admettre qu'il y ait des sueurs critiques.

Les sécrétions perspiratoires et des mucus propres aux membranes muqueuses peuvent aussi devenir critiques. Un homme entre à la Pitié porteur d'une ascite considérable; on lui administre 30 grammes d'huile de ricin qui provoquent l'évacuation par les selles d'une quantité énorme de sérum qui fait disparaître l'ascite. On a aussi cité le cas d'un hydro-thorax, jugé par l'évacuation de sérum par les bronches.

Les sécrétions glandulaires sont dans le même cas. Ainsi, il est incontestable que des maladies diverses ont été guéries à la suite d'un ptyalisme. Une sécrétion abondante de bile a guéri des états morbides fort anciens. Qui ne sait que les accès des femmes hystériques se guérissent souvent par une abondante sécrétion de larmes? Les auteurs anciens sont remplis de faits de phénomènes critiques survenus par la sécrétion des reins. La sécrétion peut être modifiée dans sa quantité; ainsi, des hydropisies, des rhumatismes articulaires aigus ont été jugés par une abondante sécrétion d'urines : Hildenbrandt en a cité plusieurs cas. Beaucoup de névroses ont été jugées par d'abondantes urines. La modification dans la qualité des urines peut aussi être critique. On voit des hommes goutteux, tourmentés par des phénomènes bizarres, de la céphalalgie, des battemens de cœur, de la dyspnée, etc., être soulagés aussitôt que la gravelle se montre. Il y a d'autres individus chez lesquels les maladies n'ont pas un siége bien précis, de ces maladies qu'on pourrait appeler erratiques, et qui se dissipent en même temps que l'urine vient à se charger d'un sédiment qui peut varier de nature.

Il peut se présenter des cas où plusieurs sécrétions concourent à la fois à fournir des phénomènes critiques; c'est ce qui arrive lorsque, vers la fin d'une maladie, il survient ou une diarrhée ou un vomissement, qui peuvent provenir des diverses sécrétions qui ont lieu dans le canal intestinal.

Les sécrétions morbides peuvent aussi devenir phénomènes critiques, et ici il peut arriver deux choses · ou bien le pus peut n'avoir été qu'apporté sur les muqueuses, ou bien il peut s'y être formé. Ce cas constitue les abcès critiques dont la fréquence a été singulièrement exagérée.

Enfin, il y a des exanthèmes qui apparaissent certainement comme phénomènes critiques, cela est incontestable.

Ces crises, dont l'existence ne peut être contestée, surviennent-elles à certaines époques des maladies plutôt qu'à d'autres? Avouons qu'ici nous ne sommes pas en droit de trancher la question. Certainement notre observation est suffisante pour assurer que la doctrine des anciens sur les jours critiques était exagérée : mais jusqu'à quel point l'était-elle? c'est ce que nous ne pouvons dire. C'est là un des nombreux *desiderata* de la science : voilà un champ ouvert aux investigateurs modernes.

Il est d'expérience journalière que dans beaucoup de cas on peut favoriser, déterminer même des phénomènes critiques. Ainsi, la saignée remplit le but d'une hémorrhagie critique; les sueurs, les diarrhées provoquées peuvent dans beaucoup de cas être assimilées à certains phénomènes critiques qui jugent les maladies.

Cette doctrine antique des crises avait d'ailleurs une immense influence sur la thérapeutique. Ainsi, les médecins qui l'adoptaient avec confiance se gardaient bien d'administrer pendant les jours indicateurs ou les jours de crise aucun médicament qui pût la déranger. Ils faisaient de la médecine expectante, contre laquelle Asclépiade et Themisson se sont si énergiquement élevés. Protestation déplorable assurément, car elle a empêché les médecins de ces époques reculées de rendre le seul service qu'ils pussent rendre à la science, celui de nous apprendre ce que deviennent les maladies abandonnées à elles-mêmes; de nous apprendre, en un mot, leur histoire naturelle. Aujourd'hui, cette connaissance est impossible à acquérir. Quel est en effet le médecin qui osât faire de sa pratique *une méditation sur la mort*?

Nous insérons avec empressement la lettre suivante de notre honorable confrère, M. Cornac; elle contient des réflexions pleines de justesse, et vient à l'appui des observations que nous avons faites nous-mêmes sur l'arrêté récent du conseil des hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec un vif intérêt les judicieuses réflexions contenues les 16 et 25 du courant dans les feuilletons de votre Journal, au sujet de la mesure récente adoptée par le conseil général des hôpitaux de Paris au détriment des sciences médicales. Si je n'avais pas l'honneur d'être membre de l'Académie royale de médecine, je penserais qu'une connaissance parfaite de l'anatomie physiologique et pathologique est indispensable aux chirurgiens et aux médecins; mais le conseil d'administration de l'Académie me laisse dans l'incertitude. En effet, sur sa demande, il a fait adopter par le conseil royal d'instruction publique que dans l'élection par l'Académie des juges aux concours devant la Faculté, les membres des sections d'anatomie physiologique et pathologique ne seraient pas appelés à élire les juges pour les concours des sept places de professeurs de médecine et des sept places de professeurs de chirurgie de la Faculté.

Que pensez-vous de cette mesure sanctionnée par le silence de l'Académie de médecine, et qui n'a été désapprouvée hautement que par moi, qui saisis cette occasion de la faire connaître et apprécier par vos lecteurs?

Agréez, etc.

CORNAC,
Membre de l'Académie royale de médecine.

Paris, 27 décembre 1841.

vessie est distendue par de l'urine. La respiration est toujours stertoreuse à 20 - 24. La malade ne prononce encore aucune parole, mais elle exprime par les gestes du visage la douleur qu'elle éprouve quand on pince le côté gauche ; elle regarde avec une certaine intelligence et est attentive quand on lui parle, mais ne répond pas.

Le 3, la saignée et les sangsues ne sont pas restées sans résultat, car ce matin la malade répond, mais avec difficulté cependant, qu'elle se trouve bien, mais on ne peut en obtenir que ces paroles. Elle a, dit-on, parlé un peu hier dans la journée. La respiration est toujours bruyante. Les mouvemens de l'œil droit sont plus libres et le regard est plus attentif. La raideur des membres est la même, mais quand on pince le membre droit, elle témoigne plus de sensibilité et profère quelques plaintes. L'haleine est fétide, typhoïde ; la chaleur fétide et les pouls à 112.

Le caillot est sans couenne, de médiocre consistance ; on peut enfin entr'ouvrir les mâchoires et voir la langue qui est grillée : on a retiré avec la sonde une grande quantité d'urine, elle a eu une selle dans la nuit.

Le 1er novembre, elle ne répond pas aux questions ; cependant elle dit quelques mots seulement quand on la pince fortement. Une selle dans son lit.

La malade est toujours dans le même état et le 4 décembre, sans constater d'autre particularité que les autres jours, on note que le pouls est à 120, et la malade *dit* ne pas aller mieux ; elle souffre toujours au bras gauche quand on la pince, et le bras droit reste insensible.

Le 6, l'expression de la figure est un peu meilleure. La malade répond distinctement qu'elle ne va pas plus mal. La rigidité du membre supérieur gauche est un peu moindre ; celle du droit est toujours très forte, et son immobilité est complète.

Le 23. Depuis quelques jours la rigidité du membre supérieur droit a diminué. Ce matin le membre est dans la résolution ; cependant la tête est toujours entraînée à droite. Les facultés intellectuelles sont toujours dans le même état.

La malade est morte le 25 novembre ; et l'autopsie, faite vingt-cinq heures après, a présenté ce qui suit :

La région palpébrale gauche présente quelques traces de l'ecchymose observée pendant la vie. On ne trouve aucune lésion à la face interne de la boîte osseuse du crâne, qui puisse être rapportée à la même cause. Pas de décollement de la dure-mère. A l'ouverture des membranes, on aperçoit dans la région temporale droite trois ou quatre cuillerées environ d'une sérosité sanguinolente et noirâtre, ainsi qu'un peu d'injection générale de la pie-mère, sans épaississement ni adhérences.

Le cerveau, piqueté de sang par places seulement, et surtout dans l'épaisseur de son hémisphère droit, est d'une consistance assez ferme.

Le ventricule latéral droit est rempli d'une sérosité limpide, sans coloration sanguinolente ni lésion des parois de cette cavité.

On constate un épanchement un peu moins considérable dans l'intérieur du ventricule gauche correspondant. Les plexus choroïdes des deux ventricules présentent un chapelet de petits kystes hydatiques, dont quelques-uns ont le volume d'un petit pois.

Dans la région du sinus antérieur du ventricule gauche, la substance cérébrale est sensiblement ramollie et comme déchiquetée dans une étendue de deux centimètres chacun dans les deux sens, sans infiltration sanguine, sans caillot ni autre trace d'hémorrhagie ou d'inflammation actuelle (ramollissement blanc). Ce ramollissement s'arrête en deçà de la substance grise corticale, de manière à laisser saine l'épaisseur de trois circonvolutions.

Il n'y a rien de notable pour le cervelet ni pour la protubérance annulaire.

Les autres organes sont dans l'état normal, si ce n'est le foie, qui offre des dimensions plus considérables qu'à l'état normal, avec prédominance de la substance jaune.

Entéro-mésentérite mal traitée, arrivée à la deuxième période. Cas grave.

Creuse (Antoinette), âgée de quinze ans, brodeuse, demeurant rue du Paon, 8, née à Rentière (Puy de Dôme), est malade depuis quinze jours. Entrée le 30 octobre, elle fut placée au n° 5 bis de la salle Sainte-Madeleine.

Cette jeune fille est d'une constitution un peu délicate et d'un tempérament lymphatique ; elle a été vaccinée, et cependant elle a eu la variole à l'âge de huit ans. Depuis dix ans qu'elle habite Paris, elle a toujours été bien portante ; elle n'est point encore réglée.

Quinze jours avant son entrée, elle fut prise d'une céphalalgie assez forte, qui ne cessa que deux ou trois jours avant. Elle eut en même temps des étourdissemens et des bourdonnemens d'oreilles, et depuis deux ou trois jours un peu de surdité. Pendant le cinq ou six premiers jours de sa maladie, elle eut des épistaxis assez abondantes, et en outre des alternatives de frissons et de chaleur fébrile ; de l'anorexie, quelques coliques et de la diarrhée assez abondante pour occasionner trois ou quatre selles par jour. Il s'est manifesté un peu de toux depuis quelques jours, sans hémoptysie ni douleur de côté. Alitée depuis le début, elle fut traitée chez elle par un médecin qui prescrivit *six sangsues* sur chaque hypochondre, des cataplasmes, des pédiluves, des bains de siége, *une saignée* le quatrième jour et des tisanes rafraîchissantes ; pour régime, un peu de bouillon seulement pendant les premiers jours. Elle ignore la cause de sa maladie.

A son entrée, le visage est peu animé, un peu jaunâtre ; les lèvres sont sèches et croûteuses, la langue un peu saburrale, légèrement râpeuse ; la bouche est mauvaise ; la soif assez vive et l'appétit nul. Elle n'a ni nausées, ni mal de gorge.

Le ventre, assez développé dans la région sous-ombilicale, est parsemé de petites pustules miliaires, suite probable de l'application des cataplasmes. On n'aperçoit point de taches typhoïdes, et l'on ne constate du gargouillement que dans le flanc gauche, mais la douleur est à peu près égale des deux côtés. La diarrhée est toujours la même.

Les urines sont normales ; la peau, un peu plus chaude qu'à l'état normal, est assez sèche ; le pouls est à 100-104, médiocrement développé, peu résistant, non redoublé ; les bruits du cœur sont seulement un peu obscurs, et l'on perçoit un bruit de diable prononcé, persistant à droite. La toux, peu fréquente pendant l'examen, n'est point accompagnée d'expectoration. La résonnance est bonne en avant et en arrière, mais la respiration est accompagnée, surtout en arrière, d'un râle ronflant prononcé pendant l'expiration et l'inspiration ; elle n'a plus de céphalalgie, mais bien de la lourdeur de tête, avec tintemens d'oreilles accompagnés d'un peu de surdité. Sentiment d'une grande faiblesse ; absence de douleurs lombaires. La malade a été amenée en voiture à l'hôpital.

Le 31 octobre le ventre est fortement ballonné, avec un peu de gargouillement à gauche seulement ; la malade a eu des selles diarrhéiques ; la langue est assez molle, rouge à sa pointe et sur ses bords ; le visage présente le même aspect, et la céphalalgie n'a pas reparu. Le sommeil est bon, mais il y a toujours sentiment de grande faiblesse. Le pouls est à 104-108, mou, sans redoublement bien notable, et la malade prétend qu'elle se trouve mieux que la veille ; la soif est toujours vive. On se borne à prescrire des boissons délayantes, des vésicatoires aux mollets, des cataplasmes sur le ventre et des lavemens amidonnés.

Le 1er novembre la malade a été prise de délire et d'un peu d'agitation. Ce matin elle répond encore aux questions, mais l'intelligence paraît un peu obtuse ; la surdité persiste ; et de plus, il y a de la tendance au sommeil ; le pouls est à 88, peu résistant, peu redoublé ; les lèvres sont sèches, la langue molle, nette ; la malade a fait sous elle ; le ventre est ballonné, et l'on constate un peu de gargouillement lointain à droite. On prescrit en plus des sinapismes aux cuisses.

L'agitation est moindre le 2 novembre, et la malade répond assez bien aux questions. La peau est chaude et moite ; le pouls est à 108, assez développé, mais non redoublé. Le ventre est ballonné, sans gargouillement notable ; la langue est molle, un peu rouge, et la peau, de chaleur bonne, sudorale, est couverte de sudamina nombreux.

Ces symptômes s'aggravent toujours de plus en plus ; la malade se trouve, le 9, dans l'état suivant :

Il n'existe que des taches à la place des élevures varioliformes que l'on avait constatées la veille ; le pouls est à 124 ; la langue est grillée et fendillée.

Le 10, la malade pousse des gémissements plaintifs entrecoupés d'une petite toux ; la respiration est accélérée, et la tête renversée en arrière. Le pouls est à 148-150, mou. La pression iléo-cœcale fait pousser des soupirs à la malade, qui mourut le même jour à cinq heures du soir.

A l'autopsie, faite trente-neuf heures après la mort, on constate l'état suivant des divers organes : les deux poumons sont un peu adhérens à la paroi pectorale et au diaphragme, et sont souples et bien sains antérieurement, tandis qu'au contraire ils sont fortement engoués en arrière ; le poumon gauche est même plus qu'engoué, car tout son tissu, induré et imperméable à l'air, se coupe par tranches solides comme celles d'un poumon hépatisé, et se laisse assez facilement pénétrer par les doigts.

Le cœur est normal ; il contient seulement plusieurs concrétions fibrineuses assez fermes, de couleur ombrée, antérieures à la mort. L'estomac et l'intestin grêle lui-même, dans presque toute son étendue, ne présente rien de bien notable ; cependant, dans l'iléon, on remarque quelques follicules un peu développés, et depuis la distance de près d'un mètre au-dessus de la valvule, on compte une quinzaine d'ulcérations comme aphtheuses, irrégulièrement découpées, arrondies en général ; une d'entre elles cependant, présente une forme allongée qui rappelle l'aspect des ulcérations de la phthisie. On compte six de ces ulcérations groupées ensemble, au voisinage de la valvule elle-même ; quelques autres plus rares dans le cœcum. Autour de ces ulcérations, la muqueuse est assez pâle en général, et ne présente seulement que quelques arborisations partielles.

La rate et le foie ne présentent rien de bien notable.

Les émissions sanguines coup sur coup font, dans la grande majorité des cas, et même presque toujours, raison de l'entéro-mésentérite à la première période ; aussi a-t-on dit, en portant le diagnostic, que le traitement de cette maladie avait été ici mal dirigé. En effet, d'après les symptômes indiqués par la malade elle-même, sa maladie paraissait avoir été bien caractérisée dès le début, lorsqu'elle fit appeler un médecin qui se borna à ne prescrire que douze sangsues et une saignée ; aussi la malade est-elle arrivée à l'hôpital dans un état désespéré. La plupart des antagonistes des émissions sanguines coup sur coup, ont accusé l'auteur de cette méthode de l'employer indistinctement dans tous les cas qui se présentaient à son observation.

Le fait que nous venons de rapporter prouve évidemment que lorsque la maladie est à une période avancée, et que le sujet a été *abîmé* par un traitement extérieur mal dirigé, soit antiphlogistique, purgatif ou tonique, l'on peut s'abstenir de prescrire un traitement qui sans être efficace dans cette circonstance seulement, ne saurait être supporté par le malade. Nous donnerons plus tard quelques observations de fièvre typhoïde qui seront la contre-partie de celle que l'on vient de lire, et qui prouveront plus que suffisamment la réalité de la valeur des émissions sanguines dans le traitement de cette affection à sa première période bien caractérisée, et au commencement de la seconde. La statististique trimestrielle du service de M. Bouillaud, qui sera bientôt mise sous les yeux des lecteurs, servira de preuve plus certaine encore.

Y...

MAISON DE SANTE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Rue Marbœuf, 7, près les Champs-Élysées.

Lithotritie chez un homme de cinquante-sept ans. — Calcul d'acide urique très dur, de la grosseur d'une noix. — Etat laiteux de la langue. — Guérison; par M. Civiale.

Le 24 septembre dernier, est entré à la Maison de Médecine opératoire, un calculeux, de Clermont, âgé de cinquante sept ans, ancien officier de la vieille garde, d'un tempérament sanguin-bilieux. Ce malade ne souffre de la pierre que depuis trois ans. Sa maladie ne s'est révélée, jusqu'à présent, par aucun symptôme bien appréciable ; seulement les besoins d'uriner étaient plus fréquens que d'habitude, et suivis d'un peu de douleur, avec une saillie de la membrane muqueuse du rectum : les courses fatigantes à pied et à cheval développaient cependant dans le liquide urinaire la présence d'une petite quantité de sang.

Malgré l'absence des signes caractéristiques de la pierre, M. Fleury, praticien distingué de Clermont, a eu recours au cathétérisme, à l'aide duquel il a constaté l'existence d'un calcul très dur. Du reste, ce malade n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales, malgré les intempéries atmosphériques auxquelles il a été exposé pendant long-temps, et il ne connaît aucun calculeux dans sa famille.

Etat actuel. — Constitution athlétique, organes des trois grandes cavités remplissant parfaitement leurs fonctions ; l'appareil génito-urinaire n'offre rien de particulier à signaler ; il se trouve dans de bonnes conditions relativement à l'emploi de la nouvelle méthode. Les urines ne laissent pas déposer de sédiment muqueux ou briqueté ; le besoin de les rendre n'est pas fort rapproché. Le sommeil est excellent, la langue n'est pas sèche la nuit ; mais elle est tout à fait *laiteuse*.

Fidèle à ses principes, M. Civiale a commencé par soumettre le malade à son traitement préparatoire consistant, comme on sait, dans l'introduction de bougies molles, et cela dans le but d'émousser la sensibilité de l'urètre et de reconnaître la susceptibilité des différens calculeux. Une seule bougie a été placée par le chirurgien de Necker, et pendant la nuit M. M. a été pris d'un malaise général avec agitation, insomnie, chaleur à la peau et état saburral de la langue. Le lendemain, M. Civiale vint à la Maison de santé afin d'y pratiquer une première séance de lithotritie : mais détourné de son projet par ce léger accident, il ne voulut pas se rendre aux instances de M. M. qui se disait très bien ; dans la journée, ce malade qui n'a jamais éprouvé de sa vie le moindre mouvement fébrile, a été en proie à un violent frisson qui a duré près de deux heures. M. Civiale a dû en conséquence s'applaudir de sa prudence. Quatre séances de broiement ont suffi pour débarrasser complètement ce malade, malgré la dureté extraordinaire du calcul.

A la seconde tentative, M. Civiale éprouva beaucoup de difficulté pour fragmenter cette pierre, et ce n'est qu'en faisant agir fortement la vis de son écrou brisé qu'il en vint à bout. Il faut réellement avoir été témoin des faits de ce genre pour oser, dans une circonstance analogue, employer une force aussi grande. Un chirurgien qui n'aurait pas beaucoup d'expérience dans les maladies des voies urinaires, n'aurait jamais le courage de tenter ce que nous avons vu faire bien des fois à M. Civiale, dans la crainte de briser son instrument. Ajoutez à cela que le lithotriteur s'engorge, surtout lorsqu'il est à cuvette profonde, de sorte que l'on peut être fort embarrassé pour lui faire franchir le col de la vessie ; il est vrai que par des mouvemens de va et vient et par une forte pression, l'opérateur finit toujours par enlever les débris qui le gênent, mais la patience et le sang-froid sont nécessaires. Le chirurgien de l'hôpital Necker a broyé, à la Maison de médecine opératoire, une foule de calculs excessivement durs, et il n'a jamais été obligé de recourir à la percussion qu'il rejette en général, à cause des ébranlemens qui se communiquent au col vésical. Le détritus de la pierre de M. M... était noir, évidemment formé d'oxalate de chaux. Une recherche avec la pince à trois branches, a convaincu M. Civiale que son malade était tout à fait guéri.

Ce fait présente de l'intérêt sous plusieurs rapports ; il démontre combien M. Civiale a raison lorsqu'il insiste sur la nécessité d'introduire des bougies avant de soumettre un calculeux à la lithotritie. En suivant ces conseils, en effet, on émousse la sensibilité de l'urètre, et l'on peut apprécier la sensibilité du sujet sur lequel on va manœuvrer. Cette observation vient à l'appui de cette proposition. Nous avons vu que M. M... qui n'avait jamais éprouvé de mouvement fébrile, avait été pris d'un violent frisson à la suite du passage d'une simple bougie ; si le chirurgien, se fiant sur la constitution robuste de son malade, eût dévié de la route qu'il suit habituellement, l'accident en question eût été évidemment attribué à l'opération, surtout si M. Civiale, négligeant cette circonstance que le malade avait eu un malaise général avec de l'agitation et de l'insomnie la nuit qui suivit l'introduction de la bougie, n'avait pas remis au lendemain sa tentative de broiement.

Le malade à l'occasion duquel nous entrons dans ces détails, a offert en outre une particularité pathologique sur laquelle nous désirons appeler un instant l'attention des praticiens, cet état laiteux de la langue que l'on remarque fréquemment chez les pierreux. C'est un symptôme sur lequel M. Civiale appelle depuis long-temps l'attention des praticiens. La langue n'est pas chargée, saburrale ; elle est pâle, décolorée ; on dirait une couche laiteuse, recouvrant cet organe chez un homme de bonne santé. Eh bien ! cette particularité est fréquente dans les maladies de l'appareil urinaire, et preque toujours la décoloration de la langue est en raison du degré

d'irritation ou de phlegmasie de la vessie, spécialement de son col. On observe aussi cette teinte laiteuse de la langue dans certains cas où l'on ne découvre aucun signe inflammatoire; il y a seulement des besoins d'uriner plus rapprochés, et de la difficulté pour satisfaire à cette fonction; l'émission est alors accompagnée de cuisson, un malaise général s'est manifesté pendant la nuit, et le lendemain vous trouvez la langue blanche. X...

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Efficacité du cautère actuel dans le traitement de la pustule maligne.

Un homme âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament nerveux, aubergiste dans l'un des faubourgs de Toulouse, avait depuis deux jours dépouillé un agneau qu'on lui avait apporté du marché, lorsqu'il se plaignit d'une démangeaison intolérable à la partie supérieure de la première phalange du doigt médius de la main gauche, sans gonflement, sans rougeur, sans chaleur de la partie, mais assez forte cependant pour avoir provoqué le vomissement d'un bouillon pris dans la journée. M. le docteur Perpère, qui fut consulté alors, prescrivit seulement des émolliens opiacés et le lendemain le malade ne reparut pas. Néanmoins les souffrances se réveillèrent avec plus d'intensité le surlendemain; la nuit avait été cruelle, accompagnée d'anxiétés précordiales, de frissons et de vomissemens souvent répétés. Appelé de nouveau, M. Perpère observa les phénomènes suivans: Face dorsale de la main fortement tuméfiée; à la partie interne et supérieure de la première phalange du médius, pustule vésiculaire de la grosseur d'une lentille et déchirée par les attouchemens du malade; une sérosité limpide et roussâtre s'échappe en pressant sur ses côtés; sa circonférence offre un engorgement œdémateux, d'une couleur rouge superficielle, d'un aspect luisant, et se prolongeant jusqu'aux articulations du poignet et de l'avant-bras; ganglions de l'aisselle douloureux; soif ardente; abattement général.

La réunion de toutes ces circonstances ne permettait pas de méconnaître la nature de la maladie, ni celle du traitement qu'elle réclamait. Mais l'idée de l'opération du cautère actuel effrayait à la fois le malade et sa famille et force fut au médecin, quoique à regret, de se contenter d'une application locale de sangsues et d'une potion calmante, moyens dont quelques heures seulement démontrèrent l'inefficacité; car, malgré un peu de calme que le dégorgement sanguin avait opéré, dès le soir même les accidens acquirent une intensité formidable. Le gonflement du membre avait augmenté, la pustule s'était considérablement accrue, et, à côté de la première, une vésicule nouvelle, remplie d'une sérosité noirâtre, s'était rapidement formée.

Les dangers de cette situation, signalés aux parens, ne suffirent pas cependant pour ébranler leur répugnance. Il fallut se contenter encore de l'emploi des cataplasmes, qui, comme on le pense bien, ne purent pas conjurer l'orage. Sous leur influence la plaie avait acquis l'étendue d'une pièce de deux francs; des bourgeons charnus, d'une couleur noirâtre, s'élevaient de sa surface et laissaient suinter un ichor fétide; les tégumens du poignet et de l'avant-bras, fortement œdémateux, avaient pris une teinte blafarde; tout annonçait les progrès d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, devait se terminer par la mort. Alors seulement M. Perpère ne fut plus arrêté dans sa médication par aucune résistance, et, après avoir fait une incision cruciale sur la pustule, il promena, dans les divers sens de cette incision, deux petits cautères à olives rougis à blanc, ainsi que dans la circonférence de la tumeur. Un plumasseau enduit de cérat et recouvert de compresses arrosées souvent avec l'eau chlorurée, composa le pansement, et tel fut le succès de cet énergique traitement, que, dès le soir même, les souffrances et le gonflement œdémateux avaient complètement disparu. Le troisième jour eut lieu le détachement de l'escharre, et la cicatrice de la plaie était achevée le dixième, le doigt ayant conservé la même liberté dans les mouvemens.

(*Exposé des trav. de la Soc. de méd. etc., de Toulouse.*)

Sur la préparation de l'extrait de gayac.

Les pharmacologistes ne sont pas d'accord sur la préparation de l'extrait de gayac; quelques-uns demandent que l'on sépare le dépôt qui se forme dans la décoction refroidie; d'autres, au contraire, prétendent qu'il est nécessaire de l'y laisser. Les diverses expériences que M. Thierry, de la pharmacie centrale des hôpitaux, a faites pour obtenir l'acide gayacique de l'extrait de gayac, l'ont conduit à préparer cet extrait de trois manières différentes:

1° D'après la formule du Codex, en y ajoutant le dépôt, et avec addition d'alcool à la fin de l'évaporation;

2° Par une ébullition très prolongée et en séparant le dépôt;

3° Enfin, en traitant le gayac à froid, par une longue macération.

Le premier de ces extraits est très odorant, le second l'est beaucoup moins, et le troisième est absolument inodore.

Le premier extrait a fourni plus d'acide que le second; le troisième n'en contenait pas.

Si, comme il est permis de le penser, l'extrait de gayac doit ses propriétés à une résine balsamique particulière et à l'acide qui s'y trouvent, la formule du Codex doit avoir la préférence.

Ce que M. Thierry appelle résine balsamique, c'est l'extrait éthéré de gayac obtenu en traitant l'extrait de gayac par l'éther sulfurique. Cet extrait, dissous dans de l'alcool à cinquante centièmes (marquant 19 à 20 degrés à l'aréomètre de Cartier) et mêlé à du sirop de sucre, donne une liqueur qui a la saveur et l'odeur de la vanille.

En outre de la résine balsamique, l'extrait de gayac contient encore une autre résine, une matière noire, insoluble dans l'alcool et soluble dans l'ammoniaque, des sels à base de chaux, plus du fer en quantité assez notable. (*Journ. de Pharmacie.*)

De l'action chimique des sels les uns sur les autres, envisagée sous le rapport de l'art de formuler.

Dans un travail publié l'année dernière, M. le docteur Mialhe, après avoir confirmé ce fait déjà connu, que le chlorhydrate d'ammoniaque en dissolution dans l'eau transforme en partie le calomel en sublimé corrosif, fit connaître que, dans cette réaction, il y a toujours du mercure métallique mis en liberté, et cela en quantité précisément correspondante au chlorure mercurique produit. Il établit aussi que cette transformation curieuse n'appartient pas en propre au sel ammoniac, mais que d'autres chlorures alcalins la partagent avec lui. Il a obtenu, depuis cette époque, de nouveaux résultats également intéressans au moyen des chlorures alcalins, et notamment avec le chlorure ammonique, le plus énergique d'entre eux; ce sont les suivans.

1° Le protoxide et le bi-oxide de mercure, mis en contact avec une solution aqueuse de chlorhydrate d'ammoniaque, donnent tous deux naissance à du sublimé corrosif, ou, pour parler plus exactement, à du chlorure ammoniaco-mercuriel ou sel alembroth.

2° Les proto et deuto-sels de mercure, placés dans les mêmes circonstances, produisent également du bi-chlorure de mercure, mais la quantité du sublimé qui apparaît dans les deux cas est bien loin d'être la même; avec les sels mercuriques, la proportion de sublimé est toujours infiniment plus considérable.

Voici comment M. Mialhe donne l'explication de ce phénomène d'une grande importance sous le rapport de l'action thérapeutique du mercure. Le sel ammoniac et les bi-sels de mercure donnent lieu, par une double décomposition, à du deuto-chlorure de mercure et à un nouveau sel ammoniaque; tandis que les proto-sels mercuriels commencent par produire du proto-chlorure de mercure, et ce n'est que par réaction subséquente qu'une très faible proportion de sublimé corrosif est produite.

3° Le mercure métallique lui-même, mis en digestion avec une solution de sel ammoniac, se convertit en partie en sublimé corrosif. De là l'explication de l'action thérapeutique de ce corps simple introduit dans l'économie animale sous la forme métallique.

Toutes les réactions indiquées plus haut ont lieu à la température ordinaire, et mieux encore à celle du corps humain. Toutes se produisent dans un temps assez court; les unes même ont instantanément lieu; la plupart ne demandent que quelques heures de contact pour s'effectuer. Or, comme les différens liquides contenus dans les organes de l'homme renferment du sel marin et du sel ammoniac, accompagnés ou non d'acide chlorhydrique et autres acides qui peuvent encore faciliter leur mode d'action, il s'ensuit que tous les phénomènes produits ont probablement lieu dans l'intérieur du corps humain, quand on y ingère une préparation mercurielle quelconque, c'est-à-dire qu'ils produisent tous une quantité variable, mais constante, de sublimé corrosif.

(*Idem.*)

— La décision du conseil général des hôpitaux relative aux autopsies, a déjà éprouvé un premier échec devant l'autorité supérieure. M. le préfet de la Seine lui a refusé sa sanction, et a écrit à tous les directeurs des hôpitaux d'avoir à surseoir aux mesures prescrites par cette décision et de laisser les médecins, libres comme par le passé, de faire les autopsies qu'ils jugeront convenables. Ce sursis est limité au temps nécessaire pour que le ministre de l'intérieur ait fait connaître sa décision sur ce sujet. Tout fait espérer que le ministre de l'intérieur, éclairé par les nombreuses réclamations qui lui arrivent, refusera aussi sa sanction à l'arrêté du conseil général qui, dès lors, sera comme non avenu.

— Des ordres sont donnés pour que dans chaque hôpital d'instruction et à celui de perfectionnement, il soit établi un jardin de botanique où seront exclusivement cultivées les plantes médicinales qui croissent naturellement en France, et dont la nomenclature est indiquée au Formulaire pharmaceutique.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 30 DÉCEMBRE 1841. (14e ANNÉE.) N° 153, TOME 3. — 2e SERIE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le Journal paraît les Mardis, Jeudis, Samedis.
Bureau, rue Dauphine, 22-24.
Annonces, 75 cent. la ligne.

Paris, 3 mois, 9 fr.; 6 mois, 18 fr.; un an, 36 fr.
Départ., 3 mois, 10 fr.; 6 mois, 20 fr.; un an, 40 fr.
Etranger, un an, 42 fr.

Sommaire.

HOPITAUX. — HOTEL-DIEU (M. Chomel). Syphilis constitutionnelle; variole. Bronchite; emphysème pulmonaire; pneumonie. Encéphalite; autopsie. — HOPITAL DE CHARING-CROSS (M. Chowne). Empoisonnement par l'opium; longue durée des symptômes. — Sur l'éclampsie des femmes enceintes, nécessitant la ponction des membranes, et quelquefois l'hystérotomie; par M. le docteur GODEMER, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières. — Académie de Médecine, séance du 28 decembre. *Elections.* — Académie des Sciences, séance annuelle du 28 décembre. Prix proposés et décernés. Eloge de Condorcet, par M. Arago. — REVUE THÉRAPEUTIQUE. De la pulvérisation du mercure doux ou calomélas. Traitement de la blennorrhagie urétrale par l'emploi du chlorure de chaux; par M. ROUSSE, de Bagnères. — Nouvelles. — FEUILLETON. De la contagion.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

(Leçon clinique du 21 décembre 1841.)

(*Voir* le numéro 152.)

1° *Syphilis constitutionnelle. Variole.*

Au n° 26 de la salle Saint-Bernard, est entrée, il y a environ quinze jours, une femme âgée de vingt-six ans, de bonne constitution, et présentant à observer les phénomènes suivans: Douleur dans le crâne du côté gauche, plus vive la nuit que le jour; épaississement du périoste de ce même côté, disposé de telle manière que la palpation faisait reconnaître trois disques saillans de la largeur et de l'épaisseur d'une pièce de deux francs environ. Santé bonne d'ailleurs. Ces phénomènes, caractérisés par l'exaspération nocturne de la douleur, nous ont paru, malgré les dénégations les plus formelles de la femme, se rapporter à la syphilis constitutionnelle, et nous dirigeons le traitement en conséquence, lorsque cinq ou six jours plus tard cette femme est enfin venue, par son aveu, corroborer notre opinion. Quant au traitement, nous n'avons pas crû ici devoir employer le mercure; nous lui avons fait prendre deux fois par jour, dans une tasse d'infusion de tilleul, une cuillerée à bouche d'une solution composée de 15 cent. *d'iodure de potassium* pour 500 grammes d'eau.

Ce n'est pas la première fois que nous employons cette substance contre les affections syphilitiques constitutionnelles, et nous en avons toujours retiré de bons effets. Disons-le, d'ailleurs, certains individus chez lesquels se développent des symptômes consécutifs de l'affection qui nous occupe, peuvent se trouver dans des conditions telles, que l'emploi du mercure soit inutile. Ce sont ceux à qui le médicament a été administré peu méthodiquement, soit que le traitement ait été dirigé par une main mal habile, soit qu'ayant été bien ordonné, le sujet l'ait suivi irrégulièrement. Ceux chez lesquels la persistance des symptômes en a fait continuer l'emploi pendant fort long-temps, et qui en sont en quelque sorte saturés. Dans ces conditions, disons-nous, il ne faut point employer de nouveau le mercure, car il est le plus ordinairement impuissant.

Quelques médecins emploient alors le *rob de Laffecteur;* cette préparation, lorsqu'elle a été expérimentée, a produit d'excellens effets; mais c'est un arcane, et nous préférons toujours avoir recours aux médicamens connus. La tisane de Feltz, celle d'Arnoult, employées dans les mêmes circonstances, ont aussi donné des résultats satisfaisans, mais pas aussi prompts que ceux que l'on obtient par l'iodure de potassium. elles ont en outre l'inconvénient d'être désagréables à boire. Remarquez cependant que toutes ces préparations n'ont d'action que lorsque le mercure n'en a plus, et qu'employées tout d'abord, elles échoueraient certainement.

Mais revenons à notre malade. Au bout de quinze jours environ de traitement par l'iodure de potassium, les douleurs ostéocopes avaient disparu, les saillies du périoste s'affaissaient graduellement, lorsqu'il y a trois jours de nouveaux phénomènes apparurent. Il y avait une céphalalgie assez intense, des nausées, des vomissemens; le pouls donnait 144 pulsations; enfin la malade accusait de la douleur dans la région des lombes. A ces symptômes nous reconnûmes les débuts d'une affection variolique. Cette femme a été vaccinée, on remarque sur son visage 20 à 25 petites cicatrices semblables à celles que laisse la petite-vérole: elle affirme cependant qu'elle ne l'a pas eue, mais elle dit être sujette à avoir des boutons, et nous pensons que ces cicatrices peuvent être le résultat de pustules d'acné. Hier matin, un examen attentif a permis de constater sur les lèvres et sur le front l'existence de petits points rouges que je vous signalais dans la dernière séance, à propos d'une malade couchée au n° 9, comme un signe très caractéristique de l'éruption de la variole. Ces points donnaient bien au toucher la sensation d'un corps dur et conique, mais comme cette femme a souvent des boutons, que ceux-ci auraient pu être anciens et n'avoir point été remarqués d'abord, pour éviter toute incertitude à cet égard, nous les avons examinés à la loupe, et leur avons trouvé une couleur rosée bien caractérisée, et non la teinte violacée qu'ils auraient présentée s'ils avaient daté déjà de quelque temps.

Depuis hier l'éruption a marché, et bien que les pustules soient encore peu développées ce matin, on peut cependant apprécier facilement le soulèvement de l'épiderme et voir au-dessous une sérosité jaunâtre, lactescente, qui plus tard prendra l'aspect et la consistance du pus.

Quelle sera la marche de cette affection? Le pouls qui donnait d'abord 144 pulsations, en donne encore 128 ce matin. Un mouvement aussi intense fait craindre que la maladie ne soit pas aussi bénigne que celle de la femme du n° 9, à qui, disons-le en passant, nous avons pu déjà aujourd'hui donner quelques alimens, et dont le pouls n'est plus qu'à 60. Il y a d'ailleurs ici une circonstance qui a été notée comme fâcheuse par les anciens auteurs: nous voulons parler de la complication de syphilis; car bien que les symptômes de cette affection se soient considérablement amendés, nous ne pouvons la regarder comme complètement guérie, et nous devrons, quand la variole sera terminée, en reprendre le traitement forcément suspendu. Cette circonstance doit donc nous rendre circonspects dans notre pronostic. Toutefois, l'âge de la malade, sa bonne constitution, doivent nous faire espérer une heureuse terminaison, et nous devons croire d'ailleurs que le mouvement fébrile s'apaisera avec la terminaison du travail éruptif.

2° *Bronchite. Emphysème pulmonaire. Pneumonie.*

Au n° 4 de la même salle, est couchée une malade âgée de cinquante ans, d'une faible constitution; elle est portière, et par conséquent exposée constamment à l'influence malsaine d'un logement humide; aussi est-elle souvent enrhumée. Elle a habituellement de l'oppression, de la difficulté à respirer, résultant d'un emphysème pulmonaire; elle dit avoir eu une maladie de poitrine il y a trois ans. Enfin, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 22 novembre dernier, elle fut prise de malaise général, de fièvre, de toux; ce qui la força, quinze jours plus tard, à se mettre au lit, qu'elle garda jusqu'à son arrivée ici. Pendant ces derniers huit jours elle toussait davantage, et voyait revenir tous les soirs un mouvement fébrile intense qui ne s'apaisait pas complètement pendant le jour, mais cependant diminuait d'une manière notable.

Cette femme, évidemment, est affectée de bronchite; et vous vous rappelez que dans la séance dernière je vous disais qu'il n'est pas rare de voir, chez des sujets atteints de phlegmasies légères, survenir une fièvre qui prend une marche rémittente ou intermittente. Eh bien, ce cas en est un nouvel exemple; en effet, il est impossible de voir là deux affections différentes, savoir: un catarrhe, plus une fièvre rémittente ou intermittente essentielle; mais bien deux affections intimement liées entre elles, et dont la seconde n'est qu'un symptôme de la première.

Lorsque cette femme est entrée, voici ce que nous avons observé: Difficulté à respirer; de la toux; expectoration peu abondante, crachats légèrement visqueux; le pouls varie de 80 à 90 pulsations. Quelle devait être la terminaison de cette maladie? Cette malade n'a que cinquante ans, mais elle paraît avoir davantage; sa constitution affaiblie, usée, annonce une vieillesse précoce: or, en général, un catarrhe survenant chez un sujet déjà avancé en âge est toujours un accident grave, car un vieillard meurt aussi bien d'une bronchite que d'une pneumonie. Il arrive d'ailleurs très fréquemment de voir une pneumonie se joindre à la fièvre catarrhale, lorsque celle-ci a persisté pendant quelque temps, et c'est ce qui est arrivé ici. Le pouls, de 80 pulsations est monté à 120 et 130;

FEUILLETON.

DE LA CONTAGION.

La contagion est une question des plus importantes de la médecine sociale ou politique. Quoi de plus intéressant en effet que de savoir si les maladies se transmettent par les rapports existans entre les malades et les individus sains, à quelle distance cette transmission s'effectue, par quelle voie elle s'opère, et de quelle manière il est possible de la prévenir? Aussi les gouvernemens ne cessent-ils de réclamer de la science la lumière qu'ils sont en droit d'en attendre pour arriver à résoudre complètement ces questions. Malheureusement la science jusqu'ici n'a pas envisagé le fait de la contagion sous le seul aspect qui devait la conduire à le voir tel qu'il se présente; au contraire, elle s'est perdue dans un dédale d'opinions et de systèmes contradictoires entraînant les gouvernans et les populations a des vues et à des pratiques aussi contraires à la préservation des maladies qu'aux intérêts matériels des peuples. En présence des circonstances si compliquées de la contagion, les savans se sont partagés en deux partis rivaux également exclusifs dans leur opinion: les contagionistes et les non-contagionistes. Aucun n'a cherché s'il n'y avait pas un moyen terme entre ces prétentions excessives, s'il n'était pas plus sage d'adopter un parti mixte qui fît à la fois la part des faits de contagion et des faits de non-contagion. On sait avec quel acharnement les deux systèmes se sont fait la guerre, quelles passions ils ont déchaînées, et combien ils ont peu avancé au bout de leurs luttes la solution du problème. Les vieilles haines des contagionistes et des non-contagionistes se réveillent aujourd'hui, après vingt-deux ans de trève, à l'occasion du vœu nouvellement exprimé par l'administration de voir enfin nos corps savans se prononcer pour ou contre la contagion. En attendant que l'Académie des sciences, saisie spécialement de la demande ministérielle, communique au public le résultat de ses élucubrations, nous allons aborder ce grand problème, libre de toute idée preconçue, et mu seulement par la pensée de rendre hommage aux bonnes observations.

On appelle contagion la transmission d'une maladie par un rapport direct ou indirect avec des sujets malades de la même affection. Deux conditions paraissent donc indispensables pour établir la contagion: d'abord le contact immédiat ou médiat, ensuite la reproduction d'une maladie identique dans l'immense collection de maux dont notre espèce est affligée. On en compte toujours un certain nombre dans lesquelles il est impossible de ne pas reconnaître l'existence de la vertu contagieuse telle que nous la définissons. Sans parler pour le moment des grandes maladies qui envahissent les masses, n'est-il pas démontré que la syphilis, la gale, la pustule maligne, la rage se communiquent ainsi d'un sujet à un autre? Les non-contagionistes les plus obstinés ne peuvent pas ne point convenir, au moins dans ces cas particuliers, de la réalité de la propriété contagieuse. D'un autre côté, l'expérience force à avouer que, même à l'égard de ces maladies dont la contagion se révèle par des faits journaliers, la faculté contagieuse n'est pas tellement absolue que tous les sujets sans exception qui s'exposent à la contracter en soient infailliblement affectés. Les praticiens s'assurent en effet par des épreuves multipliées qu'il se trouve beaucoup de sujets réfractaires à l'action de ces maladies au point de ne jamais les prendre, quoiqu'ils ne fassent rien pour s'en préserver, ou plutôt quoiqu'ils fassent tout ce qu'il faut pour en être pénétrés; qu'il s'en trouve d'autres accessibles à la contagion des mêmes affections, seulement dans des circonstances données; et enfin qu'un certain nombre s'y montrent si susceptibles qu'ils en sont pris à coup sûr dès qu'ils viennent à s'y exposer. La conclusion à déduire de ce nouvel ordre de faits, c'est que la contagion ne s'exerce pas avec une nécessité rigoureuse, ou en d'autres termes, qu'on n'est pas autorisé à se poser en partisan exclusif de la contagion.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux affections plus générales et aux plus générales de toutes qui parcourent le monde entier, par exemple, la peste, la fièvre jaune, le choléra. La peste règne aujourd'hui annuellement à la manière des endémies dans l'Orient, spécialement en Egypte, dans la Syrie, dans l'Asie-Mineure et à Constantinople. Il ne se passe guère d'années où elle n'y sévisse avec plus ou moins de violence; mais quelquefois elle acquiert une activité si grande qu'elle déborde le champ de son invasion annuelle, et qu'elle se répand à la fois dans tout l'empire de l'islamisme, attaquant chemin faisant la Grèce, les îles de l'Archipel ionien et les ports méridionaux de la Sicile et de l'Italie. C'était bien autre chose avant le milieu du dernier siècle. La peste, dans ses irruptions extraordinaires, se propageait fréquemment du nord au sud et de l'ouest à l'est, enveloppant successivement une foule de populations de l'Asie et de l'Europe: c'est ainsi qu'elle a envahi plusieurs fois la Russie, l'Autriche, l'Italie et la Sicile, qu'elle est arrivée en France et a ravagé Marseille, Toulon et le reste de la Provence. Il n'en est plus de même depuis la fin du dix-huitième siècle. A dater de cette époque elle est restée confinée dans les provinces turques, et ne s'est montrée parmi les nations chrétiennes que dans quelques-uns de leurs lazarets et chez quelques sujets particuliers.

Voilà l'histoire sommaire des mouvemens de la peste. Les invasions de ce fléau ont fourni le texte principal des disputes des contagionistes et des non-contagionistes. Les contagionistes n'ont trouvé d'autre explication de sa rapide transmission que la communication des malades avec les personnes bien portantes; les non-contagionistes au contraire ont repoussé l'idée de cette forme de transmission, et ont attribué ses excursions à l'accumulation d'effluves délétères, c'est-à-dire à l'infection.

Les deux opinions nous paraissent également condamnables. Si la contagion était la voie exclusive de propagation de la peste, il serait impossible d'expliquer pourquoi cette propagation n'a pas lieu tous les ans, puisqu'il est bien constaté que la peste apparaît chaque année sur un ou plusieurs points de l'Orient; on n'expliquerait pas non plus comment elle respecterait tant d'individus renfermés dans le cercle de son action, comment elle peut s'arrêter brusquement plus ou moins près du foyer de son explosion. L'opinion de la contagion absolue exigerait que tous les sujets en rapport avec des provenances entachées de la maladie, fussent atteints de cette affection; elle exigerait enfin, outre sa transmission de proche en proche et sans solution de continuité, que la peste, une fois née, gagnât le monde entier comme un immense incendie. Heureusement, ainsi que nous le disions tout à l'heure, la peste se borne toujours plus ou moins, et de nos jours surtout, elle se borne si étroitement qu'elle ne dépasse guère plus les frontières de l'empire des vrais croyans. Les non-contagionistes absolus ne sont pas plus heureux que les contagionistes absolus dans leurs explications de la propagation de la peste. Une observation impartiale prouve d'abord que la peste se transmet très souvent des sujets malades à des individus sains; elle prouve encore que les personnes les plus en butte à ce fléau destructeur, sont celles qui ne cessent de vivre en commerce avec les personnes contaminées, et que les peuples les plus épargnés sont généralement ceux qui interrompent assez tôt leurs relations avec les provenances des contrées infectées. Si d'ailleurs l'infection, telle que l'entendent les non-contagionistes, était la seule raison de l'expansion de la peste, il s'agirait d'établir l'origine de l'infection primitive, ses progrès à travers des pays sains, tandis qu'elle cesse dans les pays où la multitude des morts et des malades a accru prodigieusement la masse des émanations, pourquoi elle n'avance que jusqu'à un certain point, au lieu de se répandre dans tous les sens, comment elle finit précisément à l'époque où la multiplicité des victimes a dû developper au plus haut degré la prétendue cause de sa propagation, d'où vient enfin qu'elle resserre ou élargit, suivant les années, l'étendue de ses dévastations? Toutes ces difficultés et beaucoup d'autres encore, qu'il serait trop long de reproduire, déposent de l'insuffisance du système adopté par les non-contagionistes, pour comprendre, à l'égard de la peste, les faits les plus vulgaires relatifs à sa transmission.

il était irrégulier. Les crachats sont devenus plus visqueux, rouillés. En arrière et à droite, on a cessé d'entendre le bruit respiratoire. Nous avons pratiqué une saignée, et soumis la malade à un régime diététique très sévère ; les symptômes de la pneumonie se sont progressivement amendés et aujourd'hui le pouls n'est plus qu'à 80. Nous avons pu lui donner des alimens, et elle sortira très prochainement. Chez elle, à la partie postérieure de la poitrine, on remarque une convexité anormale, une grande sonoréité, et l'absence complète du bruit respiratoire, phénomènes qui sont dûs à l'emphysème dont nous vous avons déjà parlé. A la base du poumon droit, on entend le râle sous-crépitant qui accompagne les pneumonies à leur terminaison. Le pouls est toujours irrégulier, inégal. Cette irrégularité du pouls, lorsqu'elle se produit d'une manière permanente, est un signe de l'altérationdes valvules du cœur. mais devons-nous croire ici à une semblable affection ? Ce désordre n'existait pas lorsque cette femme est entrée à l'hôpital, et il n'a pu être observé que depuis le moment où la pneumonie s'est manifestée. Une invasion si brusque, un espace de temps si court, exclut l'idée d'une altération du tissu valvulaire quelle qu'elle soit, et à plus forte raison de son ossification. Il est plus probable que ce trouble de la circulation est dû à quelque caillot de sang séjournant dans la cavité du cœur ou à une endocardite légère, sympathique de la pneumonie. Quoi qu'il en soit, cette complication est venue pendant un moment aggraver l'état de la malade en ajoutant à la gêne de la respiration, et nous a fait craindre qu'elle succombât ; cependant ces phénomènes ont bientôt perdu de leur intensité et n'ont point empêché la guérison.

Ce fait nous rappelle que l'année dernière nous avons eu au n° 13 de la salle des hommes, un malade chez lequel on put observer les mêmes phénomènes. Le pouls était très irrégulier et il y avait de l'étouffement, de la suffocation, de telle sorte que nous craignions à chaque instant de le voir mourir. Toutefois, il s'est remis, est resté infirmier à l'hôpital où il s'acquitte sans gêne des travaux qui lui sont imposés.

Enfin, pour terminer avec notre malade, disons qu'elle n'a jamais eu de rhumatismes articulaires, pas même de rhumatismes musculaires, et que l'affection que l'on observe chez elle ne peut donc être une conséquence de ces maladies, conséquence d'ailleurs beaucoup moins fréquente qu'on a bien voulu le dire.

3° *Encéphalite. — Autopsie.*

La malade couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard, et dont je vous ai entretenu dans la dernière leçon a succombé. Vous vous rappelez qu'après avoir hésisé un instant entre une fièvre typhoïde et une affection de l'encéphale, nous nous étions prononcé pour cette dernière, pensant avoir affaire à une méningite. En effet, aujourd'hui, après avoir ouvert le crâne et enlevé la dure-mère, on a trouvé l'arachnoïde avec cet aspect sec et poisseux qui appartient à l'inflammation de cette membrane ; les circonvolutions du cerveau étaient uniformément applaties ; les ventricules latéraux contenaient une sérosité roussâtre dont nous pouvons évaluer la quantité à un peu moins qu'une cuillerée à bouche. Le *septum lucidum*, cloison médiane fournie à ces ventricules par l'arachnoïde, était percé, et les bords de cette déchirure ramollis. On pouvait d'ailleurs remarquer sur différens points de l'arachnoïde des granulations grisâtres, traces du ramollissement consécutif à l'inflammation. De rares tubercules ont été trouvés dans les organes parenchymateux.

HOPITAL DE CHARING-CROSS. — M. W.-D. CHOWNE.

Empoisonnement par l'opium ; longue durée des symptômes.

Jeanne Jones, domestique, âgée de vingt ans, à la suite de querelles avec une autre domestique, prit de l'opium qu'elle s'était procuré en en achetant dans quatre différens magasins par doses de la valeur d'un sou. Elle avala la totalité, formant environ le poids de deux cents à deux cent vingt-cinq centigrammes (quarante à quarante-cinq grains),

Elle éprouva presque aussitôt du regret de l'action qu'elle venait de commettre, et elle se rendit volontairement à l'hôpital, demandant avec instance qu'on recourût sans retard aux moyens capables de la garantir des suites de son imprudence : elle fut admise et placée dans le service de M. le docteur Chowne.

9 octobre. — Premier jour. La pompe stomacale, mise immédiatement en usage, permit d'injecter à plusieurs reprises d'abondantes quantités d'eau dans l'estomac, et de les en retirer ; après quoi, le sulfate de zinc, donné comme émétique, procura l'expulsion d'un petit morceau d'opium brut.

La malade avait commencé à ressentir les effets de l'opium en arrivant à l'hôpital, alors que, d'après son estimation, une demi-heure au plus s'était écoulée depuis le moment de l'ingestion. Moins d'une demi-heure après l'introduction du poison, malgré l'emploi suffisamment prolongé de la pompe stomacale, malgré les vomissemens copieux déterminés par le sel zincique, elle commença à éprouver un peu d'assoupissement. Il survint alors des évacuations alvines (qui avaient été sollicitées par des purgatifs), et en même temps de nouveaux vomissemens ; ces effets firent juger que la plus grande partie du poison ne tarderait pas à être expulsée des premières voies, et qu'il ne resterait plus à combattre que les accidens occasionnés par les principes de l'opium qui avaient été absorbés avant l'action des évacuans.

Cependant, dans la crainte qu'il ne restât quelques particules d'opium non dissoutes et adhérentes à la surface de la membrane muqueuse, surtout sous l'estomac, il ne parut pas prudent de prescrire des boissons acides qui, bien qu'employées avec avantage quand l'empoisonnement est dû à la teinture d'opium, sont regardées comme pouvant, dans le cas présent, devenir nuisibles en accélérant la dissolution des principes toxiques, et facilitant par conséquent leur absorption. En cet état de choses, le traitement dut être borné à aider les contractions de l'estomac par l'ingestion de grandes quantités d'eau tiède, et celles des intestins par des lavemens. On empêcha la malade de s'abandonner au sommeil, et on la tint constamment en mouvement. De plus, on lui fit prendre de temps en temps du café, une potion stimulante ammoniacale. Ces moyens furent continués jusqu'au moment où l'on jugea qu'on pouvait, sans danger, lui permettre de prendre de courts instans de repos, pendant lesquels on surveilla son état avec attention. Les symptômes qui furent observés pendant les premières heures, et qui peuvent, sans aucun doute, être rapportés à l'action du poison, furent peu nombreux ; les autres, tels que ceux fournis par l'état du pouls, de la peau et de la langue, peuvent être en partie rapportés à l'action des moyens de traitement. Toutefois, les symptômes qui se développèrent sous l'influence de l'opium furent très caractéristiques ; par exemple, une expression particulière de somnolence dans la contenance ; un air d'hébétude dans le regard ; la contraction de la pupille (état qui variait à peine, soit qu'on approchât les yeux d'une vive lumière ou qu'on les en éloignât) ; une tendance considérable, sinon même insurmontable, à tomber dans un profond assoupissement, non par degrés, mais tout d'un coup, la malade conservant toujours la faculté d'en être tirée aussi rapidement. Le pouls était petit et vite, la langue humide, la peau tantôt sèche et tantôt mouillée par une sueur froide ; mais ces divers symptômes présentés par le pouls, la langue et la peau, auraient pu d'ailleurs survenir par suite du vomitif et des autres moyens mis en usage, et, bien qu'il ne soit pas rare de les rencontrer dans les cas d'intoxication pas les opiacés, ils ne peuvent cependant, dans le cas dont il s'agit, être attribués entièrement à l'action de la substance vénénense.

10. — Second jour. La malade, qui a été constamment tenue éveillée, a à peine fermé les yeux pendant le cours de la nuit ; son état général est à peu près comme la veille, si ce n'est que les symptômes, somnolence, torpeur, etc., ont perdu un peu de leur intensité. Elle éprouve de la douleur à l'épigastre et dans l'abdomen. Elle a pris de grandes quantités de boisson. La quantité d'urine excrétée n'a rien d'excessif ; les selles provoquées par les laxatifs sont modérées ; le pouls petit et faible (68 pulsations par minute) ; la respiration se fait lentement.

La mixture ammoniacale, le café, etc., sont continués. On prescrit de ne laisser dormir la malade que le moins longtemps possible, de la faire remuer fréquemment, et, lorsqu'elle est couchée, de placer sa tête dans une position élevée.

11. — Troisième jour. La malade a eu des instans d'un sommeil lourd, agité par des rêves désagréables, et pendant lequel elle tressaillait et poussait des cris. Elle est constipée ; il n'y a pas eu d'urine depuis la veille, vers une heure après-midi ; la langue est humide, le pouls petit et à 96 ; les sensations sont confuses, le regard indique la propension au sommeil, les yeux sont sans mouvement, les pupilles toujours contractées. Les règles, qui auraient dû se montrer hier soir, n'ont pas encore paru.

Les mêmes moyens sont continués.

12. — Quatrième jour. La contenance s'est améliorée ; l'aspect des yeux est meilleur, bien qu'ils soient encore appesantis et sans expression ; les pupilles paraissent moins renversées et sont plus sensibles à l'influence de la lumière ; il n'y a pas eu d'urine excrétée depuis le 10, ce qui fait environ 48 heures. La malade toujours assoupie a dormi beaucoup ; elle a eu des rêves désagréables, et, pendant la veille, elle aperçoit des insectes, des mouches, etc. Il n'y a pas eu de garde-robes ; la langue est legèrement brune ; le pouls, petit et faible, est à 72.

13. — Cinquième jour. L'aspect général est meilleur ; les membres et le corps perçoivent le contact des corps étrangers, mais d'une manière encore obtuse ; la malade n'a pas bien la conscience de son état ; la tête est douloureuse et lourde ; les yeux sont pesans et font mal comme s'ils étaient comprimés ; l'excrétion de l'urine et les évacuations alvines ont eu lieu naturellement. L'écoulement menstruel n'a point encore paru.

On prescrit une mixture avec l'acide sulfurique dilué, à prendre trois fois par jour.

14. — Sixième jour. Amélioration se prononçant par degrés ; langue plus nette ; pouls à 72, très petit et faible ; tête encore douloureuse ; yeux pesans et faisant toujours ressentir la sensation d'une pression, mais seulement lorsqu'ils sont ouverts. La malade a essayé de lire, mais elle n'a pu le faire, les lettres ont tourbillonné devant elle ; elle a voulu tenter de coudre, mais ce travail lui a fatigué la vue et rendu la tête plus souffrante ; elle dort d'un sommeil pesant et tourmenté par des songes pénibles ; les selles et l'urine vont naturellement ; l'appétit est modéré, il y a de la soif ; les mains sont agitées d'un léger tremblement. La malade ne se plaint actuellement d'aucune douleur ; elle est tranquille, dit-elle, et indifférente à tout ; il lui semble qu'elle n'a plus d'idées, le

---

L'invasion et les migrations de la fièvre jaune ne se plient pas plus aisément aux opinions absolues des contagionistes et des non-contagionistes. La fièvre jaune paraît reléguée de temps immémorial dans la mer des Antilles et sur quelques plaines fangeuses du continent de l'Amérique. Les compagnons de Christophe Colomb la trouvèrent à cette place à la fin du quinzième siècle, et les navigateurs d'aujourd'hui l'y rencontrent toujours telle qu'on l'avait vue il y a quatre cents ans. Dans l'état ordinaire, cette affection redoutable se manifeste régulièrement chaque année sur ces parages pendant l'hyvernage, maltraitant à peu près exclusivement les nouveaux venus, pendant que les indigènes sont en proie à des fièvres d'accès pernicieux. Mais quelquefois, moins souvent à présent que dans les siècles passés, on la voit acquérir inopinément une activité extraordinaire et envahir alors les étrangers comme les indigènes, les nouveaux venus comme les habitans acclimatés. C'est en pareille circonstance qu'elle franchet les limites des lieux où elle est habituellement cantonnée, et qu'elle se propage épidémiquement dans l'Amérique du nord et dans l'Amérique du sud. Sa forme de propagation ne se borne même pas toujours, pendant ces années désastreuses, dans l'enceinte du Nouveau-Monde ; on la voit fréquemment traverser les mers et arriver sur les pas des voyageurs soit en Europe, soit en Asie. L'ancien continent a été plus d'une fois visité par cette fièvre formidable. La France, en particulier, l'a reconnue dans ses ports, notamment en 1800 et en 1821, au même instant où elle exerçait d'affreux ravages dans l'Andalousie, à Livourne et dans la Catalogne. Toutefois, les continens asiatiques et européens n'en ont jamais souffert de grands dommages ; il est même au moins douteux qu'elle s'y soit montrée ailleurs que dans quelques ports de mer, et tout au plus à quelques lieues loin des ports.

Les contagionistes et les anti-contagionistes n'ont pas manqué d'essayer de ramener les invasions successives de cette cruelle maladie à leurs vues étroites. Les contagionistes ont affirmé qu'elle s'est étendue par les rapports de peuples à peuples. Les anti-contagionistes, qu'elle avait voyagé sous l'influence d'émanations produites dans les lieux infectés ; les uns et les autres sont tombés dans des erreurs inévitables ; les contagionistes, en voyant partout un contact immédiat ou médiat des malades ; les anti-contagionistes, en niant dans tous les cas la puissance de ce contact. Si le contact seul était l'agent de la transmission de la fièvre jaune, d'où vient que cette fièvre ne se communique que dans certaines années, et que pour l'ordinaire elle reste resserrée entre les étroites bornes de quelques contrées de l'Amérique, y jouant le rôle de toutes les endémies ? Quand la fièvre jaune a franchi les frontières de sa contrée natale, comment serait-il possible, dans un tel système, qu'elle ne s'étendît pas au moins à toute l'Amérique ; comment se pourrait-il encore, lorsqu'elle a traversé les mers et qu'elle est parvenue jusqu'en Europe, que le contact immédiat ou médiat, fort difficile à empêcher, en dépit des moyens de séquestration et des cordons sanitaires, ne soit pas transmise, par exemple, de l'Andalousie au reste de l'Espagne, et de là dans toute l'Europe ; de Livourne au reste de l'Italie et dans toute l'Asie ; de Barcelone en France et en Espagne ? Ces objections invincibles doivent faire repousser comme une vue insoutenable l'idée que la contagion est la voie unique ou principale de la propagation de la fièvre jaune.

Mais pour repousser la contagion à titre de voie unique de transmission de la fièvre jaune, nous n'en devons pas moins reconnaître, contrairement au système des non-contagionistes, que le contact médiat ou immédiat figure parmi ces moyens de propagation. Trop de faits, et de faits authentiques, militent en faveur de l'existence de cette forme de transmission, pour ne pas forcer à cet égard la conviction des praticiens. L'infection à laquelle les anti-contagionistes imputent exclusivement cette transmission, est frappée d'impuissance quand il s'agit de savoir pourquoi ce fléau ne paraît spontanément que sur quelques points de l'Amérique, sans se produire dans d'autres points du même continent comme la Guyane, sans se produire non plus en Asie ni en Afrique, bien que les circonstances locales telles que le climat, l'etat du sol et ses productions ne diffèrent pas sensiblement. L'idée de l'infection n'explique pas mieux la force expansive de cette fièvre dans certaines années, sa circonscription relative dans d'autres temps ; pourquoi elle n'a envahi jusqu'ici, en Europe, que quelques régions de l'Espagne et de l'Italie, et ne s'est pas fait jour dans les autres régions, pourquoi elle s'y évanouit au bout d'un règne plus ou moins long, au lieu d'y prendre en quelque sorte droit de domicile dès que l'infection les a gagnées par tous les points.

Un coup-d'œil sur l'explosion et la marche du choléra achèvera de démontrer combien les contagionistes et les anti-contagionistes sont loin de résoudre d'une manière satisfaisante la question de la propagation des maladies générales. Le choléra, affection toute neuve, quoiqu'on puisse dire de ses analogies avec le choléra endémique dans les Indes-Orientales, est arrivé chez nous après avoir traversé l'Asie et une partie de l'Europe, en franchissant d'un saut l'espace interposé entre Londres et Paris. On a prétendu après coup qu'il s'était propagé de proche en proche, de Calais jusque dans la capitale ; cependant, les faits bien vus attestent qu'il s'est abattu brusquement de Londres sur Paris. Quoi qu'il en soit de la manière dont Paris en a été affecté, il est certain au moins que dans son expansion de Paris aux autres parties de la France, ce n'est pas de proche en proche, ni par un contact médiat ou immédiat qu'il s'y est étendu. L'infection que les non-contagionistes invoquent n'en explique pas mieux la marche et les progrès dans nos pays. Indépendamment des preuves innombrables qu'il serait facile d'en donner, nous en pouvons citer une décisive bien propre à renverser toutes leurs hypothèses : c'est que Lyon, entourée des victimes de l'épidémie, receptacle impur d'une foule d'émanations délétères, pénétrée d'humidité par les deux fleuves qui l'abreuvent, formée de maisons très hautes et de rues étroites et sinueuses, où l'air ne circule qu'avec une extrême difficulté, et dont toutes les circonstances paraissaient si favorables à une infection puissante et terrible, c'est que Lyon seule, entre toutes les principales villes de France, a été respectée jusqu'ici par l'affection cholérique. Si l'infection a amené le choléra, il reste toujours à déterminer la nature de la cause infectante, l'invasion commune des campagnes et des villes, des pays de montagnes et des pays de plaines, les raisons qui l'ont fait éclore en 1832 et qui nous en ont débarrassés depuis.

L'ensemble des données précédentes établit, sans réplique, que la transmission des maladies ne saurait être rapportée exclusivement ni à la contagion comme le disent les contagionistes, ni à l'infection, en l'absence de toute contagion, comme le soutiennent les anti-contagionistes. Cette propagation s'opère, spécialement pour les affections populaires ou générales, par une impulsion inconnue qu'on doit s'efforcer de déterminer, mais qui n'est ni la contagion ni l'infection, et que nous qualifions *d'épidémique*. La contagion et l'infection servent sans doute d'auxiliaire à la voie de transmission qu'elles tirent de leur propre fond ; mais il est inexact de rapporter absolument cette sorte de propagation soit à la contagion, soit à l'infection, soit encore au concours de l'infection et de la contagion. Quant aux affections particulières chez lesquelles on trouve très souvent la propriété de se communiquer par le contact ou l'inoculation, la vertu contagieuse n'est pas tellement inhérente à leur essence qu'elle ne puisse s'en détacher, en sorte que la transmission soit nulle ou presque nulle. Réciproquement une foule d'affections tant particulières que générales, privées ordinairement de la faculté contagieuse, l'acquièrent quelquefois accidentellement : nous citerons, entre autres, les affections éruptives, les affections catarrhales, la phthisie pulmonaire, la goutte ; enfin, toutes les maladies prennent ou perdent, selon les circonstances, le triste privilége de se communiquer par contagion ; et la preuve, ce sont les faits bien avérés de contagion allégués par les contagionistes, et les faits non moins irréfragables de non-contagion des mêmes affections, rassemblés par les anti-contagionistes. X...

— Le prince de Nassau et le prince Albert de Prusse viennent de faire une démonstration dont toute la ville de Berlin est préoccupée ; ils ont attaché à leur personne un médecin homœopathe, le docteur Eschmeyer.

temps lui paraît très long ; elle se sent encore de la disposition à l'assoupissement, et si elle voulait s'y laisser aller, elle pourrait en quelque sorte sommeiller toute la journée. Les règles ne sont point encore arrivées ; c'est le premier retard qu'elles éprouvent depuis qu'elles ont paru pour la première fois.

On continue la mixture sulfurique, et l'on permet un peu de nourriture.

15. — Septième jour. Le mieux a fait de nouveaux progrès ; le sommeil est bon et calme ; les menstrues ont paru, et coulent plus abondamment que de coutume.

On suspend tout traitement, et on continue de nourrir.

16. — Huitième jour. La malade va de mieux en mieux, et tout annonce un rétablissement complet et prochain (1).

— Cette observation est surtout intéressante, parce que les accidens qui pouvaient faire redouter une terminaison fatale se sont prolongés plus long-temps qu'ils n'ont coutume de le faire. On peut établir, en thèse générale, que les empoisonnemens les plus graves par l'opium entraînent la mort dans les huit heures qui suivent la prise du poison, et qu'il n'est qu'un très petit nombre de cas où la vie se prolonge pendant vingt-quatre heures. Or, dans le cas de Jeanne Jones, la tendance à l'assoupissement était encore considérable après quarante-huit heures. Chez cette malade, les effets de l'opium, non-seulement durèrent long-temps, mais se manifestèrent en outre avec une très grande rapidité.

(1) *The Prov. med. and surg. journn.*, novemb. 1841.

Sur l'eclampsie des femmes enceintes, nécessitant la ponction des membranes, et quelquefois l'hystérotomie; par M. le docteur GODEMER, médecin de l'hôpital civil d'Ambrières. (Mayenne.)

Dans l'éclampsie, les saignées et les révulsifs sont les seuls moyens que tout praticien doive mettre en œuvre; mais quand les saignées et les révulsifs n'enlèvent pas les convulsions, ou du moins ne diminuent pas les accidens, il est de précepte de rompre les membranes et de se hâter ou de faire la version, ou d'appliquer le forceps, suivant les circonstances. Il faut donc que les saignées et les révulsifs aient été mis en usage avant de tenter la rupture des membranes. La rupture de ces membranes peut être naturelle ou accidentelle; naturelle, quand elle est déterminée par les seules ressources de la nature accidentelle, quand elle est le résultat des manœuvres du chirurgien.

Dix-huit cas d'éclampsie se sont présentés à mon observation; j'ai toujours débuté dans le traitement de ces maladies par les saignées et par les révulsifs : sur bien des sujets ces moyens ne m'ont point réussi. Six fois seulement ils ont été couronnés de succès, tandis que la rupture des membranes a rarement trompé mes espérances.

Trois observations seront suffisantes pour donner une idée précise du mode de traitement que je mets en pratique dans l'éclampsie. La narration d'un plus grand nombre de cas ne serait qu'une répétition ; seulement je choisirai des femmes atteintes d'éclampsie à cinq mois et demi de grossesse ; à six mois, à presque neuf mois, et cela afin de donner un champ d'observation plus complet.

Première observation. — La femme Grandin, âgée de vingt-cinq ans, d'une taille moyenne, robuste, sanguine, enceinte de cinq mois et demi, à la suite d'une fatigue extrême, éprouve les accidens suivans : raideur tétanique des membres; suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles ; perte des sens ; vomissemens, émissions involontaires des urines ; pouls petit, intermittent; flexion du rachis tantôt en avant, tantôt en arrière ; les yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité extrême ; la bouche écumante. Ces accidens duraient depuis cinq jours consécutifs quand je fus appelé près de la malade : ils étaient suivis d'une prostration extrême et d'un coma profond.

Une saignée de six cents grammes fut pratiquée, de la glace fut mise sur la tête et renouvelée toutes les deux heures; un large vésicatoire fut posé à chaque cuisse ; [illegible] sangsues furent placées au siége ; on appliqua des cataplasmes émolliens très chauds sur l'abdomen et des sinapismes aux pieds; on donna pour boisson de l'eau de tilleul.

Le lendemain rien n'était changé.

Le troisième jour l'état de la malade étant toujours le même, et, n'ayant trouvé l'orifice utérin dilaté que pour recevoir deux doigts, je rompis les membranes avec la sonde à dard, les eaux s'écoulèrent, les accès d'éclampsie furent plus rares. La journée, la nuit, le lendemain, se passèrent de même.

Le lendemain au soir aucun changement, point de commencement dans le travail ; toujours même dureté et même rigidité du col ; rien ne fait présumer une terminaison désirable ; les accidens redoublent d'intensité.

La femme Grandin et l'enfant qu'elle portait allaient périr : il ne restait d'espoir que dans l'hystérotomie ; je fus loin de balancer un instant : cette opération fut pratiquée en douze minutes et trois secondes.

Un enfant du sexe masculin fut amené vivant. L'opération et ses suites ne présentèrent rien de remarquable. L'enfant vécut treize heures. Trente-trois jours après la femme Grandin était en pleine convalescence.

Deuxieme observation. — Le 3 novembre 1832, je fus appelé près de la femme Lerey, petite, maigre, nerveuse, âgée de vingt-huit ans, enceinte de six mois. A mon arrivée, je fus témoin de l'accès suivant ; raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions énergiques de tous les muscles; perte de sens ; hoquets ; palpitations ; émissions involontaires des urines ; lèvres écumeuses ; pouls obscur, serré; pupilles dilatées, yeux tantôt fixes, tantôt d'une mobilité effrayante ; le tronc courbé en avant. L'accès dura vingt-trois minutes, et fut suivi d'une grande faiblesse et d'un coma profond. Depuis douze jours, la femme Lerey était sept ou huit fois par jour en proie à ces sortes d'accès.

Je fis une saignée de six cent cinquante grammes ; je prescrivis en outre des applications de douze sangsues aux cuisses, de vésicatoires aux jambes, de sinapismes aux pieds, de glace sur la tête (cette dernière application renouvelée de deux heures en deux heures) et de cataplasmes émolliens sur l'abdomen.

Le lendemain, bien qu'il y eût du mieux, tous les symptômes semblaient s'aggraver. Même prescription que la veille.

Le soir, ne voyant aucun changement, j'ouvre les membranes avec la sonde à dard, les eaux s'écoulent bien ; quelques heures après (huit heures), les accès deviennent plus fréquens, tout semble présager une mort certaine : le col était dur et long ; l'orifice permettait à peine l'introduction de deux doigts. Je ne vis de possible et de raisonnable que l'opération de l'hystérotomie vaginale, opération à laquelle j'eus recours sur-le-champ. Sa durée fut de quatorze minutes ; son résultat fut un enfant du sexe masculin, qui ne vécut que deux heures trente-sept minutes. Quarante-un jours après, la femme Lerey pouvait vaquer à ses occupations journalières.

Troisième observation. — Madame B..., d'Ambrières, d'un tempérament lymphatique, âgée de dix-neuf ans, est enceinte pour la première fois. Elle a atteint le terme de sa grossesse, moins une douzaine de jours. Pendant un incendie qui dévorait une partie de sa fortune, elle tombe sans connaissance et comme morte. Arrivé près d'elle, je fus témoin d'un accès d'éclampsie : pertes de sens ; raideur tétanique des membres, suivie alternativement de contractions violentes des mêmes parties; vomissemens ; émissions involontaires des urines ; bouche écumeuse ; yeux tantôt fixes, tantôt mobiles; pouls petit, concentré ; le tronc courbé tantôt en avant, tantôt en arrière.

Sur-le-champ, je fis une saignée de six cents grammes au bras ; une heure après, quinze sangsues furent placées au siége ; je fis mettre en outre un vésicatoire à chaque cuisse, de la glace sur la tête (renouvelée toutes les deux heures), des cataplasmes émolliens très chauds sur le ventre, des sinapismes aux pieds.

Appelé de nouveau au milieu de la nuit, je fus témoin, dans l'espace de trente-une minutes, de deux accès violens, et j'appris que, depuis ma première visite, les accidens avaient augmenté d'heure en heure, malgré le traitement employé.

La position étant critique, j'ouvre les membranes avec la sonde à dard. Comme par enchantement, plus d'éclampsie, et cela pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, un accès survient et semble déterminer les douleurs de l'enfantement. En effet, vingt-cinq minutes après cet accès, madame B... mit au monde un enfant du sexe féminin, bien vivant. Cet enfant, qui a maintenant sept ans, jouit d'une bonne santé. Madame B... a eu deux enfans depuis cette époque; mais jamais l'éclampsie n'a reparu.

Avant de pratiquer l'opération, je fis mettre la femme Grandin pendant six minutes dans un bain chaud ; au sortir du bain, elle fut placée sur un lit, les jambes et les cuisses fléchies. Un bistouri droit, boutonné, fut porté le long de l'indicateur dans l'orifice du col, et trois incisions verticales faites, l'une sur la partie antérieure, les deux autres sur les parties latérales du col utérin, produisirent une dilatation sensible. La quantité de sang perdue pendant cette opération me parut pouvoir être évaluée à 40 grammes. Mon bistouri était à peine retiré que le pied droit se présenta accompagné de la main du même côté, et d'une anse du cordon ombilical. Il y avait inertie complète de la matrice ; les accès d'éclampsie ne s'étaient pas renouvelés depuis le commencement de l'opération.

Après avoir rentré d'abord le cordon ombilical, ensuite la main, et cela dans l'ordre de leur sortie, je fus chercher d'abord le pied gauche : les deux pieds obtenus, je fis des tractions légères de droite à gauche, les épaules se présentèrent de suite ; je fis toujours des tractions, les bras se dégagèrent seuls ; la tête franchit rapidement, une fois les bras sortis. L'expulsion du placenta ne se fit pas attendre, elle eut lieu de suite. Il s'écoula, depuis la sortie du bain jusqu'à l'expulsion du placenta, douze minutes trois secondes. Des bains de siége répétés tous les deux jours, des injections émollientes deux fois par jour, la diète les premiers jours, puis une nourriture fortifiante prise en petite quantité et souvent, le repos le plus absolu, amenèrent au bout de trente-trois jours l'état le plus satisfaisant.

Le même mode d'opérer fut suivi pour la femme Lerey : seulement, au lieu de trois incisions il n'en fut pratiqué que deux : l'une sur la partie latérale droite, l'autre sur la partie latérale gauche du col utérin. La quantité de sang perdue me parut pouvoir être évaluée à 50 grammes. Les accès d'éclampsie ne furent ni plus rares, ni moins violens. La malade avait la figure très injectée, les yeux vifs, mobiles ; son agitation était extrême. Cette opération pratiquée, la tête se présenta ; l'enfant fut expulsé, ainsi que le placenta, par les seules ressources de la nature. Les douleurs se succédèrent rapidement; la sortie du fœtus et du placenta s'opéra dans l'espace de quatorze minutes. Le lendemain, la fièvre était violente, le ventre sensible, la langue rouge, la soif vive. Quinze sangsues au siége firent cesser tous les accidens inflammatoires commençans.

Comme pour la femme Grandin, le traitement consista en des bains de siége tous les deux jours, en des injections émollientes tous les jours ; la diète la plus sévère les premiers jours, ensuite une bonne nourriture prise en petite quantité et souvent ; le repos le plus absolu. Quarante jours après la femme Lerey était parfaitement guérie.

Il est difficile de rencontrer des exemples d'éclampsie d'un intérêt plus grand : jamais caracteres de maladie n'ont été plus tranchés, jamais aussi medication plus active ne put être mise en usage.

Les auteurs qui traitent de l'accouchement n'indiquent pas d'une manière précise les règles à suivre dans le traitement de l'éclampsie ; ils avouent par là que l'expérience et la comparaison des faits déjà observés doivent servir de guide au praticien, et que, suivant les circonstances dans lesquelles il se trouve, il doit ou temporiser ou agir. Pouvait-il en etre autrement jusqu'à ce qu'une masse imposante de faits permît d'établir des principes fixes, invariables ?

Malheureusement cela n'est pas encore possible. Cependant, dans le traitement à suivre dans cette affection, la science a fait des progrès. Ainsi, il est bien reconnu qu'après l'écoulement des eaux, les accès d'éclampsie deviennent plus rares : d'où je conclus que, dans cette maladie, il faut se presser d'ouvrir les membranes.

Toutes les fois que l'éclampsie est rebelle aux saignées et aux révulsifs, il ne faut point balancer à ouvrir les membranes, car presque toujours il en résulte, au moins pendant quelques heures, de la diminution dans les accidens. La femme Grandin et mad. B. nous en fournissent des preuves remaquables. Les accès étant moins fréquens après l'écoulement des eaux, il est évident que la distension de l'utérus est la cause ou qui entretient ou qui détermine cette affection.

Deux fois seulement j'ai vu les accès d'éclampsie continuer et même redoubler après l'écoulement des eaux ; deux femmes ont succombé, l'une pendant le délivrance, l'autre vingt-cinq minutes après avoir été délivrée.

Il est encore bien reconnu, qu'une fois la poche des eaux ouverte, il faut attendre plusieurs heures avant que de tenter la version du fœtus ; mais, pour accorder ce temps à la matrice, dont tous les efforts tendent à se délivrer du produit qu'elle contient, il faut que la femme soit dans des conditions favorables. Par exemple, il faut que les accès d'éclampsie aient diminué de beaucoup, s'ils n'ont pas disparu en entier ; il faut que l'inertie de la matrice ne soit pas opiniâtre ; il faut que la dureté et la rigidité du col ne soient pas invincibles ; il faut, en un mot, que la vie de la mère et celle de l'enfant ne soient pas compromises par cette temporisation.

La rupture des membranes ne lève pas toutes les difficultés ; elle offre seulement, au milieu de dangers sans nombre, une chance de succès. Quand l'éclampsie, après la sortie des eaux, n'a cédé en rien de son intensité ; quand le col ne présente aucune dilatation ; quand l'inertie de la matrice semble augmenter les accidens, que faire ? Pratiquer l'hystérotomie vaginale est la seule planche de salut. Ou faire cette opération, ou abandonner la malade à une mort certaine, telle est l'alternative rigoureuse contre laquelle il faut lutter. Dans une position aussi critique, au milieu de scènes de douleurs aussi nombreuses que déchirantes, il faut, comme je l'ai fait, pratiquer l'hystérotomie.

Je n'ai qu'à m'applaudir d'y avoir eu recours sur les femmes que je viens de citer, parce que ces femmes ont échappé à un danger évident.

Ainsi, il faut, quand la version n'est pas praticable, avoir recours à l'hystérotomie vaginale.

Avant de finir je dois dire que chaque fois que j'ai traité une femme atteinte d'éclampsie, j'ai remarqué que le eaux de l'amnios étaient plus abondantes qu'el es ne le sont d'habitude (1).

(1) *Rec. des trav. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1841.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre. — Présidence de M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre ministérielle qui prévient l'Académie que le roi la recevra le premier de l'an.

Les douze membres désignés par le sort pour cette députation, sont : MM. Lecanu, Andral père, Londe, Huzard, Velpeau, Louis, Guene u de Mussy, Baudelocque, Delens, Barbier, Guibourt et Burdin (jeune).

Un médecin égyptien écrit à l'Académie que des établissemens de consultation publique et gratuite viennent d'être constitués au Caire.

M. Londe demande la parole pour une proposition. Chacun de nous, dit-il, connaît l'arrêté du conseil général des hôpitaux de Paris, qui interdit aux médecins et chirurgiens d'ouvrir les sujets morts dans leur service et réclamés par leurs familles, et qui ne permet l'autopsie que sur l'autorisation écrite des parens. Déjà la Faculté de médecine a protesté contre un pareil arrêté, dont je n'ai pas besoin de faire ressortir toutes les funestes conséquences pour les études médicales et pour les progrès de la science. Il paraîtrait même que M. le préfet de police aurait ordonné de surseoir à cette délibération du conseil des hôpitaux, jusqu'à ce que M. le ministre y eût avisé. Je fais donc la proposition formelle que l'Académie profite de l'occasion des réceptions du jour de l'an, pour réclamer auprès du pouvoir supérieur contre une mesure qui porterait un coup fatal aux sciences médicales, si elle était sanctionnée.

Plusieurs membres appuient cette proposition.

M. Renoult pense que l'Académie, n'ayant pas été consultée à cet égard, ne doit point prendre l'initiative.

M. Dupuy dit qu'il faut réclamer contre l'arrêté dont M. Londe vient de parler ; mais l'Académie a un réglement et il faut le suivre. Il propose en conséquence, que le conseil d'administration de l'Académie écrive à M. le ministre, pour lui demander une audience à ce sujet.

M. Londe craint que ces démarches ne fassent perdre un temps précieux.

M. Emery demande qu'on écrive à l'instant même soit à M. le ministre de l'intérieur, soit à M. le ministre de l'instruction publique, et qu'on proteste immédiatement.

M. Mérat appuie la proposition de M. Dupuy.

M. Adelon est fâché qu'on discute sur une pareille question. L'Académie, dit-il, doit prendre une décision prompte. La proposition de M. Dupuy est conforme au réglement ; il faut la mettre immédiatement aux voix.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Elections.

Election de cinq membres pour le comité de publication.

Les membres sortans sont : MM. Bousquet, Boutron-Charlard, P. Dubois, Bégin, Ferrus. — Sont nommés, MM. Bousquet, Jobert (de Lamballe), Delens, Caventou, Baudelocque.

Election de deux membres pour la commission des épidémies.

Les membres sortans sont : MM. Renauldin, Honoré. — Sont nommés : MM. Martin-Solon, Louis.

Election de deux membres pour la commission des eaux minérales.
Les membres sortans sont : MM. Delens, Patissier. — Sont nommés : MM. Rayer, Ferrus.

Election de deux membres pour la commission de vaccine.
Les membres sortans sont MM. Baudelocque, Villeneuve. — Sont nommés : MM. Cornac, Bousquet.

Election de deux membres pour la commission des remèdes secrets.
Les membres sortans sont : MM. Guibourt, Cornac. — Sont nommés : MM. Villeneuve, Pelletier.

Election de deux membres pour la commission de statistique et de topographie médicale.
Les membres sortans sont : MM. Gerardin, Thillaye. — Sont nommés : MM. Nacquart, Burdin.

— *M. Huzard* fait un court rapport sur deux observations qui n'offrent aucun intérêt vu le peu de détails dont elles sont accompagnées.

— *M. Baraduc*, interne de M. Bérard aîné, à l'hôpital Saint-Antoine, lit l'observation très détaillée d'un sujet qui a succombé à la morve dans son service ; il met sous les yeux de l'Académie les pièces pathologiques.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 28 décembre. — Présidence de M. Serres.

Prix décernés pour l'année 1840.

Sciences physiques. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix de physiologie expérimentale a été donné au mémoire intitulé : Recherches expérimentales sur l'inanition, par M. Ch. Chossat.

Une mention honorable est accordée au mémoire ayant pour titre : Nouvelles recherches sur l'urine humaine, par M. Lecanu.

Le mémoire de M. Matteucci, sur les phénomènes électriques des animaux, est renvoyé pour le concours de 1841. ce travail annonçant plusieurs faits importans que la commission n'a pas été à même de vérifier.

Prix de médecine et de chirurgie. — L'Académie a accordé, à titre de prix, la somme de 6,000 francs, à M. Tanquerel-des-Planches, pour son livre intitulé : Traité des maladies de plomb ou saturnines, et une somme de 4,000 francs à titre d'indemnité et d'encouragement à M. Amussat, pour ses Recherches sur l'introduction de l'air dans les veines.

Prix proposés par l'Académie des sciences.

Grand prix proposé en 1837 pour 1839, et remis au concours pour 1843 : « Déterminer, par des expériences précises, quelle est la succession des changemens physiques, chimiques et organiques qui ont lieu dans l'œuf, pendant le développement du fœtus, chez les oiseaux et les batraciens.

» Les concurrens devront tenir compte des rapports de l'œuf avec le milieu ambiant naturel ; ils examineront par des expériences directes l'influence des variations artificielles de la température et de la composition chimique de ce milieu. »

Grand prix des sciences physiques proposé pour 1837, puis pour 1839, et remis au concours pour 1843.

L'Académie avait proposé pour 1837, la question suivante : « Déterminer par des recherches anatomiques et physiques quel est le mécanisme de la production du son chez l'homme et chez les animaux vertébrés qui jouissent de cette faculté. »

Cette question n'ayant pas été résolue, l'Académie la remit au concours pour 1839 en la modifiant.

Six mémoires ont été envoyés au concours, mais la commission n'a pas jugé ces travaux dignes du prix ; en conséquence l'Académie a remis la question au concours pour 1843, mais en la divisant en deux parties : l'une destinée aux recherches anatomiques, l'autre aux recherches d'acoustique et de physiologie. Cette question sera donc le sujet de deux prix de 3,000 francs chacun.

Prix relatif à la vaccine.

L'Académie renouvelle qu'elle a proposé pour sujet d'un prix de 10,000 fr., qui sera donné, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1842, la question suivante :

« La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue, ou bien ne serait-elle que temporaire ?

» Dans ce dernier cas, déterminer par des expériences et des faits authentiques, le temps pendant lequel la vaccine préserve de la variole.

» Le cow-pox a-t-il une vertu préservatrice plus certaine ou plus persistante que le vaccin déjà employé à un nombre plus ou moins considérable de vaccinations successives ?

» En supposant que la qualité préservatrice du vaccin s'affaiblisse avec le temps, faudra-t-il le renouveler et par quel moyen ?

» L'intensité plus ou moins grande des phénomènes locaux du vaccin a-t-elle quelque relation avec la qualité préservatrice de la variole ?

» Est-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne, et, dans le cas de l'affimative, après combien d'années faudra-t-il procéder à de nouvelles vaccinations ? »

Le concours sera fermé le 1er avril 1842.

Prix fondé par M. Manni (1,500 fr.), *porfesseur à Rome.*

Concours de 1837 remis à 1839, puis à 1842.

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes ?

» Quels sont les moyens de prévenir les enterremens prématurés ? »

Le concours sera fermé le 1er avril 1842.

— Après la proclamation des prix, M. Arago, secrétaire perpétuel, a lu la biographie de Condorcet, ancien secrétaire de l'Académie des sciences. Cette lecture, qui a duré plus de deux heures, a fixé jusqu'au dernier moment l'attention des auditeurs et a excité des marques répétées de la plus vive sympathie. Nous regrettons que nos attributions toutes spéciales ne nous permettent pas de consacrer nos colonnes à des extraits qui, mieux que nos paroles, pourraient faire apprécier ce magnifique éloge.

REVUE THERAPEUTIQUE.

De la pulvérisation du mercure doux, ou calomélas.

Quoique la porphyrisation de l'eau soit impérieusement recommandée, elle n'est point malheureusement mise en pratique généralement, ce que l'on doit attribuer le plus souvent à ce que l'instrument propre à porphyriser de se rencontre pas toujours dans le laboratoire modeste des pharmaciens. Quelquefois aussi la petite quantité de calomel que l'on a à pulvériser ne semble pas devoir réclamer la porphyrisation : l'on croit avoir rempli toutes les conditions quand on a broyé plus ou moins soigneusement la matière dans un mortier. Parfois même on néglige de s'assurer si le calomel est exempt de deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif). Ce sont là autant de fautes qui peuvent donner lieu à des résultats fâcheux dans la pratique.

Mais la pulvérisation du calomélas, telle qu'elle est recommandée, n'est pas elle-même à l'abri de reproches. D'abord, elle peut fournir une poudre qui varie en ténuité, selon que la dilution est plus ou moins soigneusement exécutée, ce qui fait varier aussi son activité médicale ; il conviendrait donc de régulariser la dilution, c'est-à-dire de fixer le moment de la décantation, si l'on voulait obtenir une poudre ténue et toujours identique ; ensuite, l'emploi de la porphyrisation n'est pas sans offrir quelques inconvéniens à cause de l'irrégularité de sa marche, et par l'obligation de ramener la matière à chaque instant sur la molette, et par la fréquente nécessité de l'enlever du porphyre pour séparer, par dilution, la poudre ténue de celle qui ne l'est pas encore.

Aviser à un moyen simple, continu, débarrassé de tout ce qui peut compliquer une opération, et surtout parvenir à obtenir un médicament toujours d'une même ténuité, par conséquent constant dans ses propriétés ; tel doit être le but que se propose le pharmacien consciencieux. M. F.-G. Leroy croit y être parvenu par le procédé suivant qu'il met en pratique depuis plus de douze ans.

On prend un mortier d'une grande capacité à bords élevés, soit de verre, de porcelaine ou de wedgwood, avec un pilon de même nature et à base large. On broye d'abord le calomel sans eau, puis avec de l'eau chaude que l'on a soin de renouveler jusqu'à ce que, essayée par les réactifs (la potasse caustique et le gaz sulfhydrique), elle soit reconnue entièrement privée de deuto-chlorure de mercure en solution. Arrivé à ce point, on continue le broiement du calomel avec de l'eau à la température de l'air ambiant et sous une couche de trois centimètres au moins (un pouce) d'épaisseur ; cette couche de liquide est nécessaire pour ramener toujours sous le pilon la quantité de calomel qui se dépose parfois sur les parois du mortier.

Lorsqu'on juge qu'il existe déjà une bonne quantité de poudre bien ténue, alors on verse de l'eau dans le mortier jusqu'à la hauteur de vingt à vingt-cinq centimètres (sept à huit pouces) ; on fait soulever toute la masse en lui imprimant avec le pilon un mouvement circulaire : on laisse déposer pendant deux secondes seulement, puis on décante sur un filtre disposé à l'avance dans un entonnoir. On continue ainsi le broiement et la décantation successivement, jusqu'à ce que la totalité du calomel soit arrivée à l'état de poudre ténue.

Ce procédé, comme on le voit, est des plus simples, et dispense de recourir à toutes ces manœuvres que demande la porphyrisation ; il présente ce double avantage, qu'il peut être mis en pratique dans une officine, et qu'il permet de suivre l'opération avec la plus grande facilité. Quand l'opération a été conduite avec soin, on obtient une poudre d'une grande ténuité et d'une blancheur qui se rapproche de celle du mercure doux à la vapeur. (*Jour. de Chim. méd.*, nov. 1841.)

Traitement de la blennorrhagie urétrale par l'emploi du chlorure de chaux ; par M. Roussr, de Bagnères-de-Bigorre.

Lorsque les urines coulent difficilement, je prescris pendant deux ou trois jours de boire abondamment de l'eau sucrée, non pas froide, mais plus que tiède, l'eau froide étant peu facile à digérer par certaines personnes, et d'ailleurs l'eau un peu chaude excitant plus facilement la sécrétion urinaire. Les boissons empêchent en procurant des urines fréquentes l'extension de la phlogose par la présence du pus dans le canal, extension qui me paraît se faire par inoculations successives et envahir ainsi une plus grande partie de la muqueuse du canal. S'il est vrai qu'en agissant ainsi, on puisse borner le mal dès son début à la partie antérieure de l'urètre, il est encore plus rationnel de chercher à détruire le principe contagieux des matières sécrétées au moyen d'injections de nature spéciale.

J'ai guéri au début une centaine de malades affectés de blennorrhagie au moyen des injections chlorurées dans l'urètre, et de pilules de chlorure de chaux. Ces succès m'encouragent à proposer cette médication.

Les injections ont été faites avec :

Eau,	210 grammes.
Chlorure de chaux purifié,	120 centigrammes.
Laudanum de Sydenham,	4 grammes.

On pratique trois injections par jour.

Les pilules contiennent chacune dix centigrammes de chlorure de chaux, plus un centigramme d'extrait gommeux d'opium ; le malade en prend environ six par jour de deux heures en deux heures.

— Les journaux américains annoncent la mort du docteur William Dewees, professeur d'accouchemens à l'université de Pensylvanie.

— M. Vialannes, attaché en qualité de professeur-adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est chargé du cours de pharmacie dans ladite école.

M. Sené, professeur titulaire de chimie et de pharmacie, se bornera en conséquence à l'enseignement de la chimie.

M. Aguély, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques dans ladite école ;

Il sera chargé, en outre, du cours de pathologie externe, jusqu'à ce qu'il ait été pourvu régulièrement audit cours.

— Le docteur Eydoux, médecin distingué de la marine, qui avait fait partie des deux voyages autour du monde entrepris par la *Favorite* et la *Bonite*, est mort à la Martinique de la fièvre jaune.

M. Dunand, pharmacien, prépare un papier très avantageux par sa finesse et son adhérence : garantissant du froid et de l'humidité, il remplace les emplâtres de poix de Bourgogne dont on fait usage contre les rhumes invétérés, les maux de reins ; il guérit les douleurs rhumatismales, le tic douloureux et les tiraillemens de la peau.

Imprimerie de Béthune et Plon, rue de Vaugirard, 36.

SUPPLÉMENT au nº du 3 février 1842.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME 3, DEUXIÈME SÉRIE,

(1841)

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

A

bcès de la cloison des fosses nasales (Maisonneuve), 59. — hydatique du foie contenant 40 livres de pus ; guérison (Portal), 112. — du sein (Trousseau), 116. — du foie avec perforation de l'estomac et des parois abdominales ; guérison (Kreig), 129. — du sein ; compression (Trousseau), 156. —profonds de l'aisselle ; remarques pratiques sur les phlegmons de cette région (Velpeau), 160. — stercoral au flanc droit (Maisonneuve), 171. — de la paroi abdominale antérieure ayant fusé dans le scrotum (Blandin), 249. — du sein (Dubois), 264. — du cerveau s'étant traduit pendant la vie par les seuls symptômes d'une méningite partielle à sa période d'excitation, et sans aucune altération dans les organes du mouvement et du sentiment (Cruveilhier), 296. — des seins ; compression (Trousseau), 596.

cadémie de Médecine, 11, 25, 37, 49, 61, 73, 92, 105, 117, 129, 141, 154, 165; nomination de M. Huzard, 177, 189, 202, 213, 226, 238, 249, 261, 273, 285, 297, 310, 321, 333 ; empoisonnement par l'acide arsénieux, 343 ; intoxication arsenicale, 355, 367, 380, 392, 409, 413, 425, 437, 449, 461, 473, 485, 497, 509, 522, 533, 541, 553, 565, 576, 584, 589, 600, 608, 614 ; nominations du bureau pour 1842, 625, 637.

cadémie de médecine belge ; son organisation, 546.

cadémie des Sciences. Nomination de M. Serres, président, et de M. Poncelet, vice-président, 21 ; 26, 45, 66, 84, 92, 133, 143, 162, 173, 185, 197, 210, 226, 233, 246, 258, 270, 282, 293, 317, 330, 342, 354, 366, 390, 409, 434, 446, 457, 468, 482, 494, 505, 517, 528, 550, 562, 577, 589, 605, 608, 625, 638.

ccouchement laborieux ; hémorrhagie abondante ; diagnostic d'une tumeur abondante ; changemens survenus dans celle-ci depuis le séjour de la malade à la clinique (Chomel), 92. — prématuré ; dysménorrhée consécutive; métrite granulée (Chomel), 92. — provoqué par l'emploi de l'ergot de seigle ; mort de l'enfant (P. Dubois), 153. — difficile ; femme de 40 ans, primipare; fièvre puerpérale (P. Dubois), 196. — application du forceps (P. Dubois), 248. — fièvre puerpérale ; mort (P. Dubois), 299. — fœtus mort (P. Dubois), 332. — enfant chétif ; apoplexie du placenta (P. Dubois), 332. — Leçons de M. P. Dubois sur l'accouchement : de l'—, 384 ; phénomènes, 395; mécanisme naturel, 412, 432 ; mécanisme de l'accouchement spontané dans les positions du tronc, 444 ; soins que réclame la femme pendant le travail, 451, 496 ; soins que réclame l'enfant après sa naissance, 512.

cide urique transformé en acid

cupuncture (De l') dans l

seau), 6.

lbuminurie (Trousseau), 1

seau), 596.

énation (Observati

), 571.

s (Du traitem

issement de

la jaunisse a été la conséquence de la pression du sac (Wilson), 436.

Ankylose angulaire du genou ; traitement par le procédé de M. Duval ; guérison (Phillips), 128.

Anthrax bénin (Blandin), 319.

Antimoine (Moyen facile de distinguer l') de l'arsenic (Marsh), 582.

Anus (Fissure à l') ; extrait de cachou (Trousseau), 85. — artificiel (Deuxième mémoire sur la possibilité d'établir un) dans les régions lombaires gauche et droite, sans ouvrir le péritoine (Amussat), 491, 495.

Aponévrose plantaire (Rétraction inflammatoire de l') ; récidive; tendance au varus (Guersant), 89.

Apoplexie du placenta ; conséquences qu'elle entraîne relativement au développement du fœtus (P. Dubois), 123. — mort de l'enfant (P. Dubois), 197. — récidive (P. Dubois), 248.

Arrachement complet des tégumens des parties externes de la génération (Desmarquette), 257.

Arsenic (Présence de l') dans le fer et dans les os humains (Schafhaentl), 33.

Arsenicale (Intoxication) ; procès d'Aix (Rognetta), 371.

Artère cubitale (Ligature de l'), (Maisonneuve), 59.

Arthrite aiguë ; son traitement (Fouquier), 559.

Association des médecins de Paris, 62.

Asthme nerveux ; datura-stramonium (Trousseau), 100.

Avortement au troisième mois de la grossesse ; rétention du placenta dans l'utérus (P. Dubois), 331.

B

Balle (Extraction d'une) renfermée dans l'articulation du genou depuis vingt-sept ans ; guérison sans accidens (Velpeau), 200.

Bassin (Déformation du) ; sortie du cordon ; mort du fœtus ; accouchement naturel ; fièvre puerpérale (P. Dubois), 332. — travail long-temps prolongé ; rupture de l'utérus ; mort ; circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit s'abstenir (P. Dubois), 340.

Bégaiement. (Note sur la guérison du), 90. — Guérison par la section des muscles de la langue (Amussat), 93. — Traité par

C

Calcul vésical chez un jeune sujet ; rejet de la lithotritie à cause du volume et de la dureté du calcul (Roux), 58. — en ayant imposé pendant plusieurs jours pour une affection spasmodique du col de la vessie ; passage du petit calcul dans l'urètre ; nécessité de recourir à la boutonnière (Guersant), 121. — Taille latérale ; emploi du lithotome caché du frère Côme (Roux), 148.— urinaires (Dissolution des), (Leroy-d'Etiolles), 149. — vésical engagé dans l'urètre ; opération de la boutonnière ; état adynamique ; angine gangréneuse; mort (Guersant), 168. — Taille bi-latérale ; hémorrhagie inquiétante ; tamponnement de la plaie (Guersant), 215. — de onze lignes de diamètre formé au centre d'oxalate, et à l'extérieur de phosphate de chaux, chez une jeune fille de onze ans ; tentative de taille urétrale en province ; emploi de la lithotritie ; guérison sans aucun accident (Amussat), 253. — de la grosseur d'une petite noix chez un homme de 65 ans ; engorgement considérable de la prostate avec développement du mode de pathologie ; cinq séances de lithotritie ; guérison (Leroy-d'Etiolles), 336. — urinaire organisé sur un brin de paille ; autopsie (Norrys), 349. — vésical ; taille bi-latérale ; guérison (Guersant), 476. — d'acide urique de 2 pouces dans son diamètre transversal et de 18 lignes dans son épaisseur, offrant en outre 14 aspérités ou saillies très marquées ; homme de soixante-six ans ; tumeur fongueuse de la grosseur d'une noix développée à la partie inférieure de l'orifice interne de l'urètre ; lithotritie jugée avec raison dangereuse, sinon impossible ; taille hypogastrique pratiquée avec succès (Civiale), 589. — urinaire; agens propres à opérer leur dissolution (Ure). 596.

Calculeux (Fragmens) accumulés et arrêtés dans l'urètre à la suite de la lithotritie ; remarques pratiques à l'occasion du fait publié dans le nº 148, 594.

Calculeuses (Affections) ; expulsion successive de sept ou huit graviers ; signes rationnels de la pierre ; lithotritie (Guersant), 121. — Procédé opératoire généralement suivi avec succès (Ossipovski), 189.

Cancer de l'estomac (Des diverses espèces de), (Trousseau), 6. — de la lèvre inférieure; chéiloplastie au moyen de deux lambeaux triangulaires pris dans la région mento-hyoïdienne (Vailhé), 116. — de la lèvre inférieure ; chéiloplastie avec lambeau quadrilatère pris dans la région mento-sus-hyoïdienne (Vailhé), 125. — de la lèvre inférieure ; chéiloplastie avec lambeau pris dans l'épaisseur des joues (Vailhé), *Ibid.* — de la main ; désar-

Céphaloematome (P. Dubois), 247, 288.

Charbon retiré des poumons d'un charbonnier (Quevenne), 362.

Chirurgien (Rôle du) au lit des malades ; discours d'ouverture de M. Velpeau, 551.

Chlore (Mode de prescription du) pour l'usage interne (Lepage), 622.

Chloro-anémie accompagnée d'une névrose gastro-intestinale, considérée et traitée pendant long-temps comme une affection organique du tube digestif ; emploi des toniques et des révulsifs ; guérison en deux mois et demi (Bouillaud), 548.

Chlorose ; de la récidive (Trousseau), 127. — son diagnostic; de l'anémie proprement dite, symptômes gastro-intestinaux concomitans ; ipécacuanha ; réflexions sur les indications dans ces maladies (Trousseau), 157. — intense ; gastralgie ; bruits de souffle du côté du cœur (Monneret), 511. — et chloro-anémies observées dans le service depuis quelques mois; réflexions ; des erreurs de diagnostic souvent commises au sujet de ces affections (Bouillaud), 559.

Chlorure d'oxyde de sodium (Observations sur les bons effets du) administré à l'intérieur dans le traitement des fièvres intermittentes, considéré surtout comme prévenant les rechutes (Thomas), 277. — d'argent; son usage (Ferry), 566.

Choléra sporadique ; cyanose ; suppression des urines (Monneret), 469.

Chorée, danse de Saint-Guy (Trousseau), 101.

Chutes ; faits remarquables (Pasquier fils), 120, 121, 124, 125.

Cigue (Préparation de l'emplâtre de), (Lepage), 574.

Cocote (Remède contre la) des bêtes à laines (Malingié), 286.

Coeur (Quelques réflexions sur les cas de maladies du) observées dans le service de la clinique (Bouillaud), 427. — (Adhérence du) au péricarde ; ossification des valvules sigmoïdes ; altération organique du foie (cirrhose) ; cancer de l'estomac (Monneret), 471.

Coït (Du) comme moyen curatif de certains engorgemens blennorrhagiques des testicules (Ferry), 41.

Colique de plomb ; paralysie du deltoïde et des extenseurs de l'avant-bras (Monneret), 540.

Concours pour la chaire de médecine opératoire, 6, 12, 26, 57, 62, 66, 69, 86 ; incident de la séance, 94, 97, 106, 110, 114, 122, 124, 130, 134, 138 ; nomination de M. Blandin, 133. — analyses, 31, 143, 155. — pour une place de médecin communal de la ville de Strasbourg, 62. — pour deux chaires vacantes à la Faculté de Strasbourg ; désignation des épreuves, 174. — noms des concurrens, 194. — sujet des thèses, 317. — nomination des professeurs, 362.

Conférences chirurgicales de M. Amussat ; opérations de bégaiement, 195, 219, 267, 475. — cliniques de M. Bricheteau (année 1840), 507.

Contractions utérines ; influence des impressions morales (P. Dubois), 232.

Contusions du flanc droit et probablement du colon ascendant (Blandin), 248.

Convulsions chez les enfans (Trousseau), 305.

Cooper (A). Sa dernière maladie et son autopsie, 201.

Copahu (Du) et du poivre cubèbe, 149. — oléo-résine de (Tires), 570.

Coqueluche (Trousseau), 195, 208, 221, 232. — d'adulte, 233, 235 ; récidive, 447. — pneumonie lobulaire ; mort (Trousseau), 448. — traitée par les lotions d'eau froide (Hannay), 574.

Cordon ombilical ; de la nécessité de ne pas le couper aussitôt après la naissance de l'enfant, et surtout dans les cas d'asphyxie ou d'apoplexie (Baudelocque), 148, 474.

... laires délogés par un nouveau procédé ; ap...
...ode des incisions sous-cutanés (Goyrand),
...s le conduit auditif (Malgaigne), 233.
... par cause interne (A. Bérard), 63.
...vaux de l'année, 1.
...n du membre ; absence de raccourcisse-
... ; ouverture, 183. — de M. Velpeau, 551.
...555. — Discours d'ouverture (Chomel),
...eton), 97.
...veau mode d'admini... ...trite
... dé-
...itué

Tome 3, deuxième série.

E

Eau antihémorrhagique (Frémy), 549. — de mer; nouveau moyen d'accroître son efficacité, surtout dans son emploi contre les affections strumeuses (Nardo), 598.

Eaux (Une saison aux) de St-Gervais (Determes), analyse, 254. — sulfureuses ; leur composition (Aubergier), 598.

Eclampsie ; avortement (P. Dubois), 316. — (Trousseau), 448. — des femmes enceintes nécessitant la ponction des membranes, et quelquefois l'hystérotomie (Godemer), 637.

Ecoulement urétral datant de vingt-six ans et reconnaissant pour cause un rétrécissement calleux avec brides ; emploi de la dilatation permanente jointe à la cautérisation et à la scarification; complication médicale fâcheuse ; guérison en deux mois et demi (Amussat), 460.

Ectropion; autoplastie sans suture (A. Bérard), 97. — de l'angle externe des paupières ; autoplastie (A. Bérard), 107.

Electricité ; son emploi dans le trait[ement] de l'intoxication par les opiacés, 30.

Emphysème pulmonaire général (Monneret), 469. — comprenant toute l'étendue de poumon gauche ; bronchite du côté droit, chez une femme âgée de soixante-neuf ans ; considérations générales sur l'emphysème pulmonaire (Gendrin), 573.

Emplastiques (Sur la préparation de quelques composés), (Mouchon), 609.

Empoisonnement par l'opium (Tilloy), 361. — par l'arsenic (Tilloy), *ibid.* — par la strychnine (Tylloy), *ibid.* — (Cas grave d') par le sublimé corrosif ; guérison à l'aide des excitans (Podrecca), 509. — par l'opium ; longue durée des symptômes (Chowne), 636.

Encéphale (Leçons spéciales sur les maladies de l'), (Rostan), 259, 264, 287, 309.

Encéphalite mortelle accompagnée d'hémiplégie par suite de l'usage d'une dose de cantharides et de l'action de deux anévrismes des artères basiliaire et carotide interne (Kingston), 416. —(Chomel), 619.

Encéphalité ; autopsie (Chomel), 636.

Énfant né d'une mère atteinte de syphilis ; faut-il lui donner une nourrice (P. Dubois), 164.

Engorgement dans la fosse iliaque droite ; tumeur du rectum dont la guérison est restée pendant quelque temps douteuse ; guérison (Chomel), 65. — laiteux (Trousseau), 91. — aigus de la joue et de la région sous-maxillaire ; diagnostic différentiel de l'origine de ces engorgemens; traitement (Velpeau), 151. — chronique des ganglions sous maxillaires ; extirpation (Velpeau), 151. — testiculaires ; remarques thérapeutiques (Lisfranc), 245. — glandulaires ... (Guersant), 246.

Entéro-mésentérite ; guérison ; quelques réflexions (Bouillaud), 95. — typhoïde négligée et passée au commencement de la seconde période, avec bronchite, chez un sujet faible et anémique (Bouillaud), 455. — mal traitée, arrivée à la deuxième période ; cas grave (Bouillaud), 633.

Entorse du pied gauche traitée et guérie à l'aide des réfrigérans (Baudens), 500.

Epanchement pleurétique à droite (Chomel), 133.

Épididymite blennorrhagique et son traitement (Ricord), 184.

Épilepsie, nouvelle méthode de traitement (Velpeau), 176, 200.

Epingle enfoncée dans l'arrière-bouche et sortie à la longue à travers la glande sous-maxillaire (Maffett), 73.

Ergot de seigle (Emploi thérapeutique de l'huile d') 533.

Éruption dermique à la tête chez un enfant à la mamelle ; mort ; autopsie (Davis), 65.

Érysipèle de la jambe ; considérations anatomiques et thérapeutiques (Blandin), 292. — de la face (Trousseau), 330.

Erythème noueux (Monneret), 471. — (Trousseau, 613.

Éstomac (Affection organique de l'), du foie et du péritoine ; œdème et ascite (Monneret), 469.

F

Farcin chronique terminé par la morve aiguë (A. Bérard), 555.

Fébrile (Etat) permanent, affection tuberculeuse probable (Chomel), 51.

Fémur (Réunion osseuse d'une fracture infra-capsulaire du col du), (Valler), 65.

Fer (Nouvelles formules pour l'emploi du proto iodure de), (Dupasquier), 549.

Ferrugineuses (Préparations) comme anti-emménagogues (Trousseau), 40.

Feuilletons. Observations et considérations nouvelles sur l'anévrisme variqueux (Rodrigues), 27. — Analyse du concours pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Richerand; 3e épreuve, 35. — Des effets de la division de plusieurs muscles orbitaires chez les animaux (Daffin), 35. — Courtes notices sur les hôpitaux civils et sur l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg en septembre 1839 (Baruffi), 43. — Esquisse de la vie de frère Jacques (Souberbielle), 47, 55, 59. — Notice sur l'anatomie et la pathologie de la glande thymus (Corti), 51, 71, 87, 115. — Recherches statistiques sur les amputations (Lawrie), 63. — Faculté de médecine de Strasbourg : lettre de M. Faure, 67. — Mémoire sur l'étiologie du strabisme (J. Guérin), 75. — Compte-rendu des séances de la Société médicale du Temple (Belhomme), 95. — De la division du muscle bulbo-caverneux comme moyen curatif de quelques rétrécissemens de l'urètre (Dufresse-Chassaigne), 99, 107. — Dans les plaies par armes à feu, la balle peut-elle se diviser sur les os ? L'ouverture d'entrée de la balle est elle plus petite que celle de sortie ? Oui (Félix Legros), 103. — Lettre sur les engorgemens de la rate qui succèdent aux fièvres intermittentes, et sur l'emploi de la potion de Peysson dans le traitement de ces dernières maladies (Legrand), 111. — Examen chimique et médical du monésia (B. Derosne, O. Henry et J.-F. Payen), 119. — Recherches sur les modifications de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau) dans les maladies ; par MM. Andral et Gavarret (analyse), 123. — Sur la guérison du bégaiement au moyen d'une nouvelle opération chirurgicale (Dieffenbach), 135, 139. — Thèses de concours pour la chaire de médecine opératoire (analyse), 143, 155, 187. — Note de MM. Danger et Flandin sur la variété des taches produites avec l'appareil de Marsh dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic, en réponse aux objections dont leur mémoire a été l'objet à l'Académie royale de médecine de la part de M. Orfila, 161. — Lettre sur les préparations d'or (Legrand), 159. — Sur le traitement de la myopie par la section du muscle petit-oblique à son insertion à l'orbite (Bonnet), 163. — Recherches médico-légales sur la dessiccation du cordon ombilical ; réfutation des opinions de M. Orfila (Vittadini et Trezzi), 167. — Morsures de serpens à sonnettes; médecine des Osages, 151. — Observations sur quelques suites de vénésections, 183. — OEuvre Sainte-Géneviève, *ibid.* — De l'emploi des diverses huiles de poissons en médecine (Delcour), 203, 215, 235, 239. — Mémoire sur l'étiologie du bégaiement (Colombat de l'Isère), 227. — Concours pour les deux chaires vacantes à Strasbourg : composition écrite, 231; deuxième épreuve, 255 ; dernières épreuves orales, 319 ; nomination, 364. — Recherches expérimentales sur le sulfate de quinine considéré comme poison chez les animaux et chez l'homme (Giacomini), 243, 259. — Mémoire sur la réduction des luxations au moyen des moufles (Marchal de Calvi), 247, 250, 263. — Des brides et des barrières au col de la vessie (Civiale), 271. — Toujours du bégaiement ; encore une nouvelle méthode ; de l'urétroplastie, etc. (Félix Legros), 275. — Anecdote médicale du dix-huitième siècle : J.-J. Rousseau à Montpellier, 279. — Leçons sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie (Malgaigne), 283. — Sur la dissolution des calculs urinaires (Leroy-d'Etiolles), 287, 299, 315. — Mémoire sur quelques maladies du système médullaire des os (Rognetta), 295, 303, 327, 334. — D'une préparation antipsorique employée en Egypte (Honnoraty), 331, — Courrier du monde médical, 363, 375, 387, 411, 423, 447, 455, 557. — Histoire académique du magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour (Burdin et Dubois d'Amiens), 383. — Nouvelle organisation du corps militaire de santé, 391. — Des inconvéniens de l'inamovibilité des places relatives à l'enseignement et à l'art de guérir, et des avantages qu'il y aurait à limiter à six années la durée d'occupation de ces places (L. Baudelocque), 451. — Etudes de philosophie médicale (Am. Latour), 463, 479. — Expériences faites par MM. Peisse et Dechambre pour vérifier un fait de vision dite magnétique ; lettre de M. Frapart à M. Dechambre, 467. — Des prisons et des prisonniers (Vingtrinier) ; analyse (Caffe), 471. — Homélie sur le magnétisme, par M. Lyrac, 487. — Le masque de plomb du magnétisme, 488. — Recherches expérimentales sur la production et la prophylaxie des affections tuberculeuses (Coster), 491. — Voyage à la recherche d'un éditeur (Lyrac), 503. — Voyage à la recherche d'une bibliothèque (Lyrac), 515. — Critique, 523. — Critique : Ebauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine (Lordat), 535 ; Etudes nouvelles des phénomènes généraux de la vie, etc., (Gabillot), *ib.*; Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques (Girard), *ib.* — Séance d'ouverture de la Faculté de médecine, 539. — Critique : Essai sur la vie et les travaux de Galilée (Libri) 543 : Traité de la catalepsie (Bourdin), 544 ; Recherches statistiques sur l'aliénation mentale faites à l'hospice de Bicêtre (Aubanel et Thore), 545. — De la permutation des chaires, 551. — Bibliographie : Recherches expérimentales et pathologiques sur les propriétés et les fonctions des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, etc. (Longet), 555 ; Géographie médicale d'Alger et de ses environs (Bonnafous), *ib.* ; Notice topographique et médicale de la ville d'Hyères (Barth), 556 ; Du sentiment et de l'intelligence chez les femmes (Marchal), *id.*; Des maladies de la femme et des médicamens les plus efficaces à employer dans leur traitement (Cavarra), *ib.*; La médecine en mer, ou Guide médical pratique des capitaines au long cours (Dutouquet), *id.* — Réponse de M. Bégin au discours de M. Gerdy, 567. — Bibliographie : Traité pratique des maladies des enfans depuis la naissance jusqu'à la puberté (Berton), 568 ; Histoire raisonnée des progrès que la médecine pratique doit à l'auscultation (Peyraud) 569 ; Relation médicale des asphyxies causées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage (Tourdes), *ib.* — Du rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine et bibliographie, 571. — Histoire de la fièvre typhoïde, 575, 5... — Bibliographie : Guide du médecin praticien (Valleix), ...; Nouveau compendium médical (Bossu), 580 ; Observation de guérison d'une paralysie des deux septièmes paires (James); ... Lettres sur les maladies vénériennes (Desruelles), *ib.* — Bibliographie : Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues des pays chauds et des contrées marécageuses, suivi de recherches sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales (Boudin), 591; La médecine des passions ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion (Descuret) ; analyse par M. Brierre de Boismont, 592. — Bibliographie : Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires (Civiale), 603. — D'une mesure récente adoptée par le conseil général des hôpitaux de Paris, 611. — Une polémique au commencement du dix-septième siècle, 612. — De la suppression de la voierie de Montfaucon et de sa translation dans la plaine des Vertus, à Aubervilliers, 615. — Des maladies régnantes, 619. — Sanction de l'arrêté du conseil général des hôpitaux sur les autopsies, ... Des crises dans les maladies, 630. — De la contagion, 634.

Fièvre continue ; son caractère typhoïde bien évident ; caractères négatifs de cette affection ; valeur de la faiblesse musculaire dans le diagnostic de la fièvre typhoïde (Chomel), 64. — puerpérale (Trousseau), 91. — rhumatismale (Trousseau), 109. — typhoïde; autopsie (Trousseau), 127. — intermittente ; ... nine brute (Trousseau), 256. — puerpérale (P. Dubois), ... — entéro mésentérite (Plusieurs cas de) ; quelques mots sur la nature de cette affection et le traitement qu'elle réclame (... groux), 357. — typhoïde sous forme inflammatoire en... dans sa marche par un traitement énergique ; cas grave, un... obscur au début (Bouillaud), 435. — intermittente chez les enfans à la mamelle ; son traitement (Trousseau), 448. — typhoïde, forme ulcéreuse ; convulsions; cas grave (Monneret), ... — typhoïde, forme ataxique grave ; hypertrophie de la r... hémorrhagies intestinales ; pneumonie ; surdité ; mort ... vingt-deuxième jour de la maladie (Monneret), 500. —

phoïde ; colite ; selles sanglantes ; hémorrhagies multiples ; engouement pulmonaire ; péritonite aiguë ; albuminurie ; altération du foie (Monneret), 541.—typhoïde ; éclampsie (Trousseau), 613.

ssure à l'anus (Brachet), 221.

stules vésico-vaginales ; nouvel instrument pour les guérir (Reid), 37. — stercorale à l'ombilic ; doutes sur la disposition anatomique du trajet fistuleux avec l'extérieur (Roux), 58. — stercorale ; opération inutile ; symptômes abdominaux inquiétans (Roux), 68. — ano-vulvaire ; opération (Roux), 70.— stercorale ; opération exploratrice ; péritonite ; mort ; autopsie (Roux), 88. — lacrymale ; hypospadias (Maisonneuve), 96. — calleuses ; leur traitement à l'aide des injections d'eau bouillante Ruppius), 135. — lacrymale congénitale ; absence probable du canal nasal ; emploi de la méthode de Woolhouse ; première opération inutile ; deuxième opération suivie de guérison ; quelques considérations sur cette méthode de traitement (A. Bérard), 283. — vésico vaginale ; remarques critiques sur la thérapeutique de ces affections (Blandin), 347.

œtus. Position transversale reconnue par le palper abdominal ; terminaison de l'accouchement par la version (P. Dubois), 231. — *in fœtu*, cas très remarquable (Schoenfeld), 558.

oie (Rupture du), (A. Cooper, 225.—Affection organique (Monneret), 463.

orceps appliqué chez une femme très impressionnable (P. Dubois(, 333.

racture ; plusieurs cas (Guersant) 24. — (Conclusions tirées des) existantes dans le service (Guersant), 44. — double de la cuisse, complications de pneumonie ; remarques sur la gravité de cette affection considérée chez les enfans à l'hôpital (Guersant), 89. — du péronée au quart inférieur ; fracture simultanée du tibia dans l'épaisseur de la malléole ; rhumatisme interarticulaire fébrile avec complication d'endocardite ; traitement antiphlogistique énergique ; appareil amidonné le vingt-unième jour, qu'on laisse jusqu'au cinquantième (Pasquier fils), 103. — semblable à la précédente eu égard à son siége ; sujet indocile ; consolidation avec distorsion du pied en dehors (Pasquier fils), 104. — du péroné dans la malléole (Pasquier fils), *ib.* — du radius ; mode d'application de l'appareil inamovible (Velpeau), 151. — du col de l'humérus (Malgaigne), 191. — comminutive de la jambe, suite de coup de feu, traitée par l'appareil inamovible des Arabes à l'hôpital de Constantine (Bonnafous), 209.— comminutive des mâchoires supérieure et inférieure ; modification de l'appareil contentif de ces fractures (Bonnafous), *ib.* — de la rotule (Pasquier fils), 229.— de l'extrémité inférieure du radius ; considérations sur la fréquence de cette fracture ; son diagnostic, son mécanisme, son traitement ; remarques générales sur l'application des appareils inamovibles (Blandin), 272. —du col du fémur (Malgaigne), 280. — de la colonne vertébrale ; myélite progressive ; asphyxie imminente ; remarques physiologiques sur l'origine et les fonctions du grand sympathique (Blandin), 347. — de la clavicule (Lisfranc), 383. — de l'os maxillaire inférieur près de la branche de cet os ; paralysie de la sensibilité de la lèvre inférieure du côté de la fracture ; guérison de celle-ci sans appareil ; note sur la cautérisation des nerfs qui ont été divisés (A. Bérard), 411. — de la cuisse chez un enfant ; modification de l'appareil inamovible approprié à cette fracture (Blandin), 453. — du cal d'une ancienne fracture ; guérison à l'aide du séton (Rynd), 517.—(Valeur de l'application immédiate des appareils dans les) des membres (Tavignot), 586.—de l'extrémité inférieure du radius ; considérations sur le traitement des fractures en général, et sur celles de l'extrémité inférieure du radius en particulier (Blandin), 608. — de la clavicule ; leur traitement (Blandin), *ib.* — des os de l'avant-bras ; nouveau mode d'appareil pour éviter une consolidation vicieuse (Dumesnil). 620.

G

Gale. Moyen populaire de la guérir en trois jours (Adolphi), 193.

Ganglion (Extirpation d'un) lymphatique engorgé siégeant derrière la branche de la mâchoire droite ; symptômes de paralysie faciale ; craintes relatives à une affection de la colonne cervicale (Guersant), 282. — (Hypertrophie des) maxillaires ; traitement général par l'extrait de feuilles de noyer ; préceptes relatifs à l'ablation des tumeurs de cette espèce (A. Bérard), 624.

Gangrène sénile ; vice de cette dénomination qui offre l'inconvénient de ne pas indiquer la lésion anatomique qui est la cause de cette gangrène ; amputation de la jambe ; quelques remarques sur les amputations non sanglantes ; examen du membre amputé (Roux), 87.

ment prématuré artificiel ; emploi des remèdes hyposthénisans (Turquetti), 508. — extra-utérine (Bricheteau), 519. — gémellaire ; hémorrhagie à la suite de la délivrance ; examen du placenta (Vidal), 557.

Guy (Emploi thérapeutique du) de chêne, 597.

H

Hallucinations. Traitement par le datura stramonium (Moreau), 617.

Hématurie grave guérie à l'aide du sulfate d'alumine et de potasse à haute dose (Lyncz), 293. — de l' — (Civiale) 564, 581.

Héméralopie pseudo-chronique simple, phenomènes remarquables ayant précédé cette affection ; insuffisance des moyens thérapeutiques jusqu'alors employés (Chomel), 35.

Hémiplégie. Pas d'hémorrhagie ni de ramollissement cérébral (Trousseau), 101. — affection gastro-intestinale concomitante (Trousseau), 192. — gauche récente ; pneumonie gauche ; mort au bout d'un mois ; ancien foyer hépatique ; hypertrophie du cœur (Bricheteau), 538.

Hémoptysie simple ; exemples analogues (Trousseau), 115.

Hémorrhagie utérine ; soupçon d'avortement ; préceptes et conseils à cet égard (Chomel), 35. — cérébrale ; mort ; autopsie (Bouillaud), 168. — mortelle à la suite de la scarlatine (Mill), 193. — cérébrale remarquable dans le lobule antérieur gauche, avec paralysie des membres du même côté ; considérations générales sur les signes diagnostics et les altérations anatomiques de l'apoplexie cérébrale (Rostan), 220. — cérébrale ancienne et hémorrhagie cérébrale récente chez le même sujet ; examen nécropsique (Rostan), 237. — (mélange d') cérébrale et de ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau ; cas très grave ; autopsie (Bouillaud), 632.

Hépatite aiguë entée sur une hépatite chronique terminée par un abcès ; opération ; calculs biliaires ; guérison (Fatout), 7.

Hernie inguinale étranglée de nouvelle espèce chez une femme ; opération ; mort ; autopsie (Velpeau), 2. — crurale étranglée, compliquée d'une ascite ; opération dix-huit heures après l'étranglement ; péritonite ; onctions mercurielles ; guérison (Blandin), 115. — crurale étranglée chez un homme ; opération (Key), 117. — ombilicale ; opération (A. Cooper), 224.— inguinale ; opération ; anus artificiel sur une femme enceinte (A. Cooper), 265. — De l'inflammation et de l'étranglement dans les — ; différence de traitement dans les deux cas ; des indications et contre-indications de l'opération (Malgaigne), 299. — inguinale oblique droite non congénitale datant de l'âge de deux ans, chez un enfant de treize ans et demi ; étranglement inflammatoire ; opération ; la tumeur herniaire étant représentée par l'appendice iléo-cœcale et une masse énorme d'épiploon ; mort ; autopsie (Guersant), 314. — inguinale réductible ; opération de M. Gerdy ; guérison radicale (Bransby Cooper), 349. — inguinale étranglée, réduite au moyen du débridement sous-cutané (J. Guérin), 429.— Mémoire sur les pseudo-étranglemens ou sur l'inflammation simple dans les — (Malgaigne) 487. — Nouvelle méthode de traitement applicable aux hernies crurales, inguinales étranglées ; kélotomie sous-cutanée (Bouchut), 604.— ombilicales traitées par une nouvelle méthode (Laforet), 614.— (Des pseudo-étranglemens dans les) ; nouvelles observations (Malgaigne), 627. — inguinale étranglée ; réduction ; règles et indications du taxis (Lisfranc), 631.

Herniaire (Inflammation du sac) qui s'est propagée au péritoine, et dont l'existence ne fut révélée que par un seul symptôme (la douleur) ; mort (Bricheteau), 511.

Herpès, zona (Monneret), 471.

Homme (Organisation et physiologie de l'), par Ach. Comte ; analyse, 394.

Hoquet spasmodique coïncidant avec une affection rhumatismale (Barlow), 36.

Hydrocèle ; injections iodées (Guersant), 24.— testiculaire guérie à l'aide des injections albumineuses (Paterson), 217. — récidive ; remarques sur l'infidélité d'action des injections iodées ; supériorité des injections vineuses (Blandin), 453. — traitée par la méthode de M. Baudens, 499.

Hdyrocéphale aiguë ; guérison (Crowter), 25.

Hydro-péricardite et épanchement pleurétique gauche aigu, traités par les émissions sanguines générales ; les vésicatoires et les révulsifs portés sur le tube intestinal ; guérison (Monneret), 519.

Hydropisie ascite (Trousseau), 6, 55.—de l'œuf (P. Dubois), 341. — ascite datant de neuf ans ; onzième ponction ; compression et frictions avec l'iodure de plomb ; acide arsénieux à l'inté-

Infusions (Sur les préparations des) pour l'usage de la thérapeutique (Jacob Bell), 606.

Intestin (Rupture traumatique), (Hargrave), 217.

Iodure (De l') de potassium (Ricord), 48.

L

Lactate (Sur l'emploi du) de fer (Darolley), 16.

Lait (Falsification du), 477.

Laryngite chronique, imminence d'asphyxie ; trachéotomie ; mort 67 heures après l'opération ; nécrose du cartilage thyroïde ; destruction d'une partie du cricoïde ; ulcération et dégénérescence carcinomateuse du pharynx ; œdème et infiltration séreuse des bords de la glotte ; tubercules pulmonaires (Bricheteau), 508.

Larynx (Affection syphilitique du), (Trousseau), 39.

Lésions des plèvres et des poumons. Recherches relatives à la détermination de l'âge des lésions au point de vue médico-légal (Leblanc), 173.

Lettres. De M. Ferry, de Metz : rectification de M. Blanche sur le traitement de la folie, 36. — de M. Kunckel sur le porrigo larvalis, 94, — de M. Amédée Latour sur les Guêpes médicales, *Ib.* — de M. Malgaigne sur l'anatomie pathologique de la cataracte, 106. — de M. Rognetta sur la fistule lacrymale, 110. — de MM. Langlois, Coze, Fée, Hermann, en réponse à celle de M. Faure, 113. — de M. Maisonneuve en réponse à celle de M. Rognetta sur la fistule lacrymale, *Ib.* — de M. Villemin, *Ib.* — de M. Laborie, 114. — de M. Sichel à M. Malgaigne sur l'anatomie pathologique de la cataracte, 118. — de M. Malgaigne à M. Sichel sur la théorie actuelle de la cataracte, 125. — de M J. O..., natif d'Angleterre, sur les usages anglais à l'égard de la médecine, *Ib.* — de M. Furnari sur l'écarte-paupière, 126. — de M. Souberbielle, 130. — de M. Tanquerel des Planches contre M. Gendrin, 137. — de M. Phillips contre M. Amussat, 146. — de M. Gendrin en réponse à M. Tanquerel des Planches, *Ib.* — de M. Brousse sur un cas de chute d'un lieu élevé, 157. — de M. Guérin sur le traitement de la myopie, 170. — de M. Phillips en réfutation de la lettre de M. Guérin, 174. — de M. Faure sur l'intoxication arsenicale guérie à l'aide des alcooliques, 178. — de M. Guérin en réponse à celle de M. Phillips, 182. — de M. Colombat, réclamant la priorité de la section des génio-glosses, 186. — de M. Adorne ; réclamation, *Ib.* — de M. Bouvier ; réclamation, 206. — de M. Fallot sur l'inoculation du pus, 214. — de M. Eguisier ; réclamation pour la priorité de l'examen des urines dans la grossesse, 218. — de M. Ratier sur l'inoculation de pus des ulcères syphilitiques, 222. — de M. Junod sur les appareils hémostatiques, *Ib.* — de M. Leroy d'Etiolles sur la cataracte, 265. — de M. Millet. Réfutation de l'article sur le traitement de la folie, de MM. Dagron et Perrochaud, 274. — de MM. Dagron et Perrochaud en réponse à M. Millet, 279. — de M. Leuret à M. le président de l'Académie sur son traitement de l'aliénation mentale, 286. — de M. Souberbielle ; rectification, 298. — de M. Blanche sur le traitement de l'aliénation mentale, 301. — de M. Londe ; rectification, 30?. — de M. Guillon à l'Académie des sciences sur un nouveau cas de guérison des rétrécissemens calleux au moyen des mouchetures urétrales, 373. — de M. J. Guérin à l'Académie des sciences sur la priorité de la section des muscles du dos dans le traitement des déviations latérales de l'épine, 374. — de M, Dufresse sur l'épidémie de suette à Cendriers, 394. — de M. Gigon récusant la priorité de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la suette miliaire épidémique à Cendriers, 418. — du docteur Lyrac et du rédacteur, 454. — de M. Lachaise sur la prochaine élection de l'Académie de médecine, 458. — de M. Leroy d'Etiolles à l'Académie des sciences, sur l'extraction par les voies naturelles des corps étrangers tombés dans la vessie, 464. — de M. le docteur Frapart à M. Amédée Dechambre, 467, — de M. Vigné en réponse à l'article analytique de son Traité de la mort apparente, 490. — de M le docteur Lachaise en réclamation sur la candidature de M. Gauthier de Claubry, 494. — d'une réunion d'étudians en médecine sur les abus commis au concours pour les prix décernés aux élèves des hôpitaux, *Ib.* — de M. Tanchou sur le traitement des engorgemens glanduleux du sein, 498. — de M. Leroy-d'Etiolles condamné à 16 fr. d'amende pour contravention aux règlemens relatifs aux inhumations, 501. — du docteur Lyrac sur l'Ubicumque, 502. — de M. Guillon sur un nouveau lithotripteur, 514. — de M. Rognetta à M. Flourens sur l'ostéogénie, 517. — de M. Guersant ; réclamation sur le compte-rendu de la Société de médecine pratique, 534. — de M. Mayor sur le mode d'appareil de fractures employé à l'égard du duc de Bordeaux, 590. — de M. Chervin relative à l

rales (des), et d'une nouvelle variété de ces luxations le plus souvent compliquée de fractures (Malgaigne), 200. — (Deux cas de) de la portion longue du tendon du muscle biceps huméral de sa gouttière (Laden), 416. — spontanée du grand os du poignet (Labatt), 436. — des deux poignets (Bouygnei), 446. — de la cuisse en haut et en dehors (luxation iliaque); réduction à l'aide d'un nouveau procédé (Orr), 505, — de l'épaule (sous coracoïdienne); luxation de la cuisse (iliaque); réduction très rapide (Blandin), 608.

M

Main (Destruction des brides de la); méthode ancienne (Guersant), 90.

Maladies de la France dans leurs rapports avec les saisons, ou Histoire météorologique de la France (Furster); analyse, 238. — régnantes, 528.

Manie aiguë (Trousseau), 6.

Matrice (Recherches anatomiques sur la terminaison des nerfs de la), avec des applications à la physiologie et à la pathologie de cet organe (Jobert de Lamballe), 397.

Méat urinaire (Rétrécissemens du) guéris à l'aide d'une nouvelle méthode (Williams), 292.

Médecine légale; rapport sur plusieurs mémoires concernant l'emploi du procédé de Marsh. 307, 311.

Médications (Nouvelle application de l'introduction des) par injections, 530.

Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie (Ribes); analyse, 230.

Méningite granuleuse (Trousseau), 271, 295.— avec marche probable vers le centre (Rostan), 281.

Mentales (Maladies), (Baillarger), 407.

Mercure (Formules de M. le docteur Gibert pour l'administration du deuto-iodure ioduré de), 589.— (Pulvérisation du) doux ou calomélas, 638.

Mercuriel (Procédé pour reconnaître si l'onguent) contient la quantité de mercure exigée par le Codex (Soubeiran), 574. — (Nouveau mode de préparation des onguens) double et simple (Fau), 578.

Météorologiques (Observations), (Bricheteau), 507.

Métrite, purgatifs (Trousseau), 179.

Métro-Péritonite au troisième mois de la grossesse (P. Dubois), 353.

Métrorrhagie (De la) pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement (P. Dubois), 603, 611.

Morphine: sa préparation (Mohr), 626.

Morsure d'une vipère commune traitée avec succès à l'aide de la méthode stimulante (alcool et opium), 100.

Morts presque subites dépendant de la compression exercée sur la masse des intestins grêles par le développement des gros intestins et de l'estomac (Pereyra), 225.

Morve aiguë chez l'homme (Bouillaud), 351, 563.

Muguet (Du), (Trousseau), 243, 447.

Myotomie (Extrait de la première partie d'un mémoire sur l'appréciation de la) appliquée au traitement des déviations latérales de l'épine (Bouvier), 350. — oculaire dans le cas d'obscurcissement de la cornée nécessitant le déplacement de la pupille (Cunier), 470. — oculaire (Extrait d'un mémoire sur la) par la méthode sous-conjonctivale (J. Guérin), 525, 538.

N

Nécrose invaginée du tibia (Roux), 113.

Nerfs (Expériences sur la sensibilité des) rachidiens, (Longet), 34.

Névralgie (Double) temporale; section des deux artères (Trousseau), 39. — et chlorose (Trousseau), 55. — (Traitement des) temporales rebelles par la saignée de l'artère temporale (Trousseau), 329. — temporale; carie dentaire (Trousseau), 596. — sciatique traitée par la morphine et le datura stramonium (Trousseau), 613. — frontale (Trousseau), *ib*.

[illegible] (Du traitement des affections), (Musset), 554.

Notices sur les hôp[illegible] dico-chirurgicale de Saint-Péter[illegible]

Nouvelles. Nomination de M. Duhamel à [illegible] ces; 4. — Distribution des prix aux élèves des hôp[illegible] pices, *Ib.* — Statistique médicale de Paris, *Ib.* — M. [illegible] Granchamps opéré du strabisme, *Ib.* — Accident à l'École de pharmacie, *Ib.* — Mort du préparateur de l'École de pharmacie, 8. — Nomination des internes des hôpitaux, 14.— Nomination de M. Foville, 22. — Nomination de M. Batielle, *Ib.*— Constitution du bureau de la Société médicale du Temple pour 1841, *Ib.* — Le livre de M. Scipion Pinel mis à l'index à Rome, *Id.* — Contrainte par corps exercée à l'égard de M. Am[illegible] [illegible]tour par M. Gendrin, *Ib* — Renvoi à M. Domange de son [illegible]manach des médecins, *Ib.* — Procès pour le portrait de Pi[illegible] Nomination de M. Alph. Devergie au conseil de sa[illegible] Médaille décernée à M. Steinbrenner par la Société de médec[illegible] Bordeaux, *Ib.*— Médaille décernée à M. Marinus par la Société de médecine de Gand, *Ib.*— Concours pour des emplois de chirurgiens sous-aides auxiliaires, 32. — Candidats admis pour les emplois de médecins adjoints, *Ib.* — Création projetée d'un nouvel hôpital militaire, *Ib.*— Nombre des pharmaciens qui ont le droit d'exercer dans le département de la Seine, *Ib.* — Mort de MM. Merle et Deprez, *Ib.* — Nomination de M. Hip. Larrey au Val-de-Grâce, 42. — Dissections autorisées à Constantinople, 53. — M. Londe nommé inspecteur des eaux d'Hauterive, *Ib.* — Mort de M. Capitaine, 62. — Départ de M. Baudens pour Lunéville, *Id.*— Réclamation de M. Guillon pour l'exécution des articles de la loi du 19 ventose an XI, *Ib.* — Epidémie de méningites-cérébro-spinales à Strasbourg, 74. — M. Lionville nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Turin, 86. — M. Dumas nommé professeur de chimie, *Ib.* — M. le docteur Fourcault adresse à l'Institut quelques réflexions sur le travail de M. Dutrochet, *Ib.* — Mort d'A. Cooper, 90. — M. Dupuis nommé chirurgien au 67e régiment de ligne, 94. — Distribution des prix de l'Ecole de pharmacie, 97. — Mort de M. Ruinet, 110.— Renouvellement des jurys médicaux des départemens, 118. — Concours de la Société de médecine de Niort, *Ib.*— Fortune d'A. Cooper, *Ib.*— Mort du docteur Howship, 134. — Mort de M. Maunoir jeune, *Ib.* — M. Laurent le magnétiseur et mademoiselle Prudence à Lille, 137. — Mort de M. Thnnot, *Ib.* — Religieuse de l'hôpital Saint-Louis accusée d'homicide involontaire, 142. — Mort de Savart, 144. — La sœur Antoinette devant la 7e chambre de police correctionnelle sous la prévention d'homicide involontaire, 148. — Méningites-cérébro spinales à Schélestadt (Bas-Rhin), 154.—Rectification à propos de la surdi-mutité par M. Ducros, *Ib.* — M. Champouillon nommé professeur à l'hôpital militaire de Lille, 172.— M. Dupuis nommé chirurgien au 2e de ligne, *Ib.* M. Lachronique nommé chirurgien au 67e de ligne, *Ib.*— Concours pour deux chaires à la Faculté de Strasbourg, *Ib.* — M. Double futur pair de France, 178. —Ordre du ministre pour la cessation de la vente de médicamens par l'Hôtel-Dieu de Lyon, 194. — Statistique des hôpitaux et hospices de Paris, *Ib.* — Opération du strabisme pratiquée en province, *Ib.* — Nouvel hôpital militaire à Paris, *Ib.* — Nomination de MM. Millon et Choulette, 198. — Mort de MM. Garnier, Caron, Tavaux, Vérichasse, *Ib.* — Programme du concours de la Société de médecine de Niort, *Ib.* — Distribution des médailles d'honneur au Val-de-Grâce, *Ib.* — Ordonnance concernant la cessation des fonctions des présidens actuels des jurys de médecine et la nomination d'autres présidens, *Ib.* — Autre ordonnance concernant la cessation des fonctions des membres des jurys de médecine et la nomination d'autres membres, *Ib.* — M. Geoffroy Saint-Hilaire démissionnaire, *Id.* — Testament d'A. Cooper, *Ib.*— Accident arrivé à M. le docteur Moreau et à sa famille, 206. — Concours pour la place de chef des travaux anatomiques, *Ib.*— Le buste de Chaptal placé dans la salle des séances du conseil-général de la Lozère, *Ib.* — Mort de M. Piquet, *Ib.* — La Faculté de médecine de Strasbourg et M. Orfila, 210. — Nomination du personnel de l'École préparatoire de pharmacie de la Faculté de Strasbourg, *Ib.* — M. Malgaigne nommé chevalier de la Légion d'Honneur, 222. — Première séance du concours pour les chaires de la Faculté de Strasbourg, 226. — M. Aug. Baudens dément les faussos assertions de quelques journaux sur la non-réussite d'opérations de strabisme pratiquées par son frère, 229.— M. Regnault nommé professeur au collége de France, M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire nommé professeur, et M. Lesourd de Beauregard maître de dessin au Muséum d'histoire naturelle, 230.— Influence de la richesse ou de la pauvreté sur la durée de la vie, 232. — M. Charpentier nommé chevalier de la Légion-d'Honneur, 234. — Condamnation d'un confiseur pour vente de substances médicamenteuses, 238.— Réflexions du docteur Caffe sur la déconsidération des médecins, 241.— Mort de madame Boivin, docteur en médecine, 258. — M. Orfila nommé de nouveau doyen de la Faculté, 264. — Ordonnance relative aux étudians en médecine admis dans le service de santé militaire, 272.— Jugement de la cour royale de Riom sur les officiers de santé appelés comme experts, *Ib.* — Mort de MM. Ruth, Recco et Bernard Menon, 298.— MM. Baudens et autres chirurgiens militaires cités dans le rapport du gouverneur de l'Algérie, *Ib.* — M. Baudens revenu d'Afrique, 302. — Ordonnances concernant les Écoles préparatoires de médecine, 317. — Jury du concours pour une place de médecin au Bureau central, *Ib.* — Le sieur Azcronde, magnétiseur, condamné à Amiens, *Ib.*—Réflexions du journal *le Temps* sur les émolumens des médecins des hôpitaux, 322. — Le sieur Juricard, épicier-droguiste, condamné pour ventes de substances altérées, 326. — Concours ouvert pour la place de chef des travaux anatomiques en remplacement de M. Blandin, 332. — Accident arrivé dans la cour de l'Institut pendant la séance de l'Académie des sciences, *Ib.* — Obsèques de Charles Boiteux, étudiant en médecine, 344. — Statistique des blessés par accidens des hôpitaux de Londres, de 1834 à 1840, 354. — Mort de Sanson, 378. — Epidémie de Coutances, *Ib.* — Obsèques de Sanson, 382.— Sentence de la congrégation de l'Inquisition du Saint-Office de Rome contre les magnétiseurs, 394.— Note sur l'épidémie de Cendrieux, 298. — Programme de l'inauguration de la statue de Broussais au Val-de-Grâce, 409.— Disparition de l'épidémie à Coutances, 414. —Mort de M. Forget, *Ib.*—Décision du jury du concours pour une place de médecin du Bureau central: partage des voix entre M. Tanquerel-des Planches et M. Combette, *Ib.* — Monument à G. Cuvier, 412. —Conclusions textuelles du rapport de l'Académie de médecine sur la question de l'arsenic, 418.— M. Combette définitivement nommé médecin du Bureau central, 422. — Rectification à l'égard de M. Combette, 426. — Statue d'A. Cooper, 430.— Mort de M. Eydoux à la Martinique, 454.— Suette miliaire à Périgueux, 456. — M. Bouvier présente à l'Académie de médecine les muscles de l'œil d'un individu opéré du strabisme, *Ib.* — Cow-pox à Grand-Pagnac, 458. — Arrivée à Strasbourg de MM. Brault et Choquet, inspecteurs du 5e arrondissement médical, *Ib.* — Avortement épidémique de vaches attribué à des grains ergotés, 462. — Inauguration de l'hôpital des Israélites pauvres à Breslaw, *Id.* — Congrès de naturalistes à Brunswick, *Ib.* — Statistique des pensionnaires des Invalides, 466 — Epidémie de Périgueux, 482.— La fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, 488. — Dysenterie épidémique dans la garnison d'Evreux, 494. — Réclamation de M. Houde, 498. — Nouvel hôpital des Croisades à Rome, 504. — Congrès scientifique à Florence, *Ib.* — Mort de M. Cullerier, 506.— Ordonnance relative à l'obtention du grade de docteur, *Ib.* — Distribution des prix et des diplômes à l'École d'Alfort, *Ib.* — Concours annuel pour les grades de pharmacien aide-major 514. — Ordonnance pour la nomination d'un chirurgien major [illegible] et d'un chirurgien aide-major dans le corps des Sapeurs-Pompiers de Paris, *Ib.* — Place de professeur d'hygiène de l'homme de guerre et de médecine légale vacante à la Faculté de Strasbourg, 514. — Mort de M. François, membre de l'Académie de médecine, *Ib.* — Question à résoudre relativement à l'exercice des officiers de santé, 518.— Distribution de médailles aux élèves de l'hôpital de perfectionnement, *Ib.* — Mort de M. Delmas, chirurgien au 18e léger; tombeau éle[vé] à sa mémoire par les officiers du régiment, *Ib.* — Premiè[re] opération de strabisme pratiquée en Amérique, 522. — E[x]ploration scientifique de la côte de Sumatra par un jeune méd[e]cin militaire, 526. — Ordonnance concernant les confiseur[s] les épiciers et autres marchands, 530. — Souscription po[ur] l'élévation d'un mausolée à Sanson. 534. — Médaille décern[ée] à M. Renault, *Ib.* — Choléra à Bristol, *Ib.* — Ordonnan[ce] fixant le cadre constitutif des officiers de santé militaires po[ur] le temps de paix, 538. —Vacance prochaine de la place de b[i]bliothécaire à l'École de médecine, 532.— M. Gerdy deman[de] à permuter sa chaire de pathologie chirurgicale pour une chai[re] de clinique, *Ib.* — Ouverture des cours officiels de la Facu[lté] pour le semestre d'hiver, 545. —Vers de M. Ant. Descham[ps] adressés à M. Gerdy, *Ib.* — M. Pigné, neveu de Dupuytre[n] écrit à M. Gerdy, *Ib.* — Opinion des journaux sur le discou[rs] de M. Gerdy, 550. — Monument à Vésale, *Ib.* — Le discou[rs] de M. Gerdy ne sera pas imprimé, *Ib.* —Discussion dans l'a[s]semblée des professeurs sur la question du transfert à la Ch[ai]rité de la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Pitié, [illegible] — La Faculté rejette la demande de M. Gerdy, 556.— Récl[a]mation de M. Putégnat relative à l'existence de la fièvre t[y]phoïde chez les enfans, 558. — Mort et obsèques de M. R[illegible] cher, étudiant en médecine, 562. — Création des Écoles pr[é]paratoires de médecine et de pharmacie à Dijon et à Tour[s] 566. — La Faculté refuse de payer les frais des funérailles [de] Sanson, 570.— Prochain concours pour la chaire vacante [par] la mort de Sanson, 574. — Ordonnance relative aux inhum[a]tions à Munich, 594. — La fièvre scarlatine à Londres et da[ns] divers comtés, *Ib.* — Décision de la Cour royale de Paris i[n]téressant les médecins directeurs de maisons de santé, 598.— MM. Baudens, Blandin et Velpeau nommés chirurgiens co[n]sultans du roi, 602. — M. Risueno d'Amador publie un m[é]moire relatif à une nouvelle condition d'admission au prof[es]sorat, *Ib.*—Vers à la mémoire de Rochet par M. A. Descham[ps] 613. — Réprobation unanime de l'arrêté du conseil-gé[né]ral des hôpitaux relatif aux autopsies; M. Orfila envoie sa dém[is]sion de membre dudit conseil, 618. — Démission authenti[que] de M. Orfila, et pour quelle cause, 620. — Ordonnance c[on]cernant les chirurgiens de l'armée, *Ib.* — M. Milne Edwa[rds] nommé professeur d'entomologie au Muséum d'histoire na[]turelle, 626.— Renouvellement du bureau de la Société ph[ré]nologique de Paris pour 1842, 630 —Le préfet refuse sa sa[nc]tion à l'arrêté du conseil des hôpitaux, 634.— Institution d['un] jardin botanique dans chaque hôpital d'instruction, *Ib* Mort de MM. Dewees et Eydoux, 638. — Nomination à [l'É]cole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon,

O

Occipital (Cas rare de rétrécissement du grand trou); atro[phie] de la moelle allongée; symptômes anormaux (Hallerton), [illegible]

Oculaires (Opérations) et linguales pratiquées pour remédie[r au] strabisme et au bégaiement (Furnari), 225.

Odontalgie traitée par la nepeta cataria (Guastamacchia), 6[illegible]

OEil (Nouvelles recherches sur l'anatomie des aponévroses et [des] muscles de l'), (Bonnet), 61. — (Mélanose de l'), (Malgaig[ne]) 219.

OEuvre Sainte-Geneviève; compte-rendu des malades tra[ités] pendant 1840 (Tanchou), 416, 425, 433.

OEuvres complètes d'A. Paré (Malgaigne); analyse, 194.

Ophthalmie des nouveau-nés (Trousseau), 91. — opacité [de la] cornée (Trousseau), 448. — (Du traitement de l'), et de [l'ure]thrite blennorrhagique (Velpeau), 567.

Opiacés employés dans les collyres (Labordette), 554.

Opium (Les fumeurs d'), 194. — faux (Morson), 577.

Or (Des préparations d') dans la syphilis (Trousseau), 11[illegible] (Préparation et emploi médical de l'iode d'), (Meillet), 58[illegible]

Orbite (Blessure à l'); rupture du nerf optique; nécropsie, [illegible]

Orchite compliquée d'hydrocèle; liquide gélatineux contenu [dans] la tunique vaginale (A. Bérard), 107. — aiguë, et en [parti]culier d'un mode de traitement de cette affection employé [avec] succès par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité depuis en[viron] trois ans, 539. — Quel est le siége de l'orchite blennorr[hagi]que? (Rochoux), 588.

Os (Altération des), (Trousseau), 55. — (Maladies des) de la [han]che du côté gauche; allongement de 5 centimètres de cett[e por]tion du membre inférieur sans claudication (Velpeau), 1[illegible] (Falsification des) calcinés, 625.

Otorrhée cérébrale (Streeter), 36.

Otite chronique, paralysie faciale (Broussais), 192.

Ovaire (Abcès de l') ouvert dans le rectum (Trousseau), 15[illegible]

Ozène syphilitique (Trousseau), 155.

P

Pain (Moyens chimico-légaux pour distinguer le) de frome[nt] du pain de fécule et de froment (Chevallier), 626.

Pannus charnus et opacité des cornées; guérison par l'att[ouche]ment répété avec le nitrate d'argent fondu solide (Fallot[illegible]

Paralysie faciale (Jobert de Lamballe), 236. — des deux p[aupiè]res; guérison par une opération chirurgicale (Curling) — (du traitement de la) saturnine et des paralysies en g[énéral] (Fouquier), 579.

Paraplégie; grossesse (P. Dubois), 332.

Parois vésicales (Défaut de contractilité avec augmentatio[n de] sensibilité des) chez un homme de soixante-six ans; g[uérison] au bout d'un mois de traitement (Civiale), 341.

Passe-lacet introduit dans la vessie par le canal de l'urèt[re chez] une femme; extraction à l'aide du brise-pierre à per[illegible] (Bouchacourt), 561.

e pectorale de mou de veau de Dégénelais, 549.
hologie (Traité de) externe et de médecine opératoire (Vidal e Cassis); analyse, 310. — (Cours de) et de thérapeutique énérales (Andral), 580.
u (Leçons sur les maladies de la), (Gibert), 255, 279, 348, 39, 431. — Affections squammeuses; hydrathérapie, 443. — ffections pustuleuses, 459, 472. — Affections tuberculeuses, 33. — Affections bulbeuses, 503. — Affections exanthéma-uses, 528. — (Chaleur de la), (Trousseau), 532.
cardite. Remarques sur le diagnostic de cette maladie (Ros-n), 287.
née (Déchirure complète du); périnéoraphie; guérison (Jo-ert de Lamballe), 379.
tonite puerpérale (P. Dubois), 164. — autopsie; bec-de-èvre congénital (P. Dubois), 180. — puerpérale (P. Dubois), 47, 263.
e intra-vaginale (P. Dubois), 158.
ébite externe; remarques sur le diagnostic différentiel de la hlébite intérieure et de la phlébite extérieure (Blandin), 262. lusieurs faits remarquables de phlébite diffuse puerpérale, uivis de réflexions (Sachero), 359. — (Observations de) des nus de la dure-mère par suite d'otorrhée purulente, et consi-érations lues devant la Société médicale d'Edimbourg (Bruce), 59. — guérie par les applications continues de neige (Mar-ariteau), 573.
egmon gangréneux de la jambe (Guersant), 45.
oridzine (Note sur la), (Rouillier), 578.
hisie pulmonaire (Traitement de la) par les cigarettes arseni-ales (Trousseau), 40. — aiguë (Trousseau), *ibid.* — pulmonaire; aleur séméiotique de l'aphonie (Chomel), 51. — laryngée sy-hilitique (Trousseau), 109.
sique (Traité élémentaire de), chimie, toxicologie et pharma-ie (Favrot); analyse, 338.
o-bot accidentel; section du tendon d'Achille (Guersant), 44. – équin varus double; section du tendon d'Achille et du jam-ier antérieur d'après le procédé de M. Bouvier; gangrène de a peau au niveau de la section du tendon d'Achille à droite; neumonie intercurrente; mort; autopsie; examen spécial des endons coupés (Guersant), 391.
centa induré; mort du fœtus; avortement (P. Dubois), 231. – (Apoplexie du), *v.* Apoplexie.
ie du bras; hémorrhagie abondante; incertitude sur la nature u vaisseau lésé (Roux), 113. — de tête grave; considérations énérales sur les plaies de cette région (Blandin), 347. — con-use à la tête; appareil inamovible à l'aide de bandelettes ag-lutinatives (Bégin), 587. — du bras; phlegmon diffus; résorp-ion purulente (Blandin), 607.
urésie avec épanchement du côté droit; guérison; rentrée à hôpital six semaines après; tuberculisation aiguë; mort dans espace de quinze jours (Bricheteau), 520.
urodynie; épanchement dans la plèvre (Trousseau), 155.
uro-pneumonie droite avec épanchement pleurétique (Cho-iel), 133. — gauche; phénomènes d'auscultation inaccoutu-iés (Chomel), *ibid.* — chez un jeune sujet (Chomel), 140. — mploi du tartre stibié; réflexions (Bouillaud), 269. — (Trous-eau), 305. — au deuxième degré; cas très grave; saignées oup sur coup; guérison (Bouillaud), 595.
umatose utérine; observation remarquable (Trousseau), 53.
umonie lobulaire (Trousseau), 28. — chez un sujet âgé; va-eur diagnostique du frisson initial dans les affections aiguës hez les vieillards; considérations sur la gravité comparative e la pneumonie considérée aux différentes époques de la vie Chomel), 63. — centrale du poumon gauche au deuxième de-ré, avec coïncidence d'endocardite, suivie de quelques con-idérations sur la pneumonie centrale (Bouillaud), 67. — chez ne femme âgée; mort; autopsie (Chomel), 84. — traitement ar la méthode de Rivière (Trousseau), 108. — chez une fem-ne ayant déjà eu dix-sept pneumonies (Chomel), 140. — lobu-ire; guérison; rechute; mort; tubercules (Trousseau), 315. Traité pratique de la) aux différens âges, et dans les rapports vec les autres maladies (Grisolle); analyse, 341. — (Trous-eau), 447. — du côté droit; ictère (Monneret), 469. — dou-le; accouchement prématuré; état puerpéral (Monneret), 93. — (Symptômes de); guérison incomplète; anasarque; al-uminurie; mort (Bricheteau), 511. — droite du premier au econd degré, avec bronchite capillaire, chez un sujet assez ort qui a déjà eu plusieurs pneumonies; cas grave; émissions anguines coup sur coup; guérison (Bouillaud), 595.
umo-thorax double: deux fistules pulmonaires, dont l'une an-cienne était guérie, et dont l'autre récente avait causé la mort richeteau), 57.
ids et mesures; pratique méd[illegible]le, 362.
lype nasal (Blandin), 319.
uls (Du) chez les enfans (Trousseau), 423.
x de l'Académie pour 1840, 8. — de la Société de médecine e Bordeaux, 37. — de la Faculté de médecine de Strasbourg, 2. — proposés pour la Société médico-pratique, 538. — de la aculté; lauréats de 1841; sujets de concours pour les prix de 842, 542. — de vaccine décernés par l'Académie, 594.
state (Engorgement de la); rétention incomplète des urines Blandin), 348.
llicum (Examen du mucilage de) et sa comparaison avec celui e lin, 570.
rpéral (Etat) aggravé par des imprudences; ramollissement t perforation de l'estomac; mort (Bricheteau), 512.
atifs (Réflexions sur les); effets des toniques à la fin des fiè-es graves (Trousseau), 102.
ura-hemorrhagica; considérations sur la nature de cette ma-die (Rostan), 281. — *febrilis* (Bricheteau), 512.
Collection de) formé dans un sac herniaire chez une femme; it (Roux), 113.
les malignes chez un ouvrier peaucier; cautérisations cessives avec le nitrate de mercure liquide, le fer et le mu-iate d'antimoine liquide (Blandin), 359. — plusieurs cautéri-ions successives (Blandin), 453.
iques (Affections) sans localisation manifeste; pleurésie la ente probable; sujet adonné à la boisson; fièvre continue sans ocalisation manifeste (Chomel), 52.

R

Rachialgie (Trousseau), 109.
Rachitis. Huile de foie de morue (Trousseau), 246.
Ramollissement des parois de l'estomac; tubercules miliaires; cicatrice dans les poumons (Bricheteau), 512.
Rapport de M. Vilmorin sur les Ecoles secondaires de médecine, 185. — sur les résultats scientifiques du voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, relatifs à l'anthropologie (Serres), 505, 509. — sur un mémoire intitulé: Organisation cérébrale défectueuse de la plupart des criminels, lu à l'Académie de médecine, par le docteur Voisin, et sur une visite phrénologique faite par ce médecin dans la Maison des jeunes détenus (Bouillaud), 532, 537.
Ratanhia. Son emploi chirurgical (Johson), 566.
Rate (Cas d'arrachement de la), Cayrol), 582.
Rectum (Absence de la partie inférieure du); anus artificiel par le procédé de Littré; mort au bout de vingt-quatre heures; autopsie (Roux), 69. — (Chute du); guérison par l'opération (Baudens), 499.
Réfutation de la réponse de M. Orfila (13 décembre 1840) aux écrits de M. Raspail (1er décembre 1840) sur l'affaire de Tulle (Raspail); (suite du nº 151, 1840), 1, 5, 10, 17.
Reins (Affection granuleuse des (maladie de Bright); nécropsie (Tompson), 20. — (Affection des), (Guersant), 45.
Relevé du service de M. Piorry des mois de janvier et février 1841, 139; mars, avril et mai, 313, 336; et résumé des mouvemens principaux qui ont eu lieu à la Clinique pendant l'année scolaire 1840-41, 176, 199, 211, 228, 240.
Rétraction spontanée de l'aponévrose plantaire des pieds; emploi des antiphlogistiques (Guersant), 24.
Rétrécissement (Observation d'un) du canal rachidien occasionné par une exostose de l'apophyse odontoïde (Pereyra), 197.
Réunion par première intention à la suite des opérations pratiquées sur la face ou au sein dans le service de M. Lisfranc pendant l'année 1840 (Dumesnil), 10.
Revue clinique. Coup-d'œil général sur les fractures (Guersant), 24. — de M. Bouillaud, 32. — du service de M. Lisfranc, 203. — analytique du service chirurgical (Baudens), 499.
Rhinoplastie (Opération heureuse de) d'après la méthode italienne, et considérations sur cette méthode (Fabrizi), 479, 485.
Rhumatismales (Douleurs) aiguës, (Trousseau), 116.
Rhumatisme articlaire aigu; traitement par les solanées (Trousseau), 6, 56. — apyrétique; acupuncture (Trousseau), 39. — articulaire aigu chez un sujet rhumatisant ayant déjà eu de nombreuses attaques; absence d'accidens du côté de l'organe central de la circulation (Chomel). 84. — apyrétique aigu, acupuncture (Trousseau), 109. — (Plusieurs cas de) articulaire aigu avec accidens du côté du cœur; efficacité des saignées répétées (Legroux), 327, 338. — articulaire aigu; réflexions sur le calomel (Trousseau), 329.
Roséole (Trousseau), 447.
Rougeole (Trousseau), 469.

S

Sang (De la formation de la couenne dans le), (Trousseau), 388.
Sanson (Discours prononcés sur la tombe de), 388.
Sangsues (Expériences sur leur force reproductrice), (Grandoni), 614.
Saponaire (Préparation du sirop de), (Cousseran), 618.
Sarcocèle tuberbuleux; castration (Jobert de Lamballe), 276.
Sein (Quelques considérations sur les tumeurs du) et sur leur amputation (Lisfranc), 415.
Sel de cuisine altéré par des bromures (Parisot), 574.
Sels (Action chimique des) les uns sur les autres, envisagée sous le rapport de l'art de formuler (Mialhe), 634.
Service (Mouvement du) pendant le mois de janvier, février et mars (Bouillaud), 189; avril et mai, 323; juin, juillet et août, 523.
Société médicale d'émulation, 4, 12, 74, 142, 181, 325, 478, 585, 617. — de médecine pratique, 42, 70, 129, 181, 233, 293, 333, 397, 453, 526, 601, 609. — de médecine d'Anvers, programme des prix proposés pour le concours de 1842, 198. — de phrénologie de Paris, 457. — de médecine de Bordeaux, 554. — de médecine de Marseille, 598.
Soufre (Pommade d'iodure de), (Nauche), 582.
Statistique des accouchemens opérés à l'hôpital Guy, depuis le mois d'octobre 1833 jusqu'au même mois 1840, accompagnée d'observations pratiques (Lever), 320. — médicale de l'hôpital du Gros-Caillou, deuxième semestre 1838 (baron Michel), 420. 424. — du service des vénériens pendant l'année 1839 (Desruelles), 515.
Strabisme. Résumé de plus de quarante opérations (Baudens), 13. — Leçons faites par M. Phillips dans l'amphithéâtre de M. Lisfranc, 23. — (Velpeau), 32. — Instrument nouveau pour la section sous-conjonctivale (Doubovitszi), 37. — Nouveaux faits (Jobert), 43. — (Phillips), 53. — convergent opéré par le procédé de M. Phillips, sans résultat immédiat favorable: quelques remarques sur le strabisme divergent (Guersant), 88. — Quelques considérations pratiques (Jobert de Lamballe), 99. — (Opération de) congénial; insuffisance de la section du muscle grand oblique (Schuster), 106. — Convergent; section des muscles droit interne, supérieur et inférieur (A. Bérard), 107. — (Plusieurs cas de) opéré (Guersant), 122. — (Dissection d'un cas de) après la strabotomie (Hewet), 128. — Notions pratiques (Baudens), 131. — par paralysie (Maisonneuve), 136. — (Note sur le); moyens de remédier à l'inégalité consécutive des yeux, 146. — (Desmarres), 212. — Le muscle grand oblique concourt-il à la production du strabisme en dedans et en haut (L. Boyer), 353. — Modification du procédé ordinaire (L. Boyer), 366. — Opération nouvelle pratiquée pour remédier à la saillie de l'œil après certaines opérations (Baudens), 404.
Strabotomie (Nouvelles remarques pratiques sur la), (Lucas), 158.
Strychnine employée efficacement dans le traitement de la chorée ou danse de Saint-Guy (Fouilhoux), 561.
Sucres; propriétés fermentescibles de leurs diverses espèces (Rose), 626.
Suicide (Tentative de); explosion dans la bouche d'un pistolet chargé de deux balles (Roux), 114. — (Tentative de); section complète du larynx à l'aide d'un rasoir; réunion par première intention au bout de six jours; guérison sans fistule (Amussat), 309.
Sulfate (Effets du) de quinine sur les engorgemens de la rate (Piorry), 46, 99. — (Effets physiologiques du), (Trousseau), 147.
Surdité. Guérison avec le sulfate d'alumine, 480. — (Recherches cliniques sur le diagnostic différentiel et la thérapeutique spéciale de la), Pétrequin), 558.
Syphilis chez un enfant nouveau-né (P. Dubois), 232. — pendant la grossesse; traitement par les mercuriaux; mort du fœtus (P. Dubois), 333. — (Enfant affecté de); mère saine en apparence; granulation du col de l'utérus (Vidal), 546. — constitutionnelle; variole (Chomel), 635.
Syphilitiques (Efficacité de l'iodure de potassium contre les affections) tertiaires, 629.

T

Tabac (De l'emploi du) dans le traitement de certaines asphixies, 630.
Tableau des morts par la petite vérole à Londres, depuis le mois de juillet 1837 jusqu'au 31 décembre 1839, 11. — De l'âge de 9762 individus morts de la petite-vérole en Angleterre pendant les années 1837 et 1839, *ib.* — Du mouvement effectué pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1840, résumant les entrées et les sorties, les opérations et les décès qui ont eu lieu pendant ce laps de temps; quelques mots sur une angine pseudo-membraneuse épidémique (Guersant) 60.
Taille latéralisée, phlébite de la plaie, mort 72 heures après l'opération; l'autopsie démontre l'existence dans la vessie d'un second calcul presque aussi volumineux que celui qui avait été extrait au moment de l'opération, lequel avait 28 mill. (14 lig.) dans son grand diamètre (Roux), 26. — Latérale; extraction d'un calcul mûral très-friable qui s'écrase au moment de son extraction; substitution du gorgeret tranchant d'Hawkins, modifié par sir A. Cooper, au lithotome caché du frère Côme; regret de ne pas avoir soumis le sujet à la lithotritie (Roux), 69. — Déformation considérable; accouchement naturel (P. Dubois), 163. — Bi-latéralisée; mauvais état de la plaie et de la santé générale du sujet (Guersant), 246, 281. — Sus-pubienne en deux temps d'après la méthode de M. Vidal (Nélaton), 548.
Tamponnement du vagin et du col de l'utérus comme méthode des écoulemens utéro-vaginaux (Hourmann), 531.
Teigne faveuse; nouveau traitement (Pétel), 578.
Tendon d'Achille (Section du) (Guersant), 25.
Ténifuge (traitement), de la clinique de Vienne (Warwruch), 629.
Ténotomie sous-cutanée (Phillips); analyse, 330. — Oculaire (Notice sur un procédé de) démontré et pratiqué à l'hôpital principal de la marine, à Brest (Fouilhoy), 461.
Testicule tuberculeux; amputation; remarques générales sur le sarcocèle (Roux), 87.
Tétanos; autopsie (A. Cooper), 224. — Guéri par les préparations mercurielles, 626.
Tic douloureux de la face (Trousseau), 101. — Effets thérapeutiques et physiologiques de la morphine (Trousseau), 179.
Torticolis congénital; considérations générales (Roux), 15. — Sur un enfant de douze ans guéri à l'aide de l'opération (Sani), 508.
Tolu (Préparation du sirop de baume de) et de l'acide benzoïque (Deville), 618.
Tube digestif (Interruption du) depuis quarante jours chez une femme âgée de cinquante ans; anus artificiel établi avec succès dans la région lombaire droite sur le colon ascendant, et sans ouvrir le péritoine et sans savoir positivement où était l'étranglement (Amussat), 325.
Tubercules; phlébite (Trousseau), 41. — Pulmonaires; hémiplégie (Trousseau), 56, 85. — Diarrhée; calomel (Trousseau), 127. — (Petit) du rectum pris pour une fissure (Trousseau), 156. — Quelques mots sur nos tuberculeuses (Trousseau), 179.
Tumeur de la main formée par un mélange de tissu osseux et de tissu d'apparence cartilagineuse (Velpeau), 51. — Blanche arrivée à la dernière période; contre-indication pour l'opération (Guersant), 45. — Encéphaloïde de l'orbite; extirpation (Maisonneuve), 111. — Abdominale; diagnostic obscur (Chomel), 159. — Abdominale inflammatoire; rétrécissement du rectum; symptômes du péritonite (Chomel), 159. — Abdominale; frayeur vive pendant une époque menstruelle; suppression brusque des règles; symptômes de métro-péritonite (Chomel), *ib.* — Blanche du genou avec suppuration et douleur vive; application de l'appareil caléfacteur du docteur Guyot, comme moyen palliatif; amputation de la cuisse; mort au bout de douze heures (Pasquier fils), 163. — En bissac du poignet contenant une foule de petits corps; origine de ces corps; considérations pratiques sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie (Velpeau), 199. — Lymphatique de la région parotidienne (A. Bérard), 239. — Sanguine du menton faisant en dedans de la lèvre inférieure une saillie de la grosseur d'une petite noix; jeune homme de quatorze ans; excision et cautérisations variées; guérison (Amussat), 277. — (Traitement des) chroniques des bourses muqueuses et des gaînes des tendons à l'aide de l'incision sous-cutanée (Williams), 293. —

De mauvaise nature, de la grosseur d'une petite noix, siégeant dans l'épaisseur de la joue droite à un pouce de la commissure; extirpation ; réunion par première intention ; guérison au bout de quinze jours (Blandin), 386. — Chronique des gaînes synoviales (Donovan). 436. — (Extirpation d'une) représentée par des ganglions lymphatiques dégénérés occupant la partie supérieure latérale du torax, près de l'aisselle (Guersant), 477. — Squirrheuse de la mamelle ; ganglions de l'aisselle ; ablation ; guérison (Lucien Boyer), 532. — Abdominale (Recherches pratiques sur les), (Bright). 543, 547, 552, 569, 576. — Érectiles ; mémoire sur leur traitement (A. Bérard), 561. — Du volume d'un œuf d'autruche et du poids de 440 grammes, développée dans la paroi intérieure de l'utérus, et extirpée avec succès (Amussat), 607. — Abdominale guérie par l'emploi de la teinture alcoolique d'iode en injections (Pagani), 614. — Érectiles capillaires traitées par la pâte de Vienne (A. Bérard), 618. — (Modification de l'emploi du séton dans le traitement des) érectiles veineuses (A. Bérard), 625.

Typhoïde (Prodromes d'affection); apparition d'accidens cérébraux ; mort en quinze jours ; méningite simple de la base du cerveau ; diathèse suberculeuse ; quatre plaques de Peyer dans les douze derniers centimètres de l'iléon ; abcès et ultérations de l'appendice cœcale ; coxalgie sacro-iliatique gauche ; vaste abcès tuberculeux dans la gaîne du psoas iliaque ; signes physiques de virginité ; état de l'utérus et des ovaires chez une jeune fille de dix-huit ans non réglée (Bricheteau), 520.

U

Ulcère phagédénique à la jambe ; mort ; autopsie ; 99.

Urée (Préparation artificielle de l'), (Liebig), 573.

Urètre (Des causes des rétrécissemens organiques de l'), (Rodrigues), 41, 175. — (Maladies de l'), (Guersant), 45. — (Affection traumatique de l'); angine gangréneuse ; état adynamique ; mort (Guersant), 88. — (Chute de la membrane muqueuse du canal de l'), chez une petite fille de huit ans (Guersant), 246, 282. — (Fongosité de l'orifice de l'), (Velpeau), 352. — Recherches nécropsiques sur les rétrécissemens de l'), sur le cathétérisme et sur les fausses routes (Ed. Cock), 497, 500. — (Faits pratiques relatifs aux rétrécissemens de l'), (Bransby Cooper), 521. — (Traitement des rétrécissemens [de] l') par le cathétérisme progressif((Denis), 600. — (Considé[ra]tions pratiques sur la thérapeutique des rétrécissemens de [l'])(Velpeau), 623.

Urétroplastie (Legros), 275.

Urine (Incontinence d') (Guersant), 45. — (Trois cas d'incon[-]tinence d') guérie à l'aide des injections d'eau tiède dans [la] vessie (Smyly), 73. — (Leçons sur les rétentions d') entrete[-]nues par les maladies de la prostate (Velpeau), 260, 268, 275[,] 291, 303. — (Sémiotique des), ou Traité des altérations de l'urine dans les maladies (A. Becquerel); analyse, 410. — (Incontinence d') (Civiale), 501, 512. — (Altération de l') (Rey), 558.

Utérin (Dégénérescence encéphaloïde du col); opération (Velpeau), 352.

Utérus (Cancer de l'); remarque pratique (Velpeau), 160. — (Renversement complet de l') guéri à l'aide de la vénasiction (Portal), 193. — (Recherches sur la disposition des nerfs de l') et application de ces connaissances à la physiologie et à la pathologie de cet organe (Jobert), 250. — (Défaut d'énergie de l'); lenteur du travail (P. Dubois), 352. — (Leçons sur les maladies de l') (Velpeau), 583, 599. — (Lisfranc); 615.

V

Vagin (Rupture de la paroi postérieure du) et du col de la matrice; guérison (Toogood), 265. — (Absence incomplète du) chez une jeune fille de dix-huit ans, opérée avec succès ; quelques considérations sur les vices de conformation du vagin (A. Bérard), 377. — (Occlusion complète du) par la membrane hymen ; rétention des règles ; incision (Sauvé), 558.

Vaisseaux (Quelques réflexions sur la ligature et la torsion des) à propos de l'amputation d'un sein (Blandin), 335.

Variole secondaire chez un sujet vacciné, et ayant déjà eu la petite-vérole ; état adynamique ; pronostic grave ; emploi des toniques ; administration de l'esprit de Mendererus; remarques à cet égard (Chomel), 36. — secondaire ; mort (Chomel); 52. — très-discrète ; remarques sur la période de dessiccation des varioles secondaires (Chomel), 133. — (Bouillaud), 205. — [...], 256. — Chez une femme vaccinée et qui avait déjà [eu] de cette maladie (Trousseau), 304. — (Chomel), [...]

[...]ormule du sirop pectoral dit sirop de), 622.

[...]l) de Pott ; emploi des toniques à l'intérieur joints [...]fs cutanés ; guérison (Bouillaud), 381.

[...] d'œil sur les épidémies de petite-) qui ont régné en [...] et dans les Galles, pendent les années 1837, 38 et 39 (Gregory), 11.

Vésico-vaginale (Perforation); traitement par la cautérisation ; insuccès ; traitement par la suture, insuccès ; cystoplastie vaginale selon le procédé de M. Jobert de Lamballe (Blandin), 616. — (Fistules) ; oblitération du vagin (Vidal de Cassis), 621.

Vessie (Affection nerveuse de la) (Guersant), 45. — (Des fausses routes au col de la) (Civiale), 207, 211. — (Paralysie de la), (A. Cooper), 225. — (Fongus de la) (Civiale), 536, 444. — Du séjour forcé de l'urine dans la) (Civiale), 488. — (Des causes qui peuvent empêcher la pénétration dans la) des bougies destinées à dilater les rétrécissemens organiques; pénétration de la bougie dans un cul-de-sac; saillie du rétrécissement ; diamètre du rétrécissement ; spasme de l'urètre (A. Bérard), 535. — (Mémoire sur l'extraction des corps accidentels introduits dans la) (Civiale), 586.

Vinaigre (Sur le) cantharidé (Donovan), 639.

Voies aériennes (Introduction d'un haricot dans les); trachéotomie ; mort; autopsie (Blandin), 310.

Y

Yeux (Traité des maladies des), suivi de conseils hygiéniques et thérapeutiques sur les maladies des yeux qui affectent particulièrement les hommes d'état, les gens de lettres, etc., (Furnari), analyse (Carron du Villards), 137. — (Maladies des) compliquées de phlegmasie de la muqueuse nasale et de gonflement de la lèvre supérieure (Velpeau), 152. — (Mémoire sur un système d'opérations propres à combattre la saillie, la déviation et la perte de mouvement des), consécutives à l'opération du strabisme (J. Guérin), 584.